



**REPUBLIQUE DE GUINÉE-BISSAU**

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**DIRECTION DE LA SANTE FAMILIALE**

**PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**

**POLITIQUE NATIONALE DE VACCINATION  
GUINEE BISSAU**

**FEVRIER 2006**

## **PREAMBULE**

On estime le nombre de décès annuels dus à des maladies que l'on peut prévenir par la vaccination à 2 138 000, dont plus des deux tiers chez les enfants de moins de 5 ans.

Des progrès considérables ont été effectués depuis la mise en place du Programme Elargi de Vaccination (PEV) qui se sont traduits par la réduction des cas de tétanos néonatal, rougeole, coqueluche, diphtérie, mais des efforts restent encore à accomplir pour que la vaccination puisse protéger encore davantage d'enfants et d'adultes.

Grâce à la recherche, de nouveaux vaccins sont désormais disponibles pour la prévention de l'*Haemophilus influenzae*, bactérie responsables d'infections respiratoires graves. Alors que de nouveaux vaccins sont en cours de développement (rotavirus, pneumocoque), les programmes nationaux doivent s'adapter pour les intégrer dans les PEV de routine, en maîtriser leur mise en place et assurer leur financement.

La Guinée Bissau entend s'inscrire dans cette dynamique, en définissant une politique nationale de vaccination dans le but non seulement d'améliorer les couvertures existantes, mais également de pouvoir intégrer de nouveaux vaccins au PEV national. Cette décision s'inscrit dans le cadre de l'atteinte des OMD.

Le Ministère de la Santé de la Guinée Bissau s'engage à poursuivre le développement des services de vaccination sur une base durable, conformément aux orientations de cette politique, dans le cadre du plan pluriannuel 2005-2009 révisé et du plan de viabilité financière. Un plan pour l'introduction de nouveaux vaccins contre l'hépatite B et la fièvre jaune est également annexé à ce document.

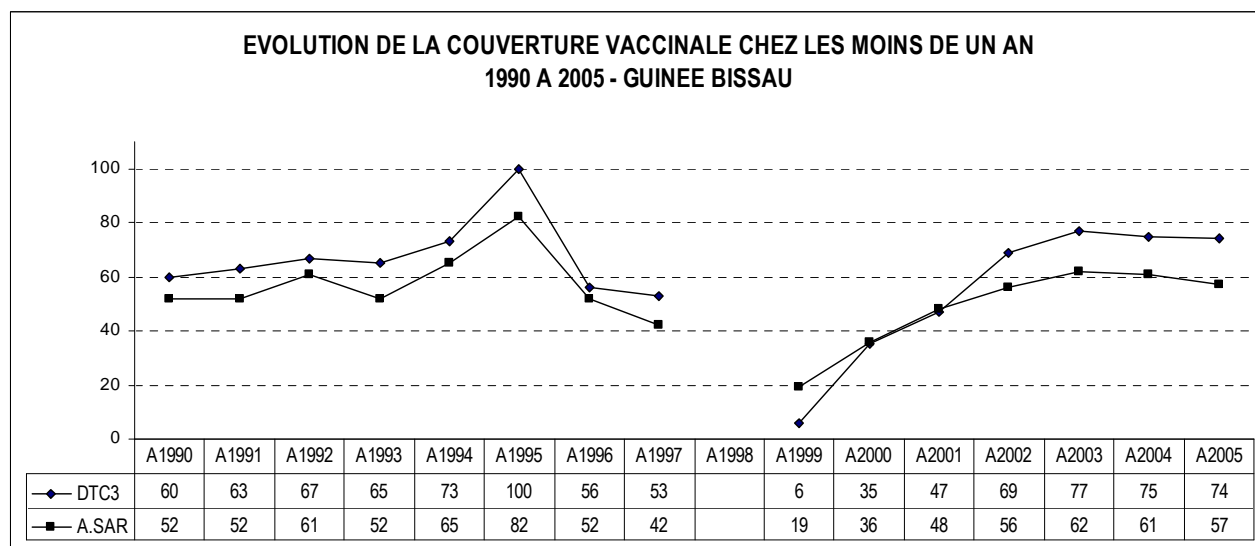
Le Ministère s'engage également à veiller à la qualité, notamment en concentrant les efforts pour le maintien d'une chaîne de froid efficace et continue.

## 1. Introduction

La Guinée Bissau est située sur la côte occidentale de l'Afrique entre le Sénégal, la Guinée et l'Océan Atlantique. Elle compte près de 1,3 millions d'habitants et couvre une superficie de 36 125 km<sup>2</sup>. Le pays est constitué d'une partie continentale et d'une partie insulaire, l'Archipel des Bijagos, composé de 88 îles dont 20 habitées. Sur le plan sanitaire, le pays est divisé en 11 régions et le Programme Élargi de Vaccination (PEV) est intégré à la Direction de la Santé Familiale et de la Reproduction.

Les vaccins administrés dans le cadre du PEV en Guinée Bissau sont le BCG, le DTC, le VPO, le VAT et le VAR. Il faut noter que depuis 1998, il est prévu d'introduire le vaccin contre la fièvre jaune dans le PEV. Cela n'a pas été possible à cause du conflit armé que le pays a connu.

Avec le support financier italien, la Guinée Bissau a débuté la mise en place d'un programme élargi de vaccination à partir de 1986.



Avec l'appui de la communauté internationale, le PEV a été mis en place en 1984. En 1993, avec la réorganisation du Ministère de la Santé, ce programme a été intégré dans les Soins de Santé Primaires (SSP), mais jusqu'en 1992 le PEV a fonctionné essentiellement d'une façon verticale. Par la suite, avec l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en 1998, il a été intégré à la Division de la Santé de la Famille. Les principaux partenaires du PEV sont l'UNICEF et l'OMS. Il faut noter que le Rotary Club International apporte un appui considérable à travers l'initiative d'éradication de la poliomyélite.

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

Cette baisse s'explique par :

- réduction des financements extérieurs (italiens en particulier) non compensés par le gouvernement, malgré le support de l'UNICEF.
- abandon de la stratégie avancée et insuffisance de ressources humaines

- détérioration des moyens de transport qui assuraient la stratégie avancée, et de la chaîne du froid

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

En 2000, le gouvernement, avec le soutien de l'UNICEF, a mené l'Enquête aux Indicateurs Multiples (MICS) au niveau de 4372 foyers. Cette enquête a montré une légère amélioration de la couverture vaccinale par rapport à l'année 1999. En novembre 2000, les aspects de gestion, d'exécution et de suivi de toutes les composantes du Programme ont été évalués.

Trois évaluations internationales du PEV ont été réalisées. La première en 1990, la deuxième en 1994 et la troisième en 2000, évaluation rapide après le conflit. La chaîne de froid a été évaluée en 1998 et en 1999. Cette dernière a été conduite par Médecins Sans Frontières (MSF). Elle a montré la nécessité de renouveler la chaîne de froid au niveau des centres de santé avec des réfrigérateurs RACK et installer des chaînes de froid solaires dans les zones d'accès difficile. Un inventaire fait en février 2006 montre qu'à l'heure actuelle, malgré la remise à niveau de la chaîne de froid accompli par l'UNICEF en 2005, il en reste certaines aires de santé à équiper et il faudra prévoir le renouvellement de certains réfrigérateurs.

Avec l'intégration des services de vaccination dans le paquet minimum d'activités et la décentralisation en faveur des régions, l'individualisation des dépenses en matière de vaccination est plus complexe, surtout en ce qui concerne les coûts des ressources partagés avec d'autres activités.

Il existe une recommandation internationale de l'OMS/UNICEF pour l'introduction des vaccins contre la fièvre jaune et l'hépatite B depuis 1998.

## 2. Enoncé de la politique vaccinale

*La politique du Ministère de la Santé de la Guinée Bissau en matière de vaccination est que :*

- *tous les enfants de 0 à 11 mois soient vaccinés selon le calendrier officiel, et que les vaccins soient gratuitement administrés au niveau des établissements de santé (postes fixes) et dans les postes avancés de vaccination. Des stratégies adaptées seront mises en place pour récupérer le défaut de couverture de ce groupe d'âge après 11 mois.*

L'introduction du vaccin de l'hépatite B et de la fièvre jaune est décidée dans le PEV de routine pour ce groupe d'âge.

Une modification du calendrier vaccinal est envisagée à l'avenir pour la rougeole (une première dose à 6 mois et la deuxième à neuf mois) selon les résultats de recherches en cours menées dans le pays.

Cet aspect sera géré par le Programme National de Vaccination.

- *toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans) soient protégées gratuitement contre le tétanos*  
Une amélioration des supports et de l'enregistrement des informations personnelle pour les femmes est à effectuer afin de garantir une continuité dans l'information au cours des grossesses.
- *toutes les personnes désirant pour des raisons personnelles ou professionnelles pourront se faire vacciner dans le pays contre la fièvre jaune, le tétanos, la rage et la méningite*

L'accès de la vaccination anti-amarile des adultes en dehors des campagnes de masse est envisagé, notamment pour les personnes devant voyager. De même la vaccination contre la rage, la méningite et le tétanos seront disponibles. Le département de prophylaxie active est responsable de cet aspect.

- *toute la population du pays ou d'autres groupes cibles spécifiques en cas d'épidémie pourront être protégée contre la fièvre jaune, la méningite, la rougeole et d'autres maladies.*

*Par la même le pays participe aux efforts des instances internationales pour l'élimination de la poliomyélite et d'autres maladies du PEV, mais aussi entend réduire la charge de morbidité de maladies comme l'hépatite B.*

*La Guinée Bissau entend appliquer cette politique de manière équitable pour tout citoyen du pays, quelque soit sa région de résidence, de manière égale entre les deux sexes, et avec un souci de qualité dans les interventions et les services proposés. Cette politique pourra prendre en compte de nouvelles avancées technologiques, notamment en fonction de la recherche sur des nouveaux vaccins, en adaptant et élargissant le PEV.*

*Cette politique est associée à la politique de sécurité des injections définie en avril 2004 qui établit que 100 % des injections vaccinales administrées par les secteurs public, privé et confessionnel sur toute l'étendue du territoire nationale doivent être sûres : chaque injection doit être pratiquée avec une seringue et une aiguille stériles à usage unique, qui sont ensuite éliminées après usage.*

*Cette politique va intégrer dans sa mise en œuvre des initiatives et stratégies qui visent à réduire la mortalité infantile comme la PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) et la IMN (Initiative pour les Micro Nutriments), ainsi qu'en associant aux activités vaccinales des interventions connues pour améliorer la santé des enfants (vitamine A, moustiquaires imprégnées durant des campagnes de distribution ou d'imprégnation, ..).*

*Par ailleurs, la politique vaccinale de Guinée Bissau prend en compte le besoin d'assurer la continuité et la pérennisation des services, en affirmant la nécessité pour le gouvernement de s'approprier progressivement la responsabilité du financement des activités par l'inscription dans le budget de l'état d'une ligne spécifique pour la vaccination de routine, ainsi qu'une ligne pour faire face aux situations d'urgence comme les épidémies.*

*De même, cette politique sera coordonnée avec les autres initiatives concourant à l'amélioration de la santé des populations, et avec le développement du système de santé national, notamment en terme de ressources humaines et de logistique. Elle confirme les orientations déjà prises dans le PNDS 2002-2007.*

*Cette politique prend en compte les engagements pris vis-à-vis des instances internationales en matière d'éradication de la poliomyélite.*

### **3. Calendrier vaccinal, nouveaux vaccins, et groupes cibles**

Les vaccins administrés dans le cadre du PEV sont : BCG, DTC, polio, rougeole et tétanos. Le calendrier vaccinal est le suivant :

#### Chez les enfants de moins de un an :

- BCG et Polio zéro – à la naissance
- DTC et Polio (3 doses) – à la 6e semaine, 10e semaine et 14e semaine
- Rougeole (1 dose) – à 9 mois

#### Chez les femmes en âge de procréer:

- Tétanos (5 doses) – chez les femmes en âge de procréer à partir de 14 ans 1<sup>e</sup> dose, 2<sup>e</sup> dose après 4 semaines, 3<sup>e</sup> dose après 24 semaines, 4<sup>e</sup> dose après 12 mois et 5<sup>e</sup> dose après 12 mois.

A partir de 2006, il est décidé d'introduire deux nouveaux vaccins au calendrier vaccinal de routine :

#### Chez les enfants de moins de un an

- fièvre jaune – à 9 mois, en même temps que la rougeole
- hépatite B - à la 6e semaine, 10e semaine et 14e semaine, en association avec le DTC

## **4. Formation des personnels**

Les personnels de santé devront recevoir dans leur cursus de formation initiale un enseignement sur la politique vaccinale et les techniques de mise en oeuvre. La formation continue devra inclure également ces éléments après leur entrée dans la vie active. Cet enseignement devra prendre en compte les nouveaux développements en matière de vaccination.

Un module de formation spécifique comprenant des éléments d'évaluation sera mis en place afin d'appuyer cette décision.

## **5. Stratégies pour protéger le plus grand nombre de personnes.**

Afin de garantir au plus grand nombre d'enfants et de femmes en particulier l'accès à la vaccination, le MINSA veillera tout particulièrement à ce que les services de vaccinations de qualité soient accessibles et disponibles dans toutes les aires sanitaires. Les stratégies fixes et avancées devront s'adapter en intensité et fréquence aux poches de populations sous desservies. La réforme et le renforcement du SIS dans le sens d'une décentralisation doit favoriser une focalisation des efforts dans les zones de faibles couvertures.

Bien qu'étant conscient de la nécessité d'augmenter rapidement et de rattraper le retard de couverture pour certains antigènes, le MINSA souhaite privilégier le renforcement du PEV de routine et en particulier des stratégies avancées sur la réalisation de campagne de masse.

Un plan de développement des ressources humaines adéquat et la distribution adaptée de personnels qualifiés devront accompagner la mise en oeuvre de cette politique.

## **6. Gestion**

Une synergie entre programme de vaccination et système de santé s'effectue en terme d'information par le partage de données régulier, mais aussi de partage de ressources au niveau des régions sanitaires (transport). Cette politique d'intégration est mise en oeuvre dans le cadre du PNDS.

La surveillance épidémiologique est mise en oeuvre par la direction d'hygiène et d'épidémiologie (DHE), tandis que le reste de la mise en oeuvre du PEV est gérée par le Programme national.

La communication sociale et l'information sont menées en collaboration avec la Direction d'Information, Education et Communication sociale (DIECS).

Il est envisagé de confier à la CECOME (Centrale d'achat de médicaments essentiels) la gestion et l'approvisionnement des vaccins au niveau central à partir de 2007.

Bien que le PEV dispose d'une équipe de coordination au niveau central, le rôle des régions sanitaires est prépondérant dans l'atteinte de bonnes couvertures vaccinales et de la vaccination du plus grand nombre de personnes des groupes cibles.

Une estimation précise des groupes cibles, une planification efficiente des points de vaccination mobile, et une gestion économe des équipes et des moyens de transport doit permettre de parvenir à ce résultat. L'équipe de coordination au niveau central soutiendra les équipes régionales dans ce sens.

L'entretien de la chaîne du froid et des moyens de transport au niveau régional, la réflexion sur la mobilisation des ressources pour le carburant, et une politique équitable de mise à disposition de fonds pour les stratégies avancées sont des éléments importants. La maintenance journalière de la chaîne du froid est sous la responsabilité des équipes régionales. Un responsable de l'entretien de la chaîne du froid est nommé dans chaque équipe régionale, et sera appuyé par un responsable au niveau national pour la maintenance préventive de la chaîne du froid.

Une réflexion sur l'énergie à utiliser pour l'entretien de la chaîne du froid est engagée, mais pour l'heure le pétrole et les panneaux solaires sont conservés, tandis qu'un mécanisme pour la sécurité de ces derniers est envisagé.

## **7. Mobilisation sociale**

Les populations doivent être convaincues de l'importance de la vaccination pour leurs enfants et elle-même, et s'approprier le calendrier national de vaccination.

La mobilisation et l'information pourront être faites dans ce sens à destination des familles, incluant les pères, en tenant compte du taux d'alphabétisation et des obstacles culturels éventuels. Les canaux de transmission traditionnels devront être utilisés de préférence (leaders traditionnels, religieux, et autres), ainsi que les médias modernes (radios nationales et communautaires).

Les écoles doivent être concernées par les campagnes d'information, le curriculum scolaire aménagé afin que les avantages de la vaccination soient connus de tous, en particulier des jeunes filles, futures mères concernées tant par la vaccination antitétanique que par la vaccination de leurs futures enfants.

Les services de santé doivent faire des efforts particuliers pour informer les populations des points de rassemblements et jours d'accès aux services de vaccination, et tout faire pour que les services soient disponibles régulièrement et selon le calendrier fixé.

## **8. Système d'information sanitaire et surveillance épidémiologique**

Le recueil de données du PEV est intégrée dans le SIS, et sont validées dans un souci permanent de qualité et de viabilité. Cette démarche s'associe au travail de validation déjà réalisé dans ce domaine par les institutions internationales.

L'analyse des données doit être faite au niveau des directions régionales de la santé, ainsi qu'au niveau local dans les aires sanitaires.

La surveillance épidémiologique, partie intégrante du SIS est associée à la politique vaccinale par le biais du plan de Surveillance Intégrée des Maladies, et prévoit la formation à tous les niveaux des personnels de santé afin de garantir une notification rapide des cas de maladies sous surveillance, incluant les maladies du PEV et la réponse à y apporter.

Un réseau de laboratoires au niveau national pourra appuyer la surveillance épidémiologique. Ce réseau sera centré autour du LNSP dont les capacités devront être renforcées à cet effet.

## **9. Préparation et réponse aux épidémies**

En plus de la mise en place d'un système de surveillance efficace, un stock de sécurité de vaccins sera prévu et géré par le MINSA en fonction des risques, notamment pour :

- a. la fièvre jaune
- b. la méningite
- c. la rougeole

Le CCIA et le comité de gestion des épidémies coordonneront leurs actions lorsque l'utilisation de ces stocks d'urgence sera nécessaire.

## **10. Recherche opérationnelle.**

L'introduction de nouveaux vaccins, mais aussi le suivi de l'impact de la vaccination sur la santé des populations feront l'objet d'efforts de recherches nationaux, en particulier afin de pouvoir adapter les recommandations internationales aux spécificités du pays.

Les effets adverses éventuels des nouveaux vaccins feront l'objet d'une surveillance spéciale, ainsi que d'éventuels effets non spécifiques, alors que de nouveaux antigènes sont introduits dans le calendrier de routine.

## **11. Financement**

Un budget spécifique au PEV incluant toutes ses composantes et les ressources mobilisées sera réalisé annuellement par le Ministère de la Santé dans le cadre du cycle de planification habituel, en séparant le niveau central des régions et de l'activité des campagnes.

Un plan de financement sera fait incluant la participation de tous les partenaires et la participation du gouvernement..

Ce travail sera réalisé sur une période égale à celle du plan pluriannuel global, et prévoira notamment une participation croissante du gouvernement aux dépenses du PEV de routine. Cet engagement s'inscrit dans l'adhésion de la Guinée Bissau aux résolutions du sommet d'Abuja qui prévoit que 15 % du budget de l'état soit affecté au secteur de la santé.



## **12. Suivi et évaluation de la politique**

Afin de garantir une mise en œuvre optimale de la politique de vaccination, un comité national dénommé Comité National de Coordination (créé par décret du premier ministre en septembre 2002) dénommé aussi CCIA (Comité de Coordination Inter Agences) sous la présidence du Ministre de la santé a la charge veiller à la coordination des interventions du PEV et de surveillance épidémiologique, à la synergie avec les autres politiques de santé, ainsi qu'à la mobilisation des ressources chez les partenaires, mais également au niveau gouvernemental.

Une commission technique de vaccination est chargée de faire des recommandations et le secrétariat du CNC sur tous les aspects de la mise en œuvre de la politique.

La politique nationale en matière de vaccination sera évaluée régulièrement au moment du renouvellement de chaque plan pluri annuel de 5 ans de manière globale, ainsi qu'à mi-parcours de manière plus ciblée. Le ministère entend pratiquer cet exercice dans un esprit de transparence et d'amélioration de l'efficacité des interventions.