

Plan d'introduction du vaccin contre le paludisme

Guinée Bissau

Version du 23 septembre 2024

Révision 14 octobre 2024

1. LISTE D'ACRONYMES

ASC : Agents de Santé Communautaires

CCIA : Comité de Coordination Inter- Agences

CIP : Communication Interpersonnelle

CPN : Consultation Prénatale

DGSMI : Direction Générale de la Santé Maternelle et Infantile

DHIS2 : District Health Information Software 2

DRS : Direction Régionale de la Santé

ECV : Enquête de Couverture Vaccinale

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EIIP : Événements Indésirables d'Intérêt Particulier

EPH : Établissements Publics Hospitaliers

ERS : Equipes Régionales de Santé

GEV : Gestion Efficace des Vaccins

GTCV : Groupe Technique Consultatifs pour la Vaccination

HPV : Vaccin contre le Papillomavirus Humain

HR : Hôpitaux Régionaux

INASA : Institut National de la Santé

MAPI : Manifestations Adverses Post Immunisation

MenA : Vaccin contre la Méningite A

MILDA : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action

MINSAP : Ministère de la Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementales

PCM : Pastille de Contrôle des Vaccins

PCV-13 : vaccin Pneumococcique Conjugué 13-Valent

PEV : Programme Élargi de Vaccination

PFE : Pratiques Familiales Essentielles

PfPR : Prévalence du parasite *P. falciparum*

PID : Pulvérisation Intra Domiciliaire

PIE : Post Introduction Evaluation

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PPAC : Plan Pluri Annuel Complet

RSS : Renforcement des Systèmes de Santé

SIVE : Service de Vaccination et de Surveillance Epidémiologique

SNV : Stratégie Nationale de Vaccination

SP/AQ : Sulfadoxine Pyriméthamine / Amodiaquine

Td : vaccin contre le Tétanos et la diphtérie

TPIg : Traitement Préventif Intermittent au cours de la grossesse

U5MR : Taux de Mortalité chez les moins de 5 ans

VAA : Vaccin Anti-Amiral (YF)

VAR : Vaccin Anti-Rougeole

VPI : Vaccin Inactivé contre la Poliomyélite

VPO : Vaccin Oral contre la Poliomyélite

2. Résumé

En octobre 2021, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé l'utilisation élargie du premier vaccin antipaludique, RTS,S/AS01 (ou RTS,S), chez les enfants vivant dans des zones où le paludisme à *Plasmodium falciparum* est modéré à élevé. Suite à cette recommandation et à la communication officielle du bureau pays de l'OMS, le ministère de la Santé de Guinée-Bissau a travaillé avec les principaux partenaires et parties prenantes de la vaccination pour introduire le vaccin contre le paludisme. En décembre 2023, le vaccin R21/Matrix-M (R21) a également reçu sa préqualification suite aux conseils du Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination (SAGE, septembre 2023) et du Groupe consultatif sur la politique de lutte contre le paludisme (MPAG) de l'OMS. Les deux vaccins contre le paludisme sont surs, efficaces, et ont de fortes similitudes en ce qui concerne leur indication, la population cible, le calendrier et les stratégies d'administration. Le choix du vaccin à utiliser en Guinée-Bissau se fonde sur l'offre de vaccins, l'impact attendu, et leur accessibilité économique.

Le paludisme constitue un problème de santé publique en Guinée-Bissau. Il s'agit d'une maladie endémique sur tout le territoire, présentant une incidence annuelle de 250 et 450 cas pour 1000 habitants exposés, qui correspond à une zone à transmission modérée, et rend ainsi le pays éligible à l'introduction du vaccin contre le paludisme. En 2022, 185 161 cas de paludisme ont été confirmés par TDR ou goutte épaisse en Guinée-Bissau, dont environ 26 668 (14 %) chez les enfants de moins de cinq ans. Plus de 17 % de la demande de services de santé du pays au cours de l'année est due au paludisme (PNDS-III 2023 à 2028). L'incidence annuelle est en baisse depuis 7 ans, passant de 388,6 cas pour 1000 en 2015 à 240,9 cas annuels pour 1000 en 2021. Cependant, l'année 2022 a vu la tendance s'inverser une l'estimation de l'incidence annuelle atteignant 284,1 cas pour 1000. Selon la dernière enquête MIS 2023, au niveau national, la prévalence du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois est de 1,6 %, et de 5 % chez les 5 ans et plus. Elle atteint un pic dans la tranche d'âge de 5 à 9 ans (7,9 %). La maladie est la principale cause de morbidité et de mortalité générale, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. En 2022, 185 161 cas de paludisme ont été confirmés par TDR ou goutte épaisse en Guinée-Bissau, dont environ 26 668 (14 %) chez les enfants de moins de cinq ans. Au cours de la même période, 461 décès ont été enregistrés, dont 118 (26 %) chez des enfants de moins de cinq ans. La létalité globale a été de 0,24 %.

Malgré des ressources limitées, la Guinée-Bissau fait partie du premier groupe de pays à avoir atteint les objectifs de Faire reculer le paludisme (Roll Back Malaria - RBM) pour 2010, en ce qui concerne la couverture universelle en moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILD). Cependant, malgré l'énorme effort de lutte contre le paludisme dans les délais fixés par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les difficultés liées au contexte socio-politique et économique et la fragilité du système de santé n'ont pas permis d'atteindre les cibles fixées pour cet objectif.

L'objectif de l'introduction du vaccin antipaludique en Guinée-Bissau est de réduire de manière significative le fardeau du paludisme en contribuant à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées aux maladies paludéennes chez les enfants de moins de 5 ans.

Au ministère de la Santé de Guinée-Bissau, le Programme élargi de vaccination (PEV) s'est coordonné avec le Programme national de lutte et de prévention du paludisme (PNLP) et d'autres partenaires nationaux et internationaux pour démontrer la nécessité et la faisabilité de la mise en œuvre du vaccin contre le paludisme sur l'ensemble du territoire. Le présent plan national d'introduction du vaccin contre le paludisme a été élaboré

conjointement par les deux programmes (PEV et PNL) et leurs partenaires pour ajouter le vaccin RTS,S aux interventions existantes pour la prévention, le contrôle et l'élimination du paludisme dans le pays.

La Guinée-Bissau prévoit de déployer le vaccin dans 8 régions sanitaires dans lesquelles la transmission à *P. falciparum* est élevée à modérée et où les données d'incidence et de prévalence du paludisme sont les plus fortes. Ces régions sont : Bafatá, Bijagós, Biombo, Bissau, Bolama, Gabú, Quinara et Tombali.

Dans le calendrier vaccinal, les enfants reçoivent leur première dose de vaccin RTS,S à 5 mois. En raison de la répartition de la charge de la maladie et des indications des vaccins contre le paludisme, les enfants âgés de 5 à 59 mois seront ciblés par la vaccination RTS,S la première année d'introduction afin d'accroître l'impact de l'intervention. A partir de la deuxième année, la cible de la primovaccination sera réduite à la tranche d'âge des 5 à 11 mois, sachant que tout enfant se présentant au poste de vaccination pourra recevoir la première dose s'il est âgé de 5 à 23 mois, ce qui correspond à la cible actuelle du PEV dans le pays.

Dans les zones à transmission saisonnière, l'OMS recommande une stratégie saisonnière de vaccination antipaludique selon un schéma à 5 doses. La Guinée-Bissau a choisi la stratégie à vaccination hybride afin d'augmenter l'impact de l'intervention RTS,S sur le paludisme. Cette stratégie de vaccination combine :

- une primovaccination (3 premières doses) en fonction de l'âge : 5, 6 et 7 mois pour les doses 1, 2, et 3 en ciblant plus largement les 5-59 mois la première année d'introduction;
- une vaccination saisonnière en juin pour les doses 4 et 5, avant la saison de forte transmission, ciblant les enfants de 5-11 mois, avec un rattrapage permis jusqu'à 23 mois.

La Guinée-Bissau a programmé le démarrage des activités d'introduction du vaccin contre le paludisme à janvier 2025, avec les premières vaccinations débutant en juin 2025. Au total, la première année de mise en œuvre (2025), 269 089 enfants de 5 à 59 mois seront éligibles dans les zones identifiées à plus fort besoin, et 57 170 enfants de 5 à 11 mois seront éligibles la deuxième année (2026). En considérant un taux de perte de 7 % et une couverture vaccinale estimée optimale de 74 %, 68 % et 60% pour les doses 1, 2, et 3, et 50% pour les doses 4 et 5, un total de 434 618 doses sera nécessaire pour la première année de mise en œuvre (2025) et 176 859 doses pour la deuxième année (2026).

Le coût opérationnel du plan d'introduction du vaccin est de 200 000 USD, dont Gavi, l'Alliance du Vaccin, assurera 100 000 USD par le biais de la subvention d'introduction du vaccin (VIG), et 100 000 USD à travers le financement RSS.

Les activités préliminaires détaillées dans ce plan concerneront :

- La coordination et le suivi de la préparation et de l'exécution de l'introduction du vaccin
- La planification de l'achat et de la distribution du vaccin
- L'extension ou l'amélioration de la chaîne du froid, de la logistique et de la gestion des vaccins
- La planification pour améliorer la gestion des déchets et la sécurité des injections
- La révision des formulaires et systèmes de recueil des données et de l'information pour la gestion de la santé et de la vaccination
- La planification pour le suivi et l'évaluation de l'introduction
- La formation des agents de santé (ou des autres professionnels impliqués dans la vaccination)
- La planification et la mise en œuvre des activités de mobilisation sociale, de communication et de plaidoyer

Utilisé de concert avec les mesures de prévention existantes, le vaccin contre le paludisme permettra d'accélérer les progrès dans la lutte antipaludique en Guinée-Bissau.

1. Informations générales et situation du pays

1.1 Données géographiques, démographiques et économiques

Avec une superficie de 36 125 km², la République de Guinée-Bissau est située sur la côte ouest du continent africain à mi-chemin entre l'équateur et le tropique du Cancer. Elle partage ses frontières avec le Sénégal au nord et la République de Guinée Conakry au sud et à l'est et est bordée par l'océan Atlantique au sud-ouest (**Figure 1**).

Le pays est divisé en quatre zones bien distinctes :

- Une côte atlantique très plate composée d'estuaires larges et profonds, de mangroves, de marécages et de forêts.
- L'archipel des Bijagós, composé de 88 îles qui comptent pour 22% du territoire national.
- De vastes plaines, situées légèrement au-dessus du niveau de la mer, couvertes de savanes arbustives au nord et d'une forêt subhumide presque vierge au sud, et traversées par de grands fleuves dont les plus importants sont le Corubal, le Cacheu, le Mansoa, le Geba et le Rio Grande de Buba.
- Des collines et des plateaux qui s'élèvent à l'est jusqu'aux contreforts des montagnes du Fouta Djalon.

Le climat de la Guinée-Bissau est subtropical avec une saison sèche de mi-novembre à mai et une saison des pluies de mai à novembre. La température moyenne varie entre 25°C et 27,6°C. Les taux hygrométriques varient entre 35% en janvier et 85% en août, avec des températures qui dépassent fréquemment les 40°C, surtout à l'intérieur du pays. Les précipitations le long de la côte représentent presque le double de celles enregistrées à l'intérieur du pays.

La Guinée-Bissau est divisée en huit régions administratives et la ville de Bissau, capitale politique, économique et administrative du pays. Les régions sont elles-mêmes subdivisées en 36 secteurs. Compte tenu des caractéristiques géographiques des régions administratives de Bolama-Bijagós, essentiellement constituées d'îles, et de la capacité logistique d'Oio et du MINSAP à répondre aux besoins de réponses urgentes, chacune de ces régions a été subdivisée en deux. Ainsi, la carte sanitaire a été présentée avec 11 régions sanitaires (RS) : Bafatá, Biombo, Bijagós, Bolama, Cacheu, Farim, Gabú, Oio, Quinara, SAB e Tombali. La Guinée-Bissau étant un pays de petite taille, chaque région sanitaire équivaut, en taille, à un district sanitaire dans d'autres pays.

FIGURE 1. CARTE POLITIQUE DE GUINEE BISSAU



Le pouvoir est exercé à travers un système de démocratie multipartite semi-présidentielle. Le Président est élu pour un mandat de cinq ans et peut être réélu pour un autre mandat. L'Assemblée populaire nationale est élue pour quatre ans. Formellement, il existe une séparation des pouvoirs présidentiel, législatif, gouvernemental et judiciaire. Cependant, depuis le conflit politico-militaire de 1998, aucun gouvernement n'a réussi à terminer son mandat et le pays fait face à une situation d'instabilité politique et institutionnelle permanente qui se reflète dans l'Indice Ibrahim de la gouvernance africaine dans lequel la Guinée-Bissau se classe à la 44^{ème} place sur 54 en 2022. Il est à noter que cette situation se fait au dépend de la croissance économique du pays et de la cohérence des politiques sociales et économiques. La dépendance à l'égard de la communauté internationale dans des secteurs tels que l'économie, la santé et l'éducation est quasi totale.

D'un point de vue démographique, selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022, les indicateurs enregistrent une amélioration vers une transition démographique avec des taux de mortalité et de natalité à la baisse. Selon les estimations des Nations Unies pour 2023 la population est d'environ 2 130 118 habitants, avec un taux de croissance annuel de 2,2 %. En termes de structure d'âge, la population est jeune : 62% des personnes ont entre 0 et 24 ans. Les femmes représentent 51,1% de la population et 49% ont entre 15 et 49 ans. L'espérance de vie moyenne à la naissance est de 59,4 ans, celle des femmes de 61,3 ans et celle des hommes de 57,3 ans. Cependant les estimations des Nations Unies ne reflètent pas la réalité observée lors de la planification des activités des programmes nationaux du MINSAP (Paludisme, VIH et tuberculose). Pour 2024, le ministère de la Santé Publique, à travers l'Institut National de la Santé Publique (INASA) et le SIVE, a estimé la population à 2 150 766 habitants, parmi lesquels 365 630 enfants de moins de 5 ans (17%) et 473 169 femmes en âge de procréer (22%). La majorité de la population vit en milieu rural, 64,3 % en zone rurale contre 35,7 % de la population vivant en zone urbaine (données de 2018). L'occupation du territoire est la plus dense à Biombo et SAB, intermédiaire à l'est et au sud, et la plus faible dans les régions les plus à l'ouest. La dynamique des populations, avec l'augmentation, au cours des dernières années, de l'immigration et du nombre de populations flottantes, nécessite de profonds changements dans les stratégies d'intervention sanitaire, en tenant compte des différences de profil épidémiologique entre les différents pays et régions. Il existe entre dix et trente ethnies dans le pays. Cependant, cinq groupes ethniques représentent plus de 85 % de la population totale (Fula, Balanta, Mandinga, Manjaco et Papel). Il existe une grande diversité religieuse, avec une domination des religions animistes, suivi de musulmanes, catholiques et protestantes. La langue officielle est le portugais, le créole étant la langue de communication orale la plus utilisée sur tout le territoire national.

D'un point de vue économique, avec un PIB estimé à 2 milliards USD en 2023, la Guinée-Bissau présente des indicateurs socio-économiques parmi les plus faibles au monde: 179^{ème} sur 193 selon le classement 2022 de l'Indice de développement humain (IDH) du PNUD. Après s'être établi à 4,2% en 2022, le taux de croissance de PIB serait resté stable à 4,3% en 2023 selon les données du FMI grâce notamment à une production plus importante de noix de cajou (le secteur agricole représente près de 35% du PIB, dont plus de 10% attribuables directement à la stricte filière anacarde), et à la concrétisation d'un grand projet électrique reliant la Guinée à la Guinée Bissau. En 2024, le taux de croissance est projeté à 5%, et il devrait se stabiliser à ce même niveau à moyen terme, soutenu notamment par la hausse des exportations de noix de cajou, le dynamisme des investissements privés et un engagement plus important de la part des donateurs. Néanmoins, près de 26% de la population disposerait de moins de 2,15 USD par jour en parité de pouvoir d'achat (PPA) et près de 7,4% des enfants décèdent avant l'âge de cinq ans. La pauvreté est le facteur déterminant majeur de la réalité sanitaire, et le stress, la réduction de l'hygiène domestique, la violence domestique, la perturbation du tissu social traditionnel, l'insécurité alimentaire, la malnutrition, l'abus d'alcool et de drogues chez les jeunes et l'accès inadéquat aux

soins de santé, contribuent tous à de fortes inégalités en matière de santé. Par ailleurs, l'économie bissau-guinéenne est extrêmement vulnérable aux variations des cours et de la production de la noix de cajou (autour de 150-200 000 t/an), qui représente environ 90% des exportations du pays, principalement à destination de l'Inde. Le ratio masse salariale/recettes fiscales était de 73,6% en 2015, ce qui dépasse largement le critère de convergence de l'UEMOA. Cette tendance entraîne des retards permanents dans le paiement des salaires et, par conséquent, une instabilité sociale. Les infrastructures soutenant les activités économiques sont déficientes : un réseau routier rare et en mauvais état, des ports maritimes obsolètes et dégradés, des télécommunications médiocres et des difficultés d'approvisionnement en électricité.

L'éducation est l'un des secteurs les plus problématiques du pays, enregistrant de mauvaises performances et une pénurie de ressources humaines, financières et matérielles. En 2018, le taux d'alphabétisation des femmes (15-49 ans) était de 32,6 % et celui des hommes (15-49 ans) de 52,3 %.

Du point de vue sanitaire, plus de 66% de la population vit à plus de 5 km des structures de soins de santé primaires (SSP) les plus proches (PNDS-III 2023-2028). La situation sanitaire des enfants est marquée par une incidence élevée du paludisme chez les moins de cinq ans bien que l'on note une tendance à la baisse durant les quatre dernières années. Le pays a été touché par la pandémie à COVID-19. Pour contrôler la propagation du virus, plusieurs mesures ont été prises notamment les campagnes de vaccination.

1.2 Organisation du système de santé

La Politique du secteur de la santé a été définie dans un document de 1993 mis à jour en 2017 et met en avant les priorités suivantes : la lutte contre la malnutrition, la prévention de l'obésité, la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA et les maladies hautement endémiques et mortelles (telles que le paludisme, la tuberculose, les parasites intestinaux, les maladies diarrhéiques et les maladies évitables par la vaccination), et contre les maladies ou accidents hautement mortels et/ou entraînant un handicap. Les interventions de santé ciblent essentiellement la grossesse, la période néonatale et les adolescents et les jeunes, sans négliger une approche globale de toutes les étapes de la vie familiale et communautaire. La politique nationale de santé s'articule autour du principe des soins de santé primaires. Malgré les contraintes budgétaires, le Gouvernement a établi des priorités et adopté une politique dont le principal instrument est le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). L'objectif du PNDS-III (2023-2028) est de contribuer à l'amélioration de la situation socio-économique et du bien-être de la population, ce qui implique le renforcement du système de santé à tous les niveaux, la collaboration intersectorielle et la promotion de la santé.

Le Système National de Santé (SNS) de Guinée-Bissau est de type pyramidal et comporte trois niveaux : local, régional et central, qui correspondent à la fourniture de services aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Du fait de la petite taille de la Guinée-Bissau, une région a une taille équivalente à celle d'un district dans un autre pays, ce qui explique l'absence du niveau « district » dans le pays et le passage direct du niveau régional au niveau local.

- **Au niveau local**, il existe des Centres de Santé classés en catégories A, B et C en fonction de leur capacité d'intervention, et en ruraux et urbains. Les centres de santé sont gérés par des équipes techniques et des comités de gestion. La zone de couverture est étendue grâce à des équipes mobiles de stratégie avancée. Au même niveau, l'initiative communautaire est mise en œuvre depuis 2012, il existe actuellement une couverture nationale des agents de santé communautaires (ASC) qui contribuent de manière significative

à la fourniture de soins de santé à travers la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) et la mobilisation des communautés pour une utilisation optimisée des services de santé par les populations. Le rôle des femmes et des groupements de femmes dans la mobilisation sociale et communautaire est naissant, et des groupes de mères ont été créés en 2018 dans les 11 régions sanitaires du pays pour soutenir la promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire adéquate. Cependant, une évaluation réalisée en 2020 démontre sa fonctionnalité uniquement dans les régions de Bafatá, Gabú, Oio, et Cacheu.

- **Au niveau régional**, il existe des Hôpitaux Régionaux (HR), des Directions Régionales de Santé (DRS) et des Equipes Régionales de Santé (ERS). Actuellement, il existe 5 hôpitaux régionaux en activité (Bafatá, Canchungo, Catió, Gabú et Mansoa) qui fournissent des soins de référence de premier niveau et dont le directeur fait partie de l'ERS. À côté de certains HR, se trouvent les foyers pour mères desservis par Caritas et le projet H4+ pour accélérer les progrès en matière de santé maternelle et néonatale. Le niveau régional est chargé de l'analyse de la situation régionale, des plans prévisionnels avec prévisions des ressources humaines, matérielles et financières, de la programmation annuelle et du suivi-évaluation. Les ERS sont chargées de superviser et de contrôler l'application des normes et protocoles de soins au niveau des structures de prestation de soins (HR et centres de santé).
- **Au niveau central** se trouvent le ministère de la Santé publique (MINSAP), incluant le ministre, le secrétaire d'État, le secrétaire général, quatre directions générales, les directions nationales et programmes nationaux, l'hôpital national Simão Mendes (HNSM) et l'hôpital Raul Follereau, deux centres spécialisés de référence nationale : le Centre Mental (psychiatrie) et le Centre de Rééducation Motrice Dr. Ernesto Moreira. Ces établissements se trouvent tous dans la capitale, où se concentre la plus forte densité de lits d'hôpitaux. La gestion au niveau central est assurée par le MINSAP et les Directions des Services. Le niveau central est chargé de définir les grandes orientations au niveau régional sur les priorités nationales, les ressources financières et humaines, la programmation annuelle et le suivi/évaluation. À côté du niveau Central, il existe, l'Institut National de la Santé (INASA) dont la mission consiste à coordonner et à réaliser des recherches en santé et une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CECOME).

Compte tenu des caractéristiques géographiques des régions administratives de Bolama-Bijagós (essentiellement composées d'îles) et d'Oio et de la capacité logistique du MINSAP à répondre aux besoins des réponses d'urgence, ces deux régions ont été subdivisées en quatre. Ainsi, la carte sanitaire s'est présentée pendant de nombreuses années avec 11 régions sanitaires (RS), dont le Secteur Autonome de Bissau (SAB). Plus récemment la RS de São Domingos a été réintégrée à Cacheu, et celle d'Oio divisée en deux (Oio et Farim), Farim remplaçant ainsi São Domingos en tant que 11^{ème} RS. Les 11 RS sont subdivisées en 117 aires sanitaires (AS), qui représentent le niveau le plus proche des communes, définies selon des critères géographiques, et couvrant chacune une population qui varie entre 5 000 et 12 000 habitants. Pourtant, 66% de la population vit à plus de 5 km des centres de soins de santé primaires les plus proches. Parmi ces AS, environ 40% sont considérées comme prioritaires en fonction du retard de leur développement sanitaire.

La situation des ressources humaines pour la santé est caractérisée par un manque de spécialistes, aggravé par une grande disparité dans leur répartition entre les différentes régions et structures de santé et au sein d'une même structure, avec une forte concentration dans le Secteur Autonome de Bissau (**Tableau 1**).

TABEAU 1. EFFECTIFS DU MINISTÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE (MINSAP). SOURCE : DONNÉES 2016 - PNDS III - DONNÉES 2020-2022 : DIRECTION DU SERVICE RH ET DE L'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ DU MINSAP.

	2016		2020		2022		Variations 2016-2022	
NIVEAU SUPERIEUR	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecins généralistes	175	13,58%	289	15,41%	288	15,53%	113	64,70%
Médecins spécialistes			18	0,96%	18	0,97%		
Infirmiers (cursus supérieur)			229	12,21%	227	12,24%		
Techniciens de laboratoire (supérieur)			34	1,81%	34	1,83%		
Pharmaciens (cursus supérieur)	4	0,31%	2	0,11%	2	0,11%	-2	-50%
Radiologues/Imagerie			1	0,05%	1	0,05%		
Dentistes	2	0,16%	4	0,21%	4	0,22%	2	50%
NIVEAU MOYEN	N	%	N	%	N	%	N	%
Infirmiers (cursus supérieur)	796	61,75%	888	47,36%	874	47,14%	78	8,92%
Sage-femmes	146	11,33%	158	8,43%	158	8,52%	12	7,59%
Techniciens de laboratoire	129	10,01%	136	7,25%	134	7,23%	5	3,73%
Techniciens de pharmacie	30	2,33%	73	3,89%	71	3,83%	41	57,75%
Techniciens imagerie	7	0,54%	43	2,29%	43	2,32%	36	83,72%
TOTAL	1289	100%	1875	100%	1854	100%	285	15,37%

NB : Les données n'incluent pas les professionnels en mission de coopération qui travaillent dans les institutions du MINSAP (expatriés de Cuba ou du Nigéria par exemple). Toutes les admissions réalisées en 2021 et 2022 ont été annulées par arrêté ministériel en septembre 2022, les données de 2022 reflètent déjà cette réalité.

La majorité du personnel de santé (59%) est féminin, avec une majorité dans le secteur des soins et une minorité dans le secteur de l'administration centrale et régionale. L'âge médian se situe entre 40 et 49 ans (PNDS-III). Globalement, les ressources humaines dans la santé sont insuffisantes en quantité et en qualité. La situation est encore aggravée par la non-mise en œuvre des carrières, les délais récurrents de paiement des salaires, et des conditions de travail qui ne sont pas adaptées à une bonne pratique professionnelle. Tout cela aboutit à un grand manque de motivation de la main-d'œuvre, à une faible productivité, à des conflits du travail, au cumul d'emplois et à une petite corruption, y compris des facturations illicites. Les incitations prévues par la loi sont diverses, mais peu sont mises en œuvre, généralement avec le soutien financier des partenaires. La pratique consistant à payer des augmentations de salaire sur la base des revenus propres est également très répandue, sans évaluation appropriée des performances de l'employé récompensé.

Entre 2016 et 2021, le budget de la santé se situait entre 4,20 % et 9,63 % du Budget Général de l'État (OGE), bien en dessous des 15 % convenus en 2001 dans le cadre de l'engagement d'Abuja (**Tableau 2**). La tendance du budget général de l'État alloué à la santé est en hausse depuis 2016, de 4.20% en 2016 à 9,63% en 2020 et 7,84% en 2021. Malgré l'allocation budgétaire limitée, le MINSAP n'est pas en mesure d'exécuter pleinement son budget, ce qui indique la capacité limitée du gouvernement à planifier stratégiquement et à mettre en œuvre des actions politiques de santé à moyen et long terme. La tendance de la participation financière des partenaires est à la hausse, passant de 2% en 2018 à 34% en 2022, et le Fonds Mondial (FM) reste le principal financier des activités du PNLP sur ces cinq années. Le secteur de la santé reste fortement dépendant de l'aide internationale, ce qui limite ses capacités d'infrastructures en matière d'établissements de santé et d'équipements hospitaliers, et réduit la pérennité du financement du secteur pour garantir le droit à la santé pour tous (Rapport des comptes nationaux de la santé PNDS-III 2017). Le financement du secteur de la santé dépend principalement du financement des partenaires internationaux (21,62% des fonds) et des paiements directs des familles. La contribution de l'État est d'environ 8% des dépenses totales de santé, un effort qui est presque entièrement

canalisé vers le paiement des salaires et quelques petites interventions. Dans ce contexte, le processus de création d'un Fonds autonome destiné à financer la politique de gratuité est empêché.

TABLEAU 2. DONNEES BUDGETAIRES EN FRANCS CFA (2016-2021). SOURCE : [HTTPS://WWW.PALOPLT-EBUDGETS.ORG/GUINEA-BISSAU/](https://www.paloptl-ebudgets.org/GUINEA-BISSAU/), CONSULTE LE 21 AOUT 2024.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Budget de l'Etat	141.146.661.868	150.092.807.225	222.431.629.296	146.460.868.398	311.693.830.307	253.734.590.000
Budget de la Santé	5.931.591.637	6.716.070.064	17.709.949.987	6.030.435.952	30.009.860.979	19.903.985.000
% budget de la Santé	4,20%	4,47%	7,96%	4,12%	9,63%	7,84%
Fonds exécutés (Santé)	4.626.641.477	4.298.284.841	5.490.084.496	4.824.348.762	8.702.859.684	pas d'information
% exécution du budget (Santé)	78%	64%	31%	80%	29%	pas d'information

Le service public de santé est complété par un secteur privé à but lucratif et à but non lucratif, réglementé par la loi depuis 1990, dont la majeure partie est concentrée à Bissau avec des bureaux, des cliniques hospitalières, des laboratoires de diagnostic et un secteur pharmaceutique solide. En 2016, l'arrêté réglementaire n° 37/GMS/2016 a été publié, approuvant le régime juridique applicable à l'agrément et à la surveillance des cliniques privées et des cabinets médicaux et établissant les exigences auxquelles ils doivent se conformer en matière d'installation, d'organisation et de fonctionnement. Ces structures privées sont situées dans les 11 régions sanitaires, principalement dans les chefs-lieux et certaines réalisent même des interventions chirurgicales, tandis que d'autres fonctionnent comme des cabinets médicaux gérés par des infirmières ou des sage-femmes, légalement autorisées à pratiquer des circoncisions, des pansements et d'autres traitements. Dans le secteur privé à but non lucratif, les missionnaires de l'Eglise catholique (Cáritas) et les organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales sont essentiellement impliqués. Dans ces cas-là, il existe des relations régies par des protocoles de partenariat avec le MINSAP.

L'initiative communautaire est mise en œuvre depuis 2012, et il existe actuellement une couverture nationale d'agents de santé communautaires (ASC) totalisant 3 481 agents, tel que défini dans le PENS 2021-2025, agents qui contribuent de manière significative à la fourniture de soins de santé à travers la promotion de 18 activités essentielles. L'objectif du PSCSC est de promouvoir la santé dans la communauté en facilitant l'accès des populations isolées, éloignées et vulnérables aux soins de santé de base. Les ASC sont les principaux acteurs de la santé communautaire et sont constitués de techniciens de santé. La majorité des ASC sont des hommes, ce qui soulève la pertinence du critère d'équité de genre dans la sélection des ASC, alors que les femmes semblent plus acceptées par les communautés lorsqu'il s'agit de fournir des services de santé (PENS, 2021-2025).

Enfin, en raison de la précarité des services du système de santé, il existe une demande importante de soins dans le secteur traditionnel. Il existe une structure de gestion et de coordination de ce secteur au niveau du MINSAP, insérée dans le Service de Santé Communautaire, avec une Politique de Médecine Traditionnelle Guinée-Bissau et un Plan Stratégique de Médecine Traditionnelle.

1.3 Situation du PEV

1.3.1 Place du PEV dans la politique de santé

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été mis en place dans le pays en 1984 par le Service de Vaccination et de Surveillance Epidémiologique (SIVE) à travers l'arrêté de 2009 du ministère de la Santé publique qui l'a

institutionnalisé. En 2019, le SIVE est passé sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé Maternelle et Infantile (DGSMI). Le SIVE dispose d'un organigramme composé de 7 départements avec un effectif total de 32 techniciens pour la coordination et la gestion du programme.

La stratégie nationale de vaccination (SNV) 2024-2028, validée en juin 2024, tire ses fondements du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2023-2028, de la stratégie régionale africaine pour la vaccination 2021-2030 et de l'Agenda d'immunisation (IA) à l'horizon 2030. Les principes pour la mise en œuvre de la SNV sont les mêmes que ceux définis par l'IA 2030, à savoir : axée sur les personnes, l'appropriation par le pays, fondé sur les partenariats et orientée par les données.

1.3.2 Responsabilités du PEV

La vision de la stratégie nationale de vaccination (SNV) 2024-2028 se décline comme suit : *un système d'immunisation performant, équitable et intégré qui ne laisse personne de côté, quel que soit son âge et le lieu où il se trouve en Guinée Bissau d'ici 2030*. La SNV 2024-2028 a pour but de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination au sein de la population de la Guinée-Bissau et de parvenir à la couverture sanitaire universelle d'ici à 2028.

Les populations cibles du SIVE sont les enfants âgés de 0 à 23 mois et les femmes enceintes. Les antigènes utilisés dans le SIVE sont le vaccin Bacille Calmette-Guérin (BCG), le vaccin Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite B Haemophilus Influenzae type b (DTC-Hep B-Hib, ou Penta), le vaccin oral contre la polio (OPV), le vaccin antipneumococcique conjugué (PCV13), le vaccin inactivé contre la poliomyélite (VPI), le vaccin contre la rougeole (VAR), le vaccin contre le rotavirus, le vaccin contre le méningocoque A (MenA), le vaccin contre la fièvre jaune (VAA) et le vaccin contre le tétanos et la diphtérie (Td) (**Tableau 3**). Avec l'introduction du nouveau vaccin contre le paludisme, l'objectif passera à 5-59 mois la première année, dans le cadre d'une stratégie de rattrapage déjà en place « Big Catch-up », pour les enfants à risque de paludisme grave. Puis la tranche d'âge des enfants éligibles reviendra à 5-23 mois à l'issue de la première année d'introduction.

La stratégie nationale de vaccination 2024-2028 prévoit l'introduction de nouveaux vaccins, à savoir : Rougeole/rubéole, Virus du papillome humain (VPH), Paludisme, Hépatite à la naissance et Vaccin antipoliomyélique injectable (VPI2).

1.3.3 Autres organes impliqués

La direction du SIVE est soutenu dans son fonctionnement par un certain nombre d'organes technique et de coordination que sont :

- Le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) : présidé par le ministre de la Santé Publique avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), il est l'organe décisionnel, d'orientation des stratégies et politiques de vaccination, de plaidoyer et de mobilisation de ressource en faveur de la vaccination. Il a mis en place un comité technique de la vaccination où les partenaires sont représentés.
- Le Comité Technique de Vaccination (CTV), est un organe délibérant et un appui technique à la formation des autorités et des décideurs nationaux en matière de vaccins
- Le Groupe Technique Consultatif national sur la Vaccination (GTCV) a été créé en mars 2023 pour orienter les politiques et les interventions en matière de vaccination sur la base des évidences scientifiques. Il est composé de 13 experts et représentants des partenaires techniques et financiers.

En dépit de ces acquis, il existe des insuffisances dans la gestion et la coordination du programme à tous les niveaux, à savoir :

- Les textes de loi sur la vaccination ainsi que la politique nationale de vaccination ne sont pas encore adoptés ;
- Il n'existe pas de directives claires de vaccination au-delà de la petite enfance y compris le rattrapage des enfants après un an et la vaccination des adultes ;
- L'irrégularité des réunions ordinaires du CCIA avec la démobilisation de certains membres et parties prenantes, de même que les réunions des comités polio ;
- L'absence de ressources (financières, matérielles et espace) pour un bon fonctionnement du GTCV ;
- Les réunions du comité technique de vaccination ne sont pas systématiques pour la routine ;
- La planification, le suivi et l'évaluation des activités du programme ne sont pas optimale : planification non ascendante, non prise en compte des aspects d'équité dans la planification au niveau opérationnel, évaluations irrégulières... ;
- Certains agents ne comprennent pas les politiques de vaccination et la mise en œuvre systématique du paquet intégré dans les activités de vaccination connaît un échec ;
- La retro information est insuffisante à tous les niveaux ;
- L'archivage des documents au niveaux du programme est insuffisant ;
- La faible appropriation du programme par certains acteurs au niveau opérationnel ;
- La coordination inter et intra sectorielle reste insuffisante à tous les niveaux ;
- Le secteur privé, les ONG locales, la société civile et les communautés sont faiblement impliqués dans la mise en œuvre des activités de vaccination

1.3.4 Calendrier vaccinal de routine et populations cibles

Le calendrier vaccinal du PEV des enfants de 0 à 5 ans est donné dans le **Tableau 3**. Le pays a récemment introduit de nouveaux vaccins, notamment au cours de la deuxième année de vie (Mena A, VAR2 et Rougeole-Rubéole prévu en 2025).

TABLEAU 3. CALENDRIER VACCINAL DE ROUTINE EN GUINEE BISSAU

Contact	Age	Antigènes
1	Naissance	BCG VPOb-0
2	6 semaines	PENTA1 PCV13-1 VPOb1 Rota 1
3	10 semaines	PENTA2 PCV13-2 VPOb2 Rota 2
4	14 semaines	PENTA3 PCV13-3 VPOb-3 VPI

5	5-23 mois	RTS,S (1, 2 et 3)*
6	9 mois	VAR1 VAA
7	15-23 mois	VAR2
8	24-36 mois	RTS,S 4*
9	37-59 mois	RTS,S 5*

Ce calendrier est complété par le vaccin contre le tétanos et la diphtérie chez les femmes enceintes :

- Td1 : Premier contact avec la femme enceinte et/ou en âge de procréer
- Td2 : 4 semaines après Td1
- Td3 : 6 mois après Td2
- Td4 : 1 an après Td3
- Td5 : 1 an après Td4

1.3.5 Stratégies de mise en œuvre du PEV

Les enfants éligibles aux antigènes et les autres cibles du PEV sont atteints à travers la mise en œuvre de trois stratégies que sont :

- **La stratégie fixe** au niveau des centres de santé communautaire, postes de santé, centres de santé confessionnels, infirmeries parapubliques et structures privés disposant d'un personnel et d'un équipement approprié. Cette stratégie couvre les cibles vivant dans un rayon de moins de 5 km du centre de santé.
- **La stratégie avancée** est menée par le personnel de santé avec l'appui des agents communautaires (relais et ASC). Elle concerne les cibles résidant dans un rayon de 5 à 15 km du centre de santé.
- **La stratégie mobile** est assurée par l'équipe mobile du district. Elle concerne les cibles vivant à plus de 15 km du centre de santé, les localités d'accès difficile et celles proches des aires de santé non-fonctionnelles. Cette stratégie est notamment utilisée pour un plus grand nombre de personnes, les nomades, les personnes déplacées internes, etc.

Des semaines accélérées de vaccination sont régulièrement organisées par le PEV. Entre 2018 et 2022, le pays a organisé des campagnes nationales de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite. En 2023, une campagne de rattrapage a été organisée avec le MenA au profit des enfants de 1 à 7 ans, et plusieurs campagnes de riposte ont été conduites entre 2021 et 2023 dans le cadre de la lutte contre la COVID-19.

Cependant, les rapports des différentes campagnes ne sont pas souvent disponibles, les évaluations post campagnes n'ont pas toujours été réalisées et les objectifs de couverture ne sont pas toujours atteints. Les campagnes contre le tétanos et la fièvre jaune prévues dans le PPAC n'ont pas été réalisées, mais sont prévues pour le premier trimestre 2025 selon le plan approuvé par Gavi, l'Alliance du vaccin.

La stratégie zéro dose a été développée et est en phase pilote.

1.3.6 Performance du PEV

Selon les données d'estimation de WUENIC (WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage) publiées en 2024, la couverture de vaccination Diphtérie-Tétanos-Pertussis (DTP3) chez les enfants âgés de 1 an

a augmenté de 25% depuis les deux dernières décennies, passant de 49% en 2000 à 74% en 2023. Les couvertures vaccinales sont indiquées sur la **Figure 2** pour les principaux antigènes.

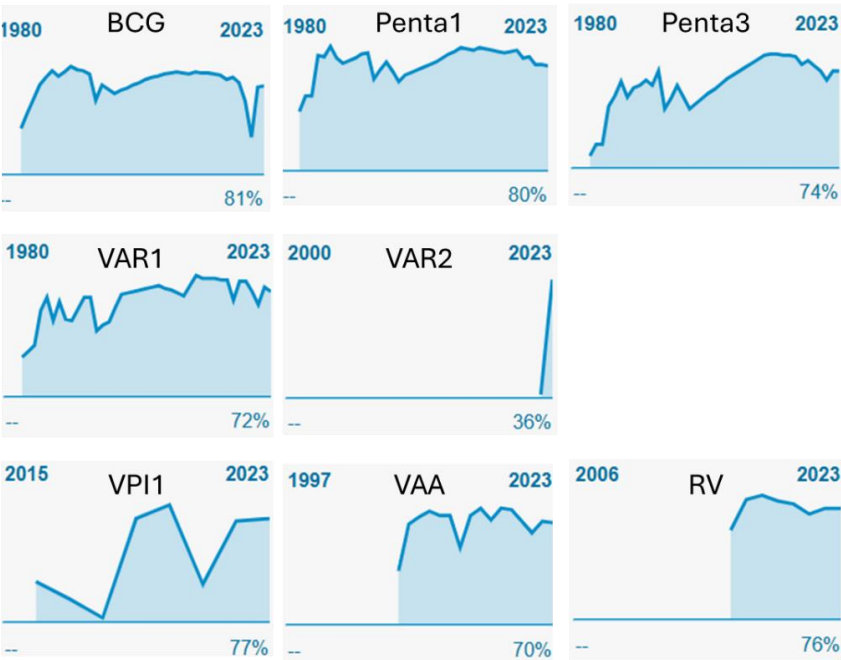


FIGURE 2. TENDANCES DES COUVERTURES VACCINALES EN GUINEE BISSAU (DONNEES WUENIC, 2024).

Dans le pays, le PEV utilise le DHIS2 aux niveaux central et régional pour la gestion des données de vaccination. On note 100% de complétude des rapports de vaccination et une mise à jour régulière des outils de gestion des données et l'utilisation de l'outil ODK surtout pendant les AVS. Un tableau de bord existe également au niveau central pour le suivi des tendances. Entre 2018 et 2022, aucun antigène n'a atteint l'objectif de couverture de 90% fixé dans le Plan Pluriannuel complet (PPAc) (**Figure 3**). Les couvertures administratives ont connu une baisse pour l'ensemble des antigènes entre 2018 à 2021, avec une baisse beaucoup plus importante en 2021 liée en partie à la pandémie de Covid-19.

FIGURE 3. COUVERTURE VACCINALE ADMINISTRATIVE DES PRINCIPAUX ANTIGENES DE 2018 A 2022 (DONNEES DHIS2)



Selon l’ECV 2023, la couverture vaccinale du Penta 3 est de 85%. La couverture du vaccin antirougeoleux (VAR ou VAS sur les figures en portugais) est restée constamment faible en dessous de 80% durant la période, ce qui pourrait expliquer la survenue des flambées de rougeole observées. Seule la région de Bolama a atteint 80%. La couverture du Td2+ est particulièrement basse et est restée en dessous de 50% sur les 5 dernières années nécessitant des actions vigoureuses. Le pays a introduit la deuxième dose du vaccin VAR (VAR2) en 2022. En 2023, le taux de couverture VAR2 était de 50.5%).

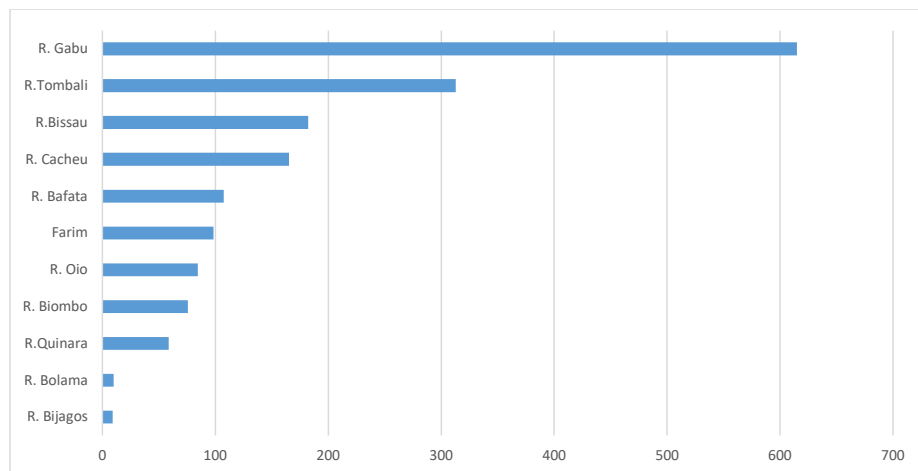
Le nombre d’enfants Zéro Dose (ZD) et de sous vaccinés était en croissance entre 2018 et 2023, passant de 8% à 19% pour les ZD et de 18% à 26% pour les sous vaccinés (Tableau 4). Le taux d’abandon entre Penta1 et Penta3 est passé de 16,6% en 2021, à 7,7% en 2022, puis 8,2% en 2023. Selon les mêmes sources, le taux d’abandon pour la deuxième dose du vaccin anti-rougeole (VAR2) est de 51,8% en 2023, ce qui peut s’expliquer par l’introduction très récente de la deuxième dose dans le pays.

TABEAU 4. TENDANCE D LA PROPORTION D’ENFANTS ZERO DOSE (ZD) ET DU TAUX D’ABANDON PENTA1-PENTA 3 DANS LE PAYS, DE 2018 A 2023. SOURCE : DONNEES ADMINISTRATIVES

Année	cible (enfants survivants 0-11 mois)	Nb Penta1	Zero Dose	% ZD	Nb Penta3	Taux d'abandon Penta1-Penta3
2018	65031	60116	4915	7,6%	54474	9,4%
2019	66461	57141	9320	14,0%	51876	9,2%
2020	65399	56002	9397	14,4%	47891	14,5%
2021	65584	50879	14705	22,4%	42456	16,6%
2022	70995	57051	13944	19,6%	52674	7,7%
2023	72712	58693	14019	19,3%	53877	8,2%

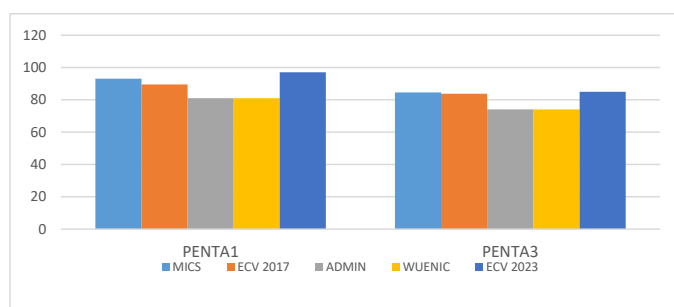
La région de Gabu enregistre le plus grand nombre d'enfants ZD (**Figure 4**), suivie de la région de Tombali, SAB et Cacheu. Ces 4 régions concentrent plus de 60% des ZD, ce qui corrobore l'idée selon laquelle les ZD sont surtout localisées dans les grandes villes. Les régions insulaires enregistrent les plus faibles nombres de ZD.

FIGURE 4. CARTOGRAPHIE DES ENFANTS ZD. SOURCE : ECV 2023.



Cependant, la qualité des données est préoccupante car les chiffres varient en fonction des sources (**Figure 5**), ce qui ne permet pas une estimation correcte des enfants Zéro Dose. Les résultats des enquêtes notent des couvertures vaccinales supérieures aux données administratives et WUENIC. Ainsi l'ECV de 2023 notait une CV de 97% pour le Penta 1 et 85% pour le Penta 3, contre une CV administrative de 81% pour le Penta 1 et 74% pour le Penta3 en 2022, soit un écart de 16 points (Penta 1) et de 11 points (Penta 3). Cette même tendance est observée avec l'ECV 2017 et le MICS 2018-2019.

FIGURE 5. ESTIMATIONS DES COUVERTURES VACCINALES PENTA 1 ET PENTA 3 EN 2023 EN FONCTION DES SOURCES DE DONNEES. SOURCE : STRATEGIE NATIONALE D'IMMUNISATION 2024.



Selon le rapport ECV 2023, la proportion des enfants complètement vacciné avant 1 an était de seulement 16%. Le taux d'abandon entre le Penta1 et le Penta 3 reste élevé avec 12% en moyenne sur le pays, de 3,5% à Bijagós à plus de 14% dans les régions de Gabú, Tombali, Farim, Quinara et Oio). Le taux d'abandon entre le Penta 3 et

le VAS1 est de 32% au niveau national et est plus élevé dans les régions du Sud (Tombali, Quinara, et Farim avec plus de 40%). Au niveau national, les données administratives de couvertures vaccinales sont présentées dans le **Tableau 5** et montrent des tendances variables depuis 2018 en fonction des antigènes.

TABLEAU 5. COUVERTURE VACCINALE ADMINISTRATIVE NATIONALE.

Couverture (%) / Période	2018	2019	2020	2021	2022	2023
BCG	89	84	67	34	80	81
Penta1	84	62	63	23	51	80
Penta3	3	77	74	66	76	74
VPO3	82	78	74	67	74	74
PCV3	82	78	74	66	74	74
Rota3	85	81	79	72	76	76
VAR1	79	79	72	63	75	72
VAR2	80	79	71	63	71	70
Td2+	47	43	36	15	30	87
Abandon (%) entre Penta1/Penta3	11	9	14	13	8	6
Abandon (%) entre BCG-VAR 1	16	12	-1	-73	12	17

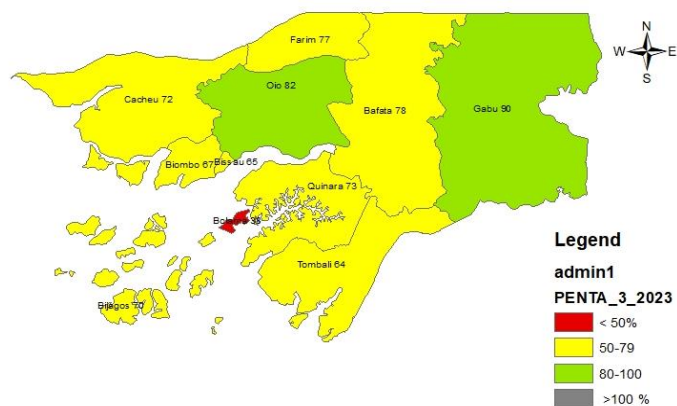
La répartition de la couverture vaccinale Penta 1 entre 2018 et 2023 est donnée par région sanitaire dans le **Tableau 6**. En 2023, selon les données administratives, les régions de Gabú, Farim, Oio et Bafatá présentent les CV Penta 1 les plus élevées (>80%), tandis que la couverture CV Penta 1 n'est que de 32% dans la région de Bolama.

TABLEAU 6. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE LA COUVERTURE PENTA1, PAR REGION SANITAIRE, DE 2018 A 2023. *SOURCE : DONNEES ADMINISTRATIVES*

Régions Sanitaires	Cible (enfantssurvivants 0-11 mois)						CV Penta1 (%)					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2018	2019	2020	2021	2022	2023
BAFATA	9379	9771	9443	9474	10739	11103	103%	86%	93%	94%	81%	81%
BIJAGOS	920	920	920	921	921	921	79%	72%	62%	69%	66%	64%
BIOMBO	3433	3490	3442	3447	3781	3892	88%	84%	84%	77%	74%	74%
BOLAMA	399	338	399	399	493	570	44%	64%	47%	55%	43%	32%
CACHEU	7959	7953	7983	7995	8261	8374	85%	89%	83%	74%	76%	77%
FARIM	2013	2150	2023	2028	2462	2580	91%	103%	117%	100%	84%	88%
GABU	9018	9393	9054	9073	10248	10575	116%	109%	115%	104%	96%	103%
OIO	7197	7512	7238	7258	8452	8814	109%	93%	92%	85%	88%	86%
QUINARA	2690	2745	2697	2701	2936	3009	124%	84%	87%	67%	80%	72%
SAB	17901	17982	18064	18146	18229	18312	99%	70%	69%	57%	74%	72%
TOMBALI	4123	4206	4136	4142	4472	4561	-36%	84%	83%	67%	79%	77%

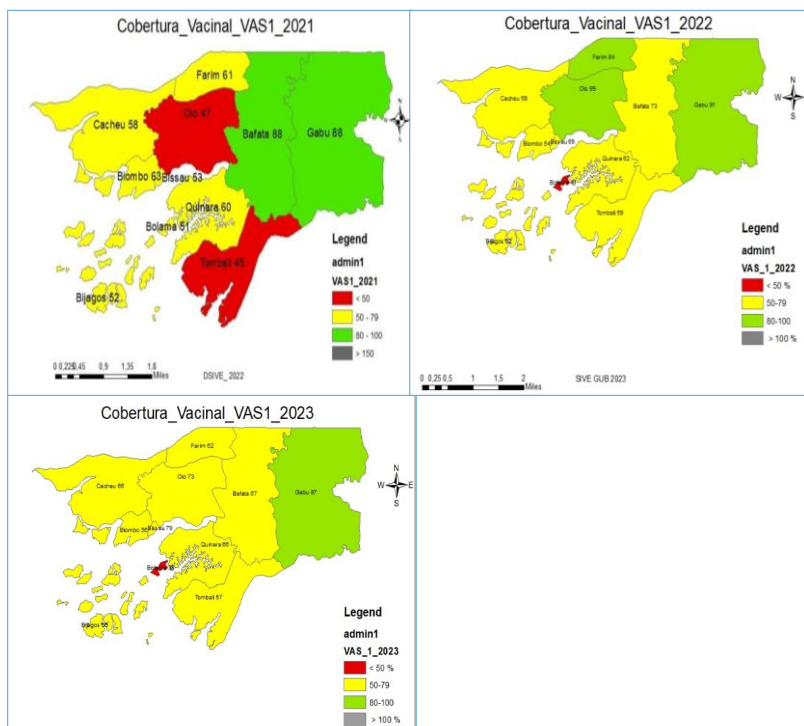
Pour ce qui est des couvertures vaccinales Penta3, selon les données administratives en 2023, les plus élevées sont observées dans les régions de Gabú (90%) et Oio (82%) (**Figure 6**). La région de Bolama a une CV Penta 3 bien inférieure à 50%. Dans les autres régions, la CV Penta3 oscille entre 64% (Tombali) et 78% (Bafatá).

FIGURE 6. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE LA COUVERTURE PENTA3, PAR DISTRICT, EN 2023. *SOURCE : DONNEES ADMINISTRATIVES*



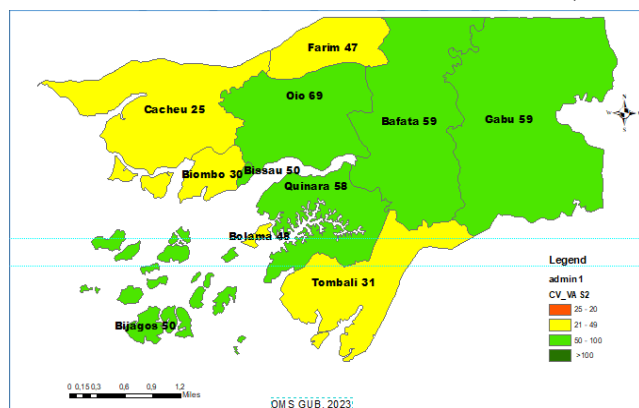
La **Figure 7** donne la répartition géographique de la couverture du vaccin antirougeoleux dose 1 en 2021, 2022 et 2023.

FIGURE 7. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE LA COUVERTURE VAR1 (VAS1 SUR LA FIGURE) DE 2021 A 2023, PAR REGION. *SOURCE : DONNEES ADMINISTRATIVES*



La deuxième dose du vaccin contre la rougeole (VAR2 ou VAS2), fut introduite en octobre 2022 au niveau du PEV de Guinée Bissau avec comme objectif intermédiaire d'atteindre une couverture d'au 50% en décembre 2023. En fin 2023 6 des 11 régions (soit 55%) ont pu atteindre cet objectif (**Figure 8**). Avec cette performance de 50% de régions qui ont pu atteindre l'objectif escompté pour ce vaccin aux enfants en seconde année de vie, l'espoir est permis pour le vaccin contre malaria dont la cible est également composée des enfants d'au moins en deuxième année de vie.

FIGURE 8. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE LA COUVERTURE VAR2 EN 2023, PAR REGION. SOURCE : DONNEES ADMINISTRATIVES



Il est à noter que la pandémie de COVID-19, avec l'adoption des mesures de riposte, a entraîné des répercussions sur le système de santé en général et sur le programme élargi de la vaccination (PEV) en particulier. Cela s'est traduit par la baisse de fréquentation des centres de santé au début de la pandémie en raison de rumeurs, par la surcharge de travail des agents du fait des activités de riposte, par le report ou le décalage des activités de vaccination de routine (introduction des nouveaux vaccins, campagnes de vaccination...), et par le retard dans le décaissement des fonds pour les activités opérationnelles. Tout ceci a eu comme conséquences, une faible réalisation des activités de routine avec une baisse importante des couvertures vaccinales. A titre d'exemple, de 2018 à 2021, la couverture vaccinale du penta 3 est passée de 82% à 67% et la première dose de rougeole, de 79 à 63%. Toutefois, la crise de la COVID-19 a aussi été l'occasion de dynamiser le partenariat dans le domaine de la vaccination, d'améliorer le système de surveillance des MEV et des MAPI – avec notamment la mise en place des centres d'isolement et de contrôle aux points d'entrée et la réactivation des comités MAPI, et de renforcer le PEV en équipements de la chaîne de froid et dans l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (réunions virtuelles, utilisation des outils ODK, Kobo pour la collecte des données...).

Au niveau infranational, toutes les 11 régions sanitaires sont dotées d'une équipe de 7 à 12 membres, et disposent d'un responsable PEV qui assure la mise en œuvre des activités du programme élargi de vaccination sous le leadership du Directeur régional de la santé. Au niveau des aires de santé, la mise en œuvre du programme est assurée par une équipe sous la supervision du responsable d'aire de santé (RAS). Le ministère de la santé dispose d'un plan national de renforcement des ressources humaines pour la période 2023-2030. Ces dernières années, l'équipe du niveau central a connu un renforcement : augmentation du nombre d'agents (de 10 agents en 2018, cet effectif est passé à 24 en 2023) ; formations de certains acteurs du niveau central à travers le cours MLM ;

existence d'un organigramme avec une description des postes et des tâches. Toutes les directions régionales de la santé disposent de responsable PEV et il existe une école publique et des écoles privés qui assurent la formation de base des différentes catégories de personnel de santé.

Toutefois il existe de nombreux obstacles à la gestion optimale des ressources humaines :

- Répartition inégale des ressources humaines sur le territoire ;
- Ressources humaines insuffisantes en quantité et en qualité : au niveau central certaines compétences doivent être renforcées (planification, suivi évaluation, épidémiologie, vaccinologie, communication), au niveau opérationnel (aires de santé) il existe un cumul de poste avec surcharge de travail des agents, certaines aires de santé ne disposent qu'un seul agent. Cette situation est aggravée par la mobilité du personnel formé ;
- Besoins en Agents de Santé Communautaires qui ne sont pas présents dans les centres urbains ;
- Démotivation des agents de santé à tous les niveaux, en partie liée à l'absence de mesures incitatives (motivations pécuniaires, reconnaissances...), les bas salaires et les conditions de travail précaires ;
- Supervisions irrégulières et inefficaces (pas de trace, pas de rapport, pas de plan d'amélioration)
- Insuffisance du volet vaccination dans les programmes scolaires et absence de mise à jour régulière des curricula de formation ;
- Faiblesse de la formation continue du personnel sur la vaccination (surtout au profit des nouveaux agents, des agents de sante communautaires) ;
- Absence de plan de formation continue et de mécanisme de suivi du personnel formé ;
- Absence de Termes de Référence pour les points focaux du PEV ;
- Insuffisance dans la prise en compte du genre dans la répartition des ressources humaines : la grande majorité des responsables PEV au niveau régional sont des hommes (9/11), au niveau central sur un effectif de 24, il n'y a que 7 femmes.

La mise en œuvre des stratégies de vaccination n'est pas optimale : en 2023, le taux de réalisation des stratégies avancées était de 23% tandis que les stratégies mobiles étaient à 1% de réalisation. Les obstacles sont principalement, l'insuffisance du personnel, le manque de motivation, l'absence et le retard de transfert de fond au niveau opérationnel, le manque de moyens de transport. On note une insuffisance d'intégration des services de vaccination aux autres activités des soins de santé primaires (nutrition, santé sexuelle et reproductive...) entraînant des occasions manquées de vaccination.

Des solutions sont d'ores et déjà organisées pour répondre à ces obstacles, avec notamment des formations pour les équipes centrales et décentralisés du PEV (prévu dans le budget reprogrammé de Gavi CDS3); le renforcement des supervisions formatives (prévues dans le budget reprogrammé du RSS2 pour 2024/2025); une analyse genre conclue et une assistance technique genre intégrée au MINSAP qui démarrera fin 2024. L'appui à l'introduction du vaccin contre le paludisme viendra renforcer les interventions du programme de vaccination et du programme de lutte et prévention contre le paludisme.

Par ailleurs, au cours de ces dernières années la Guinée-Bissau avec l'appui de Gavi et d'autres partenaires techniques et financiers (PTF) a pu acquérir et installer 334 équipements solaires/électricité, 287 glacières et 1,212 portes-vaccins, 3 véhicules frigorifiques (frigorifettes) de 20 m3 chacun pour le transport des vaccins, 2 camions 10 tonnes pour les consommables et 76 motos pour les formations sanitaires.

1.3.7 Leçons apprises de l'introduction de nouveaux vaccins

La Guinée-Bissau a introduit le vaccin contre la méningite (Men A) en 2018, et la deuxième dose du vaccin anti-rougeole en 2023, ce qui a permis l'extension du calendrier vaccinal chez les enfants de 11 mois à 23 mois. Suite à la pandémie COVID-19, le pays a introduit le vaccin contre le coronavirus chez les individus âgés de 18 ans et plus. En revanche, le vaccin contre HPV qui était prévu dans le PPAC 2018-2022 n'a pu être introduit.

Ces introductions restent insuffisantes au regard du contexte épidémiologique du pays et de la disponibilité des vaccins sur le plan international, des procédures claires pour la vaccination tardive ne sont pas disponibles et le PEV actuel ne prend pas en compte les enfants au-delà de deux ans, les adolescents, les adultes, les personnes âgées et les travailleurs, de même que les voyageurs.

En termes de gestion des données, l'analyse des données avec les agents, la triangulation des données administratives avec d'autres sources, et la prise de décision n'est pas systématique dans toutes les régions lorsque la couverture est faible. La gestion des données n'est pas informatisée au niveau périphérique et l'harmonisation et les validations ne sont pas réalisées régulièrement. Les applications de collecte de données de routine (Kobo Collect et ODK) ne sont pas utilisées suffisamment. Par ailleurs, il n'y a pas d'intégration des indicateurs de communication et des MAPI dans le rapport mensuel de vaccination de routine et le DHIS2.

L'introduction de nouveaux vaccins a contribué à renforcer la capacité du SIVE via :

- L'augmentation de la capacité de stockage au niveau central, régional et opérationnel avant l'introduction.
- La formation en cascade des agents de santé : techniciens du niveau central, puis ceux du niveau régional puis tout le niveau opérationnel. Cette série de formations a permis d'améliorer les connaissances des acteurs et la qualité de prestation du service.
- Les cérémonies officielles d'introduction des nouveaux vaccins qui ont permis d'assurer une large diffusion d'informations du public avec une grande mobilisation, engagement et motivation.

L'insuffisance dans le suivi de taux de perte de vaccins ne facilite pas une quantification fiable des besoins ;

- L'insuffisance de monitoring des registres de vaccination dans les centres de santé réduit le contrôle de taux d'abandon ;
- L'évaluation de la mise en œuvre de l'introduction permet la révision de la stratégie ;
- L'implication des acteurs du niveau opérationnel dans la planification facilite une meilleure mise en œuvre ;
- L'insuffisance de sensibilisation des cliniciens à l'introduction de nouveaux vaccins a résulté à l'insuffisance de la communication interpersonnel lors de consultations ;
- L'insuffisance de suivi post- introduction réduit la performance de prestation de service ;
- La mise en place d'un système de notification et de suivi des MAPI permet de documenter les effets secondaires liés au nouveau vaccin et d'accroître son acceptabilité.

L'expérience acquise lors de l'introduction de ces vaccins contribuera à faciliter l'introduction du vaccin contre le paludisme. Par ailleurs, ces derniers temps, la Guinée Bissau a bénéficié d'un renforcement de la logistique dans le cadre de la vaccination contre la COVID-19, d'un renforcement des activités des relais communautaires dans le cadre de la réponse communautaire à la COVID-19, et d'un recrutement d'ASCs qualifiés.

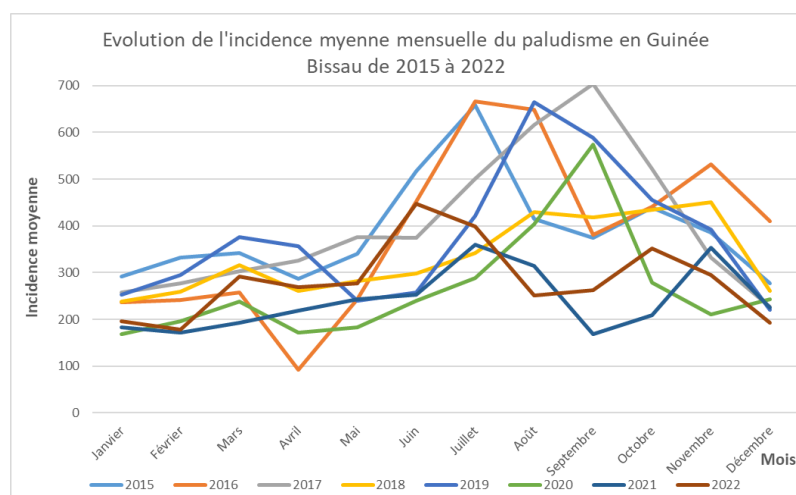
1.4 Le paludisme en Guinée Bissau

1.4.1 Epidémiologie du paludisme

Globalement, le paludisme demeure un problème de santé publique dans le monde. En 2022, le nombre de nouveaux cas était estimé à 249 millions contre 244 millions en 2021. Les décès étaient estimés à 608 000 décès en 2022 contre 610 000 en 2021. La région africaine de l'OMS représente 95% des décès, avec une létalité de 0,24% en 2022 (OMS, 2023).

En Guinée-Bissau, le paludisme est endémique en Guinée-Bissau avec une transmission stable sur tout le pays de janvier à juin, et une transmission forte saisonnière avec une augmentation des cas lors de la saison des pluies, de juillet à décembre (**Figure 9**). Les quatre mois où la transmission du paludisme est la plus élevée au cours de cette période s'étendent d'août à novembre. L'ensemble de la population est à risque.

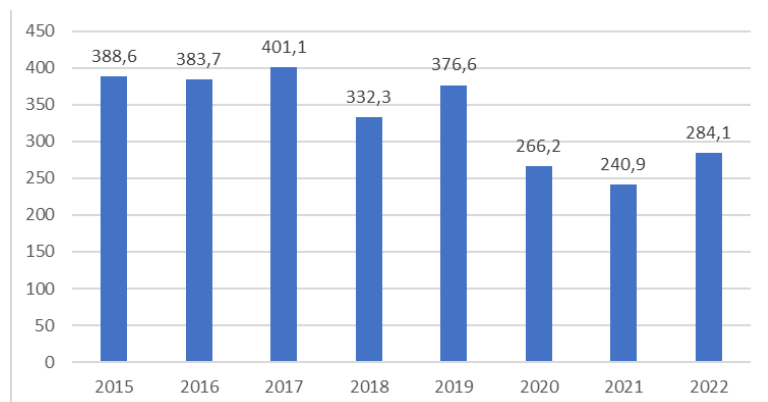
FIGURE 9. GRAPHIQUE DE SAISONNALITE DES CAS DE PALUDISME (INCIDENCE MOYENNE MENSUELLE) DE 2015 A 2022 EN GUINEE BISSAU. SOURCE : PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2023-2027



En dépit de la mise en œuvre des interventions majeures recommandées par l'OMS, telles que la distribution des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA), la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS), le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPIg), le diagnostic, et la prise en charge des cas, le fardeau du paludisme reste encore très élevé dans le pays. En 2022, 185 161 cas de paludisme ont été confirmés par TDR ou goutte épaisse en Guinée Bissau, dont environ 26 668 (14 %) chez les enfants de moins de cinq ans. Au cours de la même période, 461 décès ont été enregistrés, dont 118 (26%) chez des enfants de moins de cinq ans. La létalité globale était de 0,24%.

L'incidence du paludisme est variable selon les années (**Figure 10**) et en fonction des régions sanitaires (**Figure 11**).

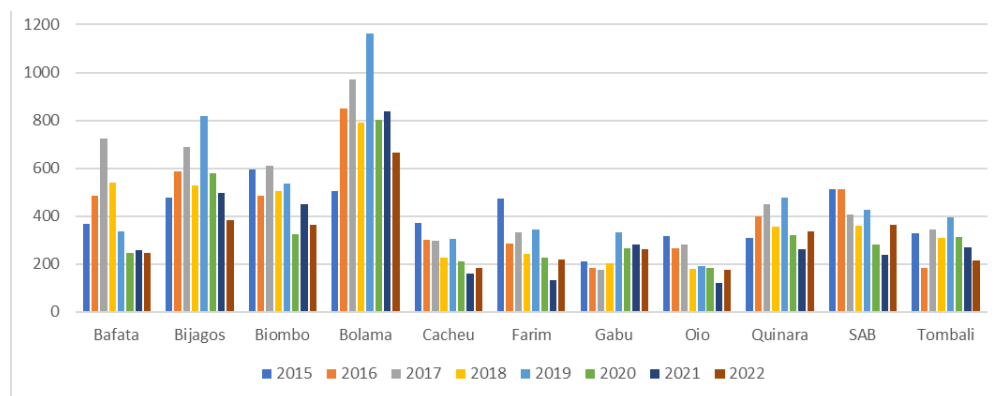
FIGURE 10. INCIDENCE ANNUELLE DU PALUDISME EN GUINEE-BISSAU (NOUVEAUX CAS POUR 1000 PERSONNES A RISQUE) DE 2015 A 2022. SOURCE : DONNEES PNLP 2023.



Selon les données du PNLP, l'incidence annuelle est en baisse depuis 7 ans, passant de 388,6 cas pour 1000 en 2015 à 240,9 cas annuels pour 1000 en 2021. La tendance s'est néanmoins inversée en 2022 avec une incidence annuelle observée de 284,1 cas pour 1000.

Ces données montrent un maintien de l'incidence annuelle dans l'échelon de 250 et 450 cas pour 1000 habitants exposés, ce qui classe la Guinée Bissau comme pays à transmission modérée. Les régions de Bolama, Bijagós et Biombo présentent les taux d'incidence les plus élevés, suivies de près par les régions de SAB, Quinara, Gabú, Bafatá et Tombali (**Figure 11**). C'est ce qui a servi de critère de sélection pour l'introduction du vaccin contre le paludisme.

FIGURE 11. INCIDENCE ANNUELLE DU PALUDISME PAR REGION SANITAIRE DE 2018 A 2022. LES CELLULES EN ROUGE DANS LE TABLEAU INDIQUENT DES INCIDENCES ANNUELLES SUPERIEURES A 250 CAS POUR 1000. SOURCE : DONNEES PNLP GUINEE-BISSAU 2023.



	Bafata	Bijagos	Biombo	Bolama	Cacheu	Farim	Gabu	Oio	Quinara	SAB	Tombali
2015	367	478	594	505	372	474	211	317	310	511	330
2016	483	588	486	851	302	285	183	265	397	511	184
2017	724	687	612	970	298	332	177	280	450	406	345
2018	540	526	504	791	225	242	201	181	357	361	307
2019	336	819	537	1 163	304	345	334	192	476	426	394
2020	244	580	326	804	209	228	265	182	319	281	311
2021	257	496	449	837	158	133	282	120	262	237	270
2022	247	382	362	667	185	217	263	176	337	363	215

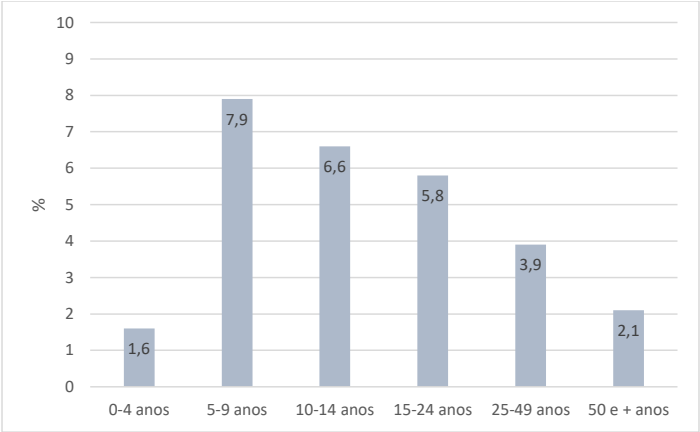
Le PNLP n'a pas réalisé une étude de prévalence du paludisme pour la stratification du pays. Cependant, selon le rapport d'étude réalisé par le Projet « Santé de Bandim » (PSB) en 2020 pour évaluer l'impact de la campagne de distribution universelle de MILDA, la prévalence du paludisme chez les enfants âgés de 6 à 59 mois était de 3,6% au niveau national ; les régions sanitaires ayant la prévalence la plus élevée étaient Gabú (13%), Bafatá (8,2%) et Farim (7,2%). Chez les individus âgés de 5 ans ou plus, la prévalence était de 7,8%, avec une prédominance des régions sanitaires de Gabú (24%), Bafatá (20%) et Farim (12%), avec Biombo à l'extrême opposé (0,9%). Une forte augmentation du taux de prévalence du paludisme dans le pays a été constatée par rapport à 2017, passant de 0,7% à 3,6% dans la tranche d'âge de 6 à 59 mois, et de 4,2% à 13% chez les 5 ans et plus. Cette augmentation est sûrement due, au moins en partie, à l'amélioration de l'enregistrement et de la déclaration des cas de décès à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris communautaire, et dans l'ensemble des secteurs, public et privé. Les résultats de la dernière enquête nationale sur les indicateurs du paludisme (MIS 2023) sont disponibles depuis septembre 2024. Ils montrent que la prévalence en population générale a chuté de façon significative entre 2020 (6,4%) et 2023 (3,1%). Entre 2020 et 2023, la prévalence est passée de 3,6 % à 1,6 % chez les enfants de 6 à 59 mois, et de 7,8 % à 5,0 % chez les personnes de 5 ans et plus. La baisse a été significative dans les régions où la prévalence était la plus élevée en 2020, à savoir Gabú, Bafatá et Farim, mais aussi à Quinara et Tombali. Cependant, dans la région de Gabú et Bafatá, on observe toujours un niveau élevé de prévalence, en particulier chez les personnes de plus de cinq ans.

TABLEAU 7. PREVALENCE (EN %) DU PALUDISME PAR TRANCHE D'ÂGE ET PAR REGION SANITAIRE EN GUINEE-BISSAU. SOURCE :DONNEES MIS 2023) .

Population	Bafata	Bijagos	Biombo	Bolama	Cacheu	Farim	Gabu	Oio	Quinara	SAB	Tombali	TOTAL Guinée B.
Tout age	5,1	0,1	1,2	0,7	0,8	0,7	12	1	1,1	1	3	3,1
6-59 mois	1,9	0	0,9	0	0,7	0	5,1	0,6	0,7	1	1	1,6
≥5 ans	9,3	0,2	1,6	1,6	1	1,9	19	1,5	1,5	1	6	5

En 2023, la prévalence est donc plus faible chez les enfants de moins de cinq ans, augmentant et atteignant un pic dans la tranche d'âge de 5 à 9 ans (7,9 % ; IC : 5,8-11), après quoi elle diminuait avec l'augmentation de la tranche d'âge (Figure 12).

FIGURE 12. PREVALENCE DU PALUDISME PAR TRANCHE D'AGE EN GUINEE-BISSAU. SOURCE : ENQUETE MIS 2023.



Jusqu’à 2023, les données du PNLP ne permettaient pas de réaliser une analyse de prévalence stratifiée par âge inférieur à 59 mois. Les analyses récentes du MIS 2023 montrent que la prévalence a tendance à augmenter à partir de 2 ans d’âge (**Tableau 8**).

TABLEAU 8. PREVALENCE DU PALUDISME STRATIFIEE PAR GROUPE D'AGE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS. SOURCE : MIS2023.

Groupe d'âge	TDR+/Testés	%(95% IC)
6-11 mois	1/609	0,6 (0,1-4,2)
12-23 mois	5/878	0,4 (0,2-1,1)
24-35 mois	19/943	1,2 (0,7-2,2)
36-47 mois	24/1011	2,4 (1,3-4,3)
48-59 mois	24/859	2,9 (1,6-5,2)

Chez les moins de 5 ans, la proportion des décès liés au paludisme représente 21,78%, et parmi les décès liés au paludisme 77% sont des enfants de moins de 5 ans. Les indicateurs de létalité et de mortalité sont à la hausse depuis 2018 (**Tableau 9**), la létalité passant de 1,4 décès pour 1000 cas en 2018 à 2,5 décès pour 1000 cas en 2022, et la mortalité passant de 13 décès pour 100 000 habitants en 2018 à 19,5 décès pour 100 000 habitants en 2022. Le nombre de cas et de décès signalés était de 143 554 et 296 respectivement en 2017, de 152 483 et 336 respectivement en 2020, et de 185 161 et 461 respectivement en 2022. Cette augmentation observée est certainement liée à l’amélioration de l’enregistrement et de la notification des cas de décès à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans tous les secteurs (publics et privés), y compris au niveau communautaire, à l’utilisation gratuite des outils de diagnostic, à l’application de la politique de diagnostic et de traitement, ainsi qu’à l’encadrement des formations des agents de santé.

TABLEAU 9. LETALITE ATTRIBUEE AU PALUDISME DANS TOUS LES GROUPES D'AGE DE 2016 A 2022 DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES CONVENTIONNELS. *SOURCE : DONNEES DHIS2 2022.*

Années	Bafatá	Bijagós	Biombo	Bolama	Cacheu	Farim	Gabú	Oio	Quinara	SAB	Tombali	Létalité Moyenne
2016	0,53%	0,40%	0,33%	0,08%	0,08%	0,07%	2,87%	0,14%	0,27%	0,00%	0,33%	0,34%
2017	0,43%	0,12%	0,06%	0,00%	0,13%	0,15%	0,59%	0,06%	0,17%	0,94%	0,33%	0,49%
2018	0,46%	0,15%	0,22%	0,17%	0,02%	0,15%	0,31%	0,37%	0,15%	0,31%	0,36%	0,30%
2019	1,06%	0,18%	0,47%	0,12%	0,08%	0,06%	0,31%	0,40%	0,12%	0,52%	0,22%	0,44%
2020	0,95%	0,32%	0,12%	0,08%	0,09%	0,04%	0,25%	0,66%	0,40%	0,65%	0,16%	0,47%
2021	1,13%	0,16%	0,58%	0,00%	0,15%	1,17%	0,19%	0,82%	0,24%	1,03%	0,44%	0,69%
2022	1,19%	0,05%	0,10%	0,29%	0,34%	1,03%	0,19%	0,74%	0,26%	1,48%	0,40%	0,94%
Létalité Moyenne	0,63%	0,18%	0,24%	0,09%	0,10%	0,25%	0,48%	0,34%	0,20%	0,60%	0,27%	0,45%

Au-delà des pertes en vies humaines, le paludisme affecte également l'économie nationale par la réduction du produit national brut (PNB) du fait des journées de travail perdues par les personnes actives, entrave la scolarité des enfants et le développement social et pèse lourdement sur le système de santé dans les formations sanitaires.

1.4.2 Traitement

En 2022, sur les 185 161 cas confirmés, 85 % (157 418) ont reçu un traitement ACT et 8% (14 196) ont été traités avec de l'artésunate injectable. Les indicateurs de diagnostic et les indicateurs de prise en charge du paludisme se sont progressivement améliorés grâce à la formation des techniciens, au respect du protocole PNLP, à l'encadrement des formations et à une meilleure gestion des données. Dans les formations sanitaires, les cas de paludisme grave sont traités par Artésunate injectable dans les structures de type A et B, sauf pour les patients présentant des effets indésirables à l'Artésunate, auquel cas l'utilisation de quinine injectable est recommandée. En cas de paludisme simple, le traitement est réalisé avec le traitement combiné d'Arthemeter et de Lumefantrine dans toutes les structures.

1.4.3 Prévention

En 2020, la 4^{ème} campagne de distribution universelle de MILDA a été réalisée dans le pays, dont l'objectif était de couvrir 100 % de la population générale, c'est-à-dire de mettre 1 MILDA à la disposition de 1,8 personne. Selon le rapport final de l'évaluation de l'impact de la distribution de la MILDA (PSB, Rapport MIS 2020), la proportion de ménages ayant eu au moins une MILDA était de 93% et le ratio d'habitants par MILDA reçue pendant la campagne était de 2,4. Selon le même rapport, la couverture universelle, c'est-à-dire la proportion de tous les individus ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête, était de 84 %. Concernant les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, les proportions étaient respectivement de 89 % et 88 %. Au cours des 5 dernières années, des activités de distribution de routine et de promotion de l'utilisation de MILDA chez les enfants ont été réalisées lors des séances de vaccination et de stratégies avancées dans toutes les structures de santé publique du pays. Le nombre de MILDA distribuées au cours des séances de vaccination a fluctué entre 2018 et 2020, diminuant considérablement de 2020 (50 504 MILDA distribuées) à 2022 (38 008 MILDA distribuées). Cette baisse s'explique par les facteurs suivants : ruptures du BCG ; mesures restrictives liées au Covid-19 ; grèves dans le secteur de la

santé ; suspension des techniciens. Les objectifs 2027 fixés par le 5^{ème} plan sont que 95% de la population générale dorme sous MILDA d'ici 2027, notamment en ciblant les femmes enceintes et les enfants de moins d'un an lors des séances de CPN et de vaccination, ainsi que lors des stratégies avancées et des campagnes de distribution universelle de masse. Pour la prochaine campagne de distribution massive MILDA en 2026, une enquête des foyers sera réalisée lors dans les 11 régions sanitaires. Des tablettes seront achetées pour collecter les données du recensement des ménages (AF) et distribuer des moustiquaires. Les agents de santé seront formés à l'utilisation des tablettes. Il est à noter que dans les années qui suivront la distribution universelle, les moustiquaires ne seront distribuées qu'aux enfants de moins de 1 an lors des séances de vaccination et aux femmes enceintes lors des CPN.

La chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) consiste en l'administration intermittente d'une dose curative d'une combinaison de médicaments antipaludiques pendant la période de forte transmission du paludisme pour sa prévention. Les médicaments utilisés pour le CPS sont la Sulfadoxine-Pyriméthamine + Amodiaquine (SP + AQ) administrés à tous les enfants âgés de 3 mois à 120 mois¹ dans les régions cibles et zones de santé éligibles. L'administration d'au moins 3 doses de (SP + AQ) se fait par voie orale, à un mois d'intervalle, pendant la période de forte transmission du paludisme en Guinée-Bissau (juillet à novembre). L'objectif du plan actuel est que d'ici à 2027, au moins 98% des enfants âgés de 3 à 120 mois soient couverts par la CPS avec SP +AQ dans les zones cibles. Les ASC seront utilisés pour administrer les médicaments aux enfants du groupe d'âge en question.

La prévention du paludisme chez la femme enceinte par l'administration gratuite d'un traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine-Pyriméthamine lors des Consultations Prénatales (CPN) est réalisée dans toutes les structures de santé publique du pays. De 2018 à 2022, la couverture en TPIg 1, 2 et 3 a évolué de manière irrégulière.

Dans le plan stratégique 2018-2022, la lutte antivectorielle (LAV) constitue une stratégie majeure dans la lutte contre le paludisme en Guinée Bissau. Cependant, le volet LAV et la gestion de la résistance aux insecticides n'ont pas été mis en œuvre dans le pays.

Le cinquième Plan stratégique de lutte contre le paludisme prévoit l'utilisation du vaccin RTS,S01 comme nouveau moyen de prévention du paludisme dans le pays. Cette intervention

Des activités IEC/CMC sont menées dans toutes les structures de santé du pays, lors des CPN, des séances de vaccination et autres activités. Chaque année, des messages sont produits sous forme de reportages et de pièces de théâtre destinés à être diffusés sur TV GB. L'UNICEF mène également des activités IEC/CMC/MS à travers les radios communautaires tout au long de l'année. Ces activités s'adressent particulièrement aux femmes enceintes et aux personnes qui s'occupent des enfants, qui constituent la population cible des interventions du PNLP.

1.4.4 Surveillance

En ce qui concerne le recueil des données de surveillance, le volet DHIS2/RTM (Real-time Monitoring) a été introduit début 2022 après la formation des chefs d'espaces de santé et de leurs adjoints. Ce RTM a été progressivement mis en œuvre dans les AS (environ 145) et consiste en une saisie quotidienne des données au niveau des AS. En mai-juin 2022, 15 des 19 structures confessionnelles privées ont reçu une formation à l'utilisation du RTM pour la surveillance épidémiologique. Le Système d'Information de Gestion Logistique (SIGL) du programme Paludisme a été introduit à titre pilote dans 2 régions (Bafatá et Quinara), en février 2022. Le RTM

¹ Initialement la tranche d'âge visée par la CPS était de 3 à 59 mois, mais compte tenu des données épidémiologiques montrant que la prévalence des parasites dans la tranche d'âge de 5 à 14 ans est supérieure, la nouvelle orientation du 5^{ème} plan stratégique est d'administrer SP+AQ aux enfants âgés de 3 à 120 mois dans les régions éligibles.

(eLMIS), grâce à la saisie quotidienne des données, a permis d'associer les données de consommation de produits de prévention et de diagnostic (ACTs, TDRs, MILDA) avec les données de surveillance épidémiologique/cas confirmés dans les structures de santé. L'évaluation à mi-parcours a été réalisée en juillet 2022 et l'élargissement est prévu après l'évaluation finale de la phase pilote qui sera réalisée par l'assistance technique internationale soutenue par le Fonds Mondial. Le LMIS/SIGL a fait l'objet d'une assistance technique internationale pour améliorer la chaîne d'approvisionnement de tous les produits et intrants de santé dans le pays. Il est prévu de passer à la phase électronique du eLMIS après 1 à 2 ans de consolidation de la version papier, dans le cadre du renforcement du système de santé.

1.4.5 Situation du PNLP

Les autorités politiques et administratives de Guinée-Bissau ont adhéré aux diverses initiatives mondiales visant à combattre le paludisme, et notamment : Faire reculer le paludisme (FRP), la stratégie technique mondiale 2016-2030, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et les Objectifs de Développement Durable (ODD). Pour atteindre ces objectifs, plusieurs documents ont été élaborés, tels que les Plans stratégiques et le Plan opérationnel pour le passage à l'échelle nationale des interventions à fort impact pour réduire la mortalité maternelle et infantile (POPEN), le Plan stratégique et opérationnel du gouvernement (Terra Ranka - 2015-2025). Le Plan National de Développement (PND) 2020-2023 du gouvernement place la santé parmi ses priorités, notamment à travers l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité, les programmes de surveillance épidémiologique, et la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et l'amélioration des compétences du personnel, et le document Stratégique National de Réduction de la Pauvreté (DENARP) précise que la lutte contre le paludisme est l'une des priorités dans la lutte contre la pauvreté.

Le ministère de la Santé a organisé, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, une revue des performances du PNLP, qui s'est déroulée spécifiquement de septembre 2022 à février 2023. Le Plan stratégique de lutte contre le paludisme actuel est le cinquième d'une série qui a débuté en 2001 en s'attaquant successivement à l'accès universel en Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), et à la réduction drastique de la morbidité et de la mortalité palustre. Des évaluations régulières ont montré que certains des objectifs ont été atteints, comme ceux liés à la couverture universelle MILDA. Cependant, malgré la diminution du nombre de cas de paludisme et de décès, la maladie continue de constituer un problème de santé publique majeur dans le pays. Le cinquième Plan (2023-2027) vise à maintenir les résultats obtenus tout au long de la mise en œuvre des plans stratégiques précédents et à atteindre et/ou maintenir la couverture universelle de toutes les interventions de lutte contre le paludisme. Il est aligné sur les documents nationaux de planification, à savoir le PNDS-III et la politique nationale de lutte contre le paludisme, ainsi que la Stratégie Technique Globale de Lutte contre le Paludisme 2016-2030. Les objectifs pour 2027 définis par le 5^{ème} Plan sont les suivants:

- Réduire le taux de mortalité due au paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015 ;
- Réduire le taux de morbidité du paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015 ;
- Renforcer la capacité de gestion du programme à tous les niveaux.

En Guinée-Bissau, différentes entités (gouvernementales et non gouvernementales, nationales et internationales, publiques et privées) participent aux activités de lutte contre le paludisme sous la coordination du Ministère de la Santé Publique à travers le PNLP (niveau central) : Directions Régionales de la Santé, Directions Régionales de la Santé, zones et communauté, OMS, UNICEF, PNUD, Fonds Mondial, Plan Guinée-Bissau, Croix Rouge de Guinée-Bissau, AIFO, AIDA, AGUIBEF, INASA, PSB, CECOME, etc. D'autre part, d'autres institutions apportent également

un appui spécifique dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme, à savoir : CARITAS, RBM, OOAS, d'autres ministères (Commerce, Finances, Économie et Intégration Régionale, etc.). Le Fonds mondial est le principal bailleur de fonds des activités de lutte contre le paludisme. En outre, l'OMS a créé des partenariats entre les pays membres de l'OMS dans le cadre du renforcement du soutien technique pour l'élaboration de normes, de feuilles de route et de plans pour la prévention, le contrôle et le traitement du paludisme avec le soutien principal de différents experts du siège régional de l'OMS (OMS AFRO).

L'équipe du PNLP, qui a débuté la mise en œuvre du PEN 2013-2017 avec seulement 4 techniciens, a été renforcée au cours des dernières années par des ressources humaines, comptant actuellement 6 techniciens effectifs dans les postes suivants : Coordinateur, Responsable du suivi et de l'évaluation, Responsable de la lutte anti-vecteur, Responsable de la prise en charge des cas, Responsable de la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte, Responsable IEC/CMC/MS, et six chauffeurs. Une équipe nationale d'assistance technique comprend un responsable programmatique, un responsable S&A, un responsable logistique, un assistant administratif, un comptable, un responsable de l'assistance technique et un Data Manager. Au niveau régional, il existe un point focal pour les activités de lutte contre le paludisme, mais qui s'occupe simultanément des programmes de lutte contre le SIDA et la tuberculose. Concernant le plan de formation du personnel technique du PNLP, seuls deux ont bénéficié d'une formation internationale : le responsable du suivi et le responsable IEC/CMC/MS.

Chaque trimestre, le PNLP rencontre les principales parties prenantes pour analyser l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités du trimestre et planifier les activités du trimestre suivant. Les ONG nationales et internationales soutenant le PNLP mettent en œuvre des interventions au niveau communautaire et favorisent notamment l'utilisation de moustiques imprégnés et sensibilisent la population.

L'expansion et la décentralisation des services de santé ont permis de fournir des services à la population générale. Cependant, la majorité de la population de la communauté a recours aux services de médecine traditionnelle comme première intention de soins. La libéralisation des services médicaux privés a également contribué de manière significative au renforcement du système de santé et au traitement des cas de paludisme.

1.5 Analyse de l'équité

1.5.1 Disparités de couverture vaccinale

L'analyse des couvertures vaccinales montre des disparités entre les régions sanitaires. Selon l'ECV 2023, les régions de SAB, Bafata, Bijagos et Boloma ont atteint plus de 90% de CV en Penta 3 tandis que les régions de Tombali, Gabu et Farim enregistrent les plus faibles couvertures avec respectivement 78%, 79% et 80%.

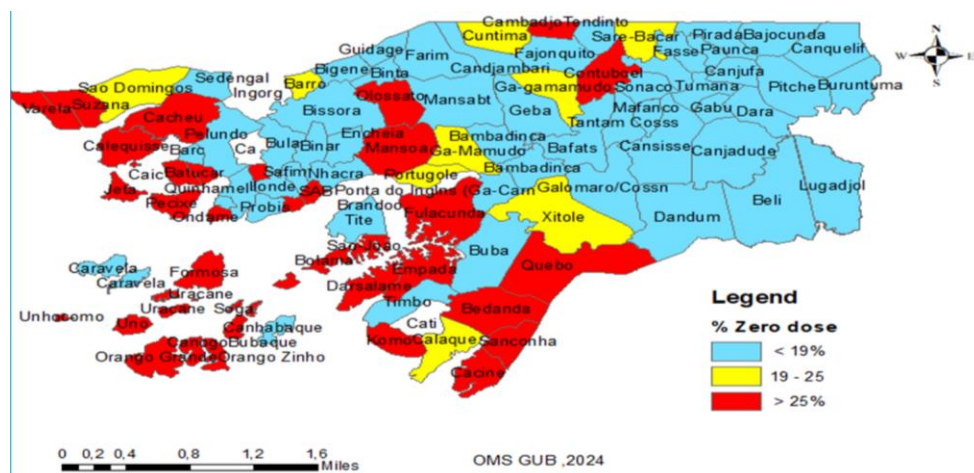
Selon les données administratives, les couvertures avec DTP1 sont bien moindres, et varient en fonction des régions sanitaires (**Tableau 6**). Les estimations les plus récentes (2022 et 2023) montrent qu'à l'échelle du pays, la proportion d'enfants Zéro-Dose est de 19% (**Tableau 10**). Le plus grand nombre d'enfants ZD se trouve dans les RS de Bissau (SAB), Bafatá et Cacheu. En proportion, les régions les plus affectées sont Bolama (68%), Bijagós (36%), Bissau et Quinara (28%), selon les données administratives.

TABEAU 10. NOMBRE ET PROPORTION D'ENFANTS ZÉRO DOSE PAR RÉGION SANITAIRE DE 2018 À 2023 EN GUINÉE-BISSAU. *SOURCE : DONNÉES ADMINISTRATIVES*

Régions Sanitaires	Cible (enfants survivants 0-11 mois) (administratives)						Nombre et % enfants Zéro Dose (données administratives)									
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2018	2019	2020	2023
BAFATA	9379	9771	9443	9474	10739	11103	-279	-3%	1416	14%	685	7%	565	6%	2039	19%
BIJAGÓS	920	920	920	921	921	921	196	21%	254	28%	287	31%	309	34%	328	36%
BIOMBO	3433	3490	3442	3447	3781	3892	413	12%	555	16%	537	16%	806	23%	972	26%
BOLAMA	399	338	399	399	493	570	222	56%	122	36%	212	53%	181	45%	282	57%
CACHEU	7959	7953	7983	7995	8261	8374	1182	15%	896	11%	1338	17%	2111	26%	1949	24%
FARIM	2013	2150	2023	2028	2462	2580	176	9%	-62	-3%	-339	-17%	10	0%	387	16%
GABU	9018	9393	9054	9073	10248	10575	-1409	-16%	-882	-9%	-1391	-15%	-381	-4%	438	4%
OIO	7197	7512	7238	7258	8452	8814	-646	-9%	531	7%	574	8%	1065	15%	1048	12%
QUINARA	2690	2745	2697	2701	2936	3009	-648	-24%	440	16%	346	13%	900	33%	583	20%
SAB	17901	17982	18064	18146	18229	18312	117	1%	5371	30%	5532	31%	7713	43%	4731	26%
TOMBALI	4123	4206	4136	4142	4472	4561	5592	136%	678	16%	699	17%	1357	33%	917	21%
Total GB	65031	66461	65399	65584	70995	72712	4915	8%	9320	14%	8544	13%	14614	22%	13656	19%

La carte de répartition des enfants Zéro Dose en 2023 par aire de santé fait apparaître de fortes disparités sur le territoire (**Figure 13**).

FIGURE 13. RÉPARTITION DES ENFANTS ZD PAR AIRE DE SANTÉ SANITAIRE EN GUINÉE-BISSAU. *SOURCE : DONNÉES ADMINISTRATIVES 2023.*



Selon le rapport d'analyse Zéro Dose de 2022, l'accessibilité géographique à une structure de prestations de soins reste faible : 66 % de la population vit à plus de 5 km d'une formation sanitaire, et il existe des aires de santé où la population réside à plus de 30 km de l'établissement de santé. Certaines régions sont plus particulièrement difficiles d'accès, comme Bafatá, Gabú, et Quinara qui sont très étendues, ou Bolama et Bijagós qui sont des régions insulaires.

Les services de vaccination ne sont pas offerts dans certains hôpitaux publics ni dans la plupart des centres de santé privés. Les ruptures de stock de vaccins sur les sites de vaccination constituent la première cause de non-vaccination (37% selon l'ECV 2023). Dans la majorité des centres de santé, les vaccins multidoses ne sont offerts que des jours spécifiques ce qui résulte en de nombreuses occasions manquées de vaccination. L'inadéquation

entre les horaires de services de vaccination et les occupations de certaines mères est une raison de faible demande de vaccination. La longue attente, les longues distances, le non-respect des rendez-vous par les prestataires sont cités parmi les raisons de non-vaccination. Par ailleurs, des procédures claires pour la vaccination tardive (rattrapage) ne sont pas disponibles, et la recherche des perdus de vue n'est pas systématique dans toutes les aires de santé. Les enfants Zéro Dose (ZD) ne sont pas clairement cartographiés sur l'ensemble du pays et les stratégies pour les atteindre sont insuffisamment mises en œuvre.

Les populations dispersées, les nomades, les migrants, les populations en zones urbaines et péri-urbaines ont été identifiées dans le rapport analyse Équité 2018 comme mal desservies par les services de vaccination, mais les stratégies pour les couvrir sont insuffisantes.

Selon les données d'enquête MICS 2019, l'enquête de couverture vaccinale (ECV) 2020 et l'EDS, il n'existe pas de différence significative de la couverture vaccinale selon le sexe de l'enfant ou le niveau de richesse. Cependant, le niveau d'éducation des mères influence la couverture vaccinale : la CV de Penta 3 étant alors de 91,7% chez les mères avec un niveau d'instruction élevée contre 81,1% chez les mères sans niveau d'instruction.

Alors qu'il n'y a pas de différence de couverture vaccinale observée selon le sexe du chef de ménage, des obstacles liés au genre (faible pouvoir économique et de décision des femmes) existent en Guinée Bissau et jouent sur la demande des services de vaccination. En effet, le manque de pouvoir de décision de la mère, le manque de moyen de transport et d'argent sont couramment cités parmi les raisons de non-vaccination. Les agents de santé ne sont pas formés pour la prise en compte du genre dans les prestations de services. Les femmes sont peu représentées au sein des ASC, et les pères participent peu aux activités de vaccination des enfants.

La contribution des familles au financement de la santé reste élevée (69% en 2018, 72% en 2019, 58% en 2020), ce qui représente des risques financiers et aggrave le niveau de pauvreté. On note une tendance à donner la priorité aux soins curatifs au détriment des soins préventifs. En effet, la proportion des dépenses totales de santé en 2018, 2019 et 2020 était respectivement de 15%, 13% et 21% pour les soins préventifs contre 25%, 23% et 25% pour les soins curatifs. Les dépenses consacrées au soins préventifs comme la nutrition, la planification familiale, la vaccination sont faibles. Pour la vaccination elles étaient de 7,3% en 2018, 6% en 2019, 4,9% en 2020 et 2,1% en 2021 (SNV 2024-2028).

1.5.2 Disparité d'accès aux soins et vulnérabilité au paludisme

Les résultats d'une étude de Projeto de Saúde Bandim sur la vulnérabilité au paludisme, la protection des droits et les obstacles à l'accès aux services de santé (PSB, 2019), démontrent que les populations identifiées comme les plus à risque ou vulnérables au paludisme sont les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées, en raison de leurs caractéristiques biologiques, et de leur dépendance aux autres en matière de recours aux soins.

À ces groupes s'ajoutent :

- les hommes et femmes âgés de 15 à 19 ans,
- les personnes handicapées,
- les pêcheurs, les femmes en âge de procréer,
- les personnes vivant dans des zones rurales éloignées des établissements de santé (au-delà des 5 km recommandés par les autorités sanitaires),
- la communauté immigrée de Conakry Guinée, communément appelée « Nania », à Gabú, Cacine et SAB,
- et les enfants talibans de Gabú.

Les vulnérabilités sont liées aux croyances culturelles et traditionnelles, comme la recherche de traitements traditionnels. Les questions de genre influencent fortement le recours au soin dans le sens que les femmes n'ont pas de pouvoir de décision en particulier pour ce qui est de son corps qui appartient à son mari d'un point de vue culturel et religieux. C'est en ce sens que l'homme est unanimement identifié comme celui qui décide, dans son rôle de chef de famille, mari, père, oncle, frère, ou grand-père.

Les femmes enceintes ne se rendent pas régulièrement aux consultations prénatales et préfèrent les prestataires de services féminins ou en raison de leur profession et des revenus de leur foyer. Les filles enceintes mineures ont besoin du soutien et de la surveillance de tuteurs. Les principaux obstacles identifiés sont liés à l'accès à des informations adéquates et à des services de santé situés trop loin des foyers sans routes ni transports publics permettant d'y accéder.

Certaines activités professionnelles sont plus sensibles au paludisme, tels que les activités horticoles exercées par les femmes, les pêcheurs, les veilleurs de nuit, le travail à Bologne (plus de femmes), la récolte des noix de cajou (femmes), et les enfants qui font paître les vaches dans les champs.

Les résultats de l'analyse situationnelle ont montré que 66% de la population n'a toujours pas d'accès géographique aux services de santé, c'est-à-dire qu'elle habite à plus de 5 km de la structure de soins de santé primaires la plus proche.

Les logements caractérisés par une construction précaire, sans fenêtres ni portes, sans toit et sans ventilation, sont associés à la vulnérabilité de la population ou d'une communauté au paludisme.

La pauvreté constitue un obstacle majeur à l'accès aux services de santé, pour les jeunes et certains adultes qui ne travaillent pas ou sont incapables.

Le niveau d'éducation est un facteur important pour comprendre et motiver les gens à utiliser les services disponibles. La population considère qu'avoir un agent de santé qui ne parle pas sa langue locale ou qui n'est pas de la même ethnie rend plus difficile la compréhension et l'acceptation des mesures. Les bénéfices de la scolarité associés à l'inscription des naissances à l'état civil sont plus importants lorsque la mère a un niveau d'éducation équivalent à la fin du cycle primaire.

La prestation des services est en deçà de ce qui était souhaité, compte tenu du manque de procédures et de fournitures. Il arrive que certains tests et médicaments gratuits deviennent payants de façon illicite dans le cas de ruptures de stock. La qualité et la disponibilité des ressources humaines sont fréquemment mises en cause dans l'accès au soin, et en particulier le manque de fournisseurs féminins, le comportement du personnel qualifié d'inhumain et insensible, les absences du lieu de travail qui finissent par motiver la fermeture temporaire des centres de santé, le manque de préparation pour faire face aux usagers ayant des besoins particuliers, tels que les personnes handicapées, les LGBTQ et les jeunes filles.

Les faiblesses institutionnelles et de gouvernance du système de santé et au-delà ont été considérées comme très importantes. En particulier, la mise en œuvre inadéquate des lois, statuts, politiques et stratégies a été mentionnée, et surtout le manque de contrôle sur la responsabilité des parties prenantes à tous les niveaux.

Certains de ces résultats sont appuyés par la récente enquête sur les indicateurs du paludisme (MIS 2023), selon laquelle la prévalence de paludisme dans les zones rurales (4,5 % ; 95% IC 3,6-5,7) était significativement plus élevée que dans les zones urbaines (1,7% ; 95% IC 1,1-2,4) ($p < 0,00$). La scolarisation des enfants constitue un

facteur protecteur, avec une prévalence du paludisme plus élevée chez ceux n’allant pas à l’école (5,4% ; 95% IC 4,3-6,7) comparé à ceux qui y vont (1,8% ; 95% IC 1,4-2,5).

1.6 Les vaccins contre le paludisme

Le vaccin RTS,S/AS01 (RTS,S) a reçu la préqualification de l’OMS en juillet 2022, et le vaccin R21/Matrix-M (R21) a reçu sa préqualification en décembre 2023 suite aux conseils du Groupe consultatif stratégique d’experts sur la vaccination (SAGE, septembre 2023) et du Groupe consultatif sur la politique de lutte contre le paludisme (MPAG) de l’OMS.

Les deux vaccins recommandés sont surs et efficaces et n’ont pas été testés dans le cadre d’une étude comparative directe. À ce jour, rien n’indique qu’un vaccin donne de meilleurs résultats que l’autre. Le choix du vaccin à utiliser dans un pays se fondera sur les caractéristiques programmatiques, l’offre de vaccins et l’accessibilité économique des vaccins.

Compte tenu des similitudes entre les 2 vaccins en ce qui concerne l’indication, la population cible, le calendrier, la voie d’administration et les stratégies d’administration, la faisabilité de l’administration du R21/Matrix-M dans le cadre des programmes de vaccination systématique devrait être comparable à celle du RTS,S/AS01.

Le **Tableau 11** ci-dessous présente les informations récentes sur les deux vaccins contre le paludisme.

TABLEAU 11. CARACTERISTIQUES DES VACCINS RTS,S ET R21.

Nom du vaccin	RTS,S/AS01	R21/Matrix-M
Nom commercial du vaccin	Mosquirix (RTS,S/AS01e)	CYVAC [vaccin R21 contre le paludisme (recombinant, avec adjuvant)]
Type de vaccin	Protéine recombinante, adjuvantée avec AS01E	Protéine recombinante, adjuvantée avec Matrix-M
Espèces	<i>Plasmodium falciparum</i>	<i>Plasmodium falciparum</i>
Présentation (doses par contenant, type de contenant primaire, forme pharmaceutique)	2 doses/flacon, lyophilisé	2 doses co-formulées/flacon, liquide
Remarques	Composant actif lyophilisé à reconstituer avec l’excipient diluant (adjuvant AS01E) avant utilisation	Co-formulation avec l’adjuvant MatrixM (présentation entièrement liquide) <i>La reconstitution avant l’administration n’est PAS nécessaire</i>
Disponibilité des produits 2023	Disponible	Disponible
Portée du soutien financier actuel de Gavi (vaccination systématique et/ou	Vaccination systématique	Vaccination systématique

campagne de vaccination)		
Schéma vaccinal recommandé par l'OMS	4 doses : 3 doses mensuelles à partir de l'âge de 5 mois et une 4ème dose pour prolonger la protection Une cinquième dose peut être envisagée lorsqu'un risque important de paludisme subsiste chez les enfants un an après la quatrième dose.	
Prix par dose en 2024	10,70 USD (9,30 EUR)	3,90 USD
Taux de perte maximal indicatif	7 %	7 %
Fabricant	GSK	Serum Institute of India Pvt Ltd
Pays de fabrication	Belgique	Inde
Agence nationale de régulation	Agence européenne des médicaments (EMA)	CDSCO (Inde) – Licence d'exportation uniquement
Date de la préqualification de l'OMS	15/07/2022	Décembre 2023
Administration	Intramusculaire	Intramusculaire
Durée de conservation	36 mois à 2-8 °C	24 mois à 2-8 °C
Type de pastille de contrôle du vaccin	Type 14	Type 14
Innocuité	- Profil satisfaisant en matière d'innocuité, solide base de données relatives à l'innocuité avec environ 5,8 millions de doses administrées dans le cadre du projet pilote - Convulsions fébriles associées	Profil satisfaisant en matière d'innocuité, testé dans le cadre d'un essai de Phase 3 (~4 000 enfants). Convulsions fébriles associées
Expérience (Phase 3 et post-licence)	- Environ 6 millions de doses ont été administrées à 2 millions d'enfants dans le cadre d'une mise en œuvre pilote au Ghana, au Kenya et au Malawi depuis 2019 - Essai de Phase 3 (2009-2014) dans 11 sites en Afrique dans différents environnements de transmission (faible, modérée, élevée ou saisonnière), suivi sur 4 ans ; suivi sur 7 ans dans 3 sites - Essai de Phase 3 de la vaccination contre le paludisme saisonnier avec ou sans chimioprévention du paludisme saisonnier dans 2 sites en Afrique, suivi sur 5 ans.	Essai de Phase 3 dans 5 sites en Afrique (en cours depuis 2021) Données disponibles pour un suivi sur 18 mois (octobre 2023) ; données limitées aux environnements où la transmission est faible ou faible à modérée, ou aux environnements où la saisonnalité est élevée

Le processus décisionnel concernant l'introduction du vaccin contre le paludisme en Guinée-Bissau a été le suivant. Après avoir manifesté son intérêt pour l'introduction du vaccin contre Malaria, le DSIVE (ministre de la Santé) a saisi le Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV) en juin 2024 pour un avis éclairé sur l'introduction du vaccin antipaludique dans le programme national de vaccination. Le GTCV a fait une analyse en prenant en compte plusieurs critères dont le poids de la maladie, les caractéristiques cliniques de la maladie, les

caractéristiques du vaccin, l'innocuité, l'impact économique de l'intervention sur le programme de vaccination et sur le secteur de santé, la faisabilité, l'acceptabilité, l'équité, etc. A l'issue de cette analyse, le GTCV a recommandé d'introduire le vaccin antipaludique dans le calendrier du PEV en plus des autres moyens de prévention déjà employés. A cet effet, le présent plan, élaboré avec l'ensemble des parties prenantes et l'implication de la société civile, a été approuvé par le CCIA et le GTCV en septembre 2024 pour adoption avant transmission au comité d'examen indépendant de GAVI. Les programmes de la vaccination (PEV) et de lutte contre le paludisme (PNLP) collaborent étroitement sur ce projet d'introduction du vaccin contre le paludisme, depuis le début du processus et tout au long du développement de la stratégie et de sa mise en œuvre.

2. Buts, objectifs, impact attendu et difficultés de l'introduction du vaccin

L'introduction d'un vaccin antipaludique va compléter les activités de prévention du paludisme qui sont en cours d'exécution, notamment la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3 mois à 10 ans, et la distribution des moustiquaires imprégnées (MILDA) en campagne de couverture universelle. Le vaccin contribuera à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme dans les zones où il sera introduit initialement et en cas d'extension.

Compte tenu des taux élevés de morbidité et de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de la transmission pérenne et saisonnière du paludisme dans le pays, la Guinée-Bissau souhaite que chaque enfant résidant dans les zones à transmission élevée ou modérée du paludisme reçoive 5 doses de vaccin étalées sur 3 ans selon une stratégie hybride. Cette stratégie consiste à administrer les 3 premières doses de vaccin la première année aux enfants ciblés dans la tranche d'âge de 5-59 mois, puis de 2 doses supplémentaires la 2ème et la 3ème année, le mois précédant la saison de forte transmission. Pour faciliter la coïncidence avec les autres interventions de santé et augmenter l'impact de l'intervention, la primovaccination est administrée idéalement aux enfants à 5, 6 et 7 mois, mais est étendue jusqu'à 59 mois pendant les 3 premières années de l'introduction, dans le cadre d'une politique de récupération des enfants à risque jusqu'à 5 ans, le Big Catch-up. Ce plan a été approuvé par OMS/UNICEF puis Gavi en mai 2024. Le financement a été approuvé pour les doses de vaccins de routine, et les fonds opérationnels provenant du CDS3 et l'Assistance Technique pour l'effort qui se déroule du trimestre 3 2024 au trimestre 4 2025. La primovaccination est proposée toute l'année et particulièrement dans le cadre des campagnes d'intensification de communication en avant la saison de forte transmission palustre. Cela contribue à la réduction des enfants Zéro-Dose dans le pays.

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'augmentation générale de la prévalence du paludisme. En 2020 par exemple, le pays a été confronté à la pandémie de COVID-19, une maladie inconnue, ayant adopté différentes mesures restrictives de mobilité pour la combattre, limitant l'accès de la population qui, au début, avait également peur de se rendre dans les établissements de santé par peur d'y être contaminée. En termes d'offre de services, 2020 a donc été une année extrêmement difficile, car en raison du COVID-19, le personnel soignant de certaines structures a d'abord limité les soins en raison du manque de moyens de protection individuelle et, plus tard, de manière plus généralisée, une vague de grèves continues du personnel soignant avec diverses revendications,

depuis le paiement de subventions pour l'implication dans la lutte contre le COVID-19 jusqu'à l'augmentation du salaire minimum. Un manque de motivation parmi les ASC a également été signalé en raison des retards dans le paiement de certaines subventions liées à la participation à diverses activités antipaludiques. Des facteurs météorologiques ont pu également contribuer à l'augmentation de la transmission du paludisme, puisque selon les données de l'Institut national de météorologie de Guinée-Bissau, les précipitations annuelles moyennes ont été de 1940 mm en 2020 contre 1482 mm en 2017. Une augmentation significative de la prévalence a ainsi été observée chez les enfants de moins de cinq ans dans toutes les régions sanitaires, notamment dans les régions de Gabú, Bafatá et Farim et même dans celles à prévalence habituellement faible, comme Cacheu et Biombo.

L'impact attendu du vaccin est une réduction des hospitalisations dues au paludisme, ainsi qu'une réduction de l'anémie et des décès liés au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans dans les établissements de santé des zones où le vaccin est introduit.

Il s'agira d'une contribution importante intégrée à d'autres interventions visant à prévenir les maladies évitables par la vaccination et à continuer de réduire considérablement le taux de mortalité des enfants et des adolescents.

2.1. But

Ajouter le vaccin contre le paludisme aux interventions existantes pour le contrôle, la prévention et l'élimination du paludisme en Guinée-Bissau.

2.2. Objectifs

L'objectif principal de l'introduction du vaccin antipaludique est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées aux maladies paludéennes chez les enfants de moins de 5 ans en Guinée-Bissau.

Les objectifs spécifiques sont :

1. Assurer une couverture vaccinale du vaccin antipaludique d'au moins 74% pour la 1ère dose, 67% pour la 2ème dose, 65% pour la 3ème dose et 50% pour la 4ème dose chez les enfants éligibles dans les régions sanitaires d'intervention pendant deux ans d'introduction du vaccin
2. En association avec les autres interventions antipaludiques en cours, réduire d'au moins 35% les cas de paludisme clinique chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions sanitaires d'intervention, sur une période de 4 ans après l'introduction du vaccin
3. En association avec les autres interventions antipaludiques en cours, réduire d'au moins 25% le taux de paludisme grave et la mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans
4. Atteindre 100% dans les régions sanitaires d'introduction du vaccin RTS,S déclarant des cas MAPI d'ici la fin de 2028
5. Assurer une vaccination systématique, notamment en identifiant les enfants zéro dose, y compris RTS,S
6. En association avec les autres interventions en cours, réduire d'au moins 25% le taux de mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

3. Stratégies et politiques pour l'introduction du vaccin dans le programme national de vaccination

Le pays utilisera le vaccin injectable contre le paludisme RTS,S/AS01. Ce vaccin est actuellement produit sous la forme d'une poudre de RTS,S (2 doses) à reconstituer avant l'administration avec une suspension de système adjuvant AS01 (2 doses).

La Guinée-Bissau a décidé d'adhérer à la recommandation de l'OMS concernant l'utilisation du vaccin antipaludique RTS,S/AS01 dans la prévention du paludisme. Ce vaccin est soumis aux mêmes conditions de manipulation que les vaccins couramment utilisés.

Compte tenu des caractéristiques de l'épidémiologie du paludisme dans le pays, une stratégie hybride sera adoptée pour mettre en œuvre la vaccination antipaludique. Les trois premières doses seront administrées à partir de l'âge de cinq mois et jusqu'à 59 mois la première année, avec un intervalle de trente jours, et la quatrième et la cinquième dose de rappel seront administrées un mois avant le début de la saison de haute transmission de paludisme (de juillet à décembre) avec un intervalle minimum de six mois entre troisième et quatrième doses. C'est une stratégie qui combine la stratégie de vaccination systématique selon l'âge de l'enfant et la stratégie saisonnière.

Le pays considère le vaccin RTS,S dans son plan d'introduction, afin d'améliorer l'efficacité et l'impact de l'intervention compte tenu des éléments suivants :

- Longue période de conservation
- Disponibilité des données d'études extensives sur l'efficacité et la sécurité du vaccin
- Adhésion aux principes du Plan Stratégique National (PEN) de lutte contre le paludisme (2023 à 2027)
- Utilisation préalable dans plusieurs pays
- Recommandations de l'OMS au regard de son efficacité et de sa disponibilité.

Il convient de noter que le vaccin contre le paludisme peut être administré simultanément avec la CPS.

Pour renforcer l'acceptabilité et la couverture de l'intervention, un renforcement de la campagne de communication sera prévu (Plaidoyer, Radios, TV, Sensibilisation de proximité, Affiches...) avant la période de forte transmission du paludisme, ce qui contribuera également à réduire le nombre des enfants Zéro-Dose dans le pays.

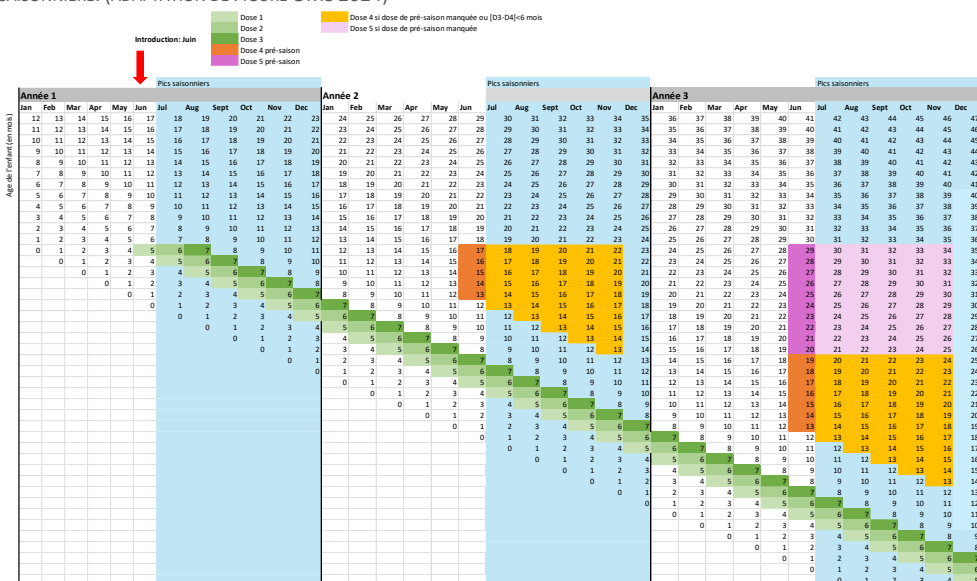
3.1. Stratégies de vaccination

Selon l'OMS, le vaccin antipaludique doit être administré selon un calendrier de quatre doses : une primovaccination de 3 doses mensuelles à partir de l'âge de 5 mois environ, et une 4ème dose pour prolonger la protection. Une cinquième dose peut être envisagée lorsqu'un risque important de paludisme subsiste chez les enfants un an après la quatrième dose. Les enfants qui commencent leur série vaccinale doivent recevoir les 4 doses de vaccin. Le schéma vaccinal de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit un assouplissement de

l'administration de la quatrième dose entre 12 et 18 mois après la troisième afin de prolonger la durée de la protection tout en optimisant la couverture vaccinale. Les programmes de vaccination peuvent choisir d'administrer la première dose à un âge plus avancé ou plus précoce en fonction de considérations opérationnelles. Toutefois, il faut maintenir un intervalle de six mois au minimum entre la troisième et la quatrième dose. Une administration utilisant une stratégie saisonnière est également envisageable dans les zones où la transmission du paludisme est fortement saisonnière ou permanente avec des pics saisonniers. Compte tenu des caractéristiques de l'épidémiologie palustre en Guinée Bissau, c'est cette stratégie qui sera mise en place. Le vaccin sera administré selon une stratégie hybride qui s'étale sur 3 années pour un schéma complet, et en tenant compte des zones de transmission forte et modérée. Les trois premières doses seront administrées en fonction de l'âge de l'enfant, et les quatrième et cinquième doses seront données de façon saisonnière (**Figure 14**). Chaque enfant recevra 5 doses de vaccins, sous la forme suivante :

Doses 1, 2 et 3 (primovaccination):
- La Dose 1 de vaccin est offerte aux enfants âgés de 5 mois - Les Doses 1, 2 et 3 sont administrées à un mois d'intervalle dans le système de vaccination de routine. - Le schéma dans le calendrier du PEV est de 5, 6 et 7 mois pour les doses 1, 2 et 3, respectivement. - La première année, tout enfant éligible âgé de 5 à 59 mois se présentant au poste de vaccination de juin à décembre se voit offrir la vaccination, en alignement avec la politique du Big Catch-up. Passée la première année d'introduction, le groupe d'âge éligible à la primovaccination sera réduit aux 5-23 mois, pour rentrer dans la tranche d'âge couverte par le programme PEV (0 à 23 mois).
Dose 4 :
- Une Dose 4 annuelle est administrée en juin, avant la saison de forte transmission, à partir de la deuxième année d'introduction. - La Dose 4 ne peut être administrée qu'aux enfants primo vaccinés ayant reçu leur 3^{ème} dose au moins 6 mois avant la 4^{ème}. - Cas particuliers : les enfants qui ont reçu les trois premières doses mais qui ne se sont pas rendus à la session de vaccination en juin, et les enfants qui n'avaient pas encore atteint un intervalle 6 mois entre la Dose 3 et la Dose 4 en juin. Ces enfants pourront recevoir la Dose 4 dès que possible entre juillet et novembre, pendant la saison de haute transmission, dans la mesure où la Dose 3 leur a été administrée au moins 6 mois avant.
Dose 5 :
- Une Dose 5 annuelle est administrée en juin, avant la saison de forte transmission. - La Dose 5 ne peut être administrée qu'aux enfants ayant reçu leur 4^{ème} dose l'année précédente. - Cas particuliers : les enfants qui ont reçu leur 4^{ème} dose mais qui ne se sont pas rendus à la session de vaccination en juin peuvent recevoir la Dose 5 entre juillet et novembre, pendant la saison de haute transmission.

FIGURE 14. STRATEGIE HYBRIDE D'INTRODUCTION SAISONNIERE DU VACCIN CONTRE LE PALUDISME EN GUINEE BISSAU. L'ADMINISTRATION DES DOSES 1,2,3 SE BASE SUR L'AGE (5,6,7 MOIS) ET L'ADMINISTRATION DES DOSES 4 ET 5 EST SAISONNIERE. (ADAPTATION DE FIGURE OMS 2024)



L'objectif escompté est d'augmenter l'impact de la vaccination en faisant coïncider la période d'efficacité vaccinale la plus élevée (juste après la vaccination) avec la période de transmission palustre la plus forte. En Guinée Bissau, le pic de transmission saisonnière débute en juillet et se prolonge jusqu'en décembre (**Figure 14**). Pour les enfants éligibles de la tranche d'âge sélectionnée (5-59 mois), l'administration de la première dose débutera en janvier et une intensification des activités de communication et de mobilisation communautaire pour la vaccination contre le paludisme se fera d'avril à juin, afin qu'un maximum d'enfants éligibles soient protégés avant le début de la saison palustre. Cette stratégie permettra d'augmenter le niveau de couverture vaccinale et d'aborder la problématique des enfants Zéro-Dose. Les doses 4 et 5 seront administrées en juin des années qui suivent pour compléter le schéma à cinq doses.

D'un point de vue programmatique, l'introduction du vaccin se résume comme suit :

Année 1 :

- 3 doses de primovaccination chez les 5-59 mois, de juin à décembre en routine et avec une intensification en juin.

Année 2 :

- Dose 4 administrée :

- En juin, aux enfants primovaccinés qui ont reçu leur troisième dose au moins 6 mois avant la Dose 4.
- De juillet à novembre aux enfants primovaccinés qui ont soit manqué la visite de juin, soit atteint un intervalle de 6 mois entre Dose 3 et Dose 4 entre temps
- + 3 doses de primovaccination chez les 5-23 mois, de janvier à décembre en routine et avec une intensification d'avril à juin, pour ceux qui n'ont pas reçu de doses de primovaccination l'année précédente

Année 3 :

- Dose 5 administrée :
 - En juin, aux enfants ayant déjà reçu 4 doses
 - De juillet à novembre aux enfants ayant déjà reçu 4 doses qui ont manqué la visite de juin
- + Dose 4 administrée
 - En juin, aux enfants primovaccinés qui ont reçu leur troisième dose au moins 6 mois avant la Dose 4.
 - De juillet à novembre aux enfants primovaccinés qui ont soit manqué la visite de juin, soit atteint un intervalle de 6 mois entre Dose 3 et Dose 4 entre temps
- + 3 doses de primovaccination chez les 5-23 mois, de janvier à décembre en routine et avec une intensification d'avril à juin, pour ceux qui n'ont pas reçu de doses de primovaccination l'année précédente

Année 4 et au-delà :

- Même schéma que l'année 3

Conformément aux recommandations de l'OMS, le pays ciblera dans un premier temps les territoires sub-nationaux où la transmission du paludisme à *P. falciparum* est modérée à forte.

Les trois stratégies classiques du PEV seront mises en œuvre (fixe, avancé et mobile) :

- Stratégie fixe : il s'agit d'une stratégie dans laquelle l'équipe de vaccination est basée dans une structure de santé dans un rayon de moins de 5 km, ce qui représente 34% de la cible totale
- Stratégie avancée : il s'agit d'une stratégie dans laquelle l'équipe de vaccination se situe dans un rayon supérieur à 5 km et à moins de 20 km de la structure de santé, ce qui représente 59% de la population cible.
- Stratégie mobile : cette stratégie permettra d'atteindre la cible au-delà de 20 km. Cette stratégie concerne 7% de la population cible.

La multiplication des séances de vaccination de routine en stratégie fixe et avancée servira d'opportunité pour la mise en œuvre de la stratégie de réduction des occasions manquées de vaccination pour réduire les enfants Zéro Dose en profitant de tout contact avec les services de santé pour capter les enfants concernés (vérification systématique du statut vaccinal et vaccination lors des consultations mensuelles du nourrisson sain, des consultations curatives, la planification familiale, consultation post-natale, journées de Santé particulières dans le pays, etc). Les campagnes de masse pour les autres antigènes ou la prévention serviront à informer les

populations de l'intérêt d'entreprendre ou de compléter la série vaccinale contre le paludisme avant la période de haute transmission.

3.2. Les cibles de la vaccination

L'OMS recommande de donner la priorité aux zones de transmission modérée et élevée, définies comme suit :

- Incidence annuelle du paludisme supérieure à 250 cas pour 1 000 habitants
- OU Prévalence de l'infection à *P. falciparum* chez les enfants (PPR) d'environ 10 % ou plus

L'introduction du vaccin dans le pays a été pensée de façon échelonnée, en se focalisant dans un premier temps :

- Sur les régions à transmission fortes et modérées en priorisant les zones dans lesquelles le fardeau est le plus important
- Sur les tranches d'âge de 5 à 59 mois pendant la première année d'introduction, afin de permettre un impact maximal de l'intervention sur les enfants les plus à risque de paludisme grave dans les régions sélectionnées.

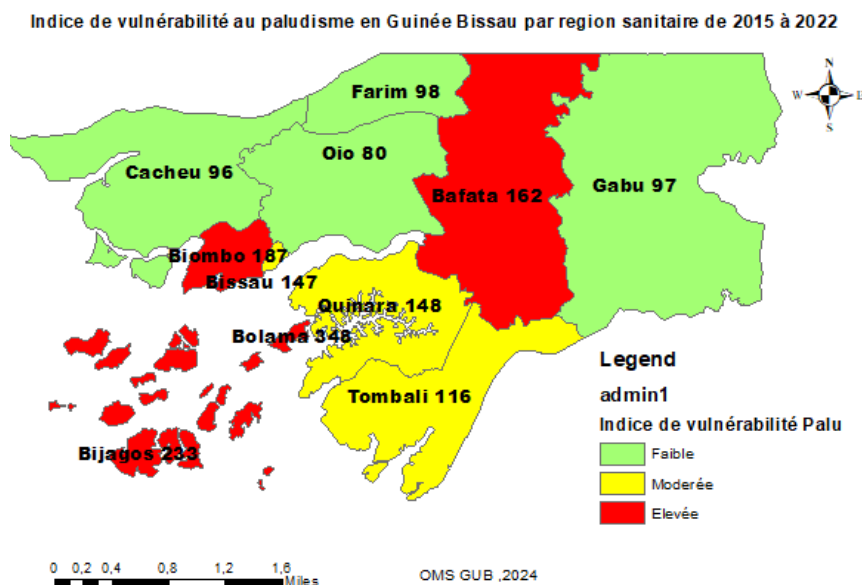
Au-delà de la première année d'introduction et en fonction de l'impact obtenu, la tranche d'âge ciblée reviendra à celle classiquement couverte par le PEV, c'est-à-dire les 5-23 mois. Par ailleurs, les zones d'introduction pourront être étendues aux autres régions de transmission modérées et faibles pour couvrir l'ensemble du territoire.

Du fait de la petite taille du pays, les régions ont des tailles comparables à celle de districts dans d'autres pays de la sous-région. La cartographie des zones de priorité à cibler pour la vaccination RTS,S est donc présentée en fonction des régions sanitaires et non pas des aires de santé (le niveau district n'existe pas en Guinée Bissau). Cette échelle permet une efficacité programmatique et opérationnelle optimale des interventions.

Le choix des Régions Sanitaires ciblées par l'intervention est dicté par les indicateurs suivants:

- Les données récentes d'incidence moyenne du paludisme , par Région Sanitaire (**Figure 11**)
- La carte géographique présentant un indicateur composite (indice de vulnérabilité au paludisme) combinant l'incidence moyenne du paludisme et la létalité moyenne liée au paludisme sur les 8 dernières années disponibles (**Figure 15**).
- La carte de prévalence du paludisme par tranche d'âge et par région selon les données les plus récentes de l'enquête MIS 2023 (**Figure 16**)

FIGURE 15. INDICE DE VULNERABILITE AU PALUDISME (INCIDENCE, LETALITE) EN GUINEE-BISSAU PAR REGION SANITAIRE DE 2015 A 2022. SOURCE : DONNEES ADMINISTRATIVES.



L'analyse des données disponibles sur la période 2015-2022 montre que les 11 régions sanitaires ont des incidences annuelles moyennes supérieures à 250 cas pour 1000 ha (**Figure 11**). L'ensemble du territoire est donc en zone de transmission modéré à forte selon les critères de l'OMS.

Ainsi, l'analyse a utilisé un indicateur composite pour affiner le choix des régions prioritaires. Cet indicateur combiné dénommé « indice de vulnérabilité au paludisme » a été estimé en utilisant l'incidence moyenne des régions et la létalité moyenne liée au paludisme de ces régions au cours des 8 dernières années. Des poids ont été affectés à l'incidence moyenne et à la létalité dans l'estimation de l'indice de vulnérabilité au paludisme : un poids de 60% a été affecté à la létalité contre 40% à l'incidence moyenne dans la production de l'indicateur composite. Cette estimation montre qu'il y a 7 régions qui ont des indices de vulnérabilité au paludisme les plus élevés à savoir :

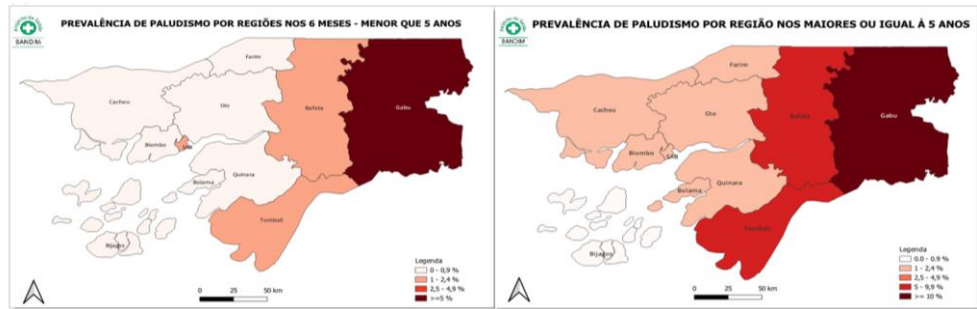
- Indice de vulnérabilité élevé (> 150) : Bijagós, Bolama, Biombo, Bafatá.
- Indice de vulnérabilité modéré (100 à 150) : Quinara, Bissau, Tombali
- Indice de vulnérabilité faible (< 100) : Oio, Cacheu, Farim, Gabú

Toutefois la région sanitaire de Gabú a des incidences annuelles supérieures à 250 cas/1000 ha depuis 2019 (**Figure 11**), témoignant d'une tendance de forte transmission dans cette région au cours des dernières années.

Par ailleurs, le dernier rapport du MIS 2023 parut en septembre 2024 montre que les régions de l'est et du sud-est du pays ont les prévalences de paludisme les plus élevées (**Figure 16**), plus particulièrement dans la région de

Gabú, avec des taux de prévalence supérieurs à 5% chez les moins de cinq ans, et supérieurs à 10% chez les plus de cinq ans.

FIGURE 16. DISTRIBUTION DE LA PREVALENCE DE L'INFECTION PALUSTRE CHEZ LES MOINS DE 5 ANS ET CHEZ LES 5 ANS ET PLUS, PAR REGION SANITAIRE. SOURCE : MIS 2023.



En raison de ces indicateurs, le vaccin RTS,S sera introduit, en association avec les autres mesures de prévention, dans 8 des 11 régions du pays, là où la transmission du paludisme à *P. falciparum* est modérée ou forte et associée à une forte létalité au cours des 3 dernières années, et là où la prévalence au paludisme est la plus élevée. Les régions sélectionnées sont : Bafatá, Bijagós, Biombo, Bissau, Bolama, Gabú, Quinara, et Tombali. Les populations cibles estimées en 2025 et 2026 sont données dans le **Tableau 12**.

TABLEAU 12. REGIONS SELECTIONNEES ET LEURS POPULATION CIBLES CORRESPONDANTES

Régions sanitaires (RS)	Population estimée en 2024	Population estimée en 2025	Cible 2025 enfants de 5 à 59mois (16.467% de la pop générale)	Population estimée en 2026	Cible 2026 enfants de 0 à 11mois (3,467% de la pop générale)
R. Bafatá	328 263	334 172	56 031	340 187	11 794
R. Bijagós	26 586	26 612	4 462	26 639	924
R. Bolama	117 547	120 486	20 202	123 498	4 282
R. Biombo	16 447	16 464	2 760	16 480	571
R. Gabu	306 042	316 148	53 008	326 580	11 323
R. Quinara	91 108	93 022	15 597	94 975	3 293
R. Bissau	541 241	560 185	93 926	579 791	20 101
R. Tombali	134 822	137 789	23 103	140 820	4 882
TOTAL des 8 RS	1 256 014	1 562 057	1 604 876	269 089	1648 970
<u>Total Guinée-Bissau</u>	<u>2 148 239</u>	<u>2 150 766</u>	<u>2 198 083</u>	<u>368 553</u>	<u>2 246 441</u>
<u>Proportion d'enfants ciblés par RTS,S</u>			73%		73%

Le nombre d'enfants de 5 à 59 mois ciblés par la vaccination avec RTS,S est de 269 089 en 2025. En 2026, le nombre d'enfants de 5 à 11 mois ciblés par la vaccination est de 57 170 avec 3 doses en primo vaccination. Les enfants ciblés par la vaccination contre le paludisme en 2025 et 2026 représentent 73% de l'ensemble des enfants dans la même tranche d'âge au niveau national. Bien que l'ensemble des 11 RS soient dans des zones de transmission forte à modérée (incidences moyennes >250 cas /1000), le pays choisi dans un premier temps de prioriser moins 85% de la cible vaccinale afin de pouvoir assurer la mise en œuvre correcte de l'intervention grâce à l'appui de Gavi.

En ce qui concerne l'effectivité de l'introduction, la Guinée Bissau a programmé au 1er semestre de 2025.

3.3. Calendrier vaccinal

Age	naissance	6 sem	10 sem	14 sem	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses	12 me.	13 me.	18 me.	22 me.	24 me.	25 me.	30 me.	36 me.	42 me.	53 me.	65 me.
Vaccin																				
BCG	1																			
VPO	0	1	2	3																
Penta		1	2	3																
PCV13		1	2	3																
Rotavirus		1	2																	
VPI				1																
VAS									1			2								
VAA									1											
MenA									1											
RTS,S 1, 2, 3					1	2	3													
RTS,S 4 (juin n+1)														4**						
RTS,S 5 (juin n+2)																	5***			
Vitamina A						1				2		3		4		5	6	7		
Desparasitação										1		2		3		4		5		
MILDA																				

* La primovaccination (doses 1, 2 et 3) RTS,S est donnée dans le système de routine aux enfants âgés de 5, 6 et 7 mois, respectivement, et est offerte à tout enfant éligible âgé de 5 à 59 mois se présentant au poste de vaccination. L'administration des primodoses est renforcée d'avril à juin, avant la saison de forte transmission, via une campagne d'intensification de la communication et de la mobilisation communautaire.

** La dose 4 de RTS,S est offerte en juin à tout enfant primovacciné ayant reçu sa 3^{ème} dose depuis au moins 6 mois. Pour les enfants n'ayant pas reçu leur dose 4 en juin (visite manquée ou enfants pas encore éligibles du fait d'un intervalle de 6 mois non respecté entre doses 3 et 4), la dose 4 sera offerte de juillet à novembre.

*** La dose 5 de RTS,S est administrée en juin à tout enfant ayant reçu sa 4^{ème} dose en juin de l'année précédente. Pour les enfants n'ayant pas reçu leur dose 5 en juin (visite manquée), la dose 5 sera offerte de juillet à novembre.

3.4. Stratégies pour atteindre les populations difficiles d'accès et les enfants zéro-dose

Lors de la planification des activités de vaccination systématique, chaque région préparera son microplan identifiant :

- Les lieux les plus fréquentés, à savoir les écoles, les marchés, les églises, les orphelinats, les hôpitaux publics et privés et les cliniques pédiatriques, entre autres.
- Les équipes de vaccination, qui prendront en compte les institutions mentionnées ci-dessus, en mettant à disposition de ces institutions des équipes fixes/mobiles, en vue d'atteindre tous les enfants éligibles.
- Le renforcement des capacités des professionnels de la santé dans tous les aspects de la distribution et de la livraison des vaccins, y compris la manipulation, le stockage, l'administration, les messages clés et la communication en toute confiance.
- L'intégration de la promotion générale du vaccin contre le paludisme dans les plateformes de santé infantile au niveau des établissements de santé et des communautés.
- Le système de surveillance et de réponse aux hésitations, rumeurs, informations erronées et désinformations émergentes.

Des sensibilisations préalables seront menées auprès des parents et tuteurs, des associations d'enseignants, des leaders religieux et communautaires, des guérisseurs, des associations de mères et des ASC, en tenant compte des cas de refus constatés lors des activités précédentes.

Si, malgré toutes ces dispositions mentionnées ci-dessus, l'objectif n'a pas été atteint, une enquête sera menée afin d'identifier et de déterminer le nombre d'enfants non vaccinés pour l'élaboration ultérieure d'un plan de rattrapage pour les enfants Zéro Dose.

3.5. Opportunités d'intégration avec d'autres interventions sanitaires

Pendant les périodes de forte transmission du paludisme (de juin à décembre de chaque année), des activités intégrées seront également utilisées pour augmenter la couverture vaccinale :

- Lors des campagnes CPS (août à novembre de chaque année), les enfants insuffisamment vaccinés seront identifiés en porte-à-porte par les distributeurs communautaires (ASC/Activistes) et orientés vers les formations sanitaires les plus proches pour la vaccination contre le paludisme et autres antigènes du PEV. De même les mobilisateurs communautaires mettront l'accent sur la sensibilisation des parents sur l'acceptation de la vaccination et des autres mesures de prévention du paludisme.
- Au cours de la distribution de MILDA aux enfants < 1 an, le statut vaccinal des enfants bénéficiaires sera apprécié en vue de détecter et orienter les enfants insuffisamment vaccinés ou non vaccinés vers les postes de vaccination. Ces distributions de MILDA seront également mises à profit pour la communication pour le changement de comportement en faveur de la vaccination et de la prévention du paludisme.
- Des jeux et débats radiophoniques seront organisés dans les radios communautaires sur la vaccination y compris le vaccin contre le paludisme, avec l'appui des partenaires.
- Les messages sur le vaccin seront passés dans les réseaux de télécommunication dans le but de sensibiliser les parents sur le calendrier vaccinal, les avantages de la vaccination, etc.
- Au cours de la semaine d'accélération, des agents de santé communautaire seront impliqués pour identifier et orienter les enfants vers les établissements de santé.
- Lors des activités de supplémentation en micronutriments et de déparasitage (Vitamine A, Mébendazole, etc.) réalisées en porte-à-porte par les agents de santé communautaires, les enfants ayant manqué la vaccination contre le paludisme et d'autres antigènes seront identifiés et orientés vers les structures de vaccination.

Afin de permettre cette intégration aux autres services de santé, des activités de formation seront nécessaires pour les ASC et les techniciens de santé impliqués.

4. Ressources, coûts, financement et pérennité

4.1. Tendances générales du financement de la vaccination dans le pays

La Guinée-Bissau dépend principalement des financements extérieurs pour la santé publique, avec de faibles investissements internes. Selon la banque mondiale, de 2010 à 2017, la part des dépenses publiques de santé financée par des investissements externes est passée de 68% à 70%.

L'engagement des autorités en faveur de la vaccination s'est traduit par la création d'une ligne budgétaire dédiée à l'achat des vaccins traditionnels et cofinancés. Ce budget a connu une augmentation progressive, passant de 83 069 510 CFA en 2018 à 150 000 000 CFA en 2022. Ce montant de 2022, représentait environ 22% du montant global de la vaccination et 0,6% du budget total de la santé. En 2024, 315 000 000 CFA ont été payés en temps opportun. Les principaux partenaires qui financent le PEV sont GAVI, l'OMS et l'UNICEF qui supporte les activités opérationnelles du PEV à environ 80%. D'autres partenaires comme la Banque mondiale, l'Union Européenne, et le Rotary Club interviennent également dans la vaccination. La pérennisation du financement de la vaccination est un des défis majeurs du PEV, avec l'optimisation de l'utilisation des ressources financières mobilisées.

Comme décrits dans la SNV 2024-2028, les principaux obstacles dans le financement de la vaccination sont les suivants:

- La ligne budgétaire ne prend pas en compte les activités opérationnelles ;
- Les retards dans le virement de la part de l'Etat dans le cadre du cofinancement des nouveaux vaccins occasionnent des ruptures de vaccins au niveau national ; cependant, en 2024, le co-financement a été payé à temps ;
- Les retards sont fréquents dans le transfert des fonds vers le niveau opérationnel et dans la mise en œuvre des activités
- Les retards dans la justification des fonds utilisés pour les activités de vaccination entraînent fréquemment des blocages du compte du Ministère ;
- Il existe une faible mobilisation de ressources endogènes au profit de la vaccination ;
- On note une faible absorption des fonds Gavi notamment le RSS2;
- Retard dans le décaissement des fonds par les partenaires pour réaliser les activités de vaccination ; Les ressources financières restent insuffisantes pour une mise en œuvre correcte des stratégies avancées et mobiles ;
- Plusieurs activités définies dans le PPAC n'ont pas connu de financement ;
- Les plans d'action dans certaines régions ne sont pas budgétisés ce qui limite leur financement (8/11 régions sans plan budgétisé selon la revue PEV 2017) ;
- Il n'y a pas de rapport financier périodique au niveau de la DSIVE ;
- Les fonds ne sont pas suffisants pour financer les coûts liés à la recherche active d'enfants zéro dose dans les communautés ;

- Les capacités des techniciens administratifs en matière de gestion financière des fonds sont insuffisantes ;
- Les manuels de procédures de gestion administrative, financière et comptable n’ont pas été approuvés ;
- La préparation et l'envoi des rapports financiers semestriels ou annuels au MINSAP et à la DSIVE/PAV sont retardés ;
- Il existe un manque de concertation (MINSAP, MEPIR, MINFIN) et des partenaires dans la planification, la prévision, la budgétisation et l'acquisition de vaccins dans le pays.

Cependant, en 2024, le gouvernement a payé à temps le cofinancement 2024 et les vaccins traditionnels en juin 2024.

4.2.Vue d’ensemble du plan

Une ligne budgétaire est prévue par le gouvernement dans le cadre de l’achat des vaccins et consommables. En plus du gouvernement GAVI contribue à l’achat des nouveaux vaccins et des vaccins sous utilisés jusqu’à concurrence de 80%, y compris les coûts opérationnels pour la vaccination de routine à travers le financement RSS2. D’autres partenaires (OMS, UNICEF, USAID etc..) interviennent dans le financement des activités de vaccination systématique y compris les Associations de santé Communautaire et les collectivités à travers le financement des stratégies avancées et le salaire de certains vaccinateurs.

Gavi n’est actuellement en mesure d’apporter son soutien à l’utilisation du vaccin antipaludique que dans les zones où la transmission du paludisme par P. falciparum est modérée ou élevée. Compte tenu du prochain cycle de financement stratégique de Gavi, le soutien de Gavi peut couvrir les besoins en vaccins de 85 % des enfants ciblés dans les zones de transmission modérée et élevée.

Le montant total de l’introduction du vaccin s’élève à 200 000 USD (**Tableau 13**), intégralement couverts par Gavi : Financement de Subvention à l’introduction du vaccin contre le paludisme (100 000 USD) et Financement RSS (100 000 USD) qui couvrira la supervision, évaluation après l’introduction, distribution des vaccines et consommables du niveau central pour les dépôt régionaux, l’achat du carton de vaccine, et la reproduction des outils.

TABLEAU 13 : REPARTITION DU MONTANT PAR PARTENAIRES

Sources de financement	Coûts opérationnels
Gouvernement	0 USD
GAVI/Subvention introduction	100 000 USD
GAVI/RSS	100 000 USD
Autres partenaires	0 USD
Total	200 000 USD

5. Stratégies et activités pour l'introduction du nouveau vaccin, avec les possibilités d'améliorer le programme de vaccination et le système de santé dans son ensemble

5.1. Coordination et suivi de la préparation et de l'exécution de l'introduction du vaccin

En vue de relever les défis d'une bonne organisation à l'introduction du vaccin contre le paludisme en Guinée Bissau, un comité de coordination multisectoriel sera créé aux niveaux Central et Régional. Le comité sera composé de membres appartenant aux entités suivantes : le PEV, le PNLP, l'INASA, Ministère de l'Éducation, ministère des Femme et Cohésion Sociale, Société Civile, Croix Rouge et Association de Base Communautaire, le centre national de pharmacovigilance, l'OMS et l'UNICEF, GAVI, SOLINA

5.2 Planification de l'achat et de la distribution du vaccin

Sur le plan approvisionnement, la Guinée – Bissau s'approvisionne en vaccins et fournitures d'injection par le biais de l'Unicef. Chaque année le pays quantifie ses besoins en vaccins et consommables dans un exercice de prévision incluant ses partenaires techniques et financiers. Ces besoins sont exprimés dans l'outil FORECAST de l'Unicef. Le mémorandum d'attente entre la Guinée-Bissau et l'Unicef détermine les modalités de versement des fonds financés par le pays à la Centrale d'achat de Copenhague pour l'achat et la livraison des vaccins et consommables.

En Guinée-Bissau, le processus réglementaire pour les pharmacies et les médicaments, y compris les vaccins, sont sous la supervision directe de l'Autorité de régulation des pharmacies et des Médicaments (ARFAME). Cela comprend l'autorisation d'introduire des lots de vaccins. L'ARFAME va utiliser son autorité pour accorder des permis d'importation. Par conséquent, les licences d'importation seront délivrées dès que les documents requis seront fournis.

Le dépôt central du SIVE est responsable de la réception et du stockage des vaccins et des intrants. La distribution logistique assurera l'approvisionnement des régions sanitaires selon le plan établi pour la vaccination de routine, à l'aide d'un camion acquis grâce aux fonds RSS 2 et de trois véhicules frigorifiques achetés dans le cadre du COVID-19 avec le fonds Japon (**Figure 17**).

FIGURE 17 : CAMIONS DE DISTRIBUTION D'INTRANTS SIVE



Le plan de distribution prévoit les cinq axes de distribution suivants :

- Transport du dépôt central vers Biombo et Cacheu
- Transport du dépôt central à Oio et Farim
- Transport du dépôt central à Bafatá et Gabu
- Transport du dépôt central à Quinara, Tombali et Bolama
- Transport du dépôt central à Bijagós

La fourniture de vaccins et de consommables du niveau central aux régions sanitaires se fera sur la base d'un plan de distribution trimestriel pour les 1^{ères} à 3^{èmes} doses la première année (2025) d'introduction. Il en sera de même pour les années suivantes, tout en assurant la préposition de volumes plus importants de vaccins dans les dépôts régionaux de vaccins d'ici le mois d'avril, et des régions vers les aires de santé d'ici le mois de mai, permettant ainsi un stock suffisant pour la vaccination de masse qui s'étend de juin à novembre (période saisonnière) pour les 4^{èmes} et/ou 5^{èmes} doses.

Le transport des vaccins des régions vers les zones de santé sera effectué avec des véhicules DRS à travers des boîtes isothermes avec accumulateurs conditionnés, conformément au plan de distribution de routine existant dans les régions.

Pour les régions insulaires, l'approvisionnement en structures sanitaires se fera par des bateaux loués ou des pirogues.

Pendant le transport des vaccins, les Fridge Tags seront utilisés dans les boîtes isothermes pour surveiller la température pendant le voyage.

Pour une population totale de 1 604 876 habitants, pour les 8 régions sanitaires sélectionnées pour l'intervention, la population cible est de 269 089 enfants éligibles de 5 à 59 mois pour l'année 2025, recevant cinq doses de vaccin RTS,S. Pour la deuxième année d'introduction, pour une population totale de 1 648 970 habitants, la population cible des enfants éligibles de 5 à 11 mois est estimée à 57 170 enfants.

Pour estimer le nombre de doses requises, il faut également tenir compte de l'estimation de couverture vaccinale (CV) pour chacune des 5 doses. Ces estimations de couverture suivent les indications de l'OMS, recommandant ce qui suit :

- CV Dose 1 RTS,S similaire à CV Penta 3
- CV Dose 2 RTS,S estimé en appliquant le taux d'abandon Penta1-3 à CV Dose 1 RTS,S
- CV Dose 3 RTS,S similaire à CV VAR1
- CV Dose 4 et 5 similaires à CV VAR2

Selon les données administratives les plus récentes (2023), les couvertures vaccinales sont de 81% pour le Penta 1, 74% pour le Penta3, d'où un taux d'abandon Penta1-3 de 7%. Les couvertures du vaccin antirougeoleux sont de 72% pour la première dose et de 50% pour la seconde.

Conséquemment, en Guinée-Bissau, les couvertures vaccinales estimées pour le RTS,S sont de 74 %, 68 %, 65 % pour la première, deuxième, troisième dose, et de 50 % pour la quatrième et la cinquième dose. Le taux de perte estimé à 7% et le buffer stock à 25%.

Justification du taux de couverture basée sur les données administratives de GNB 2023		
Penta 3 = 74%	RTS,S 1	74%
Taux d'abandon penta1-3= 7%	RTS,S 2	67%
VAR1 in 2023 = 72%	RTS,S 3	65%*
VAR2 in 2023 = 50%	RTS,S 4	50%
VAR2 in 2023 = 50%	RTS,S 5	50%

*La couverture retenue pour RTS,S 3 ne peut pas être supérieur à la couverture RTS,S2 et ne tient donc pas compte de la CV VAR1.

Selon ces calculs, 434 618 doses seront requises pour la première année de mise en œuvre (2025) et 176 859 doses pour la deuxième année (2026) (**Tableau 14**).

TABLEAU 14. CALCUL DE DOSES RTS,S REQUISES EN 2025 ET 2026. SOURCE : CALCULATEUR DE DOSES OMS

Paramètres cible (categorie 1)	Années	
	2025	2026
Population dans cohorte âge cible (#)	269 089	57 170
Population cible à vacciner (1 ^{ère} dose) (#)	199 126	42 306
Population cible à vacciner (2 ^{ème} dose) (#)	180 290	38 304
Population cible à vacciner (3 ^{ème} dose) (#)	174 908	37 161
Population cible à vacciner (4 ^{ème} dose) (#)	0	134 545
Couverture (1 ^{ère} dose) (%)	74,0%	74,0%
Couverture (2 ^{ème} dose) (%)	67,0%	67,0%
Couverture (3 ^{ème} dose) (%)	65,0%	65,0%
Couverture (4 ^{ème} dose) (%)	50,0%	50,0%
Taux de perte estimé (%)	7%	7%
Buffer stock estimé (%)	25%	25%
Besoin doses vaccins (ajusté au mois d'introduction)	434 618	176 859

En Guinée Bissau tous les vaccins entrants dans le pays, y compris le vaccin antipaludique sont préqualifiés par l'OMS et l'approvisionnement se fera par le canal habituel de la Division d'Approvisionnement de l'Unicef (SD). Le processus de suivi de mise à disposition du vaccin sera fait le bureau pays UNICEF. Dans le cadre du processus d'achat dans le pays, le MINSAP demande au MINSAP d'estimer les quantités prévues de vaccins pour les quantités prévues, après quoi le MINSAP approuve les estimations de coûts et transfère les fonds pour l'achat de vaccins et

de fournitures connexes. À l'arrivée dans le pays, l'UNICEF est responsable du suivi, de la réception, du dédouanement et de la livraison au dépôt national de vaccins avant de passer le relais à l'équipe du MINSAP SIVE pour inspection, comptage physique et rédaction du rapport d'arrivée des vaccins (VAR) à soumettre dans les 72 heures. La VAR se fait désormais électroniquement en ligne, généralement dans les 24 heures.

5.3 Extension ou amélioration de la chaîne du froid, de la logistique et de la gestion des vaccins

Le vaccin RTS,S est conditionné sous forme lyophilisée, à reconstituer avec un excipient diluant (adjuvant AS01E) avant utilisation. Après reconstitution, le volume total est de 1 ml (2 doses de 0,5 ml). Le vaccin doit être conservé entre 2 °C et 8 °C et sa durée de conservation à cette température est de 36 mois. Le vaccin dispose d'une Pastille de Contrôle des Vaccins (PCM) de type 14. Son emballage secondaire est de 100 doses / 50 flacons par carton. Le volume par dose dans la chaîne du froid est de 9,92 cm³. Pour ce vaccin, l'OMS recommande que les flacons ouverts soient jetés à la fin de la séance de vaccination ou 6 heures maximum après ouverture, selon le cas se présentant en premier.

L'approvisionnement du pays en vaccins et consommables se fait à travers l'UNICEF. L'estimation des besoins au niveau central se fait annuellement à l'aide de l'outil forecast de l'UNICEF, et le SMT est utilisé pour la gestion des vaccins et consommables au niveau central.

La chaîne d'approvisionnement est composée du dépôt central (niveau principal) situé à Bissau qui reçoit les vaccins chaque année et les distribue chaque trimestre aux onze (11) dépôts régionaux. Les dépôts régionaux, qui sont le point de distribution le plus élevé (équivalent des dépôts de district dans d'autres pays), fournissent des vaccins sur une base mensuelle aux points de prestation de services, qui sont les centres de santé et les postes de santé où les vaccins sont déposés pendant une courte période avant d'être utilisés pour les populations cibles par le biais de séances fixes, des campagnes de sensibilisation et des sessions mobiles.

Compte tenu des spécificités liées à l'introduction du RTS, S dans la vaccination systématique, qui constitue la première expérience du pays, la supervision trimestrielle intégrée de la formation au niveau central pour les régions sanitaires et bimensuelle à partir des régions pour les aires de santé devrait se concentrer sur la mise en œuvre des activités de vaccination, y compris la gestion des vaccins et les chaînes du froid.

Au cours des 4 dernières années, le programme de réhabilitation de la chaîne du froid en Guinée-Bissau a permis d'augmenter la capacité de stockage des vaccins de plus de 69 % grâce à l'achat et à l'installation de 365 équipements de la chaîne du froid (ECF) dans 11 dépôts régionaux de vaccins et 141 établissements de santé (**Tableau 15**). Les CCE sont de technologie moderne, dont 334 sont des entraînements solaires directs (SDD), tandis que les 31 autres sont alimentés à l'électricité pour le dépôt régional de SAB et certains centres de santé à Bissau. Les CCE ont été achetés grâce au généreux soutien de Gavi CCEOP, COVAX, du gouvernement japonais, de la Banque mondiale et des financements des CDC africains, avec au moins 90 % installés. De plus, d'autres équipements CCE lents ont été achetés pour soutenir l'entreposage et le transport des vaccins, y compris des glacières, des supports de vaccins et des dispositifs de surveillance de la température, comme indiqué dans le tableau récapitulatif ci-dessous. En outre, trois véhicules frigorifiques ont été achetés pour faciliter la distribution rapide des vaccins dans les régions à partir du magasin central dans des conditions de température sûres.

TABLEAU 15. REHABILITATION DE LA CHAÎNE DU FROID DES VACCINS EN GUINÉE-BISSAU.

Source de financement	Année	SDD Réf/ Cong	Électricité Ref/Cong	Total Réf/ Cong	Boîte froide	Porte-vaccin	Fridge Tag	RTMD
Gavi CCEOP	2020	93	19	112	0	0	0	0
COVAX	2021	8	5	13	0	0	0	0
Gouvernement du Japon	2022	66	0	66	0	0	0	2
CDC Afrique	2023	60	0	60	260	500	50	0
Banque mondiale	2023	107	7	114	27	712	200	64
Total		334	31	365	287	1,212	250	66

L'introduction de nouveaux vaccins tels que le vaccin antipaludique RTS, S nécessite une capacité de stockage supplémentaire en litres (L). Le **Tableau 16** présente les besoins en volume de stockage supplémentaire (L) pour la population cible de 219 084 enfants âgés de 0 à 59 mois dans les 7 régions endémiques. D'après les calculs, la moitié du volume total de stockage est nécessaire dans le magasin central de vaccins, tandis qu'un autre quart (1/4) est nécessaire dans les dépôts régionaux, sur la base des intervalles de stockage et de distribution par an.

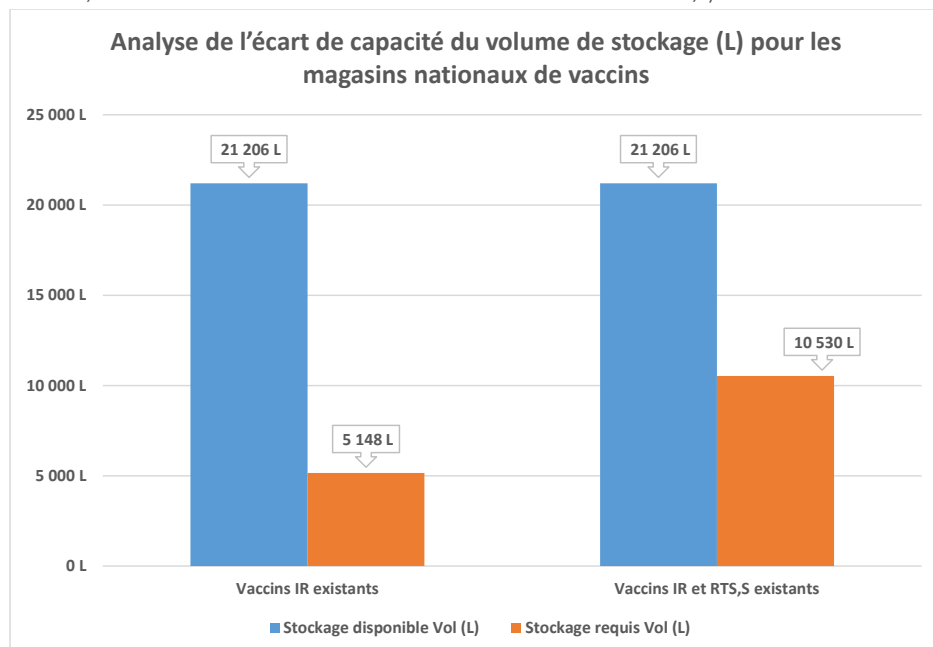
TABLEAU 16. BESOINS DE STOCKAGE DE VACCINS RTS,S.

S/N	Vaccin dans le programme PEV	Nom du niveau de la chaîne d'approvisionnement	# de doses par enfant complètement vacciné (ECV) par année	Taux de perte (%)	Facteur de perte (FP)	Volume (cm3) par dose	Vol de stockage (cm3) requis par ECV	Vol de stockage (L) requis par ECV (cm3/1000)	Pop cible (PC)	Stock de sécurité	Intervalle de stockage par an (semestriel = 2, trimestriel = 4, mensuel = 12)	Vol de stockage total (L) requis pour le PC	Vol de stockage total (L) requis pour les autres vaccins RI	Total (L) pour les autres vaccins IR et le vaccin RTS,S	Volume de stockage disponible (L)	Lacunes
1	RTS,S	Niveau Central	3	7	1.08	9,92	32,00	0,03	269,089	25%	2	5,382	5,148	10,530	21,206	Aucun
2	RTS,S	DVR Bafata	3	7	1.08	9,92	32,00	0,03	56,031	25%	4	560	370	930	780	150
3	RTS,S	DRV Bijagos	3	7	1.08	9,92	32,00	0,03	4,462	25%	4	45	28	73	439	Aucun
4	RTS,S	DRV Biombo	3	7	1.08	9,92	32,00	0,03	20,202	25%	4	202	137	339	660	Aucun
5	RTS,S	DRV Bolama	3	7	1.08	9,92	32,00	0,03	2,760	25%	4	28	15	43	439	Aucun
6	RTS,S	DRV Gabu	3	7	1.08	9,92	32,00	0,03	53,008	25%	4	530	397	927	1,191	Aucun
6	RTS,S	DRV Quinara	3	7	1.08	9,92	32,00	0,03	15,597	25%	4	156	103	259	744	Aucun
7	RTS,S	DRV SAB	3	7	1.08	9,92	32,00	0,03	93,926	25%	4	939	717	1,656	1,283	373
8	RTS,S	DRV Tombali	3	7	1.08	9,92	32,00	0,03	23,103	25%	4	231	159	390	801	Aucun

Le niveau central dispose de 2 chambres froides positives et d'une chambre négative ainsi que d'une capacité de dépôt à sec de 11m3 de volume. Avec un soutien financier supplémentaire de la Banque mondiale (BM), un nouveau compartiment double/double de 40 m3 de chambres froides/congérateurs a été acheté, en attendant d'être installé en raison d'un espace insuffisant. Une proposition est en cours d'élaboration pour l'agrandissement de l'actuel dépôt national de froid, avec les fonds nécessaires à la construction d'un nouveau dépôt frigorifique standard qui accueillera tout l'équipement de la chaîne du froid et les stocks secs connexes. Le nouvel entrepôt

central de la CECOME pour la gestion des produits de santé dans le pays vient d'être finalisé, et inclut une chambre de froid. En conséquence, le dépôt central a une capacité de stockage positive de 21206 litres et une capacité de stockage négative de 8571 litres (y compris les désinstallés). Cette capacité est suffisante pour recevoir les vaccins de routine et éventuellement les vaccins pour les diverses activités de vaccination (**Figure 18**).

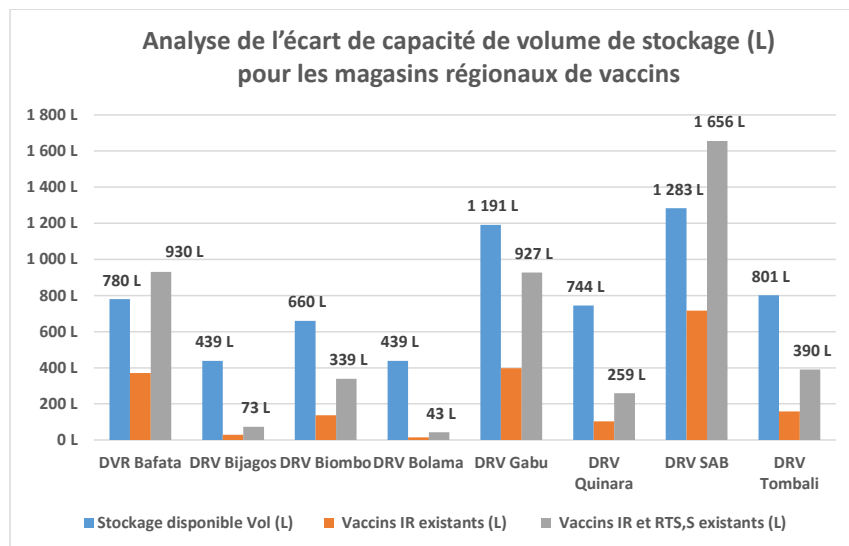
FIGURE 18 : CAPACITE DE STOCKAGE EN LITRES DU NIVEAU CENTRAL (STOCKAGE DISPONIBLE POUR LES VACCINS DE ROUTINE (RI) EXISTANTS, ET BESOINS POUR LES ACTIVITES DE VACCINATION HORS ROUTINE ET POUR LE RTS,S).



Au niveau régional et opérationnel, la configuration actuelle du PEV implique des régions sanitaires (équivalentes à des districts ailleurs) dans la gestion et la distribution des vaccins et du matériel de vaccination. Il est à noter que les 11 régions sanitaires sont équipées de réfrigérateurs solaires fonctionnels gérés par du personnel formé.

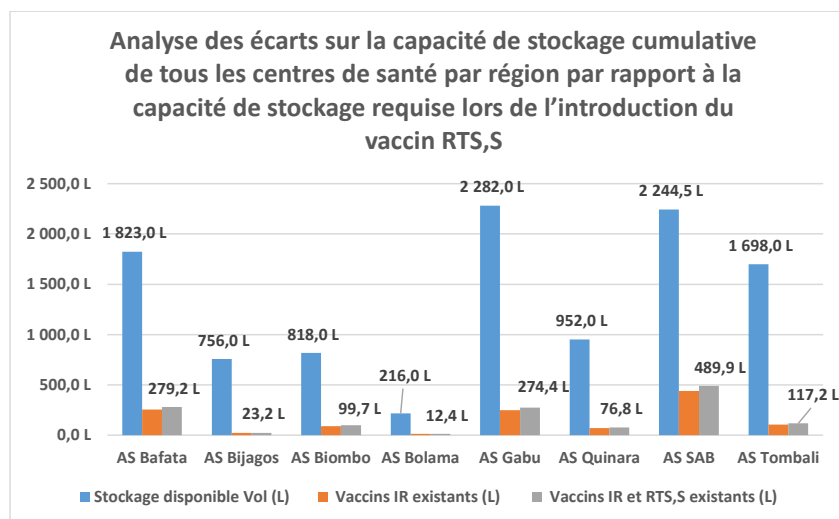
Avec l'expansion massive et continue de la capacité de stockage de la chaîne du froid à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement en vaccination, l'analyse des écarts réalisée pour accueillir le nouveau vaccin antipaludique (RTS,S) montre qu'il y a une capacité adéquate pour l'introduction du nouveau vaccin, à l'exception de deux dépôts régionaux de vaccins (Bafatá avec un écart de 158 litres et SAB 386 litres) et d'un seul centre de santé (CS Bandim) dans la région SAB (**Figure 19**).

FIGURE 19. REPARTITION PAR REGION SANITAIRE DE LA CAPACITE DE STOCKAGE DANS CHAQUE DEPOT REGIONAL DE VACCINS



Compte tenu du calendrier actuel du PEV de routine et de la routinisation de la vaccination antipaludique, les capacités de stockage cumulées dans les zones de santé sont données dans la **Figure 20**.

FIGURE 20 : CAPACITES DE STOCKAGE (L) DANS LES ZONES DE SANTE PAR REGION



En ce qui concerne les capacités de stockage cumulatives des centres de santé, il convient de noter que celles-ci sont inégales sur le territoire et vont de 216 L pour les aires de santé (AS) de Bolama à 2245 L pour les AS de SAB, il faut noter que celles des régions de santé suivent presque la même tendance.

Avec un total de 14969 litres (aires de santé) dans les régions, ces établissements de santé sont en mesure (comme le niveau central) d'assurer le stockage, la conservation et la distribution des vaccins pour la campagne de vaccination de routine (RI) et de vaccination de masse pour le niveau opérationnel.

Les capacités actuelles de la Guinée-Bissau en matière de chaîne du froid sont résumées dans le **Tableau 17** ci-dessous.

TABLEAU 17 : CAPACITE DE STOCKAGE PAR NIVEAU

Niveau de structure	Capacité de stockage +2°C à +8°C	Capacité de stockage -20°C
Central	21 206 L	10 520 L
Région	6 337 L	563 L
Centres de santé	10 790 L	5 661 L

Les régions et les établissements sanitaires disposent d'un réfrigérateur et d'un congélateur combinés qui servent à congeler les blocs réfrigérants pour les activités d'immunisation. Selon les directives de l'OMS, les vaccins administrés dans le pays ne sont pas déposés à des températures inférieures à zéro dans les régions et les zones de santé.

Les capacités en moyen de transport dans la chaîne du froid sont données dans le **Tableau 18**.

TABLEAU 18. CAPACITE EN MOYEN DE TRANSPORT

Niveau de structure	Moyens logistiques
Central	01 camion, 03 véhicules frigorifiques, 02 véhicule pick-up, 02 Toyota land cruiser
Région	17 véhicules, 44 motos
District	201 motos
Communauté	3 481 vélos

En résumé, la capacité disponible en positif pour le niveau central est de 21,206 litres. Les besoins de stockage pour 434 618 doses du vaccin RTS, S sont de 5 382 litres

À l'échelle régionale, les capacités de stockage sont résumées dans le **Tableau 19** ci-dessous.

TABLEAU 19. CAPACITE DE STOCKAGE

Régions	Nom du niveau de la chaîne d'approvisionnement	Vol de stockage total (L) requis pour le RTS,S	Vol de stockage total (L) requis pour les autres vaccins RI	Total (L) pour les autres vaccins IR et le vaccin RTS,S	Volume de stockage disponible (L)	Lacunes (L)
SAB	Niveau Central	5,382	5,148	10,530	21,206	Aucun
BAFATA	DVR Bafata	560	370	930	780	150
BIJAGOS	DRV Bijagos	45	28	73	439	Aucun
BIOMBO	DRV Biombo	202	137	339	660	Aucun
BOLAMA	DRV Bolama	28	15	43	439	Aucun
GABU	DRV Gabu	530	397	927	1,191	Aucun
QUINARA	DRV Quinara	156	103	259	744	Aucun
SAB	DRV SAB	939	717	1,656	1,283	373
TOMBALI	DRV Tombali	231	159	390	801	Aucun

Commenté [ID1]: À réviser en ajoutant Gabu

Commenté [ID2R1]: @ Domingos

Commenté [TG3R1]: Ok. Fait

Le pays prévoit l'évaluation de la gestion efficace des vaccins (EVM) afin d'identifier les forces et les faiblesses des systèmes actuels de gestion des vaccins, depuis la dernière évaluation de l'EVM en 2019. Cette évaluation en cours, qui devrait être terminée d'ici la fin de 2024, couvre divers aspects de la chaîne d'approvisionnement, notamment le stockage, la distribution et l'administration des vaccins. L'objectif est de s'assurer que les vaccins sont manipulés de manière à maintenir leur efficacité du point de fabrication au point d'administration. Le Fond Mondial a financé des équipements pour renforcer la chaîne de froid de la chaîne d'approvisionnement dans les régions, ce qui inclut des équipements, du transport, et des panneaux solaires. Une intégration des chaînes d'approvisionnement et SIGL est envisageable.

5.4 Planification de l'amélioration de la gestion des déchets et de la sécurité des injections en tenant compte du nouveau vaccin

L'introduction du vaccin contre le paludisme aura pour conséquence l'augmentation des besoins en seringues et en boîtes de sécurité. Des efforts sont donc en cours pour l'amélioration de la gestion des déchets au niveau opérationnel.

La gestion des déchets fait partie intégrante de la sécurité des vaccins pour les personnes vaccinées et les vaccinateurs. La vaccination génère de grandes quantités de déchets, en particulier ceux utilisant des antigènes injectables et ceux portant sur des cibles élargies (5-59 mois). La gestion des déchets de vaccination sera régie par la politique de gestion des déchets établie par le ministère de la Santé.

En plus des boîtes de sécurité, les équipes de vaccination recevront des sacs à ordures pour collecter les déchets autres que les seringues/aiguilles. Afin d'éviter le risque de contamination des seringues et des aiguilles usagées pour les travailleurs de la santé et la communauté, des conseils écrits spécifiques seront fournis dans un guide d'orientation, notamment sur la manipulation des vaccins, les techniques d'administration, l'utilisation du matériel d'injection et l'élimination des déchets. Des fiches techniques sur la sécurité des injections seront mises

à la disposition de chaque équipe. Seul du personnel qualifié (médical, paramédical) sera utilisé pour administrer les vaccins. Les seringues autobloquantes (SAB) seront les seuls types de matériel d'injection utilisés.

Les vaccinateurs seront formés sur les précautions à prendre (un SAB par personne, une seringue de dilution pour un flacon d'antigène, pas de pré-remplissage ou de rebouchage des seringues, etc.). Le kit de seringues et d'aiguilles utilisé sera immédiatement collecté dans les coffres-forts (BS). Les consignes de remplissage (3/4 100 SAB par boîte) et de sécurisation (BS fermées, identifiées, conservées dans un local sécurisé, etc.) seront scrupuleusement suivies. Le point focal du PEV assurera le stockage et la comptabilisation des boîtes de sécurité remplies provenant des sites de vaccination dans les zones de santé.

Un plan de gestion des déchets élaboré par le sous-comité de la logistique sera partagé avec chaque région pour être mis en œuvre en fonction de leur spécificité. Ce plan couvre la collecte, le transport, le stockage et la destruction des déchets issus de la vaccination. Chaque région est responsable de la collecte des coffres-forts dans ses centres de santé. Les déchets non tranchants tels que les emballages et les bouchons seront détruits dans les centres de santé sur place. Le transport de ces cartons pleins vers les 3 sites retenus pour l'incinération se fera par les véhicules des Directions Régionales.

La formation des acteurs comprendra le volet sécurité des vaccins et gestion des déchets. Des instructions et des directives claires seront préparées pour le personnel de santé sur l'élimination des objets tranchants et la gestion des déchets. Il convient de rappeler que les incinérateurs fonctionnant correctement assurent la destruction la plus complète des seringues et des aiguilles et produisent moins de pollution atmosphérique que la combustion à basse température. Le budget prendra en compte les coûts opérationnels liés au transport et à l'incinération des déchets sur les trois sites concernés.

Les déchets générés par l'introduction des RTS, S ainsi que ceux générés par d'autres vaccins déjà inclus dans le programme de vaccination, seront collectés tous les 3 mois et transportés par l'une des filières, en fonction de l'emplacement des trois incinérateurs existant actuellement dans le pays. Il y a également 8 autres incinérateurs en phase d'installation.

Avec l'introduction du vaccin RTS, S et de ceux qui existent déjà, chaque enfant recevra 18 injections, ce qui fournira une grande quantité de déchets.

5.5 Révision des formulaires et systèmes de recueil des données et de l'information pour la gestion de la santé et de la vaccination

Le DHIS2 va être paramétré pour intégrer les indicateurs des données du vaccin contre le paludisme. Les supports de suivi de vaccination vont être réactualisés.

La collecte des données et la transmission des données suivront le système d'information sanitaire déjà existant. Les outils de collecte des données seront révisés par le PEV de Guinée Bissau avec le PNLP, en tenant compte de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) ainsi que l'intégration dans le DHIS2. Il s'agit de :

- Formulaires de commande des vaccins
- Registre des stocks de vaccins et consommables
- Registre de vaccination

- Rapports mensuels de vaccination
- Fiches de notification des MAPI
- Fiches de notification des maladies cibles du PEV
- Fiche de gestion de déchets
- Fiche de pointage
- Fiche de registre de la température pour congélateur
- Fiche de registre de la température pour réfrigérateur
- Courbe d'auto-monitorage
- Fiche d'inventaire
- Carnet de suivi de perte de vaccins
- Fiche d'identification d'antigènes dans la chaîne du froid
- Carnet de santé de l'enfant

Par rapport à la révision des outils un atelier avec la participation des techniciens et les partenaires est prévu en février et l'impression en avril 2025.

Les outils de gestion existants dans le PEV seront revus dans le but d'intégrer des plages pour le vaccin contre le paludisme. Les outils révisés seront reproduits et mis à la mise disposition des formations sanitaires. La gestion des données s'intégrera dans le système de données habituel (DHIS2) en collaboration avec INASA. Les données seront enregistrées d'abord dans le livre de registre et carte de vaccination. Les informations individuelles des enfants seront reprises dans la fiche de pointage puis vérifiées et compilées dans la fiche de synthèse mensuelle. Une fois validées par l'équipe technique des aires sanitaires en trois copie (1 AS, 1 DRS et 1 NC), elles seront envoyées vers le Direction Régionale de Santé (DRS), où les données seront saisies par le Responsable de Système d'Information Sanitaire (SIS) dans la DHIS2.

Dans l'avenir un registre électronique de vaccination sera mis en place et prendra en compte les données de la vaccination RTS,S dans la tablette au niveau périphérique. La mise en œuvre du registre électronique de vaccination a été approuvée dans le plan de Stratégie Nationale de Vaccination (SNV) 2024-2028 et sera déployé à l'échelle nationale.

5.6 Planification pour le suivi et l'évaluation de l'introduction du nouveau vaccin

Au vu des spécificités liées à l'introduction du vaccin Malaria dans la vaccination de routine, une première expérience pour le pays, les supervisions formatives systématiques devront mettre l'accent sur la mise en œuvre des activités.

Pendant les réunions de coordination mensuelles, la validation des données sera réalisée dans chaque région sanitaire ciblée avec toutes les parties prenantes. Les réunions mensuelles du mois d'introduction et les mois qui suivront, bien qu'elles portent sur toutes les données de vaccination et de surveillance, elles se focaliseront de façon spécifique sur les données du paludisme afin de conduire vers les prises de décisions correctives précoces.

La surveillance des maladies évitables par la vaccination (MEV) est assurée par la DSIVE en collaboration avec le service de la surveillance épidémiologique de l'INASA. Toutes les DRS disposent d'un responsable en charge de la surveillance. Des directives sont élaborées et mises à la disposition des acteurs. La troisième édition du guide SIMR a été mis à jour, et l'outil ODK a été introduit dans la supervision et la surveillance des cas de MEV. Des COES (Centre Opérationnel d'Urgence et de Santé) ont été mis en place au niveau national et régional. Cependant, des dysfonctionnements ont été identifiés dans la SNV 2024-2028. En particulier, certains indicateurs majeurs de

surveillance ne sont pas atteints, les délais de transmission des échantillons et des données sont trop lents, certaines MEV sont sous notifiées, il y a peu de recherche active de cas de MEV et d'autres épidémies potentielles et les sites sentinelles sont peu actifs, les techniciens et autres acteurs maîtrisent mal la définition des cas suspects, le remplissage et l'utilisation des instruments de surveillance (formulaires de déclaration, enquête, journal de bord, production de rapports,...) est insuffisant, la collaboration institutionnelle entre le LNSP, le CESC/INASA et la DSIVE et la coordination interministérielle dans le cadre de la surveillance sont faibles, le réseau national de laboratoires (laboratoire de référence à l'INASA et laboratoires régionaux) n'est pas opérationnel du fait d'un manque de ressources humaines, d'équipements et de réactifs, les moyens de transport et de financement pour les activités de supervision au niveau opérationnel et pour l'acheminement des échantillons sont insuffisants, la surveillance aux points d'entrée et la surveillance à base communautaire est sous-optimale, les COES (National et Régional) sont peu fonctionnels, les MAPI sont sous-notifiées et leur retro information n'est pas systématique. Enfin, il n'y a pas d'accès aux données de surveillance sur la plateforme DHIS2 pour les MEV.

Ces insuffisances seront adressées de la façon suivante :

- Renforcer la surveillance active à tous les niveaux dans le but d'atteindre tous les indicateurs
- Améliorer la chaîne de transmission d'échantillons et de données
- Renforcer la capacité des intervenants dans le domaine de surveillance MEV
- Améliorer la collaboration institutionnelle entre le LNSP, le CESC/INASA et la DSIVE et la coordination interministérielle dans le cadre de la surveillance
- Assurer le réseau national de laboratoires (laboratoire de référence à l'INASA et laboratoires régionaux) en ressources humaines, équipements et réactifs, moyens de transport et de financement pour les activités de supervision au niveau opérationnel et pour l'acheminement des échantillons en quantité et qualité suffisantes
- Renforcer la surveillance aux points d'entrée et la surveillance à base communautaire
- Réactiver le fonctionnement des COES (National et Régional)
- Notifier les cas de MAPI et systématiser leur retro-informations
- Créer un identifiant sur la plateforme DHIS2 pour le point focal MEV

La surveillance des événements indésirables suivant la vaccination (MAPI) nécessite une amélioration du niveau de détection des cas dans toutes les structures de santé, une prise en charge correcte des cas et une notification de chaque cas. Lors des dernières interventions contre la poliomyélite utilisant le VPO2 et de la campagne de vaccination contre la COVID-19, les points focaux et les cliniciens du secteur public ont été formés à la gestion du MAPI. Une politique/directive sur ce qu'il faut faire en cas de MAPI est disponible, et des outils de gestion ont été développés et mis à la disposition des établissements de santé. Un comité national d'experts du MAPI a été créé et est chargé d'évaluer les cas graves selon l'algorithme de l'OMS. Il existe également des sous-comités nationaux et des points focaux régionaux du MAPI et des zones de santé. La Commission Nationale des Spécialistes/Experts en Pharmacovigilance a été réactivée en janvier 2022. A l'instar des autres vaccins, le sous-comité national de gestion des MAPI existant, sera impliqué dans la gestion des MAPI lors de la vaccination avec RTS,S (formulaires, réunions d'information).

Pour le suivi des événements indésirables post-vaccinaux (MAPI), des points focaux MAPI ont été désignés et formés dans toutes les zones de santé au niveau opérationnel, soit un total de 117 points focaux MAPI au niveau des régions sanitaires et 11 au niveau régional (1 par région). Ces points focaux sont responsables du reporting et

du suivi des cas indésirables, et sont équipés d'outils de gestion de cas MAPI qui leur permet l'envoi des données via l'application ODK. Les MAPI sont notifiés par les points focaux de chaque zone de santé. Dans chaque région sanitaire, il y aura un renforcement avec des kits MAPI (cas non Graves et cas sévères). Tous les cas de MAPI lors de la vaccination de routine seront référés et traités gratuitement dans les centres de santé identifiés. Les cas non graves sont traités dans les établissements de santé. Les cas graves seront transférés vers les hôpitaux de référence régionaux et nationaux.

Les outils de gestion de la surveillance MAPI sont disponibles dans toutes les structures de santé, et les fiches d'investigation des cas graves sont disponibles auprès des Points Focaux régionaux MAPI chargés d'enquêter sur les MAPI graves, avec l'appui du niveau central. Pour les enquêtes exhaustives sur les MAPI graves, elles sont menées de manière intégrée en collaboration avec le point focal régional, les membres du sous-comité MAPI, l'équipe de coordination au niveau national et ensuite par l'équipe d'experts en évaluation des victimes.

Les mesures à prendre en cas de MAPI sévère sont les suivantes :

- Prodiguier les premiers soins au patient
- Avertir immédiatement le point focal régional du MAPI afin d'organiser et de participer à la gestion des cas et à l'enquête du MAPI
- Avertir immédiatement, à l'aide du formulaire de notification, le directeur régional de la santé et l'équipe régionale de coordination, pour assurer l'organisation de la prise en charge et de l'enquête du MAPI
- Remplir le formulaire d'enquête sévère MAPI et préparer le rapport, et l'envoyer au niveau central
- Prendre une décision sur le transfert du cas grave MAPI vers l'hôpital ou la structure de référence

Par ailleurs, pour éviter les rumeurs en cas de MAPI, la sous-commission de communication préparera des messages à l'avance pour lutter contre les rumeurs et les tabous qui pourraient compromettre le succès de la vaccination.

5.7 Formation des agents de santé(ou des autres professionnels impliqués dans la vaccination

Avant l'introduction du vaccin RTS,S dans la vaccination de routine, une formation du personnel de vaccination sera conduite à tous les niveaux.

La formation concernera les composantes du programme élargi de vaccination (PEV), avec un accent particulier sur les éléments spécifiques au vaccin RTS,S en stratégie hybride. Le contenu de la formation sur le vaccin contre le paludisme comportera divers modules qui varieront en fonction des cibles de la formation et sera essentiellement axé sur :

- L'épidémiologie du paludisme
- Les critères de choix des 8 régions sanitaires
- Les modalités d'introduction du vaccin RTS,S/AS01
- La technique vaccinale et l'administration en 5 doses
- L'organisation des sites de vaccination
- La gestion des MAPI et EIIP
- La gestion des stocks, la conservation du vaccin

- La gestion des déchets
- La sécurité des injections en général
- La communication et la mobilisation sociale
- L'intégration du vaccin aux autres mesures de prévention et de contrôle du paludisme (utilisation des MILDA, la CPS, les comportements souhaités en cas de fièvre, etc)
- La gestion des données
- Les opportunités de rattrapages des enfants « zéro dose » et « sous vaccinés »
- La vaccination des enfants hors aires sanitaires, etc.

Pour faciliter l'activité et assurer de couvrir l'essentiel requis, la Guinée Bissau s'inspirera du matériel de formation générique élaboré par l'OMS et les partenaires de mise en œuvre du vaccin antipaludique, y compris PATH, pour développer des outils adaptés au pays. Une équipe technique sera chargée d'examiner et de développer des supports de formation spécifiques en Guinée Bissau. Le matériel de formation peut inclure : un guide de l'animateur de la formation, un guide du participant, des présentations PowerPoint, des aide-mémoires, des affiches, des exemples d'outils de données et des jeux de rôle. Les matériaux seront développés, et approuvés par les groupes de travail, et imprimés pour distribution. Les enseignements tirés et les recommandations des sessions de formation seront utilisés pour mettre à jour les supports de formation.,

Des méthodes interactives seront utilisées lors des formations avec notamment des exposés suivis de discussions, des démonstrations et des jeux de rôles.

L'acquisition des compétences sera appréciée par une évaluation pré et post formation.

Les formations débiteront au premier trimestre 2025.

5.8 Planification et mise en œuvre des activités de mobilisation sociale, de communication et de plaidoyer

5.8.1 Objectif et contexte

L'objectif général de la communication est le suivant:

- Encourager au moins 95 % des parents et tuteurs d'enfants âgés de 5 à 59 mois à les vacciner contre le paludisme.
- Obtenir l'engagement et la participation d'au moins 80% des autorités administratives, politiques, religieuses et traditionnelles aux différents niveaux.
- Informer au moins 95% de la population de l'introduction d'une nouvelle vaccination contre le paludisme.
- Obtenir la participation d'au moins 80% des collectivités territoriales décentralisées, des organisations scientifiques et professionnelles, de la société civile et des leaders communautaires.

Dans le but de générer la demande de vaccination, le PEV s'est doté d'un département en charge de la communication et un plan stratégique de communication a été élaboré pour la période 2018-2022. La mise en œuvre des activités de communication se fait en collaboration avec l'INASA. Au niveau des régions, il existe des

points focaux communication et les agents de santé communautaires existent dans toutes les localités et soutiennent la mise en œuvre des activités de communication au niveau communautaire. Un contrat de collaboration existe avec les sociétés de téléphonie mobile qui assurent la promotion des activités de vaccination pendant les campagnes. Cependant, le plan stratégique de communication 2018-2022 est insuffisamment mis en œuvre et un certain nombre d'insuffisances existent en matière de génération de la demande et de l'engagement des parties prenantes, parmi lesquelles, la faible collaboration entre les structures de communication (INASA, PAV, MCS, UNICEF, PLAN et OMS), l'insuffisance de financement des activités et la faible importance accordée à la communication dans les plans et politiques en faveur de la vaccination, la faiblesse des performances des points focaux de communication au niveau opérationnel, l'absence d'un poste spécifique communication dans l'organigramme des DRS, la faible communication interpersonnelle lors des séances de vaccination, l'absence d'un mécanisme de collecte et de traitement systématique des rumeurs sur la vaccination en routine, l'insuffisance de compétences des acteurs en communication pour le changement social et comportemental au niveau opérationnel, la faible utilisation des médias et des TIC pour communiquer avec les populations sur la vaccination de routine. En conséquence, il existe un manque de confiance de certains utilisateurs envers les services de vaccination, des doutes sur l'efficacité des vaccins et la peur des effets secondaires.

En termes de communication, une étude récente² a identifié des défis liés à l'introduction d'un nouveau vaccin, parmi lesquels:

- Un taux d'analphabétisme élevé
- Le temps d'attente important (54% des mères observées ont attendu en moyenne entre 2 heures et plus de 3 heures avant de pouvoir faire vacciner leurs enfants)
- Le mauvais accueil des agents dans les centres de vaccination : des réactions grossières, une colère incontrôlée, un manque d'empathie pour la douleur ou les pleurs d'un enfant et un manque de sourire
- L'existence de perceptions erronées sur la vaccination
- La multiplication des rumeurs et des discours anti-vaccination, souvent fondés sur des doutes, des suspicions et des positions idéologiques
- Des facteurs contextuels comme les difficultés de transport
- L'utilisation de la pharmacopée traditionnelle pour traiter le paludisme

La production de données sociales, qualitatives dans le domaine de la vaccination et la capitalisation des innovations en matière de génération de la demande demeurent faibles et la communauté, les autorités locales et la société civile sont peu impliquées dans les activités de vaccination de routine au niveau opérationnel. Par ailleurs, certaines communautés ont un faible niveau de connaissance sur la vaccination alors que parallèlement les techniciens et ASC peinent à accéder aux populations des zones urbaines (universitaires, débrouillards et prospères financièrement), immigrants, pêcheurs, éleveurs et nomades.

A l'instar de ce qui est observé au niveau international, la Guinée-Bissau montre une généralisation des tendances et pratiques résistantes à la vaccination. Ces attitudes reflètent des malentendus, un manque de connaissances, des rumeurs et des informations erronées sur les vaccins et la vaccination. Cette situation est aggravée par la démocratisation des technologies de l'information et de la communication, réseaux sociaux et des médias traditionnels, qui ne garantissent pas toujours des messages corrects sur la vaccination. Pour contrer ces dérives,

² Rapport final, conclusions et analyse des goulots d'étranglement dans la génération de la demande de vaccination de l'évaluation du plan de communication stratégique du PEV 2018-2022 de la Guinée-Bissau novembre 2023

l'idée est de communiquer l'information sur la vaccination de manière positive et anticipative en proposant des informations positives sur les effets préventifs de la vaccination et des reportages sur l'introduction du vaccin par des journalistes bien informés, et en partageant régulièrement les informations mises à jour avec les journalistes et les blogueurs.

Face à cette situation, l'introduction du nouveau vaccin contre le paludisme pose une série de défis en termes de communication et de comportement. La multiplication des visites de vaccination RTS,S, 5 au total, pourra avoir un impact sur les dépenses des ménages (transport et absence au travail). Pour le personnel soignant et les ASC, cela signifie également une nouvelle charge de travail. Tout cela nécessite une étude socio-anthropologique pour saisir la perception et l'acceptation de la population et des professionnels de santé de première ligne. Les résultats de cette étude détermineront l'élaboration du plan de communication, l'introduction de messages clés pour renforcer la confiance et identifier les signes avant-coureurs. Ces résultats nous permettront de développer une stratégie de communication efficace pour répondre aux préoccupations du public et faciliter l'acceptation du vaccin.

5.8.2 Stratégies

La stratégie de communication retenue repose sur trois phases :

PHASE	TYPE D'APPROCHE DE COMMUNICATION	OUTILS DE COMMUNICATION
1 Lancement du RTS,S dans le PEV de routine	Campagne de communication complète	Utilisation combinée des médias
2 Campagne de vaccination, semaine d'accélération et CPS	Campagne de mobilisation sociale et de communication	Utilisation des outils de communication du risque, de mobilisation et de communication sociale
3 Vaccination de routine	Campagne de communication ciblée avant la saison de forte transmission du paludisme	Utilisation de SMS, spot, écran géant

Les stratégies suivantes seront développées : plaidoyer, mobilisation sociale/partenariat, communication pour le changement comportemental et social, communication de crise et renforcement des capacités.

5.8.3 Plan d'action de communication communautaire

En premier lieu, il conviendra d'écouter les communautés pour saisir leurs préoccupations et leurs questions. Il conviendra de demander aux gens ce qu'ils savent déjà et ce qu'ils veulent et doivent savoir sur le vaccin contre le paludisme et les autres mesures de prévention. Des évaluations communautaires rapides, des enquêtes rapides ou des enquêtes structurées pourront être utilisées pour comprendre les perceptions de la communauté sur les vaccins contre le paludisme et les comportements préventifs. Elles permettront d'analyser et de trianguler des données provenant de plusieurs sources et d'utiliser ces données pour des actions et des interventions de conception.

Sur la base des données recueillies, un plan d'action sera élaboré en collaboration avec les communautés. Le plan communautaire doit faire partie du microplan global. Les plans peuvent être adaptés au contexte local. Les messages et le matériel doivent être adaptés pour refléter les perceptions et les connaissances du public local.

5.8.4 Plaidoyer

L'implication des autorités politiques et administratives et des leaders d'opinion (traditionnels et religieux) est cruciale pour accroître l'enthousiasme des parents pour le vaccin. Il est important d'impliquer des leaders et des personnages reconnus par la société et capables d'influencer positivement le public cible.

Des visites/rencontres de plaidoyer seront organisées à l'endroit :

- Des autorités administratives et politiques à savoir les gouverneurs de régions, les hauts-commissaires de provinces, les préfets de départements, les maires qui organiseront à leur tour des rencontres de plaidoyers avec les collaborateurs sur les avantages de l'introduction du RTS,S/AS01.
- Des responsables des autres départements ministériels : le ministère en charge de l'éducation et le ministère en charge de la famille et de l'action humanitaire seront mis à contribution pour atteindre les cibles.
- Des champions régionaux de la vaccination et ceux de la lutte contre le paludisme seront mobilisés en faveur de l'acceptation du vaccin contre le paludisme par les populations. Des champions provinciaux et départementaux seront identifiés et installés.
- Des leaders religieux à travers leurs Fédérations (Fédérations des associations islamiques de la Guinée Bissau, des églises et missions évangéliques) qui accompagnent généralement les activités de mobilisation sociale en faveur de la vaccination.
- Des leaders coutumiers qui sont engagés à accompagner la vaccination seront des cibles pour les visites de plaidoyers en faveur du RTS,S/AS01.
- Des tradipraticiens de santé reconnus et influents qui accompagneront la sensibilisation des communautés sur les avantages à faire vacciner les enfants contre le paludisme à travers leur coordination nationale et les relais régionaux et provinciaux.
- Des organisations de la société civile, comme le secrétariat permanent des organisations non gouvernementales dont le réseau de représentants va jusqu'au niveau village, qui permettront d'atteindre toutes les populations pour susciter leur adhésion à la vaccination contre le paludisme.
- De la coordination nationale des femmes et ses représentations au niveau régional, provincial et départemental, qui seront d'un appui important pour la mobilisation des mères en faveur de la vaccination de leurs enfants.
- Des sociétés savantes qui seront impliquées pour la sensibilisation de leurs membres.
- Des associations des mères leaders engagées pour la santé des enfants qui serviront également de passerelle pour une bonne acceptation du vaccin antipaludique RTS,S.
- Des comités villageois de développement qui sont des organisations communautaires, qui seront mises à contribution pour la mobilisation sociale et la levée des réticences à la vaccination contre le paludisme.
- Des hommes et femmes de médias (télé, radio, presse écrite/en ligne), les bloggeurs et influenceurs, à travers les réseaux sociaux, qui serviront de canal pour la mobilisation des communautés en faveur de la vaccination mais aussi pour la déconstruction des fausses rumeurs.

Les principales activités de sensibilisation à la vaccination RTS,S à mener aux différents niveaux sont les suivantes:

Niveau central - Le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) continuera à être mobilisé pour des activités de sensibilisation. Des mesures seront également prises auprès des dirigeants d'organisations ou d'institutions nationales, notamment des ordres professionnels (Médecins et Infirmiers), des organisations religieuses, des associations de chefs traditionnels, des députés, des entreprises publiques et privées.

Niveau intermédiaire - Avec l'appui des Gouverneurs, chaque Délégué Régional de la Santé sera chargé de sensibiliser et d'informer les responsables administratifs et politiques, les leaders d'opinion, les opérateurs économiques, la Croix Rouge, les médias régionaux et autres. Un lancement officiel sera organisé avec les acteurs régionaux et l'appui des responsables de la communication au niveau central, sous la haute autorité des Gouverneurs des régions, en présence des salariés, des leaders communautaires, des familles, des mères et des enfants. Cela contribuera à faciliter le travail des mobilisateurs communautaires.

Niveau opérationnel - Chaque responsable d'aire sanitaire visée par la vaccination, en collaboration avec les administrateurs de secteur et les inspecteurs de l'éducation de base, sera chargé d'informer les directeurs des écoles primaires et maternelles. En outre, le responsable de la zone de santé sera chargé d'organiser des réunions pour impliquer les responsables administratifs et politiques, les leaders d'opinion, les opérateurs économiques, la Croix-Rouge, les médias locaux et les ASC. Le point focal régional de communication, qui connaît les communautés, sera chargé de les mobiliser, de coordonner et suivre les activités des points focaux de communication dans chaque aire de santé.

5.8.5 Mobilisation sociale

Les activités de mobilisation sociale consisteront à développer une collaboration formelle avec les médias, les associations de femmes et les groupes organisés, le ministère de l'Éducation Nationale, l'Enseignement Supérieur et la Recherche Scientifique (MENESIC), les églises, les mosquées et autres organisations religieuses, en vue de leur participation effective à la campagne sous toutes ses formes. A cet effet, plusieurs activités seront organisées :

a) Des matériels de mobilisation sociale seront développés. Dans le cadre des nombreuses activités de mobilisation sociale, divers supports/matériels peuvent être produits, selon les ressources mobilisées. Il s'agit notamment d'écrans géants, d'affiches, de roll-up, de tableaux à feuilles mobiles, de dépliants et de brochures :

- Les prospectus seront produits pour soutenir la sensibilisation des agents de santé communautaire dans les ménages.
- Les affiches serviront à sensibiliser les usagers des formations sanitaires, les personnes présentes dans les lieux publics ou de rencontre (centres de santé, rues, lieux de culte, marchés, stades, bancs de jeunes, etc.).
- Les dépliants et brochures renforceront les messages sur la vaccination systématique, la gestion de la FPI et la surveillance communautaire.
- Le roll-up est un support d'information destiné à apporter une visibilité efficace dans la campagne. Il sera utilisé lors des cérémonies de lancement et aux entrées des établissements publics (MINSAP, MENES, DRS, PNLP, DSIVE, grands hôpitaux)
- Les tableaux à feuilles mobiles serviront de matériel de soutien pédagogique à utiliser par les techniciens de santé et les ASC lors des séances d'éducation et de plaidoyer et lors des visites à domicile.
- Les écrans géants, dispositifs d'affichage numérique, seront utilisés en milieu urbain pour diffuser différents messages (spots, microprogrammes, théâtre et infographies).

Les acteurs opérationnels doivent veiller à la diffusion du matériel de mobilisation sociale utilisé.

b) Des cérémonies de lancement de campagne seront organisées au niveau régional et dans les zones sous la présidence de l'autorité locale compétente (gouverneur et DRS). Ces cérémonies se dérouleront dans un lieu stratégique et fréquenté, réunissant non seulement les autorités locales, mais aussi les parents accompagnés d'un grand nombre d'enfants cibles et le grand public. Les cérémonies de lancement peuvent avoir lieu dans une zone de santé où les performances en matière de vaccination sont médiocres. Cette cérémonie étant organisée le premier jour de vaccination, les ressources doivent être utilisées de manière à ne pas pénaliser la vaccination en porte-à-porte dans les ménages. Deux résultats attendus des cérémonies de lancement seront la sensibilisation du public et la vaccination des enfants cibles.

Des campagnes de sensibilisation seront organisées au sein de groupes identifiés au niveau des régions et des aires de santé. Les principaux acteurs de ces visites seront les points focaux de communication à différents niveaux, avec l'appui de la RAS. L'objectif est d'amener ces groupes, associations, ONG, organismes religieux et communautaires, à soutenir la diffusion de messages sur la campagne et la vaccination des enfants. Dans ce contexte, le comité de coordination de la campagne, selon les régions, devrait explorer différents partenariats (PEV, PNLP, Unicef, OMS) pour optimiser la mobilisation sociale.

Les radios et médias locaux seront mobilisés. Des réunions d'information seront organisées pour les professionnels des médias au moins une semaine avant le début de la campagne. L'un des principaux résultats de ces réunions d'information sera l'élaboration d'un plan média efficace. Un accent particulier sera mis sur l'implication des communications en langues locales dans les zones d'émission de radios. Cela facilitera la compréhension des messages transmis. Les radios rurales et/ou communautaires des régions devront sensibiliser en permanence pendant une semaine avant et pendant chaque campagne, à travers la diffusion de spots, de microprogrammes mettant en vedette des dirigeants ou des célébrités influents.

Des séances d'information et de clarification seront organisées pour les influenceurs/blogueurs, les responsables des médias, les journalistes et les médecins et infirmiers afin de garantir que les informations sur la campagne et l'utilisation de RTS,S soient claires et bien comprises. Tous les médias (télévisions, radios nationales et communautaires, journaux en ligne et presse écrite) seront impliqués dans le processus afin de diffuser des spots, des messages et des informations rectifiées et d'aider le ministère de la Santé à lutter contre les rumeurs et la désinformation. Les messages seront élaborés sur la base d'orientations stratégiques, en tenant compte du contexte local. Ces messages seront diffusés à tous les niveaux. Ils pourront intégrer des témoignages de victimes et des premiers parents ayant complètement vacciné leurs enfants.

Concernant la documentation, un bulletin d'information introductif sera réalisé et partagé quotidiennement au niveau central, au moins 5 jours avant le début de la vaccination.

Les messages doivent prendre en compte la nécessité de capturer différents groupes de population dans une seule campagne de vaccination et d'établir des stratégies spécifiques pour chacun de ces groupes. Ils doivent également être différenciés selon les stratégies de campagne et les phases de son exécution.

Des mobilisateurs sociaux ou associations locales et comités de santé seront placés à proximité des postes de vaccination, dans un rayon idéal de 5 km. En plus des Agents de Santé Communautaire (ASC), le personnel de santé sera également impliqué dans le PCI lors de conférences pédagogiques dans les centres de santé pour informer et éduquer les parents, les soignants et autres usagers. Le personnel soignant sera également incité à inviter les hommes à certaines séances de vaccination afin de mobiliser leur soutien au sein des familles.

La mobilisation sociale s'appuiera également sur la performance des ONG et OBC.

Enfin, la participation communautaire est plus efficace lorsqu'elle se fait au sein de la communauté. Les acteurs travailleront avec des mobilisateurs communautaires et sociaux pour rencontrer la communauté, former les leaders communautaires et les mobilisateurs communautaires et sociaux. Le programme sollicitera la participation des associations de vendeuses sur les grands marchés de Bissau pour sensibiliser les clients.

5.8.6 Communication de crise

En vue de prévenir et de gérer les crises potentielles, des activités de communication appropriées seront proposées pour restaurer et maintenir la relation de confiance entre les prestataires de services de vaccination et les communautés. Les orientations stratégiques de gestion de crise suivront les étapes suivantes :

- Avant la crise
 - Identifier et former un porte-parole (généralement le ministre de la Santé Publique au niveau national ou des leaders d'opinion)
 - Identifier les médias et les journalistes crédibles qui peuvent contribuer à contenir la crise, si nécessaire
 - Préparer une série de questions et réponses ou un algorithme de réponse aux rumeurs
- Pendant la crise
 - Adapter les mots à utiliser
 - S'exprimer de la manière la plus simple possible : illustrer, ne pas énoncer
 - Ouvrir des perspectives
- Après la crise :
 - Évaluer l'impact de la crise
 - Restaurer l'image des services de santé
 - Évaluer, corriger et améliorer la communication de crise

Le ministre de la Santé, appuyé par l'équipe de communication sociale du ministère, sera informé des messages à diffuser en cas de crise, tandis que les leaders d'opinion seront appelés à renforcer la crédibilité des messages diffusés.

Des stratégies différenciées seront déployées en fonction de groupes particuliers :

Groupes particuliers	Stratégies
Migrants	- Préparer la carte au niveau opérationnel et la mettre à jour en fonction de nouvelles informations - Planifier des réunions avec les dirigeants des communautés de migrants - Recruter et former des mobilisateurs sociaux/vaccinateurs dans le groupe, en collaboration avec le leader communautaire - Distribuer et assurer l'utilisation du matériel de mobilisation sociale - Superviser la sensibilisation et la vaccination des enfants dans les camps nomades
Experts de la santé, intellectuels et « Penharicas »	- Créer une cartographie pour identifier le territoire, les motivations et les affiliations professionnelles - Créer une approche personnalisée au cas par cas en fonction des utilisateurs clés
Populations difficilement	- Sélectionner des mobilisateurs locaux pour travailler avec ces communautés - Prévoir la logistique nécessaire (motos, bateaux, etc.)

accessibles (îles, petites rivières)	- Solliciter l'assistance technique des ONG nationales et internationales
--------------------------------------	---

5.8.7 Renforcement des capacités

En complément des stratégies du SIVE traditionnelles, les stratégies BIG CACTH-UP et les campagnes de masse seront utilisées (population nomade, migrants, pêcheurs, ...). Les activités de communication et de mobilisation sociale seront renforcées pour se coupler aux activités intensifiées du PEV dans le cadre de la stratégie hybride pour vacciner systématiquement les enfants au cours des deux premières années de leur vie, comprenant entre autres :

- La numérisation des données des enfants vaccinés
- L'identification des cibles à vacciner
- L'intensification des activités de stratégie avancée et mobile
- La récupération des perdus de vue par les Agents de Santé Communautaire (ASC)
- La réalisation de campagnes de masse pour vacciner les enfants et renforcer les quatrième et cinquième doses

6. Besoins d'assistance technique

Pour l'introduction du vaccin contre le paludisme, le pays aura besoin d'assistance technique pour évaluer la couverture vaccinale et l'impact du vaccin, et renforcer le système de recueil des données et de pharmacovigilance (Tableau 20).

TABLEAU 20. BESOINS D'ASSISTANCE TECHNIQUE

Activités nécessitant une assistance technique	Acteurs d'implémentation	Durée de l'assistance technique	Sources potentielles de financement
Appui à la mise en œuvre de l'introduction (préparation des activités)	OMS consultant	3 mois	OMS
Etude d'évaluation post introduction	Saude Bandim	6 mois	Gavi/TCA
Appui à la logistique	UNICEF	9 mois	Gavi/TCA
Appui à la gestion des données	OMS	9 mois	Gavi/TCA
Appui à la communication	UNICEF	9 mois	Gavi/TCA