

**REPUBLIQUE DE GUINEE**

-----  
*Travail-Justice-Solidarité*

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

**PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**

**PLAN PLURI ANNUEL COMPLET (PPAC)**

**PEV – GUINEE**

**2011 - 2015**

*Mai 2011*

## Table des matières

<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b>	<b>3</b>
<b>PREAMBULE</b>	<b>5</b>
<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>7</b>
<b>RESUME</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>10</b>
<b>I. CONTEXTE GENERAL</b>	<b>12</b>
1.1. Profil du pays	12
1.2. Système de santé	17
<b>II. ANALYSE DE LA SITUATION</b>	<b>22</b>
2.1. Composantes du programme	22
2.2. Gestion du programme	44
2.3. Identification des problèmes et critères de priorités	53
<b>III. OBJECTIFS DU PEV</b>	<b>57</b>
<b>IV. AXES STRATEGIQUES</b>	<b>58</b>
V. Principales activités et leurs indicateurs	58
<b>VI. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS</b>	<b>61</b>
6.1. Coûts et financement de l'année de base	61
6.2. Projection des besoins en ressources	63
6.3. Financement du programme 2011 – 2015	66
6.4. Viabilité financière	69
<b>VII. MECANISME DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PPAC</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXES</b>	
Chronogramme des activités	74
Plan d'Action Opérationnel 2011	79

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ACD</b>	: Atteindre chaque district
<b>BCG</b>	: Bacille de Calmette et Guérin
<b>BM</b>	: Banque Mondiale
<b>CDC</b>	: Centers of Diseases Control
<b>CDF</b>	: Chaîne de Froid
<b>CCIA</b>	: Comité de coordination Inter Agence
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale
<b>CDMT</b>	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
<b>EDG</b>	: Electricité de Guinée
<b>DSRP</b>	: Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
<b>DPS</b>	: Direction préfectorale de la Santé
<b>DRS</b>	: Direction régionale de la Santé
<b>DTC</b>	: Diphtérie Tétanos Coqueluche
<b>DTC/HepB/Hib</b>	: Diphtérie Tétanos Coqueluche/Hépatite B/Haemophilus influenzae
<b>HN</b>	: Hôpital National
<b>HR</b>	: Hôpital Régional
<b>GAVI</b>	: Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
<b>GIVS</b>	: Vision et stratégie mondiale pour la vaccination
<b>Hép B</b>	: Vaccin anti hépatite B
<b>HP</b>	: Hôpital Préfectoral
<b>IB</b>	: Initiative de Bamako
<b>IIV</b>	: Initiative pour l'Indépendance Vaccinale
<b>JNV</b>	: Journées Nationales de Vaccination
<b>LNR</b>	: Laboratoire National de Référence
<b>MAPI</b>	: Manifestation adverse post immunisation
<b>MCS</b>	: Menigite cerebro spinale
<b>MPE</b>	: Maladie à potentiel épidémique
<b>MICS</b>	: Etude à 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>MSP</b>	: Ministère de la Santé Publique
<b>OMD</b>	: Objectifs du millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisations Non Gouvernementales
<b>PAS</b>	: Programme d'Ajustement Structurel

<b>PCIME</b>	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
<b>PCG</b>	: Pharmacie Centrale de Guinée
<b>PEV-SSP-ME</b>	: Programme Elargi de Vaccination, Soins de Santé Primaires et Médicaments Essentiels
<b>PPAC</b>	: Plan pluri annuel complet
<b>PIP</b>	: Programme d'Investissements Publics
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PFA</b>	: Paralysie Flasque Aiguë
<b>PTE</b>	: Pays Pauvres Très Endettés
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SNIGS</b>	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
<b>TMN</b>	: Tétanos Maternel et Néonatal
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	: Agence Internationale pour le Développement des Etats Unis
<b>VAA</b>	: Vaccin Anti-amaril
<b>VAR</b>	: Vaccin Anti-Rougeoleux
<b>VAT</b>	: Vaccin Anti-Tétanique
<b>VPO</b>	: Vaccin Polio Oral
<b>CV</b>	: Couverture Vaccinale
<b>JRF</b>	: Rapport conjoint OMS/UNICEF
<b>CNC</b>	: Comité National de Certification
<b>DS</b>	: District sanitaire

## PREAMBULE

De toutes les interventions sanitaires jamais mises en œuvre, la vaccination est l'une des plus efficaces et des plus économiques. Elle a permis d'éradiquer la variole, de réduire de 99 % à ce jour l'incidence mondiale de la poliomyélite, et de faire baisser de façon spectaculaire la morbidité, les incapacités et la mortalité dues à la diphtérie, au tétanos, à la coqueluche et à la rougeole. Pour la seule année 2003, on estime que la vaccination a évité plus de 2 millions de décès.

En effet, la vaccination atteint plusieurs enfants à la fois par rapport aux autres interventions de la santé. En associant à la vaccination des interventions comme la supplémentation en vitamine A, le déparasitage au mebendazole et la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII), le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique maximise l'utilisation des ressources et contribue à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

De 2002 à 2008, la République de Guinée, a bénéficié d'un soutien important de GAVI pour l'introduction du vaccin contre la fièvre jaune, le vaccin contre l'hépatite B et du vaccin contre le Hib (Pentavalent) dans la vaccination systématique des enfants. Aussi, les services de vaccination et la sécurité des injections ont été renforcés grâce à l'appui de GAVI Alliance.

Le présent Plan Pluriannuel Complet (PPAC), instrument principal pour la mise en œuvre des orientations de la Vision et Stratégie Mondiale pour la Vaccination (GIVS), est l'expression des engagements du Gouvernement de la République de Guinée et ses principaux partenaires de concrétiser l'immunisation effective des enfants guinéens.

La mise en œuvre de ce PPAC passe par la réalisation des engagements exprimés par chaque partenaire dans ce document. Les rubriques non encore couvertes par année de financement feront l'objet d'un plaidoyer fort auprès des autorités nationales et de la communauté internationale.

Le présent PPAC couvre une durée de cinq ans (2011-2015). Il répond aux questions fondamentales suivantes : Quels sont les axes prioritaires du programme élargi de vaccination ? Quels sont les objectifs et les stratégies critiques ? Quelles sont les activités majeures par composantes du programme pour espérer atteindre les objectifs du millénaire pour le développement ? Quel budget sera nécessaire pour l'expansion de la couverture vaccinale et l'amélioration de la qualité des vaccins et celle des services de vaccination ? Comment le

programme de vaccination sera-t-il financé dans le futur ? Comment se présente l'écart dans le financement des services ? Quelles stratégies de viabilité financière faut-il mettre en œuvre ?

Le Gouvernement de la République de Guinée tient à remercier l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination et tous les partenaires impliqués dans le Programme Elargi de Vaccination pour cette opportunité qui lui est offerte de rédiger ce document de grande importance.

Ce plan est le fruit d'un travail mené par une équipe multisectorielle et multidisciplinaire impliquant les agences aussi bien du Gouvernement que des Partenaires sous la coordination de trois consultants dont un national et deux internationaux.

Le Gouvernement est confiant que le présent PPAC apportera une contribution importante au renforcement du PEV en offrant une nouvelle vision du financement de la vaccination en Guinée.

## AVANT PROPOS

Le Gouvernement vient d'élaborer le troisième document de stratégie de réduction de la pauvreté couvrant la période 2011- 2012 dans lequel la Santé constitue une des composantes essentielles. L'objectif général assigné au secteur de la santé dans le cadre de cette stratégie de réduction de la pauvreté vise « à assurer à tous les hommes et femmes vivant sur le territoire sans barrière géographique, économique et socioculturelle, des services de santé de qualité ». Il s'agit donc de mettre en place, d'ici 2015, un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins de santé de la population.

Le Gouvernement de la République de Guinée se félicite de la collaboration de l'OMS, l'UNICEF, l'USAID et le ROTARY ainsi que d'autres partenaires qui agissent directement au niveau opérationnel pour des actions qui ont permis notamment l'augmentation de la couverture vaccinale dans un contexte socio-économique complexe et changeant. Pour faire face aux nouveaux défis du PEV pour l'atteinte des objectifs du millénaire le Ministère en charge de la Santé avec l'appui des partenaires au développement se propose d'élaborer un troisième Plan Pluriannuel complet du PEV 2011-2015 (1<sup>er</sup> PPAC 2001-2005 ; 2<sup>ème</sup> PPAC 2007-2011)

La mise en œuvre du présent plan stratégique dont le montant global est estimé à **143 277 911 USD** nécessitera des ressources financières, humaines et matérielles conséquentes. La Gouvernement de la Guinée ne ménagera aucun effort pour sa réalisation. Il comptera aussi sur la coopération bi et multilatérale et saisira toutes les opportunités pour promouvoir ce plan.

Ce plan bénéficie de l'appui total du Gouvernement et des ses Partenaires comme en témoignent les signatures apposées ci-dessous.

### 1. Pour le Gouvernement de la République de Guinée

Institution/Organisation	Nom/Fonction	Date	Signature
Ministère de l'Economie et des Finances	Mr Mohamed Yaya BALDE Chef de Cabinet		
Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Dr. Mohamed Lamine YANSANE Chef de Cabinet		

### 2. Pour les Partenaires du CCIA

OMS	Dr René Zitsamelé- CODDY Représentant Résident		
UNICEF	Mr. Julien HARNEIS Représentant Résident		
ROTARY	Mr. Moussa Kémoko DIAKITE Président Comité National Polio Plus		

## RESUME :

La Guinée, comme la plupart des pays de l'Afrique Subsaharienne est caractérisée par un faible niveau de production avec un PIB par habitant de 400 dollars US en 2011, un haut niveau d'endettement, des taux élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infantile.

Le gouvernement guinéen s'est engagé devant la communauté internationale à faire face aux défis de réduction du niveau de pauvreté, d'améliorer le niveau de vie de sa population et d'atteindre un niveau de développement satisfaisant.

Pour matérialiser cette volonté, le gouvernement guinéen a souscrit aux objectifs du millénaire pour le développement à travers la **stratégie globale de réduction de la pauvreté** et le **Millenium Challenge Account**.

Dans cette perspective, une place prépondérante est accordée aux secteurs sociaux.

De plus, ayant compris l'urgence de la situation, le gouvernement a mis un accent particulier sur les principaux fléaux sanitaires de l'heure qui minent le développement et à long terme risqueraient de compromettre tous les efforts ainsi déployés.

C'est dans ce cadre que le pays déploie d'énormes efforts pour améliorer les indicateurs de santé à travers la mise en œuvre des plans cohérents et intégrés de lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose.

Dans le souci de recherche de synergie d'intervention, le gouvernement, conscient de l'apport de la vaccination dans les efforts déjà en cours pour l'atteinte des OMD, a adhéré à la stratégie mondiale de la vaccination «GIVS», lors de la 58<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé.

Cette stratégie a comme objet principal de faire de la vaccination une stratégie efficace non seulement pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile en ciblant plus de personnes ; mais aussi de contribuer au renforcement du système sanitaire dont les interventions futures doivent privilégier l'intégration.

Pour concrétiser cette stratégie, les partenaires de la vaccination (OMS, Unicef et GAVI) ont mis à jour les directives et outils de planification stratégique au niveau pays dans un contexte d'intégration et de renforcement des systèmes de santé avec un accent particulier sur une meilleure gestion des ressources financières.

La République de Guinée à l'instar des autres pays s'est approprié des directives et outils pour élaborer le premier PPAC couvrant la période 2001-2005 et le second couvrant la période 2007-2011.

La mise en œuvre de ces Plans a permis des améliorations en matière de couverture vaccinale à travers la stratégie Atteindre Chaque District (ACD), surveillance des maladies évitables par la vaccination système d'approvisionnement en vaccins et logistiques, expériences sur l'introduction des nouveaux vaccins et vaccins sous utilisés (VAA, Pentavalent)



Malgré ces progrès le PEV est confronté encore à certains défis. Pour y faire face et conformément aux orientations du GIVS et des recommandations régionales, profitant des opportunités offertes par GAVI la Guinée avec l'appui des partenaires se propose d'élaborer un nouveau plan pluriannuel 2011-2015

Ce document est le fruit des réflexions et échanges avec les principaux acteurs du secteur de la santé et autres secteurs connexes à divers niveaux. Il sert désormais non seulement de guide pour les planifications annuelles futures du programme, mais aussi de support pour l'intégration des activités d'autres programmes et le renforcement du système de santé. C'est aussi un important outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Le présent plan pluriannuel complet s'articule autour des principaux axes suivants :

- L'analyse de la situation du système sanitaire et du programme élargi de vaccination dans le contexte actuel du pays.
- L'identification des principaux problèmes qui entravent la bonne marche du programme
- Le choix des objectifs, stratégies, activités pertinentes et résultats attendus.
- L'élaboration des indicateurs, l'identification des ressources requises en termes de disponibilité et de gap à combler.
- L'identification des stratégies possibles pour assurer une meilleure gestion des ressources disponibles et combler les déficits financiers identifiés.
- Les recommandations et perspectives pour l'avenir du programme.

A travers ce plan, le PEV se propose de contribuer à la réduction de la mortalité infantile en réalisant une couverture vaccinale nationale de 90% pour chaque antigène et d'au moins 80% au niveau des districts sanitaires (GIVS).

Au cours de la période couvrant ce plan, la Guinée se propose d'améliorer les performances actuelles du PEV de routine, d'intégrer les vaccins Pneumocoque et Rota virus.

En ce qui concerne la lutte contre la maladie, le plan propose l'éradication de la poliomyélite en Guinée d'ici fin 2011, l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal ainsi que le contrôle de la rougeole.

Les stratégies retenues sont conformes aux stratégies constitutives de Vision et Stratégie Mondiale pour la Vaccination (GIVS) et sont adaptées au contexte de la Guinée. Elles mettent l'accent sur l'intégration d'autres interventions de santé visant à promouvoir la survie de l'enfant. Il s'agit notamment de la supplémentation en Vitamine A, la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, le déparasitage des enfants, la promotion de l'accouchement propre et de l'allaitement maternel exclusif.

Un plan d'action annuel sera produit chaque année pour la mise en œuvre et le suivi des activités.

## INTRODUCTION :

A l'instar de la majorité des pays africains, le Guinée a souscrit en 1978 à la convention d'Alma-Ata. L'objectif social « **SANTÉ POUR TOUS** » a consacré la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) qui vise à lutter contre les principales causes de morbidité /mortalité par des techniques simples, valables, acceptables et accessibles pour tous à un coût abordable pour la communauté.

Pour répondre aux besoins prioritaires de santé des populations, la Guinée a mis en œuvre dès 1987, les éléments nécessaires de revitalisation du système de santé périphérique, préfigurant ainsi les grandes lignes de l'Initiative de Bamako (IB). La mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires avec comme porte d'entrée les activités de vaccination, a été fortement appuyée par l'UNICEF. C'est le début du Programme Elargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires et Médicaments Essentiels (PEV-SSP-ME).

Depuis le début des années 80, les efforts mondiaux en faveur de la vaccination ont permis d'accomplir des progrès sans précédent. Ces efforts ont porté essentiellement sur six maladies évitables par la vaccination (poliomyélite, diphtérie, coqueluche, rougeole, tétanos et tuberculose). En 1998, en moyenne 74% des enfants dans le monde avaient été vaccinés contre ces six maladies, contre moins de 5% en 1974. Mais dans les pays en développement, très peu d'enfants avaient accès aux vaccins qui pourraient les protéger contre les infections telles que l'hépatite B, l'*Haemophilus influenzae* type B (Hib), la fièvre jaune, le pneumocoque et le Rotavirus.

En dépit de l'immunisation d'un nombre croissant d'enfants, quelques 3 millions d'enfants meurent encore chaque année de maladies évitables par la vaccination. Cela signifie que, chaque minute, quelque part dans le monde, environ 6 enfants sont emportés par l'une de ces maladies, et que la rougeole à elle seule tue un enfant chaque minute. L'accès à la vaccination dans le monde est extrêmement inégal. Un enfant vivant dans un pays en développement court 10 fois plus de risques de mourir d'une maladie évitable par la vaccination qu'un enfant vivant dans un pays industrialisé. En Afrique où les besoins de santé publique sont les plus aigus, plus de 40% des nourrissons ne sont pas vaccinés contre la rougeole, cause majeure de mortalité chez les enfants.

C'est pourquoi, s'est constituée en 1999 l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), avec pour objectif de combler cet écart. . C'est dans ce cadre que la Guinée bénéficie depuis 2002 de l'appui de GAVI, après lui avoir soumis en 2001, le plan quinquennal stratégique couvrant la période 2001- 2005.

Conformément aux recommandations de GAVI, le plan de viabilité financière (PVF) du PEV Guinée a été soumis et approuvé en janvier 2005 pour la période allant de 2005 à 2013.

En mai 2005, lors de la 58<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé, la Guinée, a adhéré à la nouvelle stratégie mondiale de la vaccination intitulée GIVS «la vaccination dans le monde : vision et

stratégie» pour la période 2006-2015, dans le but de protéger un plus grand nombre de personnes contre davantage de maladies en étendant la vaccination à tous ceux qui peuvent y prétendre, y compris à d'autres classes d'âge que les nourrissons, et en veillant à ce que la vaccination figure en bonne place dans tous les programmes de santé. Le GIVS situe clairement la vaccination dans le contexte du système de santé en faisant valoir qu'elle peut à la fois contribuer au développement du secteur de la santé et à la suppression des obstacles qui entravent tout le système et en bénéficier afin d'aider les pays à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.

Pour concrétiser le GIVS, en juillet 2006 à Ouagadougou, la Guinée a pris part à l'atelier régional de formation des équipes des pays francophones d'Afrique sur la méthodologie et les outils d'élaboration du plan pluriannuel complet (PPAC).

Le plan de travail retenu à l'issue de cet atelier a servi de base au groupe de travail constitué par une équipe multidisciplinaire et multisectorielle, qui, avec l'appui des partenaires a conduit le processus d'élaboration du PPAC.

C'est ainsi que le pays a élaboré le PPAC 2007-2011, dont la mise en œuvre a permis d'atteindre des progrès en matière de couverture vaccinale, des indicateurs satisfaisants en matière de surveillance des maladies évitables par la vaccination et améliorer l'approvisionnement en vaccins et la logistique. L'atelier sur l'élaboration du PPAC tenue à Bamako en 2010 et l'atelier des revues par les pairs de Dakar en 2011 ont fixé des orientations pertinentes. C'est dans ce contexte que ce plan est élaboré.

Des informations ont été recueillies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour approfondir l'analyse de la situation du PEV. Ces informations ont été consolidées par l'équipe de travail chargée de l'élaboration du PPAC au niveau central.

Le document finalisé a été présenté aux membres signataires du Comité de Coordination Inter Agences pour le PEV (CCIA-PEV), discuté, amendé et adopté. Il comprend six sections :

1. Contexte général, macro-économique et socio sanitaire du pays et son impact sur le PEV ;
2. Caractéristiques, objectifs et stratégies du PEV
3. Analyse de la situation du Programme (forces, faiblesses, opportunités et menaces)
4. Priorités, cibles et objectifs des interventions
5. Stratégies, activités, indicateurs et chronogramme, ressources nécessaires futures et financement du programme
6. Commentaires des parties prenantes.

Il sert de document d'orientation stratégique et de référence nationale pour la planification des activités de vaccination et l'intégration des autres programmes

Sa mise en œuvre exige le développement d'un partenariat actif et une bonne coordination de tous les partenaires du PEV pour mobiliser l'ensemble des ressources requises.

L'analyse des coûts passés et futurs, la détermination des ressources nécessaires, au financement disponible ainsi que du gap a été fait par l'outil d'analyse des coûts et financement recommandé.

Le présent plan intègre tous les aspects liés à la vaccination et à d'autres interventions de santé. Il dégage des stratégies visant l'amélioration des composantes de vaccination. Enfin, le plan présente le financement nécessaire pour la mise en œuvre de ces stratégies avec les écarts éventuels et des mécanismes pour une meilleure viabilité financière

## **I. CONTEXTE GENERAL :**

### **1.1 Profil du pays :**

#### **1.1.1 Données géographiques :**

La République de Guinée est située en Afrique de l'Ouest entre les 7° et 12° de latitude nord et 8° et 15° de longitude ouest et bordée d'une façade maritime de 300 km sur l'Océan atlantique ; elle est limitée au Nord par le Mali et le Sénégal, au Sud par le Libéria et la Sierra Léone, à l'Ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique et à l'Est par la Côte d'Ivoire. Le climat est de type tropical avec une alternance de saison sèche (de novembre à avril) et une saison pluvieuse (de Mai à Octobre) variable selon l'altitude et la région. La Guinée possède l'un des réseaux hydrographiques les plus denses de la sous - région.

D'une superficie totale de 245.857km<sup>2</sup> la Guinée est divisée en quatre régions naturelles qui sont :

- ◆ La Basse Guinée, région de plaine côtière couvrant 18% du territoire et caractérisée par de fortes précipitations variant entre 3000 et 4000 mm d'eau par an.
- ◆ La Moyenne Guinée, région de massifs montagneux couvrant 22% du territoire avec des niveaux de précipitations annuelles variant entre 1000 et 1500mm d'eau par an ;
- ◆ La Haute Guinée, région de plateaux et de savanes arborés couvrant 40% du territoire et dont le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500mm d'eau par an ;
- ◆ La Guinée forestière, un ensemble de massifs montagneux et de forêts denses couvrant 20% du territoire national avec une pluviométrie variant entre 2000 et 3000 mm d'eau par an.

#### **1.1.2. Données socio – démographiques :**

Sur la base des projections faites à partir du dernier recensement de 1996, la population de la Guinée est estimée 10 975 733 habitants selon le JRF 2010. Cette population est inégalement répartie sur le territoire. En effet, 2/3 vivent en zone rurale contre 1/3 en zone urbaine. Par rapport

à la population urbaine, plus de la moitié réside à Conakry dont le rythme de croissance est estimé à 6% par an<sup>1</sup>.

Avec un indice synthétique de fécondité de 6 en moyenne pour l'ensemble du pays, la Guinée est l'un des pays dont la croissance démographique est l'une des plus fortes de la région avec un taux d'accroissement naturel de 2,8% par an. L'espérance de vie à la naissance est de 54 ans avec un taux de mortalité générale de 14,2 pour mille et un taux de mortalité infantile de 91 pour mille naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle est de 980 pour 100 000 naissances vivantes.

Au niveau de l'éducation, la réforme du système éducatif entreprise à la suite de la déclaration de politique éducative adoptée en 1989, a conduit à des progrès réels dans ce secteur notamment le relèvement du taux brut de scolarisation qui est passé de 26,81% en 1990 à 57% en 2000<sup>2</sup> et à 73% en 2005<sup>3</sup>. Le taux de scolarisation des filles est passé de 7,3% en 1990 à 44,3 en l'an 2000<sup>3</sup>. Ces performances ont été rendues possibles grâce à la réalisation d'un important programme d'investissement dans le domaine des infrastructures et l'augmentation de l'effectif des enseignants. Néanmoins le taux d'alphabétisation des adultes demeure assez faible avec une moyenne qui varie entre 40% et 50% selon les régions. Il est également caractérisé par un déséquilibre entre les hommes et les femmes, avec des proportions respectives de 41% et 22%.

Cette situation n'est certes pas sans conséquence sur l'adoption de certains comportements favorables à la promotion de l'hygiène et de la santé. Enfin il convient de noter que la Guinée a été classée en 2010 au rang de 156<sup>e</sup> sur 177 pays dans le cadre de l'Indice de Développement Humain.

**Tableau I : Projection des effectifs des groupes cibles du PEV et ceux d'autres paquets des services ayant des liens avec la vaccination (RGPH 1996)**

Groupes cibles	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015
Population totale *	10975733	11315980	11666776	12028446	12401328
Femmes en âge de procréer (25%)	274 399 3	282 899 5	291 669 4	300 7111	310 033 2
Femmes enceintes (4,5%)	493 908	509 219	525 005	541 280	558 060
Enfants de 0 à 15 ans (45%)	4 939 080	5 092 191	5 250 049	5 412 801	5 580 597
Enfants de 0 à 5 ans (20 %)	2 195 147	2 263 196	2 333 355	2 405 689	2 480 266
Enfants < 1 an (4%)	439 029	452 639	466 671	481 138	496 053
Nourrissons survivants (3,36%)	368 785	380 217	392 004	404 156	416 685

<sup>1</sup> EDS 1992

<sup>2</sup> SRP. P.25. <sup>3</sup> SRP (op. cite)<sup>3</sup> EDS 3 2005

### **I.1.3. Situation politique et économique :**

#### **1.1.3.1. Contexte politique :**

L'élection présidentielle du 7 novembre 2010 marque le début du retour du pays à l'ordre constitutionnel après le coup de force du 23 décembre 2008 qui a porté au pouvoir une junte militaire. Cette dernière avait suspendu la Constitution et dissout l'Assemblée nationale plongeant ainsi le pays dans un vide constitutionnel qui a affecté le fonctionnement de l'Etat.

Ce nouveau contexte suscite un immense espoir chez les Guinéens et ouvre de nouvelles perspectives pour le pays qui, durant de nombreuses années, a souffert de difficultés économiques qui ont considérablement freiné son développement.

Il faut rappeler surtout que la crise à laquelle le pays a été confronté est principalement due à la mauvaise gestion des ressources publiques, aux insuffisances du cadre institutionnel, juridique et réglementaire des affaires, à l'absence de dialogue avec les partis politiques, la société civile et le secteur privé.

Grâce au nouveau cadre qui s'offre au pays, il est maintenant possible de mettre fin aux mauvaises pratiques qui avaient cours dans la gestion des ressources publiques. Cette opportunité offre aux nouvelles autorités la possibilité de travailler à l'amélioration de la gestion macroéconomique et financière en initiant et en mettant en œuvre de meilleures politiques notamment budgétaire et monétaire. La mise en œuvre de ces nouvelles mesures devrait permettre une meilleure exécution du budget conformément aux priorités du DSRP .

De même, la réforme des forces de défenses et de sécurité, en cours, devra être poursuivie. L'objectif visé est de faire de ces unités des corps républicains commis exclusivement à la défense de l'intégrité territoriale et à la protection des personnes et de leurs biens. Aussi, la réforme de la justice et la lutte contre la corruption devraient-elles prendre une nouvelle dimension ; l'objectif étant de doter le pays d'une justice indépendante et professionnelle capable de rassurer les investisseurs et de sécuriser les investissements indispensables à l'essor économique et social. Toutes les décisions de justice y afférentes doivent être systématiquement appliquées. Cette nouvelle situation permettra d'attirer les investissements privés étrangers, donc aidera à améliorer le climat des affaires.

### **I.1.3.2. Contexte économique :**

En 2010, tous les indicateurs macroéconomiques indiquent que le pays est dans une situation difficile. Le taux de croissance de l'économie est calculé à 1,9% insuffisant pour faire reculer la ligne de pauvreté. Le taux d'inflation de 20,8% prévu pour 2010 est élevé et, de toute évidence, il contribue à éroder sérieusement le pouvoir d'achat des populations. Selon les résultats de l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP-2007), l'incidence de la pauvreté qui était de 49,2%, en 2002 a atteint 53% en 2007 et serait de 58% en 2010.

Les réserves de change sont descendues à un niveau tel qu'elles ne peuvent couvrir que deux mois d'importation. Les arriérés intérieurs et extérieurs se sont fortement accrus rendant difficile l'amélioration du cadre macroéconomique. Tout cela s'explique par la mauvaise tenue des finances publiques qui n'arrivent pas à concilier la forte pression des dépenses avec le niveau particulièrement faible des recettes.

En outre, le poids de la dette continue de peser sur les maigres ressources publiques. En effet, le stock de la dette extérieure de la Guinée s'élève à fin 2010 à 3 203 411 113 USD pour un service moyen d'environ 175 millions USD. Cette situation est aujourd'hui très préoccupante car, elle empêche le financement des secteurs essentiels à la réduction de la pauvreté. La dette représente 67% du PIB pour un ratio du service de la dette sur les recettes fiscales 2010 de 31,95%. Il apparaît donc très clairement que la dette rend très difficile l'intervention de l'Etat dans le financement budgétaire de ses programmes de lutte contre la pauvreté. Ainsi, dans un contexte de ralentissement de l'investissement public, l'Etat n'a d'autres choix que d'accumuler des arriérés afin de maintenir certaines dépenses nationales. Le désendettement de l'Etat permettra de prendre en charge un budget orienté vers des programmes novateurs de lutte contre la pauvreté. De ce point de vue, l'atteinte du point d'achèvement de l'IPTE est un objectif majeur parce qu'elle permettra de dégager des ressources pour financer les secteurs prioritaires. A ce tableau, il faut ajouter la baisse drastique de l'aide publique au développement (APD) tant bilatérale que multilatérale. L'augmentation sans cesse croissante des prix des principaux biens d'importations comme les produits alimentaires et pétroliers a également aggravé la situation.

En effet, entre 2004 et 2007, les prix des principaux produits importés en Guinée ont subi une hausse globale de l'ordre de 26%. Ce rythme s'est accéléré à partir de 2006 et a été soutenu jusqu'au deuxième trimestre de 2008, période au cours de laquelle les prix internationaux de produits alimentaires qui représentent 32% des importations du pays, ont augmenté de 89%. Ce mouvement a été impulsé par les prix des céréales (riz et blé) qui ont augmenté en moyenne de

132%. Au cours de la même période, le prix du baril de pétrole est passé de 65 à 122 dollars soit une hausse de 86%. En juillet 2008, le prix du blé avait augmenté de 130%, celui du riz de 124% et celui du baril de 81% par rapport à la même période de l'année précédente. Sur le marché des céréales, l'augmentation des prix en dollars a été renforcée par la baisse du dollar vis-à-vis des monnaies des principaux exportateurs de riz (Thaïlande, Vietnam, Chine).

L'impact de la crise financière et économique mondiale est perceptible sur les recettes budgétaires. En effet, au cours des huit premiers mois de 2009, les recettes budgétaires provenant du secteur minier ont baissé fortement au rythme de 3% en moyenne par mois contre une hausse d'environ 16% par mois au cours de la même période en 2008. Ces recettes ayant représenté 22% des recettes budgétaires en 2008 (15% sur le cumul de janvier à août 2009). Elles auront contribué dans une proportion équivalente à la dégradation du solde courant base engagement qui est passé d'un niveau moyen mensuel de 14 milliards de francs guinéens entre janvier et août 2008 à -35 milliards de francs guinéens au cours de la même période en 2009.

A ce rythme, l'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative Pays Pauvre Très Endettés (IPPTE) sera une tâche difficile pour le pays si la tendance n'est pas rapidement inversée.

#### **1.1.3.3. Organisation politique et administrative du pays :**

Sur le plan de l'organisation politique et administrative, la Guinée a entrepris à partir de 1986, une importante réforme de l'administration du territoire marquée par la déconcentration et la décentralisation.

Du point de vue de la déconcentration, trois niveaux ont été consacrés par des textes législatifs et réglementaires.

**Le premier niveau de déconcentration** est le niveau régional et à ce titre, 07 régions administratives ont été créées en plus de la région de Conakry qui constitue une zone spéciale dotée d'un statut particulier.

**Le deuxième niveau de déconcentration** est constitué par l'entité préfectorale qui est en fait l'entité véritablement responsable de la mise en œuvre des politiques et programmes globaux et sectoriels du Gouvernement. On dénombre ainsi 33 préfectures sur l'ensemble du territoire.

**Le troisième niveau** est l'entité sous-préfectorale qui correspond au cadre territorial local de l'animation et de la réalisation des actions de développement et de l'administration de l'Etat.

En ce qui concerne la décentralisation, la réforme de l'Etat a conduit à la définition d'un cadre juridique par la création des collectivités décentralisées en milieu rural et urbain.



Sur la base de ces textes, le pays compte actuellement 38 communes urbaines dont 5 communes dans la ville de Conakry et 302 communautés rurales de développement (CRD). L'ensemble de ces entités territoriales est doté d'une autonomie financière conduite par un organe délibérant (conseil communal pour les communes urbaines et conseil communautaire pour les communes rurales). L'organe exécutif est le maire pour les communes urbaines et le président du CRD pour les communes rurales.

Il convient de noter que les réticences observées au départ pour la mise en œuvre des politiques de déconcentration et de décentralisation ont pu être réduites grâce à des actions de consultation organisées par le Gouvernement et qui ont conduit à une affirmation de volonté de la population à prendre une part active dans la gestion des programmes de développement.

## **I.2. Organisation et financement du système de Santé :**

### **I.2.1 Organisation du système de santé :**

Le système de soins guinéen est composé des sous secteurs public et privé.

**Le sous-secteur public** est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet : le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national.

**Le sous-secteur privé** comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques.

Dans la typologie du sous-secteur privé médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sage-femme, le cabinet de consultations médicales et la clinique.

Les structures pharmaceutiques et biomédicales sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes et des laboratoires d'analyses biomédicales.

Il faut noter que les infrastructures du secteur sont constituées essentiellement d'établissements de santé répartis entre les secteurs public et privé.

Le tableau suivant montre, par type, le nombre des structures du secteur public.

**Tableau 2 : Situation des Structures publiques de soins :**

Typologie	Nombre
Poste de santé fonctionnel	910
Centre de santé / CSA	406
Hôpital préfectoral / CMC	32
Hôpital régional	7
Hôpital national	2
Hôpital spécialisé de Kipé	1

source : Rapport annuel PEV/SSP/ME 2010,

L'ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation, dans les méthodes technologiques utilisées et dans la maintenance.

**Le niveau des équipements** correspond généralement à celui défini dans la carte sanitaire, mais avec des différences notables dans leur fonctionnalité.

**Le secteur privé médical** est composé actuellement de 19 cliniques, 2 hôpitaux d'entreprise, 219 cabinets de consultation, 11 cabinets dentaires et 16 cabinets de sage-femme.

**Le secteur informel** se développe rapidement et de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, l'on ignore tout des tarifs appliqués et, surtout, de la qualité de ces services, ce qui met en péril la viabilité des structures officielles. Un problème particulier est celui de la vente généralisée des produits pharmaceutiques de mauvaise qualité sur les marchés.

**Le secteur pharmaceutique et biomédical** est composé de 230 officines, 40 points de vente et 10 laboratoires.

En ce qui concerne les ressources humaines, l'étude de la situation du personnel de la santé a permis de connaître, avec précision, la situation globale des effectifs, leur répartition par région, par préfecture et par nature d'établissement sanitaire. Elle présente également les caractéristiques essentielles du personnel employé (répartition selon la qualification, par sexe, par âge, selon l'ancienneté, etc.).

Les informations ci-dessous représentent un résumé du rapport intitulé «La situation du personnel de la santé».

Selon ce document, le Ministère de la santé utilise au total 6679 personnes, réparties en personnel soignant (82,2 %) et personnel de soutien (17,8%).

De l'effectif global, 52,1% sont des femmes et 47,9 % des hommes. Cette répartition est différente d'une région à l'autre, d'une préfecture à l'autre et d'une profession à l'autre. Conakry et Kindia enregistrent le ratio femmes / hommes le plus élevé à savoir 2.54 et 1.36 respectivement. C'est dans les régions de Boké et de N'Zérékoré où enregistre le taux de masculinité le plus élevé (presque trois hommes pour deux femmes).

Les préfectures qui enregistrent la plus forte proportion féminine en dehors de Conakry sont Coyah, Dubréka et Kindia. Celles qui enregistrent la plus forte proportion d'hommes (de l'ordre de 7 hommes pour 2 femmes) sont Koubia, Tougué, Mandiana, Yomou et Koundara. Les préfectures de Lélouma, Koubia, Dinguiraye, Lola et Dabola ont un sexe ratio très élevé en faveur des hommes (plus de deux hommes pour une femme).

De l'analyse des pyramides des âges et de l'ancienneté, il ressort que, dans les 7 prochaines années, près de 25 % de l'effectif seront partis à la retraite. Ces départs concernent surtout les techniciens de santé publique (73 %), les sages Femmes (52.1 %), les techniciens de radiologie (50 %), les techniciens de laboratoire et les préparateurs en pharmacie. Ces catégories, déjà en sous-effectif aujourd'hui, seront les plus rares dans un avenir proche si rien n'est fait pour corriger cette situation. Il sera donc nécessaire de prévoir le recrutement du personnel.

### **I.2.2. Place de la santé dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté :**

La Guinée a adhéré à la stratégie mondiale « Santé pour Tous ». C'est pourquoi, la politique sanitaire nationale repose fondamentalement sur la stratégie des soins de santé primaire adoptée par l'OMS en 1978. Elle s'appuie sur l'intégration harmonieuse des soins curatifs, préventifs et promotionnels, la promotion de la santé individuelle, familiale et communautaire, la participation de la communauté à la conception, au financement, à l'exécution et à l'évaluation des actions de santé.

L'objectif général est d'assurer à tous les hommes et femmes vivant sur le territoire national, sans barrière géographique, économique et socioculturelle, des services de santé de qualité. Il s'agit donc de mettre en place, d'ici 2015, un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins de santé de la population.

Les objectifs spécifiques ont pour horizon 2015 conformément à la volonté du Gouvernement d'atteindre les OMD. Il s'agira de :

- ✓ réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 163 pour 1000 à 80 pour 1000 de 2005 à l'an 2015 ;
- ✓ réduire la mortalité des enfants de moins de 1 an de 91 pour 1000 à 50 pour 1000 de 2005 à l'an 2015, et ;
- ✓ réduire la mortalité maternelle de 980 pour 100 000 naissances vivantes à 220 pour 100 000 naissances vivantes de 2005 à 2015 ;
- ✓ maintenir la séroprévalence au VIH/SIDA inférieure à 1,5% en 2015 ;
- ✓ réduire de 40% la mortalité spécifique due au paludisme de 2005 à l'an 2015 ;
- ✓ réduire de 50% la mortalité spécifique de la tuberculose de 2005 à l'an 2015 ; et
- ✓ réduire la prévalence du retard de croissance de 26% à 13% chez les enfants de moins de 5 ans de 2005 à l'an 2015.

Pour 2011, le Gouvernement se propose d'améliorer un certain nombre d'indicateurs de façon à rendre les soins de santé accessibles au plus grand nombre de personnes. Il s'agit de :

- ✓ porter le taux de couverture vaccinale des enfants au pentavalent à 90% contre 85% en 2009 ;
- ✓ atteindre pour le taux de la première consultation pré natale (CPN) 90% contre 88,2% en 2007 ;
- ✓ porter les taux de dépistage de la tuberculose à 64% et le taux de succès à 80% ;
- ✓ améliorer l'offre des services de prévention des IST (infections sexuellement transmissibles) ;
- ✓ porter la proportion de formation sanitaire disposant les effectifs de personnel requis à 60% ;
- ✓ porter le taux de disponibilité en médicaments traceurs des formations sanitaires de base à 80% en 2011.

**Au niveau de l'amélioration de la couverture géographique et de la qualité des soins de santé,** les actions porteront sur les infrastructures principalement, les formations sanitaires de base, postes et centres de santé. Le renforcement de cette politique passe par l'extension du paquet minimum d'activités (PMA) en y intégrant la fourniture adéquate et régulière des consommables, des médicaments essentiels (ME) génériques et vaccins.

**Pour atteindre ces objectifs, les mesures suivantes sont envisagées:**

**Au niveau de la vaccination :** i) le renforcement du PEV de routine et l'introduction des nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés dans le programme élargi de vaccination (PEV) de routine et de mise en place des mesures spécifiques permettant de couvrir les zones pauvres et enclavées, avec la vaccination de porte-à-porte ;

### **I.2.3. Place du PEV dans la politique nationale de la santé :**

La mission du Ministère de la Santé a évolué avec la prise en compte de la lutte contre la pauvreté pour s'étendre au « principe que la santé est un droit fondamental parmi les droits de l'homme ». C'est dans ce cadre que s'inscrit l'amélioration des indicateurs de santé à travers, entre autres, le renforcement du programme élargi de vaccination d'ici à 2015. Il est envisagé de faire passer les taux de DTC-HepB-Hib3 et VAR de 90% en 2010 à 95% en 2015.

*Les actions à entreprendre pour y parvenir sont, entre autres :*

- Le renforcement de la mise en œuvre de l'approche ACD avec l'amélioration de la stratégie avancée pour atteindre les hameaux les plus reculés ;
- Le renforcement de la capacité de gestion du PEV ;

- La mobilisation sociale intensive et la communication interpersonnelle pour la vaccination ;
- L'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité de la prise en charge nutritionnelle des groupes vulnérables ;
- L'introduction de nouveaux vaccins (Pneumococque, Rotavirus, .....)

Le renforcement des activités de vaccination constitue le moyen privilégié pour atteindre ces objectifs.

Une feuille de route est mise en place pour l'élaboration du PNDS 2013 – 2023 qui tiendra compte des aspects spécifiques contenus dans le PPAC du PEV 2011-2015

#### **1.2.4. Ressources financières et financement du secteur :**

Le financement du secteur de la santé provient de quatre sources principales: l'Etat, les collectivités locales, la population et les bailleurs de fonds.

L'Etat finance essentiellement le salaire du personnel de la fonction publique, l'achat d'une partie des vaccins, les autres charges d'exploitation des structures centrales et déconcentrées, une partie de la formation initiale et continue. Il intervient aussi dans les opérations d'investissements dans les centres de santé et les hôpitaux.

Les collectivités locales (communes, préfectures, régions) ont une part de financement qui se limite à l'affectation de 15% de leur budget, aux soins de santé primaires.

Les populations prennent en charge une partie des infrastructures sanitaires et, à travers le système de recouvrement des coûts, une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins notamment le rachat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, les dépenses d'entretien et de maintenance, les outils de gestion. A cela s'ajoutent les dépenses, inconnues mais importantes, des ménages dans les structures privées pour les soins, les examens complémentaires et l'achat de médicaments.

Les bailleurs de fonds financent essentiellement les travaux d'infrastructures et d'équipement, la formation initiale et continue, l'acquisition des moyens logistiques et l'achat d'une partie des vaccins dans le cadre du PEV.

Pour la période de 2007 à 2010, la situation du financement de la santé en termes de dépenses réelles se présente comme suit :

- L'aide extérieure couvre les activités de formation, supervision et fourniture des intrants ;
- La part du budget de fonctionnement de la santé dans le budget national pour la période considérée est de 3% contre 10% recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé ;
- Des études ont montré que l'exécution des dépenses du budget de l'Etat privilégie les salaires qui en absorbent une part très importante.

En dépit des difficultés financières que connaît le budget de l'Etat, le gouvernement a fourni des efforts dans le domaine de la santé même si ces efforts sont en deçà des objectifs.

Dans le budget de la santé, la part du PEV entre 2007 et 2010 au titre de l'achat des vaccins se présente comme suit :

- Du point de vue des allocations pour le fonctionnement, en 2008, 2009 et 2010, l'Etat a dégagé respectivement 892 194 500 GNF, 81 000 000 GNF et 94 732 947 GNF.

Cette baisse des allocations est liée aux troubles socio-politiques de 2006 à 2010 entraînant une baisse de trésorerie.

- Du point de vue de la mise à disposition des vaccins, conformément à l'accord sur l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale, il a été réalisé 100 % en 2007 et 2008. Cependant la crise socio politique que le pays a connu en 2009 et 2010 a négativement influencé sur la mise en œuvre de cet accord.

## **II. ANALYSE DE LA SITUATION :**

En Guinée, le PEV a connu un succès certain tant du point de vue de sa mise en œuvre que de son impact sur les indicateurs de santé maternelle et infantile. La réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies cibles du PEV témoigne des efforts fournis.

Cependant, en dépit des résultats encourageants atteints par le programme, l'analyse de situation du PEV par composante révèle les forces et faiblesses ci-dessous :

### **2.1. Composantes du programme :**

Le PEV comprend 5 composantes opérationnelles, à savoir : (i) la prestation des services, (ii) l'approvisionnement et la qualité des vaccins, (iii) la logistique, (iv) la surveillance et la lutte contre la maladie et (v) le plaidoyer et la mobilisation sociale. Ces composantes sont appuyées par le management, le financement et le renforcement des capacités.

#### **2.1.1. Prestations des services :**

Les activités de vaccination sont effectuées dans tous les centres de santé. La couverture sanitaire est satisfaisante avec plus de 80 % de la population dans un rayon de moins de 5km des Centres de Santé et postes de santé, ainsi que la disponibilité des vaccins et des consommables (seringues, boîtes de sécurité etc.). Cependant, des ruptures de stocks de quelques antigènes ont été enregistrées dans certains districts.

La sécurité de l'acte vaccinal est garantie par l'utilisation de seringues autobloquantes et de boîtes de sécurité disponibles dans toutes les formations sanitaires depuis 2002. Des investissements sont en cours pour la construction d'incinérateurs de type Montfort dans les

chefs lieux des régions et certains districts sanitaires. L'idéal serait d'installer un incinérateur dans chaque district sanitaire à court terme.

Les stratégies avancées sont assurées de façon régulière dans tous les centres de santé avec l'implication des communautés.

Le Programme Elargi de Vaccination et les responsables à divers niveaux, déploient d'énormes efforts pour assurer la vaccination à toute la population en dépit de certaines difficultés d'ordre culturel, religieux et géographique. L'acte vaccinal est généralement bien accepté.

#### Calendrier vaccinal :

Le PEV de Guinée administre actuellement les vaccins suivants : BCG, VPO, DTC-HepB-Hib, VAA, VAR, VAT

**Tableau 3 : Calendrier vaccinal pour les enfants de 0 à 11 mois**

Vaccin (ne pas utiliser de nom de marque)	Ages de l'administration (par les services de vaccination systématique)	Inscrire un "x" si le vaccin est administré dans:		Comment aires
		Tout le pays	Seulement une partie du pays	
<b>BCG</b>	Naissance	X		
<b>VPO</b>	Naissance, 6 semaines, 10 semaines, 14 semaines	X		
<b>Pentavalent</b>	6 semaines, 10 semaines, 14 semaines	X		
<b>Rougeole</b>	9 mois	X		
<b>Fièvre jaune</b>	9 mois	X		
<b>Vitamine A</b>	Deux doses par an tous les six mois entre 6 – 59 mois Une dose aux femmes dans les 8 semaines suivant leur accouchement	X		
<b>Déparasitage au Mebendazole</b>	Deux doses par an tous les 6 mois aux enfants de 12-59 mois	X		

**Tableau 3 bis : Calendrier vaccinal pour les femmes enceintes**

Vaccins	Cible	Voie/site
<b>VAT1</b>	Femmes enceintes et non enceintes en age de procréer	Sous-cutanée au 1/3 supérieur externe bras gauche
<b>VAT2</b>	4 semaines après VAT1 (femmes enceintes et non enceintes)	Sous-cutanée au 1/3 supérieur externe bras gauche
<b>VAT 3</b>	1 an après VAT2 ou a la prochaine grossesse	Sous-cutanée au 1/3 supérieur externe bras gauche
<b>VAT4</b>	1 an après VAT3 ou la prochaine grossesse	Sous-cutanée au 1/3 supérieur externe bras gauche
<b>VAT5</b>	1 an après VAT4 ou la prochaine grossesse	Sous-cutanée au 1/3 supérieur externe bras gauche

Trois stratégies essentielles sont appliquées pour atteindre les populations cibles du programme à savoir :

- **la stratégie fixe** : il s'agit des vaccinations effectuées dans les centres fixes pour atteindre la population cible se trouvant dans un rayon de moins de 5 Km autour du centre de santé.
- **la stratégie avancée** : il s'agit des sorties effectuées à partir du centre fixe pour couvrir la population cible se trouvant dans un rayon de 5 à 15 Km autour du centre de santé.
- **la stratégie mobile décentralisée** : elle est utilisée pour desservir la population cible se trouvant dans les zones d'accès difficile.

La mise en oeuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) depuis 2005 a permis d'améliorer l'accessibilité aux services de vaccination par la mise à la disposition des districts des moyens conséquents pour la mise en œuvre des différentes stratégies de rattrapage permettant ainsi l'augmentation de la couverture vaccinale.



**Couvertures vaccinales :**

- Les couvertures vaccinales administratives par antigène portant sur la période 2007 - 2010 sont résumées dans le tableau suivant.

**Tableau 4 : Taux de couvertures vaccinales de 2007 à 2010 :**

Antigènes	2007 *	2008*	2009	2010
BCG	81%	83%	93%	96
DTC3	88%	84%	SO	SO
DTC3-Hepb3 – Hib3	SO	SO	85%	90%
POLIO3	73%	89%	90%	90%
VAR	<b>86%</b>	<b>87%</b>	<b>87%</b>	<b>94%</b>
VAT2+	76%	75%	82%	71%
VAA	85%	91	71%	91%
Hep B3	76%	89		

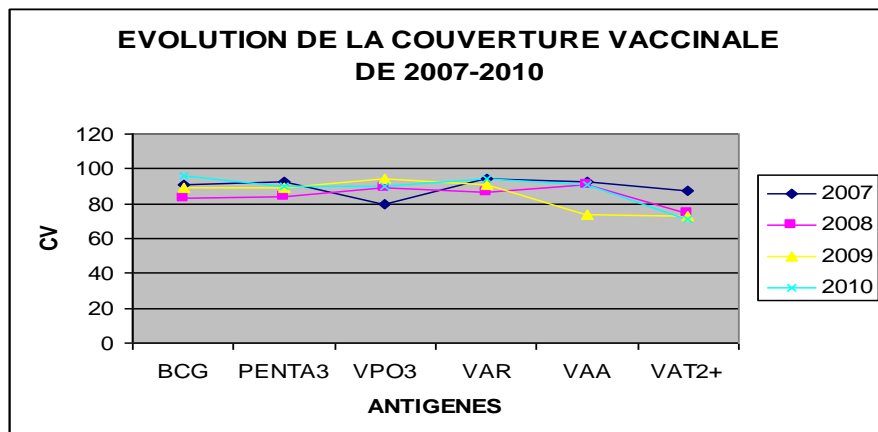
Source :JRF 2007-2010 – Guinée

L'analyse des résultats des activités de routine révèle qu'une forte proportion d'enfants a été en contact avec les services de vaccination, comme l'indique la couverture de BCG, 96% (2010), au niveau national avec très peu de variations entre les différentes régions.

Pour l'antigène VAT2+, les couvertures sont restées en dessous de 80% ce qui permet de dire que le pays est loin des objectifs régionaux relatif à l'élimination du TMN.

Il faut noter que pour les couvertures vaccinales des vaccins contre l'hépatite B introduit depuis 2006 et le vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib) introduit en fin 2008 dans le PEV de routine grâce au soutien de GAVI ont évolué favorablement atteignant les niveaux requis de plus de 90% en 2010.

Quand bien même les couvertures de DTC3 , POLIO 3 et VAR du tableau ci-dessus sont 90% et plus, celles des enquêtes et des estimations OMS\_UNICEF sont en deçà de 60% ,



**Tableau 4 :** Indicateurs des prestations de services 2007-2010

Indicateurs	Catégories	2007	2008	2009	2010
% DS avec taux d'abandon DTC1-3 > 10%		ND	8%	16%	26%
Taux d'abandon global		7%	7%	6	9%
Complétude des districts		100%	100%	100%	100%
Performances des Districts sanitaires en couverture DTC 3	Moins de 50%	0	0	0	0
	50 à 79%	6	13	14	10
	80- 89 %	19	17	10	15
	Plus de 90%	13	8	14	12
Performances des Districts Sanitaires en couverture VAR	Moins de 50%	0	0	0	0
	50 à 79%	11	14	10	7
	80- 89 %	12	19	11	16
	Plus de 90%	15	10	17	15
Performances des Districts sanitaires en couverture VAT2 +	Moins de 50%	2	3	0	2
	50 à 79%	18	23	17	18
	80- 89 %	11	6	11	11
	Plus de 90%	7	6	8	17

**Source :** JRF/Guinée

Des efforts ont été réalisés pour la réduction du Taux d'abandon (DTC3/DTC1) qui est resté depuis 2007 inférieurs à 10%. Cela montre bien de la bonne utilisation des services de vaccination. Si le taux de complétude a été de 100% pendant la période considérée, on a assez d'informations sur les taux de promptitude. L'amélioration des couvertures vaccinales au niveau national atteignant les objectifs recommandés dans le GIVS cache des disparités dans les districts sanitaires. Bien qu'aucun district sanitaire n'a pas des CV en DTC3 inférieur à 50% il y'a cependant près de 7 DS avec des CV < 80% en 2010. Au VAT 2+ beaucoup d'effort reste à consentir car les performances des DS sont encore faibles (existence des DS avec des CV < 50%)

- En 2008 une enquête nationale sur l'état nutritionnel et le suivi des principaux indicateurs de survie (MICS) de l'enfant a été menée. De cette enquête les résultats suivants ont été rapportés :

**Résultats de la vaccination de l'enfant :**

La situation de la vaccination des enfants est la suivante : 81 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 51% les trois doses de DTcoq, 43 % celles de la polio et 51% ont été vaccinés contre la rougeole.

Au total, plus d'un enfant de 12-23 mois sur trois (38%) a reçu tous les vaccins du PEV. A l'inverse, 13,8 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. Par rapport à 2005, la couverture vaccinale s'est améliorée de 1%).

Les infections respiratoires aiguës, la fièvre et la diarrhée sont les maladies les plus fréquentes chez les enfants. Un enfant sur six (16 %) a souffert de la toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et plus de deux enfants sur cinq (41 %) ont eu la fièvre ou une convulsion pendant la même période.

On constate que depuis 1999, la couverture vaccinale continue de s'améliorer. En effet, la proportion d'enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV qui était 32 % en 1999 atteint 38 % en 2008. À l'inverse, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucune vaccination continue de chuter de façon importante, passant de 21 % 1999 à 14 % atteindre en 2008.

. La grande majorité des femmes enquêtées (81,1%) ont reçu au moins une injection antitétanique au cours de leur grossesse (12,4 % ont reçu une injection et 68,7% ont reçu deux injections ou plus). On constate qu'une proportion relativement importante de femmes n'ont pris aucune injection (17%).

Tableau 5. Vaccinations des enfants de 12-23 mois selon les sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés, quel que soit l'âge à la vaccination, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, selon que l'information provienne d'un carnet de vaccination ou des déclarations de la mère, ENENSE Guinée 2007

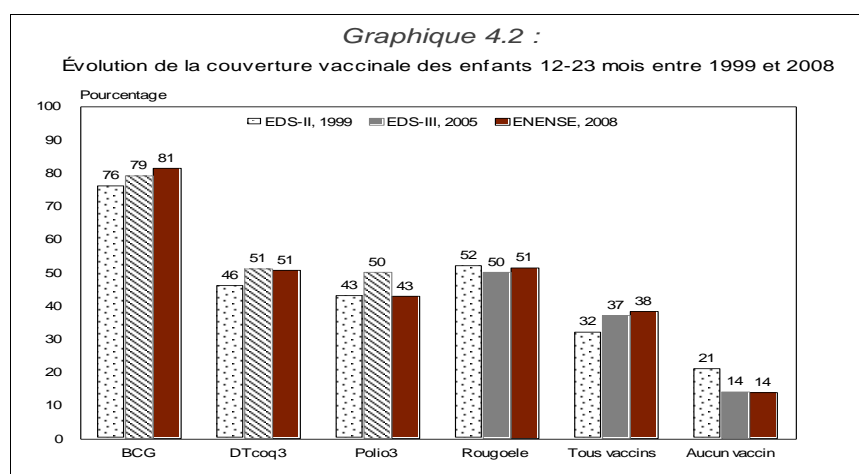
Source d'information	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins	Aucun vaccin	Fièvre jaune	Hp 1	Hp 2	Hp 3	Effectif d'enfants
<b>Vacciné à n'importe quel âge avant l'enquête</b>																
Carnet de vaccination	50,4	46,6	41,6	36,2	45,6	46,6	41,9	36,8	31,9	31,7	0,4	24,1	20,3	15,2	11,1	1273
Déclaration de la mère	30,9	28,1	22,1	14,4	26,2	20,0	11,6	5,9	19,4	6,4	13,5	14,3	11,7	8,9	5,5	1201
Les deux sources	81,3	74,7	63,6	50,6	71,9	66,6	53,5	42,8	51,3	38,2	13,8	38,4	31,9	24,1	16,6	2474
Vacciné avant l'âge de 12 mois	81,3	66,2	56,4	43,1	71,9	59,8	47,0	36,1	37,1	33,2	24,3	24,1	20,3	15,2	11,1	2474

<sup>1</sup> Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.

<sup>2</sup> BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq, les trois doses de polio (non-compris la dose de polio donnée à la naissance).

<sup>3</sup> Pour les enfants dont l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccinations reçues durant la première année est supposée être la même que celle observée pour les enfants ayant un carnet de vaccination.

Source: Enquête nationale sur l'état nutritionnel et le suivi des principaux indicateurs de survie de l'enfant



**.Introduction des Nouveaux Vaccins et vaccins sous-utilisés :**

De 2002 en 2008, la Guinée a introduit le vaccin contre la fièvre jaune (2002), l'hépatite B(2006) et le pentavalent (2008) dans la vaccination de routine.

Le pays se propose conformément aux recommandations régionales et aux orientations contenues dans le GIVS d'introduire en 2012 le vaccin contre les infections à pneumocoques

PCV-13 sous sa forme liquide mono doses et en 2013 le vaccin oral contre les infections à rota virus sous la forme liquide mono dose.

La Guinée ne dispose pas de beaucoup de données permettant de déterminer le poids des infections à pneumocoques et à rota virus. Elle s'aligne ainsi sur l'épidémiologie régionale à l'instar des autres pays de la région comme recommandée par l'OMS.

**Calendrier vaccinal après l'introduction des nouveaux vaccins (PCV-13 et Rotavirus :**

**Tableau 6 : Calendrier de vaccination PEV avec l'introduction du vaccin anti-pneumococcique et le rotavirus**

Vaccins	Age d'administration
BCG;	A la naissance
VPO zéro	A la naissance
DTC1-HepB1-Hib1; VPO1 ; Pneumo1 ; Rota1	6 semaines
DTC1-HepB2-Hib2; VPO2 ; Pneumo2 ; Rota 2	10 semaines
DTC1-HepB3-Hib3; VPO3 ; Pneumo3	14 semaines
VAR	9 mois (36semaines)
VAA	9 mois (36 semaines)
Vitamine A	9mois (36 semaines)

**Intégration des autres activités :**

- Depuis 2008, la supplémentation en vitamine A a été intégrée dans les activités du PEV de routine à 6 mois d'âge. Les mamans ont du mal à suivre ce calendrier car à cette période aucune vaccination n'est administrée. Le souhait serait de faire coïncider cette supplémentation au calendrier vaccinal du VAR et VAA. Cette supplémentation est étendue aux femmes en post partum.
- L'intégration d'autres interventions est faiblement mise en œuvre et se fait parfois à l'occasion des activités de vaccination supplémentaires. Il s'agit de l'administration du mebendazole, la supplémentation en Fer acide folique, la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à longue durée d'action (MILDA). Cette intégration des activités se fait avec les programmes spécifiques concernés (PNLP, Service Nutrition, etc.)

## 2.1.2 Approvisionnement, stockage et distribution des vaccins :

### *a- Approvisionnement en vaccins et matériels d'injection :*

Au niveau central, l'estimation des besoins annuels par antigène et intrants au plan national est faite avec l'UNICEF en utilisant la méthode de la population cible du PEV (Vaccines Forecasting).

L'Etat à travers la ligne « achat de vaccins et matériel de vaccination » dans son budget, prend en charge les vaccins traditionnels tandis que GAVI et l'UNICEF prennent respectivement en charge les vaccins nouveaux/sous-utilisés et les vaccins des campagnes depuis 2005. En 2007, grâce à la signature de la convention entre le gouvernement et l'UNICEF pour l'Initiative d'Indépendance Vaccinale, les vaccins sont fournis par l'UNICEF sur financement de cette ligne budgétaire. Ainsi, les besoins à commander sont transmis à l'Unicef/Guinée qui facilite par son système d'approvisionnement la fourniture de vaccins de qualité. Il faut mentionner que l'introduction de tout nouveau vaccin et médicament est conditionnée à l'approbation du Comité national de réglementation des vaccins et médicaments.

Les supports de réception des vaccins sont mis en place et utilisés conformément aux recommandations de l'OMS/UNICEF. Les vaccins répondent aux normes de qualité requise et possèdent une pastille de contrôle de qualité.

### *b- Ravitaillement :*

L'approvisionnement est semestriel pour le niveau central, trimestriel pour les dépôts régionaux et mensuel pour le niveau préfectoral et les centres de santé. Cependant force est de reconnaître que les dépôts régionaux et préfectoraux ne sont plus à mesure de stocker les vaccins faute de carburant pour le fonctionnement des équipements chaîne du froid dits intermédiaires, ce qui entraîne souvent un sur stockage au niveau des centres de santé.

<b>Niveau Central → Chaîne de froid Régional → District Sanitaire → Centre de Santé</b> Rythme d'approvisionnement → 1 fois/trimestre → 1 fois/ mois → 1 fois/ mois
--

Toutefois, certains districts et centres de santé s'approvisionnent directement au dépôt central compte tenu de leur proximité.

Le nombre d'approvisionnements prévus en 2010 du niveau central vers les régions a été réalisé en fonction du plan détaillé d'approvisionnement en vaccins et consommable.

L'approvisionnement en vaccin se fait en fonction des objectifs de couverture retenus au niveau national et les besoins exprimés par les régions en rapport avec la consommation réelle du terrain, de même au niveau des DS ou les CS sur la base des rapports mensuels d'activités réalisées

Si au niveau central on a noté en général une amélioration des approvisionnements en vaccin avec une absence de rupture de vaccin en 2009 et 2010 et des réductions progressives du taux de perte, des approvisionnements tardifs ont été remarqués dans certaines zones périphériques occasionnant ainsi des ruptures de stock .

Du point de vue assurance qualité, l'Autorité Nationale de Régulation (ANR) existe mais malheureusement ne remplit pas pleinement toutes les fonctions recommandées,

Dans le cadre de l'indépendance vaccinale et afin de garantir la qualité des vaccins, le Gouvernement commandera les vaccins à travers l'UNICEF

### **2.1.3 Logistique de la chaîne de froid :**

Un PEV systématique performant est fortement tributaire de l'existence d'une logistique de chaîne de froid efficace. Un inventaire régulier et efficace de cette logistique est nécessaire pour ajuster les stratégies de vaccination et le plan de stockage et de distribution des vaccins.

Le PEV de la Guinée n'échappe pas à cette règle. C'est ainsi que un inventaire exhaustif des équipements chaîne de froid a été réalisé en 2006. Cet inventaire a été réactualisé en 2010 et mis à jour en Mars 2011.

Les principaux résultats, assortis d'un plan de réhabilitation des équipements, se présentent comme suit : Niveau central : il existe actuellement au niveau central 2 chambres froides positives de 20 et 30 mètres cubes (m<sup>3</sup>) de capacité brute de stockage, 15 réfrigérateurs de 169 litres par unité soit 2535 litres au total et une chambre froide négative de 20 m<sup>3</sup>) fonctionnelles. La capacité brute de stockage au niveau centrale est alors estimée à 54 m<sup>3</sup> en positif. A noter qu'une chambre froide positive de 30 m<sup>3</sup> de capacité brute récemment tombée en panne en 2011 et nécessite une réparation immédiate afin d'améliorer les capacités de stockage en prélude à la réception en fin 2011 du PCV-13

Le tableau ci-dessous présente la capacité de stockage au niveau central et les besoins en stockage pour l'introduction des nouveaux vaccins sont présentés dans les tableaux 6, 7 et 8.

Pour accommoder le volume requis à l'existant, il y a lieu d'augmenter le nombre de fréquences de livraison et/ou de trouver une solution pérenne consistant en l'acquisition de deux chambres froides de 40 mètres cubes chacune ou une seule de 80 mètres cubes.

Pour le volume négatif, nous observons une flexibilité de 9079 litres en 2015, le volume existant est suffisant et ne nécessite pas un supplément ; cependant, pour les raisons de maintenance insuffisante et de vétusté de certains équipements, une réparation immédiate est nécessaire.

Tableau 7: Capacité de stockage requis et volume existant au niveau central (national)

**Table 7.1: Capacité et coûts (pour stockage positif)**

**National store**

		<b>Formules</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<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>	34 410 litr	38 802 litr	34 456 litr	52 917 litr	55 657 litr	57 987 litr
<b>B</b>	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	14 059 litr	14 059 litr	14 059 litr	14 059 litr	14 059 litr	14 059 litr
<b>C</b>	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	2,45	2,76	2,45	3,76	3,96	4,12
<b>D</b>	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	2	2	2	2	2	2
<b>E</b>	Différence (le cas échéant)	$((A/D) - B)$	3 146 litr	5 342 litr	3 169 litr	12 400 litr	13 770 litr	14 935 litr

La capacité de stockage actuelle de la chaîne du froid au niveau central qui est de 14 m3 ne peut pas s'accommoder avec l'introduction des nouveaux vaccins. Le volume de vaccins actuels avec 3 mois de réserve est de 20 m3., avec l'introduction du vaccin PCV-13 en 2012 la capacité requise sera de 34 m3 et en 2013 a plus de 49 m3 avec l'introduction du rotavirus. Pour accommoder cette capacité à l'introduction des nouveaux vaccins le programme doit se doter immédiatement de 2 chambres froides positives de 40 m3 chacune et en 2012 la 3ème chambre froide de 40m3. Toutefois la réparation immédiate de la chambre froide de 30 m3 récemment en panne dont les compresseurs sont déjà mis à disposition par l'UNICEF pourra améliorer les capacités de stockage actuel et répondre aux besoins de 2011. Cet état d'insuffisance de capacité de stockage a souvent conduit à un sur stockage des vaccins à tous les niveaux et plus particulièrement au niveau des districts et centre de santé

Ces acquisitions interviendront l'une en 2011 et l'autre en 2012 pour un montant de 200 000 USD (prix d'achat UNICEF).



Les recommandations contenues dans le rapport de l'inventaire de la CDF et la gestion efficace des vaccins (GEV) seront discutées et adoptées au CCIA.

Les stocks de vaccins reçus lors des campagnes sont stockés en négatif en utilisant parfois des chambres froides en location en cas de besoin et ne sont conservés au niveau central que pour un mois au maximum. Ensuite ces vaccins sont envoyés au niveau régional et districts pour la mise en œuvre. C'est ainsi que ces quantités n'ont pas été prises en compte dans l'outil de prévision des vaccins

#### Niveau intermédiaire et périphérique :

On dénombre dans le pays environ 560 équipements tout type confondu, dont 490 en bon état de fonctionnement, 43 marchent avec nécessité de réparation et 27 en panne réparable. Parmi ces équipements, 50 sont des congélateurs installés principalement au niveau DRS et DPS pour le recyclage des accumulateurs.

La source d'énergie la plus utilisée est le kérosène avec 349 équipements, soit 62% ; ensuite viennent les équipements solaires avec 26% (146) et l'électricité avec 12% .

La marque dominante est le SIBIR (V 170 EK) représentant environ 57% des équipements ; viennent ensuite le Dulas (solaire) avec 21% et l'Electrolux/Dometic avec 0,06%. 39 équipements, soit 0,07% ne répondent aux normes recommandées.

L'âge moyen des équipements est de 3,4 ans.

Un plan de remplacement des équipements élaboré sur 5 ans donne la situation suivante :

<b>Equipments replacement &amp; cost</b>	<b>Années</b>					<b>total 5 ans</b>
	<b>2 011</b>	<b>2 012</b>	<b>2 013</b>	<b>2 014</b>	<b>2 015</b>	
total equipment	150	12	9	40	18	229
total cost	462 494	72 988	68 193	139 826	90 800	834 300

Le tableau ci-dessous présente la capacité de stockage au niveau intermédiaire et les besoins en stockage pour l'introduction des nouveaux vaccins

**Table 7.2: Capacité et coûts (pour stockage négatif)**  
Entrepôts intermédiaires

		2015								
		Formules	DRS Boke	DRS Faranah	DRS Kankan	DRS Kindia	DRS Labe	DRS Mamou	DRS Nzerekore	DRS Conakry
A	Volume total annuel des vaccins en stockage négatif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	444 litr	345 litr	601 litr	538 litr	458 litr	354 litr	783 litr	696 litr
B	Capacité négative totale nette existante (litres ou m3)	#	0 litr	0 litr	0 litr	0 litr	5 143 litr	0 litr	0 litr	0 litr
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,09	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national de distribution des vaccins</i>	4	4	4	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	$((A/D) - B)$	101 litr	79 litr	137 litr	123 litr	- 5 038 litr	81 litr	179 litr	159 litr

D'ici 2015, 90% des structures intermédiaires sauf la région de Labé qui possède une chambre froide de 30m3 connaîtront des problèmes de capacités de stockage. Pour y faire face le plan d'extension proposé ci-haut suite à l'EGEV et celui qui découlera de l'inventaire de la CDF devrait être pris comme priorité à mettre immédiatement en œuvre.

Au niveau opérationnel, le Programme sera guidé par le plan de réhabilitation tenant compte de son extension, du remplacement de matériels vétustes et inadaptés.

## Evaluation de la Gestion efficace de vaccins (EGEV) :

En 2011, une évaluation de la gestion efficace des vaccins et de chaîne du froid a été conduite.

Les principaux résultats se résument dans le tableau ci-dessous :

Tableau No 7.3: Critères et Scores observés aux différents niveaux:

CRITERES	NIVEAU NATIONAL	NIVEAU REGIONAL	NIVEAU DISTRICT	NNIVEAU CENTRE DE SANTE
E1. Réception/Arrivage vaccins	80%			
E2 Monitoring Température	40%	40%	30%	50%
E3 Capacité de stockage	30%	30%	50%	70%
E4 Bâtiments, Equipement, Transport	70%	70%	50%	70%
E5 Maintenance	60%	50%	50%	80%
E6 Gestion stock	70%	15%	20%	50%
E7 Distribution	40%	10%	20%	20%
E8 Gestion vaccins	70%	15%	20%	50%
E9 SIG Fonctions d'appui	65%		40%	

Il en ressort que les critères d'appréciation n'atteignent pas le seuil exigé de 80% à tous les niveaux. Seule la réception des vaccins au niveau central accuse de score 80% comme recommandé. Cependant, certains indicateurs convergent vers des résultats attendus. Les efforts fournis dans certains domaines pourront améliorer les scores et permettre l'ascension du programme vers la performance attendue. Il sied de noter que dans les CS les scores sont plus encourageants qu'au niveau régional et des districts.

Les principales recommandations formulées sont axées i sur(i) la formation (ii) l'informatisation de la gestion au niveau régional et de district, (iii) les bonnes pratiques d'archivage à long terme et (iiii) la sécurisation des données gestionnaires,et maintenance.

Quant au transport la situation est satisfaisante dans l'ensemble..

Les capacités de stockage sont également à améliorer à tous les niveaux. Il est souhaitable que chaque niveau joue son vrai rôle afin de favoriser la traçabilité de vaccins et matériels et permettre aux superviseurs de ces niveaux de jouer pleinement leur rôle dans l'audit de stocks.

Des rénovations sur les entrepôts et zones d'emballage devront être faites tenant compte de normes édictées par l'OMS. De même, les entrepôts secs devront satisfaire le système de manutention et répondre à la demande suscitée par l'introduction de nouveaux vaccins et de nouvelle technologie.

Des plans de contingence devront être élaborés et appliqués à tous les niveaux portant sur (i) la réception des vaccins, (ii) le fonctionnement de la chaîne du froid et (iii) la distribution des vaccins. Tout comme les normes et procédures doivent être affichés à tous les niveaux

Le programme devrait encourager l'enregistrement automatique continu de température à tous les niveaux. De même les indicateurs de suivi de température tant dans la conservation qu'au cours du transport des vaccins (achat et disponibilité des thermomètres traceurs, indicateurs de congélation, outils de monitoring de température exemple: freeze-tag, Q tag...) devraient être effectifs. Les chambres froides devraient être munies d'alarmes automatiques en vue de signaler les écarts de température. et ; enfin il faudra doter le personnel de dépôts de conservation de moyens sûrs de communication.,

#### **Transport et autres logistiques :**

La réactualisation de l'inventaire en 2010 et 2011 a concerné toute la logistique du PEV avec l'appui de l'Unicef et de l'OMS. Cet inventaire est assorti d'un plan de renouvellement. Le renforcement de la chaîne du froid, des véhicules de supervision et des motos pour les stratégies avancées est en cours à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Plusieurs donateurs appuient le Ministère de la santé en moyens de transport (véhicules, moto) et autres moyens logistiques (groupes électrogènes, incinérateurs...). L'âge moyen des véhicules et des motos du programme actuellement varie de 4 à 6 ans).

Le programme compte 56 véhicules 4X4 dont 23% servent à la coordination des activités au niveau central (supervision, approvisionnement, transport logistique) ; 77% servent dans les régions et districts sanitaires. En plus des véhicules le programme dispose des motos pour des stratégies avancées dans les zones rurales

Cependant environ 50% des véhicules, 50% des motos, 30 % de groupes électrogènes sont en mauvais état avec une insuffisance du suivi de l'utilisation et de la maintenance.

Il existe sur le terrain une diversité de marques des moyens logistiques de transport et autres matériels (à l'exception des réfrigérateurs) qui posent d'énormes problèmes de pièces de rechange. Il y a lieu de signaler que la flambée des prix de carburant à la pompe a un impact négatif sur la disponibilité de cette ressource.

#### **Sécurité de la vaccination et destruction des déchets :**

La Guinée a élaboré en 2002 un document de Politique Nationale de sécurité des injections, qui a été validé et mis en œuvre. La sécurité de l'acte vaccinal est garantie par l'utilisation de seringues autobloquantes et de boîtes de sécurité disponibles dans toutes les formations sanitaires. Pour la destruction des déchets qui n'est guère viable, des investissements ont été

consentis pour la construction des incinérateurs. Actuellement le pays compte 16 incinérateurs implantés dans toutes les régions et 8 districts. Il y'a un projet élaboré en partenariat avec l'OMS de construction et réhabilitation des incinérateurs dans chaque district dont la mise en œuvre se poursuit normalement. Depuis quelques années, un circuit de transfert pour la destruction des déchets a été établi conformément aux sites d'implantation des incinérateurs.

La commande au niveau national se fait sous forme de « bundle vaccines » (vaccin, SAB, seringue de dilution et boîte de sécurité). En dépit de ces efforts il faut signaler que la situation de la destruction des déchets n'est pas satisfaisante et les recommandations qui sortiront de l'évaluation de la CDF en cours devraient être pris en compte et mettre rapidement en œuvre.

#### **2.1.4. Surveillance et lutte contre la maladie :**

La surveillance des maladies cibles du PEV (PFA, Rougeole, Tétanos Maternel et Néonatal, Coqueluche, Diphtérie, Tuberculose, Fièvre jaune et Hépatite B) est intégrée à celle des autres maladies à potentiel épidémique.

La notification est hebdomadaire et mensuelle ; les informations sont analysées aux différents niveaux et suivies de ripostes.

Pour la transmission des données de la surveillance épidémiologique au niveau supérieur, les DRS, DPS et certains Centres de Santé sont reliés à la coordination du PEV/SSP/ME et à la Division de la Prévention et lutte contre la maladie par un réseau de communication radio de type VHF, la flotte téléphonique et internet.

Au niveau national il existe un laboratoire des fièvres hémorragiques qui réalise les examens biologiques de la rougeole et de la fièvre

##### **a. Surveillance des PFA :**

La surveillance des PFA a débuté en 1998 en Guinée. Suite à la forte mobilisation des partenaires internes et externes, la mise en œuvre de la stratégie d'éradication de la poliomyélite est en bonne voie d'exécution. Le système surveillance des PFA a été restructuré et renforcé en 2002 par le recrutement des points focaux de surveillance et la création des divers comités, notamment, le comité de certification (CNC), le comité National d'Experts Polio (CPP) et le Groupe Spécial de Confinement (GSC). Le pays ne disposant pas d'un laboratoire équipé, Les échantillons de selles des cas PFA prélevés sont expédiés au laboratoire de référence de l'OMS (Institut Pasteur de Dakar /Sénégal).

Au cours des années 2007 et 2008, aucun cas de Polio n'a enregistré. La circulation a été rétablie en 2009 avec 42 cas de PVS de type 3 et arrêté en 2010 ou on a notifié aucun cas de PVS.

Cependant les indicateurs de surveillance de 2007 à 2010 sont restés satisfaisants (Taux de PFA NP>= 2 ; taux de selles adéquates >90%) Il existe toutefois les disparités entre les régions.

Le tableau ci-dessous illustre la performance des PFA de 2007 à 2010 (principaux indicateurs)

Le tableau ci-dessous illustre la performance des PFA de 2007 à 2010 (principaux indicateurs)

**Tableau 8 : Niveau de performance de la surveillance des PFA en Guinée de 2007 à 2010**

Année	Population âgée < 15 ans	Nbre de cas PFA attendus	Total de cas de PFA notifiés	N° 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	
							N°	%
2007	5 066 798	101	109	0	109	2,2	105	96
2008	5 066 798	104	121	0	121	2,3	121	99
2009	4705102	104	167	42	167	2,6		92
2010	5 209 261	104	215	0	215	4,5	207	96%

Source : Direction des soins de Santé Min Santé/JRF

#### b. Surveillance de la rougeole :

La surveillance de la rougeole est intégrée au système de surveillance active des maladies cibles du PEV. Au cours des années 2007, 2008 et 2010 le pays n'a pas enregistré d'épidémie de rougeole. C'est en 2009 qu'une épidémie de rougeole a été identifiée dans le pays entre la 35<sup>ème</sup> et 52<sup>ème</sup> semaine de l'année avec un total annuel de 4755 cas suspects de rougeole et 10 décès. Parmi lesquels, 281 cas suspects ont bénéficié de prélèvements et d'analyse soit 5,91% dont 114 cas ont été confirmés positifs aux Igm de la rougeole (41,56%) et 5 aux Igm de la rubéole (1,7%). Le statut vaccinal des cas se présente comme suit : 25,26% des cas suspects sont vaccinés contre 22,41% de non vaccinés et 3,91% de statut inconnus.

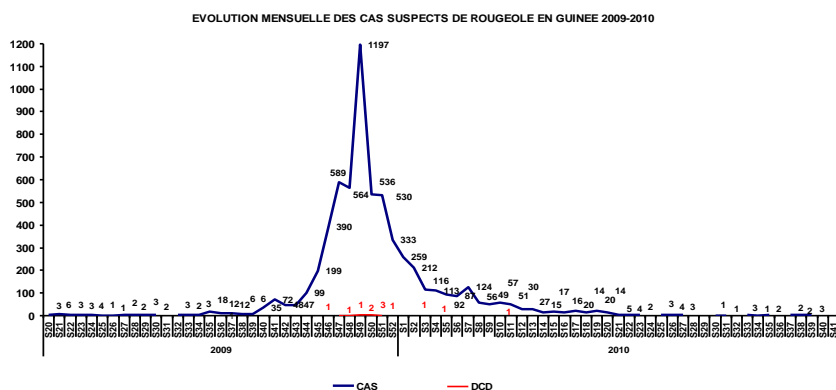
En Guinée, la surveillance de la rougeole depuis 2006 est basée sur le cas, notification avec enquête autour du cas et confirmation par le laboratoire dans tous les districts sanitaires comme illustrée dans le tableau ci-dessous

**Tableau n°9 : Performance de la surveillance de la rougeole de 2007 à 2010**

Années	Nbre total district sanitaires	Nbre de cas suspects	Nbre de district notifiant => 1cas		Résultats de labo disponible		Nbre IgM positif		Nbre de cas avec lien épid	Total cas Confirmés Lab + cas avec Lien épidémiologique
			N	%	N	%				
2007	38	79	22	57,84	79	100	3	0	3	
2008	38	89	20	52,6	89	100	1	0	1	
2009	38	264	38	100	264	100	114	NA	NA	
2010	38	117	30	100	117	100	45	0	45	

Source : Direction des soins de Santé Min Santé/JRF

Les indicateurs de la surveillance de la rougeole sont satisfaisants. Le nombre de cas suspects notifiés augmentant chaque année avec 100% de districts ayant notifiés au moins un cas suspect en 2010. Le taux d'échantillons prélevés est de 100% pendant toute la période. Toutefois malgré ces résultats encourageants il existe des disparités dans les districts.



**c. Fièvre Jaune :**

Tout comme la rougeole la surveillance de la fièvre jaune est basée sur le cas. Depuis 2007 les indicateurs de la surveillance de la Fièvre Jaune restent satisfaisants tels illustrés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau n°10 :** Performance de la surveillance de la fièvre jaune en 2007-2010

Année	Nbre Districts	Districts notifiant => 1cas		cas suspect notifiés	Prélèvement		Résultats labo		Nbre IgM +	lien épid	Total cas confirmés
		N	%		N	%	N	%			
2007	38	30	79%	110	110	100	100	100	0	0	0
2008	38	26	68%	215	215	215	215	100	5	0	5
2009	38	35	92%	229	229	229	229	100	4	0	4
2010	38	38	100	239	239	100	239	100	2	0	2

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

Les indicateurs de la surveillance de la fièvre au cours des quatre (4) années se sont nettement améliorés ; le Nombre de districts notifiant au moins un cas est passé de 79% en 2007 à 100% en 2010 ; Le taux de prélèvement avec échantillons de qualité et résultats du laboratoire est 100% depuis 2007

Le pays a connu des épidémies de fièvre jaune depuis au cours de la période dans les districts sanitaires de N'zérékore, Faranah et Mandiana. En riposte, des campagnes de vaccination ont été organisées dans ces districts. En 2010, aussi les 24 districts sanitaires identifiés à risque ont bénéficié d'une campagne préventive

**d. Tétanos Maternel et Néonatal**

Le renforcement de la surveillance du TMN a été une des préoccupations du programme pendant la période de la mise en œuvre du PPAc 2007-2011.

Dans le cadre de l'élimination du TMN un plan d'élimination nationale a été élaboré en 2002 et devant la résurgence des cas de TMN le programme vient de soumettre aux partenaires un

Commented [DS1]:

nouveau plan d'élimination en 2011 avec comme pour objectif principal : Atteindre l'objectif d'un minimum de 80 % de cas de TMN notifiés pour chaque district

( enquêter sur au moins 80 % des cas suspects dans les districts où la couverture par le VAT2+ est supérieure à 80 % ; tous les cas de TMN dépistés doivent faire l'objet d'une riposte locale ; incidence du TMN inférieure à 1 cas pour 1000 naissances vivantes dans chaque district)

Les activités ont été renforcées surtout au niveau des communautés ciblant les cas de Tetanos néonatal.

Le tableau ci-dessous illustre les performances de cette surveillance

**Tableau n ° 11:** Performance de la surveillance du tétanos de 2007 à 2010

Années	cas suspects notifiés	investigation
2007	16	8
2008	28	28
2009	54	12
2010	64	24

Source: JRF-Guinée

La situation du TMN est préoccupante dans le pays avec le nombre de districts à risque qui augmente au fil des années. Le nombre de cas est passé de 16 cas en 2007 à 64 cas en 2010 avec 15 décès. Cependant, peu de cas ont été investigués Des campagnes de riposte sont organisées chaque fois que des cas sont investigués;

**e. Surveillance des infections à Haemophilus Influenzae (Hib) :**

Les structures sanitaires de soins ont rapporté 29 cas de méningite à Hæmophilus influenza en 2007 et 33 cas en 2010. Cette surveillance qui doit se greffer à la surveillance existante des autres maladies évitables par la vaccination éprouve encore quelques difficultés compte tenu de l'insuffisance des moyens techniques et appropriés pour sa mise en œuvre.

**f. Analyse de la mise en œuvre des initiatives mondiales :**

• **Initiative d'Éradication de la Poliomyélite :**

Il convient de signaler qu'au niveau de l'Initiative d'Eradication de la Poliomyélite, le dernier cas de poliovirus a été notifié en 2009, les indicateurs de la surveillance des PFA sont satisfaisants. Le pays est à haut risque d'importation du poliovirus sauvage à cause de la circulation du PVS dans les pays voisins.

Le pays a été frappé en 2009, par des épidémies de polio avec 42 cas positifs de PVS principalement chez les enfants de tranche d'âge comprise entre 0 et 5 ans



En réponse à l'épidémie il a été organisé des activités de vaccination supplémentaires (AVS) par des campagnes nationales de vaccination en 5 passages sur toute l'étendue du territoire national. Du fait de la circulation permanente du PVS dans les pays voisins le pays organise depuis 2009 des campagnes de vaccination contre la poliomyélite pour les moins de 5 ans. La circulation du PVS dans les pays voisins a conduit le pays à organiser 6 passages de JNV et 2 JLV dans les régions de N'zérékoré, Faranah et Kankan en 2010 qui sont frontalières avec le Mali, la Côte d'Ivoire, la Sierra Leone et le Libéria.

Dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, il existe des organes indépendants tels que le comité national des Experts (CNEP) et le Comité National de Certification qui appuient la surveillance des PFA.

- **Contrôle accéléré de la rougeole.**

En ce qui concerne la rougeole, le pays a connu une flambée des cas de rougeole en 2009 avec 114 cas confirmés. Une campagne de suivi ciblant les enfants de 9 mois à 5 ans a été organisée en 2009 avec une couverture vaccinale au niveau national de 101%. Cette campagne a été couplée à la distribution de moustiquaires imprégnée d'insecticide, au déparasitage systématique des enfants au mebendazole et à la supplémentation en vitamine A.

- **Élimination du Tétanos Maternel et Néonatal (TMN)**

En ce qui concerne le TMN un plan d'élimination a été élaboré. Depuis 2007 le nombre de districts à risque ne fait qu'augmenter passant de 6 en 2007 à 15 en 2010. En 2010 64 cas de TN ont été notifiés. Des campagnes de riposte ont été organisées. Les faibles couvertures vaccinales expliquent en partie cette situation. D'où des efforts doivent être entrepris dans le renforcement du PEV de routine et les activités supplémentaires de vaccination et les accouchements propres.

- **Contrôle de la fièvre jaune**

Le renforcement de la surveillance de la fièvre jaune a sensiblement amélioré. Les indicateurs sont encourageants. 100% de Districts Sanitaires ont notifié au moins un cas en 2010 avec un taux de prélèvement de 100%. Dans les districts qui ont enregistré des cas confirmés de fièvre jaune au cours de la période la riposte a été effectuée. Des campagnes préventives ont été menées dans les districts à haut risque.

Tableau 12 : Composantes et indicateurs des maladies sous surveillance :

Composante	Indicateurs	Situation Nationale			
		2007	2008	2009	2010
<b>Surveillance intégrée de la maladie et riposte</b>	% de rapports de surveillance des districts reçus au niveau national par rapport au nombre attendu	100%	100%	100%	100%
<b>Polio</b>	<b>Couverture VPO3</b>	73%	89%	90%	90%
	<b>Taux de PFA</b> non poliomyélite pour 100.000 enfants de moins de 15 ans	2.2	2.3	2.5	4.5
	<b>Taux d'échantillons</b> de selles adéquats prélevé dans les 14 jours	96%	99 %	92%	96%
	<b>JNV</b>	0	0	5	8
	<b>Nombre de passages</b>				
	<b>Couverture VPO (%)</b>				
	1 <sup>er</sup> passage			97%	103%
	2 <sup>ème</sup> passage			105%	108%
	3 <sup>ème</sup> passage			109%	109%
	4 <sup>ème</sup> passage			1054%	114%
5 <sup>ème</sup> passage			103%	117%	
6 <sup>ème</sup> passage				110%	
7 <sup>ème</sup> passage(JLV)				107%	
8 <sup>ème</sup> passage(JLV)				105%	
<b>TMN</b>	Couverture VAT2+ (F.E)	76%	75%	82%	71%
	Nombre de districts notifiant plus d'un cas pour 1000 naissances vivantes	12	18	11	19
	Y a-t-il eu des activités supplémentaires de vaccination ?	Non	Non	Oui	OUI
<b>Rougeole</b>	Couverture de la vaccination anti-rougeoleuse PEV de routine	86%	87%	87%	94%
	Nombre de flambées notifiées	0	0	163	45
	Campagne nationale de vaccination anti-rougeoleuse	<b>Non</b>	<b>Non</b>	Oui	Non
	Tranche d'âge Couverture VAR (%)			9mois – 5ans 101%	
<b>Fièvre jaune</b>	Couverture VAA (PEV routine)	85%	91%	71%	91%
	Nombre et pourcentage de districts notifiant plus d'un cas suspect	30/79%	26/68%	35/92%%	38/100 %
	Une campagne de prévention a-t-elle été organisée ?	Non	Non	Non	Oui /96 %

Source : JRF 2007-2010-Guinée

#### g. Surveillance des MAPI :

Pour une meilleure gestion des MAPI, un système de surveillance a été mis en place dans l'ensemble des structures sanitaires du pays. C'est une surveillance active focalisée sur la recherche des cas de MAPI dans les structures sanitaires publiques, privées, rurales et urbaines. Les activités de surveillance des MAPI sont développées au sein de la communauté, dans les postes de santé, les centres de santé et dans les hôpitaux de référence.

- **Organisation du réseau :**

**Au niveau périphérique et intermédiaire :**

Il existe une équipe des points focaux de tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

**Niveau Central :**

Il existe l'équipe MAPI centrale et le Comité National d'experts MAPI

- **L'équipe MAPI centrale**

Elle est composée du chargé de l'Autorité Nationale de Régulation l'ANR à la Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoire (DNPL) et du chargé de la surveillance des maladies cibles (PEV) de la coordination nationale du programme de la vaccination

- **Le Comité National d'Experts MAPI**

Le Comité National d'Experts est responsable de la coordination de toute la surveillance et réponse aux MAPI. A ce titre il assure la validation des outils, l'opérationnalité du système, la revue clinique des MAPI graves, leur classification et le rapport final.

**2.1.5. Communication interpersonnelle et Mobilisation sociale pour le PEV :**

Il existe un service de mobilisation sociale au niveau de la coordination nationale du programme. Au niveau de chaque région on retrouve des sections y afférentes. Cette unité a pour mission de mettre en œuvre, suivre et évaluer les plans de communication pour le PEV au niveau central et déconcentré. Elle appuie la mise en œuvre des activités de communication à tous les niveaux sur la base d'un plan intégré de communication élaboré en 2008

Il existe depuis 1998, une cellule d'appui à la participation communautaire qui s'occupe aussi de l'aspect mobilisation sociale, dirigée par un agent du Ministère de l'Administration du territoire et de la décentralisation.

Le PEV en général bénéficie d'une bonne visibilité et l'on note une forte implication des leaders religieux et communautaires, de certaines ONG et associations des jeunes surtout lors des campagnes de vaccination de masse. Pour mieux rattraper les enfants et lors des activités de masse le programme utilise les relais communautaires. Toutefois on note une insuffisance de formation et du suivi/évaluation des relais communautaires.

Cependant, des efforts de formation des agents et de sensibilisation accrue de la population, à travers des messages ciblés, et des supports de communication, doivent être fournis pour accroître la demande en vaccination dans le cadre du PEV de routine.

Une étude CAP a été faite en 2006 pour mieux cibler les messages et les stratégies de communication lors des campagnes et du PEV de routine. C'est à la suite de cette étude que des contrats ont été signés avec les Radios Rurales, communautaires et privées pour la production et la diffusion des messages de vaccination. En plus des jingles et des logos ont été produits pour donner une meilleure visibilité au PEV..

Cependant ce plan souffre de l'insuffisance de ressources humaines formées dans le domaine de la communication pour la santé (communication pour la vaccination), la faible Communication en faveur du PEV dans les médias sont des défis à relever pour des meilleures performances du PEV ainsi que l'insuffisance de Formation, suivi, et évaluation des relais communautaires.

## **2.2. Gestion du Programme :**

### **2.2.1. Ressources Humaines et renforcement des capacités :**

En fonction du niveau de la pyramide sanitaire, le PEV bénéficie de l'appui d'un personnel permanent de l'Etat travaillant à temps plein d'une part et d'autres part des agents contractuels engagés par le Programme. . Ce personnel reste insuffisant dans les zones rurales tant par la qualité que la quantité. Avec le retour de la paix un plan de recrutement des agents par la gouvernement est prévu.

Le développement des capacités est une priorité pour le PEV Guinée. Ainsi le programme prévoit toujours dans son plan d'action cette activité. Plusieurs agents ont bénéficié de formation sur la gestion du PEV. Au niveau central, l'organisation des cours Mid Level Management du PEV permet chaque année de former des cadres de tous les niveaux. Des efforts sont en cours pour l'intégration de l'enseignement de la gestion du PEV dans les curricula des écoles et instituts de formation en santé. La dernière formation en MLM remonte à 2008. Les activités de formation devraient être renforcées à tous les niveaux sur tous les aspects du PEV dans ce plan stratégique.

### **2.2.2. Coordination et partenariat :**

La Coordination nationale du PEV/SSP/ME coordonne l'ensemble des activités de vaccination sur toute l'étendue du territoire.

Le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) pour le Programme Elargi de Vaccination de Guinée a été créé par arrêté Ministériel du 19 janvier 2001. Le Comité est fonctionnel et discute de toutes les activités relatives au PEV. Ce comité regroupe toutes les parties prenantes et est présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la santé et son secrétariat assuré par la section immunisation.

Il comprend comme membres, entre autres, les principaux partenaires extérieurs du PEV dont, l'OMS, l'UNICEF, la JICA, le ROTARY Club, USAID, la Croix Rouge, ainsi que des représentants des Directions nationales de la santé, et d'autres Ministères. La fréquence de ces réunions est trimestrielle et des comptes-rendus sont élaborés. Les comités des experts et certification pour la Poliomyélite sont fonctionnels et les instances de coordination fonctionnent à tous les niveaux (Synthèse S/P, CTPS CTRS, CTC, Revue annuelle SSP).

La collaboration étroite existant entre les partenaires bi et multilatéraux et le Ministère de la santé est une opportunité pour la réalisation d'actions concertées et la conduite d'un fort plaidoyer en

faveur des activités du PEV. En effet, le Comité s'engage à forger des partenariats solides en coordonnant les contributions et les ressources à la fois nationales et internationales pour les mettre au service du bien être de l'enfant, et d'aider le PEV à mobiliser des ressources internes et externes aux fins de la réalisation des activités du programme.

Le CCIA se réunit une (1) fois par trimestre pour l'analyse et le suivi de l'état d'avancement des activités du PEV dont ceux issus des supports fournis par GAVI.

### **2.2.3. Supervision / Monitoring / Evaluation :**

Le suivi et l'évaluation sont des étapes nécessaires pour permettre de documenter les progrès et les insuffisances, afin d'opérer des révisions appropriées dans la mise en œuvre des activités. Cependant la mesure correcte du taux de couverture est une indication importante de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à ces infections. Le PEV va s'appuyer sur les données administratives de couverture vaccinale, mais aussi sur des études ponctuelles (enquêtes) qui sont régulièrement organisées comme par exemple l'Enquête Démographique et de Santé.

La norme recommandée pour la supervision est d'une sortie semestrielle du niveau central vers les régions et districts ; une sortie trimestrielle de la région vers les districts et mensuelle des districts vers les CS. L'insuffisance et la vétusté des moyens de transport ainsi que l'interférence des activités des régions et districts par le niveau central ne permettent pas toujours de respecter le calendrier établi.

Le monitoring se fait à tous les niveaux à travers la collecte, l'analyse, l'interprétation, la diffusion et la retro-information. Il se fait également lors des réunions semestrielles aux niveaux opérationnels et trimestriels des points focaux de surveillance au niveau central. Toutes ces étapes sont suivies à tous les niveaux de riposte en cas de besoin.

Il existe au niveau national, régional et de district des outils informatiques permettant le traitement des données. Ce matériel est insuffisant et vétuste au niveau central et opérationnel. Un fichier de monitoring informatisé des données de vaccination a été mis à la disposition des régions et districts mais son utilisation n'est pas encore effective par insuffisance de formation. Les CS sont dotés de supports de collecte et d'analyse des données. L'analyse et l'interprétation des rapports de vaccination à tous les niveaux permettent d'apprécier les indicateurs de gestion du programme. On note cependant une irrégularité dans la tenue des réunions de rétro information par un manque de support financier et un retard de certains districts dans la transmission des rapports mensuels et de surveillance.

Le programme est évalué à travers les revues et les enquêtes.

### **2.2.4. Financement du PEV :**

La Guinée est l'un des premiers pays d'Afrique de l'Ouest à avoir entrepris des réformes de financement des services de santé publics, ce qui a permis d'augmenter le niveau de l'offre de services et de soins de santé tant au niveau périphérique qu'au niveau intermédiaire.

Le financement du système de santé apparaît aujourd'hui déficient, et le Gouvernement éprouve de nombreuses difficultés pour mobiliser des ressources additionnelles nécessaires pour consolider les acquis et améliorer les performances sanitaires, notamment pour le PEV.

Le PEV en Guinée reste très dépendant des financements extérieurs ; les vaccins sont essentiellement acquis grâce à ces financements sous forme de dons non remboursables. La Coopération Japonaise (JICA) a assuré le financement de la majorité des vaccins du PEV de routine en 2006 et l'UNICEF en 2005, 2009, 2010 et 2011. Les équipements et le matériel de la chaîne de froid sont quant eux financés par l'Etat, l'UNICEF, la JICA, ROTARY et l'OMS.

Dans le cadre d'une politique visant à financer progressivement l'approvisionnement en vaccins par des ressources nationales, l'initiative d'indépendance vaccinale a été mise en place depuis 2005 à travers un accord entre le Gouvernement Guinéen et l'UNICEF.

#### **2.2.5. Participation communautaire :**

Le système de recouvrement des coûts instauré au niveau des centres de santé en Guinée, permet à l'Etat et aux communautés de générer des ressources financières qui sont réinjectées dans le système ; ainsi ce mécanisme permet dans une certaine mesure les dépenses incompressibles (carburant pour la stratégie avancée et chaîne de froid, qui sont les principales dépenses rentrant dans le PEV au niveau des centres de santé.

La dynamisation du PEV passe autant par l'augmentation des ressources que par le renforcement institutionnel en matière de gestion et de planification des besoins en vaccins et en logistique.

### 2.3. Résumé de l'analyse de situation du PEV par composante (Forces, faiblesses, opportunités et menaces) :

Les forces, les faiblesses, les menaces et les opportunités du système national de santé ont été définies à travers un mécanisme de revue interne et externe du programme.

**Tableau n° 13 :** Résumé de l'analyse de situation du PEV par composante

Composante du système	Indicateurs	Situation nationale			
		2007	2008	2009	2010
Couverture de routine	Couverture en DTC3**	88%	84%		
	% de districts avec une CV > 80%	32	25	24	28
	% de districts avec une CV <50%	ND	0	0	0
	Taux national d'abandon DTC1 / DTC3	7%	7%	6%	9%
Vaccins sous-utilisés	Pourcentage de districts avec un taux d'abandon DTC1/ DTC3>10	ND	8%	16%	26%
	Couverture fièvre jaune	85%	91%	71%	91%
Surveillance de routine	Couverture en penta3			85%	90%
	% de rapports de surveillance des districts reçus au niveau national par rapport au nombre escompté	100%	100%	100%	100%
Chaîne de froid/ Logistique	Pourcentage de districts suffisamment équipés en matériel de la chaîne de froid en état de fonctionnement	31,57 %	57,89 %	57,89	81,58%
	Pourcentage des districts ayant connu une rupture de vaccin pendant l'année	ND	100%	13,15 %	0
Sécurité de la vaccination	Pourcentage districts équipés en nombre suffisant de SAB pour la vaccination de routine	100%	100%	100%	100%
Approvisionnement en vaccins	Ruptures de stocks au niveau national au cours de l'année écoulée	Oui	Oui	Non	Non
	Durée en mois si c'est le cas	1 mois	1 mois	NA	NA
	Vaccins concernés si c'est le cas	DTC, VPO	BCG,DTC	NA	NA
Communication	Existence d'un plan	Non	oui	oui	oui
Viabilité financière	Pourcentage de la vaccination de routine financé par des fonds publics* ?	60%	60%	30%	55%
Liens avec d'autres interventions sanitaires	Liens systématiques établis entre les services de vaccination et d'autres interventions sanitaires (paludisme, nutrition, PCIME)	Oui	Oui	Oui	
Autorité Nationale de Réglementation	Nombre de fonction	3	3	3	3
Comité de Coordination Inter Agences	Nombre de réunion en 2010	3	3	4	2
Gestion des déchets	Existence d'un plan de gestion des déchets	oui	oui	oui	oui
Efficience du programme	Monitoring au niveau national des pertes de vaccins	Oui	Oui	Oui	Oui
	Versement à temps des fonds au niveau districts	oui	oui	oui	oui

<b>Tableau N°14</b>	<b>Forces et faiblesses du PEV</b>	
	<b>Environnement interne</b>	
	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<b>Système de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité du DSRP</li> <li>• Accès universel de tous sans barrière géographique, économique et socioculturelle aux services de santé de qualité qui est l'un des objectifs prioritaires du DSRP</li> <li>• Existence du PNDS prenant en compte le PEV comme un élément important de l'axe stratégique de lutte contre la maladie ;</li> <li>• Mise en place d'une feuille de route pour l'élaboration du futur PNDS 2013-2023</li> <li>• Existence d'un comité national de réglementation des vaccins et des médicaments jouant le rôle de l'ANR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'insuffisance de ressources financières nationales et extérieures pour la mise en œuvre du DSRP et du PNDS.</li> <li>• Recensement datant de 1996</li> <li>• Le faible niveau de financement des dépenses récurrentes par l'Etat (carburant chaîne de froid/logistique de transport/maintenance)</li> </ul>
<b>Prestation de service de vaccination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonnes couvertures vaccinales</li> <li>• Utilisation de la Stratégie ACD dans toutes les CSS</li> <li>• Introduction dans le PEV de routine de la vitamine A, du VAA, de Hep B et Hib</li> <li>• Introduction des nouveaux vaccins en 2012 et 2013</li> <li>• Complétude des rapports &gt; 80% au niveau national</li> <li>• Maîtrise du taux d'abandon maintenu en dessous de 10%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La faible proportion de structures privées qui vaccinent</li> <li>• La faible utilisation des services de vaccinations par la communauté dans certains districts (26% de districts ont une couverture DTC3 &lt; 80% et 21% de district ont un taux d'abandon &gt; 10% en 2010)</li> <li>• L'insuffisance de ressources humaines compétentes pour les services de vaccination t dans les zones rurales ;</li> <li>• Faible promptitude des rapports mensuels de vaccination et de surveillance dans certaines DS</li> </ul>
<b>Approvisionnement et qualité des vaccins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation efficace des vaccins réalisée en 2010</li> <li>• Approvisionnement en vaccin par l'UNICEF</li> <li>• Existence des plans d'approvisionnement des vaccins à tous les niveaux</li> <li>• Commande effectuée semestriellement</li> <li>• Approvisionnement des structures en vaccins selon un rythme bien défini</li> <li>• Utilisation des logiciels DVD-MT et SMT au niveau central</li> <li>• Existence d'un pool de formateur sur le DVD-MT et le SMT au</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approvisionnement parfois tardif en vaccins dans les zones rurales</li> <li>• Rupture fréquente des stocks de vaccin dans les zones rurales</li> <li>• Existence des vaccins virés dans certains centres de santé</li> <li>• Faible utilisation des outils informatisés de a gestion des vaccins au niveau de district</li> <li>• Mauvaise gestion des vaccins à tous les niveaux</li> </ul>



	<p>niveau des régions et des districts sanitaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maîtrise des taux de perte au niveau national des vaccins pentavalent et VPO</li> </ul>	
<p><b>Logistique</b></p> <p><b>- Chaîne de froid</b></p> <p><b>- Sécurité des injections</b></p> <p><b>- Moyens de transport</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventaire de la logistique du PEV réalisé en 2010 assorti d'un plan de renouvellement de la logistique plus une analyse du fonctionnement de la gestion des vaccins et de la chaîne de froid ;</li> <li>• Existence d'un agent formé en maintenance au niveau national</li> <li>• Mise en oeuvre de la politique de la sécurité des injections dans 100% de districts</li> <li>• Disponibilité d'incinérateurs fonctionnels à l'hôpital national Donka, dans les _ régions et _ districts sanitaires ;</li> <li>• Existence des véhicules pour le transport/approvisionnement des vaccins</li> <li>• Existence d'un parc logistique (véhicules et motos pour le PEV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance des capacités de stockage au à tous les niveaux (niveau central, régional et périphérique) surtout avec l'introduction des nouveaux vaccins</li> <li>• Vétusté de certains matériels de CDF nécessitant un remplacement</li> <li>• Insuffisance du personnel formé en maintenance</li> <li>• La vétusté des groupes électrogènes de relais à tous les niveaux</li> <li>• Absence d'enregistreurs automatiques pour les réfrigérateurs</li> <li>• Absence, d'alarme réfrigérant au niveau de la chaîne de froid centrale ;</li> <li>• Chaînes de froid au niveau central, intermédiaire et périphérique ne répondant pas aux normes requises</li> <li>• Absence de pièces de rechanges des motos et réfrigérateurs</li> <li>• Le manque de matériel informatique pour la gestion des données de surveillance dans la plupart des régions et districts sanitaires</li> <li>• L'insuffisance de moyens de transport pour l'approvisionnement des vaccins et consommables au niveau des régions et districts ;</li> <li>• Insuffisance des moyens logistiques pour les supervisions et les stratégies avancées ;</li> <li>• L'insuffisance d'incinérateurs</li> </ul>

**Tableau n°15 (suite) : Résumé des forces et faiblesses du PEV**

	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<b>Surveillance épidémiologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un point focal surveillance à tous les niveaux.</li> <li>• Disponibilité des supports de notifications des maladies cibles et des maladies sous surveillance.</li> <li>• Réseau de surveillance épidémiologique fonctionnel dans tout le pays</li> <li>• Performance de la surveillance des PFA satisfaisante</li> <li>• Bonnes performances de la surveillance basée sur le cas de la rougeole, la fièvre jaune, le TMN</li> <li>• Surveillance des maladies à potentiel épidémique</li> <li>• Régularité des réunions tripartites PEV-Labo-OMS</li> <li>• Existence d'un laboratoire national pour la confirmation des cas de rougeole et fièvre jaune</li> </ul>	<p>Le manque de matériel informatique pour la gestion des données de surveillance dans la plupart des régions et districts sanitaires</p> <p>Insuffisance des directives sur la définition des cas dans certaines formations sanitaires</p> <p>Resurgence des cas de PVS dans les pays voisins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de zones insuffisamment visitées</li> </ul> <p>Persistance de quelques cas de TMN , rougeole et fièvre jaune dans certaines régions.</p> <p>Faible complétude et promptitude de toutes les données de la SMIR</p> <p>Faible capacité d'analyse locale des données</p>
<b>Mobilisation sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaissance de l'IEC dans le PNDS</li> <li>• Existence d'un Service National d'IEC et d'une unité de communication pour le PEV</li> <li>• Existence d'une cellule d'appui à la participation communautaire au niveau du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation</li> <li>• Prise en compte des activités de communication pour la vaccination dans le budget du programme PEV ;</li> <li>• Appui de la part de l'OMS et l'Unicef ainsi que les autres partenaires</li> <li>• Connaissance assez élevée de l'importance de la vaccination et des vaccins nécessaires pour l'enfant dans la communauté</li> <li>• Collaboration avec les autres ministères et secteurs connexes</li> <li>• Existence d'un réseau de relais communautaires qui participe aux activités PEV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'absence d'un plan intégré de communication pour le PEV ;</li> <li>• Absence d'une Politique Nationale d'IEC et des directives</li> <li>•</li> </ul> <p>-Absence de ressources humaines formées dans le domaine de la communication pour la santé (communication pour la vaccination)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible Communication en faveur du PEV dans les médias</li> <li>• Insuffisance de Formation, suivi, et évaluation des relais communautaires</li> </ul>
<b>Coordination/ Gestion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un Comité de Coordination Inter agences fonctionnel</li> <li>• Intégration du PEV avec le programme nutrition</li> <li>• Organisation de réunions trimestrielles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible intégration des activités avec d'autres intervenants (PALU, PCIME, MSR...)</li> <li>• Faible niveau d fonctionnement du CNC</li> <li>• Le financement du PEV reste fortement</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>de suivi et d'évaluation du programme</li> <li>• Existence des comités des experts et certification pour la Polio</li> <li>• Existence des instances de coordination fonctionnelles à tous les niveaux (Synthèse S/P, CTPS CTRS, CTC, Revue annuelle SSP)</li> <li>• Bonne collaboration avec les partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dépendant des ressources extérieures</li> <li>• La collaboration avec les structures privées, la société civile et les structures de médecine traditionnelle reste faible</li> <li>•</li> </ul>
<b>Développement de capacités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité d'une équipe nationale formée au cours inter pays MLM</li> <li>• Existence d'un réseau de superviseurs et points focaux PFA formés</li> <li>• Recrutements de nouveaux agents de santé</li> <li>• Existence d'enseignants de faculté et autres écoles formés en Vaccinologie et à l'introduction des modules PEV dans les curricula de formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le manque de formation des nouveaux agents sur la gestion du PEV ;</li> <li>• Le dernier cours MLM national remonte de 2008</li> <li>• Manque de formation des médecins chefs de CSS en Santé Publique</li> <li>• Non formation des agents nouvellement recrutés</li> <li>• Normes et Standards du PEV non valides par conséquent non vulgarisés</li> <li>• Non formation de l'équipe centrale MOB/SOC</li> <li>• Les modules du PEV non encore introduisent dans les curricula de formation</li> </ul>
<b><u>Supervision / Monitoring / Evaluation</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de quelques moyens logistiques pour la supervision.</li> <li>• La collecte, le monitoring et l'analyse avec retro-information se fait à tous les niveaux.</li> <li>• Existence au niveau national, régional et de district des outils informatiques permettant le traitement des données.</li> <li>• Existence d'un fichier de monitoring informatisé des données de vaccination au niveau des régions et districts.</li> <li>• Disponibilité des supports de collecte et On note cependant une.</li> <li>• Régularité de supervision à tous les niveaux</li> <li>• Existence d'un guide de supervision intégrée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance de la tenue des réunions trimestrielles de retro-information</li> <li>• Insuffisance de supervisions au niveau des régions et districts vers les Centres de santé ;</li> <li>• Le faible niveau de fonctionnement du réseau de surveillance des laboratoires</li> <li>• L'irrégularité des revues externes du PEV (la dernière est de 2000).</li> <li>• Insuffisance et vétusté des moyens de transport pour la supervision</li> <li>• l'interférence des activités des régions et districts par le niveau central</li> <li>• Ce matériel est insuffisant et vétuste au niveau central et opérationnel.</li> <li>• Faible utilisation du fichier informatisé des données à tous les niveaux</li> <li>• un retard de certains districts dans la transmission des rapports mensuels et de surveillance</li> </ul>
<b>Financement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un engagement du Gouvernement qui consacre une partie du BND pour l'achat des vaccins à travers l'initiative de l'indépendance vaccinale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le financement du PEV reste fortement dépendant du financement extérieur</li> <li>• La faible allocation des ressources en faveur de la santé par le budget de l'Etat ;</li> <li>• Le faible taux d'exécution du budget alloué à</li> </ul>

## Environnement externe

**Tableau n°** : Opportunités et Menaces du PEV

Domaines	Opportunités	Menaces
<b>Niveau National</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'engagement politique constant du Gouvernement et la forte implication des communautés dans la prise en charge de certaines dépenses de santé ;</li> <li>• La réforme amorcée du système de recouvrement des coûts et de l'approvisionnement en Médicaments Essentiels ;</li> <li>• La mise en place d'un Fonds de Garantie pour l'achat des vaccins et matériels de vaccination dans le cadre de l'initiative de l'indépendance vaccinale ;</li> <li>• L'organisation de la semaine santé de l'enfant (distribution Vitamine A, Mébendazole et rattrapage des enfants en PEV de routine) ;</li> <li>• Le programme de renforcement des services de santé (RSS/GAVI) ;</li> <li>• L'existence de comités nationaux de certification de l'éradication de la polio</li> <li>• La participation des partenaires au développement sanitaire</li> <li>• L'engagement politique constant du Gouvernement et la forte implication des communautés dans la prise en charge de certaines dépenses de santé ;</li> <li>• La réforme amorcée du système de recouvrement des coûts et de l'approvisionnement en Médicaments Essentiels ;</li> <li>• Paix retrouvée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les troubles socio-politiques ;</li> <li>• L'impact de la flambée du prix du carburant et de mauvaise qualité pour les activités opérationnelles ;</li> <li>• Le faible niveau d'exécution du budget de l'Etat pour la santé en général ;</li> <li>• Population cibles non maîtrisées ;</li> <li>• Faible couverture en électricité et coupures intempestives ;</li> <li>• Mauvais état de routes ;</li> <li>• Faible taux de décaissements des fonds alloués au système de santé dans les départements ;</li> <li>• L'instabilité institutionnelle du fait des changements fréquents des acteurs au niveau du département ministériel ;</li> <li>• La pauvreté.</li> </ul>
<b>Niveau Mondial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement GAVI et autres</li> <li>• Adoption de la Nouvelle Vision Stratégies Mondiale du PEV</li> <li>• Initiative PPTE , DRSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition d'autres fléaux prioritaires (HIV/SIDA, Grippe aviaire, etc....) et autres maladies émergentes</li> <li>• La persistance de la circulation du Poliovirus sauvage dans les pays voisins</li> <li>• Resurgence des épidémies de Polio et autres maladies évitables par la vaccination au niveau régional et sous régional</li> </ul>

**Tableau n°16** : Identification des problèmes et critères de priorité

Domaines	Problèmes listés par ordre de priorité	Priorité
<b>Prestation de service de vaccination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La faible proportion de structures privées qui vaccinent</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La faible utilisation des services de vaccinations par la communauté dans certains districts (26% de districts ont une couverture DTC3 &lt; 80% et 26 % de district ont un taux d'abandon &gt; 10% en 2010</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible promptitude des rapports mensuels de vaccination et de surveillance dans certaines DS</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'insuffisance de ressources humaines compétentes pour les services de vaccination t dans les zones rurales ;</li> </ul>	1
<b>Approvisionnement et qualité des vaccins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mauvaise gestion des vaccins à tous les niveaux</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible utilisation des outils informatisés de la gestion des vaccins et de la vaccination au niveau régional et de district</li> </ul>	3
<b>Logistique</b> <i>- Chaîne de froid</i> <i>- Sécurité des injections</i> <i>- Moyens de transport</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance des capacités de stockage au à tous les niveaux (niveau central, régional et périphérique) surtout avec l'introduction des nouveaux vaccins</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vétusté de certains matériels de CDF nécessitant un remplacement</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance du personnel formé en maintenance</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La vétusté des groupes électrogènes de relais à tous les niveaux</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'enregistreurs automatiques pour les réfrigérateurs</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence, d'alarme réfrigérant au niveau de la chaîne de froid centrale ;</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaînes de froid au niveau central, intermédiaire et périphérique ne répondant pas aux normes requises</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de pièces de rechanges des motos et réfrigérateurs</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'insuffisance de moyens de transport pour l'approvisionnement des vaccins et consommables au niveau des régions et districts</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance des incinérateurs pour la gestion des déchets</li> </ul>	3
<b>Surveillance épidémiologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible complétude et promptitude de toutes les données de la SMIR</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance des directives sur la définition des cas dans certaines formations sanitaires</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resurgence des cas de PVS dans les pays voisins</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance du matériel informatique pour la gestion des données de surveillance dans la plupart des régions et districts sanitaires</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistance de quelques cas de TMN , rougeole et fièvre jaune dans certaines régions.</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de zones insuffisamment visitées</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible capacité d'analyse locale des données</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le faible niveau de fonctionnement du réseau de surveillance des laboratoires</li> </ul>	2
<b>Mobilisation sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible mise en œuvre du plan intégré de communication pour le PEV ;</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de ressources humaines formées dans le domaine de la communication pour la santé (communication pour la vaccination)</li> </ul>	3

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance de Formation, suivi, et évaluation des relais communautaires</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• - Faible Communication en faveur du PEV dans les médias</li> </ul>	2
<b>Coordination/Gestion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La collaboration avec les structures privées, la société civile et les structures de médecine traditionnelle reste faible</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible intégration des activités avec d'autres intervenants (PALU, PCIME, MSR...)</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le financement du PEV reste fortement dépendant des ressources extérieures</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination inadéquate des activités des régions et districts par le niveau central</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	
<b>Développement de capacités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le manque de formation des nouveaux agents sur la gestion du PEV ;</li> <li>• Non formation de l'équipe centrale MOB/SOC</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non formation des agents nouvellement recrutés</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les modules du PEV non encore introduisent dans le curricula de formation</li> </ul>	3
<b>Supervision / Monitoring / Evaluation</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'irrégularité des supervisions au niveau des régions et districts vers les Centres de santé ;</li> <li>• Faible qualité des supervisions.</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance et vétusté des moyens de transport pour la supervision</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'irrégularité des revues externes du PEV (la dernière est de 2000).</li> <li>• Faible utilisation du fichier informatisé des données à tous les niveaux pour le monitoring</li> </ul>	3
<b>Financement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le financement du PEV reste fortement dépendant de l'extérieur</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La faible allocation des ressources en faveur de la santé par le budget de l'Etat ;</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le faible taux d'exécution du budget alloué</li> </ul>	2

**Critères de priorisation**

1. Vise directement l'augmentation de la couverture vaccinale
2. Concourt indirectement à l'augmentation de la couverture vaccinale
3. Vise l'amélioration de la qualité du système de vaccination
4. Vise le contrôle de la maladie

**Tableau n°17** : Priorités nationales, objectifs et étapes du programme

Description des problèmes	Objectifs du programme	Etapes du programme	Buts régionaux et mondiaux (d'ici 2010)	Ordre de priorité
31% des districts ont une couverture vaccinale DTCP3>=90% et la CV nationale est de 90% , tandis que 39% des CSS ont une CV en VAR>=80% et la Cv nationale en VAR est de 94%	D'ici 2015, la CV en DTC3-Hepb3/Hib au niveau national est maintenue à au moins 90%	2011 : 90% de CV en DTC3-Hepb3/Hib3 2012 : 92% de CV en DTC3-Hepb3/Hib3 2013 : 95% de CV en DTC3-Hepb3/Hib3 2014 : 95% de CV en DTC3-Hepb3/Hib3 2015 : 95% de CV en DTC3-Hepb3/Hib3	Au plus tard en 2010 tous les pays ont une CV de la vaccination de routine d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts D'ici 2012 tous les pays ont une CV de 90% au VAR dans 80% des CSS	1
	D'ici 2015 la CV en VAR est maintenue au niveau national à au moins de 90%	2011: 94% de CV en VAR 2012 : 95% de CV en VAR 2013 : 95% de CV en VAR 2014: 95% de CV en VAR 2015 : 95% de CV en VAR		
	D'ici 2015, 90% des districts sanitaires ont des CV >=90% pour tous les antigènes	2011 : Au moins 50% des DS 2012 : Au moins 60% des DS 2013 : Au moins 75% des DS 2014 : Au moins 85% des DS 2015 : Au moins 90% des DS		
En 2010 26% des DS ont un taux d'abandon DTC1/DTC3>10	D'ici 2015, 90% des districts ont les taux d'abandon DTC1-HepB1/Hib1-DTC3 – HepB3/Hib3< 10% et BCG/VAR<10%	2011 :70% des DS 2012 :75% des DS 2013 :80% des DS 2014 :85% des DS 2015 :: 90% des DS	Réduire les taux d'abandon DTC1/ DTC3 et BCG/VAR à moins de 10%	1
Introduction des nouveaux vaccins	D'ici fin 2012 introduire dans 100% de DS les vaccins contre le pneumocoque D'ici fin 2013 introduire dans 100% des DS le vaccin anti rotavirus dans le PEV de routine	2012 : introduction pneumo 2013 : introduction rotavirus		1
-Capacité de stockage de vaccins insuffisante à tous les niveaux prélude à l'introduction des nouveaux vaccins	D'ici fin 2012 le niveau central, les DRS et 100% des DS sont dotés en nouveaux matériel de CDF et fonctionnent	2011 : 80% au niveau central 63% des DRS /DS 2012 : 100% au niveau central 2013-2015 : 36% au niveau DRS et DS		1
Taux de perte en vaccins élevés	D'ici 2015, réduire les taux de perte des antigènes :	Antigènes 2011 2012 2013 2014 2015 BCG 35% 30% 25%	Réduire le taux de perte de tous	1

par rapport aux objectifs régionaux	BCG : 32 à 25% Polio : 14 à 10% DTC-HepB+Hib : 21 à 5% VAR : 15 à 10% VAA : 20 à 10% VAT : 10% PCV 13 Rotavirus	25% 25% VPO 10% 10% 10% 10% 10% DTC-HepB+Hib 5% 5% 5% 5% 5% VAR 15% 15% 10% 10% 10% VAA 11% 10% 10% 10% 10% VAT 16% 10% 10% 10% 10% PCV 13 NA 5% 5% 5% 5% ROTAVIRUS NA NA 5% 5% 5%	les antigènes selon les normes recommandées	
Résurgence des PVS	D'ici fin 2011 arrêter la circulation du PVS et maintenir l'interruption de la circulation de la polio et réaliser le processus de certification	De <b>2011 à 2015</b> , aucun cas de poliovirus sauvage n'est isolé	Eradiquer la polio	1
Résurgence des cas de rougeole	D'ici fin 2015, réduire de 95% la mortalité due à la rougeole	D'ici fin <b>2015</b> , atteindre le niveau de pré élimination de la rougeole ( taux d'investigation non rougeoleux de 2 pour 100 000 habitants, 80% des CSS ont notifié au moins 1 cas suspect de rougeole)	Eliminer la rougeole	1
Persistance de quelques cas de TMN	D'ici 2015, réduire le nombre de cas de TMN dans 100% de CSS	<b>2011 à 2015</b> : 100% de districts avec un taux de TMN < 1 cas pour 1000 NV	Eliminer le TMN	2
Faiblesse dans la surveillance de la fièvre jaune	D'ici 2011, Maintenir l'absence de circulation du virus de la fièvre jaune au Congo	De <b>2011 à 2015</b> , n'isoler aucun cas de fièvre jaune	Eliminer la fièvre jaune	3
Dépendance de financement par les partenaires	D'ici 2015, accroître le financement national pour les activités de vaccination	De <b>2011 à 2015</b> le budget alloué aux activités de vaccination a augmenté de 30%	Assurer la pérennité financière pour la vaccination	1



### III. Objectifs :

#### 3.1. Objectif général :

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

#### 3.2. Objectifs spécifiques du Programme de vaccination

##### En matière de couverture vaccinale

- D'ici 2011, atteindre les couvertures vaccinales selon les projections reprises dans le tableau ci-après

Tableau 18 : Objectifs nationaux de Couverture Vaccinale de 2011 à 2015 par antigène

Antigènes	Objectifs de la Couverture Vaccinale				
	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)
<b>Vaccination de Routine</b>					
BCG	95%	95%	95%	95%	95%
Rougeole	94%	95%	95%	95%	95%
VPO (3)	92%	95 %	95 %	95 %	95 %
VAT2+ -	80%	85%	88%	90%	90%
<b>Vaccins sous-utilisés</b>					
DTC-HepB-Hib (3)	92%	95%	95%	95%	95%
VAA	90%	90%	90%	90%	90%
<b>Nouveaux vaccins</b>					
PCV-13		90 %	95%	95%	95%
Rotavirus			90%	95%	95%

Activités de vaccination supplémentaires	2011	2012	2013	2014	2015
Polio	-	-	-	-	-
Rougeole	-	-	100%	-	-
Fièvre jaune	-	100%	-	-	-
Tétanos néonatal	-	-	-	-	-
Vitamine A	100%	100%	100%	100%	100%
Mebendazole	100%	100%	100%	100%	100%

- D'ici fin 2015, 100% des districts sanitaires ont des couvertures vaccinales en DTCP3-HepB-Hib et VAR supérieur à 90%
- D'ici 2015, 100% des districts sanitaires ont des taux d'abandon DTC1/DTC3 < 10% et BCG/VAR < 10%

##### En matière d'introduction de nouveaux vaccins

- D'ici fin 2012, introduire le vaccin antipneumococcique dans le PEV de routine
- D'ici fin 2013, introduire le vaccin anti-rotavirus dans le PEV de routine
- D'ici fin 2012 doter toutes les structures de vaccination en matériel de chaîne de froid recommandé

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

- Interrompre la circulation du PVS à tout prix d'ici fin juin 2011 par des AVS de qualité et maintenir l'interruption de la circulation du polio
- D'ici 2015 éliminer le TMN dans 100% des districts de santé
- Réduire de 95% la mortalité due à la rougeole d'ici 2015
- D'ici 2015 arrêter la circulation du virus de la fièvre jaune

#### **Assurer une bonne mise en œuvre du Programme**

- D'ici 2015, accroître le financement national pour les activités de vaccination de sorte à réduire complètement la dépendance du PEV du financement extérieur

#### **IV. Axes stratégiques :**

La mise en œuvre du PPAC 2011-2015 s'articulera autour des axes stratégiques suivants :

- Développement d'un environnement institutionnel et financier durable et varié pour la gestion du Programme
- Renforcement de la performance du programme
- Renforcement de la logistique du programme
- Renforcement de la surveillance et le contrôle des maladies
- Renforcement de la communication et la mobilisation sociale en faveur du PEV
- Introduction des nouveaux vaccins
- Renforcement de l'approvisionnement en vaccins de qualité
- Renforcement de la sécurité des injections

#### **V. Principales activités et leurs indicateurs :**

- Les principales activités relatives aux différents axes stratégiques seront détaillées dans les plans annuels de mise en œuvre. Ce sont :
- 6.1. Développement d'un environnement institutionnel et financier durable et varié pour la gestion du programme
- Elaborer à temps un budget annuel prenant en compte les besoins du secteur PEV.
- Organiser des réunions périodiques avec les partenaires
- Mettre en place les mutuelles de santé au niveau des centres de santé
- Développer les compétences des agents en procédures de gestion du programme
- Pourvoir tous les postes à tous les niveaux du programme
- Indicateurs/sources de vérification
- Budgets annuels disponibles à temps
- Procès verbaux de réunions avec les partenaires
- % de CS ayant une convention avec une mutuelle de santé
- Nombre d'agents formés en procédures de gestion
- Nombre de structures avec un cadre organique meublé.

##### **5.1. Renforcement de la performance du programme**

- Mettre en œuvre l'approche ACD dans tous les districts ;
- Assurer les formation/recyclages des agents en gestion du PEV ;
- Apporter un appui spécifique aux districts à faible couverture vaccinale ;
- Assurer la disponibilité permanente des vaccins et outils de gestion ;
- Assurer les supervisions régulières des structures sanitaires à tous les niveaux ;
- Améliorer la qualité des données par l'introduction du DQS à tous les niveaux.

**Indicateurs/sources de vérification :**

- % de districts sanitaires avec CV DTC3 >80% ;
- Nombre d'agents formes/recycles en gestion du PEV ;
- % de district a faible taux de couvertures performants ;
- Nombre de CS sans rupture de vaccins et Outils de Gestion ;
- Nombre de supervisions réalisées ;
- Taux de complétude et promptitude à 100%

**5.2. Renforcement de l'approvisionnement en vaccins et la logistique du PEV**

- Mettre en œuvre le plan de renouvellement de la logistique du PEV et les recommandations de l'EGEV;
- Assurer la maintenance régulière des équipements ;
- Acquérir 3 chambres froides positives au niveau central dont 2 dans l'immédiat
- Doter toutes les CDF en outil électronique de relevé des T°;
- Former/recycler les agents de maintenance en gestion de la chaîne de froid.
- Améliorer la gestion des stocks de vaccins, matériels de vaccination et outils de gestion A

**Indicateurs/sources de vérification :**

- % de structures disposant d'une logistique adéquate ;
- Fiches de réparation/maintenance disponible ;
- Nombre d'agents de maintenance formés/recyclés ;
- Chambre froide du niveau central disponible
- Disponibilité des thermomètres électriques.
- Monitoring des taux de perte

**5.3. Renforcement de la surveillance et du contrôle des maladies**

- Renforcer la surveillance intégrée à tous les niveaux ;
- Renforcer la fonctionnalité du réseau des laboratoires de surveillance épidémiologique ;
- Organiser les réunions trimestrielles de surveillance ;
- Assurer régulièrement la rétro information à tous les niveaux ;
- Utiliser les données de surveillance pour guider l'action.
- Renforcer la surveillance des MAPI

**Indicateurs/sources de vérification :**

- Nombre de districts performants en surveillance des PFA, rougeole, TMN et FJ ;
- Nombre de bulletins épidémiologiques produits ;
- Nombre de réunions trimestrielles organisées ;
- Proportion de DS ayant notifié au moins un cas de MAPI

**5.4. Renforcement de la communication et mobilisation sociale en faveur du PEV :**

- Elaborer le plan intégré de communication pour le PEV ;
- Mettre en œuvre le Plan intégré du PEV ;
- Assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur du PEV.

**Indicateurs/sources de vérification :**

- Disponibilité du PIC
- % de ressources mobilisées pour le PEV.

**5.5. Introduction du nouveau vaccin :**

- Elaborer et soumettre la requête à GAVI Alliance
- Augmenter la capacité de stockage de la chaîne de froid pour garder les nouveaux vaccins ;
- Assurer la formation en cascade des agents pour l'introduction du nouveau vaccin;
- Réviser les outils de gestion ;
- Assurer la mobilisation en faveur du nouveau vaccin.
- Superviser les activités d'introduction du nouveau vaccin.

- Organiser une évaluation post-introduction des nouveaux vaccins

**Indicateurs/sources de vérification :**

- Requête soumise a GAVI
- Capacité de stockage augmentée ;
- Capacité des agents renforcée ;
- Outils de gestion révisés
- Rapport de supervision d'introduction disponible.
- Disponibilité des rapports d'évaluation post-introduction

**5.6. Renforcement de la sécurité des injections**

- Assurer la formation du personnel
- Construire les incinérateurs dans chaque région
- Renforcement du suivi et évaluation des activités du programme
- Elaborer une grille pour le suivi des activités à chaque niveau
- Organiser une réunion d'évaluation à mi-parcours chaque 6 mois
- Tenir trimestriellement la réunion du CCIA
- Appuyer les supervisions formatives à tous les niveaux

**Indicateurs/sources de vérification :**

- Disponibilité de la grille à tous les niveaux
- % des activités mises en œuvre semestriellement par rapport à celles planifiées
- Nbre de réunions du CCIA tenues
- % de supervisions e qualités à chaque niveau

**5.7. Développement des capacités/ supervision et évaluation**

- Organiser le cours MLM au niveau national, régional et district
- Organiser les formations en cascade sur la gestion des vaccins et maintenance à tous les niveaux
- Organiser trimestriellement des réunions du PEV et de la surveillance
- Réaliser régulièrement des supervisions de qualité à tous les niveaux
- Organiser une revue du PEV

**Indicateurs :**

- Nombre de cours MLM organisés ( disponibilité des rapports)
- Nbre d'agents formés par district sur la gestion des vaccins et maintenance
- Nombre de réunions tenues
- % des structures sanitaires avec des ruptures et ou des vaccins virés
- Disponibilité du rapport de la revue

**5.8. Renforcement du contrôle accélérée de la maladie**

**Activités**

- Organisation des activités supplémentaires de vaccination intégrée avec d'autres interventions

**Indicateurs :**

- % de réduction des cas de maladie évitables par la vaccination
- Disponibilité des rapports de campagne

## VI ANALYSE FINANCIERE

### 6.1 Coût et financement de l'année de base (2010) :

Le coût du programme pour l'année de base s'est élevé à la somme de \$US 16 480 166. Le tableau suivant indique la composition de ce coût par nature de dépenses.

Catégorie de coût	Besoins en Ressources US\$
<b>Coûts récurrents courants</b>	
Vaccin de base	
Traditionnel	\$ 700 233
Sous-utilisés	\$ 4 891 027
Nouveaux	\$ -
Matériels d'Injections	\$ 312 601
Personnel	
Salaires du personnel existant (vaccination spécifique)	\$ 576 254
Per-diems pour la stratégie avancée/mobile	\$ 73 632
Per-diems pour la surveillance et le monitoring	\$ 450 928
Transport	
Stratégie fixe et livraison des vaccins	\$ 72 557
Stratégie avancée et Stratégie mobile	\$ 58 046
Entretien et général	
Entretien de la Chaîne du Froid	\$ 537 717
Entretien d'autres équipements	\$ 31 875
Bâtiments (l'électricité, l'eau...)	\$ 142 650
Formation à court terme	\$ -
Mobilisation sociale et IEC	\$ -
Contrôle et surveillance des maladies	\$ 170 000
Gestion du programme	\$ -
Autres coûts récurrents	\$ 54 000
<b>Sous Total des Coûts Récurrents</b>	<b>\$ 8 071 519</b>
<b>Coût en Capital</b>	
Véhicules	\$ 30 000
Équipement de la Chaîne du froid	\$ 53 388
Autres coûts de capital	\$ -
<b>Sous Total des Coûts Récurrents</b>	<b>\$ 83 388</b>
<b>Campagnes de Vaccination</b>	
Polio	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 3 522 015
Coûts opérationnels	\$ 2 892 674
Rougeole	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ -
Coûts opérationnels	\$ -
TT	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ -
Coûts opérationnels	\$ -
Distribution de vitamine A	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 29 425
Coûts opérationnels	\$ 46 500
Distribution de mebendazole	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 23 078
Coûts opérationnels	\$ -
Fièvre jaune	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 709 594
Coûts opérationnels	\$ 215 069
Spécifiez la campagne dans le tableau 0.0	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ -
Coûts opérationnels	\$ -
Spécifiez la campagne dans le tableau 0.0, Spécifiez la campagne dans le tableau 0.0, Spécifiez la campagne dans le tableau 0.0	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ -
Coûts opérationnels	\$ -
<b>Sous Total des Coûts en Campagne</b>	<b>\$ 7 438 356</b>
<b>Coûts partagés</b>	

Coûts partagés de personnel	\$	723 812
Coûts partagés de transport	\$	163 092
Bâtiments	\$	-
<b>Subtotal Optional</b>	<b>\$</b>	<b>886 904</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$</b>	<b>16 480 166</b>
<b>Services de Routine</b>	<b>\$</b>	<b>9 041 811</b>
<b>Campagnes de Vaccination</b>	<b>\$</b>	<b>7 438 356</b>

Ce tableau montre que le coût de l'année de base (2010) est constitué des dépenses de vaccination de routine pour \$US 9 480 811 et des dépenses des campagnes de vaccination pour \$US 7 438 356, soit respectivement 55% et 45% du coût total. Les coûts récurrents qui valent \$US 8 071 519 comprennent les coûts des vaccins et matériel d'injection pour \$US 5 903 861. Ces éléments représentent respectivement 49% et 36% du coût de l'année de base.

En excluant les coûts partagés, les dépenses par habitant se chiffrent à \$US 0,8 tandis que le coût par enfant vacciné au DTC3 est de \$US 21,3 sur lesquels les ressources internes représentent 18%.

Le tableau ci-dessous illustre cette situation.

#### Indicateurs pour l'année de base 2010

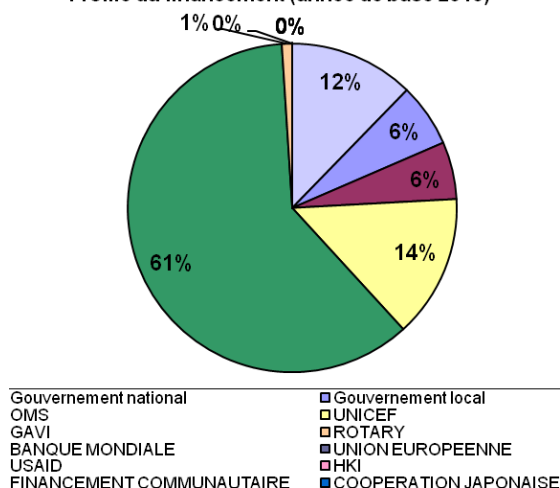
Indicateur pour l'année de référence	2010
Dépenses Total en Vaccination	\$15 593 262
Campagnes de vaccination	\$7 438 356
Vaccination de routine	\$8 154 907
par habitant	\$0,8
par enfant DTC3	\$21,3
% vaccine et matériel d'injection	72,4%
% financement du gouvernement	18,7%
% dépenses totales de santé	7,7%
% dépenses totales de santé du Gouvernement	87,0%
% PIB	0,18%
Total des coûts partagés	
% des coûts partagés dans le total	
TOTAL	\$15 593 262

L'identification des sources de financement du programme de vaccination indique que l'Alliance pour l'immunisation et la Vaccination GAVI apporte 61% des ressources. Elle est suivie par l'UNICEF avec 14% et le Gouvernement National à travers le budget National de Développement avec 12%. Ensuite viennent à égalité l'OMS et le Gouvernement local à travers le recouvrement de coûts pour 6% du financement total chacun.

L'importance du financement de GAVI découle de l'introduction du pentavalent DTC-Hep-Hib en 2008. Il est intéressant de noter que l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale n'a pas bien fonctionné durant la période d'exception que le pays a connue en 2009 et 2010. Par ailleurs, il faut signaler que certains contributeurs n'ont pas été nettement identifiés en tant que tels car, leurs apports passent soit par l'UNICEF, soit par l'OMS qui constituent des agences de collecte et d'exécution de ces contributeurs.

Le graphique ci-dessous montre les contributions des différentes sources au financement de l'immunisation en 2010, année de base.

Profile du financement (année de base 2010)



## 6.2 Projection des besoins en ressources et analyse du financement :

### 6.2.1 Détermination des besoins en ressources passés et futurs :

Il n'est pas aisé de déterminer les coûts spécifiques du programme de vaccination à l'exception des coûts directs (vaccins, consommables et matériel de la chaîne de froid) en raison de son intégration dans les soins de santé primaires et médicaments essentiels (PEV/SSP/ME).

La détermination des besoins en ressources a été faite sur la base des informations collectées pour l'année 2010 en prenant en compte les coûts partagés. La projection des besoins matériels et humains (infrastructures, équipements, logistiques), des objectifs de couverture vaccinale et des taux de perte (vaccins de routine, vaccins nouveaux ou sous-utilisés, vaccins de campagne) a permis de déterminer les besoins en ressources du programme pour la période 2011-2015. Cet exercice a été réalisé à travers la maquette de saisie des données. Il est important de signaler que l'on a utilisé les recommandations formulées dans la maquette dans tous les cas où les données n'étaient pas disponibles. Il s'agit par exemple des coûts de vaccins, des frais de maintenance des infrastructures, des équipements et de la logistique, des taux d'inflation.

Le financement de la santé est assuré par trois sources, à savoir :

- Le budget de l'Etat,
- Les communautés à travers le recouvrement de coûts,
- Les partenaires.

L'intégration du programme élargi de vaccination aux soins de santé primaire et médicaments essentiels fait supporter les dépenses de la vaccination par les sources indiquées ci-dessus.

En ce qui concerne les partenaires et comme il a été précisé plus haut, il est important de rappeler que dans le cadre de cet exercice, il n'a pas été possible d'individualiser les contributions effectives de certains d'entre eux. En effet, les apports financiers de ceux-ci passent soit par l'OMS, soit par l'UNICEF. Ces deux institutions collectent les ressources et deviennent ainsi des agents d'exécution. Cette précision est valable tant pour les financements passés que pour ceux futurs. Ainsi, les partenaires intéressés n'apparaissent pas dans l'analyse des financements pour les valeurs qu'ils ont réellement apportées ou qu'ils comptent apporter à la Guinée pour soutenir la vaccination dans le pays.

### 6.2.2 Projection des besoins en ressources 2011-2015 :

Les besoins en ressources du programme pour les cinq prochaines années se chiffrent à la somme de \$US 143 277 911 pour ce plan quinquennal 2011-2015. Les détails de ces besoins sont présentés dans le tableau ci-après.

Le tableau suivant donne les détails de cette situation.

Catégorie de coût	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011 - 2015	
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
<b>Coûts récurrents courants</b>							
Vaccin de base	\$6 646 983	\$15 720 586	\$15 867 926	\$29 765 437	\$33 531 255	\$101 532 188	
Traditionnel	\$857 704	\$970 739	\$1 055 675	\$1 184 270	\$1 317 167	\$5 385 554	
Sous-utilisés	\$5 789 280	\$6 627 146	\$7 324 108	\$8 151 219	\$9 076 110	\$36 967 862	
Nouveaux		\$8 122 702	\$7 488 144	\$20 429 948	\$23 137 979	\$59 178 772	
Matériels d'Injections	\$362 037	\$549 426	\$616 940	\$696 638	\$777 617	\$3 002 658	
Personnel	\$1 193 385	\$1 290 649	\$1 398 051	\$1 512 883	\$1 637 141	\$7 032 110	
Salaires du personnel existant (vaccination spécifique)	\$623 776	\$673 678	\$727 573	\$785 779	\$848 641	\$3 659 447	
Perdiems pour la stratégie avancée/mobile	\$79 522	\$85 884	\$92 755	\$100 175	\$108 189	\$466 526	
Perdiems pour la surveillance et le monitoring	\$490 086	\$531 086	\$577 724	\$626 930	\$680 311	\$2 906 137	
Transport	\$231 693	\$280 159	\$308 117	\$325 680	\$211 255	\$1 356 903	
Stratégie fixe et livraison des vaccins	\$128 718	\$155 644	\$171 176	\$180 933	\$117 364	\$753 835	
Stratégie avancée	\$77 231	\$93 386	\$102 706	\$108 560	\$70 418	\$452 301	
Stratégie mobile	\$25 744	\$31 129	\$34 235	\$36 187	\$23 473	\$150 767	
Entretien et général	\$872 648	\$985 193	\$1 039 227	\$1 086 845	\$549 821	\$4 533 735	
Entretien de la Chaîne du Froid	\$657 428	\$742 832	\$786 341	\$823 111	\$274 905	\$3 284 617	
Entretien d'autres équipements	\$69 717	\$93 948	\$101 505	\$109 326	\$117 419	\$491 914	
Bâtiments (l'électricité, l'eau...)	\$145 503	\$148 413	\$151 381	\$154 409	\$157 497	\$757 203	
Formation à court terme							
Mobilisation sociale et IEC	\$15 300	\$31 212	\$31 836	\$21 649	\$16 561	\$116 558	
Contrôle et surveillance des maladies	\$190 740	\$214 010	\$240 120	\$269 414	\$302 283	\$1 216 567	
Gestion du programme							
Autres coûts récurrents	\$93 400	\$65 340	\$71 874	\$79 061	\$86 859	\$396 534	
<b>Sous Total des Coûts Récurrents</b>	<b>\$9 606 186</b>	<b>\$19 136 576</b>	<b>\$19 574 091</b>	<b>\$33 757 607</b>	<b>\$37 112 793</b>	<b>\$119 187 253</b>	
<b>Coût en Capital</b>							
Véhicules	\$362 100	\$140 454	\$63 672	\$32 473	\$66 245	\$664 944	
Équipement de la Chaîne du froid	\$852 312	\$945 724	\$382 035	\$280 566	\$386 870	\$2 847 507	
Autres coûts de capital	\$181 050	\$144 616	\$100 815	\$102 831	\$104 888	\$634 199	
<b>Sous Total des Coûts Récurrents</b>	<b>\$1 395 462</b>	<b>\$1 230 793</b>	<b>\$546 522</b>	<b>\$415 870</b>	<b>\$558 002</b>	<b>\$4 146 650</b>	
<b>Campagnes de Vaccination</b>							
Polio	\$2 491 688	\$1 715 920	\$1 772 735	\$1 831 797	\$1 893 360	\$9 705 500	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$1 129 897	\$789 903	\$828 195	\$868 368	\$910 664	\$4 527 027	
Coûts opérationnels	\$1 361 791	\$926 017	\$944 540	\$963 429	\$982 696	\$5 178 473	
Rougeole		\$837 266			\$965 470	\$1 802 737	
Vaccins et Matériel d'Injection		\$837 266			\$965 470	\$1 802 737	
Coûts opérationnels							
TT	\$77 208					\$77 208	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$77 208					\$77 208	
Coûts opérationnels							
Distribution de vitamine A	\$267 254	\$274 716	\$282 412	\$290 342	\$298 480	\$1 413 204	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$267 254	\$274 716	\$282 412	\$290 342	\$298 480	\$1 413 204	
Coûts opérationnels							
Distribution de mebendazole	\$94 744	\$97 396	\$100 126	\$102 934	\$105 820	\$501 020	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$94 744	\$97 396	\$100 126	\$102 934	\$105 820	\$501 020	
Coûts opérationnels							
Fièvre jaune							
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
<b>Sous Total des Coûts en Campagne</b>	<b>\$2 930 894</b>	<b>\$2 925 298</b>	<b>\$2 155 273</b>	<b>\$2 225 073</b>	<b>\$3 263 130</b>	<b>\$13 499 669</b>	
<b>Coûts partagés</b>							
Coûts partagés de personnel	\$785 345	\$851 470	\$927 218	\$1 006 889	\$1 093 374	\$4 664 296	
Coûts partagés de transport	\$166 354	\$169 681	\$173 075	\$176 537	\$180 067	\$865 714	
Bâtiments	\$132 600	\$139 414	\$270 608	\$184 013	\$187 694	\$914 329	
<b>Subtotal</b>	<b>\$1 084 299</b>	<b>\$1 160 565</b>	<b>\$1 370 901</b>	<b>\$1 367 439</b>	<b>\$1 461 135</b>	<b>\$6 444 339</b>	
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$15 016 842</b>	<b>\$24 453 232</b>	<b>\$23 646 787</b>	<b>\$37 765 989</b>	<b>\$42 395 060</b>	<b>\$143 277 911</b>	
Vaccination de Routine	\$12 085 948	\$21 527 934	\$21 491 514	\$35 540 916	\$39 131 930	\$129 778 242	
Campagnes de Vaccination	\$2 930 894	\$2 925 298	\$2 155 273	\$2 225 073	\$3 263 130	\$13 499 669	



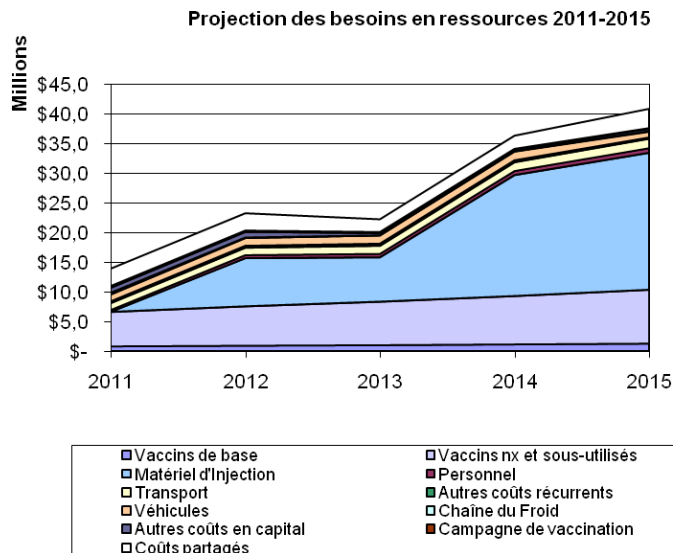
Le tableau suivant indique la part de certains éléments des besoins quinquennaux.

**Parts relatives de quelques éléments de coûts des besoins quinquennaux**

Rubriques	Montant (\$US)	Montant/Total (%)
Vaccination de routine	129 778 242	91
Campagnes de vaccination	13 499 669	9
Vaccins et matériel d'injection	104 534 846	73
Vaccins sous-utilisés et vaccins nouveaux	96 146 634	67
Coûts récurrents	119 187 253	83

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution des besoins au cours des 5 prochaines années. Il indique que les besoins en ressources de 2011 sont en baisse de 9% par rapport à l'année de base, 2010. Cette baisse peut s'expliquer par la réduction du nombre de campagnes de vaccination dont le coût est passé de \$US 7 438 356 à \$US 2 930 894 en 2011 entraînant une diminution d'environ 60% contre une augmentation de 34% du coût de la vaccination de routine.

Les besoins en ressources s'accroissent sensiblement au cours de la période à l'exception de celle de 2012-2013 où l'on constate une baisse de 3%. La hausse la plus importante en valeur relative se remarque en 2012 où l'accroissement est d'environ 63% entre 2011 et 2012. Cette situation peut s'expliquer par l'introduction du PCV 13 en 2012. En 2014, l'on enregistre un bond des besoins de 60% par rapport à 2013, année d'introduction du Rotavirus. L'évolution du coût des campagnes de vaccination reste timide durant toute la période. De même, par rapport au coût total, les dépenses récurrentes doublent entre 2011 et 2012. Elles restent pratiquement constantes de 2012 à 2013 pour ensuite enregistrer une augmentation de 72% en 2014.



### 6.3 Financement du programme pour la période 2011-2015 :

L'appréciation du financement du plan a été faite en fonction de deux types de risque pour déterminer la part du financement assuré et celle des contributions financières probablement attendus des bailleurs de fonds de la vaccination.

Les financements assurés sont ceux qui sont consacrés par un accord signé par le contributeur et le bénéficiaire tandis que les financements probables sont tirés de l'expérience tirée de la tradition de l'intervention future du partenaire.

Par exemple, les financements des partenaires traditionnels que sont l'OMS et l'UNICEF sont considérés probables à partir de l'année 2012 car leurs plans de Coopération avec le pays prennent fin en 2011 bien que cette date n'est certainement pas la remise en cause de leurs contributions au financement des volets de leurs domaines de compétence. En tout état de cause, le risque 2 qui correspond au financement probable a été attribué à leurs apports probables à partir de l'année 2012 inclusivement.

Concernant les vaccins nouveaux ou sous – utilisés par exemple, par le cofinancement, l'Etat et GAVI s'engagent à l'acceptation de la requête à assurer chacun sa part de financement pour l'achat des vaccins et du matériel d'injection. Par contre, l'obtention de certains volets de financement avec GAVI est subordonnée à la performance du programme par l'atteinte des résultats. L'application de cette méthodologie pour la détermination de l'échelle de risque a permis de faire la part du financement assuré et du financement probable.

#### 6.3.1 Financement assuré :

La part du financement assuré obtenue à partir de la méthodologie décrite plus haut s'élève à \$US 117 367 348 correspondant à 86% des besoins de vaccination qui s'élèvent à \$US 136 833 571.

Le financement assuré est présenté dans le tableau ci-après :

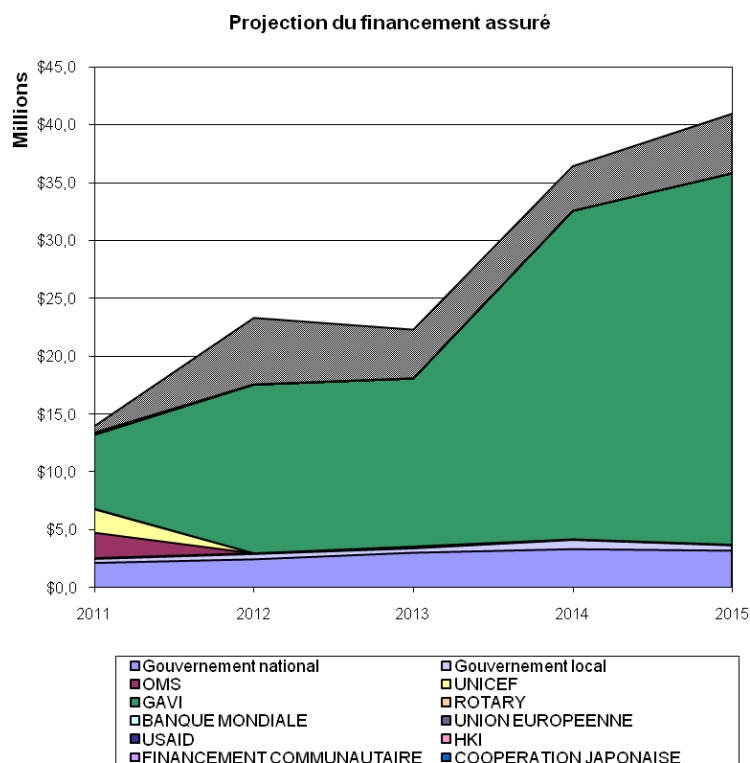
**Tableau des besoins en ressources et du financement assuré**

Besoins en ressources, Financement et Ecart	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011 - 2015
<b>Besoins en Ressources</b>	<b>\$13 932 542</b>	<b>\$23 292 667</b>	<b>\$22 275 886</b>	<b>\$36 398 550</b>	<b>\$40 933 926</b>	<b>\$136 833 571</b>
<b>Besoins en Ressources (Vaccination de Routine)</b>	<b>\$11 001 648</b>	<b>\$20 367 369</b>	<b>\$20 120 613</b>	<b>\$34 173 477</b>	<b>\$37 670 795</b>	<b>\$123 333 903</b>
par habitant	\$1,0	\$1,8	\$1,7	\$2,8	\$3,0	\$2,1
par enfant DTC3	\$27,2	\$47,4	\$45,4	\$74,8	\$79,9	\$55,9
<b>Total du Financement Assuré</b>	<b>\$13 381 700</b>	<b>\$17 552 998</b>	<b>\$18 078 874</b>	<b>\$32 552 973</b>	<b>\$35 800 803</b>	<b>\$117 367 348</b>
Gouvernement National	\$2 175 307	\$2 486 847	\$3 053 027	\$3 364 434	\$3 228 383	\$14 307 998
Gouvernement Local	\$345 972	\$460 894	\$378 412	\$792 282	\$460 792	\$2 438 352
OMS	\$2 229 455					\$2 229 455
UNICEF	\$2 044 259		\$100 126			\$2 144 385
GAVI	\$6 412 707	\$14 605 257	\$14 547 309	\$28 396 257	\$32 111 628	\$96 073 158
ROTARY CLUB INTERNATIONAL	\$30 000					\$30 000
COOPERATION JAPONAISE	\$144 000					\$144 000
<b>Écart Financier (Fin. Assuré)</b>	<b>\$550 842</b>	<b>\$5 739 669</b>	<b>\$4 197 012</b>	<b>\$3 845 577</b>	<b>\$5 133 123</b>	<b>\$19 466 223</b>

Ce tableau illustré par le graphique ci-dessus peut appeler les commentaires suivants :

1. GAVI apparaît comme le premier financeur du PEV durant toute la période couverte par le plan. Sa part représente plus de 82% du financement assuré et 67% du coût total du plan. Sa contribution porte essentiellement sur son domaine de compétence, les vaccins sous-utilisés, les vaccins nouveaux et les matériels d'injection. L'on peut remarquer que son apport augmente d'année en année tant que durera son soutien au financement de la vaccination. Il faut noter que l'on a tenu du volet de GAVI Renforcement du Système de Santé (GAVI/RSS) qui intervient dans la fourniture de la logistique de transport aux districts et de la chaîne de froid aux centres de santé dans la zone d'intervention
2. Le Gouvernement national (l'Etat) occupe la deuxième place avec 12% du financement assuré et 10% du coût total. Cette situation est conditionnée au respect de l'engagement découlant de la signature de l'Accord d'adhésion de la Guinée à l'Initiative de l'indépendance vaccinale. Par cet Accord l'Etat s'engage à satisfaire aux besoins en vaccination de routine. Il assure par ailleurs le paiement du cofinancement et des salaires de tous les employés à tous les niveaux. L'apport du Gouvernement intègre le cofinancement des vaccins sous-utilisés et des vaccins nouveaux.
3. En tenant compte de la contribution du gouvernement local par l'utilisation des fonds issus du recouvrement des coûts en faveur de la vaccination (stratégie avancée, fonctionnement de la chaîne de froid des centres de santé,...), la contribution des ressources internes représente 14% du coût total de la période et un peu moins de la période de 12 du financement assuré.
4. Les apports de l'UNICEF et de l'OMS sont approximativement égaux et représentent chacun 2% du financement assuré contre respectivement 2% et 1% du coût total.

Cette situation est illustrée par le graphique suivant :



### 6.3.2 Financement probable :

L'écart entre les besoins en ressources et le financement assuré qui est dégagé dans le tableau précédent est de \$US 19 466 226, soit 16% de l'ensemble des besoins en ressources. Sur la base des critères définis plus haut pour déterminer le niveau de risque financier, il sera probablement couvert par les différents intervenants dans le financement du programme. Cet écart est surtout important en valeur relative en 2012, année au cours de laquelle il est prévu le renforcement de la chaîne de froid pour faire face à l'introduction du PCV 13.

La distribution du financement probable entre les sources de financement est présentée dans le tableau suivant :

**Composition de l'écart financier du PEV 2010-2015**

Désignation	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015
<b>Total du Financement Probable (Non-Assuré)</b>	<b>\$550 842</b>	<b>\$5 739 669</b>	<b>\$4 197 014</b>	<b>\$3 845 578</b>	<b>\$5 133 123</b>	<b>\$19 466 226</b>
Gouvernement national	\$398 412	\$619 378	\$288 522	\$146 754	\$454 969	\$1 908 035
OMS		\$1 749 281	\$1 620 561	\$1 644 638	\$1 667 696	\$6 682 176
UNICEF		\$2 924 304	\$1 874 169	\$1 592 214	\$2 643 972	\$9 034 659
GAVI	\$104 430	\$416 706	\$335 762	\$381 499	\$285 364	\$1 523 761
ROTARY	\$48 000	\$30 000	\$78 000	\$80 473	\$81 122	\$317 595
<b>Écart Financier (Fin. Assuré et Probable)</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>-\$2</b>	<b>-\$1</b>	<b>\$0</b>	<b>-\$3</b>
% des besoins en ressources	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Le financement probable est plus important dans les apports attendus de l'UNICEF et de l'OMS dont les parts représentent respectivement 46% et 34% de l'ensemble. Il faut rappeler que ces partenaires apparaissent ainsi en raison de la fin de leurs programmes de coopération qui se terminent tous en 2011. Il appartient dans ces conditions au pays de faire de la vaccination une priorité dans le cadre de la préparation des plans de coopération à venir. S'agissant de GAVI, la performance du programme conditionne la couverture des financements probables attendus de ce partenaire.

#### 6.4 Viabilité financière :

Les indicateurs de viabilité financière sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau de viabilité financière**

Indicateur Macroéconomique et de Viabilité Financière	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Donnée de Référence</b>						
PIB par habitant (\$)	\$420	\$445	\$465	\$489	\$517	\$548
Dépenses totales de santé par habitant (DTS en \$)	\$10,0	\$13,0	\$15,0	\$17,0	\$19,0	\$20,0
Population	10 645 716	10 975 733	11 315 980	11 666 776	12 028 446	12 401 328
PIB (\$)	\$4 471 200 524	\$4 884 201 058	\$5 261 930 900	\$5 701 553 345	\$6 218 706 517	\$6 795 927 577
Dépenses totales de santé (DTS en \$)	\$106 457 155	\$142 684 525	\$169 739 706	\$198 335 189	\$228 540 472	\$248 026 554
Dépenses totales de santé du gouvernement (DSG en \$)	\$9 368 230	\$12 556 238	\$14 937 094	\$17 453 497	\$20 111 562	\$21 826 337
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	\$15 593 262	\$13 932 542	\$23 292 667	\$22 275 886	\$36 398 550	\$40 933 926
Routine seulement	\$8 154 907	\$11 001 648	\$20 367 369	\$20 120 613	\$34 173 477	\$37 670 795
par enfant DTC3	\$21,3	\$27,2	\$47,4	\$45,4	\$74,8	\$79,9
<b>% des dépenses totales de santé</b>						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	14,6%	9,8%	13,7%	11,2%	15,9%	16,5%
Routine seulement	7,7%	7,7%	12,0%	10,1%	15,0%	15,2%
Écart Financier						
Avec financement assuré		0,4%	3,4%	2,1%	1,7%	2,1%
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	166,4%	111,0%	155,9%	127,6%	181,0%	187,5%
Routine seulement	87,0%	87,6%	136,4%	115,3%	169,9%	172,6%
Écart Financier						
Avec financement assuré		4,4%	38,4%	24,0%	19,1%	23,5%
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	0,35%	0,29%	0,44%	0,39%	0,59%	0,60%
Routine seulement	0,18%	0,23%	0,39%	0,35%	0,55%	0,55%
<b>par habitant</b>						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	\$1,46	\$1,27	\$2,06	\$1,91	\$3,03	\$3,30
Routine seulement	\$0,77	\$1,00	\$1,80	\$1,72	\$2,84	\$3,04

A la lecture de ce tableau, l'on peut mesurer les dispositions à prendre en vue d'assurer la viabilité de ce plan quinquennal et les efforts à déployer dans ce sens.

En effet, l'on constate qu'en dehors d'une baisse en 2013 par rapport à 2012, les besoins par enfant en DTC3/Pentavalent3 augmenteront d'année en année en passant de \$US 21,2 en 2010 à \$US 79,9 en 2015. Les besoins en ressources s'accroissent sur toute la période. Par habitant, ils évoluent de \$US1,46 à \$US3,3 pour la vaccination de routine et les campagnes de vaccination et de \$US0,77 à \$US3,04 pour la vaccination de routine seulement.

Il faut rappeler que des mesures avaient été prises dans le passé pour la viabilité du programme. Il s'agit principalement de :

- la création d'une ligne au titre de l'achat de vaccins dans le budget de l'Etat ;
- la signature de l'Accord de l'Initiative de l'Indépendance vaccinale ;
- l'adoption du principe de budget-programme pour l'allocation des ressources aux projets et programmes
- la dévolution du rôle d'ordonnateurs aux Chefs de départements ministériels pour l'exécution de leurs budgets.

Il faut noter par exemple que la ligne budgétaire « achat de vaccins » l'IIV a normalement fonctionné jusqu'en fin 2008 malgré la crise politique que le pays a connue depuis 2006. A la fin de l'année 2008, la crise politique s'est transformée en une crise sociopolitique marquée par la prise du pouvoir par l'Armée, l'instauration de l'Etat d'exception, l'aggravation de la mauvaise gouvernance. Ce fait a entraîné la suspension de la collaboration financière de la communauté internationale. Malgré tout, la participation de certains partenaires a permis d'atteindre un taux de couverture vaccinale en DTC3 de 96% en 2010.

En tout état de cause, cette période de crise a abouti à l'élection démocratique d'un Président de la République qui s'engage à opérer les changements nécessaires au développement économique et social du pays. Le gouvernement mis en place a déjà adopté le Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 3 où la santé figure comme secteur prioritaire. Par ailleurs, en ce qui concerne particulièrement la vaccination, la mission conjointe UNICEF-OMS-GAVI qui a séjourné récemment en Guinée et la mission d'évaluation dans le cadre de GAVI Renforcement du Système de Santé auront un impact positif dans la mise en œuvre des dispositions que le Gouvernement aura à prendre en faveur de l'enfant.

De plus, des dispositions visant à améliorer la gestion des ressources de l'Etat ont été prises par le gouvernement, à savoir entre autres :

- les ministres deviennent des ordonnateurs des crédits budgétaires
- la mise en place dans les départements ministériels des contrôleurs financiers
- l'élaboration des budgets programmes au titre des dépenses d'investissement
- la révision de certains textes législatifs et réglementaire en cours pour la transparence et la bonne gouvernance dans la gestion des ressources publiques.

Ce plan devrait être couvert entièrement par le financement assuré et le financement probable.

Il appartient à l'Etat de mobiliser les ressources nécessaires aux besoins du pays, en privilégiant la santé en général, la vaccination en particulier dans l'allocation et l'utilisation des ressources et dans la préparation de programmes de coopération avec les partenaires. A cet effet, l'utilisation efficiente, efficace et transparente des ressources et la performance du programme de vaccination sont le levain précieux pour la mobilisation de toutes les ressources nécessaires. Les changements en cours dans le pays constituent l'espoir pour l'obtention des ressources nécessaires au financement de l'économie en général, de la santé et de l'immunisation en particulier.

Commented [a2]:

## VII. Mécanisme de suivi et d'évaluation du PPAC :

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

### *En matière de suivi*

- **Système d'Information Sanitaire**
- **Enquêtes**
- **Supervision et monitoring**
- **Revue**

### *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. Ces deux dernières évaluations seront externes.

### **7.1. 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 %)

**Conclusion :**

La vaccination reste la stratégie de santé publique la plus performante en terme de rapport coût efficacité ; elle constitue un élément sûr de la réduction de la pauvreté. La mise en œuvre du PPAC 2007 – 2011 a permis non seulement d'introduire de nouveaux vaccins mais aussi de renforcer les activités du programme à travers l'Approche Atteindre Chaque District pour chaque enfant (ACD).

Malgré les résultats significatifs enregistrés en matière d'amélioration de la couverture vaccinale, le PEV reste confronté à de sérieux problèmes de financement dû entre autres aux crises socio politiques de 2007 à 2010.

La mise en œuvre du PPAC est une opportunité pour le gouvernement avec le soutien des partenaires pour relever ce défi. Le PPAC constitue un véritable outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur du PEV.

L'espoir est permis avec le retour du pays à l'ordre constitutionnel et la détermination des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour accompagner le gouvernement dans la mise en œuvre du présent PPAC.



# ANNEXES

**ANNEXE 1 : ACTIVITES ESSENTIELLES ET CHRONOGRAMME**

**Tableau N° 1** : Objectifs spécifiques, stratégies et activités essentielles

Composantes	Objectifs	Stratégies	Activités	Chronogramme				
				AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5
<b>Management du programme</b>	Développer un environnement institutionnel et financer durables et viable pour la gestion du programme	Relèvement du financement public du secteur à 10% du budget de l'Etat	Elaborer à temps un budget annuel prenant en compte les exigences de prise en charge des besoins du secteur	X	X	X	X	X
		Renforcement des capacités de gestion	Former les cadres et agents (responsables PEV/SSP/ME, SAF, DPS et DRS) en procédures budgétaires et de gestion  Tenir régulièrement les réunions du CCIA	X X	X X	X X	X X	X X
		Meublement des cadres organiques à tous les niveaux.	Préparer et signer les actes de nomination aux postes	X				
		Promotion des mutuelles de santé	Mettre en place les mutuelles de santé	X	X	X	X	X
<b>Prestations de</b>	Porter la couverture nationale en DTC3 d à 90 % d'ici 2015	Renforcement de la mise œuvre l'Approche Atteindre Chaque District "ACD"	Mettre en œuvre l'approche ACD dans tous les districts	X	X	X	X	X
	Porter 100% de Districts avec au moins 90% de couverture vaccinale en DTC3 d'ici à 2015	Appui aux districts à faible couverture vaccinale.	Elaborer et mettre en œuvre les micros plans de renforcement du PEV de routine dans les districts concernés.	X	X	X	X	X

<b>service</b>	Renforcer les interventions de survie et développement de l'Enfant	Intégration des interventions complémentaires	Organiser les semaines santé de l'enfant et les campagnes supplémentaires de vaccination	X	X	X	X	X	
	Améliorer la qualité des données	Introduction de l'outil d'auto-évaluation (DQS) à tous les niveaux.	Adapter les outils d'auto évaluation au contexte du pays (DQS)	X					
			Assurer la formation des formateurs	X					
			Introduire le DQS a tous les niveaux	X	X				
			Doter les structures centrale et régionale en outils informatiques	X	X	X	X	X	
	Introduire le vaccin antipneumococcique dans le PEV de routine en 2012 et le vaccin contre le rotavirus en 2013	Elaboration et soumission de la requête à GAVI Alliance.	Assurer la formation en cascade des agents		X				
			Assurer l'approvisionnement en vaccins et OG		X				
			Superviser les activités d'introduction du pentavalent		X				
	<b>Logistique/approvisionnement et gestion des vaccins</b>	Assurer le fonctionnement régulier de la CDF et de la logistique de transports du programme	Mise en œuvre du plan d'investissement de la logistique de PEV	Organiser des réunions de CCIA pour la mobilisation des ressources	X	X	X	X	X
				Participer à l'élaboration du budget du MSP	X	X	X	X	X
Former les agents à l'utilisation et à la maintenance des incinérateurs					X				
Doter en véhicules les niveaux central, régional et districts et motos pour les CS				X	X				
Construire 3 chambre froide positive pour le niveau central				X	X				
Acheter pour les niveaux central et régional des groupes électrogènes				X	X				

			Acheter 170 réfrigérateurs pour les CS et les DS	X	X	X		
			Acheter 13 congélateurs pour les DRS	X	X	X	X	X
			Doter les districts sanitaires en incinérateurs	X	X	X		
			Doter les structures centrale, régionale et de district en Radios VHF	X	X	X		
	Améliorer la gestion des stocks de vaccins, matériels de vaccination et outils de gestion;	Renforcement des capacités en gestion des stocks.	Former les agents à la gestion des stocks de vaccins, consommables et en chaîne de froid	X				
			Assurer l'approvisionnement régulier des structures en vaccins et matériel de vaccination selon calendrier	X	X	X	X	X
<b>Surveillance intégrée des maladies</b>	Renforcer le système de surveillance et de contrôle des maladies cibles du PEV et d'autres maladies a potentiel épidémique	Renforcement de la surveillance intégrée a tous les niveaux	Élaborer et mettre en œuvre le plan annuel de surveillance des maladies	X	X	X	X	X
			Appuyer le fonctionnement des laboratoires nationaux de référence	X	X	X	X	X
			Poursuivre la surveillance active des cas de PFA, TMN, Rougeole, FJ)	X	X	X	X	X
			Assurer la surveillance sentinelle des méningites bactériennes en milieu pédiatrique	X	X	X	X	X
			Superviser les activités de surveillance a tous les niveaux y compris les agents communautaires impliqués dans la surveillance	X	X	X	X	X

Surveillance intégrée des maladies			Renforcer la fonctionnalité du réseau des laboratoires de surveillance	X	X	X	X	X	
			Organiser les réunions trimestrielles de surveillance	X	X	X	X	X	
			Assurer la rétro information régulière a tous les niveaux en se servant du bulletin mensuel	X	X	X	X	X	
			Impliquer les structures privées dans la surveillance intégrée des maladies	X		X		X	
			Poursuivre la notification et l'investigation des cas de maladies sous surveillance	X	X	X	X	X	
			Assurer le contrôle de qualité des LNR	X		X		X	
			Faire la riposte autour des cas de TMN notifiés	X	X	X	X	X	
			Organiser une réunion de consensus pour définir les activités à intégrer	X					
			Organiser des riposte de vaccination contre le TMN dans les zones a haut risque	X	X	X	X	X	
			Assurer la fourniture des portes vaccins et kits de prélèvement pour l'acheminement des échantillons	X	X	X	X	X	
			Organiser la revue annuelle du système de surveillance	X	X	X	X	X	
			Poursuite du processus de contrôle des maladies	Élaborer et mettre en œuvre un plan de préparation et de réponse aux épidémies	X	X	X	X	X
				Organiser des campagnes de vaccination préventive		X	X		

<b>Communication /mobilisation sociale</b>	Renforcer la communication et la mobilisation sociale en faveur du PEV	Elaboration et mise en œuvre du Plan integre de Communication en faveur du PEV	X	X			
		Mettre en œuvre le Plan intégré de Communication	X	X	X	X	X
	Plaidoyer en faveur du PEV	Elaborer un document de plaidoyer prenant en compte toutes les composantes du PEV	X	X			
		Assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources	X	X	X	X	X

## ANNEXE 2 : PLAN D'ACTION OPERATIONNEL 2011

### I. CONTEXTE/JUSTIFICATION :

En Guinée, le PEV a connu un succès certain tant du point de vue de sa mise en œuvre que de son impact sur les indicateurs de santé maternelle et infantile. La réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies cibles du PEV témoigne des efforts fournis.

Le support de GAVI et des autres partenaires ont permis d'améliorer l'accessibilité aux services de vaccination avec des résultats significatifs ; la couverture vaccinale en DTC3 est passée de 88% en 2007 à 90% en 2010 grâce au renforcement de la mise en œuvre de l'approche Atteindre chaque District commencé depuis 2005.

Des efforts louables ont été réalisés en matière de surveillance des maladies cibles du PEV. Dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, aucun cas de poliovirus sauvage n'a été notifié depuis Novembre 2009. Pour la rougeole, un système de surveillance basé sur les cas avec confirmation au laboratoire est en place dans tous les districts depuis 2002. En ce qui concerne la fièvre jaune, la même approche que celle de la rougeole est en place. Le pays est sur le point d'éliminer le Tétanos Maternel et néonatal grâce à l'organisation des activités supplémentaires de vaccination dans les districts à haut risque et la mise en œuvre d'une surveillance active.

Cependant, en dépit de tous ces résultats encourageants, le PEV est confronté à des problèmes

majeurs qui sont entre autres :

- ☞ Le faible niveau de financement des dépenses récurrentes par l'Etat (carburant chaîne de froid/logistique de transport/maintenance et vaccins)
- ☞ Le manque de formation des nouveaux agents sur la gestion du PEV ;
- ☞ Le taux d'abandon dans certains districts supérieur à 10%
- ☞ L'insuffisance de la mise en œuvre du plan de communication pour le PEV
- ☞ La faible proportion de structures privées qui vaccinent
- ☞ L'insuffisance de groupe électrogène de relais au niveau central,
- ☞ La vétusté des groupes électrogènes de relais au niveau intermédiaire ; ;
- ☞ L'absence d'enregistreurs automatiques de température à tous les niveaux ;
- ☞ La faible capacité de stockage en positif pour l'introduction de nouveaux vaccins au niveau central, régional et de district ;
- ☞ L'insuffisance de matériel informatique pour la gestion des données de surveillance et de vaccination dans la plupart des régions et districts sanitaires
- ☞ L'insuffisance de moyens de communication ;
- ☞ Le non respect des procédures standard dans la gestion des vaccins ;
- ☞ Les régions ne jouent pas le rôle de stocks tampons.

## II. OBJECTIFS :

### Objectif général :

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

### Objectifs spécifiques :

- Améliorer les capacités managériales du PEV ;
- Renforcer la logistique du PEV ;
- Atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 90 % pour tous les antigènes du PEV au niveau national et au moins 80% dans chaque district ;
- Améliorer la gestion des stocks de vaccins, matériel de vaccination et outils de gestion ;
- Renforcer la surveillance intégrée des maladies cibles du PEV ;
- Renforcer le plaidoyer et la mobilisation sociale en faveur du PEV
- .

## III. STRATEGIES :

- Mobilisation des ressources en faveur du programme, meublement des effectifs et renforcement des capacités à tous les niveaux ;
- Analyse de la situation de la situation logistique et développement du mécanisme d'investissement adapté en adéquation avec les nouveaux besoins existants ;
- Mise en œuvre de l'Approche Atteindre Chaque District ;
- Développement de toutes les composantes de la surveillance intégrée des maladies ;
- Elaboration et mise en œuvre du plan de communication du PEV



#### IV. CHRONOGRAMME ET BUDGET DES ACTIVITES 2011

Objectifs	Stratégies	Activités	Chronogramme 2011				Budget
			T1	T2	T3	T4	
Développer un environnement institutionnel et financier durables et varié pour la gestion du programme	* Relèvement du financement public du secteur à 10% du budget de l'Etat	Elaborer à temps un budget annuel prenant en compte les exigences de prise en charge des besoins du secteur	X				PM
	* Meublement des cadres organiques à tous les niveaux	Préparer et signer les actes de nomination	X	X	X	X	PM
	* Renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux ;	Formation des cadres et agents (responsables PEV, SAF, DRS, DPS) en procédures budgétaires et de gestion	X	X			\$80 000
	* Promotion des mutuelles de santé	Mettre en place les mutuelles de santé	X	X	X	X	\$150 000
	<b>Total</b>						<b>\$230 000</b>
Assurer le fonctionnement régulier de la CDF et de la logistique de transport du programme	* Mise en place du plan d'investissement de la logistique du PEV	Faire l'inventaire de toute la logistique (réfrigérateurs, motos, véhicules, matériel de communication etc..) à tous les niveaux ;	X				\$150 000
		Elaborer le plan d'investissement	X				PM
		Commander le matériel amorti	X	X	X		\$120 000
	* Renforcement des capacités en gestion des stocks de vaccins	Former les agents a la gestion des stocks de vaccins, consommables et en CDF	X				\$60 000
<b>Total</b>						<b>\$330 000</b>	

Atteindre un taux de CV d'au moins 90 % pour tous les antigènes du PEV au niveau national et au moins 80% dans chaque district ;	* Renforcement de la mise en œuvre de l'Approche Atteindre Chaque District ;	Micro planifier les activités de vaccination dans tous les districts;	X				\$40 000
		Réaliser les stratégies avancées ;	X	X	X	X	\$120 000
		Développer les liens avec les communautés ;	X	X		X	\$30 000
		Assurer la supervision formative ;			X	X	\$20 000
		Monitorer les activités pour action ;	X	X	X	X	\$ 45 000
							<b>\$275 000</b>
Renforcer le système de surveillance et de contrôle des maladies cibles du PEV et d'autres maladies a potentiel épidémique;	* Renforcement de la surveillance intégrée à tous les niveaux	Elaborer et mettre en œuvre le plan annuel de surveillance des maladies	X				\$60 000
		Organiser les réunions trimestrielles	X	X	X	X	\$40 000
		Equiper le réseau des laboratoires de surveillance en réactifs	X	X	X	X	\$70 000
		Organiser des activités de riposte	X	X	X	X	\$60 000
		Assurer la rétro information régulière a tous les niveaux en se servant du bulletin mensuel.	X	X	X	X	\$5 000
Total							<b>\$195 000</b>
Renforcer la communication et la mobilisation sociale en faveur du PEV.	* Elaboration et mise en œuvre du plan intégré de communication  * Plaidoyer en faveur du PEV	Elaborer le plan intégré de communication	X				\$10 000
		Mettre en œuvre le plan intégré de communication	X				\$75 000
		Assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources	X	x	x	x	\$25 000
							<b>\$110 000</b>

