



GOVERNO DA
GUINÉ-BISSAU

República da Guiné - Bissau

Ministério da Saúde Pública

Direção Geral de Saúde Materno Infantil

Direção de Serviço de Imunização e Vigilância Epidemiológica

**Plan de la campagne préventive de vaccination contre
la fièvre jaune
[November 2023]**



Contents

| | |
|---|-----------|
| Liste des figures | 5 |
| Abréviations et acronymes..... | 6 |
| 1 ANALYSE SITUATIONNELLE..... | 9 |
| 1.1 CONTEXTE | 9 |
| 1.2 PROFIL GENERAL DU PAYS ET DEMOGRAPHIE..... | 10 |
| 1.2.1 Contexte politique :..... | 10 |
| 1.2.2 Contexte géographique :..... | 11 |
| 1.2.3 Contexte économique :..... | 11 |
| 1.2.4 Education :..... | 12 |
| 1.2.5 Le contexte socio démographique : | 12 |
| 1.3 SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE..... | 14 |
| 1.3.1. Architecture du système de santé : | 14 |
| 1.3.2. Situation sanitaire : | 15 |
| 1.3.3. Priorités en matière de santé :..... | 16 |
| 1.4 LE PROGRAMME NATIONAL DE VACCINATION ET DE VIGILANCE | |
| EPIDEMIOLOGIQUE : | 16 |
| 1.4.1. Cadre institutionnel du service de l'immunisation (PEV) central | 17 |
| 1.4.2. Chaîne du froid et logistique | 18 |
| 1.4.2.1. Au niveau central | 18 |
| 1.4.2.2. Au niveau régional et opérationnel..... | 18 |
| Tableau 1 : répartition des Porte vaccins Caisses isothermes par région sanitaire..... | 20 |
| 1.4.2.3. Capacités d'approvisionnement : | 20 |
| 1.4.2.4. Transport des vaccins et intrants de vaccination :..... | 21 |
| 1.4.3. Information et de l'engagement communautaire | 21 |
| 1.4.4. Performances du PEV..... | 22 |
| 1.4.5. Continuité et renforcement des acquis :..... | 24 |
| 1.4.6. Systèmes de surveillance des maladies | 24 |
| 1.4.7. Les priorités programmatiques du SIVE..... | 25 |
| 1.5 ANALYSE DE L'EQUITE | 25 |
| 1.6 SITUATION DE LA SURVEILLANCE EPID. DE LA FIEVRE JAUNE EN GB..... | 30 |
| 1.6.1 Réservoir : | 30 |
| 1.6.2 Mode de transmission : | 30 |
| 1.6.3 Surveillance de la Fièvre Jaune au cours des cinq dernières années :..... | 31 |
| 1.7 Activités précédentes de fièvre jaune..... | 32 |
| 1.7.1. Description des épidémies passées et des stratégies de réponse : | 32 |
| 1.7.2. Situation des vecteurs..... | 33 |
| 1.7.3. Mise en œuvre de la stratégie EYE en Guinée Bissau | 33 |
| 1.7.3.1. Rappel de l'initiatives contre la fièvre jaune : stratégie d'élimination des épidémies de | |
| fièvre jaune (EYE) / Initiatives mondiales..... | 33 |
| 1.7.3.2. La stratégie EYE a trois objectifs stratégiques majeurs | 34 |



| | | |
|----------|--|----|
| 1.7.3.3. | Interventions prioritaires de la stratégie EYE | 35 |
| 1.7.3.4. | Cadre régional africain pour la mise en œuvre d'EYE en Afrique | 35 |
| 1.7.3.5. | Étapes clés de l'EYE pour la région africaine : | 35 |
| 1.7.3.6. | État de mise en œuvre et expériences des pays | 36 |
| | Objectif général | 36 |
| | Contribuer à l'élimination des épidémies de fièvre jaune dans la région Africaine d'ici 2026. | 36 |
| | Objectifs spécifiques | 36 |
| | 1.7.4. Principaux indicateurs de suivi de la fièvre jaune | 37 |
| | 1.7.5. La gestion de cas : | 37 |
| | 1.7.6. Surveillance et contrôle vectoriel : | 37 |
| | 1.7.7. Synthèse des facteurs de risque de propagation de la fièvre jaune | 38 |
| 2 | JUSTIFICATION DE LA CAMPAGNE PREVENTIVE CONTRE LA FIEVRE JAUNE : | 39 |
| 2.1. | Situation épidémiologique | 39 |
| 2.2. | Risques de transmission et de propagation | 42 |
| 2.3. | Résultats de l'analyse du risque dans la Région Africaine en 2023 | 43 |
| 2.4. | Obstacles géographique, économique et politique à la vaccination | 45 |
| 2.5. | Processus national de prise de décision | 46 |
| 2.6. | Liens avec d'autres interventions | 46 |
| 2.7. | Leçons apprises à prendre en compte dans l'organisation de la campagne | 47 |
| 2.8. | Appui des partenaires | 48 |
| 3 | BUT ET OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE PREVENTIVE | 49 |
| | 3.1 Objectif général | 49 |
| | 3.2 Objectifs spécifiques: | 49 |
| | 3.3 Cibles | 50 |
| 4. | PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE DE LA CAMPAGNE | 50 |
| 4.1. | Planification | 50 |
| 4.2. | Mécanisme de coordination nationale pour la campagne | 51 |
| 4.2.1. | Niveau central | 51 |
| 4.2.2. | Niveau régional | 51 |
| 4.3. | Mise en œuvre | 52 |
| 4.3.1. | Renforcement de capacités des acteurs : | 52 |
| 4.3.2. | Communication et mobilisation sociale | 53 |
| 4.3.3. | La mise en place des vaccins/intrants dans régions et sites de vaccination | 55 |
| 4.3.3.1. | Capacités de stockage | 55 |
| 4.3.3.2. | Assurance qualité des vaccins et intrants : | 56 |
| 4.3.3.3. | Qualité de la conservation des vaccins : | 56 |
| 4.3.3.4. | Rythme d'inventaire : | 56 |
| 4.3.3.5. | Estimation des besoins en vaccins et consommables | 56 |
| 4.3.3.6. | Distribution de vaccins et fournitures connexes | 57 |
| 4.3.3.7. | Suivi du taux de satisfaction des besoins | 57 |
| 4.3.3.8. | Suivi de la sécurité de la vaccination : | 57 |
| 4.3.3.9. | Gestion des stocks de vaccins et matériel d'injection | 58 |



| | | |
|-----------|--|----|
| 4.3.3.10. | Suivi des taux de pertes de vaccins et matériels d'injection | 58 |
| 4.3.4. | Prestation de la vaccination préventive contre la fièvre jaune | 58 |
| 4.3.5. | Gestion des déchets | 65 |
| 4.3.6. | Pharmacovigilance et surveillance des MAPI : | 65 |
| 4.3.6.1. | Avant la campagne de vaccination préventive : | 66 |
| 4.3.6.2. | Pendant la campagne de vaccination préventive : | 66 |
| 4.3.6.3. | Après la campagne de vaccination préventive de masse | 67 |
| 4.3.7. | Suivi/évaluation et gestion des données | 67 |
| 4.3.7.1. | Suivi pré-campagne : | 67 |
| 4.3.7.2. | Supervision intra-campagne : | 67 |
| 4.3.7.3. | Monitoring Indépendant : | 68 |
| 4.3.7.4. | L'évaluation journalière des activités intra-campagne : | 69 |
| 4.3.7.5. | Les enquêtes rapides de convenance par les superviseurs nationaux : | 69 |
| 4.3.7.6. | L'Enquête rapide après la campagne par les superviseurs nationaux vise à | 69 |
| 4.3.7.7. | Post campagne : Revue après la campagne | 70 |
| 5. | L'EVALUATION EXTERNE & ENQUETE DE COUVERTURE POST CAMPAGNE | 71 |
| 6. | ASSISTANCE TECHNIQUE | 71 |
| 7. | BUDGET & FINANCEMENT | 71 |
| 7.1.1.1. | Justificatif des fonds Alloués | 72 |
| 8. | ANNEXES : | 73 |
| 8.1. | Résumé du budget selon les activités clés | 73 |
| 8.2. | Estimation des vaccins et autres intrants de vaccination | 74 |
| 8.3. | Expression des besoins en matériels EPI | 75 |
| 8.4. | Estimation du coût des vaccins et intrants | 76 |
| 8.5. | Composition Kit MAPI | 77 |
| 8.6. | Equipe rédactionnelle et contributions reçues | 78 |
| 8.7. | RESSOURCES DOCUMENTAIRES CONSULTEES | 79 |



Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1: Carte de la Guinée Bissau en Afrique..... | 9 |
| Figure 2 Situation géographique de la Guinée-Bissau | 9 |
| Figure 3: Carte administrative. | 10 |
| Figure 4 : Carte géographique de la Guinée-Bissau..... | 10 |
| Figure 5 : Pyramide sanitaire du pays..... | 14 |
| Figure 6 : Organigramme de la Direction du SIVE..... | 17 |
| Figure 7 : Capacité de stockage en litre du Niveau central..... | 18 |
| Figure 8 : Nombre de réfrigérateurs fonctionnels disponibles dans les régions et aires sanitaires..... | 18 |
| Figure 9 : Capacités de stockage (L) dans les aires de santé et DRS | 19 |
| Figure 10 : Couvertures vaccinales du SIVE de 2018 à 2022..... | 22 |
| Figure 11 : Couvertures vaccinales du SIVE de 2018 à juin 23..... | 23 |
| Figure 12 : Évolution de la couverture vaccinale du VAA de 2010 à 2022 | 23 |
| Figure 13: Évolution de la virémie et des anticorps à la suite des infections par les arbovirus | 30 |
| Figure 14: cycle de transmission de la fièvre jaune | 31 |
| Figure 15 : Epidémiologie classique de la fièvre jaune | 31 |
| Figure 16 : Pays Africains ayant introduit le VAA dans le programme de routine | 36 |
| Figure 17: Carte de distribution des cas confirmés de fièvre jaune et flambées par pays, Afrique, 2022 .. | 39 |
| Figure 18 : Fiches enregistrement des échantillons/ LNSP/ G. Bissau..... | 40 |
| Figure 19 : Provenances des cas suspects de fièvre jaune selon les milieux..... | 40 |
| Figure 20 : Répartition des cas suspects de fièvre jaune selon sexe et les tranches d'âges | 40 |
| Figure 21 : Répartition des cas suspects de fièvre jaune selon régions sanitaires | 41 |
| Figure 22 : Représentation des parcs forestiers du pays..... | 43 |
| Figure 23 : Vue satellitaire des îles et îlots du pays..... | 45 |
| Figure 24 : L'unique camion de distribution des vaccins/intrants du SIVE | 57 |



Abréviations et acronymes

| | |
|----------|--|
| AVS : | Activités de Vaccination Supplémentaires |
| BS : | Boite de Sécurité |
| CCIA : | Comité de Coordination Inter Agence |
| CDC : | Centre pour le contrôle et la prévention des maladies |
| IPD : | Institut Pasteur de Dakar |
| CV : | Couverture Vaccinale |
| DI : | Direction de l'Immunisation |
| DS : | District Sanitaire |
| DRSP : | Direction Régionale de la Santé Publique |
| EYE : | Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune |
| GAVI : | Alliance Mondiale pour les Vaccins et les Vaccinations |
| HCR : | Haut-Commissariat des Réfugiés |
| ICG : | Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccins |
| IPD : | Institut Pasteur de Dakar |
| ISF : | Indice synthétique de fécondité |
| LNR : | Laboratoire National de Référence |
| MAPI : | Manifestations Post vaccinales Indésirables |
| MCD : | Médecin Chef de District |
| MSF : | Médecin Sans Frontière |
| OMS : | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG : | Organisation Non Gouvernementale |
| OSC : | Organisations de la Société Civile |
| PCI : | Prévention Contre les Infections |
| PEV : | Programme Elargi de Vaccination |
| PF : | Point Focal de la Surveillance Epidémiologique |
| PoE : | Point d'Entrée |
| PPAc : | Plan Pluri Annuel Complet |
| PRNT : | Séroneutralisation par réduction des plages de lyse |
| RSI : | Règlement Sanitaire International |
| SAB : | Seringues Autobloquantes |
| TBN : | Taux brut de natalité |
| UNICEF : | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VAA : | Vaccin Anti Amaril |
| VAR : | Vaccin Anti Rougeoleux |
| WUENIC : | Estimations de l'UNICEF/OMS quant à la couverture vaccinale nationale |

Résumé exécutif

Dans le cadre de l'élimination de la fièvre jaune d'ici 2025, la Guinée Bissau a élaboré un plan stratégique 2019 – 2021 pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune. En plus des stratégies de renforcement de la vaccination de routine, du laboratoire, de la surveillance des cas, ce plan prévoit l'organisation et la mise en œuvre des campagnes de masse de vaccination préventive contre la fièvre jaune.

La Guinée-Bissau est classée comme endémique de la fièvre jaune (FJ) et fait partie des pays de la région africaine ayant de faibles couvertures vaccinales. L'insuffisance de la couverture vaccinale favorise l'accumulation de sujets susceptibles et est à l'origine de la récurrence des flambées dues aux maladies évitables par la vaccination. Par le passé, le pays a connu plusieurs épidémies historiques du début de 1943 à 1945 et pendant 20 ans aucune épidémie n'a été signalée avant 1964. Le vaccin contre la fièvre jaune a été introduit au programme national de vaccination systématique en 2008, et sa couverture a été élevée.

Cependant, plusieurs facteurs exposent la GB aux flambées épidémiques de fièvre jaune notamment les facteurs liés à la résilience des centres urbains, l'absence d'un plan de préparation et de programmes de surveillance des vecteurs et de lutte antivectorielle dans les centres urbains, l'insuffisance de financement pour la mise en œuvre de RSI, l'existence de communautés mal desservies, vulnérables à une propagation d'origine sylvatique, les mouvements de population importants.... Aussi, les régions proches du Sénégal et de la Guinée sont particulièrement vulnérables aux épidémies notamment les régions sanitaires de Gabu, Bafata, Farim, Tombali frontalières au Sénégal et à la Guinée. Ce dernier pays connaît la récurrence des flambées de fièvre jaune et partage 360 km de frontière terrestre avec la GB. Cet ensemble de facteurs de risques nécessite la conduite d'une campagne de vaccination de portée nationale permettant d'accroître l'immunité et la résilience de la population et atténuer le niveau de risque d'épidémie.

C'est dans ce contexte que la Guinée Bissau prévoit avec l'appui des PTF (GAVI, OMS, Unicef, FBMG...) et en alignement aux stratégies EYES et du règlement sanitaire international (RSI) de conduire une campagne préventive de vaccination de masse qui va couvrir tout le pays à partir de 2025. L'objectif principal de cette campagne est de protéger la population de la Guinée Bissau contre les épidémies de fièvre jaune. Pour y parvenir, le plan prévoit entre autres des stratégies et interventions prioritaires ci-après :

- La relance du mécanisme de coordination et de Planification
- La mobilisation des ressources financières
- Le renforcement de capacités institutionnelles et opérationnelles des acteurs
- La communication et mobilisation sociale
- Les prestations adaptées de la vaccination
- La Pharmacovigilance et surveillance des MAPI
- Le Suivi/évaluation et gestion des données y compris l'évaluation externe & enquête de couverture post campagne

Au cours de la campagne de vaccination préventive, le vaccin antiamaril (VAA) sera administré au moins 95% des personnes âgées de 9 mois à 60 ans dans les 11 régions sanitaires. En 2025, la cible totale estimée à atteindre sera de 2,034,660 personnes à vacciner. Cette population cible représente 93 % de la population totale y compris les nomades (Gabú, Bafatá, Biombo), les campements de pêches (Bijagós, SAB, Quinara, Cacheu, Tombali).

La campagne de vaccination contre la fièvre se déroulera en mars 2025 et durera cinq (5) jours. Pendant cette campagne, les autres antigènes pourront également être administrés pour les enfants n'ayant pas complété leur calendrier vaccinal. Pour la mise en œuvre de cette campagne une



combinaison d'approches opérationnelles (fixe, fixe temporaire, avancée, mobile et spéciale) sera privilégiée.

Le coût total est estimé à \$ **4,126,896.1** (soit 2,558,675,557 XOF) répartis comme suit : \$ 2,890,224.2 pour l'achat des vaccins et autres intrants et \$ 1,236,671.9) pour les coûts opérationnels correspondant environ à \$ 0,61 par personne vaccinée. En plus des efforts de mobilisation des ressources de l'Etat et du CCIA, la contribution financière et technique des PTF sera décisive pour la mise en œuvre de cette campagne préventive.

1 ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1 CONTEXTE

La Guinée-Bissau est un pays de l’Afrique de l’Ouest ouvert à l’océan Atlantique. Limité au nord par le Sénégal, à l’Est et au Sud par la Guinée Conakry. Le pays s’étend sur 36 125 km², dont 28 000 km² de terre ferme et 8 120 km de mer avec un peu plus de 80 îles et îlots.

La Guinée-Bissau est l’un des 193 États membres de l’Organisation des Nations Unies (ONU) qui ont adopté le Programme de développement durable à l’horizon 2030, en septembre 2015, en tant que plan d’action ambitieux pour les individus, la planète, la prospérité et la paix, avec un engagement ferme à travailler sans relâche pour la pleine mise en œuvre de cet Agenda en 2030¹.

Le Gouvernement de Guinée-Bissau a adopté le Plan Stratégique et Opérationnel « Terra Ranka » 2015-2020 comme première phase de mise en œuvre de la Vision 2025 : Une Guinée-Bissau positive, politiquement stabilisé par le développement inclusif, la bonne gouvernance et la préservation de la biodiversité. Figure 1



Figure 1: Carte de la Guinée Bissau en Afrique

Sur le plan administratif, le pays est actuellement divisé en (8) régions (voir carte) en plus du secteur autonome de Bissau (SAB). Gabú et Bafatá sont situés à l’Est ; Tombali, Quinara et l’archipel de Bijagós au Sud ; Oio, Cacheu et Biombo au Nord. Les régions sont subdivisées en trente-huit (38) secteurs administratifs, 103 sections et environ 4.500 villages (Recensement de 1991).

Sur le plan historique, la Guinée-Bissau, iqui doit son nom à sa capitale, Bissau, est un pays lusophone d’Afrique de l’Ouest, baigné par l’océan Atlantique, limité au nord par le Sénégal, à l’est et au sud-est par la république de Guinée, ces deux derniers États étant francophones. La Guinée-Bissau s’étend sur 36 120 km², 28 000 km² de terre et 8 120 km² de mer (ce qui est à peine plus étendu que la Belgique), et comprend environ 80 îles et îlots de l’archipel des Bijagós (ou « archipel des Bissagos »).

En 1956, Amílcar Cabral et Rafael Barbosa fondèrent le Parti africain pour l’indépendance de la Guinée et du Cap-Vert (PAIGC) pour la lutte pour l’indépendance par rapport au Portugal.



Figure 2 Situation géographique de la Guinée-Bissau

A l’Assemblée nationale du PAIGC déclara l’indépendance de la Guinée-Bissau le 24 septembre 1973. Le Portugal accorda officiellement l’indépendance à la Guinée-Bissau le 10 septembre 1974. Ce qui marque la Création d’un nouvel État, la Guinée-Bissau

¹ Institut national de la statistique INS/INHPC/Avril 2023. P5

Depuis l'indépendance proclamée en 1974, et jusqu'en 1994, la nation est gouvernée par un parti unique puis sous la pression du FMI et d'autres partenaires internationaux, le président João Bernardo Vieira installe le multipartisme jusqu' en 2009. Avec la présidence de José Mário Vaz, l'alternance politique est effective.

En 1994 marque l'ouverture au multipartisme. Vingt ans après l'indépendance, la Guinée-Bissau vécut ses premières élections présidentielle et législative multipartites, et Vieira est réélu à la Présidence de la République, au deuxième tour avec 52,02% des voix.

Koumba Iala, Membre du Parti africain pour l'indépendance de la Guinée et du Cap-Vert (PAIGC) puis du (PRS), il fut président de la république de Guinée-Bissau du 17 février 2000 au 14 septembre 2003. Il a précédé, Ansoumane Mané (président du Conseil militaire, de facto). Veríssimo Correia Seabra (président du Comité militaire pour le rétablissement de l'ordre constitutionnel et démocratique, de facto) fut son successeur.

Les élections présidentielles de fin 2019, ont connu la victoire d'Umaro Sissoco Embaló (ancien premier ministre) mettant un terme au pouvoir du PAIGC installé depuis 1974. L'investiture d'Umaro Sissoco Embaló a lieu le 27 février 2020. Jusqu'à date, il est le président de la République de la Guinée Bissau.

En 2022, après la dissolution l'Assemblée nationale, les élections législatives anticipées ont permis de mettre en place une nouvelle assemblée le 31 juin 2023. Près de 800 000 électeurs dont 54% de femmes ont participé à ce scrutin législatif. L'Assemblée nationale populaire est composée de 102 sièges pourvus tous les quatre ans. Deux sièges restants sont depuis 2018 élus sont accordés à la diaspora, présente notamment en Afrique et en Europe. En principe, les partis ont l'obligation de présenter des listes de candidats comportant au moins 36 % de femmes dans chacune des circonscriptions³. Parmi les 102 parlementaires, il y a 14 femmes ont été élues. A présent, onze (11) femmes siègent au parlement soit 10,8%% de l'effectif.

Sur le plan découpage administratif, la Guinée Bissau compte 8 régions administratives (Biombo, Bolama/Bijagos, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara, Tombali). A cela s'ajoute le secteur autonome de SAB (Bissau) ;



Figure 3: Carte administrative.

1.2 PROFIL GENERAL DU PAYS ET DEMOGRAPHIE

1.2.1 Contexte politique :

Sur le plan politique, au-delà des divergences entre les acteurs de l'arène politique, le pays jouit d'un régime démocratique et d'un système semi-présidentiel, depuis 1994. Les dernières élections législatives ont eu lieu le 4 juin de cette année, en conséquence la coalition Terra Ranka a gagné. Pour la formation du gouvernement, la coalition a invité deux autres partis faisant partie du parlement, à savoir : Parti de rénovation Social (PRS) et Parti de Travailleurs Guinéens (PTG).

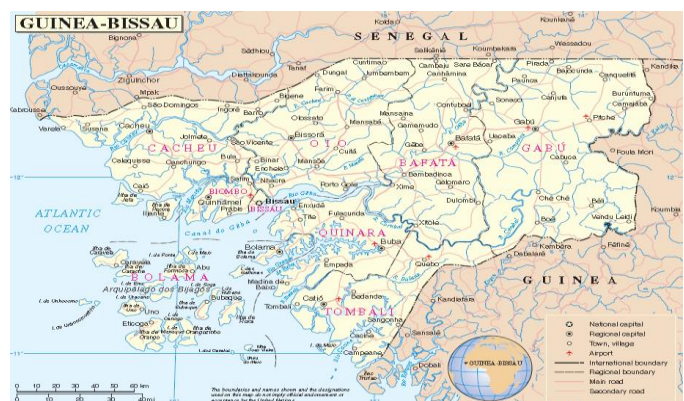


Figure 4 : Carte géographique de la Guinée-Bissau

A présent, les autorités politico administratives sont attelées à instaurer une nouvelle ère de stabilité, de développement économique et de promotion de la cohésion nationale de concert avec tous les partis présents à l'Assemblée nationale populaire (ANP) comme le La Coalition Terra Ranka, PRS, MADEM G15, PTG et APU. L'Union pour le changement (UM), le Parti pour une nouvelle démocratie (PND) et le Parti de la convergence démocratique (PCD). Les mesures prises par ce gouvernement ont restauré la stabilité socio politique, conforté l'espoir nourri par le peuple et rétabli la confiance des partenaires internationaux.

1.2.2 Contexte géographique :

Jouissant de sa position géographique en zone côtière de l'océan Atlantique entre la Guinée Conakry et le Sénégal, la Guinée Bissau a une 36 125Km² de surface avec 350 km de côtes sur l'océan Atlantique.

Le climat est tropical, chaud et humide. Les précipitations sont presque partout abondantes. La saison des pluies se déroule de mi-mai à mi-novembre avec un vent du Sud -Est et la saison sèche va de décembre à mai et s'accompagne de l'harmattan ou du vent sec du nord-Est.

La Guinée Bissau est composée de trois (3) principales régions naturelles :

- La zone côtière très fragmentée et souvent envahie de mangroves, les plaines et larges vallées périodiquement inondées). L'écorégion de la mangrove est presque partout dans la zone littorale du pays. Elle bénéficie de 6 mois d'intense pluie de mai à novembre favorisant ainsi les activités agricoles. Les Températures mensuelles moyennes maximales et minimales varient entre 32.6°C et 21,4°C². Cette zone côtière est favorable à l'agriculture du riz.
- La zone des collines de légers reliefs. Cette zone présente de très bonnes conditions pour la culture de l'anacarde (noix de cajou) et de l'arachide (huile et cacahuètes)
- La zone de savane domine l'Est surtout favorable à l'agriculture de l'arachide et aux petits élevages.

Globalement, le paysage est légèrement ondulé parsemé de long estuaires fluviaux et bras de mer affilés loin à l'intérieur des terres. Les principaux cours d'eau sont les Rio (Geba, Mansoa, Cacheu, Corubal et Sao Martinho) qui pénètrent profondément à l'intérieur des terres et s'élargissent fortement sous l'effet de la marée.

La Guinée Bissau est l'un des pays bien arrosés d'Afrique malgré une assez longue saison sèche. Les précipitations alimentent les cours d'eau souvent abondants soit un volume annuel de 57 Km³. Sur le plan géologique, le pays serait naturellement doté de phosphate, bauxite et de pétrole (non exploité).

1.2.3 Contexte économique :

La valeur de l'IDH^{3 4} de la Guinée-Bissau pour 2021 est de 0,483, ce qui place le pays dans la catégorie de faible développement humain, le plaçant au 177e rang sur 191 pays et territoires. L'IDH mesure des progrès dans les dimensions d'une vie longue et en bonne santé, l'accès au savoir et un niveau de vie décent. Le Revenu national brut par habitant (RNB) de la Guinée-Bissau est de \$ 1 908. S'il a changé d'environ 16% entre 2005 et 2021, il faut souligner qu'il est resté stationnaire depuis 2017. L'urbanisation du pays a entraîné environ 50% de la population vers les centres urbains. Ainsi, les activités agricoles, forestières, de pêche et de l'élevage ne représentent qu'environ 50% du produit intérieur brut dont principalement la culture de noix de cajou.

² Africa Stat/2008 P6

³ IDH/PNUD report 2021-22

⁴https://fr.wikipedia.org/wiki/Fronti%C3%A8re_entre_la_Guin%C3%A9e_et_la_Guin%C3%A9e-Bissau

S'agissant du pouvoir d'achat du citoyen Guinée de Bissau, selon l'INS⁵, l'Indice National Harmonisé des Prix à la Consommation (INHPC) du mois d'avril 2023 a connu une variation positive de (0,7%) par rapport au mois de mars 2023. La fonction « service de santé » a progressé de 0,5 %. Cette variation est principalement stimulée par la hausse de 13% des prix des médicaments traditionnels.

Le revenu national brut par habitant est de \$ 1 908. La majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Cependant, la Guinée-Bissau dispose de trois ressources minières majeures qui restent sous-valorisées : 110 Mt de bauxite à Boé, 90 Mt de phosphates à Farim avec 40 ans de réserves estimées et 1 Mt de sables lourds⁶. Une valorisation responsable des ressources minières de la Guinée-Bissau devrait avoir un impact important sur le développement économique et social du pays. En effet, selon une estimation de la Banque Mondiale, l'extraction de bauxite et de phosphates permettrait dans les meilleurs scénarios des augmentations de 26% du PIB, de 121% des revenus fiscaux, et de 102% des revenus d'exportation.

1.2.4 Education⁷ :

Le niveau d'éducation mesurant l'efficacité du système d'enseignement primaire, il faut noter que le taux d'alphabétisation est souvent considéré comme une mesure indirecte du progrès social et de la réussite économique. Le pourcentage total de femmes alphabétisées âgées de 15 à 49 ans c'est-à-dire celles ayant une éducation préscolaire ou non primaire, une éducation de base et ayant au moins une éducation secondaire est de 32,6% contre 52,3% des hommes de la même tranche d'âge. Parmi les femmes alphabétisées, plus de la moitié (56%) serait en milieu urbain vs 78,9 des hommes. Pourcentage d'enfants d'âge scolaire entrant en première année (taux net d'entrée) est de 48,5%. Il existe une disparité entre les milieux urbain (66,3) et rural (42,1%). Les extrêmes varient de 32,9% (Oio) passant à 51,4% (Bafatá) pour 69,7% (SAB).

1.2.5 Le contexte socio démographique⁸ :

La république de Guinée-Bissau est un pays dont la population est jeune et croît très rapidement. Selon le RGPH/2009, la population totale résidente a été estimée à 1.520.830 habitants. Analyse de l'état et de la structure de la population en Guinée-Bissau en 2009, montre 48,6% d'hommes et 51,4% de femmes. De cette population, 1 449 230 vivent dans en hébergement familial et 4 606 en hébergement collectif. La majorité de la population résidant dans le pays vit dans la SAB (la capitale), avec l'emplacement où la population a augmenté d'environ 3,5%.

On note également que cette population est très inégalement répartie sur le territoire national. En effet, plus de ¼ vivent dans la SAB (25,5%), suivie par les régions d'Oio (14,9%), Gabú (14,2%), Bafatá (13,9%) et Cacheu (12,8%). Les régions de Biombo, Tombali, Quinara, Bolama/Bijagós et de sont celles qui ont le plus faible nombre de population résidente, correspondant respectivement à seulement 6,4%, 6,3%, 4,2% et 2,2%.

Selon la projection faite par le service d'immunisation et surveillance épidémiologique (SIVE) cette population est estimée pour l'année 2023 serait 2, 094,629 habitants avec taux de croissance naturelle de 2.12% ; 48% de cette population est constitué des enfants de 0-17 ans.

En Guinée-Bissau, l'enregistrement civil des naissances (RCN) est un droit pour tous les enfants et la première étape vers l'accès à d'autres droits et services publics, ainsi qu'au plein exercice de la citoyenneté. Dans le pays, si globalement 72.8% d'enfants dont les mères/tuteurs savent comment

⁵ Institut national de la statistiques INS/INHPC/Avril 2023. P5

⁶ Ref10 PNDS 2015-2025/ G Bissau

⁷ Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2018-2019 _ Ministério da Economia, do Plano e Integração; Regional Direcção-Geral do Plano Instituto Nacional de Estatística, Rapport final Octobre 2020

⁸ Ibid



enregistrer les naissances, il faut souligner que seuls 46% d'entre eux enregistrés. Ce taux serait de 41.5% en milieu rural contre 59.0% en milieu urbain.

S'agissant de la proximité de la population au médium d'information, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à des médias spécifiques, écoutant la radio au moins une fois par semaine est de 68.1%, regardant la télévision au moins une fois par semaine est de 55.4 % avec des extrêmes variant de 45.3% (rural) à 70% (urbain). Les régions de Tombali (58.5% radio vs 17.8% TV), Bolama/Bijagós (54.6% radio vs 22.4% TV) contre Bafatá (73.2% radio vs 67.3% TV) et SAB (67.4% radio vs 79.2% tv). La tranche d'âge de 15-19 ans (67,3% radio vs 58,4% TV). Globalement, le taux d'écoute/suivi chez les hommes de la même tranche serait de 79% (radio) et de 62.8% (TV).

Prenant en compte, l'origine ethnique de cheffes de famille, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à des médias spécifiques hebdomadaire, 66% écouterait la radio au moins une fois par semaine dans les dialectes locales (Fula, Balanta, Mandinga, Manjaco, Mancanha, Papel, Felupe, Beafada etc.) contre 56.1% (median) de celles qui suivraient au moins une fois par semaine dans les TV dans les dialectes locales.

Quant à la possession des TIC dans les ménages et accès à internet, le % de ménages disposant d'un téléphone est très satisfaisant au sein des ménages : 97.5% en zone urbaine contre 92% en milieu rural. Ce dispositif pourrait être un levier important d'information et de diffusion des messages et argumentaires relatifs aux interventions sanitaires.

S'agissant des modalités de vie des enfants, le pourcentage d'enfants de 0 à 17 ans vivant avec leurs parents biologiques est de (53.8). Environ ¼ des enfants (26%) vivent en situation mono parentale soit par le fait que les parents sont séparés ou l'un d'eux est décédé. Cette situation requiert une stratégie spécifique des acteurs communautaires pour l'identification et l'offre de la vaccination à ces enfants.

En ce qui concerne, la réduction de la mortalité infantile, celle-ci reste l'un des objectifs importants des plans et programmes nationaux dans chaque pays. Il convient de souligner que le pays a fait des efforts en matière de réduction des taux de mortalité des moins de cinq ans passant de plus 125 à 51. Cependant, le taux de mortalité néonatale exprimée en décès pour 1 000 naissances vivantes est de 22 et celle infantile exprimée en décès pour 1 000 enfants qui survivent jusqu'à leur première année est de 35. Taux de mortalité infantile et juvénile (0-59 mois) serait de 51. Ces taux de décès seraient parmi les plus élevés de la sous-région. Cette situation nécessite une attention particulière et un investissement important de la part des autorités politico- sanitaires. Les interventions sanitaires à haut impact comme la vaccination de masse contre les MEV par la vaccination contribueraient significativement à la survie des enfants de 0-59 mois.

1.3 SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE

1.3.1. Architecture du système de santé :

A l'instar des pays de la sous-région, la Guinée-Bissau a un système de santé public pyramidal et compte trois niveaux : le niveau local qui comprend les unités de santé communautaire (USC) et centres de santé, le niveau régional avec les hôpitaux régionaux. Le pays est divisé en 11 régions sanitaires (Bafatá, Cacheu, Oio, Gabú, Quinara, Bolama, Tombali, Farim, Bijagós, Biombo, Secteur autonome de Bissau) subdivisées en 117 aires sanitaires au total. Le niveau national qui compte les programmes centraux, un hôpital national et un centre de référence.

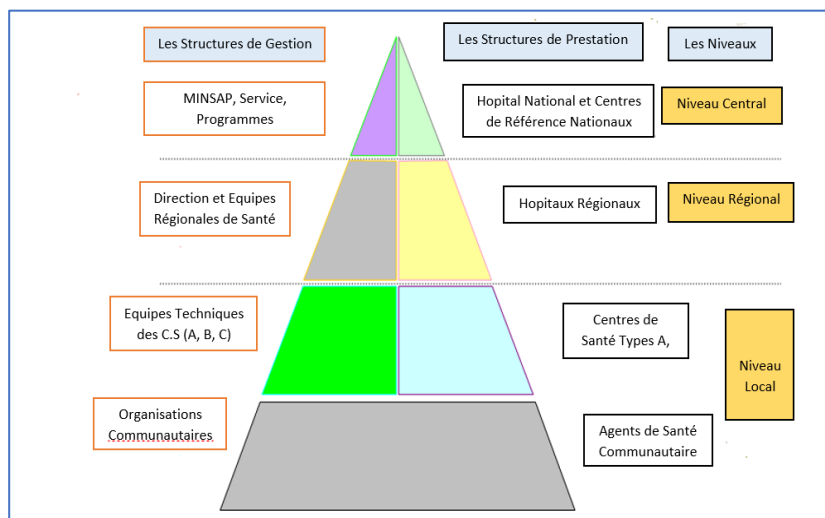


Figure 5 : Pyramide sanitaire du pays.

L'Hôpital national Simão Mendes, de loin le plus grand hôpital du pays, et l'Hôpital Raoul Follereau, le centre de référence pour les maladies respiratoires se trouvent tous deux à Bissau.

Les cinq hôpitaux régionaux se situent à Bafatá, Canchungo, Gabú, Catió et Mansoa. Il existe également quelques hôpitaux privés pratiquant des prix relativement abordables, tels que l'hôpital confessionnel pédiatrique São José em Bôr, l'Hôpital confessionnel de Cumurá et la Clinique confessionnel Madrugada, qui se trouvent à Bissau ou dans sa périphérie. Les cliniques privées sont nombreuses, mais la qualité des soins qu'elles offrent varie fortement.

En fin, aux côtés du niveau central qui est responsable de la définition des orientations majeures pour le niveau régional en fonction des priorités nationales, 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)⁹.

La situation des ressources humaines pour la santé est caractérisée par une faible qualité et un manque de spécialistes. Cela est aggravé par une grande disparité dans leur distribution entre les différentes régions et structures sanitaires et à l'intérieur d'une même structure, avec une forte concentration sur Bissau, la capitale. Le problème de disponibilité d'un personnel médical qualifié est particulièrement aigu : le pays ne compte que 7 médecins¹⁰ pour 10 000 habitants avec de fortes disparités territoriales, et très loin de la norme de 23 médecins recommandée par l'OMS.

Sur le plan ressources humaine pour la santé, un Plan National a été élaboré pour une période allant de 2008-2017 afin d'améliorer la gestion de cette ressource précieuse. Sur l'ensemble du pays, l'on notait une insuffisance en nombre et qualité de personnel, aggravée par une grande disparité dans la distribution entre les différentes régions. En 2011, le ratio agents de santé par 10.000 habitants en Guinée-Bissau était respectivement de 0,63 (Médecins), 2,51 (infirmiers), 1,96 (auxiliaires infirmiers) et 1,04 (sage-femmes).

Selon des informations datant de 2013, le financement de la santé publique se fait à travers le budget alloué par l'Etat au secteur de santé couvrait moins de 15% des fonds nécessaires à son

⁹ Ibid, 7

¹⁰ Plan stratégique et opérationnel 2015-2020-Terra Ranka- GB/document ii : rapport final/ Mars 2015

fonctionnement. Le Ministère de la santé dépend donc en grande partie des dons et autres financements issus de l'aide au développement (PTF).

Le système peine à faire face aux multiples défis avec une faible part du budget national allouée à la santé et l'insuffisance d'un système de gestion et de pilotage efficace (système de collecte de données centralisées). L'utilisation optimale des ressources, l'offre de services médicaux diversifiés et de qualité sur tout le territoire, la coordination entre les différents partenaires et le suivi-évaluation des programmes demeurent de véritables défis pour le système de santé bissau-guinéen.

1.3.2. Situation sanitaire :

Quant à l'accès aux soins, il varie fortement selon la zone géographique – la région de Bissau étant nettement mieux dotée en infrastructure et en personnel médicaux – et en fonction des moyens financiers du patient, à moins qu'il puisse bénéficier de la couverture des soins dans le cadre d'un programme national de prise en charge. Les pénuries de médicaments constituent également une barrière à l'accès aux soins. De plus, la population manque de moyens financiers pour accéder aux soins de santé notamment pour les franges rurales les plus pauvres ne disposant souvent pas de centre de santé dans leur localité.

En ce qui concerne la santé maternelle et infantile, les efforts du gouvernement et des partenaires ont permis d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et la réduction de la mortalité infantile. Ainsi en 2022, la couverture vaccinale en DTCP3 était de 74%, celle des consultations prénatales de 75%. Le taux de prévalence¹¹ contraceptive est passé de 10% en 2010 à 15% en 2022 (UNICEF). Ces résultats restent cependant insuffisants.

Il faut remarquer les soins prénatals sont un indicateur qui montre l'étendue de la couverture universelle en matière de santé maternelle et reproductive au titre de l'ODD 3.8. Au moins 80,7% des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu au moins une naissance vivante au cours des 2 dernières années aurait été vues pour 4 visites ou plus de n'importe quel fournisseur de soins. L'essentiel de ces soins prénatals pendant la grossesse serait fourni par les Sage-femme/infirmier (73%) et par les Médecins (24%).

Parmi les soins fournis il y a la protection de la femme enceinte et son enfant contre le Tétanos maternel et néonatal. Le Pourcentage de femmes ayant reçu au moins 2 doses injection contre le tétanos lors de la dernière grossesse est de 651% en considérant les Td2+, au moins 79.3% des femmes enceintes seraient protégées contre cette maladie.

S'agissant des naissances dans les établissements de santé, l'accouchement assisté par du personnel qualifié est un facteur important pour réduire les risques pour la santé de la mère comme pour le nouveau-né. Des soins médicaux et des conditions d'hygiène adéquats pendant l'accouchement peuvent réduire le risque de complications et d'infections pouvant entraîner une morbidité et une mortalité pour la mère ou le bébé. Sachant qu'environ les $\frac{3}{4}$ des décès maternels sont dus à des causes obstétricales directes, l'intervention la plus cruciale pour la maternité sans risque consiste à assurer la présence à chaque accouchement d'un professionnel de santé compétent possédant des compétences en obstétrique. L'indicateur d'accouchements assistés par des personnes qualifiées est utilisé pour suivre les progrès. Environ, 50,4% des femmes¹² âgées de 15 à 49 ans ayant eu au moins une naissance vivante au cours des 2 dernières années ont donné naissance dans des formations sanitaires (publiques et privées) contre 48.8% des accouchement déroulés à domicile. Bien entendu, il existe une disparité entre les milieux urbain (81%) et rural (39.2). Par exemple à

¹¹ Ibid 10

¹² Rapport final : Enquête nutritionnelle smart et de mortalité rétrospective/ministère de la sante publique/ direction générale de prévention et promotion de la sante/ direction de service national de l'alimentation et nutrition, Sept 2009

SAB 83.2% des accouchements assistés se déroulent par le personnel qualifié contre 33.9% (OIO) et 37.1 (Gabú).

Tenant compte de la continuité des soins, le taux global de renoncement des femmes enceintes entre les CPN et accouchement en milieu de soins serait de 37,5%. Celui-ci serait plus marqué tenant compte de 39.2% d'accouchements assistés en zone rurale. Cependant, on note une reprise de 7 pp des contrôles de santé postnatals du nouveau-né par rapport aux TBA à travers des visites de soins de soins post-partum (57%) effectuées par un prestataire après la naissance. Ce moment pourrait être un levier pour la relance et le renforcement de la continuité de l'utilisation ultérieure des services de santé par les femmes et par les enfants notamment pour la vaccination

Sur le plan nutritionnel, le pays en dépit de sa pluviométrie et de 11% de terre cultivable et 38% du sol en pâturages permanents, la prévalence de la malnutrition aigüe globale reste élevée. En effet selon le rapport de l'enquête nutritionnelle SMART et de mortalité rétrospective¹³ La MAG observée sur l'ensemble des régions est de 7,3% et celle de la malnutrition aigüe sévère de 1,4%. L'analyse des résultats par région révèle que la prévalence de la malnutrition aigüe globale varie entre 2,6% pour la région de Bolama-Bijagós et 10,2% pour la région de Gabú.

1.3.3. Priorités en matière de santé ii:

Pour assurer la Couverture sanitaire universelle (CSU), le Ministère de la santé a établi le PNDS 2023-28 qui a pour objectifs sanitaires ci-après :

- Réduire la mortalité Maternelle, néonatale et infantile
- Réduire la malnutrition chronique chez les enfants
- Réduire la mortalité du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme

1.4 LE PROGRAMME NATIONAL DE VACCINATION ET DE VIGILANCE EPIDEMIOLOGIQUE :

La vaccination est un outil éprouvé pour contrôler et éliminer les maladies infectieuses potentiellement mortelles. On estime qu'elle permet de prévenir entre 2 et 3 millions de décès chaque année. Il s'agit de l'un des investissements dans les soins de santé les plus rentables, avec des stratégies éprouvées qui le rendent accessible même aux populations les plus difficiles à atteindre et les plus vulnérables.

Les vaccinations systématiques recommandées par l'OMS pour les enfants suggèrent que tous les enfants soient vaccinés contre la Tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, l'hépatite B, l'*Haemophilus influenzae* de type b, les bactéries/maladies pneumococciques, le rotavirus et la rubéole. L'indicateur ODD 3.b.1 est utilisé pour suivre les progrès de la vaccination des enfants au niveau national. Il est recommandé de terminer toutes les doses de la série primaire avant le premier anniversaire de l'enfant.

Depuis 1984, le Programme Elargi de Vaccination a été mis en place dans le pays. En 1998, il a été intégré à la Division de la Santé de la Famille et infantile avec un cadre institutionnel

¹³ Rapport final : Enquête nutritionnelle smart et de mortalité rétrospective/ministère de la sante publique/ direction générale de prévention et promotion de la sante/ direction de service national de l'alimentation et nutrition, Sept 2009

1.4.1. Cadre institutionnel du service de l’immunisation (PEV) central

Au niveau central, la direction centrale du PEV dispose 32 personnels techniques pour sa coordination et gestion répartis dans 7 domaines thématiques (Leadership, administration, logistique, communication, AVS, encadrement et formation, Planification, surveillance). Cet effectif en personnel technique est substantiel pour la gestion du programme notamment dans la conception, la mise en œuvre et le suivi et évaluation des plans nationaux. Au niveau infranational, 11 régions sanitaires, avec une équipe de 7 à 12 membres. Ci-contre l’organigramme de la DSIVEⁱⁱⁱ.

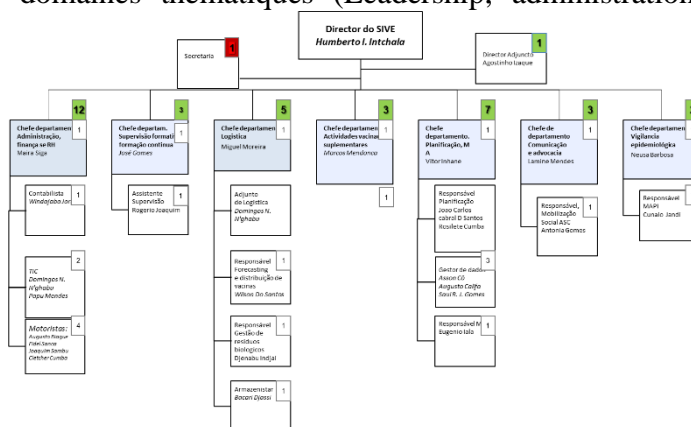


Figure 6 : Organigramme de la Direction du SIVE

La direction du SIVE est soutenu dans son fonctionnement par un certain nombre d’organes technique et de coordination à savoir le :

- a) Comité technique de vaccination (CTV), organe délibérant et appui technique à la formation des autorités et des décideurs nationaux en matière de vaccins ;
- b) Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) qui est chargé de coordonner les travaux du SIVE avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) présidé par le Ministre de la Santé Publique. La CCIA est en activité depuis 2000 et les statuts ont été révisés en 2018 pour les mettre à jour ;
- c) Groupe consultatif technique national sur la vaccination (NITAG) a été récemment créé en mars 2023. Il est composé de 13 experts et représentants des partenaires techniques et financiers
- d) Les principaux partenaires du PEV sont l’OMS GAVI, l’UNICEF et OOAS.

Le SIVE a pour mission essentielle de contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité en offrant la vaccination de qualité aux enfants (3,99% NV) et femmes enceintes (4,5% pop totale) ainsi que la population générale éligible contre les maladies évitables par la vaccination.

A cet effet, il était prévu que le Gouvernement prenne des mesures pour rendre effectif¹⁴ dès 2013 l’Indépendance vaccinale en finançant entièrement sur le budget national les dépenses liées à l’approvisionnement des vaccins traditionnels y compris le matériel d’injection et les dépenses de co-financement des nouveaux vaccins. Pour rappel, le gouvernement en 2006 a procédé à la création d’une ligne budgétaire pour l’achat des vaccins et de matériels, et pour honorer la contrepartie de l’Etat dans le co-financement des nouveaux vaccins pour les années 2011 – 2012.

En Guinée Bissau, les vaccins sont administrés gratuitement au niveau des formations sanitaires. Il existe également des postes avancés de vaccination pour améliorer l’accès à ce service par la population. L’acquisition des vaccins, matériels de chaîne de froid et autres consommables (matériels d’injections) est financée par l’UNICEF, GAVI et gouvernement (co-financement des nouveaux vaccins avec GAVI). Au paravent, l’OOAS apportait son appui de façon ponctuelle. Jusqu’ici, l’UNICEF/Guinée-Bissau à travers sa centrale d’achat de Copenhague, assure l’approvisionnement du pays en vaccin et tous les autres matériels du PEV. La direction centrale du PEV se charge d’approvisionner les niveaux régionaux à raison de livraisons trimestrielles. L’approvisionnement des aires sanitaires devant se faire mensuellement par les régions sanitaires.

¹⁴ PPAC 2013-17 /G. Bissau ; P6 & 80

1.4.2. Chaîne du froid et logistique

S’agissant de la chaîne du froid, le pays avec l’appui de GAVI, de l’UNICEF et de la Banque mondiale a acquis du matériel suffisant de chaîne de froid solaire pour les niveaux central, régional et périphérique (aires de sante fonctionnelles) du pays. La plupart des chaînes du froid sont fonctionnelles.

1.4.2.1. Au niveau central

Le niveau central dispose de 2 chambres froides positives et une chambre négative ainsi qu’une capacité à sec 11m³ volume totalisant respectivement 14 100 litres et 5 200 L soit 19 360 capacité nette de stockage des vaccins. Avec l’appui financier de la Banque mondiale (BM), deux chambres de 40m³ chacune sont en instance : une chambre froide positive déjà disponible au magasin en attendant le financement de la construction d’un bâtiment pour abri et l’autre est en cours d’acquisition à travers Supply division/Unicef.

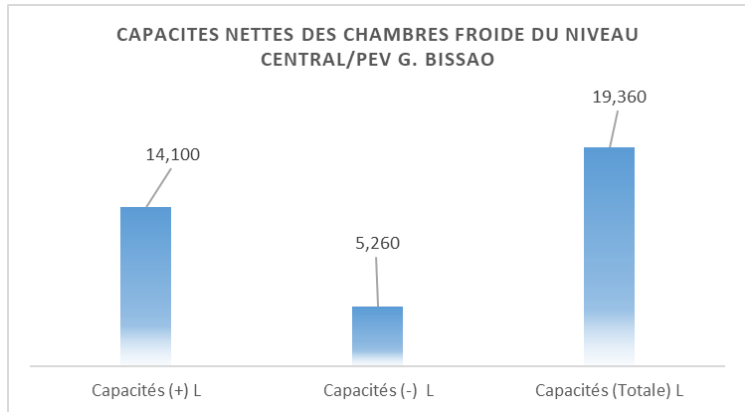


Figure 7 : Capacité de stockage en litre du Niveau central

Cette capacité est suffisante pour réceptionner les vaccins de routine et éventuellement les vaccins pour les différentes campagnes subséquentes de suivi contre la rougeole/rubéole et préventive contre la fièvre jaune.

1.4.2.2. Au niveau régional et opérationnel

La configuration actuelle du PEV implique les régions sanitaires (équivalent de districts ailleurs) dans la gestion et distribution des vaccins et matériels de vaccination. A souligner que toutes les régions sanitaires sont dotées de réfrigérateurs solaires fonctionnels gérés par du personnel formé à cet effet. Au total, les régions disposent 38 équipements de la chaîne du froid (positif & négatif) et les aires de santé en disposent 131 toutes fonctionnelles. Le graphique ci-dessous présente la répartition par aires de santé et régions sanitaires le nombre de réfrigérateurs solaires fonctionnels.

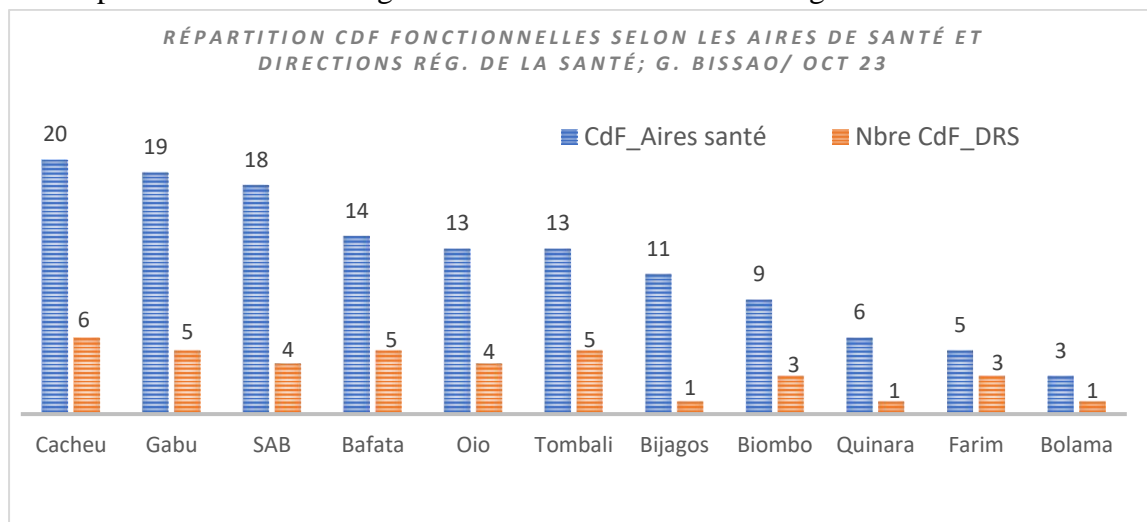


Figure 8 : Nombre de réfrigérateurs fonctionnels disponibles dans les régions et aires sanitaires

Dans les aires de santé, le nombre de réfrigérateurs solaires fonctionnels varie de 3 à Bolama en passant à 13 (Oio/Tombali) pour atteindre 20 à Cacheu. Cependant, dans les régions, celui varie de 1 à Bolama passant à 3 (Biombo) ensuite à 4 (Bafatá/Biombo) pour un maximum de 6 à Cacheu.

Tenant compte du calendrier actuel du PEV de routine avec considération de la routinisation de la vaccination contre Covid-19, les capacités de stockage dans les aires de santé et régions sanitaires se présentent comme suit :

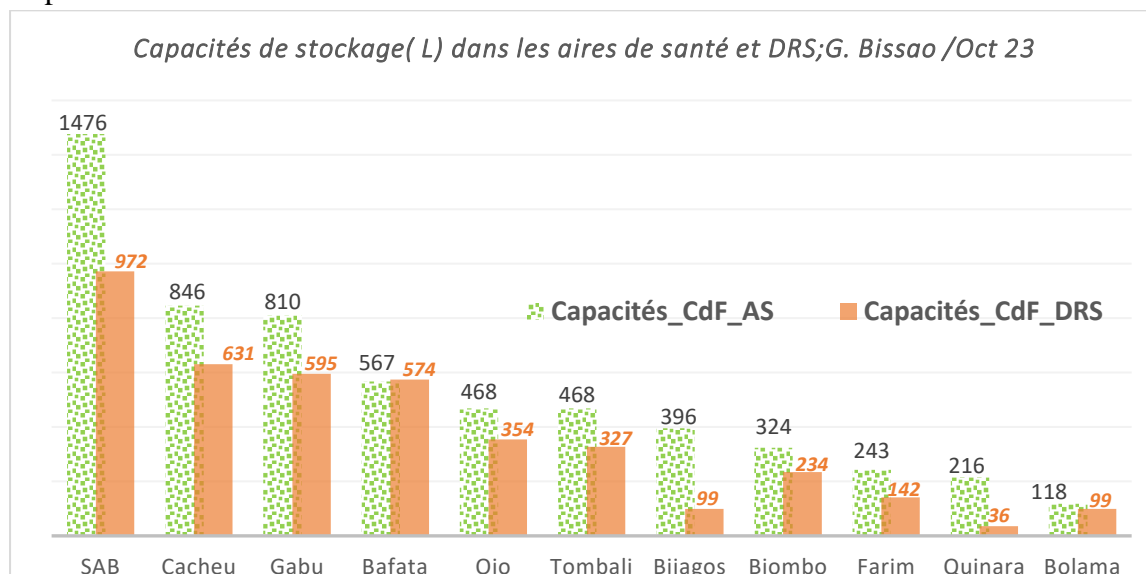


Figure 9 : Capacités de stockage (L) dans les aires de santé et DRS

S’agissant des capacités de stockage correspondantes, il faut noter que celles-ci sont différemment réparties. Si les capacités de stockage (Litre) dans les aires de santé varie de 118 L à Bolama en arrivant à 468 à Oio/Tombali pour atteindre 1 476 L à SAB, il faut souligner que celles des régions sanitaires suivent presque la tendance analogue. En effet, les capacités dans les régions varient de 99 Litres à Bolama/Bijagós en passant à 234 à Biombo ensuite à 574 à Bafatá suivi de Gabu (595 L) et de Cacheu (631 L) pour atteindre un maximal de 972 à SAB.

Avec un total 5 932 Litres (aires de santé) et de 4 063 Litres de capacités (positif & négatif) 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 de routine et de campagne de masse de vaccination pour le niveau opérationnel.

A date, on ne note aucun gap important à combler dans 11 régions sanitaires. De plus, d’autres dotation en chaîne du froid sont annoncées avec l’appui financier des PTF et le soutien logistique de l’UNICEF, il attendu dans les jours/semaines à venir une livraison de 60 réfrigérateurs solaires (CDC Afrique) et l’installation de 66 autres (Don Japonais) déjà disponibles au magasin Les procédures d’achat avec Supply division/UNICEF de 89 réfrigérateurs dont 7 électriques sur financement de la Banque mondiale sont en cours.

Il faut noter que chaque région dispose des glacières et chaque centre de santé dispose aussi de portes vaccins. Le tableau suivant présente la disponibilité des Porte vaccins Caisses isothermes par région sanitaire.

Tableau 1 : répartition des Porte vaccins Caisses isothermes par région sanitaire.

| Régions sanitaires | Besoins en Porte vaccins pour la campagne | Porte vaccins disponibles | Gap | Caisses isothermes |
|--------------------|---|---------------------------|--------------|--------------------|
| Bafata | 221 | 62 | 159 | 11 |
| Bijagos | 18 | 46 | (28) | 3 |
| Biombo | 77 | 4 | 73 | 2 |
| Bolama | 11 | 8 | 3 | 4 |
| Cacheu | 167 | 59 | 108 | 4 |
| Farim | 56 | 12 | 44 | 5 |
| Gabu | 210 | 60 | 150 | 6 |
| Oio | 175 | 63 | 112 | 9 |
| Quinara | 60 | 8 | 52 | 5 |
| SAB | 366 | 11 | 355 | 13 |
| Tombali | 91 | 12 | 79 | 4 |
| Magasin du PEV | | 500 | | |
| Total | 1 453 | 845 | 1,108 | 66 |

Source : sous-comité logistique SIVE /oct 23

Au total, les régions disposent 66 caisses isothermes et 963 portes vaccins. Les besoins pour cette campagne sont estimés à 1 453 portes vaccins correspondants au nombre d'équipe sur le terrain. A date, les besoins couverts en portes vaccins seraient de 23,7%. Le Gap serait de 1 108 portes vaccins à mobiliser. Une partie du gap est déjà comblé avec l'arrivée au pays de 500 portes vaccins de CDC Africa. Il est également attendu d'ici à fin mars 2024 700 porte vaccins de la Banque Mondiale. Potentiellement il y aurait 1 045 portes vaccins disponibles. Par conséquent, 63 portes vaccins sont à chercher avant la campagne. Cependant, la quantité de caisses isothermes serait suffisante pour couvrir les besoins des équipes de vaccinateurs, de moniteurs et de superviseurs.

1.4.2.3. Capacités d'approvisionnement :

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.

« Le Programme National de Vaccination en Guinée-Bissau fournit les vaccins listés ci-dessous : les vaccins BCG, vaccin oral anti poliomyélique (dans les 24 heures après la naissance), trois doses de vaccin Pentavalent contenant les antigènes Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (coqueluche), Hépatite B et Haemophilus influenzae type b (Hib), trois doses de rappel de vaccin oral et une dose de vaccin antipoliomyélique injectable, trois doses de vaccin antipneumococcique (conjugué), deux doses de vaccin antirotavirus, une dose de vaccin contre la rougeole et une dose de vaccin contre la fièvre jaune. Tous les vaccins doivent être reçus au cours de la première année de vie.

Les vaccins et consommables achetés par GAVI sont livrés au pays à travers l'UNICEF. Le vaccin contre la fièvre jaune est déjà enregistré au pays, une homologation nationale n'est pas nécessaire car le VAA est déjà en utilisation au pays depuis le 8 Aout 2008. Le financement des vaccins est assuré par les partenaires techniques et financiers et le Gouvernement

1.4.2.4. Transport des vaccins et intrants de vaccination :

Concernant les moyens de transport, le programme dispose Au niveau central de 2 véhicules en mauvais état qui datent de 2002 et 2010. Un camion de 20 tonnes et trois autres véhicules de supervision (dont un Pick up) assurent le transport des vaccins et matériels de vaccination. Trois (3 autres) camionnettes frigorifiques de 10-15 m³ sur financement du fonds japonais avec le soutien logistique de l'UNICEF sont déjà arrivés dans le pays. Ces véhicules après remise dans les semaines à venir vont contribuer substantiellement à augmenter la capacité de transport de vaccins et intrants.

Les DRS disposent d'au moins deux véhicules Pick up de supervision souvent mis à contribution pour le transport et la distribution. Au niveau des aires de santé 117/117 disposent au moins deux motos en bon état. Il faut relever le manque des fonds pour l'entretien et maintenance de tous ces moyens roulants. La conséquence de cette situation impacte la supervision du niveau central vers les régions et des régions aux aires de santé d'une part et l'insuffisance des prestations de service de vaccination surtout en stratégie avancée d'autre part.

S'agissant de la dotation des sites de vaccination en vaccins et matériels de vaccination, le système de transport (centralisé) géré et exploité par le Ministère de la Santé est utilisé à SIVE. Ce système offre l'avantage d'une mutualisation de moyen logistique avec d'autres programmes de santé. Cependant, l'approvisionnement se fait à rythme trimestriel à travers le camion acquis dans le cadre du CCEOP. Toutefois l'approche PUSH se heurte à des contraintes diverses (finance, entretien) ce qui oblige les DRS à assurer leur propre provision (chaines du froid régionales) à partir du dépôt central. En conséquence, les aires de santé pour s'approvisionner, utilise ce circuit inverse PULL. Le niveau de disponibilité globale en vaccins et matériels de vaccination dans les chaines du froid régionales et des centres de santé est jugé satisfaisant. Excepté le VPI, la couverture des besoins satisfaits en antigène varie de 5 à 6 mois au niveau du dépôt central.

1.4.3. Information et de l'engagement communautaire

C'est en 1991, date de l'ouverture politique du pays à la démocratie, que la liberté de la presse a été accordée en Guinée Bissau. C'est depuis cette date également qu'il existe une loi de la presse qui garantit une libre expression des initiatives privées à travers la création de canaux d'information, comme la radio, la télévision, les journaux, etc. Un statut des journalistes est reconnu à travers le décret n° 39/92. De plus, avec la loi n° 6/91, l'Etat a mis en place le Conseil National de la Communication Sociale qui gère le fonctionnement de la communication dans le pays. C'est cette institution qui autorise la création de médias privés, arbitre les conflits éventuels nés dans le secteur. Ce climat favorable à la libre expression a permis l'existence d'un paysage médiatique bien riche.

S'agissant du paysage médiatique et du secteur des télécommunications, selon estimation, le pays compte près d'une centaine des stations des radios ; publique, communautaires, privées et commerciales, religieuses (1 catholique, 1 musulmane), 1 chaîne de télévision publique, 2 télévisions privées. Toutefois, seuls les quatre médias suivants arrivent à couvrir tout le territoire national : la radio et la télévision nationales ; la radio catholique (Radio Sol-Mansi) ; et quatre autres radios commerciales, notamment les radios Pindjiguiti, Bombolom FM, Capital FM et Radio Africa FM.

La presse écrite est alimentée par 1 journal d'Etat et 4 organes de presse écrite privée, qui paraissent régulièrement. La communication électronique est en pleine croissance dans le pays. La connexion internet est ainsi disponible à un coût abordable (environ 500 F CFA/1 heure), ce qui est un atout important pour le système d'information sanitaire. Du reste, l'Institut National de Santé Publique (INASA) assure le fonctionnement et la maintenance du système informatique de communication des données dans le pays.

Le pays dispose aussi de deux sociétés de télécommunication mobile (MTN et Orange), avec une estimation à plus de 40% de la population qui ont des téléphones portables. Depuis 2009, le ministère de la santé a signé un partenariat avec MTN qui a mis en place un réseau de communication téléphonique gratuit entre le service central du PEV, les directions régionales et les 117 aires de santé. Un bilan de cet appui mériterait d’être réalisé afin d’en mesurer l’impact et corriger d’éventuelles limites.

Le paysage médiatique et le secteur des télécommunications restent toutefois soumis à d’importantes contraintes. Ainsi, du fait de l’irrégularité de l’énergie électrique, voire son absence en certains endroits du pays, l’accès aux médias est très limité car très cher. Environ 10% de la population ont les moyens d’acquérir régulièrement les journaux et de suivre la télévision ; la radio demeurant le moyen d’information le plus accessible. Malgré ces défis, le pays compte avec une forte compétence d’organisations de la société civile, ce qui rend le PEV arrive à communiquer avec les populations en matière de santé d’une manière efficace, à travers, aussi par les radios et, par d’autres canaux, à savoir les structures de pouvoir traditionnelles et religieuses, les ONG, les associations, les organisations de femmes, organisations et plateformes de jeunesse, les agents de santé communautaires, les enseignants, communicateurs traditionnels, guérisseurs traditionnels. ...

Dans l’arène sociétale, le pays compte aussi avec une forte compétence d’organisations de la société civile, notamment des ONG qui appuient le Ministère de la Santé en matière de communication pour la santé. Parmi ces ONG, les plus compétentes sont : ENDA-Santé, l’Association des journalistes promouvant la santé et PALMERINHA en mesure d’informer en dialecte locale. Le pays présente la particularité fort intéressante de posséder une langue (le créole) comprise de tous les habitants, ce qui est un atout majeur pour la diffusion des messages-clés sur la vaccination.

1.4.4. Performances du PEV

Selon les données administrative, les couvertures vaccinales (CV) sont relativement acceptables. Le graphique ci-dessous présente les CV par antigène traceur durant les cinq (5) dernières années¹⁵

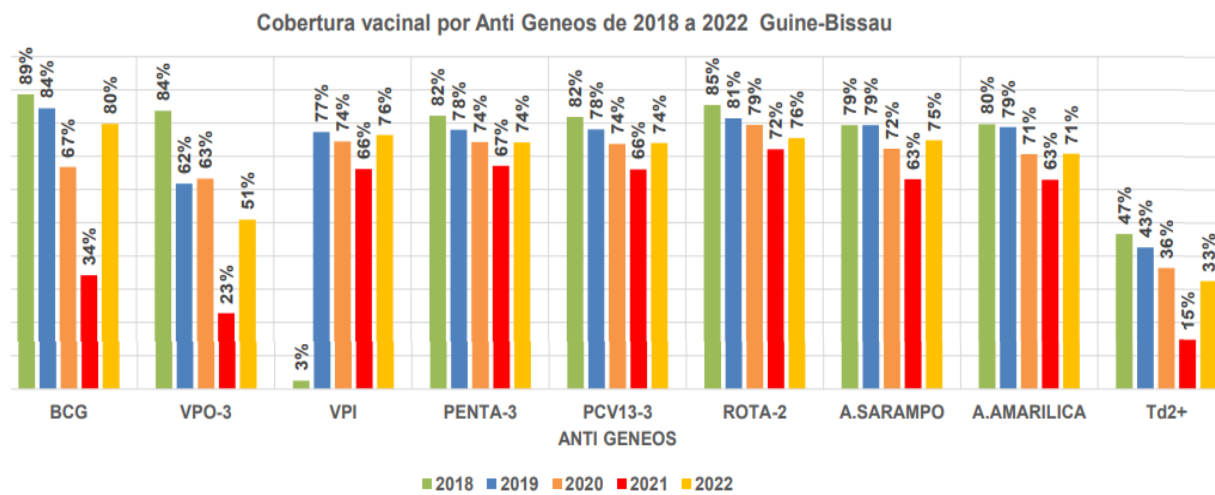


Figure 10 : Couvertures vaccinales du SIVE de 2018 à 2022

¹⁵<https://sivegub.info/Admin data 5 dernières années.>

En considérant les survivants de 2022 estimés à 70 945 enfants, il convient de souligner qu'environ les ¾ d'entre eux et 7 enfants/10 ont reçu respectivement leur 3^{ème} dose de Pentavalent et de vaccin anti amaril. Bien que satisfaisant, ce niveau de performance est en deçà de l'objectif de couverture (95%) planifié en 2022 pour les antigènes traceurs. Prenant en compte les données du semestre 1 de 2023, si on note une augmentation de CV en Penta passant de 74% (2022) à 80%, celle du VAA a régressé de 2pp variant de 71% (2022) à 69%^{Ref 8}.

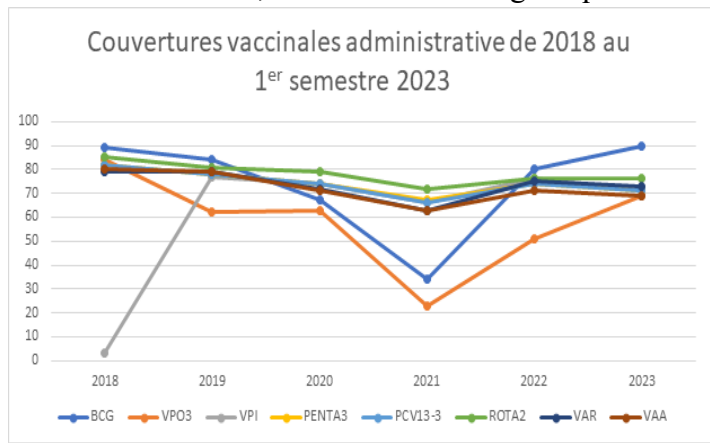


Figure 11 : Couvertures vaccinales du SIVE de 2018 à juin 23

Le graphique ci-dessous montre les tendances de CV en vaccin anti amaril sur les 12 dernières années du pays.

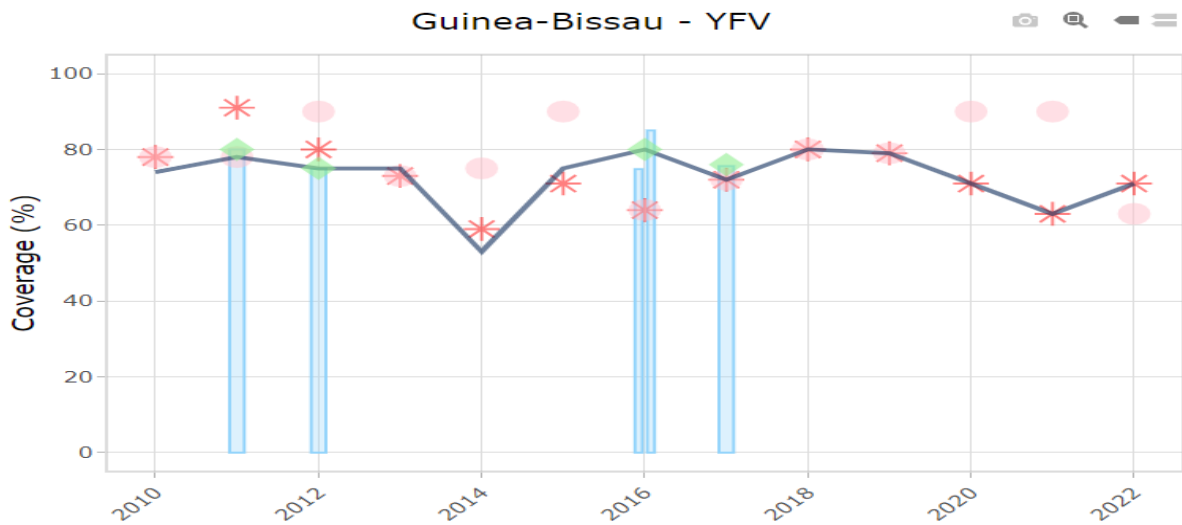


Figure 12 : Evolution de la couverture vaccinale du VAA de 2010 à 2022

La couverture vaccinale en VAA a atteint des pics de 80% en 2011, 2016 et 2018¹⁶. Durant ces 5 dernières années, elle a connu une légère régression changeant de 80% en 2018 à 71% (2020) puis à 63% à 2021 suivie d'une reprise progressive à 74% en 2022. Ces CV en VAA sont en deçà de l'objectif national de 95% mais aussi du seuil de l'immunité collective (au moins 80%). Cette fluctuation des CV pourrait être due à l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le système de santé et particulièrement sur l'offre et la demande de la vaccination.

De manière générale, ces performances sont analogues ou s'alignent sur celles issues des estimations de couverture vaccinale complète de l'Enquête à indicateurs multiples (MICS), 2018/2019. Selon cette source, conformément aux carnets de vaccination et le verbal de la mère les vaccinés âgés de 12-23 mois et compte tenu de ce calendrier vaccinal en vigueur en 2019, les CV seraient de 93,7% (BCG), 76,2% (VPO3) ; 92,3% (Penta1) ; 81,9% (Penta3+) ; 80,7% (V-Pneumo conjugué)2 ; 82,9% (Rota2) ; 69,2% (VAR) ; 69,6% (VAA) ; 59 % (antigènes de base : BCG, Pólio3, DTP3, VAR). Toutes fois ces couvertures vaccinales sont en deçà des objectifs programmatiques planifié 95% pour les antigènes de base.

¹⁶ WUENIC -2022/G. BISSAU

1.4.5. Continuité et renforcement des acquis :

Au regard des performances actuelles du PEV, la continuité et renforcement des acquis s'avère indispensable. Pour réussir l'atteinte des objectifs stratégiques, le PEV peut s'appuyer sur les stratégies de plaidoyer visant l'engagement, l'adhésion et le soutien actif des décideurs, • La communication et la mobilisation sociale et le partenariat permettant de renforcer la participation des institutions, des réseaux communautaires et sociaux, des groupes religieux en vue de susciter et d'entretenir la demande communautaire en services de santé notamment de la vaccination et d'autre part, d'instaurer un climat favorable au sein du système de santé et des autorités publiques, des acteurs de la société civile et d'opérateurs du secteur privé. L'un des leviers (non moins important) reste le réseau des agents de santé communautaires (ASC). En matière de vaccination chaque ASC a pour tâche le dénombrement de population de 50 ménages¹⁷, de l'identification des enfants et femmes enceintes cibles de la vaccination ; la sensibilisation et la mobilisation des ménages pour la vaccination et de la recherche active des cas d'abandon. Dans le domaine de la surveillance, chaque ASC assure la recherche active et notification de tous les cas des maladies sous surveillance notamment PFA, Rougeole, TMN, Fièvre Jaune.

1.4.6. Systèmes de surveillance des maladies

Le système de surveillance ainsi que le laboratoire sont sous dépendance de l'institut national de la santé publique. Les activités de la surveillance sont essentiellement tributaires du financement des partenaires, notamment l'OMS et CDC. Celui-ci est calqué sur la structure administrative du Ministère de la santé. En effet, les activités de surveillance sont menées à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Au niveau communautaire** – la surveillance des maladies à potentiel épidémique et les événements est assurée par les structures communautaires de base tels que les agents de santé communautaires (ASC), les accoucheuses formées, relais communautaires, agents de poste de santé, agents de poste vétérinaires, les conservateurs de la nature, les leaders communautaires (religieux, traditionnels ou politiques) ou les enseignants, les vendeurs de produits pharmaceutiques et les guérisseurs traditionnels. Ce niveau de surveillance favorise l'alerte et le signalement précoces.
- **Au niveau de l'aire de santé** : il y a un point focal qui coordonne les activités de surveillance des structures communautaires de base suscitées.
- **Au niveau de la région sanitaire y compris les hôpitaux régionaux**, il y a des points focaux qui coordonnent la mise en œuvre des directives du guide SMIR avec les homologues des aires de santé.
- **Le niveau central** : regroupe le cabinet du Ministre, l'Inspection générale de la Santé, les Directions Centrales, les Programmes de santé et les établissements dont l'Institut National de Santé Publique (INASA), Centrale d'Achat des Médicaments (CECOME). C'est le niveau où les politiques sont définies et les ressources allouées. En ce qui concerne la surveillance, ce niveau rend compte des maladies prioritaires et utilise l'instrument de décision du RSI pour rendre compte à l'OMS et autres partenaires de tous les événements de santé publique d'intérêt international.
- Les services de laboratoire de capacités correspondantes à chaque niveau sont disponibles et contribuent au renforcement de la surveillance. C'est le cas du laboratoire National de santé publique. Si nécessaire, celui-ci soutien les activités de prélèvement et transport des échantillons pour analyse complémentaire au centre collaborateur (CC) de l'OMS, tel que l'Institut Pasteur de Dakar (IPD).

Le fonctiono-gramme de SIMR est basé sur le principe de la communication/transmission bi/multidirectionnelle des données de surveillance et de retro information entre les différents acteurs pour des fins de prise de décisions et de planification/réalignement des interventions

¹⁷ PPAC 2013-17 /G. Bissau ; P6 & 80

sanitaires. Le bulletin mensuel est produit et diffusés. Plusieurs outils électroniques (DHIS2, ODK, Téléphone, weekly IDSR template) et physiques (Registres, liste linéaire, fiches de notification/investigation, fiches de monitoring des visites aux sites prioritaires (H, M et B) de la surveillance active de la polio et autres MEV, rapports hebdomadaires/mensuels...) sont utilisés à cet effet.

En collaboration avec l’OMS et d’autres partenaires (OIM, CDC, Rotary club...), le pays opérationnalise le cadre de surveillance et d’intervention transfrontières avec les pays voisins, en utilisant les systèmes de SIMR existants dans les pays respectifs.

1.4.7. Les priorités programmatiques du SIVE

Le service national de l’immunisation et de vigilance épidémiologique (SIVE) de la Guinée Bissau fait face à de multiples défis contextuels et de programme. Afin d’assurer sa mission de protection de la population contre les maladies évitable par la vaccination, le SIVE se fixe comme priorités programmatiques ci-après :

- Elaborer et faire valider la stratégie nationale de vaccination (NIS) 2023-27 prenant en compte le FPP (RSS2/PEV, CCEOP, Introduction de nouveaux vaccins, FAE et l’assistance technique)
- Renforcer les capacités institutionnelles et opérationnelles **des systèmes de prestation de services de santé et de surveillance** notamment la formation des cadres en MLM et des prestataires en vaccination pratique ;
- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale optimale de 95% pour tous les antigènes de base par le renforcement du PEV systématique
- Organiser et mettre en œuvre le plan de rattrapage des enfants zéro dose et sous immunisés (Big Catch up) 2023-24
- Elaborer, valider et soumettre le plan d’introduction des vaccins RR (Rubéole & Rougeole) et de campagne préventive contre ces deux maladies à prévention vaccinale ;
- Elaborer, valider et soumettre le plan de la campagne préventive contre la fièvre jaune
- Maintenir les acquis de l’eTMN (2012), de l’éradication du poliovirus sauvage et assurer le plan de transition

1.5 ANALYSE DE L'EQUITE¹⁸

En utilisant le tableau 2 ci-dessous, veuillez présenter un résumé de toute analyse d’équité menée précédemment dans le pays et expliquer comment ces analyses ont été utilisées pour documenter les stratégies de la campagne. Veillez à ce que votre analyse de l’équité comprenne les obstacles sexospécifiques.

Entre 2017 et 2018 les possibilités d’emploi et de revenus adéquats sur le marché du travail, Guinée-Bissau, 2017/2018 est globalement de 45.7%. A peine quatre femmes âgées de 15 ans et plus (39.3%) avaient l’opportunité d’emploi contre 52% des hommes. En termes de genre, le taux de sous-utilisation du travail est plus élevé chez les femmes (26,3%) que chez les hommes (21,2%). Dans la sphère de décision, malgré la promulgation de la loi sur la parité, la participation des femmes à la politique guinéenne est considérée comme loin d’être souhaitée. En Guinée-Bissau, l’inégalité entre hommes et femmes est perceptible en dépit de la promulgation par le Président de la République, le 3 décembre 2019 une loi visant à accroître la participation des femmes à la vie politique et aux sphères de décision. Celle-ci exige une représentation minimale de 36% de femmes dans la liste des postes électifs.

Au niveau du parlement de Guinée-Bissau, la représentation des femmes est de 14% et 88% d’hommes sur les 102 députés qui constituent l’ANP de 2019 à 2022.

Au plan éducation, 51,3% de la population féminine n’a aucun niveau d’éducation contre 36,8% de la population masculine. Selon les données, 68,09% des enfants sont scolarisés contre 31,91% de

¹⁸ Institut national de la statistiques INS/INHPC/Avril 2023. P5

ceux qui ne fréquentent pas le système éducatif. Le pourcentage d'enfants hors du système éducatif est le plus élevé dans la région d'Oio, Bafatá et Gabú et avec une prédominance de filles, représentant respectivement 40,61%, 40,78% et 48,24%.

Des études¹⁹ d'analyse d'équité réalisées par SIVE avec le soutien financier de l'UNICEF en 2017 et 2018 ont révélé qu'il existe des différences significatives entre les enfants selon le lieu de résidence, le niveau d'éducation des parents et les quintiles de bien-être socio-économique lorsqu'il s'agit de recevoir les troisièmes doses de vaccin. Les vaccins VPO et Penta, ainsi que les vaccins contre la rougeole et la fièvre jaune. Il n'y a pas d'inégalités en matière de vaccination selon le sexe de l'enfant.

Une agrégation plus détaillée des capitaux propres a également été réalisée, analysant la couverture vaccinale de deux antigènes (Penta3 et VAR). Ces études montrent une couverture de 68% pour Penta3 et de 57% pour VAR. Ces données ont été prises en compte lors de l'élaboration de ce plan.

Les résultats des trois dernières enquêtes MICS (2010, 2014 et 2018-2019) corroborent ceux de l'enquête sur l'équité vaccinale et confirment qu'il n'y a pas d'inégalité entre les sexes. Analyse des données MICS : 2010 montre une couverture de 76 % pour Penta3 et de 61 % pour VAS ; L'année 2014 a montré une couverture de 82,9 % pour Penta3 et de 81,3 % pour le VAS ; et 2020, ont montré une couverture Penta3 de 76,9 % et une couverture VAS de 67,4 %.

Comme le montre le tableau 4 avec la répartition en pourcentage de la population dans les ménages par quintile de bien-être économique par zone de résidence et région en Guinée-Bissau, selon MICS6 (2020), les régions de Bolama, Tombali et Biombo ont des proportions plus élevées du quintile le plus pauvre ; et les régions de Quinara, Oio et Tombali ont une proportion de quintiles les riches.

Tableau 2 : Quintile de bien-être socio-économique en Guinée-Bissau

| Niveau | Très pauvre | Pauvre | Moyen | Riche | Très riche |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| National | 20,0 | 20,0 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| Lieu de résidence | | | | | |
| Urbain | 3,0 | 2,4 | 7,1 | 34,8 | 52,6 |
| Rural | 29,4 | 29,8 | 27,1 | 11,8 | 1,9 |
| Région administrative | | | | | |
| Tombali | 39,0 | 26,6 | 21,2 | 11,1 | 2,1 |
| Quinara | 34,5 | 31,7 | 19,8 | 12,2 | 1,8 |
| Oio | 33,8 | 29,7 | 19,6 | 15,0 | 1,9 |
| Biombo | 36,5 | 17,8 | 11,7 | 20,7 | 13,4 |
| Bolama/Bijagos | 64,9 | 10,7 | 10,6 | 10,4 | 3,4 |
| Bafata | 9,9 | 21,9 | 42,4 | 21,2 | 4,7 |
| Gabu | 22,2 | 25,9 | 22,3 | 23,5 | 6,1 |
| Cacheu | 21,9 | 30,6 | 23,6 | 20,0 | 3,9 |
| SAB | 0,0 | 0,0 | 1,4 | 23,8 | 2,8 |

Comme le montre le tableau 1, selon MICS (2020), les régions rurales, en particulier Oio, Gabú et Tombali, ont une proportion plus faible de personnes alphabétisées – ce qui nécessite des stratégies de campagne adaptées à ce groupe de population.

¹⁹ Plan campagne RR/Octobre 2023 Guinée BISSAU

Tableau 3 : Répartition des femmes âgées de 15 à 49 ans par niveau d'éducation, Guinée-Bissau

| Niveau | Analphabète | | Enseignement | | | | Proportion totale de personnes alphabétisées |
|------------------------------|--------------|------|--------------|------------|------------------------------|-----------|--|
| | Pré-scolaire | Non | Basique | Secondaire | Moyen/technique et supérieur | Plus haut | |
| National | 0,0 | 40,2 | 16,8 | 11,7 | 2,0 | 2,1 | 32,6 |
| Urbain | 0,1 | 17,6 | 23,2 | 23,8 | 4,2 | 4,7 | 56,0 |
| Rural | 0,0 | 55,8 | 12,4 | 3,3 | 0,4 | 0,2 | 16,3 |
| Région administrative | | | | | | | |
| Tombali | 0,0 | 50,2 | 11,5 | 3,8 | 0,5 | 0,1 | 16,0 |
| Quinara | 0,1 | 37,0 | 14,4 | 5,7 | 1,0 | 0,1 | 21,4 |
| Oio | 0,0 | 66,4 | 10,7 | 2,2 | 0,2 | 0,1 | 13,2 |
| Biombo | 0,0 | 25,1 | 21,6 | 14,7 | 2,0 | 2,1 | 40,4 |
| Bolama / Bijagos | 0,0 | 23,6 | 23,5 | 12,3 | 1,9 | 0,4 | 38,1 |
| Bafata | 0,0 | 57,3 | 15,1 | 3,0 | 0,4 | 0,0 | 18,5 |
| Gabú | 0,0 | 61,6 | 11,0 | 4,5 | 0,3 | 0,0 | 15,8 |
| Cacheu | 0,0 | 30,9 | 26,3 | 9,8 | 1,3 | 0,2 | 37,6 |
| SAB | 0,1 | 11,6 | 20,0 | 28,4 | 5,4 | 7,0 | 60,9 |

Dans le tableau ci-dessus il y a moins de femmes alphabétisées dans les régions Tombal, Salut et Gabù

Tableau 4 : Couverture vaccinale par région et antigène en Guinée-Bissau, MICS 2018/2019

| Niveau | BCG | VPOb3 | VPI | Penta3 | PCV13-3 | itinéraire2 | VAS1 | VAAA | Enfants entièrement vaccinés | Enfants sans vaccins |
|------------------------------|-------|-------|------|--------|---------|-------------|------|------|------------------------------|----------------------|
| National | 94,2 | 78,3 | 23,4 | 84,5 | 83,3 | 85,0 | 75,5 | 75,6 | 26,3 | 5,1 |
| Lieu de résidence | | | | | | | | | | |
| Urbain | 93,6 | 75,9 | 24,1 | 83,3 | 80,3 | 84,3 | 74,4 | 74,9 | 33,5 | 6,4 |
| Rural | 94,4 | 79,1 | 23,2 | 84,9 | 84,4 | 85,2 | 76,0 | 75,8 | 23,9 | 8,3 |
| Région administrative | | | | | | | | | | |
| Tombali | 82,6 | 60,5 | 25,7 | 63,2 | 62,9 | 75,0 | 57,9 | 57,4 | 22,1 | 16,8 |
| Quinara | 94,8 | 90,9 | 23,9 | 92,6 | 92,6 | 93,6 | 82,9 | 82,9 | 35,0 | 5,2 |
| Oio | 90,4 | 75,6 | 44,3 | 78,1 | 79,8 | 78,6 | 63,7 | 63,7 | 27,4 | 6,8 |
| Biombo | 99,5 | 79,8 | 23,2 | 92,8 | 89,3 | 92,1 | 83,9 | 83,9 | 34,0 | 0,5 |
| Bolama/Bijagos | 97,8 | 82,3 | 45,0 | 94,6 | 88,3 | 96,1 | 87,9 | 87,9 | 29,8 | 1,1 |
| Bafata | 100,0 | 85,8 | 15,2 | 93,1 | 91,3 | 92,2 | 83,7 | 83,7 | 29,0 | 0,0 |
| Gabu | 93,2 | 71,7 | 9,7 | 80,8 | 79,2 | 78,0 | 76,0 | 75,6 | 14,0 | 6,8 |
| Cacheu | 93,6 | 81,8 | 11,3 | 88,7 | 86,8 | 88,0 | 78,3 | 78,3 | 16,0 | 6,4 |
| SAB | 92,9 | 77,2 | 29,2 | 81,6 | 79,6 | 84,6 | 75,0 | 75,9 | 38,1 | 5,7 |

Dans le contexte actuel de la Guinée-Bissau, il convient de souligner la faible adhésion des parents aux services de vaccination, selon le rapport de l'étude sur les comportements vaccinaux de 2018 sur les comportements à l'égard de la vaccination dans sept régions sanitaires où la couverture vaccinale est plus faible. Les résultats de l'étude ci-dessous ont montré :

Manque d'information sur la vaccination dans la communauté ;

- 64,8% des mères ne connaissent pas le calendrier vaccinal ;
- La plupart des parents (60,1%) ne comprennent pas les informations contenues dans le carnet de vaccination ;

- 55,7% ont déclaré n'avoir jamais consulté le document, même si 94,1% ont garanti qu'ils l'avaient
- Mauvaises informations, croyances, mythes, distance entre le centre de santé et le village (accès difficile, transports limités) ;
- La surcharge de la mère et l'oubli qui en résulte.

Aux défis que nous avons déjà évoqués, il existe d'autres défis tels qu'une communication inadéquate avec les parents, la peur de taux de perte élevés, l'incapacité de retrouver les personnes perdues de vue, etc.

Au niveau socioculturel, l'analyse de la situation révèle que des populations particulières nécessitent une communication particulière, compte tenu de leur niveau d'éducation, en l'occurrence les populations dites difficiles d'accès, les populations nomades, les populations insulaires et les populations migrantes.

Il existe également une diversité ethnoculturelle, caractérisée par la variabilité des structures de pouvoir traditionnelles, des coutumes familiales et communautaires et d'autres normes sociales. Par conséquent, les approches stratégiques habituellement utilisées dans le pays deviennent moins efficaces. D'où la nécessité d'approches différentes.

Pour faire face à ces facteurs déterminants liés à l'équité et aux inégalités et répondre aux besoins des populations les plus défavorisées, il est essentiel d'assurer la participation de la population aux activités des campagnes de vaccination, réduisant ainsi les risques et l'impact de la maladie sur les enfants :

- Un appel de masse
- Communication de masse (audio et visuelle) ;
- Communication pour changer les comportements (information, communication interpersonnelle et sensibilisation des individus et des familles dans leurs quartiers, communautés et villages) ;
- Formation des responsables de la communication.
- Utilisation des messages vocaux ou écrits à travers les sociétés de téléphonie cellulaire

Tableau 5 ci-dessous présente les principales questions d'équité et d'égalité entre hommes et femmes et Stratégies de campagne suggérées.

| Principales questions d'équité et d'égalité entre hommes et femmes | Description du problème | Stratégies de campagne suggérées |
|---|---|--|
| Capacités décisionnelles limitées des femmes au sein de la communauté | En raison des normes sociétales, les femmes ont l'obligation de soumission et allégeance aux maris et chef de Tabanca | a- Organiser les dialogues communautaires sur la nécessité de l'empowerment et le leadership des femmes ; b- Faire le plaidoyer pour une participation accrue de 30% (2018-22) à au moins 40% (2023-28) des femmes aux parlementaires |
| Garde des enfants essentiellement affectée à des femmes | a. En raison du rôle limité de la femme dans la mobilisation des ressources financière de la famille, elles ont l'obligation des tâches | Préparer et diffuser les messages sur les maladies à prévention vaccinale et sur les avantages des vaccins pour une adhésion optimale des parents et gardiens d'enfants éligibles à la campagne. |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>ménagères y compris la garde des enfants</p> <p>b. La pratique de la polygamie dans certaines communautés affecte considérablement le temps du père accordé à la garde de l'enfant</p> | |
| Représentativité de la famille et la communauté destinée assurée par l'homme | Les normes sociétales accordent la légitimité à une représentativité assumée par l'homme | Dialogue social et communautaire |
| Différentiel du niveau d'alphabétisation entre homme et femme | Au plan éducation, 51,3% de la population féminine n'a aucun niveau d'éducation contre 36,8% de la population masculine | Organiser et utiliser divers canaux d'info-sensibilisation pour la diffusion des messages et arguments de campagne préventive en dialectes locales (Crioulo, Fula, Manjaco, Balanta, Pepel, Mancanha, Felupe, Mandinga, Cassanga, Susu, Bijagós etc) |
| Gestion micro-économie de la famille souvent unilatérale | La gestion conjointe de l'économie de la famille très peu pratiquée à cause de la nature informelle des revenus. | Sensibiliser toutes les communautés sur la campagne préventive indépendamment du niveau socio -économique (revenu, éducation, religion, lieu de résidence, ethnies...) en vue de leur adhésion à la vaccination. |
| Faible accessibilité Géographique des femmes aux services de santé | La géographie escarpée des régions sanitaires rendant l'accès difficile de certaines communautés aux services de santé | Mettre en place des équipes mobiles de vaccination (campagne) et organiser des stratégies avancées et mobiles efficaces (routine) pour un paquet de services intégrés |
| Violence conjugale à l'égard de la femme | Le risque de répudiation reste élevé à l'égard de la femme qui décide de faire vacciner les enfants sans autorisation préalable du chef de famille. | Développer la sensibilisation de proximité de la famille à travers les chefs du village/religieux/ainés pour l'adhésion à la campagne |
| Rivalité intra et inter communautaires | Conflit ouvert ou latent d'ordre politique, religieux, domaniale, social entre les communautés impacte l'utilisation des services de santé par l'une des communautés et l'organisation des séances de vaccination | Mettre en place des postes séparés de vaccination incluant les représentants de chacune des communautés en situation conflictuelle. |

1.6 SITUATION DE LA SURVEILLANCE EPID. DE LA FIEVRE JAUNE EN GB

La Fièvre Jaune est une affection hémorragique aigue d'origine virale causée par un flavivirus (virus amaril) et transmise à l'homme par la piqûre d'un moustique domestique infecté appartenant au genre *Aedes*.

1.6.1 Réservoir :

Le singe et l'homme sont les principaux hôtes vertébrés considérés comme des faux réservoirs parce qu'ils font une virémie de courte durée (8 jours) et de plus ils sont immunisés pour le reste de leur vie. Les moustiques sont à la fois vecteurs et réservoir appartenant à diverses espèces du genre *Aedes* : *Aedes aegypti* et *Aedes symptoni* en Afrique et *Haemagogus* en Amérique.

1.6.2 Mode de transmission :

L'homme se contamine par :

- La piqûre du moustique infecté à partir de singe ou d'un homme infecté.
- Le contact du sang d'un malade infecté avec la peau ou la muqueuse rompue d'un homme sain.

Le virus amaril infecte des primates (hommes et singes). Les individus infectés présentent une courte virémie (2 à 9 jours) avant d'acquérir une immunité durable contre la maladie, vraisemblablement à vie.

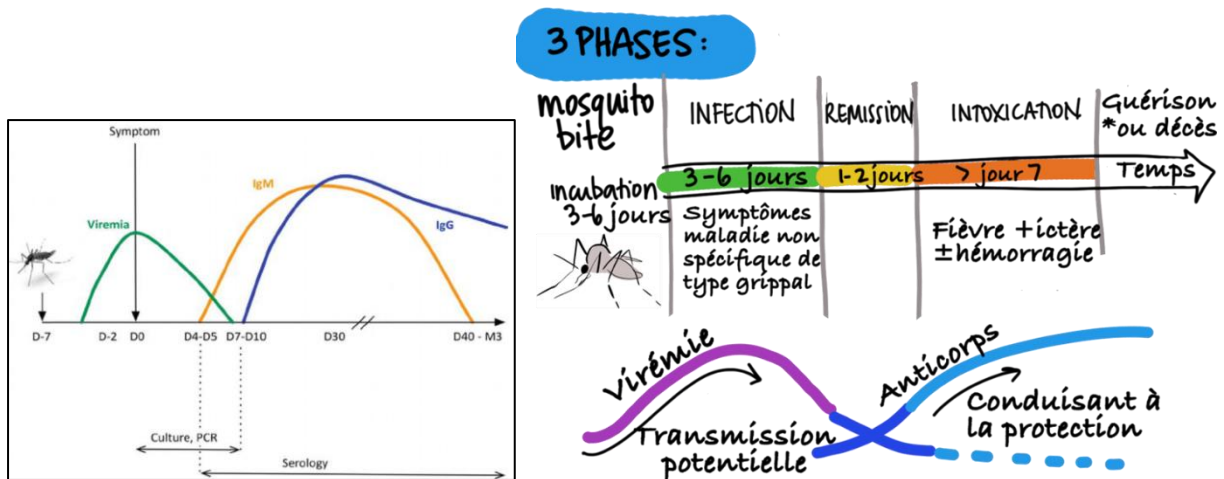


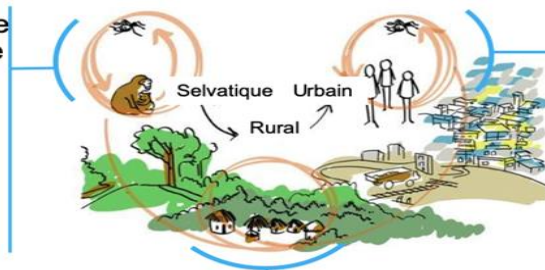
Figure 13: Évolution de la virémie et des anticorps à la suite des infections par les arbovirus

Ainsi, après avoir été contaminés par le virus amaril, les singes deviennent résistants à l'infection. La circulation du virus en forêt est alors assurée grâce au renouvellement de la population simienne réceptive à l'infection, c'est-à-dire avec la naissance de singes non immunisés.

Pour qu'il y ait épidémie de fièvre jaune, il faut donc des moustiques contaminants et des individus réceptifs, non immunisés.

Fièvre jaune selvatique :

- Moustiques du genre *Haemagogus* (Am.) et *Aedes* (Afr.)
- Les humains sont sporadiquement infectés.



Fièvre jaune urbaine :

- *Aedes aegypti*
- Transmission interhumaine
- Risque de grande épidémie et de propagation internationale.

Fièvre jaune intermédiaire :

- Espèces diverses du genre *Aedes*
- Petites épidémies dans zones de savane humide
- « Zone d'émergence »

Figure 14: cycle de transmission de la fièvre jaune

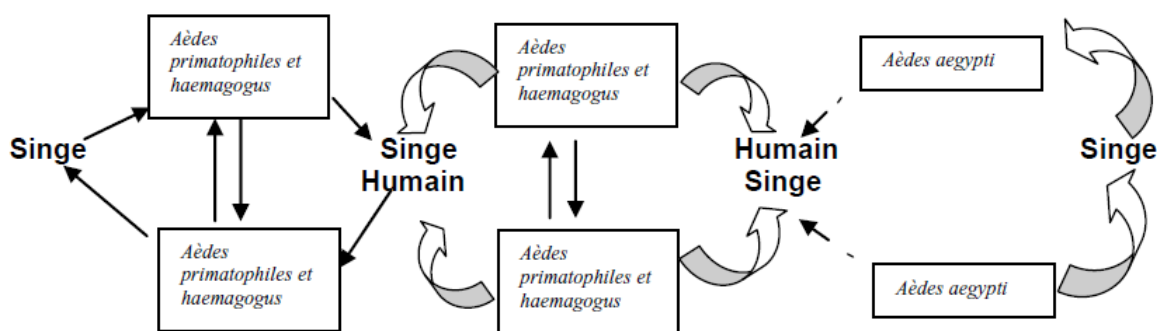


Figure 15 : Epidémiologie classique de la fièvre jaune

Il existe 3 cycles épidémiologiques de transmission qui entraînent le développement des épidémies urbaines, forestières (silvatique) et intermédiaires (silvatique et urbaine).

Plusieurs facteurs exposent la Guinée Bissau à l'explosion de flambées épidémiques de fièvre jaune y compris en milieu urbain. Ces principaux facteurs sont :

- La faible immunité collective
- L'existence des flambées épidémiques dans les pays voisins ;
- L'existence avérée des vecteurs de la fièvre jaune sur l'ensemble du territoire national avec des indices larvaires élevés ;
- La grande mobilité interne et externe des populations ;
- La faiblesse de la surveillance épidémiologique et environnementale.

1.6.3 Surveillance de la Fièvre Jaune au cours des cinq dernières années :

La surveillance de la fièvre en Guinée Bissau comme la majorité des pays fait la surveillance selon le modèle IDSR ainsi que selon le modèle de surveillance des maladies évitable par la vaccination. La Guinée Bissau est un pays de l'Afrique de l'Ouest qui ne transmettais pas de donnée de surveillance de la fièvre jaune. Depuis juillet 2022, le pays a repris le partage des informations avec le Bureau régional AFRO à travers la base IDSR. Il est envisagé aussi le partage de la base EPI Info pour la FJ.

Les données de surveillance proviennent des données de laboratoire issues de la surveillance de Zika.

Les échantillons de sang collectés dans le cadre de cette surveillance sont systématiquement acheminés à Institut pasteur P Dakar qui non seulement fait le test de diagnostic du Zika ainsi que les tests de diagnostic différentiels pour les autres arboviroses principalement la fièvre jaune.

Le pays dispose de d'un (1) laboratoire de référence national non encore fonctionnel. Les équipements ont été mise en place en 2016 et le renforcement des capacités de techniciens depuis 2016.

1.7 Activités précédentes de fièvre jaune

1.7.1. Description des épidémies passées et des stratégies de réponse :

Selon la littérature, les premiers cas de fièvre jaune en Guinée Bissau (alors Guinée Portugaise) ont été notifiés au cours des années 1943 (8 cas dont 8 décès), 1944 (2 cas dont 2 décès) et 1945 (2 cas dont 2 décès).

La plus importante des épidémies est celle de 1932, dans la circonscription sanitaire de Bubaque (Île de l'Archipel de Bijagós), au cours de laquelle 46 cas avaient été constatés, dont 10 décès.

Plusieurs études de séroprévalence ont été réalisées en Guinée-Bissau dont les résultats sont les suivantes :

- En 1944, une enquête sur l'immunité amarile a été effectuée par Fraga de Azevedo, Cambourian et Pinto (Fraga de Azevedo et al., 1947). Sur 202 sérums, prélevés dans la plupart des régions habitées du territoire, 21 étaient positifs et provenaient d'enfants âgés de moins de 15 ans et 66 positifs provenaient de sujets de plus de 15 ans. Mais les auteurs avaient remarqué qu'un certain nombre de résultats positifs devaient résulter d'une vaccination antiamarile antérieure.
- En 1952, des épreuves de séro-protection effectuées avec des sérums recueillis à Bruntuma (dans la région de Gabú) chez 4 enfants non vaccinés ont révélé la présence d'anticorps neutralisant le virus amaril chez 3 d'entre eux ; le plus jeune sujet positif était âgé de 7 ans.
- En 1964 et 1965 Pinto (1967) a réalisé une enquête sérologique portant sur la répartition des anticorps suscités par divers arbovirus en Guinée Bissau. Au total, 1103 sérums prélevés sur des autochtones âgés de 10 à 15 ans et 51 sérums recueillis chez des non-résidents permanents âgés de 20 à 25 ans ont été examinés par la réaction d'inhibition de l'hémagglutination. Les anticorps dirigés contre les arbovirus du groupe B étaient les plus fréquents (66%) avec une prédominance nette du virus amaril. L'étude de la localisation géographique des résultats positifs montrait une circulation plus intense des arbovirus dans la région centrale du pays (21% d'anticorps antiamaril) que dans la zone côtière (14% d'anticorps antiamaril). La prévalence des anticorps antiamarils chez les non-résidents était de 61%.

Tableau 6: *Epidémie de fièvre jaune en Guinée Bissau (alors Guinée Portugaise)*

| Années | Cas | Décès | Taux de létalité | Régions Sanitaires | Localité |
|--------------|-----------|-----------|------------------|--------------------|----------|
| 1932 | 46 | 10 | 22% | Bijagós | Bubaque |
| 1943 | 8 | 8 | 100% | | |
| 1944 | 2 | 2 | 100% | | |
| 1945 | 2 | 2 | 100% | | |
| Total | 58 | 22 | 37,9% | | |

Il faut signaler qu'avec l'appui de l'OMS le pays a conduit juin en 2016 une séro-surveillance ainsi qu'une évaluation entomologique dans le pays. Les résultats de cette étude n'ont pas été à ce jour rendu.

Néanmoins en ce qui concerne l'enquête entomologique les résultats préliminaires sont disponibles. Sur l'échantillonnage larvaire a été effectué dans toutes les maisons sélectionnées pour le prélèvement de sang sur chaque site dans les différentes Aires écologiques. Bien que des conteneurs positifs aient été trouvés dans les trois Aires, les indices de risque entomologique (indices de Breteau et de conteneur) dépassaient SEULEMENT le seuil à Canchungo (site B de la zone 2) et à Gabu (site B de la zone 3).

Les indices de risque calculés à partir de l'échantillonnage larvaire sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Indices entomologiques de la fièvre jaune dans chaque localité étudiée en Guinée Bissau, juin 2016

| Zone | Localités | Indice de contenaire | Indice de Breteau |
|------|------------|----------------------|-------------------|
| 1A | Buba | 0 | 0 |
| | Nhala | 0 | 0 |
| 1B | Catio | 0 | 0 |
| | Timbo | 3 | 4 |
| 2A | Bissora | 0 | 0 |
| | Unfarim | 1.7 | 1.9 |
| 2B | Canchungo | 13.25 | 11 |
| | Pelundo | 0 | 0 |
| 3A | Bafat | 2 | 4 |
| | Djabicunda | 0 | 0 |
| 3B | Gabu | 5 | 7 |
| | Dara | 0 | 0 |

Depuis lors aucun cas de fièvre jaune n'a été signalé en Guinée Bissau malgré les épidémies enregistrées dans les pays voisins notamment au Sénégal ces dernières décennies.

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

Au cours des dernières décennies, le pays n'a pas connu d'épidémie de la fièvre jaune. Néanmoins, il a été envisagé une campagne de vaccination préventive de masse contre cette maladie en 2021. Et un plan a été développé dans ce sens, mais la survenue de la COVID-19 n'a pas permis sa mise en œuvre.

Le système de surveillance ainsi que le laboratoire sont sous dépendance de l'institut national de la santé publique. Les activités de la surveillance sont dépendant du financement des partenaires, notamment l'OMS et CDC. Ceci implique que si les fonds des partenaires retardent les activités de surveillance se trainaient également.

1.7.2. Situation des vecteurs

Une étude menée pendant les saisons humides et sèches sur l'île de Bubaque, archipel des Bijagos, Guinée-Bissau^{iv}, a confirmé la présence des espèces d'Anopheles endophiles (An. gambiae, An. coluzzii et An. gambiae/An. coluzzii). Les collections de larves reflétaient étroitement la composition en espèces d'Anopheles déduite du piégeage des adultes et plusieurs espèces de culicidés ont également été identifiées, notamment l'arbovirus **vecteur Aedes aegypti**^v.

1.7.3. Mise en œuvre de la stratégie EYE en Guinée Bissau

1.7.3.1. Rappel de l'initiative contre la fièvre jaune : stratégie d'élimination des épidémies de fièvre jaune (EYE) / Initiatives mondiales

Après les premiers succès dans la prévention et le contrôle des épidémies au milieu du 20e siècle, principalement dus aux campagnes de vaccination de masse (MVC), la diminution de l'immunité de la population a conduit à une réémergence des épidémies en Afrique de l'Ouest au début des années 2000 et, en conséquence, au lancement de l'Initiative contre la fièvre jaune en 2006. Actuellement, le monde met en œuvre la stratégie d'éradication de la fièvre jaune (EYE). Cette initiative collaborative entre l'OMS et l'UNICEF, soutenue par l'Alliance Gavi et d'autres partenaires, a ciblé 47 pays d'endémie, dont 34 en Afrique et 13 en Amérique centrale et du Sud. Le vaccin contre la fièvre jaune a été introduit dans les programmes de vaccination systématique des enfants dans les pays d'endémie, et des campagnes préventives de vaccination de masse (PMVC) ont été menées dans les pays à risque. Un stock mondial de vaccins contre la fièvre jaune

a été constitué pour les interventions d'urgence, administré par le Groupe international de coordination (ICG) pour la fourniture de vaccins. Une action coordonnée a entraîné une réduction constante du nombre de foyers de fièvre jaune. Cependant, en 2016, l'Angola a été frappé par une épidémie urbaine de fièvre jaune sans précédent qui a entraîné une propagation internationale, y compris dans les pays voisins, et généré une transmission locale, notamment à Kinshasa, la capitale de la République démocratique du Congo ; qui a complètement épuisé l'approvisionnement en vaccins contre la fièvre jaune et a mis en évidence le risque mondial accru de fièvre jaune.

La stratégie EYE vise à constituer une coalition mondiale de pays et de partenaires pour lutter de manière coordonnée contre le risque accru d'épidémies de fièvre jaune et constitue l'occasion de démontrer de nouvelles façons de gérer le monde complexe des maladies infectieuses réémergentes. La stratégie EYE cible les pays et les régions considérés comme les plus vulnérables aux épidémies de fièvre jaune. Au total, 40 pays, 27 en Afrique et 13 dans les Amériques, sont considérés comme étant les plus exposés au risque de fièvre jaune. Dans ces pays, un accès à grande échelle aux vaccins contre la fièvre jaune est essentiel pour établir et maintenir des niveaux élevés d'immunité parmi les populations adultes et infantiles. D'ici fin 2019, tous les pays à haut risque devraient introduire la vaccination contre la fièvre jaune dans la routine. D'ici fin 2026, tous les pays à haut risque auront mené à bien leurs campagnes nationales de vaccination préventive de masse. D'ici fin 2024, tous les pays à haut risque auront établi une capacité de diagnostic pour confirmer la fièvre jaune. Il est essentiel de contenir rapidement les épidémies pour éviter qu'elles ne se transforment en épidémies dévastatrices. Les programmes de vaccination réactive devraient faire partie de la riposte à l'épidémie, tout comme le renforcement de la surveillance pour améliorer la détection précoce des cas, la lutte anti vectorielle et la mobilisation communautaire. Cela nécessitera de s'assurer que la capacité actuelle des laboratoires est suffisante, de s'appuyer sur les réseaux de surveillance existants et d'étendre, si nécessaire, les options actuellement limitées de diagnostic en laboratoire dans les pays. La lutte contre les vecteurs dans tous les secteurs, y compris les ministères de la santé, de l'assainissement, de l'environnement et de l'éducation, sera essentielle pour garantir le contrôle des maladies à long terme. Au cours de la prochaine décennie, les fabricants de vaccins devraient être en mesure de répondre à la demande mondiale de 1,38 milliard nécessaire pour éliminer le risque d'épidémie de fièvre jaune en maximisant leur production, en particulier au cours des cinq premières années.

Le succès de la stratégie EYE dépendra fortement de l'engagement des pays et des acteurs mondiaux pour garantir la disponibilité des vaccins, de l'engagement politique, d'une gouvernance et d'un suivi solides, des synergies avec d'autres programmes et secteurs, et de la recherche pour soutenir de meilleurs outils et des pratiques éclairées. La stratégie EYE a été scientifiquement validée par le Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination (SAGE) en octobre 2016 et approuvée par le Conseil d'administration de GAVI en décembre 2016. La stratégie réussira en impliquant les pays et les partenaires multidisciplinaires et en coordonnant bien les efforts.

1.7.3.2. La stratégie EYE a trois objectifs stratégiques majeurs

a) Protéger les populations à risque

- Campagnes de vaccination préventive de masse (PMVC)
- Vacciner chaque enfant (PEV de routine) :
- Analyse des risques pour allouer les ressources

b) Prévenir la propagation internationale Protéger les travailleurs à haut risque

- Appliquer le Règlement Sanitaire International
- Construire des centres urbains résilients

c) Contenir rapidement les épidémies

- Préparation, détection et réponse aux épidémies
- Renforcer la surveillance et les capacités des laboratoires - POS requises.
- Garantir un stock d'urgence de vaccins réactifs
- Réponse immédiate à l'épidémie
- Mobilisation communautaire
- Contrôle vectoriel

1.7.3.3. Interventions prioritaires de la stratégie EYE

-
- Entreprendre une évaluation des risques et des campagnes de rattrapage
- Application du Règlement Sanitaire International
- Vacciner tout le monde (de 9 mois à 60 ans) dans les Aires ou pays à haut risque de fièvre jaune.
- Améliorer la vaccination systématique et vacciner chaque enfant
- Protéger les travailleurs à haut risque
- Construire des centres urbains résilients et établir des plans de préparation
- Maintenir les programmes de surveillance et de contrôle des vecteurs dans les villes
- Renforcer la surveillance et le diagnostic pour une détection précoce
- Garantir un stock d'urgence de vaccins contre la fièvre jaune
- Favoriser une réponse rapide aux épidémies

1.7.3.4. Cadre régional africain pour la mise en œuvre d'EYE en Afrique

La Région africaine a lancé la stratégie Éliminer les épidémies de fièvre jaune (EYE) en avril 2018, avec pour objectif d'éliminer les épidémies de fièvre jaune dans la Région africaine d'ici 2026. La vision, les objectifs et les étapes de l'EYE régionale sont indiqués ci-dessous.

- **Vision** : La région africaine de l'OMS est exempte d'épidémies de fièvre jaune.
- **Objectif** : éliminer les épidémies de fièvre jaune dans la région africaine d'ici 2026.
- **Objectifs** :
 1. Protéger les populations des 34 pays à risque, grâce à une vaccination préventive et systématique
 2. Prévenir la propagation internationale de la fièvre jaune grâce à la vaccination des voyageurs et à un dépistage rigoureux et à la vaccination sur place des personnes non vaccinées aux principaux points d'entrée.
 3. Détecter, confirmer et contenir rapidement les épidémies.

1.7.3.5. Étapes clés de l'EYE pour la région africaine :

- Tous les pays à haut risque devraient avoir introduit la vaccination contre la fièvre jaune dans la vaccination systématique à la fin 2019.
- D'ici fin 2026, tous les pays d'Afrique à haut risque auront mené à bien leurs campagnes nationales de vaccination préventive et au moins 440 millions de personnes auront été vaccinées dans la Région africaine.
- D'ici fin 2024, tous les pays à haut risque auront établi une capacité de diagnostic confirmant la fièvre jaune

Il est essentiel de contenir rapidement les épidémies pour garantir qu'elles ne se transforment pas en épidémies dévastatrices.

Les programmes de vaccination réactive devraient faire partie de la riposte à l'épidémie ainsi que le renforcement de la surveillance pour améliorer la détection précoce des cas, la lutte antivectorielle et la mobilisation communautaire.

Le succès de la stratégie EYE dépendra fortement de l'engagement des pays et des acteurs mondiaux.

1.7.3.6. État de mise en œuvre et expériences des pays

Plusieurs pays à haut risque ont introduit le vaccin contre la fièvre jaune dans leur programme de vaccination systématique et ont entrepris des campagnes de vaccination préventive de masse. Depuis 2018, le vaccin contre la fièvre jaune a été introduit dans les programmes de vaccination systématique des nourrissons dans 36 des pays et territoires à risque de fièvre jaune en Afrique et dans les Amériques, et devrait donc permettre d'atteindre et de maintenir une couverture. Mais la couverture est faible, estimée à 43 %. En Afrique, sur les 27 pays les plus vulnérables, 23 pays à haut risque ont déjà introduit le vaccin contre la fièvre jaune dans la vaccination systématique nationale (fig. ci-contre). Cependant, quatre pays d'Afrique à haut risque n'ont pas encore introduit le virus de la fièvre jaune dans leur programme de vaccination systématique (Éthiopie, Sud-Soudan, Soudan, Ouganda) et étaient supposés donc introduire le vaccin contre la fièvre jaune dans leur programme d'immunisation systématique d'ici 2020.

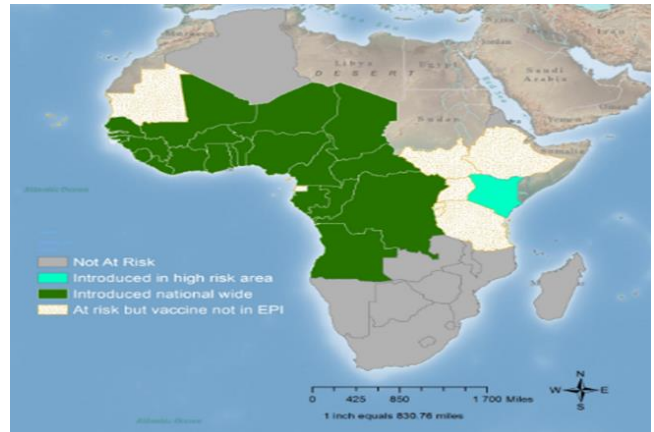


Figure 16 : Pays Africains ayant introduit le VAA dans le programme de routine

En Afrique, 13 pays devraient mener à bien leurs campagnes nationales de vaccination préventive de masse. Tous les pays (13) à risque de fièvre jaune dans les Amériques ont introduit le vaccin dans leurs programmes de vaccination de routine, 11 d'entre eux devraient planifier des campagnes de rattrapage ciblant les poches non protégées de leur population.

Depuis 2011, des campagnes de vaccination préventive soutenues par Gavi ont été organisées dans 16 pays d'Afrique, protégeant plus de 98 millions de personnes, parmi lesquelles le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République centrafricaine, la Côte d'Ivoire, le Ghana, Guinée, le Libéria, Mali, Nigéria. Sénégal, Sierra Leone, Soudan et Togo, RDC, Uganda.

Concernant la surveillance de la fièvre jaune dans la Région africaine, un réseau de détection et de confirmation des cas de fièvre jaune entre les États membres, une standardisation des activités de surveillance, y compris des définitions de cas, des investigations et des laboratoires, sont nécessaires. Dans certains pays, la capacité des laboratoires est encore trop faible pour garantir une détection précoce des cas de fièvre jaune. De manière générale, le manque de capacité des laboratoires nationaux de confirmation (PCR/PNRT) est faible dans la Région. Actuellement, il n'existe que deux laboratoires en Afrique capables de confirmer le diagnostic de la fièvre jaune (Sénégal et Ouganda).

Stratégie EYE en Guinée Bissau²⁰

La GB a élaboré en 2019 un plan stratégique d'élimination des épidémies de fièvre jaune pour la période 2019-2021 dont les objectifs nationaux d'EYE sont indiqués ci-dessous :

Objectif général

Contribuer à l'élimination des épidémies de fièvre jaune dans la région Africaine d'ici 2026.

Objectifs spécifiques

1. Augmenter la couverture vaccinale contre la fièvre jaune du 85 % au moins 93 % en 2021 au niveau national et régional ;
2. Atteindre les cibles des indicateurs de performance de surveillance de la fièvre jaune
3. Atteindre au moins 95% couverture de la cible des campagnes de vaccination préventive de masse ;
4. Redynamiser le système de la surveillance entomologique

²⁰ Plan stratégique EYE GB 2019-2021

Ce plan visait tous les domaines d'intervention de la stratégie globale parmi lesquels l'organisation de la campagne préventive de masse pour un budget approximatif de 670 000 000 FXOF.

La GB prévoit désormais de mener une campagne de vaccination préventive de masse contre la fièvre jaune (PMVC) pour la population générale âgée de 9 mois à 60 ans, du en février 2025, en une phase, pour couvrir la population de plus de 2 187 807 d'habitants du pays. La population cible du PMVC représentera environ 93 % de la population totale, ce qui signifie un total d'environ 2 034 661 personnes à vacciner avec le vaccin contre la fièvre jaune au cours de cette PMVC.

Tableau 8 : **Résumé du budget du plan EYE 2019-2021 GB**

| Domaines | Budget Total |
|--|--|
| i. Surveillance | 28 500 000 |
| ii. Laboratoire | 45 000 000 |
| iii. Campagne de Vaccination Préventive de masse | 670 000 000 |
| iv. Vaccination de Routine | 8 000 000 |
| v. Gestion des cas | 11 500 000 |
| vi. Surveillance et contrôle Vectorielle | 40 274 000 |
| vii. Réponse aux épidémies | 155 000 000 |
| viii. Formation et supervision | 74 000 000 |
| ix. Suivi et évaluation | 24 000 000 |
| x. Communication du risqué | 36 521 000 |
| TOTAL | 1 092 795 000 FXOF |
| TOTAL | 1 821 325 \$ 1US\$=600monnaie locale |

1.7.4. Principaux indicateurs de suivi de la fièvre jaune

- Proportion des districts sanitaires ayant notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune ;
- Proportion des cas notifiés et prélevés ;
- Proportion des échantillons transmis au laboratoire national dans le délai de 7 jours ;
- Proportion des échantillons adéquats transmis au laboratoire national ;
- Proportion des résultats transmis au niveau opérationnel (DRSP, MCD) dans les 5 jours qui suivent ;
- Proportion des formations sanitaires ayant une rupture de stock des kits de prélèvement et de transports ;
- Proportion d'agents de surveillance épidémiologique formés (SPIS, CSE, MCD, DRSP, Majors CSI etc.) ;
- Proportion d'agents communautaires formés dans la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune ;
- Proportion des ripostes organisée dans les 30 jours qui suivent la confirmation
- Taux de létalité due à la fièvre jaune ;
- Proportion d'enfants de 9-11 mois vaccinée au VAA ;
- Proportion de voyageurs vacciné au VAA.

1.7.5. La gestion de cas :

Investiguer et prendre en charge tous les cas. Il faudra vulgariser le protocole de prise en charge des patients avec la fièvre jaune et former tous les cliniciens à la prise en charge des cas selon les recommandations de l'OMS.

1.7.6. Surveillance et contrôle vectoriel :

Notifier tous les cas. Soutenir les programmes de surveillance et de lutte anti vectorielle dans les villes et utiliser la plateforme existante pour aider à la mise en œuvre de cette activité. Les indices d'*Aedes aegypti* devraient être mesurés régulièrement dans les villes en forte urbanisation pour pouvoir réagir en cas de besoin.

1.7.7. Synthèse des facteurs de risque de propagation de la fièvre jaune

Plusieurs facteurs exposent la GB aux flambées épidémiques de fièvre jaune y compris en milieu urbain. Ces principaux facteurs sont :

Facteurs liés à la résilience de centre urbain

- Absence d'un plan de préparation et de programmes de surveillance des vecteurs et de lutte antivectorielle dans les centres urbains

Facteurs liés à l'application du RSI :

- Insuffisance de financement pour la mise en œuvre de RSI
- Insuffisance dans l'opérationnalisation des points d'entrée (vérification du statut vaccinal des voyageurs, absence d'infrastructure et des RH)

Facteurs relatifs aux travailleurs à risque :

- Absence d'un plan de protection des travailleurs
- Insécurité (campements et insulaires)
- Faible couverture vaccinale contre la Fièvre jaune

Autres facteurs :

- Existence de communautés mal desservies, vulnérables à une propagation d'origine selvatique et présentant un risque d'amplification de l'épidémie ont été identifiées. Les mouvements de population importants, notamment les migrations, marchés transfrontaliers encore le risque de transmission de la fièvre jaune
- Potentiel de propagation internationale : les points d'entrée ont été notés à 30 % pour la mise en œuvre des activités du Règlement sanitaire international ;
- La vulnérabilité de la Guinée Bissau en raison de ses régions sanitaires (Gabú, Bafatá, Farim, Tombali) frontalières au Sénégal et à la Guinée qui connaît la récurrence des flambées de fièvre jaune avec lequel elle partage 360 km de frontière terrestre. La Guinée a notifié des épidémies de fièvre jaune en novembre 2020 dans le DS Koundara frontalier de Gabú, en octobre 2022 à Dabola) et en octobre 23 dans le DS Dinguiraye.

2 JUSTIFICATION DE LA CAMPAGNE PREVENTIVE CONTRE LA FIEVRE JAUNE :

Il y a un peu plus d'un siècle, la fièvre jaune tuait des centaines de milliers de personnes dans les Amériques, Afrique et Europe²¹. Au XIXe siècle, les moustiques ont été identifiés comme étant à l'origine de la transmission de la fièvre jaune. Des programmes de contrôle vectoriel ont été introduits. Enfin, au milieu du XXe siècle, un vaccin très efficace a été développé. Ce vaccin est encore utilisé aujourd'hui et ne nécessite qu'une seule injection pour obtenir une immunité à vie (1,2). Malgré l'existence de vaccins sûrs et efficaces contre la fièvre jaune, on estime que les épidémies de fièvre jaune entraîneront 109 000 infections graves et 51 000 décès par an. A souligner que les épidémies de fièvre jaune sont complexes, avec une nature multifactorielle et évolutive du risque et des inconnues inhérentes. La menace d'épidémies de fièvre jaune continue d'affecter les pays d'Afrique et des Amériques.

Pour faire face à l'évolution de l'épidémiologie de la fièvre jaune, à la résurgence des moustiques et au risque accru d'épidémies urbaines et de propagation internationale, la stratégie mondiale globale d'élimination des épidémies de fièvre jaune (EYE) a été élaborée par une coalition de partenaires (Gavi, UNICEF et OMS)²². La stratégie EYE 2017-26 est une stratégie globale et à long terme fondée sur les leçons apprises, qui vise à mettre fin aux épidémies de fièvre jaune d'ici 2026 et qui se compose de trois objectifs stratégiques : i. Protéger les populations à risque ; ii. Prévenir la propagation internationale ; et iii. Contenir rapidement les flambées.

2.1. Situation épidémiologique

Au début des années 2000, une augmentation des épidémies en Afrique de l'Ouest a conduit à l'initiative d'introduction du vaccin contre la fièvre jaune dans les programmes de vaccination systématique des enfants. Toutefois, la fièvre jaune continue²³ de connaître une forte résurgence en Afrique, atteignant son niveau le plus élevé depuis plus de 20 ans, et la situation a été classée comme événement de niveau 2 dans le système interne de classement des urgences sanitaires de l'OMS entre novembre 2021 et décembre 2022. Pour rappel, une épidémie de fièvre jaune en Angola a provoqué une propagation sans précédent, affectant les pays voisins en 2016, avec une épidémie urbaine à Kinshasa (République démocratique du Congo).

En 2021, dans la région africaine, 11 pays avaient notifié des cas confirmés ou probables et le nombre de flambées épidémiques de fièvre jaune signalées est passé de 5 en 2021 (toutes classées comme importantes) à 4 en 2022 (dont 1 importante). Le taux de létalité signalé est passé de 18% en 2021 à 12,3% en 2022.

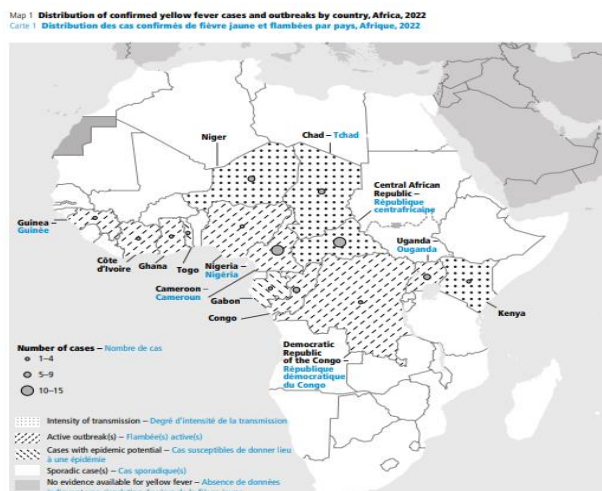


Figure 17: Carte de distribution des cas confirmés de fièvre jaune et flambées par pays, Afrique, 2022²⁴

²¹ WHO-Weekly epidemiological report N° 34 YF- 2023, 98, 365–374/ sept 23

²² Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune (EYE) 2017 – 2026

²³ WHO-Weekly epidemiological report N° 34 YF- 2023, 98, 365–374/ sept 23

²⁴ WHO-Weekly epidemiological report N° 34 YF- 2023, 98, 365–374/ sept 23

En Guinée-Bissau, même si le pays n’a pas enregistré de flambée de fièvre jaune depuis 1950, il faut souligner que le pays continue à enregistrer des cas suspects à travers les 11 régions sanitaires du pays. Considérant les données disponibles de la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune, au moins 25 échantillons des cas suspects de FJ sont parvenus/ collectés au Laboratoire national de santé publique de 2013 à 2023 :

Les graphiques ci-dessous montrent la période de notification/collecte d’échantillons des cas suspects de FJ dans le pays

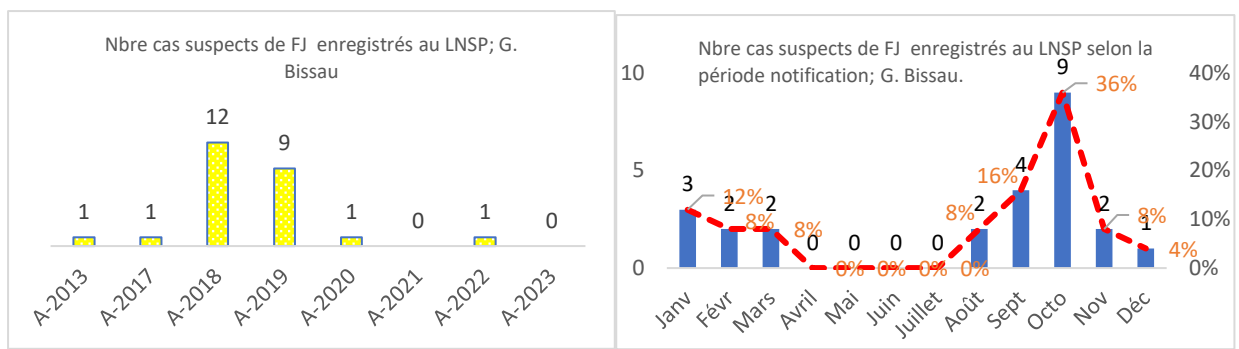


Figure 18 : Fiches enregistrement des échantillons/ LNSP/ G. Bissau

A remarquer que l’essentiel des cas ont fait l’objet de notification/collecte d’échantillons entre 2018 et 2019 durant les mois septembre et octobre. Toutefois, il convient de souligner que si la formation reçue des acteurs de surveillance en 2018 a aidé au signalement, la pandémie à Covid-19 a impacté considérablement la dynamique du système de surveillance à présent en quête de souffle nouveau.

A préciser que les cas suspects ont été signalés non seulement en milieu urbain (52%) et en milieu rural (48%).

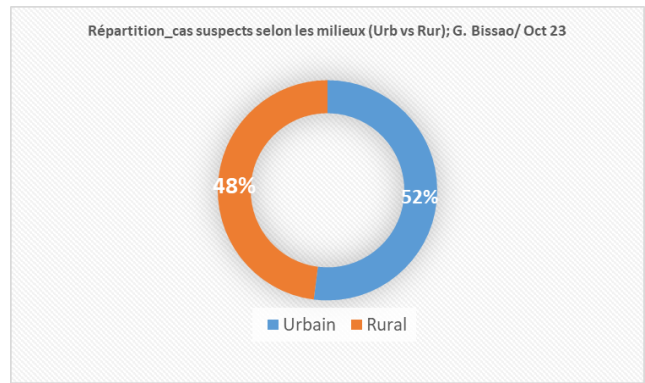


Figure 19 : Provenances des cas suspects de fièvre jaune selon les milieux

S’agissant du profil des patients chez lesquels les échantillons ont été prélevés, les hommes représentent 56% des cas et les tranches d’âge les plus concernées sont celles de 10-19 ans (32%), de 20-29 ans et de 30 à 39 ans (16%) chacune.

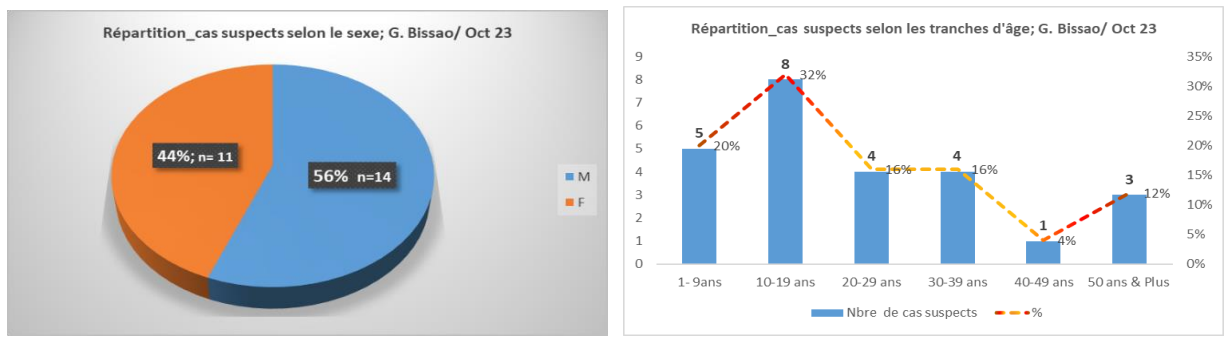


Figure 20 : Répartition des cas suspects de fièvre jaune selon sexe et les tranches d’âges

Vu ces deux graphiques, il est évident qu’au moins 6 cas suspects/10 concernent les personnes actives âgées de plus de 10 ans.

La majorité de ces personnes exerceraient des activités agricole, d'élevage et de pêche. Les régions sanitaires de Tombali et de SAB (la plus grande agglomération du pays) ont notifié plus de cas suspects de fièvre jaune respectivement 6 et 7 cas durant la période 2013 à 2022. Ce graphique ci-contre montre une dispersion de la provenance géographique des cas chez lesquels un échantillon a été prélevé. En dépit de la sensibilité sous optimale du système de surveillance, au moins, neuf régions sanitaires sur 11 ont notifié un cas suspect. Cette situation répartition géographique montre à suffisance que si le système de surveillance était robuste, plusieurs cas suspects seraient notifiés notamment dans les Aires frontalières de la Guinée Conakry ou aux abords du parc de Boé et de la forêt tropicale de Casamance du Sénégal.

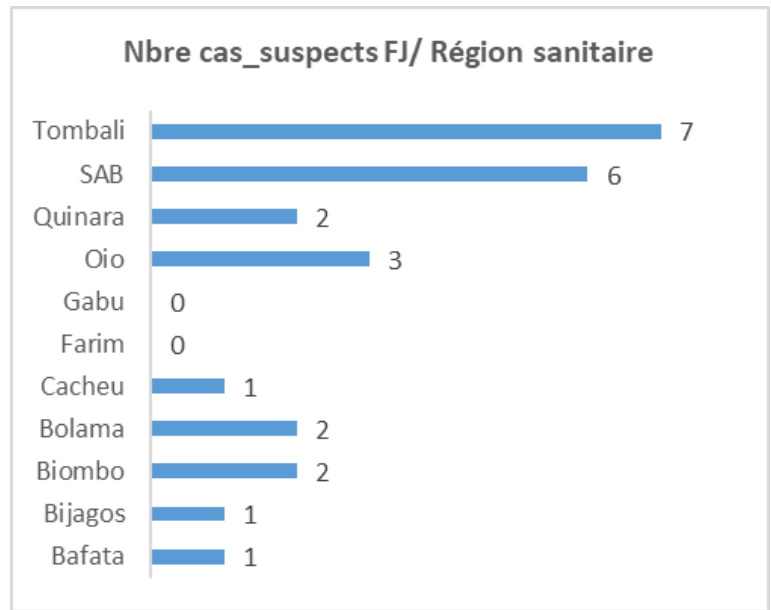


Figure 21 : Répartition des cas suspects de fièvre jaune selon régions sanitaires

En raison de la vulnérabilité de la Guinée Bissau qui reste et demeure un pays voisin de certains pays ayant des couvertures de la vaccination systématique anti-amarile sous-optimales et dont le contexte épidémiologique est susceptible de donner lieu à une épidémie de fièvre jaune, et tenant compte de la présence sur son sol des communautés avec des lacunes immunitaires, difficiles d'accès et mal desservies, ainsi que des personnes exposées à un milieu selvatique dans le cadre de leur travail et conformément au règlement sanitaire international (RSI), il doit envisager identifier les poches de populations non vaccinées, vulnérables et à haut risque, en procédant à une analyse des lacunes immunitaires

Des interventions de santé publique s'alignant sur la stratégie EYE axée les objectifs stratégiques globaux de l'élimination (protéger les populations à risque ; prévenir la propagation internationale ; contenir rapidement les épidémies)

C'est ainsi que le pays a envisagé une campagne de vaccination préventive de masse contre cette maladie en 2021. Toutefois, celle-ci n'a pu avoir lieu en raison de la pandémie de Covid-19. En raison de plusieurs facteurs demeurants suscités et de l'impact de la Covid-19 sur la vaccination, il est indispensable pour la Guinée Bissau de mener des campagnes de vaccination de rattrapage pour la vaccination systématique et organiser et mettre en œuvre une campagne préventive de vaccination contre la fièvre jaune. Ce plan de campagne préventive contre la fièvre jaune s'intègre dans cette dynamique.

Tableau 9 : Cas confirmés et probables de fièvre jaune 2012 -23

| Année | Pays | Total de cas suspects notifiés | % de cas notifiés dans les 7 jours du 1er symptôme | % de cas investigués avec échantillon de sang | % cas avec prélèvement de sang dans les 14 | % d'échantillon reçu au laboratoire dans les 3 jours après prélèvement | % d'échantillon de sang reçu en bon état au laboratoire | % d'échantillon avec résultat de test IgM reçus dans les 7 jours |
|-------|---------------|--------------------------------|--|---|--|--|---|--|
| | | | (Cible >=80%) | (Cible >=80%) | (Cible >=80%) | (Cible >=80%) | (Cible >=90%) | (Cible >=80%) |
| 2012 | Guinée Bissau | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2013 | Guinée Bissau | 1 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 |
| 2014 | Guinée Bissau | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2015 | Guinée Bissau | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2016 | Guinée Bissau | 19 | 50 | 100 | 100 | 100 | 80 | 0 |
| 2017 | Guinée Bissau | 30 | 100 | 100 | 100 | 100 | 80 | 0 |
| 2018 | Guinée Bissau | 65 | 100 | 100 | 100 | 100 | 80 | 0 |
| 2019 | Guinée Bissau | 35 | 100 | 100 | 100 | 100 | 90 | 0 |
| 2020 | Guinée Bissau | 1 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 |
| 2021 | Guinée Bissau | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2022 | Guinée Bissau | 1 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 |
| 2023 | Guinée Bissau | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

2.2. Risques de transmission et de propagation

Parmi les pays ayant notifié des cas de FJ en 2022, il y a certains de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest (Cote d'Ivoire, Guinée, Siéra leone) dont la situation est susceptible de donner lieu à une épidémie dans des Aires où la couverture de la vaccination systématique anti-amarielle est sous-optimale. Des communautés mal desservies, vulnérables à une propagation d'origine selvatique et présentant un risque d'amplification de l'épidémie ont été identifiées. Les mouvements de population importants, notamment les migrations, et l'insécurité exacerbent encore le risque de transmission de la fièvre jaune.

En 2022, un cas confirmé et 63 cas probables ont été signalés en Côte d'Ivoire. La plupart de ces cas (48/63) se sont produits à Abidjan, dont 45 cas dans le district de Cocody-Bingerville, ce qui laissait présager un risque d'amplification urbaine et de propagation nationale, régionale ou mondiale. Des cas sporadiques ont été signalés dans certains pays comme la Siéra Léone, ce pays a signalé un cas confirmé, chez un agriculteur de 67 ans vivant dans le district de Kono, dans la province de l'Est et le Togo a signalé 2 cas confirmés dans 2 régions différentes, Kara et Plateaux.

Également, en 2022 la Guinée (pays frontalier de la Guinée Bissau) a notifié 1 cas confirmé de fièvre jaune dans le district rural de Dabola de la région de Faranah. Il s'agissait d'un garçon de 11 ans, qui est décédé. Étant donné que cette zone se caractérise par une faible immunité de la population, un risque d'exposition professionnelle et une vaste étendue forestière, une campagne de vaccination réactive ciblant 219 749 personnes a été menée en mai 2023. A rappeler qu'entre novembre et décembre 2020, le même pays a rapporté 48 cas suspects de fièvre jaune dont 46 dans le district Sanitaire de Koundara au nord -Ouest (parmi lesquels 7 cas confirmés par l'IP Dakar) faisant frontière à la région sanitaire de Gabú (G. Bissau). Au total, 14 décès ont été rapportés durant cette flambée²⁵.

²⁵ WHO-Weekly epidemiological report N° 34 YF- 2023, 98, 365–374/ sept 23, ICG/ Event Information Site (EIS) Guinée | Fièvre jaune 08 Décembre 2020 / Guinea Conakry

La Guinée-Conakry et la Guinée Bissau font partie d'un groupe de 27 pays endémiques à risque élevé selon la classification de la stratégie EYE (Eliminate Yellow Fever Epidemics Global Strategy). Ces deux pays frontaliers partagent 386 Km de frontière terrestre caractérisée par de nombreux points de mouvement bidirectionnelle des populations. L'existence des marigots/eaux stagnantes non loin des habitations, l'existence des parcs habités par des singes, l'existence des forêts²⁶ s'étendant dans les trois pays frontaliers (Guinée-Conakry-Sénégal, Guinée Bissau) et la couverture vaccinale sous optimale en VAA dans ces pays constituent certes des facteurs de risque important pour une émergence et propagation du virus de la fièvre jaune.



Figure 22 : Représentation des parcs forestiers du pays

2.3. Résultats de l'analyse du risque dans la Région Africaine en 2023²⁷

Le groupe de travail sur l'analyse de risque s'est tenu en juillet 2023. Les résultats de l'analyse du risque en 2023 ont permis de revoir la catégorisation tenant compte de nouvelles variables et d'attribuer de nouveaux scores aux pays.

Les éléments d'analyse des risques sont en trois catégories de déterminants du risque

1. **Risque endémique – risque sous-jacent de circulation du virus de la fièvre jaune dans la zone :**
 - Antécédents de périodes de présence/absence de FJ (Omega Score)
 - Couverture terrestre comme substitut à la présence de PSN et de moustiques vecteurs endémiques (Land Cover Score)
2. **Risque de maladie (épidémie) – risques d'amplification rapide**
 - Cas au cours des 5 dernières années (score du dernier cas), cas dans les pays voisins au cours de l'année dernière (score des pays contigus),
 - Signalements de moustiques vecteurs de la fièvre jaune (score Aedes)
 - Forte densité de population et présence de 1 million de personnes et plus dans les centres urbains (score d'urbanisation) et densité d'habitants (score de densité de population)
 - Pays à haut risque de crise humanitaire (y compris l'accès aux infrastructures de soins de santé - *Inform Risk Score*)
3. **Facteurs d'atténuation – couverture vaccinale de la population (mesure de protection)**
 - Campagnes de vaccination systématique des enfants (score EPI), préventives (score PMVC) et réactives (score RVC)

Mises à jour du score de risque juin 2023

- Trois pays avec les scores de risque les plus élevés : Nigeria, RDC et Cameroun suivi du Ghana, de l'Ouganda, de la Guinée, de la Côte d'Ivoire et de l'Éthiopie
- 17 pays ont augmenté leur score de risque par rapport à juin 2022

6 pays ont diminué leur score de risque (RCA, RDC, Congo, Ghana, Kenya, Soudan)

Un bref aperçu montre un risque accru pour la Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Libéria, Soudan du Sud ; outre la notification des cas, l'augmentation est généralement due au Risk informel et aux nouvelles informations sur Aedes.

²⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/Fronti%C3%A8re_entre_la_Guin%C3%A9e_et_la_Guin%C3%A9e-Bissau,
<https://fr.wikipedia.org/wiki/Guin%C3%A9e-Bissau>

²⁷ YFRAWG 2023



Tableau 10 : Nombre de cas de fièvre jaune dans certains à risque

| PAYS | Total des cas depuis 1950 | Cas_2022 | Cas_mi-2023 |
|---------------------|---------------------------|-----------|-------------|
| Angola | 987 | 0 | 0 |
| Bénin M | 177 | 0 | 0 |
| Burkina Faso | 1 196 | 0 | 0 |
| Cameroun **P | 477 | 22 | 0 |
| VOITURE | 41 | 19 | 0 |
| Tchad | 188 | 25 | 0 |
| RDC **P | 398 | 11 | 0 |
| République du Congo | 33 | 28 | 0 |
| Côte d'Ivoire | 980 | 56 | 1 |
| Guinée Équatoriale | 4 | 0 | 0 |
| Ethiopie | 100 515 | 0 | 0 |
| Gabon | 65 | 1 | 0 |
| Gambie M | 272 | 0 | 0 |
| Ghana **P | 2 096 | 12 | 0 |
| Guinée | 1 231 | 1 | 0 |
| Guinée-Bissau | 7 | 0 | 0 |
| Kenya | 77 | 13 | 0 |
| Libéria | 638 | 0 | 0 |
| Mali M | 437 | 0 | 0 |
| Niger | 7 | 7 | 0 |
| Nigéria **P | 22 370 | 6 | 0 |
| Sénégal | 713 | 0 | 0 |
| Sierra Leone | 282 | 0 | 0 |
| Soudan du sud | 186 | 0 | 0 |
| Soudan | 1 842 | 0 | 0 |
| Togo | 29 | 2 | 0 |
| Ouganda **P | 173 | 5 | 1 |

La revue des indicateurs de l'outil d'analyse des risques de la FJ considère outre l'indicateur "Contigu", les autres indicateurs potentiels à envisager d'ajouter à l'outil pour les évaluations futures à savoir la qualité de la surveillance de la maladie et/ou capacité des laboratoires de lutte contre la fièvre jaune.

Tableau 11 : Score mis à jours en juin 2023

| Pays | Risque 2022 | Risque 2023 | Commentaires - changements de score des indicateurs de 2022 à 2023 | Rang 2022 | Rang 2023 | Changement de rang 2022-2023 |
|--------------|-------------|-------------|---|-----------|-----------|------------------------------|
| Angola | 19 | 22 | Densité de population, indice de risque Inform | 19 | 18 | 1 |
| Benin | 21 | 24 | PMVC en 2009, couverture 57%, score urbain | 17 | 14 | 3 |
| Burkina Faso | 25 | 26 | Inform Index de risque | 11 | dix | 1 |
| Cameroun | 33 | 37 | Densité de population, indice de risque Inform | 4 | 2 | 2 |
| | 30 | 28 | RVC réalisé en 2022 et meilleur score de densité pop (à confirmer) | 5 | 9 | -4 |
| Tchad | 24 | 24 | | 13 | 14 | -1 |
| RDC | 39 | 36 | Endémicité (score Omega amélioré) | 2 | 3 | -1 |
| Congo | 23 | 19 | Aedes (pas d'info ces 5 dernières années), PMVC réalisé en 2022, couverture vaccinale 66% | 14 | 21 | -7 |

| | | | | | | |
|--------------------|----|----|--|-----|-----|----|
| Côte d'Ivoire | 29 | 29 | | 8 | 7 | 1 |
| Guinée Équatoriale | 18 | 20 | Informations Aedes récupérées pour l'année 2017 | 21 | 20 | 1 |
| Ethiopie | 26 | 29 | Urbanisation, informer l'indice de risque | dix | 7 | 3 |
| Gabon | 25 | 25 | | 11 | 13 | -2 |
| Gambie | 12 | 14 | Diminution de la couverture du PEV au cours des dernières années | 25 | 26 | -1 |
| Ghana | 36 | 33 | Légère augmentation de la couverture et de l'endémicité du PEV (amélioration du score Omega) | 3 | 4 | -1 |
| Guinée | 30 | 31 | Inform Index de risque, endémicité (1 cas en 2022, évolution de l'Indice Omega) | 5 | 6 | -1 |
| Guinée-Bissau | 12 | 15 | Pays contigus, nouvelles infos sur Aedes | 25 | 24 | 1 |
| Kenya | 28 | 26 | | 9 | dix | -1 |
| Libéria | 21 | 23 | Aedes (informations récupérées au cours des 5 dernières années) | 18 | 16 | 2 |
| Mali | 13 | 17 | Omega Index, PMVC non réalisés depuis 2008 | 24 | 23 | 1 |
| Niger | 9 | 14 | Endémicité (Indice Omega), score du dernier cas, densité de population (mais mieux - RVC) | 27 | 26 | 1 |
| Nigeria | 42 | 42 | | 1 | 1 | 0 |
| Sénégal | 17 | 19 | Pays contigus | 22 | 21 | 1 |
| Sierra Leone | 14 | 15 | Pays contigus (mais meilleur indice de risque Inform) | 23 | 24 | -1 |
| Soudan du sud | 23 | 26 | Informations sur Aedes récemment récupérées | 14 | dix | 4 |
| Soudan | 22 | 21 | Urbanisation | 16 | 19 | -3 |
| Aller | 19 | 23 | Endémicité, densité de population | 19 | 16 | 3 |
| Ouganda | 30 | 33 | Densité de population, indice Inform Risk, urbanisation, mais meilleur PEV | 5 | 4 | 1 |

2.4. Obstacles géographique, économique et politique à la vaccination

Parmi les obstacles, il faut noter entre autres :

L'instabilité politico- institutionnelle qui risque de compromettre la motivation, l'engagement et certaines orientations stratégiques des décideurs ;

la difficulté d'accès géographique de certaines communautés vivant dans les Îles et Îlots dans les régions de Bolama et de Bijagós. A cela s'ajoutent les Aires rurales difficilement accessible de Ilha de Galinha (Bolama); Ponta Guerra, Coopérative Militar 12 de Setembro (Bafatá); Djôbêl, Jeta, Pecixe (Cacheu); Thombê, Kolkunda, Blasssar, Nhafó, Quissé, Daressalam M'Bana, Olom, Nhimbi, Soare kunda, Benuf, Falan, Brufá, Sanó, Sili, Cuntuba, Farol, Iador, Bingará Ndendé, Bissun Naga, Naga de Bas, Quissaké, Ponta Nobo, Sansanbato, Caniko, Gã Sonco, Bissadjar, Nhani Mandinga e Nhani Balanta, Leto Mandinga e Leto Balanta, Suntuquia (Oio); Bessassema de Bas, Campamento de pobreza, Ilha de Mancebo,

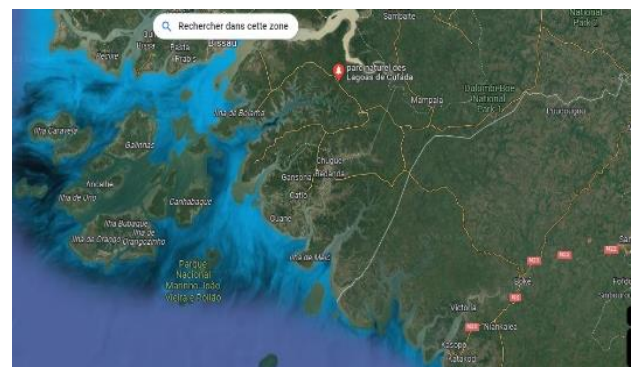


Figure 23 : Vue satellitaire des Îles et Îlots du pays

(Quinará) Setor Boé (Gabú); Djiu de Mel, Flak Disndé Cambeque, Canamine, Santa Clara, Ilha Canifak, Camissoron, Cadarfur, Campas de Braia, Cassumba, Cassibes, Cassanten, Mampata, Baciro Có, Poel Cana, Engaduel, Afia Bunho, Unal ; Ilha de Djiu de Kopé, Tambakumba, Daté, Botchi Bissa 1, Cabolol Binin (Tombali).

Capacités institutionnelles et opérationnelles du système de santé limitées et le faible niveau de revenu des individus ne favorisant pas assez la promotion et la motivation du personnel de santé

2.5. Processus national de prise de décision

Conformément au RSI et à la vision du gouvernement pour le bien être sa population, le Ministère de la santé publique à travers la Direction générale de santé maternelle et infantile oriente les interventions de l'immunisation et de vigilance au niveau du pays. Par conséquent, elle conduit tout le processus de prise de décision de concert avec d'autres directions telles que l'agence régulatrice des pharmacies, médicaments et autres produits de santé (ARFAME) y compris les vaccins.

Le comité de coordination interagence (CCIA) présidé par le Ministre de la santé et co-présidé par le représentant de l'OMS contribue aussi à la mobilisation des ressources, partage les informations aux partenaires techniques et financiers et à la prise de décisions/orientations stratégiques sur les plans stratégiques de vaccination (routine, campagne & riposte) ainsi que sur l'introduction de nouveaux vaccins. Le groupe consultatif sur la vaccination (NITAG) soutien également le processus décisionnel des responsables de la vaccination par l'établissement de note de recommandations sur les questions stratégiques de vaccination dans le pays.

2.6. Liens avec d'autres interventions

L'organisation et la mise en œuvre de la campagne préventive de la fièvre jaune sera l'occasion non seulement de renforcer les services de vaccination, mais également d'offrir aux enfants un ensemble plus large d'interventions. La politique nationale de soins primaires autorise l'utilisation de la plateforme de vaccination au cours de la deuxième année de vie (2YL) pour inclure d'autres interventions importantes, notamment :

- L'identification et le rattrapage des enfants zéro dose et sous immunisés
- La vaccination contre la Covid-19
- Renforcer la communication pour l'info-sensibilisation de la population sur les avantages des vaccins traditionnels et nouveaux ainsi que sur l'utilisation des services de santé
- La promotion des pratiques familiales par les relais communautaires et médium de proximité en langues locales (traitement de l'eau domicile, lavage des mains, assainissement, protection des enfants contre les violences, la scolarisation des enfants ...)
- L'intensification de la surveillance des maladies à potentiel épidémique
- Supplémentation en vitamine A tous les 6 mois pour les enfants âgés de 6 à 59 mois ;
- Déparasitage tous les 6 mois pour les enfants âgés de 12 à 59 mois ;
- Distribution de moustiquaires imprégnées longue durée pour prévenir le paludisme dans les Aires endémiques ;
- Dépister la malnutrition et la traiter par supplémentation, si nécessaire ;

2.7. Leçons apprises à prendre en compte dans l'organisation de la campagne

Tableau 12 : Résumé des leçons apprises des campagnes de vaccination précédentes

| Leçons apprises | Points d'action |
|---|--|
| <p>Mécanismes de coordination multipartenaires Le lien fonctionnel de la Comité technique national de la vaccination (CTNV) intégrée MenA & Covid-19 et les équipes cadres des régions sanitaires a permis d'assurer le suivi et le reporting des données de vaccination et aussi bien améliorer le cadre de responsabilité et de redevabilité des responsables à différents niveaux.</p> | <p>Soutenir fonctionnement efficace de ce mécanisme de coordination à tous les niveaux pendant la campagne</p> |
| <p>Engagement politique L'engagement au plus haut niveau de l'Etat à travers le Ministre de la santé impulse une dynamique d'émulation entre les Gouverneurs de régions d'une part et d'autre part entre les administrateurs sectoriels la réussite des campagnes.</p> | <p>Faire le plaidoyer pour un engagement continu des hauts représentants de l'Etat (membres du gouvernements & parlementaires) dans les préparatifs et la mise en œuvre des campagnes de masse de vaccination</p> |
| <p>Plaidoyer, communication et mobilisation sociale La synergie des différents canaux de communication (ReCO, Agents de santé, radio, télévision, presse écrite, les réseaux sociaux, le développement et la diffusion des matériels IEC dans les langues locales pertinentes (dépliants, fiches d'information, téléphonie mobile) contribue à l'info-sensibilisation des bénéficiaires et l'adhésion de la population aux activités de vaccination</p> <p>Le lancement officiel des interventions de santé publique par les autorités politico administratives en collaboration avec les représentants de la société civile et des PTF améliore et renforce la confiance et l'adhésion de la population</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Redynamiser les activités de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale au niveau national et sous-national en utilisant des messages clés seront élaborés, traduits et diffusés aux principales parties prenantes/publics cibles au moins un mois avant la campagne et une combinaison de différents canaux de communication. Au niveau national ; ○ Un lancement national sera organisé pour vulgariser la vaccination contre la fièvre jaune ○ Une conférence de presse adressée par la direction générale sera organisée et diffusée sur les différents médias ○ Des réunions du comité de plaidoyer communication et mobilisation sociale auront lieu pour solliciter du soutien, élaborer des stratégies sur la manière dont les différentes structures de l'organisation membre seront utilisées, mobiliser les communautés et transmettre des messages aux parents dans leurs Aires d'opération ○ Une campagne médiatique (Spots, Talk-Shows et annonces) sera menée sur les télévisions nationales et les stations de radio FM pour mieux faire connaître la campagne de vaccination contre la fièvre jaune ○ Réunions d'engagement avec les dirigeants de district et d'autres parties prenantes, y compris les chefs religieux, les chefs traditionnels et autres leaders d'opinion |
| <p>Micro-planification La conduite de la micro-planification au moins 6 mois avant la campagne/interventions sanitaires améliore l'appropriation par les acteurs et la qualité des AVS (campagnes : poliomyélite, MenA & Covid-19 et)</p> | <p>Dégager et mettre à disposition en temps opportun les ressources requises (y compris les procédures, normes et outils) pour soutenir les ateliers de micro-planification</p> |
| <p>Formations Les supports de formation standardisés ont été efficaces pour la préparation des agents de santé lors des campagnes : poliomyélite, MenA & Covid-19</p> | <p>Préparer et fournir les modules de formation révisées, mises à jour, validées, imprimées et prêtes à être utilisés au moins 6 mois avant la campagne.</p> |
| <p>Prestations : Vu le faible niveau de mobilisation de la cible par endroit, le changement des approches (fixe et mobile) de vaccination en stratégie porte à porte permet de rapprocher le service et l'adhésion des bénéficiaires</p> | <p>Evaluer selon le contexte des populations la faisabilité, l'acceptabilité et la mise en œuvre de l'approche porte à porte.</p> |
| <p>Supervision et suivi La supervision et le suivi utilisant KoboCollect pendant les AVS étaient cruciaux pour tracking des</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Former et soutenir tous les superviseurs de terrain à l'utilisation de KoboCollect |

| | |
|---|--|
| <p>superviseurs et assurer une mise en œuvre de qualité, atteindre une couverture élevée et entreprendre des actions correctives</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Conduire l'enquête rapide de convenance et transmettre les résultats en temps défini ○ Organiser et mettre en œuvre les activités de soutien de l'OMS (supervision et monitoring indépendants) |
| <p>Gestion des données : L'intégration de l'équipe de gestion des données au sein de la CTNCC permet de suivre en temps réel les performances des régions/aires de santé et discuter des mesures correctrices des contraintes/lacunes identifiées.</p> | <p>Soutenir le fonctionnement de l'équipe de gestion des données à différents niveaux (central, régional et aires de santé) pendant la campagne pour une meilleure gestion des données.</p> |
| <p>Chaîne de froid et gestion des approvisionnements Le renforcement des capacités de stockage et de gestion de la chaîne de froid, la gestion des approvisionnements a contribué à la sûreté et efficacité des vaccins/matériels à tous les niveaux</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire l'inventaire et augmenter les conteneurs passifs (porte vaccins & caisses isothermes) pour les Aires difficilement accessibles cf : 3.6. ○ Renforcer la maintenance préventive des équipements de la CdF. ○ Suivre la réception, la distribution et l'installation de 66 réfrigérateurs solaires acquis avec l'appui du CDC-Africa ○ Assurer le transport et l'installation de 60 réfrigérateurs solaires autres (donation de la Banque mondiale) à travers l'UNICEF actuellement disponibles dans le magasin. ○ Prévoir l'installation du dispositif de suivi de la température des CdF à distance (Persyl par exemple) Doter la direction du SIVE en camion frigorifique de transport de vaccins ; |
| <p>Surveillance des MAPI et MEV : La surveillance et la prise en charge des MAPIs (événements indésirables après la vaccination) met en confiance et garantit la participation des bénéficiaires à la campagne</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer les capacités des points focaux de surveillance MAPI et MEV ○ Constituer et mettre en place des Kits MAPI dans les sites d'offre de la vaccination y compris les hôpitaux ○ Collaborer avec les hôpitaux pour la prise en charge rapide des cas graves de MAPI. |

2.8. Appui des partenaires

Au niveau pays, certains membres du CCIA aussi bien d'autres membres du GTCV ex-officio tels que les Directeurs de services (santé familiale et infantile, le chef de division du système national d'information sanitaire, le bureau stratégique de développement, le Directeur en santé communautaire, INASA), les représentant des Ministères des finances, de la communication, du commerce, de l'enseignement, le Rotary International et les membres de liaisons qui sont les partenaires clés de Gavi tels que l'OMS, l'UNICEF, CDC, BMGF, UE, Projet santé BANDIN, Plan international, OIM, , CARITAS, SOLINA seront mobilisés et apporteront leur soutien technique et financier.

Les organisations de la société civile seront également mises à contribution pour la réussite de la campagne préventive contre la fièvre jaune dans le pays. Parmi elle il y a RESSAN, AGUIBEF, Croix rouge locale, PALMERINHA et ALTERNAG, le forum des journalistes pour la promotion de la santé, NADEL en mesure d'informer en dialecte locale. Le pays présente la particularité fort intéressante de posséder une langue (le créole) comprise de tous les habitants, ce qui est un atout majeur pour la diffusion des messages-clés sur la vaccination.

3 BUT ET OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE PREVENTIVE

3.1 Objectif général

L'objectif principal de la campagne de vaccination est de protéger la population de la Guinée Bissau contre les épidémies de fièvre jaune.

3.2 Objectifs spécifiques :

Spécifiquement, il s'agira de :

- Vacciner au moins 95% de la population de la Guinée Bissau âgée de 9mois à 60 ans, contre la fièvre Jaune dans les 11 régions sanitaires tenant compte des directives de sécurité vaccinale des bénéficiaires
- Mobiliser les communautés et toutes les mères des enfants cible de vaccination afin qu'elles participent massivement à la campagne de vaccination contre la fièvre jaune
- Identifier et vacciner les enfants non ou insuffisamment immunisés

Pour atteindre ces objectifs, le ministère de la Santé Publique par l'entremise du Direction du service de l'immunisation et de vigilance épidémiologique (DSIVE) va :

a. Avant la campagne

- Redynamiser le comité technique national de la vaccination
- Planifier et exécuter à temps les activités de pré-campagne :
- Elaborer et mettre à jour les directives, le module de formation sur la vaccination, l'identification des enfants zéro dose ou insuffisamment immunisés et la surveillance des maladies évitables par la vaccination.
- Assurer la micro-planification et la mise en œuvre des formations à tous les niveaux
- Utiliser des outils appropriés (Excel, DHIS2, Kobocollect, ODK) pour la collecte et l'analyse de données en temps réel ainsi que l'utilisation du tableau de bord de la campagne
- Mettre en place les kits MAPIs dans les structures sanitaires (hôpitaux, régions/aires de santé)
- Améliorer la logistique, de la gestion des données et des outils de monitoring et de supervision
- Superviser toutes les activités de pré et post campagne en utilisant une liste de contrôle standardisée
- Intensifier le plaidoyer, de la mobilisation sociale et de la communication tenant compte des leçons apprises des campagnes de vaccination antérieures.

b. Pendant la campagne :

- Assurer une meilleure qualité de campagne en prenant en compte de manière adéquate les leçons apprises lors des campagnes précédentes.
- Augmenter le suivi et la supervision intra-campagne pour assurer la bonne qualité de la campagne
- Mener des activités de ratissage dans les Aires où le monitoring rapide intra-campagne a identifié la population manquées ou difficile à atteindre
- Renforcer la surveillance des MAPI

c. Après la campagne

- Assurer la mise en œuvre en temps opportun des activités
- Renforcer la gestion des déchets et assurer la destruction des déchets issus de la campagne dans un délai d'un mois après la campagne
- Mener une enquête post vaccination au moins quatre semaines après la campagne.
- Evaluation de la campagne préventive

3.3 Cibles

Au cours de la campagne de vaccination préventive, le vaccin anti-amaril (VAA) sera administré aux personnes âgées de 9 mois à 60 ans. En 2025, la cible totale estimée à atteindre sera de **2,034,660** personnes à vacciner. Cette population cible représente 93 % de la population totale y compris les nomades (Gabú, Bafatá, Biombo), les campements de pêches (Bijagós, SAB, Quinara, Cacheu, Tombali).

Les femmes enceintes, allaitantes et les enfants âgés de 6 à 8 mois ne seront pris en compte que sur la base d'une évaluation des risques et des avantages. Des études antérieures ont démontré que les nourrissons âgés de 6 à 8 mois et les personnes de plus de 60 ans présentent un risque plus élevé de MAPI²⁸. Il existe également des données limitées sur l'utilisation du VAA pendant la grossesse, mais pendant les épidémies, les avantages de la vaccination contre la fièvre jaune l'emportent sur le risque de transmission potentielle du virus au fœtus ou au nourrisson.

Les étudiants des universités et des Aires avec de grands établissements seront identifiés lors de la micro-planification et vaccinés avec des stratégies appropriées.

La disponibilité de stocks adéquats de VAA et les objectifs de la stratégie de l'élimination des épidémies de fièvre jaune (EYE) doivent être pris en considération. Sur base de la recommandation de la stratégie EYE, tous les pays à risque de fièvre jaune devraient achever les campagnes préventives 2026. Compte tenu de tous ces faits clés énoncés ci-dessus, il peut être réaliste de planifier et de terminer la campagne dans la période de mars-Avril 2025.

Tableau 13 : Population cible de la campagne préventive par Région

| Régions sanitaires | Total Population 2021 | Total Population 2022 | Total Population 2023 | Total Population 2024 | Total Population 2025 | Population cible camp prévu févr. 2025 (93%) |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Bafatá | 273,273 | 308,915 | 318,505 | 325,512 | 332,673 | 309,386 |
| Bijagós | 26,556 | 26,566 | 26,576 | 27,161 | 27,758 | 25,815 |
| Biombo | 99,419 | 108,694 | 111,515 | 113,968 | 116,476 | 108,322 |
| Bolama | 11,519 | 13,834 | 15,539 | 15,881 | 16,230 | 15,094 |
| Cacheu | 230,606 | 237,968 | 240,893 | 246,193 | 251,609 | 233,996 |
| Farim | 58,502 | 75,590 | 80,744 | 82,520 | 84,336 | 78,432 |
| Gabú | 261,693 | 294,544 | 302,865 | 309,528 | 316,338 | 294,194 |
| Oio | 209,342 | 242,842 | 252,248 | 257,797 | 263,469 | 245,026 |
| Quinara | 77,904 | 84,452 | 86,285 | 88,183 | 90,123 | 83,815 |
| SAB | 523,393 | 525,768 | 528,159 | 539,778 | 551,654 | 513,038 |
| Tombali | 119,483 | 128,727 | 131,300 | 134,189 | 137,141 | 127,541 |
| Total G. Bissau | 1, 891,690 | 2, 047,900 | 2, 094,629 | 2, 140,711 | 2, 187,806 | 2, 034,660 |

4. PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE DE LA CAMPAGNE

4.1. Planification

Ce macro-plan sera le bréviaire pour guider l'élaboration des micro-plans (MP) des régions sanitaires. Ces MP prendront en compte les approches adressant les questions d'équités sociales et géographiques compromises. Aussi, ils tiendront compte des cibles de la vaccination, des besoins en vaccins, intrants, le coût opérationnel, ainsi que les activités de mobilisation sociale au niveau régional, Centres/poste de santé.

La micro-planification se fera de façon ascendante et participative en impliquant de tous les acteurs concernés à différents niveaux (central, régional, aire sanitaire). Au niveau régional, 325

²⁸ <https://www.who.int/wer/2013/wer8827.pdf?ua=1>

participants venant des aires de santé et directions seront impliqués dans cet exercice d'un avec l'appui des cadres du niveau central. Au niveau central, une session de deux jours impliquant 49 acteurs sera tenue pour la revue et la consolidation des Micro-plans et budgets y afférents des régions et aires sanitaires.

4.2. Mécanisme de coordination nationale pour la campagne

4.2.1. Niveau central

Quant à la mise en œuvre effective de la campagne, le Comité technique de coordination de la campagne au niveau central composé de 20 membres de concert avec les équipes des Directions régionales de santé en collaboration avec le CCIA, NITAG et PTF assureront le pilotage, la coordination, les orientations et le suivi stratégiques pour tous les aspects de la campagne.

La coordination nationale de la campagne est présidée par le Coordonnateur technique (sous le mandat de la Directrice générale de la santé familiale et infantile) a pour tâches :

- L'élaboration et le suivi du plan de mise en œuvre des activités de la campagne ;
- La mobilisation des ressources humaines, matérielles, financières et logistiques ;
- L'élaboration d'un plan opérationnel de communication ;
- La surveillance et la prévention des événements indésirables (MAPI)
- Le Plan logistique et de distribution des vaccins /intrants de la campagne
- La rédaction du rapport final.

Le Comité technique national de la vaccination (CTNV) est appuyé dans la réalisation et la mise en œuvre de ces tâches par le PEV et les sous-comités suivants :

- Finance
- Formation/supervision
- Communication
- Logistique
- Surveillance MAPI

Le rôle CTNV est aussi de préparer tous les documents stratégiques relatifs à la vaccination pour présenter au Comité de coordination inter-agences (CCIA) afin de les valider. Aussi, soutenir la DSIVE dans l'analyse et la détermination des politiques nationales optimales en matière de vaccination ; Conseiller le gouvernement et le service national de vaccination sur la formulation de stratégies visant à réduire par la vaccination les maladies évitables par la vaccination ;

Le CTNV se réunit sur convocation de son Coordonnateur avant, pendant et après la campagne pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la campagne au niveau national. Le CTNV donne un appui technique et orientations, logistique et la mobilisation sociale ainsi que le partage du budget approuvé aux niveaux de chaque région pour l'organisation des activités de la campagne.

Le CTNV va procéder à la révision et diffusion des outils de gestion de la campagne. Les outils nécessaires à élaborer et à utiliser seront: Canevas de micro planification niveau centre de santé et région, Canevas de synthèse niveau région et national, Guide de micro planification par niveau, Liste de contrôle des activités par niveau, Guide de supervision, Modules de formation, fiches techniques, Fiches de pointage, de compilation et de synthèse, qui tiennent compte des enfants zéro-dose et des tranches d'âge de la population cible, Fiche d'enquête rapide, Fiche de synthèse journalière CS, Fiche de monitoring ...

4.2.2. Niveau régional

La coordination régionale de la campagne est assurée par le Directeur régional de la santé (DRS) et par son équipe technique sous le mandat du Gouverneur de la région administrative. Sur le plan technique, la Direction régionale de la santé publique est chargée des activités préparatoires et de l'organisation de la campagne au niveau de toutes les aires de santé sous sa juridiction géo-administrative.

Les réunions de coordination technique régionale se tiendront tous les jours pendant la campagne pour s'assurer du bon déroulement des activités aux niveaux des aires sanitaires et transmettront les résultats au niveau de la coordination nationale. Durant les 5 jours de la campagne, un appui en carburant soit 20 litres seront accordés à chaque équipe régionale pour leur pleine fonctionnalité.

La coordination régionale donne un appui technique aux niveaux de chaque aire sanitaire pour l'organisation des activités de la campagne.

Durant la campagne, les réunions techniques journalières avec le niveau central seront tenues pour suivre les progrès et améliorer la qualité de la campagne les jours suivants. A souligner qu'au paravent des réunions de sensibilisation seront organisées avant la campagne de fièvre jaune à chaque niveau. Le chronogramme de ces activités sera inclus dans le Plan stratégique et dans les micro-plans pour chaque région sanitaire.

En ce qui concerne la mobilisation des ressources, le CCIA coordonnera et guidera les activités des différents sous-comités y compris celui de financement. Il mobilisera également les ressources internes et externes nécessaires au succès d'une campagne de vaccination contre la fièvre jaune. Des réunions de sensibilisation et de recherche de consensus seront organisées ainsi que des séances d'information des principaux décideurs et parties prenantes sur l'importance de la campagne pour la santé publique, pour solliciter leur soutien. Ceux-ci comprendront des décideurs politiques, des partenaires de développement, des professionnels des médias, des gestionnaires de la santé, des dirigeants de la société civile et des chefs traditionnels.

4.3. Mise en œuvre

La mise en œuvre des activités de la campagne est enclenchée à différents niveaux par le cérémonial de lancement officiel par les autorités politico-administratives au niveaux central et régional. Le lancement est précédé par des interventions stratégiques ci-après :

4.3.1. Renforcement de capacités des acteurs :

Le Sous-comité de la formation, de la micro-planification et de la prestation de services tâchera de planifier et de développer des programmes de formation pertinents aux différents niveaux du service, d'élaborer des lignes directrices et des manuels de formation pour la campagne.

Pour s'assurer que les directives de micro-planification sont suivies, que la logistique et les fournitures sont correctement organisées et que le personnel impliqué à tous les niveaux opérationnels comprenne clairement leurs rôles et les activités à entreprendre, les formations seront réalisées en cascade : niveau central (1), régions (11) et Aires de santé (117). La formation des formateurs au niveau central durera 2 jours. Au niveau régional, un effectif de 578 participants des aires sanitaires seront briefés sur tous les modules de la campagne. Ces derniers assureront la formation de 6571 membres des équipes (Vaccinateurs, Communicateurs, Mobilisateurs et Enregistreurs). Au préalable, tous les modules et outils seront mis à jour et adaptés aux besoins des différents acteurs impliqués

Vu que plusieurs antigènes seront administrés durant la campagne, l'accent sera mis sur la surveillance des MAPI et sur la communication de crise pour tous les acteurs (personnel de santé, les porte-parole, les journalistes, les leaders religieux, les relais communautaires et les organisations de la société civile...) en vue de prévenir et d'adresser adéquatement d'éventuelles désinformations ou infox. Ainsi, Ils sauront répondre aux rumeurs, identifier les éléments annonceurs d'une crise, à la gérer, et à y faire face de la manière la plus adéquate dans leurs communautés ou de communiquer de manière positive face aux journalistes.

4.3.2. Communication et mobilisation sociale

Sous le mandat du CTNV, le sous- comité de plaidoyer communication et mobilisation sociale a pour rôles et tâches principales de :

- Plaidoyer, la mobilisation sociale et de la communication est de planifier et coordonner toutes les activités de la communication et engagement communautaire aux niveaux national, régional (Tombali- Bafata-Oio-Farim-Biombo-Gabu-Quinara-Cacheu-Bijagós-Bolama-SAB) et communautaire,
- Événement de lancement national de la campagne
- Cordonner également l'organisation d'ateliers de plaidoyer pour solliciter l'engagement et la contribution d'autres partenaires nationaux et leur participation à la préparation, la mise en œuvre et le suivi de la campagne.
- Élaborer et de diffuser des directives sur les activités de la communication à différents niveaux.
- Imprimer et distribuer du matériel IEC pour la campagne, développera et diffusera une campagne médiatique nationale (radio/TV/presse/médias sociaux).
- Affichage de contenus audio sur des panneaux audiovisuels dans la ville, Banderoles,
- Conférences avec des organisations et/ou associations de femmes et de jeunes
- Location moto ToucTouc pour la Sensibilisation à la moto dans les centres urbains
- Conception et impression de supports de communication pour la campagne, y compris des outils de gestion de la communication et différentes fiches - niveau central, régional
- Production et diffusion de spots radio
- Production de badges d'identification pour les équipes de vaccination
- Utilisation des mégaphones pour l'info-sensibilisation
- Soutenir l'engagement des principales parties prenantes nationales, régional et communautaire (chefs religieux/culturels, traditionnels/d'opinion/communautaires, enseignants, agents de santé, personnel de santé, groupes de femmes, groupes de jeunes) par le biais de réunions d'orientation pour informer et mobiliser les communautés pour la campagne qui sera entrepris.
- Développer le plan de communication et un calendrier de sa mise en œuvre
- Concevoir et produire des messages et des supports matériels clés
- Préparer des documents d'information et de formation pour les autres niveaux
- Coordonner toutes les formations relatives à la communication
- Organiser les déclarations, points de presse, conférence de presse des autorités sanitaires et des porte-parole avec les journalistes
- Stimuler la réalisation des reportages par les journalistes
- Veillez à la diffusion des spots, microprogrammes, émissions, tables rondes pour les stations régionales et des radios privées et communautaires
- Préparer et coordonner la diffusion des SMS via les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et les réseaux sociaux
- L'UNICEF soutiendra ou réactivera son accord/partenerariat avec le réseau des communicateurs et radios privées et communautaires. Aussi, l'UNICEF va contribuer à la coordination des activités de communication, au développement et mise en place des outils/matériels d'info-sensibilisation

En pratique, les stratégies de communication sur la campagne de masse de la vaccination préventive contre la fièvre jaune seront axées sur quatre composantes principales ci-après :

a. La communication sur les risques :

Elle exige donc de développer une communication axée sur les risques selon les canaux appropriés, en clair, un « échange en temps réel d'informations, de conseils et d'avis entre les experts, les responsables locaux ou décideurs politiques et les personnes en situation de risque ». Il s'agit de motiver les différents groupes de personnes retenues, conformément aux orientations du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS (SAGE), à se faire vacciner contre la fièvre jaune. Le rapport bénéfice-risque sera examiné. Ainsi les messages et arguments selon

lesquels les avantages de la vaccination emportent largement sur le risque encourus seront développés et promus.

b. Le plaidoyer

L'Engagement du Gouvernement et le soutien politique, l'appropriation administrative et l'engagement de toutes les parties prenantes doit être maintenu afin de mener à bien cette campagne. Le gouvernement central, les comités régionaux de coordination, les partenaires aux développements internationaux et nationaux doivent travailler ensemble et se compléter mutuellement.

Pour y parvenir des sessions de plaidoyer visant à convaincre, responsabiliser et engager les décideurs sont requises notamment les détenteurs du pouvoir politique, économique et social. Les ministères, les grandes institutions de la République, les gouverneurs, les secrétaires et administrateurs régionaux, les maires et les autres élus locaux, les chefs traditionnels et coutumiers (chefs Tabanca) constituent, sur le plan administratif, les principales cibles du plaidoyer à mener.

Le Ministère de la Santé Publique, comme à l'accoutumée, va solliciter le concours des Ministères des actions sociales, familles et promotion des femmes, de l'éducation, Enseignement supérieur & investigation scientifique, de la jeunesse & sports, de l'intérieur et de la Sécurité, de la Défense Nationale pour leur engagement collaboratif sur les activités sur le terrain. Pour une bonne information de la population et une couverture médiatique réussie, l'apport du Ministère de la Communication et des médias publics et privés sera sollicité. Les opérateurs de téléphonie mobile notamment Orange et MTN seront sollicités afin d'envoyer, en guise de contribution à la campagne, des messages en lien avec la vaccination contre la fièvre jaune à la population.

c. Le partenariat / mobilisation sociale :

Stratégie de prédilection du PEV, la mobilisation sociale est un processus utilisant la communication pour rallier à l'action un grand nombre de personnes/institutions, notamment la société civile afin de réaliser un but social commun à travers les efforts et les contributions de tous. Les comités de Mobilisation Sociale des districts doivent être pleinement réactivés et associés à la mise en œuvre de la campagne, sous le leadership du responsable administratif de la circonscription.

Son objectif est d'amener les leaders communautaires, les chefs religieux, les organisations de la Société Civile intervenant dans le domaine de la promotion de la santé, les organisations à Base Communautaire, les organisations syndicales et professionnelles, les associations de femmes, des personnes âgées, des malades, des jeunes, de développement... , à se mobiliser pour communiquer avec les bénéficiaires qui sont directement concernés par cette campagne, sur la nécessité de se faire vacciner. Il s'agira d'informer le grand public, d'échanger des informations avec le public sur la campagne préventive et de créer un environnement favorable aux échanges. Un répertoire des organisations très actives sera établi afin de les impliquer de manière formelle. Toutefois, la latitude est donnée à toute organisation désireuse d'apporter sa contribution au succès de la campagne d'intervenir.

d. La communication par les mass média

La communication sur les risques accorde une place de choix aux médias, compte tenu de leur capacité à atteindre au même moment, en un laps de temps, des personnes disséminées sur le territoire comme. Avant, pendant et après la campagne de vaccination, les médias seront appelés à contribuer à l'information, à l'éducation, à la sensibilisation et à la persuasion du public. Les organes de presse audiovisuels notamment les radios à base communautaire seront particulièrement utilisées pour soutenir la campagne de vaccination contre la fièvre jaune. Les journalistes feront des reportages, animeront des émissions interactives, des tables rondes, couvriront des déclarations, conférences de presse, des points de presse, réaliseront et diffuseront des interviews, des magazines, des documentaires, des messages éducatifs/spots et des microprogrammes pour éclairer la lanterne du public sur le vaccin à administrer et faire le point sur le déroulement de la campagne.

e. La communication interpersonnelle/communication pour le changement de comportement

Cette approche consiste à des visites à domiciles par les relais communautaires/ASC qui sont issus de la communauté et déjà actifs sur le terrain. Par ailleurs, les volontaires de la Croix Rouge de la Guinée Bissau et d'autres OSC œuvrant pour le bien-être de la population seront impliqués. Dans la convivialité, leur rôle consiste à informer, sensibiliser et mobiliser les cibles primaires afin qu'ils se fassent vacciner, à établir un lien entre la communauté et les services de santé. Ces activités vont contribuer à résoudre les problèmes liés à l'hésitation vaccinale. Prenant en compte les réseaux de solidarité existants et leur importance, la dimension liée au genre guidera au mieux les interventions communautaires. En effet, chaque genre a ses propres réseaux et il faut en tenir compte pour établir une communication ciblée efficace avec des messages et outils spécifiques.

Pour soutenir la communication médiatique et le travail des relais communautaires et des mobilisateurs sociaux, divers supports de communication seront produits à l'exemple des dépliants, des affiches, des banderoles, des panneaux publicitaires... La production de supports variés permet de diffuser les informations efficacement et autrement. Elle permet également de toucher un large public notamment en audio-visuel.

4.3.3. La mise en place des vaccins/intrants dans régions et sites de vaccination

Le sous-comité logistique sera en charge et de la gestion des vaccins et des déchets. Il est chargé entre autres :

- L'élaboration du plan de distribution tenant compte des besoins en vaccin et autres intrants
- La formation des superviseurs
- La mise à jour des inventaires de vaccins et des autres intrants
- La mise à jour de l'inventaire des équipements de la chaîne du froid à tous les niveaux ;
- La maintenance préventive et curative de tous les équipements de la chaîne de froid ;
- L'approvisionnement en vaccins et intrants nécessaires à temps de qualité et en quantité suffisante aux districts de santé ;
- La préparation des sites de destruction des déchets issus de la campagne (BAFATA, BUBA et SAB)
- La mise en place des outils de la campagne
- La planification des locations de voitures pour les superviseurs NC et régionaux, de motos et de carburant pour les équipes de vaccination et les superviseurs de proximité ainsi que la location de bateaux pour les équipes de vaccination de la région de Bijagós

Le sous-comité logistique prendra des dispositions pour faire le point sur la disponibilité des chaînes du froid (fonctionnalité et leurs capacités de stockage et de gestion), la logistique et l'assurance qualité des vaccins. Par conséquent prendra des mesures correctives ou de renforcement de la logistique et de la chaîne du froid à différents niveaux.

4.3.3.1. Capacités de stockage

Au niveau central, il y a 3 chambres froides de 40 m³ et 30 m³ totalisant 19 360 L : voir cf Figure x : capacités de stockage au niveau central. Deux autres chambres froides sont en cours de livraison. A date, cette capacité est suffisante pour le stockage et la gestion des vaccins de routine et ceux destinés à la campagne préventive de la fièvre jaune en 2025 soit environ 2 258 472 doses de VAA.

Au niveau régional, les régions disposent 38 chaînes du froid (positif & négatif). Avec un total de 4 063 Litres de capacités (positif & négatif) dans les régions, ces chaînes du froid sont en mesure (comme le niveau central) d'assurer le stockage, la conservation et la distribution des vaccins de routine et de campagne de masse de vaccination pour le niveau opérationnel. Aucun gap important n'est à combler dans 11 régions sanitaires. De plus, avec l'appui financier de la Banque mondiale et le soutien logistique de l'UNICEF, 126 réfrigérateurs sont attendus pour renforcer cette capacité résiduelle des Directions régionales de la santé : Voir figure x pour capacités de stockage au niveau régional)

Au niveau opérationnel, (aires sanitaires) disposent de 131 réfrigérateurs solaires tous fonctionnelles totalisant un volume global de 5 932 Litres comme capacité nette de stockage pour les 117 aires sanitaires. Comme les niveaux central et régional, cette capacité est suffisante pour le stockage, la conservation et la distribution des vaccins de routine et de campagne aux équipes de vaccination : Voir figure x pour capacités de stockage au niveau opérationnel

4.3.3.2. Assurance qualité des vaccins et intrants :

S'agissant de la qualité des vaccins le comité prendra les dispositions pour l'assurance qualité : Le vaccin anti amaril (virus vivant atténué) sera utilisé durant cette campagne préventive. Une seule dose de vaccin est efficace chez plus de 95 % des vaccinés avec des anticorps protecteurs apparaissant 7-10 jours après la vaccination. La République de Guinée Bissau a introduit en août 2008 ce vaccin anti amaril (VAA) dans son calendrier de vaccination de routine. Sa conservation requiert une plage de température de +2 à +8° C. Il sera coadministré avec d'autres vaccins de routine selon l'âge de l'enfant et le rendez-vous manqué. Par assurer et maintenir la qualité des vaccins et matériels de vaccination jusqu'au niveau de End-user, les efforts de suivi et de vérification accorderont une attention particulière aux aspects ci-après :

4.3.3.3. Qualité de la conservation des vaccins :

La qualité et l'efficacité du vaccin doivent être maintenues tout au long de son expédition par les fabricants jusqu'à son arrivée, son transport, son stockage et son utilisation. Les outils de surveillance électronique de la température pour les exigences de qualité les plus élevées ci-après Persyl /freeze TAG et des PCV, thermomètre permettront de guider les décisions de gestion, de distribution et de l'utilisation ou non des vaccins

4.3.3.4. Rythme d'inventaire :

Selon la logique des soins de santé primaires, un inventaire des vaccins et matériel de vaccination est conduit à un rythme bimestriel dans les aires sanitaires et mensuel dans les Directions régionales de santé et au niveau central. Les résultats de cet exercice permettront de réguler les approvisionnements, la qualité des vaccins ainsi que et la résiliation des avariés et périmés.

4.3.3.5. Estimation des besoins en vaccins et consommables

L'estimation des besoins en vaccins et consommables sera basée sur les populations cibles de la campagne préventive (9 mois – 60 ans) et du rattrapage (les tranches d'âge de 0-11 mois et 12 -23 mois). Elle tiendra compte également des facteurs de perte : Taux de pertes en vaccin prévu est utilisé pour calculer le facteur de perte (facteur de perte = 100 / (100 - taux de perte). En pratique courante on utilise 1.11 comme facteur de perte des vaccins. L'inventaire visant à identifier les stocks disponibles et utilisables (SDU) aide aussi à cette estimation des besoins.

La prévision des vaccins et fournitures connexes pour la campagne est basée sur la population cible de **9 mois à 60 ans, soit 93%** de la population totale, y compris le taux de perte autorisé de 15 % pour les vaccins et le matériel d'injection soit un facteur de perte de **1,11**. En février 2025, période à laquelle la campagne préventive sera conduite, la cible totale estimée à atteindre sera de **2,034,660** personnes à vacciner et nécessitera environ 2,258 474 doses de VAA et SAB ; 2,258 47 SD ; 24 843 boîtes de sécurité ; 2 041 rouleaux de coton 500 g et sacs plastiques^{Ref Tx}. L'objectif sera de vacciner au moins 95% de cette population. D'autres fournitures qui sont quantifiées pour la campagne comprennent des matériaux de sécurité d'injection comme du coton et des sacs en polyéthylène jetables. Le même processus d'approvisionnement, de réception et de stockage des fournitures de routine sera suivi. Les vaccins et les fournitures seront achetés selon l'approche par phases de la campagne et selon les critères d'allocation par le PMG de la stratégie EYE.

La présentation préférée du vaccin contre la fièvre jaune est le flacon de dix doses, lyophilisé, fourni avec un diluant du même fabricant, des seringues de 0,5 ml pour le mélange et des seringues autobloquantes de 0,5 ml pour l'administration du vaccin ainsi que des boîtes de sécurité pour l'élimination des seringues et aiguilles usagées. Le processus d'approvisionnement sera effectué par l'UNICEF en collaboration avec le dépôt central coordonné par le spécialiste de l'approvisionnement du PEV.

Pour la distribution des vaccins et matériels de vaccination, la DSIVE dispose d'un camion de transport et trois Pick up Toyota et chaque DRS disposerait d'au moins deux véhicules 4X4 de

supervision. Les aires sanitaires possèdent des Motos. D'autres Motos mobilisées par la Banque mondiale dans le cadre du renforcement du système de santé sont en cours de distribution. Tous ces moyens roulants contribueront à la mise à disposition des vaccins et intrants.

A souligner que l'achat, l'expédition et l'approvisionnement en vaccin anti-amaril et en fournitures connexes pour la campagne obéiront au MOU (mémoire d'entente) entre le pays et les PTF. Comme par le passé, le soutien de l'UNICEF sera toujours requis pour la mobilisation à partir de Copenhague et l'expédition des vaccins VAA y compris ceux de la routine des fabricants préqualifiés par l'OMS, selon les procédures habituelles convenues entre le ministère de la Santé, l'UNICEF et Gavi.

4.3.3.6. Distribution de vaccins et fournitures connexes

Le dépôt central du SIVE a la responsabilité globale de recevoir et de stocker les vaccins et intrants. A l'aide de l'unique camion et la voiture double cabine, le sous-comité logistique assurera l'approvisionnement des régions sanitaires suivant le plan établi pour la vaccination de routine et des campagnes de vaccination planifiées. Le transport par le camion du SIVE et la distribution des vaccins et les fournitures connexes seront obéiront au plan de distribution établi et validé à cet effet. Le plan de distribution prévoit cinq axes de distribution ci-après :



Figure 24 : L'unique camion de distribution des vaccins/intrants du SIVE

- Transport du dépôt central vers Biombo et Cacheu
- Transport du dépôt central vers Oio et Farim
- Transport du dépôt central vers Bafata et Gabu
- Transport du dépôt central vers Quinara, Tombali et Bolama
- Transport du dépôt central vers Bijagos

Les vaccins et intrants seront livrés au moins une semaine avant la mise en œuvre de la campagne. Les Directions régionales de la santé (DRS) assurent l'approvisionnement des aires sanitaires pour les vaccins de routine et de la campagne. Le cas échéant, les centres de santé viendront s'y approvisionner lors du briefing des acteurs terrain. Les Aires de responsabilités qui ne disposent pas de moyens de déplacement seront approvisionnées directement par le district sanitaire en fonction des moyens disponibles (véhicules, motos, hors-bords etc.).

Durant la campagne, les vaccins et les fournitures seront distribués à l'aide de caisses isothermes et de portes-vaccins aux équipes de vaccination et aux postes de vaccination. Chaque matin, les équipes de vaccination viendront s'approvisionner au Centre de santé. Elles pourront être ravitaillées en cas de besoin dans la journée par les superviseurs des équipes de vaccination qui utiliseront les motos, pirogues ou hors-bords. Les frais de transport ont été prévus dans le budget à cet effet. Sites implantés dans les villages éloignés seront ravitaillés grâce au stock constitué dans les caisses isothermes sous la supervision des superviseurs de proximité et de région.

4.3.3.7. Suivi du taux de satisfaction des besoins

Le Taux de satisfaction des besoins est un indicateur important pour s'assurer de la provision et couverture des différentes populations cibles. Les niveaux central et régional travailleront de concert pour la commande et la distribution des vaccins et matériels aux aires sanitaires en vue de parvenir à une couverture optimale des besoins en vaccins de de campagne et de rattrapage.

4.3.3.8. Suivi de la sécurité de la vaccination :

Garantir l'innocuité et la qualité des vaccins est aspect important pour la réussite et le succès du programme de vaccination et notamment pour les campagnes de masse de vaccination. Les responsables du PEV s'assureront que les agents de santé impliqués dans les vaccinations suivent tous les principes de sécurité vaccinale et s'assurer que chaque vaccination est effectuée en toute sécurité. Ils doivent également former le personnel pour qu'il sache comment gérer les déchets et comment surveiller suffisamment la prestation des services afin d'être attentif et de réagir à tout

événement indésirable grave s'il survient. Pour rappel, la sécurité de la vaccination est un vaste domaine, allant des bonnes pratiques d'injection, à l'approvisionnement en consommables, à la gestion des déchets, à la surveillance des MAPI, au plaidoyer et à la communication.

4.3.3.9. Gestion des stocks de vaccins et matériel d'injection

Vu la présence des responsables de la chaîne logistique à différents niveaux, l'accent sera mis sur la gestion minutieuse des stocks permettant d'éviter d'une part les ruptures de stock conduisant à l'arrêt des activités de vaccination, d'autre part de limiter les surstocks qui exposent à des risques de perte de vaccins et de matériels. Le stock de vaccins et consommables disponible dans la formation sanitaire doit être régulièrement vérifié et les résultats de l'inventaire (mensuel) inscrits dans le registre de stock. Une attention particulière sera accordée à des mesures de contrôle des pertes de vaccins qui causent d'importants préjudices au programme de vaccination notamment l'atteinte compromises des objectifs de la campagne.

4.3.3.10. Suivi des taux de pertes de vaccins et matériels d'injection

Le suivi des taux de pertes de vaccins et matériels d'injection est une dimension extrêmement importante de la campagne. Des taux élevés de pertes en vaccins représentent une perte financière importante pour le pays et pour les PTF. L'accent sera mis sur les mesures de mitigation des pertes (les dates de péremptions dépassées, les bris ou vols de flacons, le virement de la pastille de contrôle, la destruction du vaccin par le gel) telles que le suivi de l'utilisation des vaccins visant à assurer la qualité des services, la formation et la supervision du personnel impliqué dans la gestion des stocks de vaccins et matériel d'injection. Parfois, on peut utiliser certains chiffres indicatifs pour estimer les besoins en vaccins, par exemple dans le tableau 10 ci-dessous :

Tableau 14: Taux de perte indicatifs de l'OMS utilisés à des fins de planification

| Présentations des vaccins | Taux de pertes | |
|--|----------------|-----------|
| | Systématique | Campagnes |
| Dose unique | 5 % | 5 % |
| 2 ou 5 doses, peu importe l'application ou non de la PFMD | 10 % | 10 % |
| 10 ou 20 doses : si les flacons ouverts peuvent être réutilisés lors des séances ultérieures | 20 % | 15 % |
| 10 ou 20 doses : si les flacons ouverts doivent être jetés à la fin de la séance | 40 % | 15% |
| 20 doses ou plus : si les flacons ouverts doivent être jetés à la fin de la séance | 50 % | 20 % |

4.3.4. Prestation de la vaccination préventive contre la fièvre jaune

L'atteindre d'une couverture optimale d'au moins 95% à tous les niveaux est fortement corrélée à des stratégies opérationnelles pour la demande et l'offre des vaccins. Pour la mise en œuvre de la campagne et selon les micros plans développés par les régions sanitaires, les stratégies suivantes seront développées :

4.3.4.1. Stratégie fixe :

C'est une stratégie dans laquelle l'équipe de vaccination est basée dans une formation sanitaire ou dans un village/quartier situé dans un rayon de 5 km de la formation sanitaire. Il s'agit des postes de vaccination permanents et fixes situés dans les établissements de santé. La vaccination sera assurée dans les formations sanitaires pendant toute la durée de la campagne qui durera jusqu'à **5 jours**. Chaque équipe fixe doit couvrir au moins **250** individus cibles par jour. Ces sites serviront également de dépôts pour le stockage et la distribution des vaccins aux sites fixes temporaires et aux équipes mobiles.

4.3.4.2. Stratégie fixe et temporaires :

Il s'agit des postes de vaccination situés dans les écoles, les églises, les mosquées, les gares routières, les débarcadères, campements de pêches, les barrières, les édifices de l'administration publique, les stadium sportifs et les marchés y compris les marchés forains. La vaccination sera assurée sur ces sites pendant toute la durée de la campagne ou partiellement en fonction de la densité de population. Chaque équipe fixe doit couvrir au moins **250** personnes cibles par jour pendant **5 jours**. Un pont d'approvisionnement en vaccins /intrants sera établi entre ces équipes et le centre de santé pour assurer leur approvisionnement selon l'engouement de la population

cible. Les Postes de vaccination temporaires seront répertoriés à l’avance et peuvent être établis dans des établissements scolaires, des églises, des mosquées, les bureaux d’administrateurs locaux, des gares routières, ou au niveau de barrages routiers, des Aires de marché, des points de passage frontaliers et des places publics des villages approuvés.

4.3.4.3. Stratégie avancée :

C’est une stratégie dans laquelle l’équipe de vaccination est située dans un rayon de plus de 5 km du centre de santé. Des équipes seront positionnées dans un rayon de 5 à 10 Kms d’un centre fixe de vaccination. Elles se déplaceront à moto et devront revenir au centre de santé en fin de journée. Chaque équipe avancée doit couvrir au moins **200** personnes cibles par jour pendant **5 jours**. Possiblement, les sites de vaccination situés à équidistance des secteurs/ménages seront identifiés de concert avec les représentants/responsables de la communauté en vue d’atteindre une participation optimale des bénéficiaires.

4.3.4.4. Stratégie mobile :

Celle-ci met l’accent sur la mobilité continue de toute l’équipe de vaccinateurs/enregistreurs et mobilisateurs de proximité. C’est une stratégie dans laquelle l’équipe qui vaccine de village en village surtout dans les Aires insuffisamment couvertes et distantes dans les rayons du centre de santé. Les équipes mobiles de vaccination doivent couvrir des Aires clés telles que les marchés, les centres d’affaire et les gares de transport, les bidonvilles, les Aires d’habitation avec des populations mobiles/migrantes, les Aires isolées/îles/Îlots, les niveaux supérieurs des immeubles et appartements et les Aires mal desservies par les routes. Les ASC contribueront de façon significative à l’opérationnalité la stratégie mobile. Cette équipe mobile/spéciale doit couvrir au moins **100** personnes cibles par jour pendant **5 jours**.


4.3.4.5. Autres stratégies spéciales pour les Aires difficiles d'accès et populations particulières

Dans les Aires maritime et marécageuses, des équipes à l’aide des Canoés et des barques motorisées hors-bord se déplaceront et s’installeront dans les Îles, Îlots, Aires de pêcheurs en vue d’atteindre toutes les personnes éligibles des communautés fluviales et insulaires.

Une attention particulière sera accordée aux micro-planifications et sessions de formation sur l’implication et la mobilisation communautaires à la base, la cartographie des Aires difficiles d’accès (Aires insulaires). À cet égard, la logistique, le transport adapté seront mis à la disposition des équipes de vaccination pour renforcer leur présence et leurs activités au sein de ces communautés pendant toute la période ou plus longtemps si nécessaire. Les micro-plans à réaliser au niveau des districts doivent décrire la nature de toutes les populations difficiles à atteindre et Aires difficiles d’accès, ainsi que les stratégies pour y répondre de manière adéquate.

Tableau 15 : Les stratégies pour les populations identifiées difficiles à atteindre et spéciales sont présentées ci-dessous ;

| N° | Type de Population | Stratégies |
|----|---|--|
| 1 | Communauté insulaire De Bolama/Bijagos | Équipes de vaccination mobile se déplacent d’une communauté à l’autre pour atteindre les populations qui vivent dans 88 Îles. Ces équipes mobiles installent un poste de vaccination sur un site fixe durant un certain nombre de jours (en fonction de la taille de la population), puis déplacent le poste sur un nouveau site. Ces équipes à l’aide des Canoés, pirogues et des barques motorisées hors-bord se déplaceront et s’installeront dans les Îles, Îlots, Aires de pêcheurs en vue d’atteindre toutes les personnes éligibles des communautés fluviales et insulaires. La location de ces moyens de déplacement est requise et prise en compte dans le budget du macro-plan. |
| 2 | Communautés rurales difficilement accessibles | Les équipes de vaccination mobile se déplacent selon la localisation. Un poste de vaccination fixe temporaire sera installé sur le site durant quelques heures à un ou deux jours (en fonction de la taille de la population), puis sera déplacé sur un nouveau site. L’objectif est de couvrir les communautés qui vivent dans les Îles et Îlots dans les régions de Bolama et de Bijagós. A cela s’ajoutent les Aires rurales difficilement accessible de Ilha de Galinha (Bolama); |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p>Ponta Guerra, Coopérative Militar 12 de Setembro (Bafatá); Djobêl, Djita, Jeta, Pecixe, Cabo-rocho (Cacheu); Thombê, Kolkunda, Blasssar, Nhafó, Quissé, Daressalam M'Bana, Olom, Nhimbi, Soare kunda, Benuf, Falan, Brufá, Sanó, Sili, Cuntuba, Farol, Iador, Bingará Ndendé, Bissun Naga, Naga de Bas, Quissaké, Ponta Nobo, Sansanbato, Caniko, Gã Sonco, Bissadjar, Nhani Mandinga e Nhani Balanta, Leto Mandinga e Leto Balanta, Suntuquia (Oio); Bessassema de Bas, Campamento de pobreza, Ilha de Mancebo, (Quinará) Setor Boé (Gabú); Djiu de Mel, Flak Disné Cambeque, Canamine, Santa Clara, Ilha Canifak, Camissoron, Cadarfur, Campas de Braia, Cassumba, Cassibes, Cassanten, Mampata, Baciro Có, Poel Cana, Engaduel, Afia Bunho, Unal ; Ilha de Djiu de Kopé, Tambakumba, Daté, Botchi Bissa 1, Cabolol Binin (Tombali).</p> |
| 3 | <p>Campements de pêcheurs de Cacheu (Ponton, Plinda, Pumon,</p> | <p>Les équipes de vaccination fixes temporaires seront installées dans ces campements avec l'appui des ASC et syndicats des pêcheurs. Idéalement les mobilisateurs seront recrutés de cette communauté suivi de leur formation.</p> |
| 4 | <p>Les populations hésitantes et difficiles à convaincre pour la vaccination (sectes religieuses). Ces populations se rencontrent partout</p> | <p>Deux approches opérationnelles sont utilisées pour vacciner ces populations à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ La sensibilisation, formation et l'implication des chefs religieux de la secte (Musulmane & Apostolique) en qualité de sensibilisateur et de mobilisateur de sa communauté (NOVA APOSTOLIQUE-EVANGELIQUE) ⇒ La coercition des réfractaires par l'implication par les Leaders communautaires traditionnels et religieux en collaboration avec les mobilisateurs de proximité recrutés dans ces communautés pour leur faire comprendre l'importance de se faire vacciner eux-mêmes et leurs enfants. |
| 5. | <p>Bidonvilles des Aires urbaines (TCHADA, Base Militaire, Bissaque, Antula, Biombo...)</p> | <p>La Stratégie mobile est privilégiée dans ces bidonvilles : toute l'équipe de vaccinateurs/enregistreurs et mobilisateurs de proximité recrutés localement et selon la densité de la population est temporairement déployée pour offrir la vaccination. La prise en compte de cartographie de ces bidonvilles dans les micro-plans des régions sanitaires est requise pour l'effectivité du plan de sortie des équipes de vaccinateurs.</p> <p>Peu avant, les Motos TOUC-TOUC sonorisées seront déployées pour sensibiliser la communauté sur les avantages et les dates des vaccinations ainsi que sur le risque d'émergence des maladies à potentiel épidémique dans ces bidonvilles.</p>  |
| 6 | <p>Stratégie particulière pour les écoles universitaires, professionnelles, pré-scolaires et scolaires (public et privé)</p> | <p>La stratégie de déploiement des équipes fixes temporaires pour couvrir la cible est privilégiée. Conséquemment, les responsables des écoles assurent la mobilisation des étudiants et élèves pour la vaccination ainsi que l'organisation du site de vaccination. Lors des ateliers de micro-planification, une liste exhaustive de l'ensemble des établissements pertinents sera établie.</p> <p>Au préalable, le cadre de collaboration entre les Ministères de la santé et de l'éducation est réactivé par une lettre officielle demandant l'autorisation des séances de vaccination dans les concessions universitaires et scolaires. Les responsables des écoles sont saisis par la lettre officielle de leur tutelle afin d'obtenir leur entière collaboration, information et participation aux activités de vaccination.</p> <p>De manière collaborative, la micro-planification de l'aire sanitaire sera faite avec les responsables des établissements scolaires, professionnels et universitaires (Univ. Amilcar Cabral, Univ. Catholique, Lusophone, Jean PIEGEP, NOVA-Guinée, ENA, INASA-école santé, Faculté de</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>médecine SIMAO Mendes, BA-BIAGUE, Ecoles professionnelles des infirmiers/sages femmes...) pour faciliter la mise en œuvre de la vaccination.</p> <p>Bref, la liste des écoles maternelles et des crèches/garderies présentes dans la communauté sera établie de façon exhaustive, et comprendra l'effectif approximatif de la population cible. Ainsi le corps enseignant contribuera à l'info-sensibilisation des parents et des élèves pour renforcer l'adhésion de ces derniers et par la même occasion faire participer les élèves à la mobilisation sociale.</p> |
| 7 | Communauté d'enfants zéro dose et sous immunisés | <p>Cartographie des EZD/SI</p> <p>Sélection des fiches en souffrance dans les centres et postes de santé suivie de l'établissement de la liste linéaire</p> <p>Identification et orientation dans les sites de vaccination des enfants (non fichés) par l'ASC (en charge de 50 ménages) durant la campagne FJ</p> <p>Prise en compte des quantités de vaccins correspondantes par les équipes de vaccinateurs durant les jours de la campagne</p> <p>Administration à l'enfant de l'antigène (manqué) et mention dans le carnet de santé de l'enfant.</p> |

4.3.4.6. Intégration des prestations et renforcer la vaccination systématique à travers la campagne

La campagne de vaccination préventive de masse sera planifiée de manière la vaccination de routine qu'elle soit un booster de la vaccination et intégrateur d'autres services de santé notamment. Ainsi, au cours des préparatifs et la mise en œuvre de la campagne, une attention particulière sera accordée au renforcement du PEV systématique notamment dans ses composantes opérationnelles. Il s'agira entre autres :

Le renforcement du mécanisme de coordination et de la micro-planification : il s'assagira entre autres de:

- Renforcer la coordination entre les services curatifs et préventifs, les plateformes ciblant les femmes enceintes et enfants dans le même établissement sanitaire et tenir les micro-planification tenant compte des stratégies avancées de routine
- Logistique, vaccins et gestion des déchets : la maintenance préventive et curative des réfrigérateurs solaires, l'approvisionnement des sites de vaccination en vaccins de routine et de campagne, la collecte, le transport et l'élimination des déchets produits (routine & campagne) et l'installation et la mise en services 126 réfrigérateurs solaires supplémentaires dans les régions et aires sanitaires d'ici fin
- Le renforcement de l'offre de vaccins : les prestations de service avec focus sur le rattrapage et la recherche des enfants ZD/SI : Cette campagne de masse permettra également de récupérer les enfants non ou insuffisamment vaccinés en PEV de routine, d'assurer l'analyse des données de la vaccination de routine dans tous les régions sanitaires (identifier et localiser les populations non atteintes en routine) et d'assurer l'approvisionnement des districts et aire de santé en vaccins et autres intrants.
- Renforcement de la surveillance de la fièvre jaune, des MAPIs et autres maladies à potentiel épidémique : En plus de la surveillance passive, les acteurs seront formés aussi sur la recherche active des cas suspects de maladies à potentiel épidémique et évènements communautaires. Les équipes seront dotées de guide de définitions communautaires de ces maladies. Ainsi, pendant la campagne de vaccination, elles identifieront et signaleront systématiquement tout cas de fièvre, d'ictère et autres cas suspects aux superviseurs. La fiche de pointage de la vaccination tiendra compte de la rubrique "surveillance et recherche active des MEV). Tous les cas suspects enregistrés feront l'objet d'une investigation et bénéficieront d'un prélèvement sanguin qui sera acheminé au laboratoire national de santé publique (LNSP) dans les délai requis.

Ainsi, la recherche des cas suspects de fièvre jaune durant la campagne sera élargie aux autres maladies évitables par la vaccination (PFA, Rougeole, Méningite, Tétanos néonatal), aux MAPIs de la vaccination de routine et aux évènements communautaires.

Les outils de pointage sera révisée en tenant compte de la notification des cas suspects de ces maladies à prévention vaccinale. A la suite du signalement des cas suspects les superviseurs procéderont à la validation des cas, suivie de la prise en charge et éventuellement du prélèvement des échantillons pour le laboratoire.

- Communication en faveur de la demande de vaccins : durant la campagne, à travers les différents communicateurs et canaux utilisés, les activités de communication tiendront compte des messages intégrés de promotion de la vaccination de routine (gratuité, avantages & calendrier de vaccination), l'utilisation des services de santé, du signalement des cas suspects de maladies à potentiel épidémique, des pratiques familiales (utilisation des MIILDA, lavage des mains, scolarisation des enfants, la prévention du VIH, la prévention des violences sexistes et le travail des enfants...)

En outre, le plaidoyer sera fait en vue de solliciter l'engagement politique au haut niveau (décideurs, parlementaire) dans la mise en œuvre de la campagne et pour la collaboration multisectorielle avec d'autres ministères (Education/enseignement, Affaires sociales, défense...) dans la mise en œuvre de la campagne pour la vaccination des cibles scolaires

4.3.4.7. Régime journalier des équipes de vaccination

En règle générale, les équipes travailleront de 7h30 à 16h30. Cependant le personnel d'encadrement est habilité à travailler avant, pendant et après ces horaires règlementaires en vue d'assurer et d'améliorer la qualité des activités de la campagne. Des ajustements seront nécessaires en fonction des particularités de chaque localité (affluence, mouvements pendulaires de la communauté et des occupations professionnelle dans la localité). Les équipes pourront les travaux de la journée plus tôt que prévu ou finir beaucoup plus tard.

Tableau 16 : répartition des équipes et charge du travail journalier

| Stratégies | % affecté de pop | POPULATIONS | EQUIPES |
|-------------------------|------------------|------------------|--------------|
| Stratégie fixe | 50% | 1 017 330 | 814 |
| Stratégie avancée | 40% | 813 864 | 814 |
| Stratégie mobile/spéci. | 10% | 203 466 | 407 |
| Total | 100% | 2 034 661 | 2 035 |

Tableau 17 : récapitulatif des ressources humaines

| N0 | RS | # | Total AS | Pop. Totale 2025 | Population Cible 9 mois a 60 ans | Equipe | | | Total équipes | Total superviseur de proximité | Total superviseur régionaux | Nombre de Relais Communautaires | | | |
|----|--------------|---|------------|------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|---------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------|-----------|--------------|
| | | | | | | Cible strategie fixe | Cible strategie avancee | Cible strategie mobile | | | | | | | |
| 1 | BAFATA | # | 14 | 332,673 | 309,386 | 154,693 | 123,754 | 30,939 | 124 | 124 | 62 | 309 | 62 | 3 | 309 |
| 2 | BIJAGOS | | 11 | 27,758 | 25,815 | 12,907 | 10,326 | 2,581 | 10 | 10 | 5 | 26 | 5 | 2 | 26 |
| 3 | BIOMBO | | 8 | 116,476 | 108,323 | 54,161 | 43,329 | 10,832 | 43 | 43 | 22 | 108 | 22 | 2 | 108 |
| 4 | BOLAMA | | 3 | 16,230 | 15,094 | 7,547 | 6,038 | 1,509 | 6 | 6 | 3 | 15 | 3 | 1 | 15 |
| 5 | CACHEU | | 19 | 251,609 | 233,996 | 116,998 | 93,599 | 23,400 | 94 | 94 | 47 | 234 | 47 | 4 | 234 |
| 6 | FARIM | | 5 | 84,336 | 78,432 | 39,216 | 31,373 | 7,843 | 31 | 31 | 16 | 78 | 16 | 1 | 78 |
| 7 | GABU | | 19 | 316,338 | 294,194 | 147,097 | 117,678 | 29,419 | 118 | 118 | 59 | 294 | 59 | 4 | 294 |
| 8 | OIO | | 10 | 263,469 | 245,026 | 122,513 | 98,010 | 24,503 | 98 | 98 | 49 | 245 | 49 | 2 | 245 |
| 9 | QUINARA | | 6 | 90,123 | 83,814 | 41,907 | 33,526 | 8,381 | 34 | 34 | 17 | 84 | 17 | 1 | 84 |
| 10 | SAB | | 14 | 551,654 | 513,038 | 256,519 | 205,215 | 51,304 | 205 | 205 | 103 | 513 | 103 | 3 | 513 |
| 11 | TOMBALI | | 8 | 137,141 | 127,541 | 63,771 | 51,016 | 12,754 | 51 | 51 | 26 | 128 | 26 | 2 | 128 |
| | Total | # | 117 | 2,187,807 | 2,034,661 | 1,017,330 | 813,864 | 203,466 | 814 | 814 | 407 | 2,035 | 407 | 23 | 2,035 |

Comme décrit ci-dessus, les stratégies adaptées seront déployées (fixe, fixe temporaire, avancée, mobiles) selon les communautés et localités : villages, les marchés, les gares routières, débarcadères, les aéroports, les carrefours de sortie de la ville et aussi dans les églises (Dimanche) et mosquées (Vendredi). La vaccination dans les établissements d'enseignement se déroulera selon le calendrier de l'école et pendant les heures de travail. Les équipes mobiles pourront travailler à des heures inhabituelles pour atteindre des groupes de population spécifiques. Le moment de l'activité pour chaque jour et zone sera inclus dans le micro-plan pour une telle activité.

Pour la mobilité, il est prévu la location de motos et de carburant pour les équipes de vaccination et les encadrants de proximité aussi bien, la location de bateaux pour les équipes de vaccination de la région de Bijagós (fleuve ou mer). Ainsi, le choix de ces stratégies se justifie par la faible accessibilité géographique, la présence de populations réticentes, la dispersion des habitats, l'existence de nombreuses îles/ilots, la présence des cibles dans les marchés, les Aires agricoles, de maraichage, les débarcadères, les gares routières et les Aires frontalières. Au besoin, les structures privées confessionnelles, associatives et les services de santé de l'armée (identifiés lors de la micro-planification) dotées en chaîne du froid (réfrigérateurs ou caisses isotherme) seront mises à contribution. En vue de traiter les dimensions de l'équité compromise, la sensibilisation et l'implication des responsables communautaires tels que les élus locaux et des leaders d'opinion et religieux permettront de résoudre le problème et ainsi assurer l'équité au cours de cette campagne

Les stratégies d'intervention seront différenciées selon qu'on est en milieu urbain ou rural, ainsi que la charge quotidienne de travail des vaccinateurs. Les micros plans régions sanitaires fourniront des détails bien précis (y compris des schéma/plan d'évolution des équipes) sur l'emplacement et les installations des postes de vaccination fixes, et identifier les Aires à couvrir par les équipes mobiles et avancées. La distribution des vaccins et des intrants, des outils de collecte de données, de l'équipement de la chaîne du froid, des équipes de vaccination et des moyens de transport sera élaborée à cet effet.

Chaque équipe sera composée d'un total de 4 personnes (2 agents de santé qui administreront le vaccin, un (1) enregistreur pour la saisie des données et 1 mobilisateur). Le suivi et la supervision permettront de respecter cette composition et pour cause d'ajustement de réduire au maximum les déviations à moins de 5%.

Les agents de santé sont censés gérer :

- L'organisation du site de travail
- La coordination du travail au poste de vaccination
- La reconstitution et l'administration du vaccin,
- La collecte et le transport des déchets d'injection
- L'observation des vaccinés pendant 15-30 minutes et réponse aux événements indésirables suivant la vaccination
- Rassembler un résumé du nombre d'enfants vaccinés
- Superviser et guider les enregistreurs et mobilisateurs (Relais communautaires)

Les enregistreurs auront comme tâches :

- Contrôle et filtrage des personnes éligibles
- Enregistrement des mentions dans le carnet de vaccination
- Enregistrement/comptage/remplissage des fiches de pointage
- PCI : Poste de désinfection des mains et chargé de la gestion & destruction des déchets

Mobilisateur social

- En action pour sensibiliser la population selon le circuit pré- établi
- Orienter les cibles (personnes âgées de 09 mois à 60 ans) vers le site de vaccination
- Veiller à l'atteinte de la cible journalière
- Remercier les personnes non éligibles

Le rôle spécifique des mobilisateurs peut varier en fonction de la charge de travail, du type de poste et d'autres facteurs locaux. En tout état de cause, les vaccinés seront priés d'attendre au moins une demi-heure après l'administration du vaccin pour observer si un MAPI grave survient (par exemple anaphylaxie).

Tableau 18: Composition de l'équipe par catégorie de poste

| Stratégie | Nombre prévu de personnes à atteindre par jour en moyenne | Taille proposée de l'équipe de vaccination | |
|--------------|---|---|--|
| | | Vaccination | Mobilisation sociale |
| Poste fixe | 250 Personnes/jour/équipe | 2 agents de santé, 1 Enregistreur et 1 volontaire | 01 mobilisateur (relai communautaire) et/ou 1 crieur |
| Poste Avancé | 200 Personnes/jour/équipe | 2 agents de santé 1 Enregistreur et 1 volontaire | 01 mobilisateur (relai communautaire) et/ou 1 crieur |
| Poste Mobile | 100 Personnes/jour/équipe y compris les Aires difficiles d'accès et les populations spéciales | 1 agent de santé et 1 volontaires | 01 mobilisateur (relai communautaire) et/ou 1 crieur |

Il reste entendu que toutes les équipes seront soutenues dans leur travail quotidien par le personnel d'encadrement et d'orientation. Il s'agit entre autres :

- Un (1) superviseur technique pour trois à quatre (3-4) équipes ;
- Un (1) superviseur logisticien par Région ;
- Un (1) superviseur mobilisation et Communication par région ;
- Un (1) superviseur MAPI par région.

4.3.4.8. Cartes de vaccination et outils d'enregistrement

Les cartes de vaccination seront imprimées et distribuées au niveau des régions et aires sanitaires en vue de les mettre à la disposition des équipes de vaccination. Chaque personne vaccinée recevra une carte. Cette carte comportera des sections pour enregistrer les autres vaccinations que la personne va recevoir. Si une personne a déjà une carte de vaccination, elle devra l'emmener au site de vaccination. Les détails du vaccin donné seront documentés sur la carte de vaccination. Cette carte sera utilisée pour le suivi et la validation de toutes les personnes vaccinées.

L'impression de cartes spécifiques est nécessaire en raison des différences de groupe d'âge. Les cartes de la vaccination de routine sont seulement pour les nourrissons. Les cartes de vaccination contre la fièvre jaune sont utilisées comme dossiers pour obtenir un carnet de vaccination internationale. Ces cartes sont requises pour les enquêtes de vaccination post-campagne.

Des outils de collecte de données et de suivi seront développés pour suivre la préparation et la qualité du service fourni.

Il s'agit essentiellement de :

- Fiche de pointage journalière des vaccinateurs
- Fiche de pointage journalière des mobilisateurs
- Outils de collecte des données de la mobilisation
- Fiche de synthèse communication
- Fiches de synthèse région sanitaire
- Rapports de synthèse région sanitaire
- Fiche de synthèse aire sanitaire
- Grille de monitoring SBC (service à base communautaire)
- Fiche de collecte des déchets
- Fiche d'investigation MAPI
- Fiche de notification MAPI
- Fiche de sondage rapide (KoboCollect)
- Fiche de synthèse du sondage rapide (KoboCollect)
- Fiche de supervision des équipes de vaccination (KoboCollect)
- Fiche de synthèse vaccination FJ région et AS
- Fiches de collecte des données de la mobilisation
- Fiches de gestion des stocks
- Fiche de gestions des déchets
- Fiche de circuit de progression des équipes

- Cartes de vaccination

4.3.5. Gestion des déchets

La gestion des déchets fait partie intégrante de la sécurité vaccinale des bénéficiaires et des fournisseurs de vaccins. Il résulte toujours des campagnes de masse de vaccination de grandes quantités de déchets particulièrement celles utilisant des antigènes injectables et portant sur les cibles élargies et (9 mois- 60 ans). La gestion des déchets de la campagne de vaccination obéira à la politique de gestion des déchets établie par le Ministère de la santé.

Les équipes de vaccination recevront en plus des boîtes de sécurité, des sacs poubelles pour collecter les déchets autres que les seringues/ aiguilles. Afin d'éviter tout risque de contamination du personnel de santé et de la communauté par les seringues et aiguilles usagées, des directives écrites précises seront données, dans un guide de la campagne, portant notamment sur la manipulation du vaccin, la technique 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 un personnel qualifié (médical, paramédical) sera utilisé pour administrer les vaccins. Les seringues autobloquantes (SAB) seront les seuls types de matériel d'injection utilisés.

Les agents vaccinateurs seront formés sur les précautions d'usage à respecter (une SAB par personne, une seringue de dilution pour un flacon d'antigène, pas de pré-remplissage ni le récapuchonnage des seringues...). L'ensemble seringue-aiguille utilisé sera recueilli immédiatement dans les boîtes de sécurité (BS). Les directives sur le remplissage (aux $\frac{3}{4}$, 100 SAB par boîte) et la sécurisation (BS fermée, identifiée, gardée dans un local sécurisé...) seront suivies scrupuleusement. Le FP veillera au stockage et comptabiliser les boîtes de sécurité remplies provenant des sites de vaccination des aires sanitaires.

Un plan de gestion des déchets élaboré par le sous-comité logistique sera partagé à chaque région pour la mise en œuvre selon leur spécificité. Ce plan porte sur la collecte, le transport, le stockage et la destruction des déchets issus de la campagne. Chaque région est responsable du ramassage des boîtes de sécurité dans ses centres de santé. Les déchets non tranchants tels que les emballages et les capuchons seront détruits au niveau des centres de santé sur place. L'acheminement de ces boîtes pleines vers les 3 sites retenus pour l'incinération se fera par les véhicules des Directions régionales de la santé et des superviseurs déployés sur le terrain. La fiche de gestion sera remplie et transmise à la hiérarchie à cet effet.

La formation des acteurs intégrera le volet sécurité vaccinale et gestion des déchets. Des instructions et des directives seront préparées claires à l'intention du personnel de santé sur l'élimination des objets pointus et tranchants et la gestion des déchets. A rappeler que des incinérateurs fonctionnant correctement assurent la destruction la plus complète des seringues et des aiguilles et produisent moins de pollution de l'air que la combustion à basse température. Le budget tient compte déjà des coûts opérationnels liés au transport et à l'incinération des déchets dans les trois sites concernés.

4.3.6. Pharmacovigilance et surveillance des MAPI :

Le sous-comité sur la pharmacovigilance et sécurité vaccinale a pour tâche de surveiller la qualité des pratiques sécuritaires de vaccination, de la surveillance et de la prise en charge des MAPI. Le sous-comité tâchera d'inclure dans la formation de tous les acteurs le module sur la sécurité vaccinale, la surveillance des MAPI. Cette formation intégrée durera une journée entière à chaque niveau. Elle se déroulera idéalement une semaine avant campagne sous la houlette des superviseurs. Tous les agents formés seront dotés d'outils de gestion des MAPI.

Le sous-comité assurera également la disponibilité des médicaments d'urgence, assurera le suivi et soutiendra la gestion des cas graves de MAPI, établira et maintiendra une base de données pour

tous les cas de MAPI et collaborera également avec les sous-comités logistiques pour déterminer les quantités adéquates de médicaments d'urgence et les rapports ainsi que les formulaires de diffusion.

4.3.6.1. Avant la campagne de vaccination préventive :

Le Sous-comité MAPI devra entre autres :

- Relancer le réseau des points focaux dédiés à la Pharmacovigilance et surveillance des MAPI dans les 11 régions sanitaires du pays ;
- Former les chefs des centres de santé au niveau des aires de santé ;

Les chefs de centres de santé à leur tour assurent la formation des agents vaccinateurs, enregistreurs et mobilisateurs dans les centres de santé sur les effets secondaires fréquents de la vaccination (MAPI) et la gestion des MAPI :

- Fournir suffisamment d'équipement, de fournitures et de formulaires de rapport pour la campagne de vaccination préventive de masse qui peut être utilisé plus tard dans la vaccination de routine.
- Inclure la pratique des compétences et des outils de travail sur la façon de communiquer efficacement les MAPI aux aidants
- Suivre la notification immédiate des événements pendant la campagne et à travers le système de PEV de routine après la campagne pendant au moins un mois
- Mobiliser et sécuriser les ressources financières nécessaires pour la prise en charge des cas graves de MAPI.

4.3.6.2. Pendant la campagne de vaccination préventive :

Renforcer la notification des MAPI, la gestion et l'utilisation correcte des kits de MAPI par la supervision

Le sous-comité assurera également la disponibilité des médicaments d'urgence, le suivi et le soutien de la prise en charge des MAPI graves, établira et maintiendra une base de données pour tous les cas de MAPI et travaillera en collaboration avec les sous-comités logistiques pour déterminer les quantités adéquates de médicaments d'urgence et les formulaires de déclaration à distribuer. La détection, la notification, la gestion et l'investigation des MAPI seront incluses dans la formation des vaccinateurs et des superviseurs. Il y aura également une formation des cliniciens dans les établissements désignés pour gérer efficacement tous les cas graves de MAPI signalés. Des médicaments d'urgence pour la prise en charge des MAPI seront disponibles à chaque poste fixe. Tous les cas de MAPI pendant la campagne seront notifiés, orientés par l'agent vaccinateur. La prise en charge gratuite est faite immédiatement dans les structures de soins identifiés à cet effet.

Soins pour les cas de MAPI :

Les MAPI non-graves seront prises en charge et suivies au niveau des structures de soins (postes de santé, Centres de santé type A, B et C. Elles seront notifiées par les superviseurs points focaux et enregistrées dans la maquette de saisie des données de la campagne. La conduite à tenir devant un cas de MAPI non grave (mineur) doit inclure les mesures de résolution des rumeurs /désinformations qui risqueraient de compromettre le succès de la campagne, le traitement symptomatique au niveau du centre de santé et le suivi des cas.

Pour les MAPI graves, les kits de gestion contenant de l'adrénaline (voir annexe 8.5 pour détails) seront positionnés au niveau de chaque région/hôpital pour l'intervention d'urgence. Les MAPI graves seront orientés et prises en charge dans les hôpitaux identifiés et capacités à cet effet. La Direction régionale facilitera le transfert par ambulance à l'hôpital de référence pour le processus d'admission et soins appropriés. Durant l'hospitalisation un dossier médical et paramédical est ouvert pour le suivi, le traitement et les résultats d'analyses effectuées.

Il est prévu que les comités de gestion des MAPI existant soient rendus opérationnels (fiches, briefing). Des fiches de surveillance des MAPI et celles pour les fiches d'investigation pour les MAPI graves seront disponibles dans les formations sanitaires et au niveau des points focaux MAPI dans les régions. Parmi les actions à prendre devant un cas de MAPI grave, il y a :

- L'administration des premiers soins au malade,
- La notification immédiatement au médecin chef de district afin d'organiser la prise en charge du malade et procéder à l'investigation de la MAPI ;
- Le remplissage de la fiche de déclaration des MAPI à la hiérarchie ;
- Les PF assureront la collecte des données sur EXCEL et dans le logiciel ODK.
- L'investigation approfondie par l'équipe conjointe (clinicien, point focal MAPI et le Comité national de la gestion des MAPI) dans les 24 à 48 heures est requise. Les superviseurs à tous les niveaux surveilleront, investigueront et géreront les MAPI pendant la campagne. Le tableau de bord de la DSIVE au niveau central assurera le monitoring des données à partir d'ODK ou Kobo-collect. Les informations rentrées dans cette base de données seront complétées à l'aide des fiches de notification reçues par l'équipe technique centrale.

Au niveau central, le CNTC va assurer :

- Les analyse et utilisation des données seront effectuées notamment, la notification des cas de MAPI (taux de notification par région) à partir du Dashboard
- L'analyse de performance à partir de la base de données et des fiches de supervision
- L'établissement du rapport de surveillance
- La complétude du dossier médical pour présentation à la réunion du comité des experts et organisera les réunions du comité des experts et en tenir la mémoire écrite.
- L'évaluation de la causalité sera effectuée pour tous les cas graves de MAPI par le comité national des Experts MAPI.

4.3.6.3. Après la campagne de vaccination préventive de masse

- Poursuivre la surveillance des MAPI pendant au moins quarante jours suivant la fin de la campagne de vaccination préventive
- Renforcer le message clé selon lequel les effets secondaires bénins après la vaccination sont beaucoup moins graves que les conséquences possibles de la maladie.

4.3.7. Suivi/évaluation et gestion des données

4.3.7.1. Suivi pré-campagne :

Le comité national technique des campagnes (CNTC) fera l'usage de l'outil de suivi des préparatifs des activités de vaccination supplémentaires (RMT) pour s'assurer des progrès des préparatifs et orienter mesures visant l'amélioration de la qualité de la campagne. Une liste de contrôle (check List) permettra d'apprécier le niveau des activités inscrites sur les axes stratégiques :

- Coordination & planning
- Ressources financières et principaux gaps éventuels
- Plaidoyer, mobilisation sociale et communication,
- Formation des acteurs sur la campagne
- Vaccins, chaîne de froid et logistique
- Monitoring et supervision

A l'issue de l'analyse hebdomadaire du Dashboard, des dispositions seront prises aux niveaux central et régional ainsi que dans les aires sanitaires pour mettre en œuvre les actions correctrices selon les constats.

4.3.7.2. Supervision intra-campagne :

Le soutien technique par les superviseurs (central, régional et de proximité) aux équipes de vaccinateurs /mobilisateurs est nécessaire pour l'atteinte des résultats programmatiques. Dans cette dynamique que le CNTC va assurer la formation des superviseurs à l'utilisation de l'application KoboCollect pour l'effectivité et efficacité des supervisions, l'enquête rapide de convenance et du monitoring indépendant.

Durant 12 jours 22 superviseurs du niveau central, 11 points focaux MAPI régionaux, 23 du niveau régional ainsi que et 291 superviseurs de proximité (soit un ratio de 1 pour 4 équipes urbaines ; 1 pour 3 équipes rurales) seront déployés pour apporter un appui technique, communicationnel et logistique aux acteurs de mise en œuvre dans les aires sanitaires. Les activités de collecte, de

transport et d'incinération des déchets dans les sites retenus seront également supervisées et rapportées.

En pratique, les superviseurs seront chargés non seulement d'encadrer les équipes de vaccination, mais également des activités de mobilisation sociale dans les différentes formations sanitaires (DRS et Aires de santé). Cette supervision sera assurée par des superviseurs recrutés au niveau de la zone de santé (locale ou superviseurs de proximité), régionale et nationale. La Supervision et le contrôle de divers stocks de vaccins/fournitures de campagne et autres activités de routine feront partie de la supervision. Elle sera effectuée en collaboration avec des partenaires locaux. Elle sera organisée de manière échelonnée. Dans un premier temps, les équipes du niveau central superviseront les équipes des régions et des Aires sanitaires, ainsi que les équipes des centres de santé à problèmes.

En outre, les superviseurs s'assureront que toutes les équipes peuvent organiser des séances et administrer des vaccins en toute sécurité. De plus, les superviseurs d'équipe doivent réaliser les activités suivantes sur la base d'un outil mis à jour par le comité national (liste de contrôle) :

- Organisation du site de vaccination ;
- Revoir l'exécution des activités essentielles ;
- S'assurer que les feuilles de pointage et autres formulaires sont correctement remplis et soumis ;
- Veiller à ce que les équipes ne soient pas à court de moyens de production dans la journée ;
- Résumer les données de vaccination sur les feuilles de pointage de la journée et passer en revue les progrès réalisés ;
- Participer aux réunions et débriefings avec les équipes et agents de mobilisation sociale, en fonction des résultats de la journée ;
- Planifier les activités du lendemain (positionnement du lieu, gestion des refus, mobilisation des parents par coursiers, etc.)

Les sites de stockage des vaccins et autres facteurs de production seront supervisés (quantités et qualité des vaccins), gestion des stocks et manipulation des vaccins). En outre, l'organisation et les techniques de vaccination, la documentation des vaccinations effectuées, la collecte et l'élimination des déchets, les messages, etc., seront supervisés sur les sites de vaccination et dans la communauté. Au SAB (Bissau), il y aura un superviseur local (superviseur de proximité) pour 4 équipes fixes de vaccination. Pour les autres régions (non urbaines), il y aura un superviseur pour 3 équipes de vaccination avancée et un pour 2 équipes mobiles. Les superviseurs de proximité sont responsables des Aires de santé ou du point focal du PAV. Exceptionnellement, dans les îles, il y aura un superviseur par zone sanitaire en raison de la situation géographique et de l'accessibilité difficile. Au niveau régional, il y aura un superviseur régional pour 2 à 3 Aires de santé dans chaque région. Les superviseurs régionaux seront chargés de superviser les activités des superviseurs locaux et des équipes de vaccination. Il y aura deux superviseurs nationaux par région

4.3.7.3. Monitoring Indépendant :

Le MI sera conduit de façon indépendante sous bannière de l'OMS. Il s'agira de la formation et du déploiement des moniteurs indépendants au niveau régional sous la supervision des consultants OMS et staff UNICEF à cet effet. Un effectif de 46 moniteurs indépendants supervisés par 11 superviseurs seront déployés afin de conduire le MI. L'objectif de cet exercice est de contribuer à la réduction du nombre de bénéficiaires manqués par les équipes de vaccination et de s'assurer de l'offre de la vaccination dans les Aires difficile d'accès.

Spécifiquement, le monitoring indépendant permet en IN process s'assurer que les personnes manquées sont rattrapées et vaccinées pour atteindre l'objectif de la campagne avec une CV d'au moins 95% pour une immunité collective contre la fièvre jaune. En outre, il vise à :

- Suivre l'exécution de la campagne conformément aux directives
- Identifier toute personne non atteinte et les raisons en cause
- Identifier les Aires non/insuffisamment couvertes

- Fournir la rétro-information sur les points pendant les sessions de revue journalière au niveau des aires sanitaires
- Déterminer et mettre en œuvre rapidement les actions correctrices appropriées

Quant au monitoring indépendant End process, il se fera le lendemain de la campagne, il permettra d'apprécier la couverture (CV-VAA) dans les aires de santé et région sanitaire après la campagne, les raisons de non-vaccination

4.3.7.4. L'évaluation journalière des activités intra-campagne :

Durant les 5 jours en vue de corriger les contraintes rencontrées par les équipes terrain DRS et de vaccination. Le CNTC assurera la coordination et la facilitation de ces réunions de synthèse journalière. Pendant les jours de la campagne, la qualité de la campagne sera évaluée par les superviseurs d'une part et d'autre part par les moniteurs indépendants. Une liste de contrôle pour le suivi de la mise en œuvre de la campagne sera élaborée à cette fin. Encore une fois, des réunions de coordination quotidiennes seront organisées à tous les niveaux pour évaluer le rendement de la campagne afin de fournir des conseils sur d'autres stratégies, le cas échéant. Les indicateurs clés seront évalués dont :

- a. Technicité de l'administration du vaccin voire la co-administration des antigènes
- b. Qualité de l'enregistrement
- c. Maintien de la chaîne du froid
- d. Composition des équipes de vaccination
- e. Organisation des sites de vaccination,
- f. Réunion de coordination des districts
- g. Livraison des messages clés etc.

4.3.7.5. Les enquêtes rapides de convenance par les superviseurs nationaux :

Ces enquêtes sont complémentaires au Monitoring IN process et END process. La supervision sera mise à contribution pour faire des évaluations rapides en vue d'identifier les non-vaccinés. Des actions correctrices seront mises en œuvre immédiatement par les acteurs de terrain. Elles seront conduites dans les ménages et hors ménages par les superviseurs (du niveau central, régions et partenaires) et des moniteurs indépendants dans les centres de santé et localités abritant les populations à haut risque et mal desservies, les endroits de localisation des populations à haut risque (localités à faible taux de couverture de routine, localités à forte concentration de population, localités des îles, centres de santé frontaliers, localités avec des problèmes politico-économiques, localités d'accès difficile (îles/îlots, itinérantes, riveraines, sur les montagnes, dans la forêt ...), populations résistantes à la vaccination...).

4.3.7.6. L'Enquête rapide après la campagne par les superviseurs nationaux vise à

- Estimer la proportion des personnes qui ont été manquées pendant la campagne ;
- Documenter et quantifier les raisons pour lesquelles ces personnes n'ont pas été vaccinées pendant la campagne (absent lors du passage des vaccinateurs ; Refus des parents, Ménage non visité/ revisite par les vaccinateurs, Enfant visiteur/ passage) ;
- Vérifier si les vaccinateurs ont mis en œuvre la campagne conformément aux directives nationales (comme par ex. remplissage carte de vaccination, les raisons de non-vaccination, localités non couvertes, etc.).

Le tableau ci-dessous présente indicateurs (CV campagne vs CV routine) de prise de décision d'organiser le ratissage dans les aires sanitaires de performances compromises.

Tableau 19 : Performances des couvertures vaccinales et décision d'organiser ou non le ratissage

| Couverture vaccinale par aire de santé | CV de routine par aire de santé sur les 6 derniers mois | Décision d'organiser la campagne de ratissage |
|--|---|---|
| ≥95% | | Accepter le résultat ; pas de besoin de ratissage |
| 90-95% | ≥ 60% | Accepter le résultat ; pas de besoin de ratissage |
| 90-95% | < 60% | Considérer le ratissage dans les localités à faibles performances |
| <90% | | Organiser le ratissage dans les localités à faibles performances |

Il convient de souligner que les enseignements tirés voire les tirs relevés de ces monitorages (IN & END process), des supervisions et des enquêtes rapides seront utilisées pour faire des suggestions et recommandations destinées à améliorer la qualité des campagnes de vaccination subséquentes. Dans le même élan, en plus des réunions quotidiennes qui auront lieu pendant la mise en œuvre de la campagne, des réunions de bilan post-campagne seront organisées à tous les niveaux pour discuter des résultats de la campagne, pour la mise en commun des données de campagne, documenter les faiblesses et les meilleures pratiques.

4.3.7.7. Post campagne : Revue après la campagne

Des réunions seront organisées aux niveaux (régional et national) immédiatement après la fin de la campagne pour examiner la performance sur la base des retours d'informations des moniteurs, des superviseurs régionaux et des districts. L'analyse des données de la campagne sera également présentée lors de ces réunions. Ces réunions serviront de cadre de décisions sur la base des observations et des leçons apprises à l'issue de l'exercice.

Les indicateurs suivants seront collectés et analysés afin de permettre le monitoring et l'évaluation de la campagne :

Monitoring

- Complétude des rapports journaliers (région sanitaire)
- Complétude des supervisions effectuées à l'aide de ODK (sur base des checklists de supervision remplies)

Couverture vaccinale

- % de personnes vaccinées suivant les données administratives
- % de personnes vaccinées avec carte de vaccination (enquête)
- % de personnes vaccinées avec carte de vaccination et historique
- % de personnes vaccinées par tranche d'âge et par sexe
- % de personnes vaccinées par région sanitaire

Logistique et gestion des déchets

- Taux de perte en vaccin par région
- Taux de perte en seringues autobloquantes
- Classification des régions de santé selon le taux de perte et la couverture vaccinale,
- Proportion de boîtes détruites un mois après la campagne
- Taux de perte en flacon ou ampoule fermé

MAPI

- Nombre de MAPI mineures et majeures rapportées
- Proportion de MAPI majeures investiguées
- Nombre de MAPI majeures attribuables à la vaccination

5. L'ÉVALUATION EXTERNE & ENQUÊTE DE COUVERTURE POST CAMPAGNE

Celle sera organisée et conduite de façon indépendante par un cabinet d'experts en vue de cerner les acquis et les tirs (notamment les causes de non-vaccination) dans les phases préparatoire et exécutoire de la campagne préventive de la fièvre jaune. Une session de validation et de finalisation du protocole collecte de données et des outils techniques de l'enquête sera organisée à cet effet. Celle-ci permettra de jauger le niveau de couverture vaccinale atteint en VAA et antigènes de routine qui seront intégrés. Elle sera organisée avec l'appui technique des partenaires et la mise en œuvre sera faite possiblement par le Projet Santé Bandim, durant les 4 semaines qui suivent la campagne.

L'enquête fournira des données de couverture valides non seulement au niveau national, mais également au niveau régional, et au niveau des Aires sanitaires fournira des informations sur les Aires où la vaccination a atteint un nombre insuffisant d'enfants. Il permettra également :

- Évaluer le processus de réalisation des activités à tous les niveaux par rapport aux résultats programmatique
- Estimer la couverture vaccinale un mois après la campagne de vaccination intégrée ;
- Calculer la proportion de la population cible atteinte, en analysant les données brutes collectées lors de la campagne et les données d'une enquête de couverture vaccinale ;
- Évaluer la sécurité de la vaccination ;
- Évaluer la surveillance des MAPI et la réponse aux événements indésirables liés au vaccin ;
- Documenter les leçons de la campagne, les conclusions et les recommandations ;

Les rapports et les ensembles de données de cette enquête seront partagés aux PTF notamment GAVI, OMS et l'UNICEF dans le cadre du rapport final de campagne.

6. ASSISTANCE TECHNIQUE

L'appui technique multidisciplinaires et multiformes des partenaires est requis pour soutenir les principales composantes de ce plan d'organisation et de mise en œuvre de la campagne préventive contre la fièvre jaune. Il s'agit notamment des domaines ci-après :

- Micro-planification
- Formations des acteurs (superviseurs, communicateurs, vaccinateurs, registrateurs...)
- Supervision des opérations préparatoires et exécutoires
- Chaines du froid
- Communication
- Suivi/évaluation
- Surveillances des MAPI et MEV

La mobilisation et le déploiement de six (6) consultants nationaux avec les soutiens du staff technique national et international des PTF (OMS, de l'Unicef, Gavi, FBMG, SOLINA...) seraient nécessaires pour renforcer la qualité et l'atteinte des résultats programmatiques.

7. BUDGET & FINANCEMENT

Le coût global de cette campagne préventive contre la fièvre jaune s'élève à **\$ 4, 126,896.1**. Les sources du plan de la campagne de vaccination sont essentiellement constituées de l'Etat Bissau Guinéen et des apports des partenaires techniques et financiers. Le soutien de Gavi couvrira avec un seuil limite ne dépassant pas 0.65 dollars USD /personne vaccinée). Le gouvernement et les partenaires locaux (principalement OMS, UNICEF, CDC, BMGF...), fourniront tout autre besoin supplémentaire lié aux campagnes de vaccination. Les modalités de financement seront le fruit d'un consensus entre le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires. Ainsi, des plaidoyers seront faits auprès de ces différentes sources pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du présent plan. En plus, le secteur privé sera sollicité pour contribuer au financement des activités du plan.



Il est prévu la réunion des membres du Comité de Coordination Inter-Agence (CCIA) du PEV pour valider le plan et mobiliser les fonds attendus de l'Etat, en complément du financement des partenaires ;

Tableau 20 : *Budget de la campagne de vaccination,*

| Phase | Période de MEO | Montant XOF | Montant USD |
|---------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| Vaccins et intrants | | 1, 791, 938, 985.4 | \$ 2, 890,224.17 |
| Coûts opérationnels | | 793 259 635 | \$1279 451,02 |
| Total | Fevrier 2025 | 2, 558, 675,557.4 | \$ 4,126, 896.1 |

7.1.1.1. Justificatif des fonds Alloués

A la fin de la campagne les justificatifs doivent parvenir au niveau central au plus tard une semaine après la campagne.

8. ANNEXES :

8.1.Résumé du budget selon les activités clés

| RESUMO DO CUSTO OPERACIONAL DA CAMAPANHA DE FEBRE AMARELA | | |
|---|---|-----------------|
| Nº | Atividade | Cout total CFA |
| 1 | Carburant pour la coordination au niveau central | 400 680 XOF |
| 2 | Carburant pour la coordination de la campagne au niveau régional | 1 132 560 XOF |
| 3.1 | Micro planification au niveau central avec les régions sanitaires | 5 298 440 XOF |
| 3.2 | Organiser un atelier de Micro planification des Areas Sanitaires dans chaque région | 9 122 236 XOF |
| 4 | Formation des formateurs au niveau central pour la vaccination | 29 48 440 XOF |
| 5 | Formation de formateurs PEV, MAPI, et les gestionnaires de données aux niveaux régionaux | 10 882 022 XOF |
| 6 | Formation des vaccinateurs, des enregistreurs et du superviseur de proximité | 37 390 500 XOF |
| 7 | Perdiem de l'équipe fixe des Vaccinateurs, Communicateurs, Mobilisateurs et Enregistreurs et des Responsables MAPI de l'aire de Santé | 248 665 000 XOF |
| 8 | Gestion des données de vaccination et gestionnaires du MAPI au niveau régional | 550 000 XOF |
| 9 | Reproduction des outils de gestion des données (dont carnet de vaccination) | 123 945 010 XOF |
| 10 | Payer la connexion Internet dans les Aires sanitaires pour l'enregistrement électronique et l'envoi de données pendant la campagne | 1 390 000 XOF |
| 11 | Perdiem des superviseurs du niveau central et communication | 14 100 000 XOF |
| 12 | Perdiem des Superviseurs Régionaux lors de la supervision des Aires Sanitaires | 16 310 000 XOF |
| 13 | Location de motos et de carburant pour les équipes de vaccination et les encadrants de proximité | 53 694 875 XOF |
| 14 | Location de voitures pour les superviseurs NC et régionaux | 43 867 000 XOF |
| 15.3 | Location de bateaux pour les équipes de vaccination de la région de Bijagós (fleuve ou mer) | 950 000 XOF |
| 16.1 | Réunion d'évaluation au niveau RAS | 3 570 000 XOF |
| 16.2 | Réunion d'évaluation au niveau régional | 4 657 644 XOF |
| 16.3 | Réunion d'évaluation au niveau central | 4 579 340 XOF |
| 17.1 | Transport des vaccins et consommables du niveau central vers les régions | 3 827 040 XOF |
| 18 | Transport des vaccins et consommables des Régions Sanitaires vers les Aires Sanitaires | 1428440 XOF |
| 19 | Collecter les déchets de vaccination FJ des Aires de santé vers les régions sanitaires | 2 031 700 XOF |
| 20.1 | Collecter les déchets de vaccination FJ de la Région Sanitaire vers le niveau central | 1 472 520 XOF |
| 21.1 | Incinération des vaccins post-campagne | 4 650 000 XOF |
| 21.2 | Surveillance de l'acte incinération | 1 624 400 XOF |
| 22 | Maintien correctif de la chaîne du froid au niveau national | 2 400 538 XOF |
| 23.1 | Transport et communication des points focaux de suivi des cas graves du MAPI pendant la campagne | 1 470 800 XOF |
| 23.2 | Perdiem PF MAPI dans les régions sanitaires | 9 248 000 XOF |



| | | |
|----------------------|--|------------------------|
| 24 | Soutenir les missions d'enquête pour tous les cas graves du MAPI | 491 000 XOF |
| 25 | Assurer la prise en charge des cas légers de MAPI au niveau des Centres de Santé en raison d'une prévision de 50 cas pour 100 000 doses administrées | 3 125 000 XOF |
| 26 | Assurer une prise en charge hospitalière des cas graves de MAPI, pour une projection de 2 cas pour 100 000 doses administrées | 1 146 000 XOF |
| 27 | Transport | 0 XOF |
| 28 | Transport des cas graves MAPI vers le niveau central | 858 000 XOF |
| 29 | Mobilisation sociale (Lancement de la campagne) | 24 536 700 XOF |
| 30 | Evaluation indépendante de la campagne : Monitoring indépendant | 9 178 950 XOF |
| 30.2 | Evaluation externe de la campagne : enquête de couverture post campagne | 41 106 000 XOF |
| 30.3 | Assistance technique international et nationale | 59 460 000 XOF |
| TOTAL CFA XOF | | 793 259 635 XOF |

8.2. Estimation des vaccins et autres intrants de vaccination

Le tableau ci-dessous présente l'estimation des besoins en vaccins et autres intrants de vaccination :

| REGIÕES SANITÁRIAS | Population 2025 | 9 mois a 60 ans (93%) pop total | VAA (doses) | Flacon de 10 | Seringue AB 0,5 ml | Seringue SD de 5 ml | Boîte de sécurité |
|-----------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------|-----------------------|------------------------|----------------------|
| | | | Calculé avec FP: 1.11 | | | | |
| BAFATA | 332,673 | 309,386 | 343,418 | 34,342 | 343,418 | 34,342 | 3,778 |
| BIJAGÓS | 27,758 | 25,815 | 28,655 | 2,865 | 28,655 | 2,865 | 315 |
| BIOMBO | 116,476 | 108,323 | 120,238 | 12,024 | 120,238 | 12,024 | 1,323 |
| BOLAMA | 16,230 | 15,094 | 16,754 | 1,675 | 16,754 | 1,675 | 184 |
| CACHEU | 251,609 | 233,996 | 259,736 | 25,974 | 259,736 | 25,974 | 2,857 |
| FARIM | 84,336 | 78,432 | 87,060 | 8,706 | 87,060 | 8,706 | 958 |
| GABU | 316,338 | 294,194 | 326,556 | 32,656 | 326,556 | 32,656 | 3,592 |
| OIO | 263,469 | 245,026 | 271,979 | 27,198 | 271,979 | 27,198 | 2,992 |
| QUINARA | 90,123 | 83,814 | 93,034 | 9,303 | 93,034 | 9,303 | 1,023 |
| SAB | 551,654 | 513,038 | 569,472 | 56,947 | 569,472 | 56,947 | 6,264 |
| TOMBALI | 137,141 | 127,541 | 141,571 | 14,157 | 141,571 | 14,157 | 1,557 |
| GN BISSAU | 2,187,807 | 2,034,661 | 2,258,473 | 225,847 | 2,258,473 | 225,847 | 24,843 |



8.3.Expression des besoins en matériels EPI

| Reg San | EPI | | | | |
|---------|-------------------|-----------------------|---------------------|--------------|--------------|
| | Sacs poubelle 20L | Rouleau de coton 500g | Boites de 50 masque | Gel 500 ml | Sac 100 kg/L |
| BAFATA | 1,547 | 310 | 372 | 221 | 14 |
| BIJAGOS | 130 | 26 | 31 | 18 | 11 |
| BIOMBO | 542 | 109 | 130 | 77 | 8 |
| BOLAMA | 76 | 16 | 19 | 11 | 3 |
| CACHEU | 1,170 | 234 | 281 | 167 | 19 |
| FARIM | 393 | 79 | 95 | 56 | 5 |
| GABU | 1,471 | 295 | 354 | 210 | 19 |
| OIO | 1,226 | 246 | 295 | 175 | 10 |
| QUINARA | 420 | 84 | 101 | 60 | 6 |
| SAB | 2,566 | 514 | 616 | 366 | 14 |
| TOMBALI | 638 | 128 | 154 | 91 | 8 |
| Total | 10,179 | 2,041 | 2,448 | 1,453 | 117 |

8.4. Estimation du coût des vaccins et intrants

Le tableau ci-dessous présente l'estimation du coût des vaccins et autres intrants de vaccination :

| Rég sanit | coût unitaire VAA 10 doses | PT fl VAA | coût unitaire SAB | PT SAB | coût unitaire SD | PT SD | coût unitaire BS | PT BS | Coût rouleaux Coton 500 g | Sacs poubelle 20 L | Gel 500 ml | | Sac 50 kg/L | | Kit MAPIs | | TOTAL VACCIN+INTRANTS |
|-----------|-------------------------------|------------------|----------------------|----------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------------|--------------------------|--------------|--------------|-------------|------------|------------|---------------|--------------------------|
| | | | | | | | | | 1 | 0.2 | Qtité | PT (\$1) | Qtité | PT (\$ 4) | Qtité | PU (\$ 120) | |
| BAFATA | 11.67 | 400,769 | 0.0819 | 28,126 | 0.0829 | 2,847 | 1.3 | 4,911 | 310 | 309 | 221 | 221 | 14 | 56 | 10 | 1,200 | 438,749.4 |
| BIJAGÓS | 11.67 | 33,440 | 0.0819 | 2,347 | 0.0829 | 238 | 1.3 | 410 | 26 | 26 | 18 | 18 | 11 | 44 | 9 | 1,080 | 37,628.5 |
| BIOMBO | 11.67 | 140,318 | 0.0819 | 9,848 | 0.0829 | 997 | 1.3 | 1,719 | 109 | 108 | 77 | 77 | 8 | 32 | 8 | 960 | 154,168.4 |
| BOLAMA | 11.67 | 19,552 | 0.0819 | 1,372 | 0.0829 | 139 | 1.3 | 240 | 16 | 15 | 11 | 11 | 3 | 12 | 4 | 480 | 21,836.8 |
| CACHEU | 11.67 | 303,112 | 0.0819 | 21,272 | 0.0829 | 2,153 | 1.3 | 3,714 | 234 | 234 | 167 | 167 | 19 | 76 | 15 | 1,800 | 332,762.8 |
| FARIM | 11.67 | 101,599 | 0.0819 | 7,130 | 0.0829 | 722 | 1.3 | 1,245 | 79 | 79 | 56 | 56 | 5 | 20 | 5 | 600 | 111,529.6 |
| GABU | 11.67 | 381,091 | 0.0819 | 26,745 | 0.0829 | 2,707 | 1.3 | 4,670 | 295 | 294 | 210 | 210 | 19 | 76 | 15 | 1,800 | 417,887.7 |
| OIO | 11.67 | 317,400 | 0.0819 | 22,275 | 0.0829 | 2,255 | 1.3 | 3,889 | 246 | 245 | 175 | 175 | 10 | 40 | 12 | 1,440 | 347,964.9 |
| QUINARA | 11.67 | 108,571 | 0.0819 | 7,619 | 0.0829 | 771 | 1.3 | 1,330 | 84 | 84 | 60 | 60 | 6 | 24 | 7 | 840 | 119,383.6 |
| SAB | 11.67 | 664,574 | 0.0819 | 46,640 | 0.0829 | 4,721 | 1.3 | 8,143 | 514 | 513 | 366 | 366 | 14 | 56 | 10 | 1,200 | 726,728.1 |
| TOMBALI | 11.67 | 165,213 | 0.0819 | 11,595 | 0.0829 | 1,174 | 1.3 | 2,024 | 128 | 128 | 91 | 91 | 8 | 32 | 10 | 1,200 | 181,584.4 |
| GN BISSAU | 11.67 | 2,635,638 | 0.0819 | 184,969 | 0.0829 | 18,723 | 1.30 | 32,296 | 2,042 | 2,036 | 1,453 | 1,453 | 117 | 468 | 105 | 12,600 | 2,890,224.17 |



8.5. Composition Kit MAPI

DIREÇÃO DE SERVIÇO DE IMUNIZAÇÃO E VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (DSIVE)**ORÇAMENTO DE KITS MAPI PARA REGIÃO SANITÁRIA DE BAFATÁ**

| Nº | DESIGNAÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | TOTAL |
|--------------|--|-------------------|--------------|------------------|
| 1 | Paracetamol (500mg) | 5,000 | 11 | 55,000 |
| 2 | SRO | 300 | 100 | 30,000 |
| 3 | Soro fisiológico 0,9% 500ml | 50 | 1,500 | 75,000 |
| 4 | Lactato de Ringer 500ml | 50 | 1,500 | 75,000 |
| 5 | Cateter (22) | 30 | 500 | 15,000 |
| 6 | Cateter (24) | 30 | 500 | 15,000 |
| 7 | Adesivo | 20 | 500 | 10,000 |
| 8 | Diazepam injetável | 20 | 500 | 10,000 |
| 9 | Adrenalina injetável | 50 | 1,000 | 50,000 |
| 10 | Seringa (5ml) | 50 | 200 | 10,000 |
| 11 | Seringa (2ml) | 50 | 200 | 10,000 |
| 12 | Saco zipado de Medicamentos (embalagem 2 pequena e 3 média) | 10 | 1,000 | 10,000 |
| 13 | Paracetamol (125mg) suspensão | 50 | 1,500 | 75,000 |
| 14 | Paracetamol (250mg) suspensão | 50 | 1,500 | 75,000 |
| 15 | Hidrocortizona injetável | 50 | 1,000 | 50,000 |
| 16 | Glucose 5% 500ml | 50 | 1,000 | 50,000 |
| 17 | Luvas | 5,000 | 300 | 1,500,000 |
| Total | | | | 2,115,000 |



8.6. Equipe rédactionnelle et contributions reçues

| Rédaction | | | |
|---------------------|--|--|---|
| 1 | KANDE, Mouctar | kandem@who.int | PF Immunisation WHO- Guinée Ckry |
| 2 | NOUFACK, Gertrudes | noufackg@who.int | Consultante WHO/Afro AF/RGO/UNC/VPD/YF-EYE secretariat |
| 3 | Ivone Menezes Moreira | imenmoreira6@gmail.com | Consultante WHO /Guinée BISSAU |
| 4 | Moreira Miguel | miguel.moreira63@hotmail.com | Logistique SIVE |
| 5 | Rosilete Fernandes | rosiletefernandes66@gmail.com | Planification |
| 6 | Antónia Gomes | antogomes365@gmail.com | Communication |
| 7 | Marcos Mendonça | fradymarcos78@gmail.com | Vaccination systématique |
| Contribuição | | | |
| 1 | BIAI, Sidu | biaisi@who.int | PF Surveillance WHO-G. Bissau |
| 2 | Vinício Carvalho | vcarvalho@unicef.org | PF C4D UNICEF G. BISSAU |
| 3 | Jean Pierre | | Consultant surveillance WHO G. BISSAU |
| 4 | Sábados Fernandes | sabadofernandes2@gmail.com | Labo national de santé publique |
| 5 | Tidiana GANAME | ganamet.28@gmail.com | Consultant Data Manager WHO G. BISSAU |
| 6 | Equipes (logistique, surveillance, communication, CTNC, Vaccination systématique/planification) de la DSIVE | SIVE | Direction du Service immunisation et vigilance épidémiologique (SIVE) |
| Supervision | | | |
| 1 | Dr KAMBIRE-DIARRA, Marie Chantal Haoua | kambirec@who.int | WR a.i G BISSAU |
| 2 | Pr BITA FOUDA, Andre Arsene | abita@who.int | Medical Officer • AF/RGO/UCN/VPD |
| 3 | Dr Blaise Bathodoli | bathondolib@who.int | Medical officer AF/RGO/UNC/VPD/YF |
| 4 | Dr Humberto imbunda intchala | humbertointchala@gmail.com | Directeur de la SIVE G. BISSAU |
| 5 | Dr Clausvine Mendes | clausvine14@gmail.com | Adjoint du Directeur du SIVE G. BISSAU |



8.7. RESSOURCES DOCUMENTAIRES CONSULTEES

- 1 Africa Stat/2008 P6
- 2 A survey of Anopheles species composition and insecticide resistance on the island of Bubaque, Bijagos Archipelago, Guinea-Bissau; P1-9
- 3 Country profile yellow fever: guinea Bissau- country situational analysis p1-6
- 4 IDH/PNUD report 2021-22
- 5 Institut national de la statistiques INS/INHPC/Avril 2023. P5
- 6 Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2018-2019 _ Ministério da Economia, do Plano e Integração; Regional Direcção-Geral do Plano Instituto Nacional de Estatística, Rapport final Octobre 2020
- 7 Plan CAR 2024/ Guinée Conakry
- 8 Plan campagne RR/Octobre 2023 Guinée BISSAU
- 9 Plan national de campagne de vaccination préventive contre la fièvre jaune au Niger/2023
- 10 PND5 2015-2025/ G Bissao
- 11 Plan stratégique et opérationnel 2015-2020-Terra Ranka- GB/document ii : rapport final/ Mars 2015
- 12 PPAC 2013-17 /G. Bissau ; P6 & 80
- 13 Rapport annuel juin 2019- Juin 2020/ Groupe de la Banque mondiale
- 14 Rapport final : Enquête nutritionnelle smart et de mortalité rétrospective/ministère de la sante publique/ direction générale de prévention et promotion de la sante/ direction de service national de l'alimentation et nutrition, Sept 2009
- 15 Recursos Humanos de SIVE / sob o subsídio HSS2- RSS2/ Bissau, 14 de Setembro de 2023
- 16 Relatório das finanças públicas/Direção Geral da Previsão e Estudos Económicos (DGPEE)/ GB; Maio, 2020
- 17 RGPH 2009 : terceiro recenseamento geral da população e habitação de 2009
- 18 Instituto nacional de estatistica G. BISSAU
- 19 Statistique générale 2023/INS G. BISSAU
- 20 WHO- Field Guide: Planning and Implementing High-Quality Supplementary Immunization Activities for Injectable Vaccines
- 21 WHO-AFR 2024: population for EPI key activities by district/ G. BISSAU
- 22 WHO-Country profile yellow fever: guinea BISSAU
- 23 WHO-Event Information Site (EIS) Guinée | Fièvre jaune 08 décembre 2020
- 24 WHO-MLM : Communication et engagement communautaire, Bureau régional OMS/Formation des responsables intermédiaires, P19
- 25 WHO-MLM : Gestion des vaccins Livre de référence de l'atelier/OMS P7
- 26 WHO-MLM : Sécurité des vaccinations, Bureau régional OMS/Formation des responsables intermédiaires
- 27 WHO-Weekly epidemiological report N° 34 YF- 2023, 98, 365–374/ sept 23
- 28 WUENIC -2022/G. BISSAU
- 29 https://fr.wikipedia.org/wiki/Fronti%C3%A8re_entre_la_Guin%C3%A9e_et_la_Guin%C3%A9e-Bissau
- 30 <https://fr.wikipedia.org/wiki/Guin%C3%A9e-Bissau>
- 31 <https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/GNB>
- 32 https://sivegub.info/Admin_data_5_dernières_années.
- 33 Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune (EYE) 2017 – 2026
- 34 ICG/ Event Information Site (EIS) Guinée | Fièvre jaune 08 Décembre 2020 / Guinea Conakry
- 35 Plan stratégique EYE GNB 2019-2021
- 36 YF RAWG



ⁱ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Guin%C3%A9e-Bissau>

ⁱⁱ [Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário \(PNDS III\) 2023-2028, P57](#)

ⁱⁱⁱ **Recursos Humanos de SIVE sob o subsídio HSS2- RSS2, P5**

^{iv} Country profile yellow fever: Guinea Bissau, P2

^v A survey of Anopheles species composition and insecticide resistance on the island of Bubaque, Bijagos Archipelago, Guinea-Bissau_ P7

^{vi} https://fr.wikipedia.org/wiki/Fronti%C3%A8re_entre_la_Guin%C3%A9e_et_la_Guin%C3%A9e-Bissau