

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DE SAO TOME ET PRINCIPE**  
**MINISTERE DE LA SANTE**  
**DIRECTION DES SOINS DE SANTE**  
**PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**



**PLAN PLURIANNUEL COMPLET**  
**2012 – 2015**

**Mai 2011**

## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES.....</b>	<b>3</b>
<b>PREFACE .....</b>	<b>5</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>2. GENERALITES DU PAYS.....</b>	<b>9</b>
2.1 <i>Aperçu géographique .....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i> <b>9</b>
2.2 <i>Données démographiques .....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
2.3 <i>Aperçu économique .....</i>	<b>10</b>
<b>3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.1 <i>Structures Sanitaires et leur Fonctionnement.....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
3.1.1 <i>Niveau central.....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
3.1.2 <i>Niveau des districts .....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
3.2 <i>Personnel de santé et infrastructures .....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
3.3 <i>Politique nationale de santé et plan national de développement sanitaire.....</i>	<b>12</b>
3.4 <i>Financement de la santé.....</i>	<b>13</b>
3.4.1 <i>Financement de l'état.....</i>	<b>13</b>
3.4.2 <i>Financement communautaire du système de santé.....</i>	<b>13</b>
3.4.3 <i>Collaboration financière des partenaires.....</i>	<b>14</b>
<b>4. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1 <i>Prestation de services .....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
4.1.1 <i>Calendrier vaccinal.....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
4.1.2 <i>Couvertures vaccinales.....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
4.1.3 <i>Taux d'abandon.....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
4.1.4 <i>Introduction des vaccins sousutilisés et nouveaux .....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
4.1.5 <i>Intégration des activités des autres programmes.....</i>	<b>17</b>
4.2 <i>Surveillance épidémiologique .....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
4.2.1 <i>Surveillance des PFA.....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
4.2.2 <i>Surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune et du tétanos maternel et néonatal.....</i>	<b>19</b>
4.3. <i>Approvisionnement en vaccins de qualité et chaîne de froid.....</i>	<b>19</b>
4.3.1 <i>Approvisionnement en vaccins.....</i>	<b>19</b>
4.3.1.1 <i>Niveau central.....</i>	<b>20</b>
4.3.1.2 <i>Niveau périphérique.....</i>	<b>20</b>
4.3.2 <i>Normes et procédures de gestion des vaccins et matériels.....</i>	<b>20</b>
4.3.3 <i>Les taux de pertes des vaccins.....</i>	<b>20</b>
4.4 <i>Logistique.....</i>	<b>21</b>
4.4.1 <i>Chaîne de froid.....</i>	<b>21</b>
4.4.2 <i>Équipements et infrastructures.....</i>	<b>24</b>
4.4.3 <i>Sécurité de la vaccination.....</i>	<b>24</b>
4.4.3.1 <i>Sécurité des injections.....</i>	<b>24</b>
4.4.3.2 <i>Élimination des déchets.....</i>	<b>25</b>
4.4.3.3 <i>Surveillance des MAPI.....</i>	<b>25</b>
4.4.3.4 <i>Pratiques.....</i>	<b>25</b>
4.4.3.5 <i>Politique des flacons étamés.....</i>	<b>25</b>
4.5 <i>Communication.....</i>	<b>25</b>

4.6	Gestion du programme.....	26
4.6.1	Planification.....	26
4.6.2	Coordination.....	27
4.6.3	Suivi et évaluation.....	27
4.6.4	Renforcement des capacités.....	27
4.7	Financement du système de vaccination.....	27
4.7.1	Etat.....	27
4.7.2	Partenaires.....	28
<b>5.</b>	<b>SYNTHESE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DU PEV.....</b>	<b>29</b>
5.1	<i>Environnement interne</i> .....	29
5.2	<i>Environnement externe</i> .....	31
<b>6.</b>	<b>PRIORITES NATIONALES, OBJECTIFS, ETAPES, BUTS REGIONAUX ET MONDIAUX.....</b>	<b>33</b>
<b>7.</b>	<b>VISION ET OBJECTIFS DU PEV.....</b>	<b>35</b>
7.1	<i>Vision</i> .....	35
7.2	<i>Objectifs</i> .....	35
7.2.1	Objectif général.....	35
7.2.2	Objectifs spécifiques.....	35
<b>8.</b>	<b>STRATEGIES ET ACTIVITES EN FONCTION DES OBJECTIFS PAR COMPOSANTE .....</b>	<b>37</b>
<b>9.</b>	<b>CHRONOGRAMME DES PRINCIPALES ACTIVITES .....</b>	<b>40</b>
<b>10.</b>	<b>ANALYSE DES COUTS ET FINANCEMENT DU PROGRAMME.....</b>	<b>41</b>
10.1	<i>Méthodologie</i> .....	41
10.1.1	Coût de l'année de base.....	42
10.1.2	<i>Les Coûts futurs du Programme de 2012 à 2016</i> .....	44
<b>11.</b>	<b>MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PPAC .....</b>	<b>57</b>
11.1	<i>En matière de suivi</i> .....	57
11.2	<i>En matière d'évaluation</i> .....	57
11.3	<i>Indicateurs</i> .....	57
<b>12.</b>	<b>PLAN D'ACTION 2012.....</b>	<b>58</b>
12.1	<i>Objectifs</i> .....	58
12.1.1	<i>Objectif GénéralContribuer à la reduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables pour la vaccination</i> .....	58
12.1.2	<i>Objectifs spécifiques</i> .....	58
12.2	<i>Stratégies</i> .....	59
12.3	<i>Chronogramme des activités</i> .....	60
<b>13.</b>	<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>62</b>

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES**

<b>STP :</b>	Sao Tomé et Principe
<b>ACD :</b>	Atteindre Chaque District
<b>IL AIME :</b>	Allaitement maternel exclusif
<b>AMP:</b>	Association pour la médecine préventive
<b>APD :</b>	Aide publique au développement
<b>ARIVA :</b>	Appui au renforcement de l'initiative vaccinale en Afrique
<b>ARV :</b>	Anti rétro viraux
<b>BCG :</b>	Bacille de Calmette Guérin (Vaccin contre la tuberculose)
<b>BM :</b>	Banque Mondiale
<b>BS :</b>	Boîte de sécurité
<b>CCIA :</b>	Comité de Coordination Inter Agences
<b>CDF :</b>	Chaîne du froid
<b>DOT :</b>	Direct Observed Traitement « Traitement directement observé »
<b>DS :</b>	District sanitaire
<b>DDS :</b>	Commissariats des Districts Sanitaires
<b>EV :</b>	Équipes de Vaccination
<b>DSSP :</b>	Direction des Soins de Santé Primaires
<b>DTC3 :</b>	Vaccin antidiptérique, antitétaniques et anticoquelucheux (3 <sup>ème</sup> dose)
<b>ECV:</b>	Enfant complètement vacciné
<b>GAVI:</b>	Global Alliance of Vaccination and Immunization
<b>GIVS :</b>	Vision et stratégie mondiale pour la vaccination
<b>Hép B :</b>	Vaccin Anti hépatite B
<b>Hib :</b>	Haemophilus influenza de type B
<b>IB :</b>	Initiative de Bamako
<b>IEC :</b>	Information Éducation Communication
<b>IDH :</b>	Indicateur de Développement Humain
<b>JNV :</b>	Journées Nationales de Vaccination
<b>MAPI :</b>	Manifestation Adverse Post Immunisation
<b>MICS :</b>	Etude aux Indicateurs Multiples (Multiple Indicators Clusters Survey)
<b>MII :</b>	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
<b>MLM :</b>	Midle level management (Cours du niveau moyen pour les gestionnaires du PEV)

<b>OMD:</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG :</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PCIME :</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
<b>PEV :</b>	Programme Élargi de Vaccination
<b>PF :</b>	Panification Familiale
<b>PFA :</b>	Paralysie flasque aiguë
<b>PIB :</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PMA :</b>	Pays les Moins Avancés
<b>PNUD :</b>	Programme des Nations unies pour le Développement
<b>PNDS :</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PPAE :</b>	Pays pauvres très endettés
<b>PTME :</b>	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
<b>PVF :</b>	Plan de la Viabilité Financière
<b>SAB :</b>	Seringue Autobloquante
<b>SD :</b>	Seringue de Dilution
<b>SNIEC :</b>	Service National d'Information, d'Éducation et de Communication
<b>VIH/SIDA :</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquis
<b>SOU :</b>	Soins obstétrical d'urgence
<b>MR :</b>	Santé de la Reproduction
<b>ENRP :</b>	Stratégie National de Réduction de la Pauvreté
<b>SSP :</b>	Soins de Santé Primaire
<b>TMN:</b>	Tétanos maternel et néonatal/Tétanos néonatal
<b>UNICEF :</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UNFPA :</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>VAA:</b>	Vaccin Anti Amarilique
<b>VAR:</b>	Vaccin Anti Rougeole
<b>VAT2+ :</b>	Vaccin Anti tétanique (2 <sup>ème</sup> dose et plus)
<b>VPO3 :</b>	Vaccin anti-polioomyélite (3 <sup>ème</sup> dose)
<b>RDE :</b>	Responsable District d'Épidémiologie
<b>\$ :</b>	USD

## PREFACE

Avec une population estimée de 163.783 habitants en 2010, et un produit intérieur brut par habitant de \$ 1231 (2009, INE) les autorités de Sao Tomé et Principe sont engagées dans la lutte contre la pauvreté de plus en plus croissante au sein des populations. Elles donnent priorité aux initiatives qui favorisent la survie des enfants et des femmes ainsi que des mesures susceptibles d'améliorer les conditions de vie des populations et donc garantir avec cela un développement durable, dans la perspective d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD)

Le niveau élevé de la mortalité infantile 38 pour mille nouveaux nés vivants, EDS, 2009, la mortalité infantojuvénile 63/1000 nouveau-né vivants et la mortalité maternelle 158/100.000 nouveaux nés vivants, EDS 2009 constituent l'une de grandes préoccupations des dirigeants du pays et qui ont été prises en considération dans le cadre de la lutte contre la pauvreté dans le DRSP de 2002- 2015

Face à tous ces défis, la priorité est accordée au renforcement de l'accès aux services de santé et la qualité des services de soins de santé de base. Cela permettrait de stimuler l'engagement communautaire dans la gestion et dans la prise des décisions favorables à l'amélioration de l'état de santé des populations. La vaccination représente un service essentiel et l'introduction des nouveaux vaccins: celui contre les infections à Pneumocoque en 2012 ; celui contre les infections à rotavirus en 2014 et **celui contre le cancer du col de l'utérus dans les années antérieures**, contribuera sensiblement à l'atteinte des OMD.

Par ailleurs afin d'augmenter le spectre de protection des maladies évitables par la vaccination et d'augmenter l'immunité des enfants, le pays compte également introduire en 2012 la deuxième dose de rougeole dans le PEV de routine au même moment avec le PCV-13.

Un autre défi du pays est de maintenir les très hautes couvertures vaccinales de tous les antigènes et améliorer le niveau de couverture des enfants complètement vacciné pour prévenir l'introduction du poliovirus sauvage, les épidémies de fièvre jaune et de rougeole.

La principale contrainte dans la gestion des vaccins se résume au stockage des vaccins qui se fera au niveau du dépôt central du PEV à Sao Tomé dont la capacité sera

augmentée et l'approvisionnement aura lieu selon les sollicitations, au fur et à mesure, au niveau des districts lesquels ont connu un renouvellement de la chaîne de froid.

La responsabilité du Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) se fera à travers la mobilisation de ressources, l'analyse et l'approbation des plans de Suivi/Évaluation de la mise en œuvre du PPAC

Ce plan stratégique couvre les 4 prochaines années (2012-2015) et aura comme cibles les enfants de 0 - 11 mois et les femmes enceintes pour les activités de routine, tandis que pour les activités de vaccination supplémentaires et de renforcement de l'immunité des cibles plus grands seront retenus.

L'appui du Gouvernement au PEV viendra du budget de l'État affecté au Ministère de la Santé, approuvé annuellement par l'Assemblée Nationale. Ledit budget, supporte les charges du personnel, le fonctionnement, l'investissement général dans le secteur public de la santé et l'achat des vaccins et consommables de la vaccination.

Le budget de l'Etat consacré à la santé en 2010 a été de USD13.747.833. Le degré d'exécution de ce budget affecté au Ministère de la Santé en 2010 a été de 72%.

Les dépenses du PEV sont assurées majoritairement avec des ressources financières, matérielles et logistiques des partenaires du secteur de la santé (UNICEF, GAVI, OMS, INSTITUT VALE FLORES, etc.) Néanmoins, le contexte favorable dans lequel le pays se trouve et la détermination du Gouvernement d'augmenter les dépenses en faveur du secteur de la santé qui sont passées de (544 357 \$ en 2010 à \$ 647 113 en 2015, représentent des éléments très positifs pour que le Ministère de la Santé puisse prendre une part active dans la réalisation des objectifs de ce plan pluriannuel conformément aux nouvelles stratégies de vaccination (GIVS).

Fait à São Tomé le

Le Ministre de la Santé

.....

**Mme Angela Costa Pinheiro**

## RESUME

Le Gouvernement de Sao Tomé et Principe conscient de ses responsabilités par rapport aux femmes et aux enfants, et dans la suite des accords signés avec la communauté internationale dans le cadre de ses engagements à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en vue de réduire la pauvreté et promouvoir la croissance économique et le développement social, adopte le Plan pluriannuel complet (PPAC) 20012-2015 du PEV , afin de mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des activités de vaccination et d'autres paquets de services essentiels à la survie et au développement des enfants.

Le présent plan pluriannuel complet 2012– 2015 du PEV de SAOTOME et PRINCIPE est structuré de la manière suivante :

1. L'introduction ;
2. Les généralités du pays ;
3. L'organisation du système national de santé
4. L'analyse de la situation du PEV,
5. Les forces, faiblesses, opportunités et menaces
6. Les priorités nationales ;
7. La vision du PPAC ;
8. Les stratégies ;
9. Le calendrier des activités ;
10. L'analyse des coûts et financement du programme ;
11. Le mécanisme de suivi évaluation du PPAC
12. Le plan d'action 2012 ;

L'analyse de la situation est présentée selon les composantes de base du système de vaccination à savoir ; les cinq composantes opérationnelles ((i) Prestation des services (ii) La surveillance épidémiologique intégrée de la maladie ; (iii) Logistique ; (iv) Approvisionnement et qualité des vaccins; (v) La communication) et les trois composantes de soutien ((i) le management ; (ii) le développement des capacités et (iii) le financementL'objectif général du PPAC 2012-2015 est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

Les objectifs nationaux sont présentés par étapes

**Tableau n°I: Objectifs nationaux et d'étapes du PPAC 2012-2015**

<b>Type de Vaccin</b>	<b>Objectifs de la Couverture Vaccinale</b>			
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Vaccins Traditionnels</b>				
BCG	99%	99%	99%	99%
TT - Femmes enceintes	95%	98%	98%	98%
Rougeole	95%	98%	98%	98%
Polio (VPO3)	98%	98%	98%	98%
Rougeole 2ème dose	80%	82%	85%	90%
<b>Vaccins sous -utilisés</b>				
Fièvre jaune	95%	98%	98%	98%
DTC-HepB-Hib(3)	98%	98%	98%	98%
Nouveaux vaccins				
PCV-13	90%	95%	98%	98%
ROTAVIRUS(1)			90%	95%

NB : L'introduction du nouveau vaccin peut entraîner une légère diminution de la couverture vaccinale. Malgré cela les efforts seront déployés pour maintenir la couverture à au moins 98%

## 1. INTRODUCTION

Le progrès d'un peuple se mesure par sa capacité d'empêcher des événements qui puissent affecter négativement la qualité de vie de sa population. La vaccination est l'une des interventions de la médecine, les plus efficaces et économiquement les plus accessibles à l'Homme. Autrement dit, il s'agit du meilleur rapport coût efficacité universellement connu dans la réduction de la morbidité et de la mortalité. Vacciner un enfant vivant dans les conditions de pauvreté ou de misère est un acte qui le protège des agents pathogènes prédateurs des enfants de bas âges.

Le Gouvernement de Sao Tomé et Principe conscient de ses responsabilités par rapport aux femmes et aux enfants, et dans la suite des accords signés avec la communauté internationale dans le cadre de l'éradication/élimination et contrôle des maladies évitables par la vaccination, a décidé de tout faire pour renforcer le Programme Élargi de Vaccination (PEV) et élaborer un plan pour la période de 2012 – 2015.

Ce plan prend en compte les stratégies de maintien des très hautes couvertures vaccinales de tous les antigènes en vue d'améliorer le niveau de couverture des enfants complètement vacciné pour prévenir l'introduction du poliovirus sauvage, les épidémies de fièvre jaune et de rougeole

Ce plan a été élaboré dans la perspective de répondre aux nouvelles orientations contenues dans le GIVS 2006-2015, les recommandations régionales et sous régionales sur l'amélioration de la qualité de la vaccination et plus particulièrement au défi d'introduire les nouveaux vaccins notamment : le vaccin antipneumococcique en 2012 et le rotavirus en 2014, ainsi que l'effort d'intégration progressive des nouvelles stratégies mondiales de vaccination. L'introduction de la deuxième dose de la rougeole en 2012 est inscrit parmi les défis pris en compte dans ce plan.

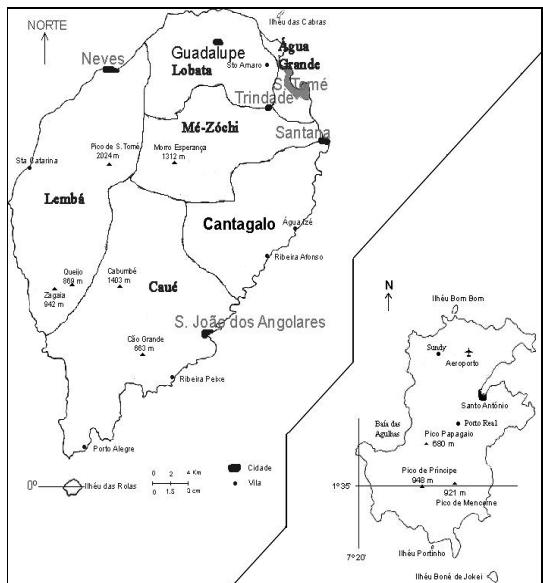
L'objectif principal du présent plan est de maintenir les couvertures vaccinales atteintes et améliorer les taux de perte en vue d'une amélioration de la santé et le bien-être de l'enfant. Il intègre l'initiative mondiale d'éradication de la Poliomyélite, les objectifs d'élimination du tétanos maternel et néo-natal (TMN) ainsi que le contrôle/élimination de la rougeole. Aussi un autre objectif serait de faire en sorte que le financement des vaccins traditionnels et consommables soit assuré et garanti par le Gouvernement, en accord avec l'engagement assumé dans le cadre du projet ARIVA et les orientations prévues par l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI).

## 2. GENERALITES DU PAYS

### 2.1 Aperçu géographique

Sao Tome et Principe (STP) est un archipel formé par deux îles et des îlots adjacents, situé dans le golfe du Guinée, à environ 350 km de la côte occidentale africaine. L'archipel s'étend sur une surface de 1001 km<sup>2</sup> : L'île de S. Tomé avec une surface de 859 km<sup>2</sup> et l'île de Principe 142 km<sup>2</sup>.

**Figure 1 ; Carte Géographique**



Les îles se situent entre les parallèles 1° 45' au nord et 0° 25' au sud et les méridiens 6° 26' à l'est et 7° 30' à l'ouest. Elles sont toutes des îles d'origine volcanique, avec un relief très accidenté, dont les points les plus hauts sont "Pico de São Tomé" (2.024 m), à São Tomé et "Pico do Prince" (948m), à l'île de Principe. Ces facteurs n'ont pas une influence négative sur la mise en œuvre des activités de vaccination

Le climat est tropical humide, caractérisé par l'existence de deux saisons: d'un côté celle des pluies, avec une durée d'environ neuf mois, allant de Septembre à Mai et, de l'autre, la saison sèche nommée "Gravana", d'une durée d'environ trois mois (Juin à Août). Il existe néanmoins, une saison intermédiaire nommée "Gravanito" qui a lieu temporairement, entre les mois de Décembre et Janvier en fonction du déplacement de la zone intertropicale de convergence. Elle est caractérisée par une baisse de précipitations et une hausse de température moyenne de l'air ce qui favorise les activités du PEV.

Étant donné les caractéristiques du relief, il existe plusieurs microclimats. Les zones les plus montagneuses ont une grande pluviométrie, environ 7.000 mm par an, tandis que celles les plus basses (Nord et Nord-ouest) sont les moins arrosées avec environ 1.000 mm de pluies par an. La température moyenne annuelle est de 26°C. Dans les zones côtières elle est d'environ 27°C et dans les zones montagneuses 21°C.

### 2.2. Données démographiques

À l'issue du recensement général de la population et habitation réalisé en 2001, la population du pays fut estimée à 148.177 habitants en 2006, avec un taux de croissance annuelle de 1.9%. L'indice de fécondité a diminué, passant de 5.9 enfants par femme en 1991 à 4.7 en 2001. Le taux de prévalence contraceptive avec les méthodes modernes a augmenté, passant de 15% en 1996 à 28,7% en 2005 et à 38,4 en 2009 (EDS, 2008-2009). Les jeunes filles se trouvent confrontées aux problèmes de grossesses précoces et non désirées, faibles niveaux d'éducation, pauvreté et offres d'emploi limitées. La plupart des problèmes de santé sexuelle et reproductive des

adolescents découlent des limitations en matière d'offre et d'accès aux services et aux informations.

L'augmentation de la population a été accompagnée du phénomène d'exode rural ; la densité de la population a une valeur moyenne de 167 hab. /Km (en 2006) mais avec des fortes variations d'un district à l'autre. La population est essentiellement urbaine, à environ 58% (estimation basée sur le recensement de 2001), néanmoins la moitié des citadins vit dans les agglomérations et les quartiers suburbains. Dans la structure de la population en 2005, les femmes sont majoritaires (51%) et on les retrouve surtout dans les zones urbaines et, d'autre part, se détache le fait que la population est très jeune avec 50% des moins de 16 ans.

**Tableau I : Projection des effectifs des groupes cibles du PEV et ceux d'autres paquets des services ayant des liens à la vaccination (RGPH 2001)**

<b>Groupes cibles</b>	<b>2 012</b>	<b>2 013</b>	<b>2 014</b>	<b>2 015</b>	<b>2 016</b>
Population totale *	170 082	173 484	176 953	180 492	184 102
Femmes en âge de procréer (22%)	37 349	38 095	38 857	39 634	40 426
Femmes enceintes (3,9%)	6 633	6 766	6 901	7 039	7 180
Enfants de 0 à 15 ans (43%)	72 999	74 459	75 948	77 467	79 016
Enfants de 0 à 5 ans (15%)	25 607	25 974	26 494	27 023	27 563
Enfants < 1 an (3,4%)	5 783	5 898	6 016	6 139	6 259
Nourrissons survivants (3,3%)	5 633	5 725	5 839	5 956	6 075

\***Source:** Population totale: Institut National de Statistique STP

Cette nouvelle base des données est la source officielle utilisée au niveau national et par tous les partenaires. Il est prévu un nouveau recensement en 2011, ce qui nous permettra de disposer des bases démographiques actualisées pour les années à partir de 2013

### **2.3. Aperçu économique**

STP fait partie des Pays les Moins Avancés, (PMA), avec un taux de croissance du PIB dans l'ordre du 4,8% (INE 2009). Le PIB par habitant en 2008 et 2009 est de USD 1154 et USD 1231, respectivement (INE 2009). Au cours de la période 2008 – 2009 le PIB a connu une augmentation de l'ordre de 12.57%.

Il a déjà plus de deux décennies que le pays se trouve confronté avec un déséquilibre macroéconomique caractérisé par le déficit chronique de sa balance de paiements, ce qui l'oblige à recourir aux dettes externes qui en 2009 ont atteint 139 millions d'USD, soit presque 251% de son PIB (en 2009).

L'inflation est à deux chiffres, 13,7% en 2009. Une telle inflation si élevée fait de plus en plus de pauvres dont 15% vit avec moins de 1USD par jour en 2001.

Selon ENRP (Stratégie Nationale de la Réduction de la Pauvreté), l'incidence de la pauvreté et l'extrême pauvreté est plus prononcée dans les familles dirigées par des femmes, avec 55,7 % et 15,6 % respectivement, comparativement à 53 % et 14,9 % dans les ménages dirigés par des hommes.

Mais malgré tout, il y a des signes d'un futur meilleur pour STP, si l'on tient compte des indices suivants:

- STP s'est devenu éligible par l'allégement de sa dette dans le cadre de l'initiative PPTE depuis 2000. Un document sur la Stratégie de Réduction de la Pauvreté fut adopté par le gouvernement en 2002 ; il s'agit d'un

- document qui a comme grande priorité la Santé et qui devra inspirer appui et confiance des partenaires de développement.
- Des succès enregistrés dans la réforme structurelle liée à la création d'un contexte favorable aux affaires et à la consolidation du gouvernement.
  - Évolution favorable dans le domaine politique
  - L'allègement de la dette dans le cadre d'initiative PPTE (pays pauvres très endettés).

Dans le classement basé sur l'IDH, STP occupe à 127 positions avec un indice de 0.488 en 2008.

Sao Tomé et Principe peut être sujet à l'expérience d'un changement majeur dans son économie avec la production de pétrole offshore qui a la prévision de sa exploitation pour l'année 2013.

En juillet 2009, le Gouvernement a signé un accord avec le Portugal pour assurer la parité monétaire entre la Dobra (monnaie locale) et l'Euro depuis janvier 2010. En vertu de l'accord, Portugal est préparé pour appuyer São Tomé et Príncipe, grâce à une ligne de crédit en vertu d'un accord conjoint des politiques macroéconomiques durables.

### **3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE**

#### **3.1 Structures Sanitaires et leur Fonctionnement**

Le système de soins de santé de STP est fondé sur la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires (SSP) au niveau des districts sanitaires. Il est assorti d'une double organisation pyramidale, administrative et technique dans les niveaux précités. Ce système de santé comprend: le niveau central et le niveau périphérique, communément appelé niveau district.

##### **3.1.1 Le niveau central**

Il est composé par le Ministère de la Santé qui a essentiellement le rôle normatif et stratégique. Il comprend :

- le Cabinet du Ministre, les directions centrales notamment, la direction administrative et financière, la direction de soins de santé, le centre national de lutte contre les endémies et l'hôpital central.
- La Direction de Soins de Santé est composée de programmes de santé de la reproduction, surveillance épidémiologique, santé mentale, secteur de réglementation pharmaceutique, et le Centre National d'Education pour la Santé (CNES). Le PEV fait partie intégrante du programme de la santé de la reproduction
- Le Centre National de Lutte contre les Endémies a en charge les programmes suivants : Lutte contre le Malaria, VIH/SIDA et Tuberculose.

##### **3.1.2 Le niveau des districts**

C'est le niveau opérationnel ; il comprend 7 Districts sanitaires, y compris la Région Autonome de Principe (RAP). Le district est constitué d'un ensemble de structures appelées à répondre aux nécessités primaires<sup>1</sup> des populations. Il ya :

---

<sup>1</sup> Les soins intégrés d'attention primaire incluent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la récupération de la santé. Ces soins sont offerts, soit dans les installations spécialisées, soit au gré des déplacements de l'équipe de district dans les diverses communautés.

- Les Centres de Santé (CS), structures les plus différenciées des districts, avec un contenu fonctionnel de base bien défini et pouvant compter sur une équipe interdisciplinaire permanente comprenant des médecins généralistes, organisés pour offrir des soins de promotion et prévention, mais disposant aussi d'une unité d'hospitalisation;
- Les Postes de Santé (PS), espèces d'extension des CS qui reçoivent appui et supervision. Ils déploient leurs activités sous la responsabilité directe d'un infirmier général et de l'équipe de district qui s'y rend périodiquement.
- Les Postes de Santé Communautaire (PSC), appartenant aux communautés rurales, reçoivent un appui pour pouvoir donner des soins élémentaires de premier secours et assurer la promotion de la santé.

### **3.2 Personnel de santé et infrastructures**

L'insuffisance des ressources humaines constitue un problème sérieux pour le secteur dans son ensemble. En effet le nombre de médecin par habitant est passé de 1 médecin pour 2284 habitant en 2004 à 1 médecin pour 2112 habitants en 2006, et pour les infirmiers de 1 infirmier pour 908 habitant à 1 infirmier pour 800 habitant pour la même période, mais ils ne sont pas bien distribués. Le pays compte à ce jour 27 unités de prestations des soins dont 1 hôpital de référence, 7 centres de santé et 19 postes de santé. Ces formations sanitaires sont reparties à travers le pays de sorte que l'accès aux soins soit garanti à la grande majorité de la population dans un délai moyen de 60 minutes de marche. Il existe également quelques postes de santé privés qui viennent en appui au système.

Les services de vaccination sont disponibles dans 26 formations sanitaires sur les 27 dans le pays. Par ailleurs, les unités de vaccination au niveau central et district sont dotées en outils de travail, notamment transport, équipements et outil informatique, technologie de communication (téléphone, fax, Internet)

### **3.3 Politique Nationale de Santé et Plan National de Développement Sanitaire**

En 1999, Sao Tome et Principe a adopté une nouvelle politique nationale de santé. Cette politique nationale de la santé repose sur des valeurs définies par la constitution de la République Démocratique de Sao Tomé e Principe et contenue dans les stratégies internationales de défense de la santé. Cette politique souscrit aux principes qui posent les fondements théoriques du système de santé du pays et ceux qui régissent l'organisation des services. Les principes prônés par le système national de santé et repris dans la politique nationale de la santé défendent l'universalité de la couverture à tous les niveaux d'attention, sans aucun préconçu ou privilège, l'intégrité des prestations dans un ensemble articulé d'actions et services promotionnels, préventifs et curatifs, individuels et collectifs, exigés dans chaque cas à tous les niveaux de complexité du système et l'optimisation des ressources affectées à chaque niveau d'intervention.

A leur tour, les principes qui régissent l'organisation du service national de la santé sont: la décentralisation, la hiérarchisation du réseau de services de santé, la capacité de résolution des problèmes à tous les niveaux de pratique, l'utilisation de critères épidémiologiques et statistiques pour l'établissement de règles, l'affectation de ressources et l'orientation pragmatique à chaque niveau, la complémentarité entre les secteurs privés et publics de la santé et la co-participation de la population à travers le recouvrement des coûts de santé, directement ou par l'intermédiaire des institutions de la Sécurité Sociale, en fonction du niveau de revenu de chaque foyer.

En 2000, un plan de développement sanitaire (PNDS) couvrant la période 2001-2005 a été élaboré. Ce plan avait pour but d'améliorer l'état de santé de la population par le renforcement du système de santé du district. La mise en œuvre de celui-ci a permis plusieurs réalisations intégrées en particulier dans les centres et postes de santé. Le pays se propose de réaliser la revue de la politique sanitaire nationale et du PNDS en vue d'une actualisation.

Sur le plan national le document intitulé « grandes opcoes do plano » couvrant la période de 2008 -2010 fixe les grandes orientations de politique notamment en matière de santé. Pour répondre aux exigences de la nouvelle planification, il a été mis en place une commission centrale au niveau du Ministère en charge de la Santé pour élaborer le PNDS 2012-2016 dans lequel les activités de vaccination occuperont une place de choix.

### 3.4 Financement de la Santé

Il existe trois types de financement : le financement de l'Etat, complété par le financement communautaire et celui des Partenaires. Sao Tome et Principe a fait siens les objectifs du Millénium pour le Développement qui consistent à réduire de ¾ la mortalité maternelle, réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans, stopper et mesurer les tendances de la propagation du VIH/SIDA d'ici 2015.

#### 3.4.1 Financement de l'Etat

Le niveau d'engagement du gouvernement pour le secteur de santé est traduit dans le budget de l'Etat. De 2007 à 2010, il y a eu une augmentation significative de 45,4%. Toutefois, le taux d'exécution sont passés de 88% en 2008 à 72% en 2010. Les données du tableau ci-dessous mettent en évidence une baisse de tendance dans le financement du secteur de la santé par l'Etat.

**Tableau III : Évolution du budget général et partie du budget affecté au secteur de la santé (en USD)**

	Budget du Ministère de la Santé		% d'Exécution
	Prog.	Exec	
2010	13.747.833	9.899.729	72%
2009	12.359.560	9.510.858	77%
2008	8.718.665	7.657.541	88%
2007	7.511.217	5.502.524	73%

#### 3.4.2 Financement communautaire du système de santé

Dans la constitution du pays, l'assistance médicale et les dons en médicaments gratuits sont prévus. Le Gouvernement a, d'autre part, autorisé la participation de la population aux dépenses de soins de santé à travers le système de recouvrement de coûts.

Bien que ce mécanisme puisse permettre aux formations sanitaires de participer dans le financement de leurs dépenses de fonctionnement, il n'en demeure pas moins arbitraire et désorganisé. En effet, le montant de la récupération partielle des coûts dans

les structures sanitaires de district est méconnu faute d'accomplissement de procédures de registres comptables. Pour cela, ce financement ne se répercute pas dans l'amélioration de prestation de soins.

### **3.4.3 Collaboration financière des Partenaires**

Le système de santé est fortement dépendant de l'appui extérieur, tant du point de vue financier, technique et matériel. Environ 40% du financement des Programmes et des activités de la Santé sont assurés par la contribution des partenaires. Relativement au financement du PEV, jusqu'en 2006, la contribution des partenaires est de plus de 85%. Les principaux partenaires du développement du secteur de la santé sont : l'OMS, l'Unicef, l'UNFPA, GAVI, la Banque Mondiale, la Coopération Portugaise, la Coopération Taïwanaise, la BAD et les Associations Communautaires.

## **4. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**

L'analyse de la situation du PEV a été faite selon la méthode des Forces, Faiblesses Opportunités et Menaces (FFOM) et couvre la période allant de 2003 à 2006. Elle a été focalisée sur les cinq composantes essentielles du système de vaccination, ainsi que les trois composantes d'appui. Les cinq composantes essentielles sont : les prestations de services, approvisionnement et qualité des vaccins, la Communication, la Surveillance et la Logistique. Les trois composantes d'appui sont : la gestion du programme, le financement et le développement des capacités.

### **4.1 Prestation de services**

Les services de vaccination sont fournis dans tous les Postes et Centres de Santé du Pays. Dans les communautés les plus éloignées, les activités sont réalisées avec l'appui des équipes mobiles de vaccination. Les stratégies de vaccination à STP comprennent : les vaccinations en stratégies fixes dans les postes et centres de santé et les vaccinations en stratégies mobiles par les équipes mobiles, qui atteignent la cible des villages périphériques et difficiles d'accès ; ces derniers ont permis une amélioration de l'offre des services.

#### **4.1.1 Calendrier vaccinal**

Le calendrier national de vaccination (tableau III) comporte 9 antigènes à savoir, les vaccins traditionnels (BCG, VPO, DTC-HepB+Hib, VAT et VAR) et plus récemment (2003) les vaccins contre l'hépatite B et contre la fièvre jaune (VAA).

**Tableau II : Calendrier Vaccinal en STP**

<b>ENFANT</b>		<b>FEMMES ENCEINTES</b>	
<b>Age d'administration</b>	<b>Vaccins</b>	<b>Période d'administration</b>	<b>Vaccin</b>
A la naissance	BCG ; POLIO 0	1 <sup>re</sup> . Consultation	VAT1
6 semaines	DTC1-HepB1+Hib1, POLIO 1;	4 Semaines suivantes	VAT2
10 semaines	DTC2-HepB2+Hib2, POLIO 2 ;	6 Mois suivantes	VAT3
14 semaines	DTC3-HepB3+Hib3, POLIO 3	1 Année suivante	VAT4
9 Mois	VAR + VAA	1 Année suivante	VAT5

#### 4.1.2 Couvertures vaccinales

C'est à partir de l'an 2000 que la couverture vaccinale pour les antigènes BCG, DTC3 et VPO3 a connu une augmentation à plus de 80%. En 2004, 85% des districts sanitaires avaient une couverture plus de 80% contre 1 seul district à moins de 75%. Depuis la mise en œuvre de la stratégie « Atteindre Chaque District » (ACD) en 2005, la couverture est supérieure à 90% pour tous les antigènes et dans tous les districts. Cette stratégie a aussi contribué à l'augmentation de la couverture en vitamine A (de 3% en 2001 à 75% 2006, MICS).

Cette performance du programme a permis l'acceptation de la demande de STP pour l'introduction des vaccins contre l'hépatite B et la fièvre jaune en 2003. Malgré la rupture de stock connu en 2005 pour le vaccin anti-amaril et celui contre l'hépatite B en 2006, la couverture pour ces deux vaccins a connu la même tendance d'augmentation que les autres.

#### Evolution de la couverture vaccinale de 2006 à 2010

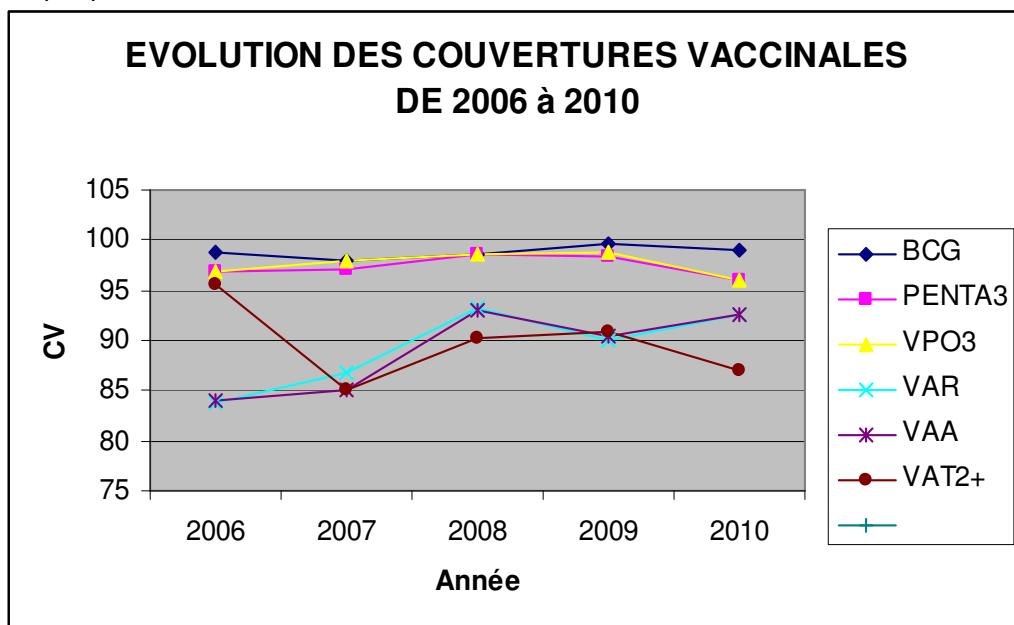
Sur la base des données administratives, l'évolution de la couverture vaccinale entre 2006 et 2010 se présente comme présentée ci-dessous :

**Tableau n° III: Évolution de la couverture vaccinale entre 2006-2010(%)**

Année	BCG	DTC3	VPO3	VAR	VAA	HEP B3	PENTA3	VAT2&+	VIT A
2006	98.7	96.8	96.8	83.8	84	75		95.5	
2007	98	97	98	86.8	85.0	108.0		85.0	
2008	99.8	98.6	98.6	93.3	93.1	98.6		90.2	
2009	99.7	98.4	98.7	90.0	90.4	98.4	98.4*	90.8	
2010	99.0		96.1	92.5	92.5		96.1	86.9	

\* Le penta a été introduit en octobre 2009 d'où les couvertures du penta présentées ici sont référencées par rapport au DTC3

Graphique n°: Evolution des couvertures vaccinales de 2006 à 2010



#### Performances des districts

**Tableau n° 4 : Performance des Districts sanitaires de 2007 à 2010**

Antigènes	DTC3<50%				50<DTC3<80%				DTC3>=80%			
Année	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Nbre de districts sanitaires	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	7	7

Source : JRF

Les couvertures vaccinales représentées dans le tableau ci-dessus montre bien le maintien sinon les progrès constants réalisés par le programme, car elles sont toujours restées au dessus de 90 % pour tous les antigènes. La couverture de DTC3 est passée de 96.8% en 2006 à 98.4% en 2010, soit un gain de 2%. Le nombre de districts ayant une couverture de DTC3 supérieur à 80% est toujours autour de 100% depuis 2007. Les mêmes tendances de progrès de couvertures vaccinales sont aussi observées pour le vaccin anti rougeoleux qui est passée de 83.8% en 2006 à 92.5% en 2010. Le maintien des couvertures vaccinales au dessus de 80% pour le VAR depuis 2006 permet au pays de prétendre à l'introduction de la deuxième dose de rougeole, comme le préconise l'OMS. Tenant compte de cette performance, l'OMS/AFRO a retenu STP parmi les pays autorisés à introduire la 2<sup>ème</sup> dose de rougeole.

La couverture TT2+ chez les femmes enceintes est passée de 92.7 à 98.6% ce qui représente un gain de 5.9%, et celles de VPO3 et VAA s'est améliorée au fil des années pour atteindre des taux de couverture >90%.

Ce même niveau de couverture témoigne l'impact positif de la formation sur la gestion du PEV et des vaccins dont ce service a bénéficié. Afin de maintenir les niveaux actuels de couvertures atteintes, il sera nécessaire renforcer la stratégie avancée de suivi/évaluation avec la participation communautaire.

L'enquête de couverture vaccinale réalisée du 22 octobre au 14 novembre 2007 a confirmé les couvertures vaccinales élevées par antigènes rapportées du PEV de routine. Par contre, la proportion d'enfants complètement vaccinés à un an est relativement faible (67,3%) compte tenu des taux élevés des couvertures vaccinales par antigène à l'âge de 1 an dont le plus faible est de 78,2% (fièvre jaune). Les précédentes enquêtes montrent également une augmentation progressive et constante des couvertures vaccinales. Cependant, les données de l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) de 2008-2009 indiquent une couverture vaccinale de 94 % pour le BCG, 87 % pour le DTC3 et pour la Polio3, 84 % pour la rougeole.

En somme, les différentes stratégies de vaccination appliquées dans le pays ont conduit à une amélioration progressive et constante des couvertures vaccinales pour tous les antigènes. Les niveaux de couvertures actuels traduisent une amélioration d'accès aux services de vaccination et l'utilisation des services par la communauté.

Pour STP, il est impérieux de maintenir les performances par antigènes et se donner de nouveaux défis : le respect du calendrier vaccinal et l'atteinte d'une proportion d'enfants complètement vaccinés à leur premier anniversaire d'au moins 80%.

#### 4.1.3 Taux d'abandon

Le taux d'abandon DTC1-DTC3 à STP est constant et stable < à 10% au niveau de tous les Districts, ce qui traduit une bonne utilisation des services. **Celui du** BCG/VAR a connu une nette amélioration passant de 14% en 2007 à 6.5% en 2010 au niveau national. En 2010, 100% de districts ont eu des taux d'abandon BCG/VAR < 10%, ce qui traduit une bonne continuité des services de vaccination. Cette tendance a été observée pendant l'enquête de couverture vaccinale de 2007. La moyenne nationale de ces taux d'abandon est illustrée dans le tableau 2 ci-dessous :

Taux d'abandon	2006	2007	2008	2009	2010
(DTC1-DTC3)/DTC1	ND	ND	2%	1.4%	2%

#### 4.1.4 Introduction des vaccins sous utilisés et nouveaux

Le PEV de SAO TOME et PRINCIPE a connu une expérience antérieure en matière d'introduction de nouveau vaccin. Cette expérience sera prise en compte dans le contexte actuel de l'introduction du vaccin contre le pneumocoque. En effet, depuis septembre 2003, le PEV a introduit avec succès le vaccin contre la fièvre jaune et l'hépatite B avec l'appui de GAVI. En 2009, le vaccin contre l'haemophilus Influenzae sous sa forme pentavalente lyophilisée (DTC-HepB+Hib) a également été introduit dans le PEV de routine. En prélude à l'introduction de ces vaccins sous- utilisés des activités relatives à la formation des agents sur la gestion des vaccins, le mode d'administration et la surveillance des MAPI ont été organisées. Des activités de sensibilisation des populations par des spots, de émissions radiodiffusées, y compris la mobilisation des proximités avec l'organisation des focus pour les prestataires de soins et les cliniciens ont été également mises en ouvre. La stratégie d'introduction adoptée a toujours été de commencer l'intégration du vaccin sur tout l'ensemble du territoire national.

Une évaluation post introductory du vaccin contre les haemophilus Influenzae b a été faite en octobre 2010 et les leçons apprises telles que l'extension de la chaîne froid, l'implication des communautés dans la sensibilisation et la formation des agents vont servir dans l'amélioration de l'introduction du vaccin contre les infections à Pneumocoques, et la deuxième dose du vaccin antirougeoleux en 2012 , le vaccin antirotavirus en 2014 et ultérieurement l'introduction du vaccin contre le HPV pour les adolescentes agées de 9 à 13 ans . En plus du vaccin contre la fièvre jaune, le vaccin contre l'hépatite B et le vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib), le PEV a introduit de façon satisfaisante la vitamine A dans le PEV de routine et l'utilisation des seringues auto bloquantes et des boîtes de sécurité.

Ces nouveaux vaccins seront administrés selon le calendrier réactualisé ci après :

**Tableau IV : calendrier vaccinal à STP après introduction du Pentavalent, de la deuxième dose de la rougeole et des nouveaux vaccins (pneumo et rota)**

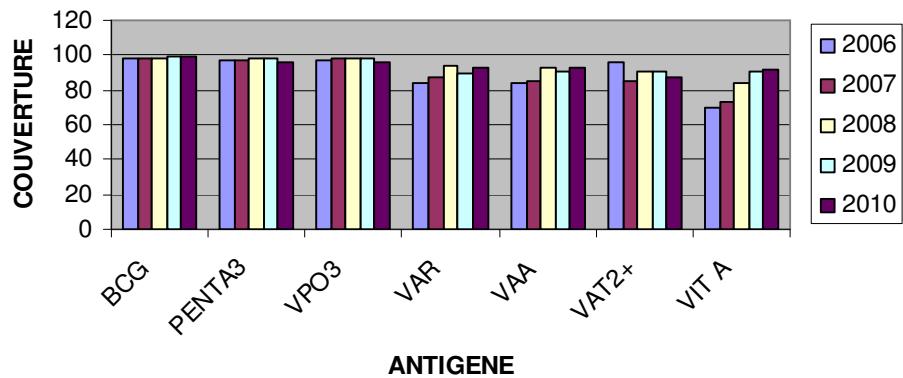
Vaccins	Ages d'administration
BCG, VPO 0	A la naissance
VPO 1, DTC-HepB-Hib 1, Pneumo, Rota	A la 6 semaine
VPO 2, DTC-HepB-Hib 2, Pneumo, Rota	A la 10 semaine
VPO 3, DTC-HepB-HIB 3, Pneumo, Rota	A la 14 semaine
VAR1+ VAA	A la 9 mois
VPO4	A 15 mois
VAR2	A 15 mois

#### 4.1.5 Intégration des activités des autres programmes

Dans le cadre de l'intégration des activités du PEV avec le programme de nutrition, la vitamine A a été introduite dans la prestation des services de routine dès 2000. C'est à partir de 2003 que la vitamine A a été intégrée dans le PEV de routine ; la couverture est passée de 70% en 2006 à 92,1% en 2010 pour les enfants de moins de 1 an. La supplémentation en vitamine A est faite aussi chez la femme en post-partum. La gestion et le monitorage de la vitamine A se font de la même façon que les antigènes du PEV. Le graphique ci-dessous démontre le suivi de l'administration de la vitamine A à l'instar d'autres antigènes chez les enfants de moins d'un an.

Graphique n° 5. Evolution de la couverture vaccinale et la supplémentation en Vit A, 2006-2010

## EVOLUTION DE LA COUVERTURE VACINALE ET LA VITAMINE A 2006-2010



De la même façon, les autres activités comme la distribution de mebendazole et des moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que la mise en œuvre de la PCIME sont tous intégrées avec le PEV.

L'approvisionnement, la distribution de vaccins et autres consommables, vitamine A, moustiquaires imprégnés, Fansidar, Sel Ferreux + Acide Folique sont fait conformément aux besoins de chaque Centre et Poste de Santé

### 4.2. Surveillance épidémiologique

La surveillance des maladies cibles du PEV se déroule dans le cadre global de la surveillance intégrée des maladies (SMIR). Huit maladies (Rougeole, Fièvre hémorragique, Shigellose, Choléra, Méningite, PFA, Fièvre jaune et TMN) font l'objet de surveillance hebdomadaire utilisant le réseau téléphonique.

La surveillance épidémiologique des PFA est l'épine dorsale sur laquelle a été développée la surveillance intégrée des maladies au cours des cinq dernières années. Tous les districts ont des points focaux pour la surveillance (RDE) qui ont été opérationnalisés dans le cadre de la mise en œuvre du SMIR et utilisent les outils de collecte de données qui sont disponibles et font partie intégrante du rapport mensuel des districts. La complétude et la promptitude de ces rapports varient entre 80% à 100%. On peut noter dans le tableau ci-dessous qu'aucun cas de Poliomyélite, Coqueluche, Rougeole, TMN, et fièvre jaune n'a été notifié depuis 2003.

Cependant le système d'information sanitaire du pays éprouve des difficultés à coordonner les différentes données provenant des différents programmes.

#### 4.2.1 Surveillance des PFA

Le dernier cas de polio a été notifié en 1983. Depuis 2002, la surveillance des PFA a été restructurée et renforcée par le recrutement des points focaux pour détecter dans le cadre de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite dans le monde. Suite à la mise en œuvre de cette initiative, divers comités, notamment, le comité de certification(CNC), le comité d'experts scientifiques en Polio (CPP) et le Groupe de Confinement (GC) que ont été créés afin d'assurer le suivi. Pour les cas suspects, les échantillons de selles sont expédiés à un laboratoire de référence de l'OMS (Institut Pasteur de Yaoundé /Cameroun), étant donné que le pays ne dispose pas d'un laboratoire équipé.

**Tableau VI Niveau de performance de la surveillance des PFA à STP de 2006 à 2010**

Année	Population âgée < 15 ans	Nbre de cas PFA attendus	Total de cas de PFA notifiés	Nº de cas de polio confirmés	Total cas de PFA non-polio notifiés	Taux de PFA non-polio	Cas de PFA avec échantillons de selles adéquats	
							Nº	%
<b>2006</b>	66 421	2	1	0	1	1,5	2	100%
<b>2007</b>	66 609	2	0	0	0	0	NA	NA
<b>2008</b>	67784	2	4	0	4	6.0	4	100%
<b>2009</b>	69953	2	0	0	0	0	NA	NA
<b>2010</b>	70427	2	0	0	0	0	NA	NA

**Source : Direction des soins de Santé Min Santé**

Le tableau ci-dessus présente les performances de la surveillance des PFA. On observe que la dernière notification de cas remonte à 2008. L'absence des cas de PFA en 2009 et 2010 démontre t-il de l'arrêt de la circulation du PVS ou d'une insuffisance de la surveillance des PFA. Toutefois des efforts de renforcement de la surveillance sont entrepris à tous les niveaux pour de meilleures performances

#### **4.2.2 Surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune et du Tétanos maternel et néonatal**

Le dernier cas de rougeole remonte de 1994 et celui de tétanos néonatal de 1997. Jusqu'à présent, le pays n'a enregistré aucun cas de fièvre jaune. La surveillance de ces maladies est basée sur les cas, avec confirmation au laboratoire de référence s'il y a lieu. Dans le cadre du TMN, les activités ont été renforcées surtout au niveau des communautés ciblant les femmes en âge de procréer. Le tableau récapitulatif ci-dessous présente sur le niveau des principaux indicateurs de surveillance de 2006 à 2010; ceux ci donnent une idée des efforts consentis dans le cadre de lutte contre les maladies évitables par la vaccination dans le pays.

**Tableau IX : Evolution des maladies cibles du PEV 2006 – 2010**

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Rougeole (cas suspect)</b>	0	0	0	0	0
<b>FJ (cas suspect)</b>	0	0	0	0	0
<b>TMN</b>	0	0	0	0	0

**Source : Direction des soins de Santé Min Santé**

*Sur la surveillance des autres maladies la tendance reste la même comme pour la surveillance des PFA et les mêmes préoccupations demeurent. Le renforcement de la surveillance des maladies cibles du PEV doivent être prioritaires au vu des enjeux régionaux et mondiaux. Cependant il sied de signaler que le pays a éliminé le TMN depuis 2005 et avec les performances de vaccination sur la rougeole le pays sont bien placées pour la prélimination de la rougeole*

#### **4.3 Approvisionnement en vaccins de qualité et chaîne du froid**

##### **4.3.1 Approvisionnement en vaccins**

Les vaccins sont réceptionnés stockés au niveau de la chaîne du froid centrale au rythme d'un approvisionnement par an qui en assure la distribution.

La distribution au niveau des districts se fait mensuellement.

Les districts à leur tour approvisionnement les postes de santé hebdomadairement sauf 3 centres de santé qui s'approvisionnement 3 fois par semaine au niveau district par manque d'infirmier logé dans l'enceinte de l'établissement ;

**Niveau Central → Chaîne de froid district → CS**

Rythme d'approvisionnement→ 1 fois/mois→1 fois/ semaine

L'approvisionnement en vaccin se fait en fonction des besoins exprimés par les districts ou les postes de santé sur la base des rapports mensuels d'activités.

#### **4.3.1.1 Niveau Central**

Le système d'approvisionnement fonctionne de manière satisfaisante par le canal de l'UNICEF ; l'estimation des besoins et les procédures de réception des vaccins sont bien maîtrisées au niveau central (les besoins sont identifiés en rapport avec les objectifs de couverture en vigueur), les renseignements reçus à temps de l'UNICEF et les dispositions prises dans le délai pour l'enlèvement et leur transport vers les installations du PEV. Les estimations sont faites et consignées dans le plan pluriannuel. Le personnel de secteurs de collaboration n'est pas formé et n'a reçu les instructions précises sur la conduite à tenir en vue de la sauvegarde de vaccin. De ce qui précède, nous remarquons que les critères de la gestion efficace notamment en ce qui concerne les critères de pré-expédition sont d'application partielle. Il n'existe pas d'autorité nationale de régulation (ANR) pouvant assurer les fonctions minimales requises.

Le choix du vaccin en conditionnement de petite taille est de plus en plus privilégié afin de minimiser les pertes à l'utilisation. Les outils de gestion des vaccins existent et sont tenus à jour (registres et fiches de stock manuels). Cependant, les difficultés de maîtrise de l'outil informatique ont entraîné la mise de côté du fichier de gestion informatisée des stocks des intrants de vaccination (SMT). Seul, le fichier de suivi des données de vaccination au niveau District (DVDMDT) est d'application au niveau central, mais avec beaucoup de difficultés.

Le niveau central a développé localement des fichiers Excel pour la saisie et le suivi des données, offrant ainsi plus de facilité de lecture et traçage des lots.. Des pertes de vaccins par péremption sont ainsi observées. Les rapports de gestion et de doses administrées de vaccins sont élaborés, mais transmis souvent tardivement à la coordination de l'Equipe d'appui inter pays de Libreville (IST). Le principe du "bundling" lors de la distribution du vaccin et matériel d'injection n'est pas encore systématique dans son application ; le ratio nombre de doses distribuées et seringues dénote encore de la faible application de cet principe.

#### **4.3.1.2 Niveau périphérique :**

L'approvisionnement est fait par le niveau central. Les modalités d'identification de besoins semblent peu maîtrisées ; ceci se justifie par la thésaurisation de grandes quantités de vaccins à la base entraînant de taux de pertes négatifs observés au niveau central.

Les rapports sont élaborés et transmis avec beaucoup de retard ; les stocks résiduels ne sont pas toujours renseignés par crainte de rupture de stocks. Les instructions ne sont pas diffusées pour un rapportage correct ; les flacons déjà ouverts sont comptabilisés dans la plupart de centres. Peu de renseignements remontent sur l'utilisation des matériels d'injection et l'élimination des déchets résultant des activités de vaccination.

#### **4.3.2 Normes et procédures de gestion des vaccins et matériels**

Dans l'ensemble, il se pose un problème de carence de textes et procédures de gestion tant au niveau central que périphérique. Le pays devra fournir des efforts dans l'adaptation et finalisation des normes et standards PEV. Les outils de collecte de données de gestion existent à tous les niveaux ; mais présentent des difficultés quant à leur standardisation.

#### **4.3.3 Le taux de perte des vaccins**

Le taux de perte est élevé pour tous les vaccins de BCG (56-57%), VAR (43-39%) et VAA (19-22%). Ceci s'explique par le fait que ces vaccins sont à multi dose. Conformément à l'application de la politique des occasions manquées il est recommandé d'ouvrir un flacon devant tout enfant non vacciné selon le calendrier vaccinal. Le petit nombre d'enfants à rattraper occasionnera toujours ces pertes, mais le programme en tant que maintenir ces performances de couverture actuelles étant donné le pays. La situation des taux de pertes de observées de 2008 à 2010, est présentée dans le tableau ci-dessous.

**Tableau VIII: Taux de perte de vaccins (2006-2010)**

Vaccins	2006	2007	2008	2009	2010
BCG	ND	ND	56%	57, 3%	57, 3%
VPO	nd	nd	9.9%	9.2%	9.2%
DTC	nd	2.7%	3.2%	2,7%	
DTC-HepB-Hib				nd	2.7%
VAR			43%	39%	39.1%
VAA	nd	nd	19.9%	22.8%	22.8%
VAT			7.6%	6 .2%	6.2%

## 4.4 Logistique

### 4.4.1 Chaîne du froid

- Flexibilité :

La flexibilité est suffisante à tous les niveaux ; mais en prévision de l'introduction de nouveaux vaccins, tous les réfrigérateurs RCW 42 EK ont été remplacés progressivement par des RCW 50 EK (PPAC 2003-2007). Avec l'introduction du pentavalent en 2009 la capacité de stockage a été suffisante tant au niveau national qu'au niveau des districts. Si la chaîne du froid au niveau des districts ne nécessite pas d'extension même pour l'introduction des nouveaux vaccins, une extension sera nécessaire pour le niveau central.

#### Au niveau central

En prévision de l'introduction du vaccin antipneumoccoccique et la 2ème dose du vaccin antirougeoleux était prévu le besoin d'augmenter la capacité de stockage du niveau central d'environ 3 000 litres, à cet effet la construction d'une chambre froide de 10 000 litres de capacité brute est envisagée d'ici fin 2011. Au total au niveau central on compte 5 réfrigérateurs bahut et de congélateurs bahut avec une capacité de stockage en positif des vaccins au niveau national estimée à 540 litres et à 528 litres en négatif comme l'indique le tableau ci-dessous.

**Tableau n°6 : Type d'équipement et volume de stockage au niveau central**

CDF Centrale	Désignation	Nbre	Type	Volume de stockage	
				CdF positive	CdF négative
	Réfrigérateur Bahut	5	Vestfrost MK304	540 L	
	Congélateur Bahut	2	Vestfrost MF314		528 L
<b>TOTAL</b>				<b>540 L</b>	<b>528 L</b>

#### Au niveau périphérique

Au niveau périphérique il était prévu le renforcement de capacité des Districts de Cantagalo, Lemba, Mezochi et Agua-Grande d'un réfrigérateur RC 50 EK.

La capacité de stockage qui est représenté dans le tableau ci dessous nous montre que chaque district est doté d'un réfrigérateur Sibir V 170 GE avec 55 litres de capacité de stockage en positif et d'au moins 3 réfrigérateurs RCW de capacité de stockage en positif 18.2 litres pour chaque appareil. Au total au niveau district on estime à 715,4 litres de capacité de stockage positive contre 216 litres en négative

## Disponibilité de la chaîne du Froid

### a) Au niveau central

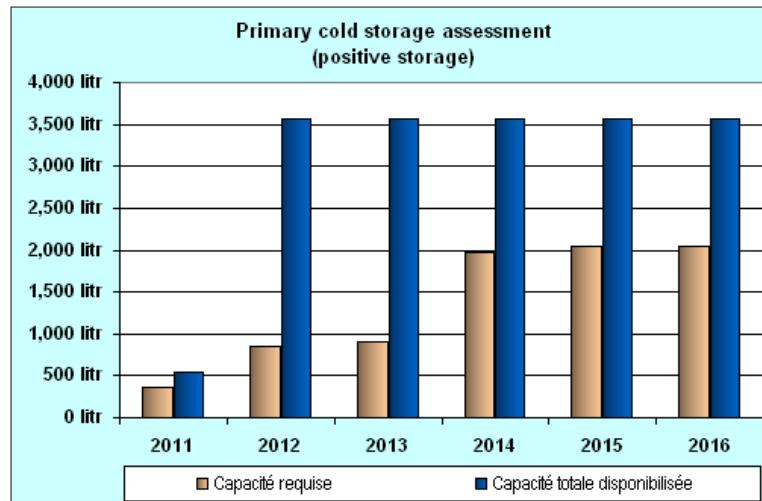
La capacité actuelle de stockage de la chaîne du froid permet est suffisante pour accomoder les vaccins même avec 2 approvisionnements annuels pour le DTC-HepB-Hib. Cependant avec l'introduction en 2012 du nouveau vaccin (PCV-13), et l'acquisition des vaccins pour la campagne de suivi contre la rougeole le besoin d'extension sera nécessaire. Ce gap pourra être comblé avec l'acquisition d'une chambre froide de 10 m<sup>3</sup> au niveau central pour un cout total y compris les frais d'installation estime à **59.584 \$USD**. Les dépenses relatives à l'achat de cette chambre froide font actuellement l'objet d'un fort plaidoyer auprès du gouvernement pour son acquisition d'ici fin 2011. Cette capacité additionnelle de stockage permettra au pays de garantir le stockage de tous les vaccins même avec l'introduction de la 2eme dose de rougeole en 2013 et le vaccin antirotavirus en 2014 avec une marge confortable jusqu'en 2016 comme illustré à travers le tableau ci-dessous.

**Table 6.1: Capacité et coûts (pour stockage positif) National Store**

Dépôt national								
		Formules	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>A</b>	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	548 litr	833 litr	888 litr	1.162 litr	1.207 litr	1.210 litr
<b>B</b>	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	540 litr	540 litr	540 litr	540 litr	540 litr	540 litr
<b>C</b>	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	1,02	1,54	1,65	2,15	2,23	2,24
<b>D</b>	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	1	1	1	1	1	1
<b>E</b>	Différence (le cas échéant)	<i>((A/D) - B)</i>	<b>8 litr</b>	<b>293 litr</b>	<b>348 litr</b>	<b>622 litr</b>	<b>667 litr</b>	<b>670 litr</b>
<b>F</b>	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$0	\$39.584	\$0	\$0	\$0	\$0

## Résultats d'analyse en besoins de chaîne de froid pour la vaccination au niveau central

Le graphique ci-dessous illustre la disponibilité de la capacité de stockage suite à l'acquisition au niveau central d'une chambre froide de 10m<sup>3</sup> à partir de 2012.



L'évaluation de la capacité de stockage de la chaîne du froid a pris en compte les vaccins traditionnels (y compris la 2<sup>ème</sup> dose de rougeole, les vaccins sous-utilisés (VAA, DTC-HepB-Hib), le vaccin contre le pneumocoque sous sa forme PCV-13 liquide dont l'introduction est proposée en 2012 et le vaccin antirotavirus sous sa forme oral monodose prévue à partir de 2014. Les activités supplémentaires de vaccination contre la rougeole prévues en 2012 ont été également prises en ligne de compte dans cette évaluation. (En annexe l'outil de prévision).

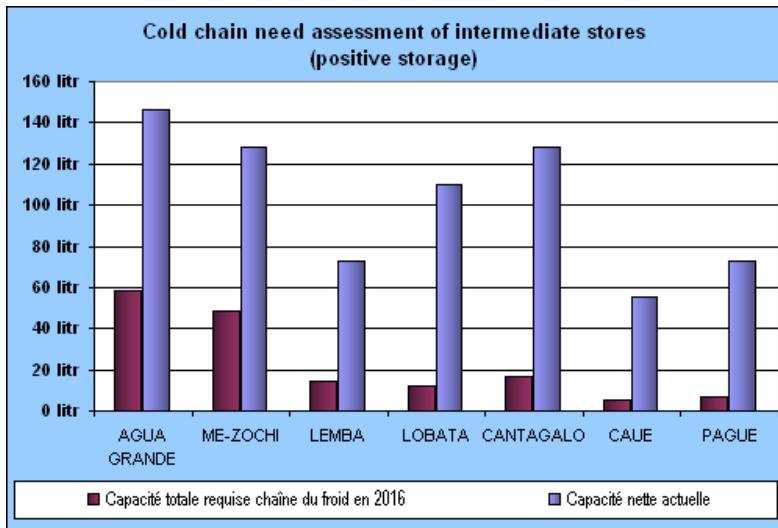
### b) Au niveau district

Au niveau intermédiaire la capacité de stockage s'accorde bien avec l'introduction des nouveaux vaccins pendant toute la période du soutien comme illustré dans ce tableau ci-dessous

**Table 6.1: Capacité et coûts (pour stockage positif)**

Entrepôts intermédiaires		2016						
	Formules	AGUA GRANDE	ME-ZOCHI	LEMBA	LOBATA	CANTAGALO	CAUE	PAGUE
<b>A</b>	Volume total annuel des vaccins en stockage positif <i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	693 litr	577 litr	169 litr	142 litr	187 litr	71 litr	79 litr
<b>B</b>	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	146 litr	128 litr	73 litr	110 litr	128 litr	55 litr
<b>C</b>	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	4.75	4.51	2.32	1.29	1.46	1.29
<b>D</b>	Nombre annuel d'expéditions <i>Sur la base du plan national de distribution des vaccins</i>	12	12	12	12	12	12	12
<b>E</b>	Différence (le cas échéant) <i>((A/D) - B)</i>	- 88 litr - 80 litr - 59 litr - 98 litr - 112 litr - 49 litr - 66 litr						

Les résultats d'analyse en besoins de chaîne de froid pour la vaccination au niveau intermédiaire prouvent combien la capacité requise de la chaîne de froid reste de loin inférieure au capacité existante. Cette disponibilité permet au pays d'introduire ces nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés (deuxième dose de rougeole) sans récuperer du matériel additionnel.



- **Fiabilité :**

Des efforts sont notés tant au niveau central que périphérique ; tous les appareils sont équipés de thermomètres à cadran, et la température relevée deux fois par jour. Les instructions sur la conduite à tenir en cas de rupture de chaîne de froid ont été évoquées lors de la formation des gestionnaires en 2005 (référence modules MLM). Cependant, le plan d'urgence fait défaut à tous les niveaux.

Dans les centres de santé (CS), les matériels de CDF vétustes a commencé à être remplacé. Au niveau central, un groupe de secours existe ; mais n'est pas fonctionnel depuis trois ans, des solutions idoines sont entrain d'être prises. Le dépôt central est doté de trois véhicules dont deux depuis 1995 ; tous ces véhicules sont encore fonctionnels. L'intégration des activités au sein des structures a contribué au développement du PEV ; les besoins en véhicules ne se font pas sentir pour le moment.

### **Capacité de stockage sec**

Les capacités de stockage sec sont suffisantes à tous les niveaux comme illustré dans l'outil de prévision des vaccins et matériels (forecast) 2011

### **Evaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (EGEV)**

Pour garantir une bonne gestion des vaccins, surtout avec l'introduction des nouveaux vaccins, une évaluation récente de cette gestion est recommandée. Le pays se propose de réaliser cette évaluation avant la fin du mois de juin 2011, avec l'appui de l'OMS et du Groupe de travail sous régional sur la vaccination. Le rapport de cette évaluation sera aussitôt mis à la disposition de GAVI et de tous les autres partenaires.

### **4.4.2 Equipements et infrastructures**

Les services de vaccination sont disponibles dans toutes les infrastructures sanitaires en état de conservation satisfaisante avec un minimum d'équipements fonctionnels malgré la vétusté y compris les véhicules. Le PEV dans son ensemble est bien couverte par le réseau téléphonique.

### **4.4.3 Sécurité de la vaccination**

#### **4.4.3.1 Sécurité des injections :**

Le pays a opté pour les seringues autobloquantes depuis 2002. Un document de politique nationale de sécurité des injections est élaboré depuis 2002. Toutefois l'utilisation des SAB est pratiquée dans 100% des formations sanitaires.

#### **4.4.3.2 Elimination des déchets :**

L'élimination des déchets se fait à travers un recueil des matériels usés dans les réceptacles, le brûlage et l'enfouissement. Ces dispositions ne sont pas suivies par les responsables du DS et par le niveau central à cause d'une insuffisance de formation, probablement pour ces acteurs. La construction des incinérateurs préconisée dans le plan 2003-2007 n'a pas suivi, faute de financement, de même que les mesures de pérennisation ne sont pas envisagées (approvisionnement en matériels d'injection et de sécurité).

Avec l'appui de l'OMS, le premier incinérateur du district d'Agua Grande où est située la capitale du pays vient d'être construit en 2011 au niveau de l'hôpital central. Cet incinérateur pourra améliorer le système de l'élimination des déchets, conformément aux recommandations de l'OMS. Le plan d'extension prévoit la construction de 3 incinérateurs dans les districts éloignés qui sont : Lemba, Caeu et la région autonome de Principé. Les stratégies de mobilisation des fonds y relatifs feront partie des priorités du CCIA. Le Gouvernement et les partenaires ne ménageront aucun effort pour la mise en œuvre de ce plan afin qu'il soit effectif d'ici 2013

#### **4.4.3.3 Surveillance des MAPI**

La surveillance des MAPI ne s'effectue pas systématiquement. La dernière enquête de couverture vaccinale a montré que la fièvre est de loin l'effet indésirable le plus cité par les femmes enquêtées. Seule pendant les campagnes les agents de santé mènent cette surveillance.

Dans le cadre de l'amélioration de la sécurité vaccinale, un effort particulier doit être entrepris pour l'élaboration des normes et procédures de la vaccination afin de palier aux insuffisances notées dans le système de vaccination.

#### **4.4.3.4 Pratiques**

Les bonnes pratiques infirmières sur la manipulation des matériels et l'asepsie ont été abordées lors de la formation du personnel en 2005 ; cependant, ni les fiches techniques ni les modules n'ont été élaborés à cet effet. Dans les pratiques de distribution des vaccins et diluants, un suivi est effectué au niveau central, mais non encore effectif à la base. L'introduction du vaccin antipneumoccoccique sera une bonne opportunité pour faire une formation/recyclage des agents

#### **4.4.3.5 Politique des flacons entamés**

Cette politique est connue de la plupart du personnel ; mais n'est pas encore consignée officiellement dans des fiches opérationnelles pour une stricte application à la base. Certes cette politique n'est pas nécessaire pour le PCV-13, mais à toute son importance pour la deuxième dose du vaccin antirougeoleux

### **4.5 Communication**

Les activités de sensibilisation en vue du changement de comportement de la tranche de population qui reste encore résistante à la vaccination sont insuffisantes, y compris celles qui sont menées par les prestataires de services et les médias. Au sein du PEV, il n'existe pas un point focal qui s'occupe des activités de la communication. Dans le système national de santé, il existe un Centre National d'Education pour la Santé qui s'occupe de la communication de tous les programmes de santé, y compris le PEV. Au niveau des districts sanitaires, il existe un point focal qui coordonne les activités de sensibilisation y compris celles du PEV. Les activités de plaidoyer ont été menées auprès des décideurs, pour le PEV de routine, et aussi pour les activités supplémentaires de vaccination et pour l'introduction des nouveaux vaccins.

Les ONGs, les personnels de santé, les agents de santé communautaire, les leaders religieux, les enseignants et les journalistes ont été formés dans le but de renforcer les activités de mobilisation sociale et de la sensibilisation sur la vaccination. Un obstacle majeur pour la sensibilisation, c'est le fait que la diffusion des messages par les médias est payante et souvent les moyens financiers font défaut.

Malgré les bonnes performances de son PEV de routine, Sao Tomé et Principe fait partie d'une sous région où la moyenne de couverture vaccinale n'atteint pas les 90% au niveau national (57% de CV pour toute la sous- région Afrique centrale entre janvier et juin 2010). Face aux défis du PEV liés à l'introduction des nouveaux vaccins et la deuxième dose de rougeole prévue à partir de 2012 et 2013 respectivement, et la recrudescence de la circulation du polio virus sauvage et de son importation, particulièrement en Angola et en RDC, vue les intenses mouvements de population entre l'Angola et Sao Tomé et Principe , il s'avère urgent de renforcer le PEV de routine à travers un plan stratégique de communication pour la vaccination afin d'atteindre les objectifs fixés tant nationaux que régionaux. C'est dans ce cadre qu'un plan stratégique de communication pour le PEV 2011-2015 a été adopté. Ce plan vise à améliorer l'adhésion des populations aux différentes interventions de la vaccination en les rendant pérennes au moyen de programmes de renforcement de capacités des gestionnaires du PEV, des acteurs de la vaccination, de l'implication de la communauté et des professionnels des médias à toutes les étapes de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.

D'autres éléments justifient aussi ce plan stratégique de communication pour la vaccination :

- La communication pour la vaccination, dispose actuellement de peu de professionnels de santé et de médias formés pour sa mise en œuvre ;
- Le paquet minimum d'activités (PMA) dans les Centres et Postes de Santé, intègre la composante communication ;
- Les activités de vaccination en postes fixes, ou lors des équipes mobiles et des campagnes de vaccination nécessitent l'implication et la participation communautaires ;
- Des ONG interviennent dans le pays pour lutter contre les maladies évitables par la vaccination ;
- La nécessité d'intégrer les outils de collectes des données des activités de communication parmi les outils du PEV ;

Des opportunités existent déjà à Sao Tomé et Principe, en faveur de la mise en œuvre de cette lutte contre les autres maladies endémiques et à potentiels épidémiques.

Des questions se rapportant aux connaissances, aptitudes et pratiques (CAP) ont été posées durant la dernière enquête de couverture vaccinale. Il ressort que près de 98% des personnes qui ont en charge les enfants et les répondants aux questions sont soit le père ou la mère. Le nombre de maladies cité est faible (2 en moyenne). Seulement 7 personnes ont cité toutes les 8 maladies. Les maladies les plus citées sont la rougeole et la fièvre jaune. La non disponibilité de la mère est la raison la plus importante de la non vaccination des enfants suivie du manque d'information

## **4.6 Gestion du programme**

Le PEV a débuté à Sao Tome et Principe en 1979 et avait comme cibles les enfants âgés de moins de 1 an et les femmes en âge de procréer. Depuis la mise en place du PEV à STP, le programme a toujours fonctionné comme un programme vertical. C'est à partir de 1997 que le PEV a été intégré au sein du Programme de Santé de la Reproduction, sous la tutelle de la Direction des Soins de Santé. Le PEV est composé par un noyau central coordonné par 1 responsable et des sous noyaux au niveau des 7 Districts, sous la responsabilité des médecins chefs de chaque District.

### **4.6.1 Planification**

Les activités de vaccination sont identifiées comme priorités dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Un plan pluriannuel pour la vaccination couvrant la période 2003-2007. Pour faire face aux nouveaux défis contenus dans le GIVS et conformément aux orientations régionales et sous régionales le PPAC 2008 – 2012 a été élaboré, approuvé et mis en œuvre. Il comportait les objectifs suivants :

- Maintenir l'arrêt de la circulation du Polio virus sauvage ;
- Maintenir l'élimination du tétanos maternelle et néonatal ;
- réduire la morbidité par rougeole de 90% et la mortalité de 95% ;
- améliorer la vaccination de routine pour atteindre une couverture de 99% pour tous les antigènes dans tous les districts ;
- introduire les nouveaux vaccins (Pneumocoque et Rotavirus) et vaccins sous-utilisés (Hib).

## **4.6.2 Coordination**

La coordination des interventions au niveau national est assurée par le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA), présidé par le Ministre de la Santé et composé de la plupart des partenaires qui appuient le PEV. Ce Comité est appuyé par un Comité technique composé de cadres techniques du PEV, de l'UNICEF et de l'OMS qui prépare les dossiers techniques sur les différents aspects (technique, communication, finances et logistique). Le CCIA se réunissent régulièrement 3 fois par an pour valider, suivre et évaluer le plan d'action annuel du programme. Cependant, on note un faible engagement de la société civile

## **4.6.3 Suivi et Évaluation**

Le suivi permet d'assurer la collecte mensuelle d'une série d'indicateurs dans 100% des districts. La gestion de données au niveau opérationnel est raisonnable. Malgré quelques retards, on remarque un taux de réalisation des rapports mensuels de vaccination à un bon niveau (100%). La surveillance à tous les niveaux présente des signes de bonne qualité et quantité.

En 2006, les surveillances programmées ont été exécutées à 100%: aussi 100% de surveillants a été formé dans le domaine de la technique de surveillance et 100% de ces mêmes surveillants dispose d'un guide de surveillance.

Les enquêtes MICS réalisées ont permis de faire la comparaison entre les données du système d'informations et celles découlant des MICS. Cette comparaison a permis de constater qu'il n'y a pas de divergence significative entre ces deux sources d'informations. Ceci vient de nouveau d'être confirmé par la récente enquête de couverture vaccinale réalisée du 20 octobre au 15 novembre 2007, ce qui prouve d'une certaine manière la fiabilité des données du système en place.

## **4-6-4 Renforcement des capacités**

Pour répondre à la demande de manière satisfaisante, le PEV a besoin de ressources humaines qualifiés et disponibles. Depuis l'intégration du PEV dans le programme de santé de la reproduction et la mise en œuvre de la décentralisation et déconcentration, les activités de formation en cours d'emploi ont été menés dans toutes les structures sanitaires ciblant les cadres moyens en matière de gestion, planification, logistique, chaîne du froid, suivi et évaluation.

Certains cadres ont suivi à l'extérieur la formation en gestion des services de vaccination de niveau district dénommée \*formation MLM\*; ces derniers apportent un appui considérable à la mise en œuvre des programmes de formation continue au niveau national. Cependant, le personnel nouvellement intégré n'est pas formé. A cet égard, un module PEV a été également intégré dans les curricula de l'École de Formation des Cadres de Santé. Il reste à adapter ce module au contenu des MLM.

## **4.7. Financement du système de vaccination**

Trois types de financement des activités du PEV existent : la contribution de l'État, celle de la communauté et celle des partenaires au développement.

### **4.7.1 Etat**

Jusqu'en 2006, une grande partie du financement du PEV est assuré par les partenaires du Gouvernement. A partir de 2008 le gouvernement a commencé à investir dans l'achat des vaccins traditionnels et au cofinancement des vaccins sous utilisés et nouveaux avec GAVI.

Il est important de signaler que dans la structure des dépenses relatives aux vaccins conventionnels utilisés dans le PEV de routine, la part du financement de l'État est passée d'USD 334.199 en 2006 à USD 453.710 en 2010. La rubrique consacrée exclusivement à l'achat de vaccins et les matériels de vaccination a été créée.

La dépendance du PEV des aides de partenaires a comme conséquence ce qui suit :

- Absence d'indépendance financière en matière de vaccination
- La mise en œuvre incomplète du plan stratégique et claire d'action annuelle du PEV
- Retards dans le financement et dans la mise en œuvre des activités
- Une baisse dans l'efficacité du PEV

D'autres contributions de l'État dans le financement du PEV sont liées aux dépenses partagées (dépenses du personnel, dépenses de réparation et manutention et dépenses de fonctionnement des structures du programme). La volonté du Gouvernement en matière d'indépendance vaccinale est évidente.

L'adoption du document de stratégie de réduction de la pauvreté dans le cadre de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés\* (IPPT) offre au pays une opportunité d'accéder à des financements additionnels.

#### 4.7.2 Partenaires

Les principaux partenaires qui ont financées les dépenses du PEV ont été : GAVI, UNICEF, IOMS et ONG portugaise Valle-Flor, UNFPA.. Les chiffres à notre disposition sont celles de l'OMS, UNICEF, GAVI, UNFPA et le gouvernement dont nous représentons ici

En 2010, du total du financement total des activités du PEV, 60% est attribué AU Gouvernement , 3% à l'UNICEF, 13% à OMS, 25 % à GAVI et 2% à UNFPA.

**Le tableau n°:** représente les dépenses effectuées par les partenaires et le gouvernement du PEV de 2006 à 2010 y compris l'achat des vaccins

Sources de financement (\$ USD)	Années				
	2006	2007	2008	2009	2010
<b>GOUVERNEMENT</b>	<b>114 234</b>	<b>113 050</b>	<b>92 544</b>	<b>105 911</b>	<b>271 615</b>
<b>OMS</b>	<b>28 750</b>	<b>31 650</b>	<b>18.000</b>	<b>19.000</b>	<b>58.850</b>
<b>UNICEF</b>	<b>36 472</b>	<b>45 010</b>	<b>29 861</b>	<b>18 600</b>	<b>13 090</b>
<b>GAVI</b>	<b>18 600</b>	<b>27 600</b>	<b>32 759,5</b>	<b>83 088,5</b>	<b>167 536</b>
<b>UNFPA</b>	<b>7.000</b>	<b>7.500</b>	<b>9.000</b>	<b>11.000</b>	<b>10.000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>205.056</b>	<b>224.800</b>	<b>164.165</b>	<b>135 511</b>	<b>449 151</b>

## 5. SYNTHESE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DU PEV

L'analyse précédemment faite sur le contexte démographique, politique, institutionnel, économique et sanitaire a permis de faire ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces du système PEV.

### 5.1 Environnement interne

**Tableau XI : Résumé des forces et faiblesses du système PEV**

	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<b>Système de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau d'infrastructures sanitaires suffisant et bien distribué</li> <li>• Programme PEV décentralisé</li> <li>• Disponibilité des services de vaccination dans 26 formations sanitaires sur les 27 dans le pays</li> <li>• Dotation en outils de travail, notamment transport, équipements et outil informatique, technologie de communication (téléphone, fax, Internet)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PNDS en cours d'actualisation</li> <li>• Forte dépendance financière du PEV par les partenaires.</li> <li>• Démotivation du personnel</li> <li>• Manque d'engagement multisectoriel</li> <li>• Insuffisance dans la collecte des données le Système d'Information Sanitaire</li> </ul>
<b>Prestations de service de vaccination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couverture vaccinale &gt;80% dans tous les Districts et pour tous les antigènes</li> <li>• Taux d'abandon DTC1/DTC3 et BCG/VAR &lt; à 10%</li> <li>• 100% de complétude et promptitude des rapports au niveau national</li> <li>• Services de santé intégrés (moustiquaires imprégnées, Vitamine A et déparasitage) à tous les niveaux</li> <li>• Capacité de faire vacciner les enfants pendant les visites des mères aux Centres de Santé y compris les enfants hospitalisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion d'enfants complètement vaccinés à un an: 77%</li> </ul>

<b>Approvisionnement et qualité des vaccins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Approvisionnement en vaccins par l'UNICEF.</li> <li>Absence de ruptures en vaccin à tous les niveaux</li> <li>Taux de perte inférieur à 10% pour le pentavalent, le VPO et le VAT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de laboratoire national de contrôle de qualité</li> <li>Persistance des taux de perte de vaccins &gt;10% pour le BCG, VAR et VAA</li> <li>Absence de normes et procédures de gestion des vaccins à tous les niveaux</li> <li>Outils de collecte des données non standardisés</li> <li>Non maîtrise de l'outil informatique pour la gestion des vaccins</li> <li>Seuils d'alerte non pris en compte dans la commande des vaccins</li> <li>Faible application du bundling</li> <li>Absence d'ANR</li> </ul>
<b>Logistique</b> • <b>Chaîne de froid</b> • <b>Sécurité des injections</b> • <b>Moyens de transport</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CDF au niveau central et périphérique répondant aux normes requises</li> <li>Capacité de stockage suffisante au niveau intermédiaire et périphérique</li> <li>Existence et utilisation des boîtes de sécurité au niveau de toutes les formations sanitaires.</li> <li>Bonne flexibilité de la Chaîne du Froid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance numérique du personnel dans la section Logistique du PEV</li> <li>Capacité de stockage insuffisante au niveau central avec l'introduction des nouveaux vaccins à partir de 2012</li> <li>Insuffisance des incinérateurs et déchets vaccinaux.</li> <li>Moyens de transports vétustés</li> </ul>
<b>Surveillance épidémiologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réseau de surveillance épidémiologique fonctionnel</li> <li>Bonne complétude et promptitude des rapports de surveillance</li> </ul>	<p>Absence de notification de cas suspects de maladies évitables par la vaccination</p> <p>Absence du système de surveillance de routine des MAPI</p>
<b>Mobilisation sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence de points focaux du Centre National de l'Education pour la Santé (CNES) dans tous les Districts</li> <li>Structure décentralisée de mobilisation sociale au niveau des Districts et communautés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressources humaines insuffisantes au niveau central</li> <li>Absence d'un plan intégré de communication pour le PEV ciblant les véritables problèmes de communication</li> <li>Coût élevé de la production et divulgation des matériaux de communication</li> <li>Faible activité de l'IEC</li> <li>Inexistence de la composante mobilisation sociale dans le PEV</li> </ul>
<b>Coordination/Gestion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CCIA fonctionnel</li> <li>Appui multiforme des partenaires (OMS, UNICEF, UNFPA, GAVI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'engagement de la société civile</li> <li>Insuffisance du personnel au niveau de la coordination du PEV</li> <li>Faible coordination des interventions des différents partenaires</li> </ul>
<b>Développement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une équipe nationale formée en MLM a l'extérieur du Pays</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non dissémination du cours en MLM au niveau du Pays</li> </ul>

<b>de capacités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modules du PEV dans les curricula de formation de base des infirmiers</li> <li>Existence d'un réseau des points focaux PFA formés.</li> <li>Affectation du nouveau personnel au PEV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence du Pool de formateurs</li> <li>Personnel de santé nouvellement intégré non formé sur la gestion du PEV</li> </ul>
<b>Supervision</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervision de la surveillance active du PFA fonctionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Irégularité des supervisions à tous les niveaux</li> <li>Mauvaise qualité de supervision</li> </ul>
<b>Financement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence d'une ligne budgétaire du gouvernement pour le PEV</li> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible montant alloué</li> <li>Faible financement des activités de surveillance</li> <li>Forte dépendance financière des ressources externes</li> </ul>

## 5.2 Environnement externe

**Tableau XII : Opportunités et Menaces du PEV**

<b>Domaines</b>	<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<b>Niveau national</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perspectives des ressources provenant de l'exploitation pétrolière</li> <li>Possibilité d'établissements d'accords de partenariat</li> <li>L'allégement de la dette externe de pays</li> <li>L'adoption de Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté dans le cadre de l'initiative PPTE</li> <li>L'accès à divers mécanismes de financement internationaux (UNICEF, OMS, GAVI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forte dépendance financière du PEV du financement externe</li> <li>Instabilité politique</li> <li>Faible croissance économique</li> <li>Augmentation de la pauvreté</li> </ul>
<b>Niveau mondial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adoption du GIVS</li> <li>Réforme du Système des Nations</li> <li>Financements de GAVI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crise financière mondiale</li> <li>Resurgence de la circulation du PVS dans les pays de la Sous-région</li> <li>Resurgences des épidémies de rougeole dans la région</li> </ul>

Tableau XIII: Identification des problèmes et critères de priorisation

Domaines	Problèmes listes par ordre de priorités	Priorités
<b>Coordination/Gestion</b>	• Faible collaboration avec la société civile	3
	• Faible coordination des interventions des différents partenaires	3
<b>Développement de capacités</b>	• Personnel de santé nouvellement intégré non formé sur la gestion du PEV	2
<b>Prestation de service</b>	• Faible proportion d'enfants complètement vaccinés	1
	• Supervision insuffisante et irrégulière	1
<b>Logistique</b> <b>Approvisionnement et qualité des vaccins</b>	• Persistance des taux de perte élevées pour le VAR, VAA et BCG	1
	• Insuffisance des incinérateurs	3
	• Insuffisance d'espace de stockage ambiant/magasin au niveau central	3
	• Vétusté des équipements de vaccination à 50%	3
	• Capacité insuffisante de la Chaîne de Froid au niveau central	2
	• Absence de normes et standards PEV pour la CDF et la gestion des vaccins	3
	• Moyens de transports vétustés	1
	• RH insuffisantes au niveau central	1
<b>Surveillance épidémiologique</b>	• Faible financement des activités de surveillance	3
	• Inexistence du système de surveillance des MAPI	3
	• Manque de capacités d'analyse des échantillons de selles des cas suspect de Polio par le laboratoire national	4
	Absence de notification de cas suspects de maladies évitables par la vaccination	3
<b>Sensibilisation Mobilisation sociale</b>	• Inexistence de la composante mobilisation sociale dans le PEV	2
	• Exigences de paiement par les médias	2
	• Faible activité de sensibilisation	2
<b>Financement</b>	• Forte dépendance financière des ressources externes	1
	• Faible financement des activités de surveillance	3

Niveau de priorité : 1 =Fortement prioritaire ;2 prioritaire ;3 moins prioritaire ; 4 Faiblement prioritaire

## 6. PRIORITES NATIONALES, OBJECTIFS, ETAPES, BUTS REGIONAUX ET MONDIAUX

Tableau XIV: Priorités Nationales, Objectifs, Etapes, Buts Régionaux et Mondiaux

Problèmes/Priorités	Objectifs	Etapes					Buts régionaux et mondiaux	Ordre de priorité																																																																																	
Faible pourcentage d'enfants complètement vaccinés à 1 an	Accroître le pourcentage d'enfants complètement vaccinés à 1 an de 77% à 90% d'ici 2015	2012: 82% 2013 : 85% 2014 : 90% 2015 : 90% (pour tous les antigènes)					Au plus tard en 2010 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	1																																																																																	
Taux de perte de vaccins élevés par rapport aux objectifs régionaux	D'ici 2015, réduire les taux de pertes des antigènes : BCG : 57 à 40%  VAR : 39 à 25% VAA : 25 à 10%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="5">Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin</th> </tr> <tr> <th>Type de Vaccin</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Vaccins Traditionnels</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BCG</td> <td>57%</td> <td>45%</td> <td>45%</td> <td>45%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>Polio (VPO)</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Rougeole</td> <td>39%</td> <td>30%</td> <td>25%</td> <td>25%</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>TT - Femmes enceintes</td> <td>6%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td><b>Vaccins sous-utilisés</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fièvre jaune</td> <td>25%</td> <td>15%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>DTC-HepB-Hib3</td> <td>3%</td> <td>5%</td> <td>5%</td> <td>5%</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>Measles</td> <td></td> <td>30%</td> <td>20%</td> <td>20%</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td><b>Nouveaux vaccins</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PCV-10</td> <td></td> <td>5%</td> <td>5%</td> <td>5%</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>ROTAVIRUS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5%</td> <td>5%</td> </tr> </tbody> </table>			Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin					Type de Vaccin	2011	2012	2013	2014	2015	<b>Vaccins Traditionnels</b>						BCG	57%	45%	45%	45%	40%	Polio (VPO)	10%	10%	10%	10%	10%	Rougeole	39%	30%	25%	25%	20%	TT - Femmes enceintes	6%	10%	10%	10%	10%	<b>Vaccins sous-utilisés</b>						Fièvre jaune	25%	15%	10%	10%	10%	DTC-HepB-Hib3	3%	5%	5%	5%	5%	Measles		30%	20%	20%	20%	<b>Nouveaux vaccins</b>						PCV-10		5%	5%	5%	5%	ROTAVIRUS				5%	5%	Réduire le taux de perte de tous les antigènes selon les normes recommandées	1
		Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin																																																																																							
Type de Vaccin	2011	2012	2013	2014	2015																																																																																				
<b>Vaccins Traditionnels</b>																																																																																									
BCG	57%	45%	45%	45%	40%																																																																																				
Polio (VPO)	10%	10%	10%	10%	10%																																																																																				
Rougeole	39%	30%	25%	25%	20%																																																																																				
TT - Femmes enceintes	6%	10%	10%	10%	10%																																																																																				
<b>Vaccins sous-utilisés</b>																																																																																									
Fièvre jaune	25%	15%	10%	10%	10%																																																																																				
DTC-HepB-Hib3	3%	5%	5%	5%	5%																																																																																				
Measles		30%	20%	20%	20%																																																																																				
<b>Nouveaux vaccins</b>																																																																																									
PCV-10		5%	5%	5%	5%																																																																																				
ROTAVIRUS				5%	5%																																																																																				

Vétusté et insuffisance d'entretien des équipements de vaccination et transport	D'ici 2015, doter le niveau central d'une capacité de stockage suffisante	2012 : chambre froide au niveau central  2012- 204 acquérir 50% des équipements informatiques 2014 à 2016 acquérir les autres 50%	Au plus tard en 2010 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	1
Forte dépendance financière des ressources externes	D'ici 2015, accroître le financement national pour les activités de vaccination	Le Gouvernement devra respecter ses engagements par rapport au cofinancement GAVI	Assurer la pérennité financière pour la vaccination	1

## 7. VISION ET OBJECTIFS DU PEV

### 7.1 Vision

D'ici 2015 :

- La vaccination comme une priorité pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)
- Vacciner davantage de personnes contre un plus grand nombre de maladies
- L'équité et l'égalité d'accès aux vaccinations selon le calendrier national sont garanties à tous les enfants, à tous les adolescents et à tous les adultes
- L'intégration des activités de vaccination aux interventions prioritaires de développement sanitaires est une réalité quelque soit l'environnement social, politique et économique.

### 7.2 Objectifs

#### 7.2.1 Objectif général :

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

#### 7.2.2. Objectifs spécifiques :

##### 1. En matière de couverture vaccinale

- D'ici 2015, maintenir la couverture vaccinale à plus de 95% pour tous les antigènes au plan national chez les enfants de 0 à 11 mois et le VAT pour les femmes enceintes conformément au tableau XV ci-dessous

**Tableau XI: Données de base et projections des objectifs de la couverture vaccinale contenus dans le plan pluri annuel complet 2012-2015**

#### Objectifs de la Couverture Vaccinale

Type de Vaccin	2012	2013	2014	2015
Vaccination de Routine	(%)	(%)	(%)	(%)
<b>Vaccins Traditionnels</b>				
BCG	99%	99%	99%	99%
TT - Femmes enceintes	95%	98%	98%	98%
Rougeole	95%	98%	98%	98%
Polio (VPO3)	98%	98%	98%	98%
<b>Vaccins sous -utilisés</b>				
Fièvre jaune	95%	98%	98%	98%
DTC-HepB-Hib(3)	98%	98%	98%	98%
Rougeole 2ème dose	80%	82%	85%	90%
<b>Nouveaux Vaccins</b>				
PCV-13	90%	95%	98%	98%
ROTAVIRUS(1)			98%	98%

- D'ici 2015, accroître de 77 % à 90% le pourcentage d'enfants complètement vaccinés à 1 an d'âge:
- Réduire le taux de perte des vaccins pour tous les antigènes conformément au tableau XVI ci-dessous

**Tableau XVI : Objectifs pour la réduction des taux de perte des vaccins de 200 à 2012**

<b>Type de Vaccin</b>	<b>Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin</b>				
	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Vaccins Traditionnels</b>					
BCG	57%	45%	45%	45%	40%
Polio (VPO)	10%	10%	10%	10%	10%
Rougeole	39%	30%	25%	25%	20%
TT - Femmes enceintes	6%	10%	10%	10%	10%
<b>Vaccins sous-utilisés</b>					
Fièvre jaune	25%	15%	10%	10%	10%
DTC-HepB-Hib3	3%	5%	5%	5%	5%
2ème dose rougeole		30%	20%	20%	20%
<b>Nouveaux vaccins</b>					
PCV-10		5%	5%	5%	5%
ROTAVIRUS				5%	5%

## **2 En matière d'introduire de nouveaux vaccins**

- D'ici fin 2012, introduire le vaccin antipneumoccoccique et la 2<sup>ème</sup> dose rougeole dans le PEV de routine
- D'ici fin 2014 introduire le vaccin anti rotavirus
- D'ici 2012, doter le niveau central d'une chambre froide de 10 m<sup>3</sup>

## **3.Dans le domaine de l'accélération des initiatives mondiales**

- D'ici 2015, accroître le financement national pour les activités de vaccination de \$ 647 113 USD conformément à l'outil de costing du PPAC
- D'ici 2015, maintenir et renforcer le niveau de la surveillance épidémiologique actuelle

## 8. STRATEGIES ET ACTIVITES EN FONCTION DES OBJECTIFS PAR COMPOSANTE

Tableau XVII : Stratégies, activités et indicateurs du PPAC 2012- 2015 par composante.

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES	INDICATEURS
D'ici 2015, maintenir la couverture vaccinale de tous les antigènes au niveau national à plus de 95%.	Renforcement des capacités nationales	Former tout le personnel des formations sanitaires lié à la vaccination, dans le MLM	Nombre du personnel de santé forme en MLM
		Organiser la formation du personnel de santé sur l'introduction des nouveaux vaccins par niveaux	Rapport de la formation sur l'introduction des nouveaux vaccins
		Mettre en œuvre le plan intégré de communication pour le PEV	Activités du plan intégré de communication pour le PEV mises en œuvre
		Produire les paquets de communication	Paquets de communication produits
		Former 160 Agents de Santé Communautaire (ASC) sur les stratégies de communication pour les communautés	Nbre des ASC forme sur les stratégies de communication
		Evaluer la mise en œuvre du Plan de communication en 2012	Rapport d'évaluation de la mise en œuvre du Plan de communication
		Relancer les réunions trimestrielles de suivi et évaluation des activités du PEV	Nbre des réunions de suivi et évaluation relise

<b>D'ici 2015, maintenir la couverture vaccinale de tous les antigènes au niveau national à plus de 95%.</b>	<b>Renforcement du suivi et évaluation du programme</b>	Organiser l'évaluation externe du PEV en 2012	Rapport de l'évaluation externe du PEV disponible.
		Réviser/actualiser les outils de supervision	Outils de supervision actualisés
		Réaliser les visites de supervision dans chaque 6 mois pour le niveau central et trimestrielles au niveau des Districts	Nbre des visites de supervision dans réalisé
<b>D'ici 2015, Maintenir les performances obtenues dans le cadre de la surveillance</b>	<b>Renforcement de la surveillance épidémiologique</b>	Elaborer le plan de surveillance active	Plan de surveillance active disponible
		Produire trimestriellement les bulletins épidémiologiques pour assurer la rétro information a tous les niveaux	Nbre des bulletins épidémiologiques produit
		Réviser/actualiser les outils de supervision	Outils de supervision actualisés
		Réaliser 7 sessions de formation de formateurs sur la surveillance des cas de PFA pour les communautés	Nbre des sessions de formations de formateurs sur la surveillance réalisé de formateurs
		Organiser une riposte en cas de découverte du poliovirus sauvage ou de fièvre jaune	Existence du plan de riposte en cas de découverte du poliovirus sauvage ou de fièvre jaune
<b>D'ici, 2015 réduire les taux</b>	<b>Renforcement du système de gestion</b>	Utiliser les flacons des petites doses	les flacons des petites doses sont utilisés dans la routine

<b>de pertes pour tous les antigènes.</b>	<b>des vaccins</b>	Vulgariser la politique des flacons entamés	Politique des flacons entamés dans les 7 Districts
		Doter les districts sanitaires d'outils informatiques de gestion des vaccins	Les 7 Districts sont équipés en outils informatiques pour la gestion des vaccins
		Adapter les outils de gestion par rapport aux nouveaux vaccins	les outils de gestion sont adaptés par rapport aux nouveaux vaccins
<b>D'ici 2015, doter 100% des districts en matériels CDF</b>	<b>Renforcement du système de la logistique Acquisition des équipements et des moyens de transport</b>	Doter le PEV central d'une chambre froide de 10 m3	Equipements et matériels de CDF installés dans les institutions cibles
		Commander les moyens de transport pour le PEV	Moyens de transport pour le PEV disponibles.
		Elaborer un Plan spécifique pour la maintenance des équipements de la CDF et pour les moyens de transport	Existence du Plan spécifique pour la maintenance des équipements de la CDF et pour les moyens de transport
		Construire un nouveau magasin de stockage des vaccins pour le PEV central	Existence d'un magasin de stockage des vaccins pour le PEV central
		Construire 6 incinérateurs pour les districts	Nbre des incinérateurs construits
<b>D'ici 2015, accroître le financement national pour les activités de vaccination</b>	<b>Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV</b>	Renforcer le plaidoyer pour la disponibilité des ressources inscrites dans le budget de l'Etat	Nbre des rapports de plaidoyer pour la disponibilité des ressources, réalisé auprès des décideurs
		Renforcer le plaidoyer pour l'augmentation du budget national alloué à la santé	Proportion du budget de l'Etat alloué au PEV

## 9. CHRONOGRAMME DES PRINCIPALES ACTIVITES

**Tableau XVIII : Calendrier des activités du PPAC 2012 -2015.**

ACTIVITES PRINCIPALES	2012	2013	2014	2015
<b>Prestation des services</b>				
Organiser des ateliers de micro planification du PEV	X	X	X	X
Etendre les équipes en stratégies avancée et mobiles	X	X	X	X
Réaliser les visites de supervision dans chaque 6 mois pour le niveau central et trimestrielles au niveau des Districts	X	X	X	X
Relancer les réunions trimestrielles de suivi et évaluation des activités du PEV	X	X	X	X
Organiser l'évaluation externe du PEV en 2012	X			
Réviser/actualiser les outils de supervision	X			X
<b>Renforcement de la communication en faveur du PEV</b>				
Mettre en œuvre le plan intègre de communication pour le PEV	X	X	X	X
Produire les paquets de communication	X	X		
Former 160 Agents de Santé Communautaire (ASC) sur les stratégies de communication pour les communautés		X	X	
Evaluer la mise en œuvre du Plan de communication en 2012			X	
<b>Renforcement de la surveillance épidémiologique</b>				
Elaborer le plan de surveillance active	X	X	X	X
Produire trimestriellement les bulletins épidémiologiques pour assurer la rétro information à tous les niveaux	X	X	X	X
Réviser/actualiser les outils de supervision		X		
Réaliser 7 sessions de formation de formateurs sur la surveillance des cas de PFA pour les communautés		X	X	
Organiser une riposte en cas de découverte du poliovirus sauvage ou de fièvre jaune	X			
<b>Renforcement du système de gestion des vaccins</b>				

Vulgariser la politique des flacons entamés	X	X	X	X
Doter les districts sanitaires d'outils informatiques de gestion des vaccins		X	X	
Adapter les outils de gestion par rapport aux nouveaux vaccins	X			
<b>Renforcement du système de la logistique</b>				
Commander les Equipement et matériels de CDF	X	X	X	X
Commander les moyens de transport pour le PEV	X	X	X	X
Construire une nouvelle chambre froide pour le stockage des vaccins pour le PEV central	X	X		
Construire 6 incinérateurs pour les districts			X	
<b>Renforcement des capacités</b>				
Former tout le personnel des formations sanitaires lié à la vaccination, dans le MLM		X	X	
Organiser la formation du personnel de santé sur l'introduction des nouveaux vaccins par niveaux	X	X	X	
<b>Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV</b>				
Renforcer le plaidoyer pour la disponibilité des ressources inscrites dans le budget de l'Etat	X	X	X	X
Renforcer le plaidoyer pour l'augmentation du budget national alloué à la santé	X	X	X	

## 10. ANALYSE DES COUTS ET FINANCEMENT DU PROGRAMME

### 10.1 Méthodologie

La collecte de données de données qui ont été introduites dans la feuille N°1 «Entrée des données» s'est faite à partir des sources suivantes :

En ce qui concerne :

- les indicateurs macro-économiques et démographiques (Institut national des statistiques, 2010)
- Les données relatives aux vaccins et matériels d'injection (Ministère de la santé, 2010)
- Les données relatives aux couts du personnel (Ministère de la santé, 2010)
- Les données relatives aux matériels de la chaîne de froid et la logistique de transport (Ministère de la santé, 2010)

### 10.1.1 Coût de l'année de base

#### i. Indicateurs de base pour l'année de référence

Selon le tableau XIX, le coût total du programme s'élevait à 544.357 USD dont 91% pour les coûts de la vaccination et 9% pour les coûts partagés pour l'année 2010. Les coûts des vaccins et matériaux d'injection représentaient 14,6% du coût total du Programme et 54,7% du financement du gouvernement.

**Tableau n° XIX : indicateurs de base pour l'année de référence (2010)**

Indicateur pour l'Année de Référence	2010
Dépenses totales pour la Vaccination	\$496.722
Campagnes	\$0
Vaccination de routine	\$496.722
% vaccins et matériaux d'injection	14,6%
Total des coûts partagés	\$47.635
% des coûts partagés dans le total	9%
<b>TOTAL</b>	<b>\$544.357</b>

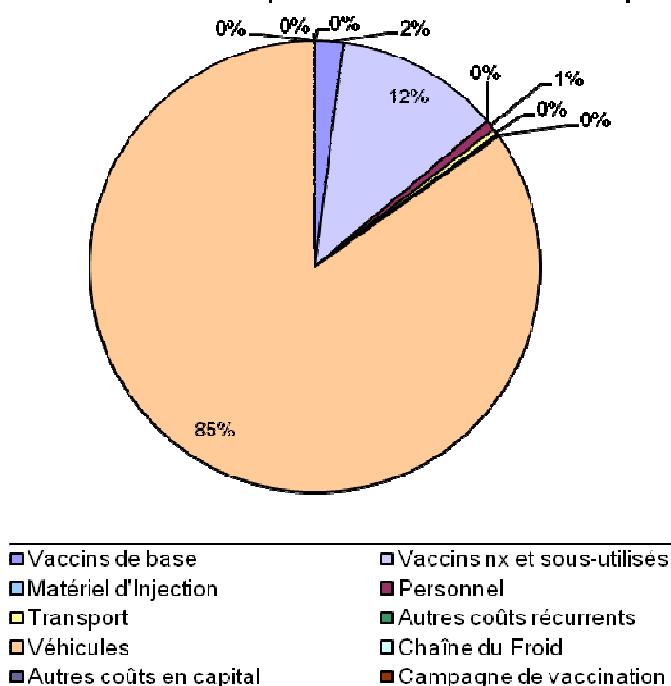
Le coût de la vaccination de routine a été estimé à 3,1 \$ par habitant, ce qui équivaut à 0,26% du PIB pour la même année. Le coût par enfant vacciné pour trois doses de DTC s'élève à 93,9 \$.

Globalement, le coût total du Programme pour l'année 2010 s'élève à **\$544 357**. Le principal défi du programme de la vaccination à Sao Tome & Principe est le maintien de la couverture élevée au dessus de 90% en moyenne nationale et au niveau de tous les Districts. En effet, le pays demeure l'un des pays de la sous région à avoir des taux de couverture vaccinale très élevé pour tous les antigènes. Le maintien de cette tendance va nécessiter d'importants moyens en termes de formation, de supervision régulière, d'où le poids élevé des autres coûts récurrents (79%) dans le profil des couts pour l'année de base.

Vu le faible poids démographique, les vaccins de base ainsi que les vaccins nouveaux et sous utilisés (Fièvre jaune et Hépatite B) ne représentent que respectivement 1,8% et 10,8%. Compte tenu de l'intégration des activités de vaccination dans celle de la Santé de la Reproduction, le coût du personnel ne représente que 7,3% du coût total du programme.

**Figure 6: profil des coûts de la vaccination en 2010 à STP par rubrique**

### Profile des Coûts (Année de base - Routine)\*



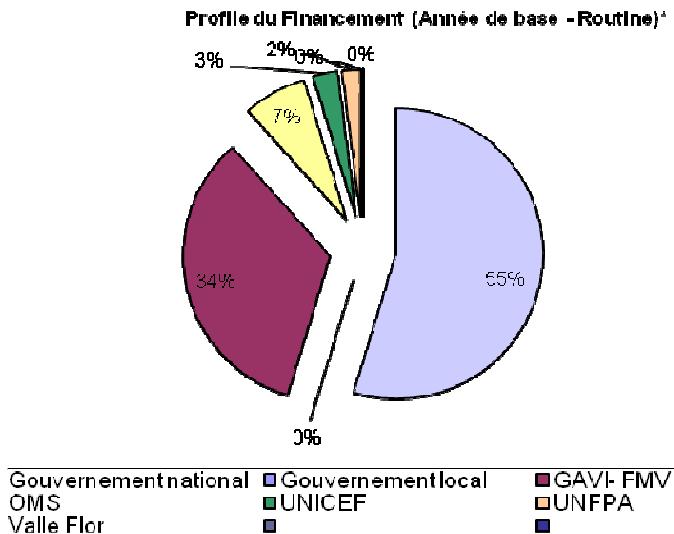
#### ii. Le profil du financement pour l'année de base

Plusieurs institutions participent au financement de la Santé en général, et de la vaccination en particulier à Sao Tome dont principalement l'Etat. Celui-ci a contribué en 2010 pour les dépenses de vaccination à hauteur de 55% contre 34% pour GAVI, 7% pour l'OMS, 2% pour l'UNICEF et 1,8% pour l'UNFPA.

L'Etat contribue à l'achat des vaccins de base au travers d'une ligne budgétaire consacrée à l'approvisionnement en vaccins ainsi qu'au renforcement de la chaîne de froid. L'Etat utilise la filière de l'UNICEF ; ceci permet de garantir la qualité et d'obtenir des prix abordables. L'Etat participe également aux dépenses de personnel et prend en charge la quasi-totalité des dépenses liées aux activités de supervision et de stratégie avancée.

L'UNICEF finance une partie des vaccins de base. L'OMS participe plus à la prise en charge des dépenses de formation ainsi que celles relatives à la surveillance et contrôle des maladies. GAVI finance depuis 2002 les vaccins contre l'Hépatite B et la fièvre jaune. Une partie des ressources destinées au renforcement des services est également utilisée pour couvrir les dépenses des autres coûts récurrents, notamment les dépenses de formation et de supervision. L'UNFPA finance les coûts de fonctionnement liés au transport.

**Figure 7: Financement de l'année de base (2010) par sources de financement**



### 10.1.2 Les Coûts futurs du Programme de 2012 à 2016.

#### a) Besoins des coûts futurs par rubrique

Les besoins en ressources pour la période de 2012 à 2016 s'élève à **\$3.335.671**. En raison des défis de l'introduction du Pneumocoque en 2012 et la deuxième dose de Rougeole en 2013, les couts du programme vont certainement connaître une forte croissance en terme de couts des nouveaux vaccins, de besoins additionnels en matériels de la chaîne du froid et en autres couts récurrents, notamment les besoins de renforcement des capacités des agents. Le tableau ci après retrace l'évolution des besoins en ressources globales pour la période de 2012 à 2016 ainsi que les principaux postes de dépenses sur la période.

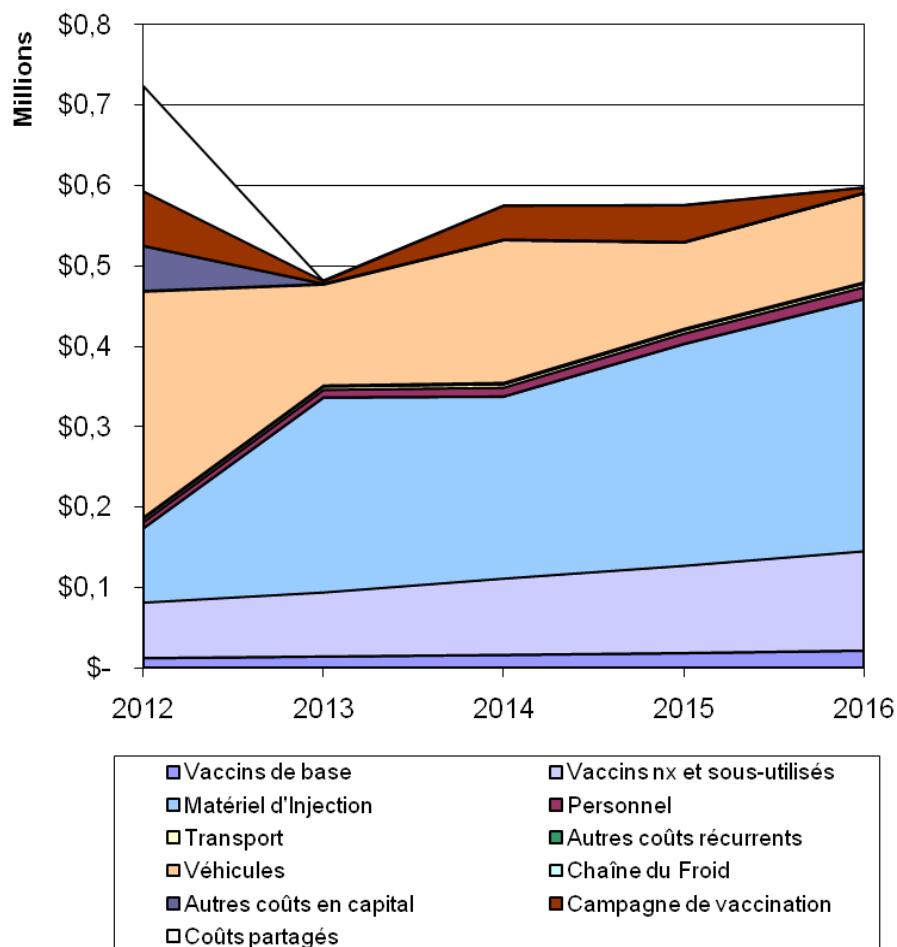
**Tableau XXI; Evolution des besoins en ressources pour la vaccination de 2012 à 2016**

Besoins en ressources	2012	2013	2014	2015	2016	2012 - 2016
Total des besoins	<b>\$857.726</b>	<b>\$674.392</b>	<b>\$770.154</b>	<b>\$772.428</b>	<b>\$796.039</b>	<b>\$3.870.739</b>
Taux de croissance	58%	-21%	14%	0,9%	1%	
Routine	<b>\$727.420</b>	<b>\$674.392</b>	<b>\$770.154</b>	<b>\$772.428</b>	<b>\$796.039</b>	<b>\$3.740.433</b>
% des vaccins et matériels d'injection	21%	51%	45%	54%	59%	46%

Comme on peut l'observer sur le graphique ci-après, les plus gros postes de dépenses concerteront essentiellement les vaccins dont l'influence des nouveaux vaccins conduit la proportion des vaccins par rapport au cout total du Programme à passer de 21% en 2012 à 59% en 2016, avec une moyenne de toute la période de 46%.

**Figure 8: Evolution des besoins en ressources pour la vaccination de 2012 à 2016**

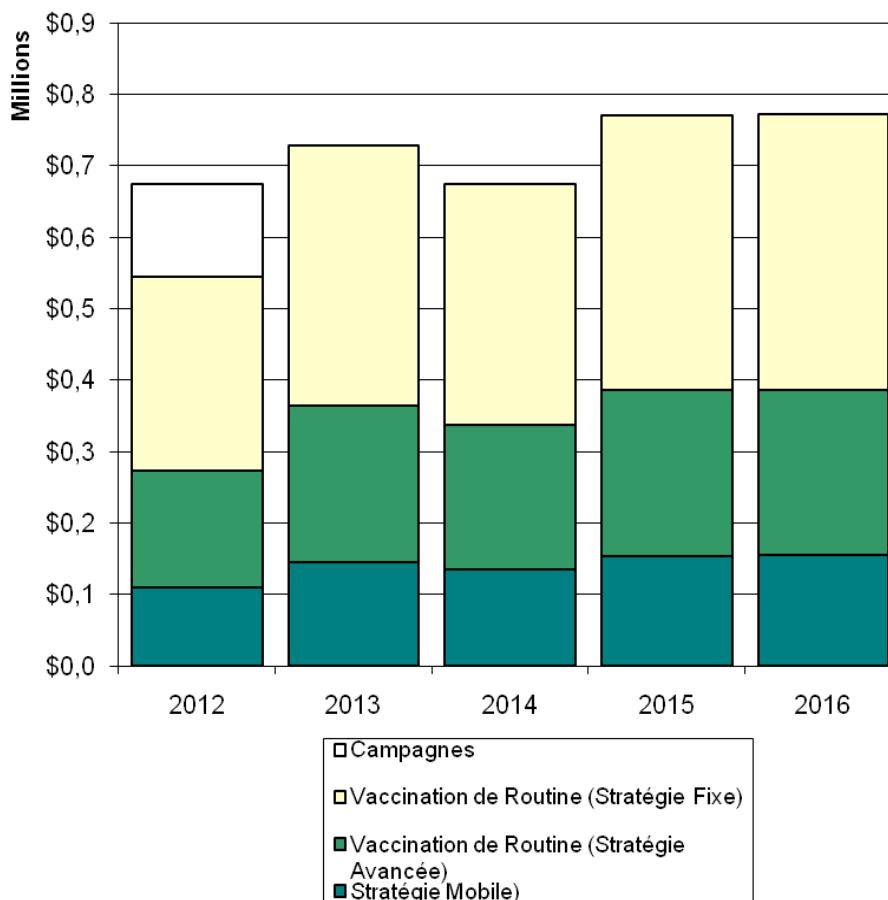
## Projection des Besoin en Ressources\*\*



Le renforcement de la capacité de la chaîne de froid par la construction d'une chambre froide en 2012 constitue également l'une des sources d'augmentation du coût du Programme au cours de cette année.

**Figure 9: Evolution des coûts par stratégie de 2012 à 2016**

### Coûts par Stratégie\*\*



Le tableau XXII ci après précise les besoins en ressources par rubriques

**Tableau XXII: les besoins en ressources par poste budgétaire de 2012 à 2016**

Poste budgétaire	Estimation des coûts annuels en \$US					
	Année de référence 2010	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Coûts récurrents pour la vaccination systématique</i>						
Vaccins (seulement pour la vaccination systématique)	<b>68.713</b>	<b>174.305</b>	<b>336.442</b>	<b>337.514</b>	<b>402.758</b>	<b>458.515</b>
Vaccins traditionnels	9.948	11.851	13.869	15.896	18.200	21.273
Vaccins nouveaux	58.765	162. 453	322. 573	321. 617	384. 558	437.242
Fournitures d'injection	\$3.639	\$7.904	\$9.400	\$10.950	\$12.557	\$14.396
<i>Sous Total vaccins</i>	<b>72.352</b>	<b>182.209</b>	<b>345.842</b>	<b>348.464</b>	<b>415.315</b>	<b>472.911</b>
<i>Personnel</i>						
Salaires du personnel employé à plein temps	\$1.342	\$2.737	\$2.792	\$2.848	\$2.905	\$2.963
Indemnités de subsistance pour les équipes de vaccination mobiles/de proximité	39.046	42.077	59.769	61.604	62.836	64.092

Sous Total personnel	40.388	44.815	62.561	64.452	65.741	67.056
Transport	10.243	11.457	11.780	12.541	12.938	13.246
Entretien et frais généraux	\$7.123	\$32.730	\$33.593	\$37.151	\$40.979	\$42.130
Formation	\$0	\$17.340	\$10.404	\$15.918	\$5.412	\$5.520
Mobilisation sociale et IEC	\$0	\$15.300	\$15.606	\$15.918	\$16.236	\$16.561
Surveillance épidémiologique	\$0	\$3.060	\$5.202	\$6.367	\$5.412	\$6.624
Administration du programme	\$279.075	\$136.233	\$75.080	\$116.733	\$54.122	\$55.204
Autres	\$135.177	\$110.161	\$110.161	\$110.161	\$110.161	\$110.161
Sous-total autres coûts récurrents	<b>431.618</b>	<b>326.281</b>	<b>261.826</b>	<b>314.789</b>	<b>245.260</b>	<b>249.446</b>
<b>Total coûts récurrents</b>	<b>544.358</b>	<b>553.305</b>	<b>670.229</b>	<b>727.705</b>	<b>726.316</b>	<b>789.413</b>
<i>Coûts d'équipement pour la vaccination systématique</i>						
Véhicules						
Équipement de la chaîne du froid		55 999				
Batiments		49.980				
Autres équipements	\$0	\$68.136	\$4.162	\$42.448	\$46.112	\$6.624
<b>Sous-total coûts d'équipement</b>		\$174.115	\$4.162	\$42.448	\$46.112	\$6.624
<b>Sous-total coûts des campagnes</b>	<b>\$0</b>	<b>\$130.306</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>\$544.357</b>	<b>\$857.726</b>	<b>\$674.392</b>	<b>\$770.154</b>	<b>\$772.428</b>	<b>\$796.039</b>

### b) Le financement du Programme de 2012 - 2016

La méthodologie utilisée pour l'évaluation du financement futur a consisté, en ce qui concerne le financement de l'Etat, à considérer comme financement assuré, tout financement dont la base existe dans le budget national voté dans la Loi des Finances de chaque année. Une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins existe depuis 2007. Cette ligne sert également pour le financement de la quote part du Gouvernement dans le cadre du cofinancement des nouveaux vaccins, A ce titre, pour toutes les dépenses de vaccination, notamment pour l'achat des vaccins de base et pour les vaccins en cofinancement, ces dépenses sont considérées comme assurées, car l'Etat y affecte chaque année plus de \$ 20 000. Il en de même du coût du personnel et de l'entretien des bâtiments. L'Etat dispose également d'une ligne budgétaire pour la surveillance et le contrôle des maladies ; cette ligne, est utilisée dans le cadre de la lutte contre les endémies.

En ce qui concerne les partenaires, les financements dont les protocoles de coopération ont été signés et les dépenses en cours d'exécution ont été considérées comme assurés. Par contre, les intentions futures ont été considérées dans le cadre du financement probable.

Comme indiqué ci-dessus, le coût du Programme de 2012 à 2016 va connaître de fortes augmentations, notamment à partir de 2012, avec l'introduction de nouveaux vaccins successifs dont, le pneumocoque en 2012 et la deuxième dose de Rougeole en 2013. Le Gouvernement, qui contribue déjà à l'achat des vaccins, va continuer à prendre en charge l'entièreté des vaccins de base, en plus de sa contribution aux nouveaux vaccins qui seront introduits avec l'appui de GAVI. Aussi, l'achat des vaccins continuera à être assuré par le Gouvernement, avec l'appui de GAVI et de l'UNICEF. Etant donné qu'il

s'agit des coopérations durables dans le temps, les financements mis en probable seront des financements négociés dans le cadre de la coopération avec ces différentes institutions.

c) Les écarts financiers

Tableau XXIII : Evolution des financements et des écarts financiers de 2012 à 2016

Besoins en Ressources, Financement et Ecart*	2012	2013	2014	2015	2016	Avg. 2012 - 2016
<b>Besoins en Ressources</b>	<b>\$857.726</b>	<b>\$674.392</b>	<b>\$770.154</b>	<b>\$772.428</b>	<b>\$796.039</b>	<b>\$3.870.739</b>
<b>Besoins en Ressources (Vaccination de Routine)</b>	<b>\$727.420</b>	<b>\$674.392</b>	<b>\$770.154</b>	<b>\$772.428</b>	<b>\$796.039</b>	<b>\$3.740.433</b>
par habitant	\$4,3	\$3,9	\$4,3	\$4,3	\$4,3	\$4,2
par enfant DTC3	\$128,8	\$116,7	\$130,3	\$127,7	\$128,7	\$126,5
<b>Total du Financement Assuré</b>	<b>\$469.308</b>	<b>\$472.859</b>	<b>\$522.747</b>	<b>\$542.092</b>	<b>\$556.569</b>	<b>\$2.563.576</b>
Gouvernement national	\$101.264	\$53.510	\$56.253	\$59.677	\$64.297	\$335.001
Gouvernement local						
GAVI- FMV	\$313.009	\$378.401	\$394.124	\$433.191	\$439.251	\$1.957.976
OMS	\$42.060	\$14.404	\$43.203	\$5.000	\$11.624	\$116.292
UNICEF	\$11.904	\$15.400	\$18.000	\$32.969	\$31.396	\$109.669
UNFPA	\$1.071	\$11.144	\$11.167	\$11.256	\$10.000	\$44.638
Valle Flor						
<b>Écart Financier (Fin. Assuré)</b>	<b>\$388.418</b>	<b>\$201.533</b>	<b>\$247.407</b>	<b>\$230.336</b>	<b>\$239.469</b>	<b>\$1.307.163</b>
% des besoins en ressources	45%	30%	32%	30%	30%	34%
<b>Total du Financement Probable (Non-Assuré)</b>	<b>\$388.416</b>	<b>\$201.533</b>	<b>\$247.405</b>	<b>\$230.337</b>	<b>\$239.471</b>	<b>\$1.307.161</b>
Gouvernement national	\$250.470	\$185.927	\$199.957	\$208.688	\$217.389	\$1.062.432
Gouvernement local						
GAVI- FMV						
OMS	\$82.646	\$10.000		\$15.648	\$15.520	\$123.815
UNICEF	\$55.300	\$5.606	\$47.448	\$6.000	\$6.561	\$120.915
UNFPA						
Valle Flor						
<b>Écart Financier (Fin. Assuré et Probable)</b>	<b>\$2</b>	<b>\$0</b>	<b>\$2</b>	<b>-\$1</b>	<b>-\$1</b>	<b>\$2</b>
% des besoins en ressources	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Comme on peut l'observer, l'écart financier entre les besoins en ressources et le financement assuré devient important en 2012 à cause de l'introduction de nouveaux vaccins. Ces écarts, dans leur composition, concernent surtout les vaccins, le matériel d'injection, d'autres couts récurrents et des autres biens en capital. Les graphiques ci-dessous donnent l'évolution des financements assurés et probables de 2012 à 2016.

Figure 10: Projection du financement assuré de 2012 à 2016

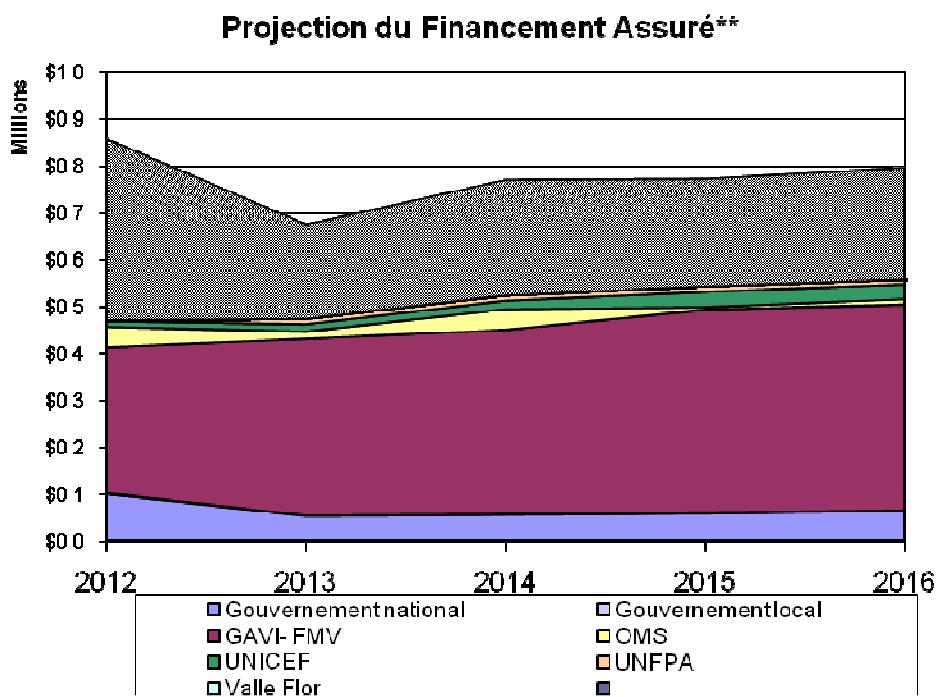
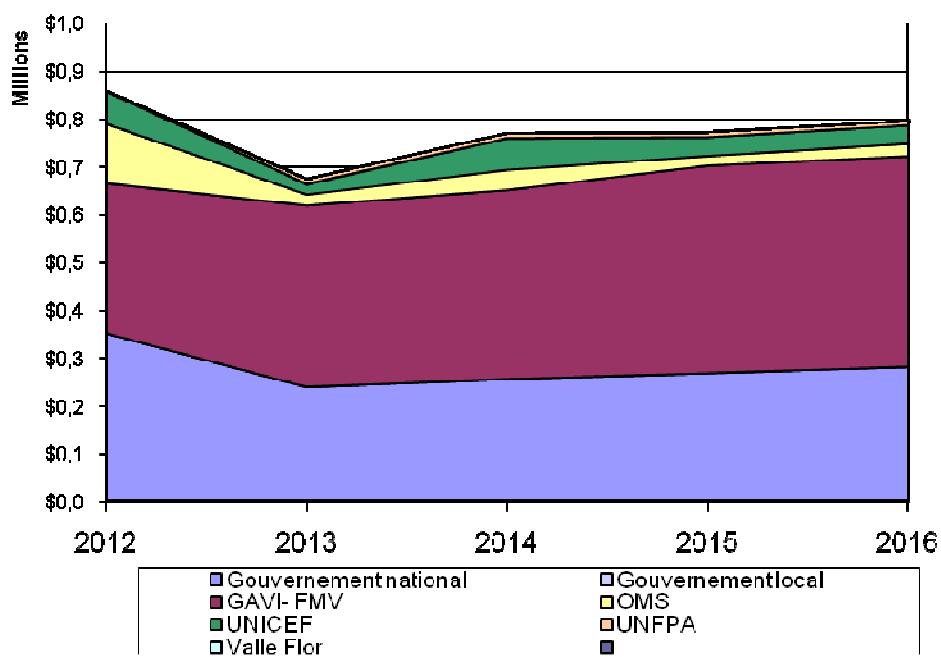


Figure 11: Projection du financement assuré et probable de 2012 à 2016

### Projection du Financement Assuré et Probable\*



#### **d) Les stratégies de viabilité financière du Programme**

Les questions de viabilité financière du Programme se posent essentiellement en termes de rationalisation de la gestion des ressources disponibles. En effet, les vaccins par exemple sont achetés par le Gouvernement (vaccins traditionnels), l'UNICEF (Vaccins traditionnels) et GAVI (Vaccins nouveaux et sous utilisés). Il en de même pour le matériel de la chaîne de froid. L'Etat utilise la filière de l'UNICEF pour ses achats, et, en fin de compte, on se retrouve souvent avec les mêmes dépenses budgétisées des deux cotés.

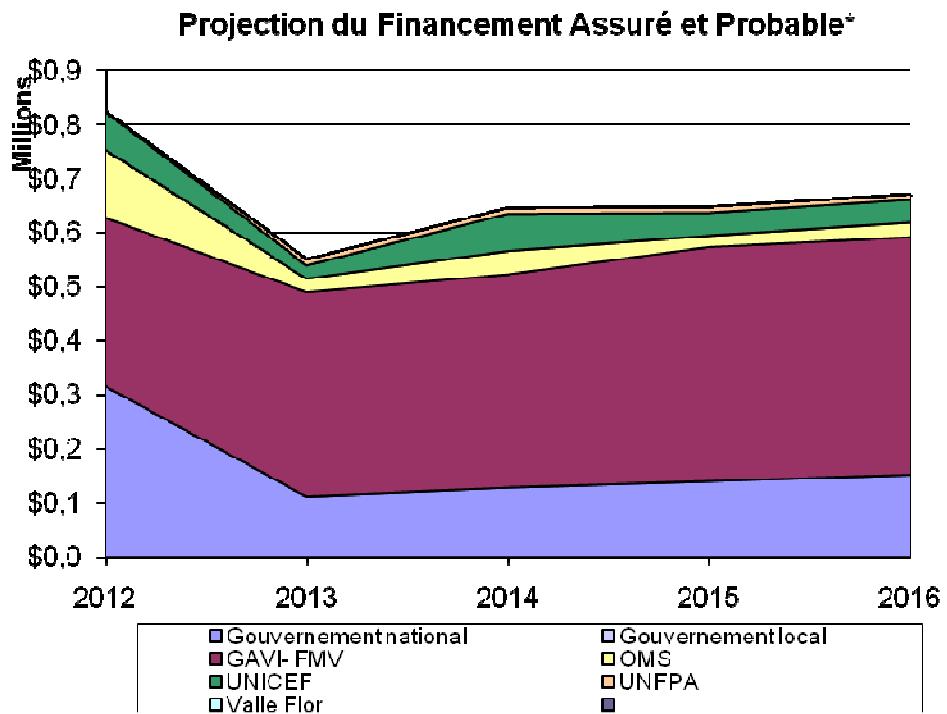
Les Fonds du Gouvernement sont virés à l'UNICEF chaque année sans chercher à savoir s'il existe réellement des besoins de financement. Il y a donc nécessité, pour l'Etat, de mieux coordonner ses efforts avec les partenaires en vue d'une meilleure affectation des ressources disponibles. En vue de pérenniser le financement de l'approvisionnement en vaccins, les dépenses inscrites sur le budget de l'Etat devraient demeurer et augmenter chaque année pour tenir compte de l'évolution démographique.

L'Etat devrait assurer la construction d'une chambre froide de grande capacité prévue en 2012 dans le cadre du stockage des prochains vaccins qui devaient entrer dans le PEV. L'Etat pourrait également relever le niveau de son cofinancement pour le porter au-delà de 0.20 \$ tel qu'actuellement recommandé par GAVI.

Tableau XXV: Les indicateurs macro économiques et la viabilité financière de 2012 à 2016

Indicateur Macroéconomique et de Viabilité Financière	2010	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Donnée de Référence</b>						
PIB par habitant (\$)	\$1.189	\$1.311	\$1.376	\$1.445	\$1.517	\$1.593
Dépenses total de santé par habitant (DTS en \$)	\$103,0	\$103,0	\$103,0	\$103,0	\$103,0	\$103,0
Population	162.287	169.766	173.659	177.640	181.713	185.879
PIB (\$)	\$192.959.066	\$222.541.827	\$239.026.479	\$256.732.222	\$275.749.508	\$296.175.487
Dépenses total de santé (DTS en \$)	\$16.715.546	\$17.485.917	\$17.886.834	\$18.296.944	\$18.716.456	\$19.145.587
Dépenses total de santé du gouvernement (DSG en \$)	\$9.193.550	\$11.470.762	\$11.733.763	\$12.002.795	\$12.277.995	\$12.559.505
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	\$496.722	\$757.421	\$606.209	\$699.969	\$700.838	\$723.018
Routine seulement	\$496.722	\$627.115	\$606.209	\$699.969	\$700.838	\$723.018
par enfant DTC3	\$93,9	\$111,0	\$104,9	\$118,4	\$115,9	\$116,9
<b>% des dépenses totales de santé</b>						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	3,0%	4,3%	3,4%	3,8%	3,7%	3,8%
Routine seulement	3,0%	3,6%	3,4%	3,8%	3,7%	3,8%
Écart Financier						
Avec financement assuré		2,0%	0,8%	1,0%	0,9%	0,9%
Avec financement assuré et probable		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>% des dépenses totales de santé du gouvernement</b>						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	5,4%	6,6%	5,2%	5,8%	5,7%	5,8%
Routine seulement	5,4%	5,5%	5,2%	5,8%	5,7%	5,8%
Écart Financier						
Avec financement assuré		3,0%	1,2%	1,6%	1,4%	1,4%
Avec financement assuré et probable		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>% PIB</b>						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	0,26%	0,34%	0,25%	0,27%	0,25%	0,24%
Routine seulement	0,26%	0,28%	0,25%	0,27%	0,25%	0,24%
<b>par habitant</b>						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	\$3,06	\$4,46	\$3,49	\$3,94	\$3,86	\$3,89
Routine seulement	\$3,06	\$3,69	\$3,49	\$3,94	\$3,86	\$3,89

Source : Institut national des statistiques, 2010



Le tableau XXIV ci après donne la répartition des coûts assurés et probables par sources de financement et par poste budgetaire

**Tableau XXIV: répartition des coûts assurés et probables par sources de financement et par poste budgetaire de 2012 à 2016**

Postes budgétaires	Provenance des fonds	Année de référence 2010	Estimation des coûts annuels en \$US				
			2 012	2 013	2 014	2 015	2 016
<b>Coûts récurrents</b>							
1	Gouvernement	271.615	159.765	43.582	58.129	68.283	78.798
2	OMS	34.390	44.400	24.404	43.203	20.648	27.145
3	UNICEF	13.181	20.055	23.875	25.896	42.169	42.230
4	GAVI	167.536	243.298	374.314	394.107	387.057	432.603
5	UNFPA	10.000	11.071	11.144	11.167	11.256	10.000
6	VALE FLORES	-	-	-	-	-	-
<b>Coûts d'équipement</b>							
1	Gouvernement		55.599				
2	OMS						
3	UNICEF				42.448		
4	GAVI		68.136	4.162		46.112	6.624
5	UNFPA	-	-	-	-	-	-
6	VALE FLORES	-	-	-	-	-	-
<b>Campagnes</b>							
1	Gouvernement						
2	OMS		80.036				
3	UNICEF		50.000				
4	GAVI	-	-	-	-	-	-
5	UNFPA	-	-	-	-	-	-
6	VALE FLORES	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>		<b>496.722</b>	<b>732.360</b>	<b>481.481</b>	<b>574.950</b>	<b>575.525</b>	<b>597.400</b>

#### **d) Les stratégies de viabilité financière du Programme**

Les questions de viabilité financière du Programme se posent essentiellement en termes de rationalisation de la gestion des ressources disponibles.

En effet les vaccins par exemple sont achetés par le Gouvernement (vaccins traditionnels), l'UNICEF (Vaccins traditionnels) et GAVI (Vaccins nouveaux et sous utilisés). Il en de même pour le matériel de la chaîne de froid. L'Etat utilise la filière de l'UNICEF pour ses achats de sorte qu'en fin de compte on se retrouve souvent avec les mêmes dépenses budgétisées des deux cotés.

Les Fonds du Gouvernement sont virés à l'UNICEF chaque année sans chercher à savoir s'il existe réellement des besoins de financement.

Il y a donc nécessité pour l'Etat de mieux coordonner ses efforts avec les partenaires en vue d'une meilleure affectation des ressources disponibles. En vue de pérenniser le financement de l'approvisionnement en vaccins, les dépenses inscrites sur le budget de l'Etat devraient demeurer.

L'Etat devrait orientés vers la construction d'une chambre froide de grande capacité prévue en 2012 dans le cadre du stockage des prochains vaccins qui devaient entrer dans le PEV.

L'Etat pourraient également relever le niveau de son cofinancement pour le porter au-delà de 0.20 \$ tel que actuellement recommandé par GAVI ;

**Tableau XXV: Les indicateurs macro économiques et la viabilité financière de 2012 à 2016**

Les perspectives d'évolution macro-économique qui figurent dans le tableau ci-dessous et celle de l'exploitation du pétrole dans les années futures offrent des opportunités pour un financement conséquent de la vaccination qui ne puisse pas poser de problème jusqu'en 2016. L'essentiel est mieux organiser la gestion et l'utilisation des ressources pour plus d'efficacité.

Indicateur Macroéconomique et de Viabilité Financière	2010	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Population</b>	163.783	169.766	173.659	177.640	181.713	185.879
<b>PIB courant</b>	\$173.905.378	\$198.734.597	\$213.455.734	\$229.267.347	\$246.250.182	\$264.491.022
<b>PIB par habitant (\$)</b>	\$1.062	\$1.171	\$1.229	\$1.291	\$1.355	\$1.423
<b>Besoin en ressources pour la vaccination</b>						
Routine et campagne de vaccination	\$496.722	\$723.031	\$481.483	\$574.951	\$575.523	\$597.400
<b>Besoin en ressources pour la vaccination % des dépenses totales de santé</b>						
Routine et campagne de vaccination	4,9%	6,7%	4,4%	5,1%	5,0%	5,0%
<b>Écart Financier en % des dépenses totales de Santé</b>						
Avec financement assuré	2,9%	0,3%	0,7%	0,5%	0,6%	2,9%
Avec financement assuré et probable	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Écart Financier % des dépenses totales de santé du gouvernement</b>						
Avec financement assuré	4,4%	0,5%	1,0%	0,8%	0,9%	4,4%
Avec financement assuré et probable	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Besoin en ressources pour la vaccination en % PIB</b>						
Routine et campagne de vaccination	0,29%	0,36%	0,23%	0,25%	0,23%	0,23%
<b>Besoin en ressources pour la vaccination par habitant</b>						
Routine et campagne de vaccination	\$3,03	\$4,26	\$2,77	\$3,24	\$3,17	\$3,21

## 11. MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PPAC

Pour le suivi et l'évaluation du PPAC, les instruments ci-après seront utilisés :

### 11.1 *En matière de suivi*

- **Système d'Information Sanitaire**
- **Enquêtes**
- **Supervision et monitorage**
- **Revues**

### 11.2 *En matière d'évaluation*

Des évaluations périodiques seront réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de ce PPAC 2012-2015 tant sur le plan de la réalisation des activités régulières que de l'introduction des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies de la vaccination. Une évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2013 pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs, améliorer la planification et la gestion du plan pour les 2 dernières années. Aussi, une évaluation finale sera effectuée un an avant l'expiration du PPAC afin d'élaborer un futur PPAC pour la période 2016 –2020. Cette dernière évaluation sera externe.

### 11.3 *Indicateurs*

Les principaux indicateurs de suivi et d'évaluation du PPAC sont les suivants :

- Taux de couverture vaccinale par antigène et par district ;
- Taux de couverture vaccinale de DTC3 par district,
- % des districts ayant un taux de DTC3 > 90%
- Taux d'abandon DTC et VAR par District ;
- % des districts ayant un taux d'abandon de DTC1 – DTC3 < 10%
- Taux de perte par antigène et par district ;
- % des districts mettant en œuvre l'approche « ACD »
- % des centres de vaccination sans rupture de vaccins dans l'année ;
- proportion de FOSA utilisant des incinérateurs appropriés pour détruire le matériel usagé ;
- Taux de promptitude et de complétude des rapports par préfecture;
- Incidence et mortalité des maladies cibles du PEV :
  - ✓ Taux d'incidence des MAPI sévère;
  - ✓ Taux de cas de PFA non polio annualisé: (> 2)
  - ✓ Pourcentage de prélèvement de selles effectués dans les 14 j: (>80%)
  - ✓ La détection des cas de PFA couvre tout le territoire national ;
  - ✓ Taux d'augmentation du budget de l'état au PEV ;
  - ✓ Taux d'incidence du TMN semble être inférieur à 1 cas pour 1000 NV ;
  - ✓ Notification d'au moins un cas suspect de la fièvre jaune ;
  - ✓ % des districts ayant investigué un cas suspect de rougeole ;
  - ✓ % des districts ayant investigué toutes les flambées de rougeole ;

- Taux d'exécution du budget de l'état alloué au PEV ;
- Niveau de participation des organes de participation communautaire aux activités du PEV ;
- Nombre et proportion de réunions de suivi tenues ;
- Montant et pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé et au PEV ;
- Contribution respective des différents partenaires (Etat, communautés et aide extérieure) au budget du PEV (en %)

## 12.PLAN D'ACTION 2012

### 12.1 Objectifs

#### 12.1.1 Objectif Général: Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination

#### 12.1.2 Objectifs spécifiques

##### 1) Atteindre un taux de couverture vaccinale de :

- DTC3-HepB-Hib de 98% au niveau national
- VPO3 de 98% au niveau national
- BCG de 99% au niveau national
- VAR de 95% au niveau national
- VAA de 95% au niveau national
- VAT2+ de 95% au niveau national
- PCV-13 : 95%

##### 2) Réduire le taux de perte des antigènes selon les taux suivants

- BCG à 45%
- DTC-HepB/Hib maintenir à moins de 5%
- VPO de à 10%
- VAR à 30%
- VAA à 15%
- VAT à 10 %
- PCV-13 à 5%

##### 3) Introduction en 2012 dans 100% des Districts le vaccin antipneumococcique (PCV-13) dans le PEV de routine

##### 4) Augmenter la capacité de stockage au niveau central

Dotant le niveau central d'une chambre froide de 10m<sup>3</sup>

##### 4) Eradiquer la Polio, Eliminer le TMN, la FJ et la Rougeole :

- Aucun cas de PVS isolé avec un taux de PFA non Polio >2
- Maintenir un taux réel de TMN < 1 cas pour 1000 NV
- Maintenir les principaux indicateurs de performances de la surveillance rougeole et fièvre jaune dans toutes les régions (80% de districts avec au moins 1 cas suspect prélevé et un taux d'investigation annualisé d'au moins 2 pour 100.000 habitants) ;

**5) Assurer la sécurité de la vaccination :**

- Garantissant l'utilisation des seringues autobloquantes pour la vaccination dans 100% des Centres PEV.
- Notifiant les cas de MAPI

**6) Augmenter les ressources financières, matérielles et humaines en faveur du PEV et améliorer leur gestion en :**

- Allouant effectivement 10% des ressources financières de l'Etat pour la vaccination ;
- Dotant 25% des services PEV en personnel qualifié ;
- Dotant le niveau central et les districts sanitaires en moyens roulants adaptés ;
- Assurant la maintenance des équipements à 60%.

## **12.2 Stratégies**

Pour atteindre les objectifs ci-hauts, les stratégies suivantes seront développées :

1. La mise en œuvre de la Stratégie ACD au niveau national ;
2. Renforcement du système de la logistique
3. Renforcement du système de gestion des vaccins
4. Le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie ;
5. L'introduction des nouveaux vaccins ;
6. Le renforcement de la communication en faveur du PEV
7. Le renforcement des capacités

### 12.3 Chronogramme des activités

#### Calendrier des activités et budget du Plan d'action 2008

ACTIVITES PRINCIPALES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsables	Budget USD
<b>Prestation des services</b>														
Organiser des ateliers de micro planification du PEV	x											x	Direction Soins de Santé	7 000
Etendre les équipes en stratégies avancée et mobiles	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		2 000
Réaliser les visites de supervision dans chaque 6 mois pour le niveau central et trimestrielles au niveau des Districts			x			x			x			x	Direction Soins de Santé	2 800
Relancer les réunions trimestrielles de suivi et évaluation des activités du PEV			x			x			x			x		1 500
Réviser/actualiser les outils de supervision											x	x	Direction Soins de Santé	800
<b>Renforcement de la surveillance épidémiologique</b>														
Elaborer le plan de surveillance active	x												Direction Soins de Santé	2 500
Produire trimestriellement les bulletins épidémiologiques pour assurer la rétro information a tous les niveaux			x			x			x			x		1 000
Réviser/actualiser les outils de supervision											x		Direction Soins de Santé	800
Réaliser 7 sessions de formation de formateurs sur la surveillance des cas de PFA pour les communautés											x			3 500
Organiser une riposte en cas de découverte du poliovirus sauvage ou de fièvre jaune										x			Direction Soins de Santé	35 000
<b>Renforcement du système de gestion des vaccins</b>														
Utiliser les flacons des petites doses	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Direction Soins de Santé	
Vulgariser la politique des flacons entamés	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Adapter les outils de gestion par rapport aux nouveaux vaccins											x		Direction Soins de Santé	1 500

<b>Renforcement du système de la logistique</b>															
Commander une chambre froide de 10m3 pour le niveau central				x										Direction Soins de Santé	
<b>Renforcement des capacités</b>															
Organiser la formation du personnel de santé sur l'introduction des nouveaux vaccins et la gestion du PEV par niveaux										x	x		Direction Soins de Santé	10 000	
<b>Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV</b>															
Renforcer le plaidoyer pour la disponibilité des ressources inscrites dans le budget de l'Etat	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Direction Soins de Santé	2 000	
Renforcer le plaidoyer pour l'augmentation du budget national alloué à la santé	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			

Pour le plan pluriannuel Complet du Programme Elargi de Vaccination 2012 – 2015, l'intégration des activités relatives à la survie de l'enfant dans la vaccination de routine vont se poursuivre afin de maximiser la chance de réduire la mortalité des enfants et des femmes.

A cet effet, un accent sera mis sur la coordination des interventions qui feront partie des paquets des services à intégrer. Les ressources seront mises en commun en vue de réaliser une économie d'échelle et donner la chance à tous les groupes cibles d'être atteints à n'importe quelle partie géographique de la République Démocratique de SAO TOME ET PRINCIPE.

### **13. CONCLUSION**

Le présent Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2012- 2015 est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dont le but est d'améliorer l'état de santé de la République Démocratique de SAO TOME ET PRINCIPE. Il sera exécuté à travers des plans quinquennaux et des plans d'action annuels de manière à l'adapter à l'évolution du contexte politique et socio-économique du pays.

La volonté politique au plus haut niveau de l'Etat, le développement d'un partenariat nouveau et fort, la collaboration multisectorielle, l'amélioration du financement du secteur de la santé, la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, l'implication effective de la société civile y compris la communauté constituent entre autres les facteurs déterminants pour la mise en œuvre du Plan.

Pour ce faire, le Gouvernement de la République Démocratique de SAO TOME ET PRINCIPE, conscient de la gravité de la situation sanitaire de ses populations, s'engage à allouer dans la limite de ses capacités, les ressources nécessaires et à prendre toutes mesures utiles à la mise en œuvre du plan et assurer la durabilité financière du PEV. Dans le contexte actuel des difficultés économiques et financières, le Gouvernement compte sur la solidarité nationale et internationale pour la mobilisation des ressources additionnelles requises en vue de l'atteinte des objectifs fixés et par conséquent ceux pour le développement du millénaire.