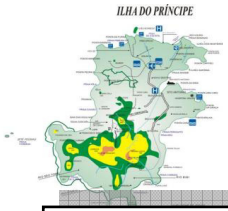
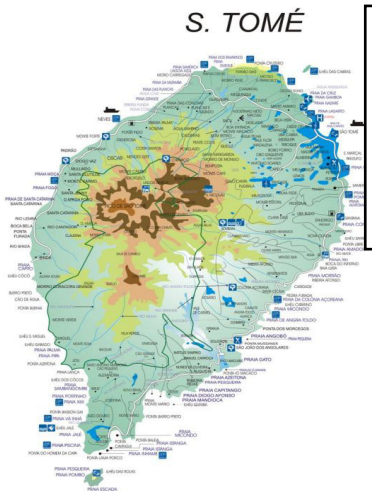
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DE SAO TOME ET PRINCIPE

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION DES SOINS DE SANTE

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION





REVUE EXTERNE DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DE SAO TOME ET PRINCIPE 2013

Octobre 2013

Rapport Final

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES 4

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 5

REMERCIEMENTS 7

RESUME 8

1. INTRODUCTION 11

2. OBJECTIF DE LA REVUE 11

3. METHODOLOGIE 11

3.1. RESPONSABLES INTERVIEWES ET SITES VISITES 12
3.2. CHOIX ET REPARTITION DES EVALUATEURS 13
3.3. DEROULEMENT DE LA REVUE 14
3.4. NOTE IMPORTANTE 15

4. LIMITES DE L'EVALUATION 15

5. CONTEXTE (BACKGROUND) 15

5.1. INFORMATIONS GENERALES 15
5.1.1. APERÇU GEOGRAPHIQUE 15
5.1.2. DONNEES DEMOGRAPHIQUES 16
5.1.3. DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES ET FINANCIERES 17
5.2. SYSTEME DE SANTE 18
5.2.1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE 18
5.2.2. POLITIQUE NATIONALE DE SANTE ET PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 19
5.2.3. FINANCEMENT DE LA SANTE 20
5.3. LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV) 21
5.3.1. ORGANISATION DU PEV 21
5.3.2. PLANIFICATION 21
5.3.3. COORDINATION 21
5.3.4. SUIVI ET ÉVALUATION 21
5.3.5. RENFORCEMENT DES CAPACITÉS 22
5.3.6. APPROVISIONNEMENT EN VACCINS DE QUALITE ET CHAINE DU FROID 22
5.3.7. LOGISTIQUE 24
5.3.8. EVALUATION DE LA GESTION EFFICACE DES VACCINS (EGEV) 28
5.3.9. EQUIPEMENTS ET INFRASTRUCTURES 28
5.3.10. SECURITE DES INJECTIONS 28
5.3.11. ELIMINATION DES DECHETS 28
5.3.12. PRATIQUES 28
5.3.13. POLITIQUE DES FLACONS ENTAMES 28
5.3.14. ORGANES DE GESTION DU PEV 29
5.3.15. VISION ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PEV 29
5.3.16. POPULATION CIBLE ET CALENDRIER VACCINAL 31
5.3.17. INTEGRATION DES ACTIVITES DE LA SANTE DE LA MERE ET DES ENFANTS 32
5.4. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES CIBLES DU PEV 32
5.4.2. SURVEILLANCE DES PFA 33
5.4.3. SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE, DE LA FIEVRE JAUNE ET DU TETANOS 33
5.4.4. ORGANES DE GESTION DU SYSTEME DE SURVEILLANCE 33
5.5. COMMUNICATION POUR LA VACCINATION 34

5.6. FINANCEMENT DU PEV **35**
5.6.1. ETAT 35
5.6.2. PARTENAIRES 36

6. RESULTATS DE LA REVUE **36**

7. OPPORTUNITES **54**

8. MENACES **54**

9. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS **55**

9.1. EN RAPPORT AVEC LA COUVERTURE VACCINALE **55**
9.2. EN RAPPORT AVEC LE SYSTEME DE SANTE **55**
9.3. EN RAPPORT AVEC LA GESTION DU PEV **56**

10. ANNEXES **59**

Liste des tableaux, figures et graphiques

Tableau 1 : Liste des formations sanitaires visitées et évaluateurs

Figure 1 ; Carte Géographique

Tableau 2 : Projection des effectifs des groupes cibles du PEV et ceux d'autres paquets des services ayant des liens à la vaccination (RGPH 2001)

Tableau 3 : Évolution du budget général et partie du budget affecté au secteur de la santé (en USD)

Tableau 4: Taux de perte de vaccins (2006-2010)

Tableau 5 *:* Type d'équipement et volume de stockage au niveau central

Tableau 6 : Capacité et coûts (pour stockage positif) - National Store

Graphique 1 : Disponibilité de la capacité de stockage suite à l'acquisition au niveau central d'une chambre froide de 10m3 à partir de 2012.

Table 7 : Capacité et coûts (pour stockage positif)

Graphique 2 : Besoins de chaîne de froid pour la vaccination au niveau opérationnel

Tableau 8: Données de base et projections des objectifs de la couverture vaccinale contenus dans le plan pluri annuel complet 2012-2015

Tableau 9 : Objectifs pour la réduction des taux de perte des vaccins de 2000 à 2012

Tableau 10 : Calendrier Vaccinal initial à STP

Tableau 11 : Calendrier vaccinal à STP après introduction du Pentavalent, de la deuxième dose de la rougeole et des nouveaux vaccins (pneumo et rota)

Tableau 12 : Niveau de performance de la surveillance des PFA à STP de 2006 à 2010

Tableau 13 : Evolution des maladies cibles du PEV 2006 – 2010

Tableau 14 : Dépenses effectuées par les partenaires et le gouvernement au profit du PEV de 2006 à 2010 y compris l'achat des vaccins

Tableau 15 : Index qualité des centres de santé – Revue PEV STP 2013

Tableau 16 : Précision des données rapportées des postes de santé aux districts

Graphique 3 : Précision des données rapportées des districts au niveau central

Figure 2 : Précision du rapportage du niveau central comparé au rapportage des districts

Liste des sigles et abréviations

ANR : Autorité Nationale de Régulation
AVS : Activités de Vaccination Supplémentaires
ASC : Agent de Santé Communautaire
BAD : Banque Africaine de Développement
BCG : Bacille Calmette et Guérin
CAP : Connaissances Attitudes Pratiques
CCIA : Comité de Coordination inter-Agences
CDF : Chaîne du Froid
CNC : Comité National de certification
CNPP : Comité Nacional de Peritos da Polio
CS : Centre de Santé
DQS : Data Quality Self Assessment
DS : District Sanitaire
DTC : Diphtérie Tétanos Coqueluche
DVD-MT : District Vaccine Data Management Tool
ECV : Enquête de Couverture Vaccinale
EGEV : Evaluation de la Gestion Efficace des Vaccins
ENRP : Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté
FS : Formation Sanitaire
FV : Facteur de Vérification
GAVI : Global Alliance for Vaccine and Immunization
GC : Groupe de Confinement
GEV : Gestion Efficace des Vaccins
GIVS : La Vaccination dans le Monde : Visions et stratégies 2006-2015
GVAP : Global Vaccine Action Plan
HepB : Hépatite B
Hib : Haemophilus Influenza b
IDH : Indice du Développement Humain
INE : Institut National de Statistiques (Estatistica)
IST : WHO Inter-country Support Team (Equipe OMS d'Appui inter Pays)
MAPI : Manifestation Adverse Post-Immunisation (en anglais AEFI ou Adverse Events Following Immunization)
MICS : Enquête à Indicateurs Multiples
MIILDA : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action
MLM : Mid-Level Management course for EPI Managers (en français Cours de formation en gestion pour les Cadres du PEV, niveau intermédiaire)
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PCIME : Prise en Charge Intégrée de la Mère et de l'Enfant
PCV : Pastille de Contrôle des Vaccins
PCV-13 : Pneumocoque Conjugate Vaccine-13 ou Vaccin Conjugué anti pneumococcique-13
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PFA : Paralysie Flasque Aiguë
PIB : Produit Intérieur Brut
PIE : Post Introduction Evaluation ou Evaluation Post-Introduction (des nouveaux vaccins)
PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PPAC : Plan Pluriannuel Complet
PPTE : Initiative des Pays Pauvres Très Endettés
PS : Poste de Santé
PSC : Poste de Santé Communautaire
PVS : Polio Virus Sauvage
RAP : Région Autonome de Principe
RDC : République Démocratique du Congo
RDE : Responsable Distrital de Epidémiologia
SIMR : Surveillance Intégrée de la Maladie et Réponse
SMT : Stock Management Tool
SSP : Soins de Santé Primaires
STP : Sao Tomé et Principe
TMN : Tétanos Maternel et Néonatal
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD : Dollar Américain
VAA : Vaccin Anti Amaril
VAR : Vaccin AntiRougeoleux
VAT : Vaccin Anti Tétanique
VIH/SIDA : Virus de l'ImmunoDéficience Humaine/Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise
VPO : Vaccin Polio Oral

Remerciements

L'équipe des évaluateurs externes adresse ses sincères remerciements :

- Au Gouvernement de la République Démocratique de Sao Tomé et Principe et en particulier à son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales et aux membres de son Cabinet y compris Monsieur le Directeur Général des Soins de Santé pour avoir rendu possible cette évaluation et facilité l'exécution de la mission.

- A la Responsable du Programme de Santé de la Reproduction et son équipe pour tout l'appui multiforme apporté durant toute la période de la revue. Ceci témoigne de l'intérêt manifeste que l'équipe centrale a pour les résultats de cette évaluation augurant ainsi de leur volonté à s'approprier les recommandations qui en sortiront.

- A la responsable du Service de Surveillance intégrée sa disponibilité.

- Aux Médecins Délégués de Districts Sanitaires et leur personnel ainsi que tous les agents de santé des formations sanitaires et de l'hôpital Dr Ayres de Menezes qui n'ont ménagé aucun effort pour faciliter le travail.

- A Monsieur le Coordonnateur de l'IST/CA et à l'Equipe IVE pour la confiance qui nous a été faite en nous confiant ce travail et pour tout l'appui multiforme apporté avant, pendant et après la mission ; nous espérons avoir répondu à vos attentes.

- A Messieurs les Représentants de l'OMS et de l'UNICEF et leurs Staffs pour l'appui multiforme apporté depuis l'arrivée de l'équipe jusqu'à la fin de la mission. Nous sommes confiants et rassurés quant au suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de cette évaluation.

- Aux Responsables de l'ONG Saúde Para Todos pour leur disponibilité

- A tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué au succès de cette mission.

Résumé

A la demande du Gouvernement, la revue externe du Programme Elargi de Vaccination (PEV) de Sao Tomé et Principe a été conduite du 29 juillet au 26 août 2013 avec l'appui technique et financier de l'OMS. La réalisation de cette activité a été faite en quatre phases ainsi qu'il suit: phase préparatoire, phase de collecte de données sur le terrain, phase de traitement et d'analyse des données et la phase d'élaboration et finalisation des rapports.

L'objectif de la revue était de faire le diagnostic de la situation du PEV en ce qui concerne ses performances et son fonctionnement par une analyse des différentes composantes du système de vaccination, en vue de proposer les actions correctrices nécessaires pour renforcer et pérenniser les activités du PEV à Sao Tomé et Principe.

Au plan méthodologique, la revue du PEV a évalué les cinq composantes opérationnelles des systèmes de vaccination et les trois composantes d'appui ainsi que l'analyse de la qualité des données de vaccination par le biais de l'outil d'auto-évaluation de la qualité des données (DQS).

La composante « Région » n'étant pas fonctionnelle à Sao Tomé et Principe, l'évaluation du programme a été réalisée au niveau central à travers des interviews et la revue documentaire ainsi que dans 6 districts parmi les 7 que compte le pays. Le district de Principe n'a pas pu être évalué pour des raisons de transport durant cette période, entre Sao Tome et le district de Principe, malgré les efforts déployés par les responsables du Ministère de la santé. Au niveau opérationnel, 6 centres de santé et 9 postes de santé ont été visités. L'Hôpital Dr Ayres de Menezes a également été visité.

Cette activité a été conduite par 4 évaluateurs externes recrutés par l'OMS, en collaboration avec des agents de l'Institut National de Statistiques (INE). La bonne collaboration entre l'équipe des évaluateurs et les agents du PEV, des bureaux de l'OMS et de l'UNICEF a permis d'atteindre les résultats escomptés.

Le présent rapport présente l'essentiel des résultats obtenus à partir de l'analyse des données collectées au cours de la revue du PEV de même que l'analyse de la qualité des données de la vaccination à travers le DQS. Les éléments de la revue documentaire ont également contribué à enrichir l'analyse de la situation du programme.
Les résultats sont résumés par composante évaluée ainsi qu'il suit :

1. Gestion du Programme

Planification

La planification du programme est trop centralisée au niveau du Programme Santé de la Reproduction.
Les activités du PEV sont diluées dans le plan global du Programme qui l'abrite (Plan National de la Santé de la Reproduction 2012-2016) sans analyse approfondie séparée avec identification/priorisation des problèmes spécifiques afin de fixer les objectifs et définir les stratégies/activités adéquates.

Les districts sanitaires ne disposent pas de directives écrites sur la planification et surtout la budgétisation de leurs activités. Les plans d'action annuels qui ont été retrouvés (4 plans d'action sur 6 districts visités) ne comprennent pas toujours des activités de vaccination (3 sur 4 plans de districts et seulement 1 formation sanitaire).

Les structures du niveau opérationnel surtout les postes de santé ne disposent pas de données démographiques pour réaliser des estimations basées sur la population à desservir.

Organigramme

Le PEV n'est pas bien visible dans l'organigramme du ministère de la santé parce qu'il dépend du Programme Santé de la Reproduction mais cette position permet l'intégration d'autres services à la vaccination. Il s'agira donc de renforcer l'équipe de gestion du PEV afin qu'il puisse répondre aux nombreux défis.

Coordination

La coordination du programme demeure insuffisante au regard du nombre de réunions réalisées en 2013 (1 réunion tenue en Mars 2013) avec les responsables des districts sanitaires impliquant l'ensemble des partenaires techniques et financiers.

Les réunions du CCIA ne sont pas suffisamment régulières même si les questions urgentes sont examinées avec diligence. La dernière réunion du CCIA date de Mai 2013. La périodicité définie devrait être respectée surtout pour permettre d'examiner la situation du PEV y compris des maladies cibles de la vaccination et prendre les mesures qui s'imposent.

La coordination reste l'apanage du groupe technique au sein du Programme de Santé de la Reproduction avec une contribution peu ressentie du service de surveillance quant à son implication systématique dans les activités du PEV. La surveillance des maladies cibles du PEV avec comme chef de file la poliomyélite en dépend, le pays n'ayant pas notifié de cas depuis bien longtemps.

Suivi et Evaluation

Le suivi de la mise en œuvre des activités dépend intimement de la qualité de la coordination. Aussi la revue a-t-elle noté que la collecte et l'analyse des données est également centralisée que ce soit pour la vaccination que pour la surveillance quand bien même des données existent dans les districts.

Le monitorage des couvertures vaccinales qui permet de prendre des mesures correctrices là où les données sont produites ne se fait pas. La notion de couverture vaccinale n'est pas perçue sur le terrain et même au niveau central, la base de données DVD-MT était bloquée depuis Mai 2013. Les couvertures n'étaient plus suivies et partagées que grâce aux initiatives de la coordinatrice du programme.

L'outil d'auto-évaluation de la qualité des données (Data Quality Self Assessment ou DQS) pour lequel deux formations ont été organisées en 2011 ne fait pas l'objet d'utilisation sur le terrain.

2. Qualité des Données

L'audit de la qualité des données réalisée sur le terrain a montré que seul l'enregistrement des données (moyenne nationale de 85%) peut être considéré comme une force du système de suivi des données de vaccination.

La disponibilité des données démographiques (0%), l'utilisation des données statistiques (0%), le suivi des indicateurs (14%), la gestion des stocks de vaccins y compris les inventaires réguliers (50%), le remplissage des rapports d'activités (54%) et l'archivage des documents (45%) restent encore à parfaire. Pour être acceptable, l'indice de qualité pour chacun des indicateurs évalués devrait être au moins égal à 80%.

Quant à la précision des données, la situation est la suivante :

1. Au niveau des Formations sanitaires

Pour le Penta 3, une seule formation sanitaire rapporte avec exactitude (FV=100%), 3 sous notifient (FV>100%) et 4 sur notifient (FV<100%).
Pour le VAR, 2 formations sanitaires rapportent avec exactitude (FV=100%), 2 formations sanitaires sous notifient (FV>100%) et 4 sur notifient (FV<100%).
Pour le VAT2, une seule formation sanitaire rapporte avec exactitude (FV=100%), 2 sous notifient (FV>100%) et 2 sur notifient (FV<100%).

Dans certaines formations sanitaires, des rapports mensuels n'ont pas pu être observés, ce qui a invalidé les données rapportées et ainsi le facteur de vérification n'a pas pu être calculé. Ceci repose encore le problème de l'archivage des rapports évoqué plus haut.

2. Au niveau des districts sanitaires

Trois (3) districts sur les 6 rapportent avec exactitude (FV=100%) les données reçues des formations sanitaires pour les trois antigènes (Caué, Lemba et Lobata) tandis que un (1) sur notifie (FV<100%) pour tous les trois antigènes (Mézochi), un sous notifie (FV>100%) pour tous les 3 antigènes (Cantagalo) et un (1) sur notifie le Penta 3 et le VAR mais notifie avec exactitude le VAT2 (Agua Grande).
Pour le district de Agua Grande, les données sont compilées au niveau du Centre de Santé Reproductive et transmises directement au niveau central.

3. Au niveau central

La comparaison a été faite entre les données rapportées par les formations sanitaires aux districts, les données rapportées par les districts au niveau central et les données rapportées par le niveau central à l'OMS à travers le fichier «Routine Immunization» sous Epi info.
Le facteur de vérification est de 99% pour le Penta 3, 93% pour le VAR et 83% pour le VAT. Il y a donc une sur notification tous antigènes considérés, les facteurs de vérification étant inférieurs à 100%.

3. Renforcement des capacités des ressources humaines

Formation

Le personnel impliqué dans la prestation des services de vaccination (86 sur 228 soit environ 38%) est formé sur la vaccination soit lors de la formation initiale, soit en cours d'emploi soit sur le tas. La formation au cours de laquelle l'ensemble des composantes du PEV a été développé s'est déroulée en Octobre 2012 à l'occasion de l'introduction du vaccin PCV-13.

Supervision formative

La supervision formative reste un des points faibles du système en raison de l'absence de structuration depuis le niveau central (Elaboration d'un plan de supervision, Fiche de supervision formative commune à l'image de la fiche DQS, feedback écrit obligatoire incluant un plan de résolution des problèmes identifiés/priorisés ensemble avec le supervisé, etc.). Deux (2) districts sur les 6 visités déclarent avoir reçu au moins 2 visites de supervision du niveau central en 2013 mais sans rapport ; aucun district n'a réalisé une visite de supervision avec rapport depuis le début de l'année 2013 ; seulement 7 formations sanitaires sur les 16 déclarent avoir reçu au moins 2 visites de supervision et une (1) seule dispose d'un rapport en guise de rétro information.

4. Financement du PEV

Le financement du PEV reste dépendant du financement extérieur garanti jusque-là par l'UNICEF et l'OMS, le FNUAP, les ONGs Saúde Para Todos et AMI. Le FNUAP et les ONGs appuient surtout pour le transport et le carburant en plus du personnel technique qui participent sur le terrain à la sensibilisation et à l'administration des vaccins selon le niveau de compétence.
Il n'existe pas de source privée de financement de la vaccination telles que les compagnies pétrolières et autres entreprises de grande envergure.
Cependant, d'autres sources potentielles telles que l'Union Européenne existent et attendent la soumission de requêtes rédigées selon les normes.

5. Prestations des services de vaccination

Les services de vaccinations sont offerts au quotidien pour tous les antigènes dans toutes les formations sanitaires sauf pour le BCG pour lequel des regroupements d'enfants sont opérés en vue de réduire les pertes, ce vaccin étant de 20 doses par flacon.
Les documents d'enregistrement et de rapportage des vaccinations existent. Le circuit de vaccination dans les formations sanitaires pourrait occasionner des sur enregistrements les enfants étant pointés sur les documents avant d'avoir été vaccinés. Le temps d'attente long (plus d'une heure selon 18 des 23 mères interrogées) et l'absence de documents spécifiques pour l'enregistrement des vaccinations en stratégie avancée (registre nominal pour stratégie avancée) ont aussi été relevés.

6. Approvisionnement et qualité des vaccins

L'approvisionnement des vaccins est fait par le niveau central et aussi par le niveau district là où le district reçoit les vaccins avant de les distribuer au niveau périphérique. Les ruptures de vaccins sont quasi inexistantes.

Pour le district de Agua Grande, les formations sanitaires y compris l'Hôpital Dr Ayres de Menezes sont directement approvisionnées par le niveau central.

Le niveau de connaissance des acteurs sur les vaccins à ne pas congeler, les vaccins qui peuvent être conservés pour une utilisation postérieure, la température de conservation des vaccins et les manifestations adverses post-injection de même que la maîtrise des voies et techniques d'administration des différents vaccins montrent une capacité certaine à offrir les services.
L'approvisionnement à partir du niveau central est fait selon la méthode de la population cible tandis que les formations sanitaires le sont selon la méthode de la consommation antérieure.

7. Logistique et Chaîne du froid

Le niveau central et le niveau opérationnel disposent de capacités de stockage suffisants avec des équipements de chaîne du froid fonctionnels avec un stock suffisant de pétrole là où cela est nécessaire.
Il manque cependant des fiches d'inventaire régulier des vaccins et il n'y a pas toujours de réaction conséquente en cas d'enregistrement de température anormale. Une méconnaissance du réglage du thermostat est notée et il n'y a pas d'orientations écrites en cas de rupture de la chaîne du froid.

8. Surveillance épidémiologique

Le service de surveillance intégrée du ministère n'est pas suffisamment impliqué dans les activités du PEV. Les documents de notification et d'investigation des cas ainsi que les définitions des cas de maladies cibles du PEV existent mais les agents de santé ne sont pas responsabilisés pour l'investigation. De plus les définitions ne sont pas affichées pour une utilisation courante si bien qu'elles demeurent méconnues, ce qui pourrait expliquer le fait que les cas suspects de maladies à notification obligatoire ne sont pas notifiés à l'exception de l'unique cas suspect de fièvre jaune (résultat négatif après examen au laboratoire).

9. Communication et mobilisation sociale

Le niveau de mise en œuvre des activités de communication et de mobilisation sociale demeure insuffisant malgré l'existence du plan de communication 2011-2015.
Les causeries interpersonnelles sont faites avec les mères, des dépliants et posters leur sont distribués mais cela reste encore insuffisant beaucoup de mères ignorant la date à laquelle leur enfant doit recevoir la prochaine vaccination (dix (10) mères sur 23 soit 43%) encore moins l'âge auquel il doit être vacciné (14 mères sur 23 interrogées soit 60,9%).
Il n'existe pas de boîtes à images pour les causeries avant la vaccination. Ces causeries éducatives ne sont pas régulières même là où il y a une grande affluence. L'espace réservé pour les causeries n'est pas suffisant et lorsque cette causerie est menée, les mères ne posent pas beaucoup de questions très probablement parce qu'elles ne veulent pas allonger le temps d'attente qu'elles jugent déjà long.
La contribution des agents de santé communautaires demeure insuffisante vu que ces derniers interviennent très peu pour la vaccination de routine. Cependant, ils auraient pu être un bon véhicule de l'information dans les ménages qu'ils visitent pour d'autres programmes tels que ceux de la lutte contre le Sida et le Paludisme. Pour cela un minimum de formation s'avère nécessaire avec un guide de communication intégré.

1. INTRODUCTION

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) de Sao Tomé et Principe a démarré en 1977 avec l'appui technique et financier de l'UNICEF et de l'OMS renforcé en 2002 par l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI).

Le PEV a été intégré dans le Programme de la Santé de la Reproduction depuis 1997 et offre actuellement sur toute l'étendue du territoire national des vaccins aux enfants de moins d'un an contre la Tuberculose, la poliomyélite, la Diphtérie, la Coqueluche, le Tétanos, l'Hépatite B, la Rougeole, la Fièvre Jaune, les infections à Haemophilus b et à pneumocoques.

Depuis 1977 les femmes enceintes sont vaccinées contre le Tétanos à travers le PEV de routine. Le pays est certifié avoir éliminé le TMN depuis 2005.

Depuis 2007, les couvertures vaccinales tous antigènes confondus sont supérieures ou égales à 90%, ce qui témoigne de la performance apparente du programme du moins à travers les données administratives collectées mensuellement auprès des acteurs de terrain.

Le taux d'abandon est resté constamment en dessous de 10% pendant la même période même si en 2012 il avait été noté une augmentation de ce taux à 14%.

Cette performance, ajoutée au fait que le pays a éliminé le Tétanos depuis 2005, a placé Sao Tomé et Principe parmi les prétendants à l'introduction d'autres nouveaux vaccins tels que le rotavirus mais également la deuxième dose du vaccin anti rougeoleux.

La dernière revue du PEV du pays a été réalisée en 2007, ce qui fait que la planification des interventions a toujours été basée sur des données administratives.

Aussi, le Gouvernement a-t-il voulu à travers cette revue, apprécier la situation actuelle du PEV en vue d'identifier ses forces, faiblesses, contraintes et opportunités afin de prendre les mesures requises pour faire face aux éventuels défis à relever pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.

Les données de la revue serviront également de base pour la mise à jour du PPAC. Pour ce faire, les indicateurs dégagés par le GVAP devront être renseignés.

Ce rapport fait l'économie des résultats de la revue conduite durant le mois d'Août 2013 par une équipe d'évaluateurs externes et nationaux.

2. OBJECTIF DE LA REVUE

Analyser la situation actuelle du PEV de Sao Tomé et Principe à travers ses composantes opérationnelles et d'appui afin de proposer des recommandations en vue d'améliorer /renforcer et pérenniser les activités du programme.

3. METHODOLOGIE

L'évaluation du programme a été organisée autour des cinq composantes opérationnelles des systèmes de vaccination et des trois composantes d'appui, auxquels s'est ajoutée l'analyse de la qualité des données de vaccination par le biais de l'outil d'auto-évaluation de la qualité des données (DQS).

Dans la perspective de la mise à jour prochaine du PPAC, les informations liées à la mise en œuvre du Plan d'Action Mondial pour la Vaccination (GVAP) ont été recueillies selon la disponibilité

L'évaluation a été réalisée au niveau central et dans 6 districts parmi les 7 que compte le pays.

Le district de Principe n'a pas pu être visité malgré les efforts déployés par les responsables du ministère pour obtenir des places dans l'avion assurant la liaison entre Sao Tomé et cette île.

3.1. Responsables interviewés et Sites visités

Au niveau central,

- Son Excellence Monsieur le Ministre de la santé
- PEV National :
    - Madame la Responsable du Programme Santé de la reproduction en Charge du PEV
    - Le Logisticien du PEV
    - Le Gestionnaire de données du PEV

-La Responsable de la Surveillance Intégrée
-Partenaires :

UNICEF :
- Représentante Adjointe
- Health Specialist

Projet Saúde Para Todos :
- Coordonnateur du Projet
- Coordonnateur des activités préventives

OMS :
- Point focal PEV
- Point focal Surveillance

Au niveau opérationnel,
Les membres des équipes cadres des districts ont été interviewés.
Au niveau des formations sanitaires, le choix a été fait en 2 étapes :
-le choix raisonné : l'Hôpital national qui fait office de centre de référence nationale mais aussi pour le district de Agua Grande ainsi que tous les **centres de santé** (équivalents d'hôpitaux de districts) ont d'office été inclus ;

-le choix aléatoire : deux **postes de santé** (centres de santé de premier contact) ont été tirés au sort par district. Pour cela, la liste exhaustive a été recueillie et la disponibilité de l'offre de services de vaccination a été faite avant de procéder au tirage au sort. Ce tirage a été opéré en inscrivant pour chaque district (excepté le district de Lemba qui n'a aucune formation sanitaire de ce niveau qui offre les services de vaccination au quotidien) les noms des postes de santé sur du papier que l'on a fermé et mélanger avant d'en choisir 2.

A ces différents niveaux, les personnes suivantes ont été interviewées :
Au niveau opérationnel,
- Les Délégués, responsables des districts sanitaires (DS);
- Les points focaux surveillance des DS ;
- Les coordonnateurs PEV des DS ;

- Les Responsables des Centres de Santé (CS) et des Postes de Santé (PS) visités au nombre de 15, le Directeur de l'Hôpital Dr Ayres de Menezes n'ayant pas fait l'objet d'entretien ;
- Les responsables PEV des Centres de Santé (CS) et des Postes de Santé (PS) au nombre de 17 (A l'Hôpital 2 agents ont été interviewés) ;
- Les Agents de Santé Communautaires (ASC) au nombre de 10 avec 2 membres de Comité de santé ;

- Les bénéficiaires des services de vaccination que sont les mères des enfants cibles au nombre de 23.

Au total, 61 personnes ont été interviewées (liste en annexe 5).

3.2. Choix et répartition des évaluateurs

Quatre évaluateurs externes recrutés par l'OMS, quatre évaluateurs internes désignés par le ministère de la santé et quatre autres évaluateurs internes recrutés auprès du service national des Statistiques (INE) ont réalisé la collecte des données.

La liste des formations sanitaires visitées et des évaluateurs est la suivante (**tableau 1**):

Tableau 1 : Liste des formations sanitaires visitées et évaluateurs

Districts	Formations sanitaires	Evaluateurs	Institution	Profession
Agua Grande	Hospital Central/CS Água Grande	**Robert K. Yaméogo**	**OMS**	Médecin de Santé Publique, epidémiologiste
	CS Reproductiva	Vladimir Sousa	MSAS	Technicien de Santé
	PS São Marçal	Elminaide Moniz	MPF	Statisticien, Superviseur ECV/DQS
Mezochi	CS Trindade	**Armelle Ngomba**	**OMS**	Médecin
	PS Bombom	Semoa da Trindade	MSAS	Epidemiologiste
	PS Caixão Grande	Maria Gloria Ten Jua	MPF	Statisticien, Superviseur ECV/DQS
Lobata	CS Guadalupe	**Nolna Désiré**	**OMS**	Médecin de Santé Publique, epidémiologiste
	PS Sto Amaro	Juliana Ramos	MSAS	
	PS Conde	Adelino de Freitas	MPF	Statisticien, Superviseur ECV/DQS
Cantagalo	CS Água Izé	**Laclé Anani**	**OMS**	Ingénieur Sanitaire
	PS Ribeira Afónso	João Costa Neto	MSAS	Gestor de dados PAV Central
	PS Uba Budo	Adriana Carvalho	MPF	Statisticien, Superviseur ECV/DQS
Lemba	CS Neves	**Laclé Anani**	**OMS**	Ingénieur Sanitaire
		João Costa Neto	MSAS	Gestor de dados PAV Central
		Adriana Carvalho	MPF	Statisticien, Superviseur ECV/DQS
Caue	CS Angolares	**Armelle Ngomba**	**OMS**	Médecin
	PS Ribeira Peixe	Semoa da Trindade	MSAS	Epidemiologiste
	PS Porto Alegre	Maria Gloria Ten Jua	MPF	Statisticien, Superviseur ECV/DQS

3.3. Déroulement de la revue

La revue s'est déroulée du 29 Juillet au 26 Août 2013. Les stratégies/activités qui ont été utilisées sont les suivantes :

- **Revue documentaire** (voir liste en annexe 6)
- **Adaptation et traduction en portugais des outils de collecte des données**

- **Collecte des données**

Interviews structurés et semi-structurés aux différents niveaux identifiés ci-dessus selon la ou les personnes rencontrées.

Dans le cadre de l'audit de la qualité des données à l'aide de l'outil DQS, des questionnaires sur la qualité du système de suivi et des outils pour l'évaluation de la précision des données ont été appliqués selon le processus en vigueur.

- **Elaboration des masques de saisie et du plan d'analyse**
- **Traitement des données :** dépouillement, saisie et analyse des données collectées.
- **Elaboration du rapport de la revue**

Le chronogramme détaillé de la revue est en annexe 2 de ce rapport.

3.4. Note importante

L'évaluation post-introduction (EPI) du vaccin PCV-13 et l'enquête de couverture vaccinale (ECV) ont été reportées pour des périodes ultérieures.

Au regard du volume et du nombre de questionnaires de la revue et du DQS, l'intégration de l'évaluation post-introduction du PCV-13 rendrait très lourde la collecte des données et en affecterait certainement la qualité.

L'évaluation post-introduction du PCV-13 devra être faite au moins 2 mois avant l'introduction de la deuxième dose du vaccin anti rougeoleux, cela pouvant servir d'évaluation pré-introduction.

L'une des recommandations de l'OMS étant d'impliquer des structures locales dans les enquêtes de couverture vaccinale afin de les rendre réalisables à la périodicité souhaitée, il a été proposé que cette enquête soit conduite par l'Institut National de Statistiques (INE). Comme cette structure n'était pas associée aux préparatifs de la revue, il ne leur est pas possible de conduire simultanément l'enquête de couverture pendant la même période.

Cependant, les supports de collecte des données de l'ECV ont été adaptés et remis au ministère de la santé pour utilisation en temps opportun.
Cette enquête pourrait se faire dans le cadre de l'enquête MICS qui est programmée pour le mois de Septembre 2013.

4. LIMITES DE L'EVALUATION

Le fait que l'évaluation n'ait pas pu inclure le district de Principe pourrait avoir réduit la plage d'informations sur le PEV de Sao Tomé et Principe.

Cependant, les informations recueillies dans les localités accessibles pourront certainement servir pour faire des ajustements dans cette partie du pays.

Les informations à recueillir n'ayant pas fait l'objet de définition claire, un certain nombre d'informations se sont avérées inexactes et n'ont pas été prises en compte au cours de l'analyse.

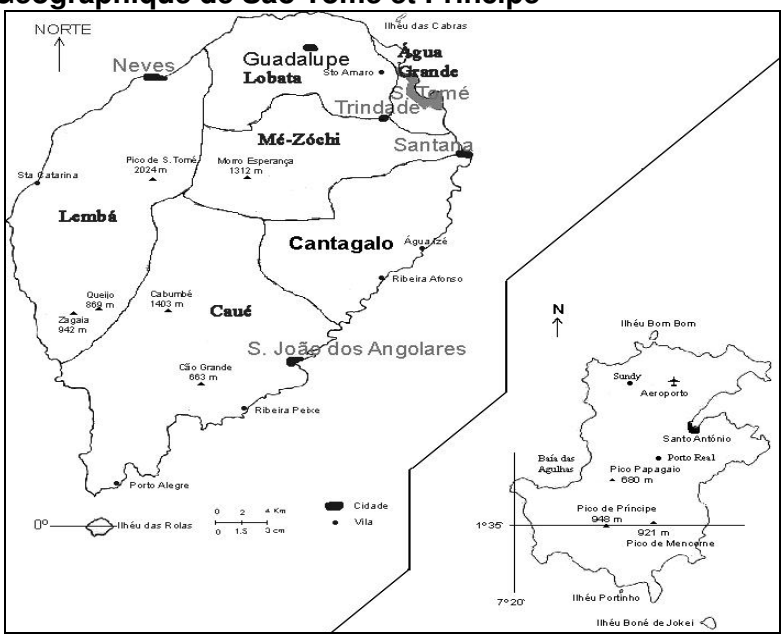
5. CONTEXTE (Background)

5.1. INFORMATIONS GENERALES

5.1.1. Aperçu géographique

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

Figure 1 ; Carte Géographique de São Tome et Príncipe



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

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

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

5.1.2. Données démographiques

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

L'augmentation de la population a été accompagnée du phénomène d'exode rural ; la densité de la population a une valeur moyenne de 167 hab. /Km (en 2006) mais avec des fortes variations d'un district à l'autre. La population est essentiellement urbaine, à environ 58% (estimation basée sur le recensement de 2001 à partir duquel des projections ont été faites-**Tableau 2**), néanmoins la moitié des citadins vit dans les agglomérations et les quartiers suburbains. Dans la structure de la population en 2005, les femmes sont majoritaires (51%) et on les retrouve surtout dans les zones urbaines et, d'autre part, se détache le fait que la population est très jeune avec 50% des moins de 16 ans.

Tableau 2 : Projection des effectifs des groupes cibles du PEV et ceux d'autres paquets des services ayant des liens à la vaccination (RGPH *2001)*

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

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

Cette nouvelle base des données est la source officielle utilisée au niveau national et par tous les partenaires. Un nouveau recensement a été réalisé en 2012 et les données sont en cours de validation. Cela va permettre de disposer des bases démographiques actualisées.

5.1.3. Données socio-économiques et financières

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

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

L'inflation est à deux chiffres, 13,7% en 2009. Une inflation si élevée fait de plus en plus de pauvres dont 15% vit avec moins de 1 USD par jour en 2001.
Selon ENRP (Stratégie Nationale de la Réduction de la Pauvreté), l'incidence de la pauvreté et l'extrême pauvreté est plus prononcée dans les familles dirigées par des femmes, avec 55,7 % et 15,6 % respectivement, comparativement à 53 % et 14,9 % dans les ménages dirigés par des hommes.

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

- STP est devenu éligible par l'allégement de sa dette dans le cadre de l'initiative PPTE depuis 2000. Un document sur la Stratégie de Réduction de la Pauvreté fut adopté par le gouvernement en 2002 ; il s'agit d'un document qui a comme grande priorité la Santé et qui devra inspirer appui et confiance des partenaires au développement ;

- Des succès enregistrés dans la réforme structurelle liée à la création d'un contexte favorable aux affaires et à la consolidation du gouvernement. ;
- Évolution favorable dans le domaine politique.

Dans le classement basé sur l'IDH, STP occupe la 127^{e} position avec un indice de 0.488 en 2008.

Sao Tomé et Principe peut être sujet à l'expérience d'un changement majeur dans son économie avec la production de pétrole offshore dont l'exploitation était prévue pour commencer en 2013.

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

5.2. SYSTEME DE SANTE

5.2.1. Organisation du système de santé

5.2.1.1. Structures Sanitaires et leur Fonctionnement

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

5.2.1.2. Le niveau central

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

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

5.2.1.3. Le niveau des districts

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

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

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

5.2.1.4. Personnel de santé et infrastructures

L´insuffisance des ressources humaines constitue un problème sérieux pour le secteur dans son ensemble. En effet le nombre de médecin par habitant est passé de 1 médecin pour 2284 habitants en 2004 à 1 médecin pour 2112 habitants en 2006, et pour les infirmiers de 1 infirmier pour 908 habitants à 1 infirmier pour 800 habitants pour la même période, mais ils ne sont pas bien distribués. Le pays compte à ce jour 39 unités de prestations des soins dont 1 hôpital de référence, 7 centres de santé et 31 postes de santé. Ces formations sanitaires sont reparties à travers le pays de sorte que l'accès aux soins soit garanti à la grande majorité de la population dans un délai moyen de 60 minutes de marche.

Il existe également quelques postes de santé privés qui viennent en appui au système.

Les services de vaccination sont disponibles dans 37 formations sanitaires sur les 39 que compte le pays y compris l'Hôpital national. Par ailleurs, les unités de vaccination au niveau central et district sont dotées en outils de travail, notamment transport, équipements et outil informatique, technologie de communication (téléphone, fax, Internet).

5.2.2. Politique Nationale de Santé et Plan National de Développement Sanitaire

En 1999, Sao Tome et Principe a adopté une nouvelle politique nationale de santé. Cette politique nationale de la santé repose sur des valeurs définies par la constitution de la République Démocratique de Sao Tomé e Principe et contenue dans les stratégies internationales de défense de la santé. Cette politique souscrit aux principes qui posent les fondements théoriques du système de santé du pays et ceux qui régissent l'organisation des services. Les principes prônés par le système national de santé et repris dans la politique nationale de la santé défendent l'universalité de la couverture à tous les niveaux d'attention, sans aucun préconçu ou privilège, l'intégrité des prestations dans un ensemble articulé d'actions et services promotionnels, préventifs et curatifs, individuels et collectifs, exigés dans chaque cas à tous les niveaux de complexité du système et l'optimisation des ressources affectées à chaque niveau d'intervention.
A leur tour, les principes qui régissent l'organisation du service national de la santé sont: la décentralisation, la hiérarchisation du réseau de services de santé, la capacité de résolution des problèmes à tous les niveaux de pratique, l'utilisation de critères épidémiologiques et statistiques pour l'établissement de règles, l'affectation de ressources et l'orientation pragmatique à chaque niveau, la complémentarité entre les secteurs privés et publics de la santé et la co-participation de la population à travers le

recouvrement des coûts de santé, directement ou par l'intermédiaire des institutions de la Sécurité Sociale, en fonction du niveau de revenu de chaque foyer.

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

5.2.3. Financement de la Santé

Il existe trois types de financement : le financement de l'Etat, complété par le financement communautaire et celui des Partenaires.

5.2.3.1. Financement de l'Etat

Le niveau d'engagement du gouvernement pour le secteur de santé est traduit dans le budget de l´Etat. De 2007 à 2010, il y a eu une augmentation significative de 45,4%. Toutefois, le taux d'exécution sont passés de 88% en 2008 à 72% en 2010. Les données du tableau 3 ci-dessous mettent en évidence une baisse de tendance dans le financement du secteur de la santé par l'Etat.

Tableau 3 : Évolution du budget général et partie du budget affecté au secteur de la santé (en USD)

Année	Budget du Ministère de la Santé		Taux d'exécution
	Programmé	Execécuté	
2010	13.747.833	9.899.729	72%
2009	12.359.560	9.510.858	77%
2008	8.718.665	7.657.541	88%
2007	7.511.217	5.502.524	73%

5.2.3.2. Financement communautaire du système de santé

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

Bien que ce mécanisme puisse permettre aux formations sanitaires de participer dans le financement de leurs dépenses de fonctionnement, il n'en demeure pas moins arbitraire et désorganisé. En effet, le montant de la récupération partielle des coûts dans les structures sanitaires de district est méconnu faute d'accomplissement de procédures de registres comptables. Pour cela, ce financement ne se répercute pas dans l´amélioration de prestation de soins.

5.2.3.3. Collaboration financière des Partenaires

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

5.3. LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)

5.3.1. Organisation du PEV

Le PEV a débuté à Sao Tome et Principe en 1977 et avait comme cibles les enfants âgés de moins de 1 an et les femmes en âge de procréer. Depuis la mise en place du PEV à STP, le programme a toujours fonctionné comme un programme vertical.
C'est à partir de 1997 que le PEV a été intégré au sein du Programme de Santé de la Reproduction, sous la tutelle de la Direction des Soins de Santé.
Le PEV est composé par un noyau central coordonné par un responsable et des sous noyaux au niveau des 7 Districts, sous la responsabilité des médecins chefs de chaque District.

5.3.2. Planification

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

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

5.3.3. Coordination

La coordination des interventions au niveau national est assurée par le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA), présidé par le Ministre de la Santé et composé de la plupart des partenaires qui appuient le PEV. Ce Comité est appuyé par un Comité technique composé de cadres techniques du PEV, de l'UNICEF et de l'OMS qui prépare les dossiers techniques sur les différents aspects (technique, communication, finances et logistique).

Selon les textes règlementant son fonctionnement, le CCIA devrait se réunir au moins trois fois par an pour valider, suivre et évaluer le plan d'action annuel du programme afin de prendre les mesures correctrices nécessaires.

On note un faible engagement de la société civile.

5.3.4. Suivi et Évaluation

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

Les enquêtes MICS réalisées ont permis de faire la comparaison entre les données de ces enquêtes et celles du système d'information. Cette comparaison a permis de constater qu'il n'y a pas de divergence significative entre ces deux sources d'informations. Ceci a été confirmé par les résultats de l'enquête de couverture

vaccinale réalisée du 20 octobre au 15 novembre 2007, ce qui prouve d'une certaine manière la fiabilité des données du système en place.

5.3.5. Renforcement des capacités

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

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

5.3.6. Approvisionnement en vaccins de qualité et chaîne du froid

5.3.6.1. Approvisionnement en vaccins

Les vaccins sont réceptionnés et stockés au niveau de la chaîne du froid centrale au rythme d'un approvisionnement par an.
La distribution au niveau des districts se fait mensuellement par le niveau central.
Les districts à leur tour approvisionnement les postes de santé hebdomadairement sauf 3 centres de santé qui s'approvisionnement 3 fois par semaine au niveau district par manque d'infirmier logé dans l'enceinte de l'établissement ;

PEV Central → →→→→→Dépôt **district** → **CS**
Rythme d'approvisionnement-→→ →1 fois/mois-→→1 fois/ semaine

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

5.3.6.1.1. Niveau Central

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

Le choix du vaccin en conditionnement de petite taille est de plus en plus privilégié afin de minimiser les pertes à l'utilisation. Les outils de gestion des vaccins existent et sont tenus à jour (registres et fiches de stock manuels). Cependant, les difficultés de maîtrise de l'outil informatique ont entraîné la mise de côté du fichier de gestion

informatisée des stocks des intrants de vaccination (SMT). Seul, le fichier de suivi des données de vaccination au niveau District (DVDMT) est d'application au niveau central, mais avec beaucoup de difficultés.

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

5.3.6.1.2. Niveau opérationnel

L'approvisionnement est fait par le niveau central. Les modalités d'identification de besoins semblent peu maîtrisées ; ceci se justifie par la thésaurisation de grandes quantités de vaccins à la base entraînant de taux de pertes négatifs observés au niveau central.
Les rapports sont élaborés et transmis à temps jusqu'au niveau central selon les dates fixées ; les stocks résiduels ne sont pas toujours renseignés par crainte de rupture de stocks. Les instructions ne sont pas diffusées pour un rapportage correct ; les flacons déjà ouverts sont comptabilisés dans la plupart de centres.
Peu de renseignements remontent sur l'utilisation des matériels d'injection et l'élimination des déchets résultant des activités de vaccination.

5.3.6.2. Normes et procédures de gestion des vaccins et matériels

Dans l'ensemble, il se pose un problème de carence de textes et procédures de gestion tant au niveau central que périphérique. Le document de normes et standards du PEV a été adapté, finalisé et diffusé jusqu'aux postes de santé pendant la période de la revue d'août 2013. Les outils de collecte de données de gestion existent à tous les niveaux ; mais présentent des difficultés quant à leur standardisation.

5.3.6.3. Le taux de perte des vaccins

Le taux de perte est élevé pour tous les vaccins de BCG (56-57%), VAR (43-39%) et VAA (19-22%). Ceci s'explique par le fait que ces vaccins sont à multi dose. Conformément à l'application de la politique des occasions manquées, il est recommandé d'ouvrir un flacon devant tout enfant non vacciné selon le calendrier vaccinal. Le petit nombre d'enfants à rattraper occasionnera toujours ces pertes, mais le programme entend maintenir ces performances de couverture actuelles. La situation des taux de pertes observées de 2008 à 2010, est présentée dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4: Taux de perte de vaccins (2006-2010)

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

Il faut noter que depuis un certain temps, il a été recommandé aux structures sanitaires de ne pas ouvrir un flacon pour tout enfant qui vient consulter mais de s'organiser de sorte à réunir un nombre d'enfants suffisant (au moins 5) pour ouvrir un flacon.

Des vaccins comme le vaccin contre la fièvre jaune (flacons de 5 doses), le Penta (dose unique) et le PCV-13 (dose unique) sont plus faciles à gérer du fait de leur conditionnement.

5.3.7. Logistique

5.3.7.1. Chaîne du froid

5.3.7.1.1. Flexibilité :

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

a) Au niveau central

En prévision de l'introduction du vaccin anti pneumoccoccique et de la 2éme dose du vaccin anti rougeoleux était prévu le besoin d'augmenter la capacité de stockage du niveau central d'environ 3 000 litres. A cet effet, la construction d'une chambre froide de 10 000 litres de capacité brute a été réalisée en 2012. Au total au niveau central on compte 5 réfrigérateurs bahut et 2 congélateurs bahut avec une capacité de stockage en positif des vaccins au niveau national estimée à 540 litres et à 528 litres en négatif comme l'indique le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Type d'équipement et volume de stockage au niveau central

	Désignation	Nbre	Type	Volume de stockage	
				CDF positive	CDF négative
CDF Centrale	Chambre froide	1		10 000 L	
	Réfrigérateur Bahut	5	Vestfrost MK304	540 L	
	Congélateur Bahut	2	Vestfrost MF314		528 L
TOTAL				**10 540 L**	**528 L**

b) Au niveau opérationnel

Au niveau opérationnel il était prévu le renforcement de capacité des Districts de Cantagalo, Lemba, Mezochi et Agua-Grande d'un réfrigérateur RC 50 EK.
La capacité de stockage qui est représenté dans le tableau 6 ci-dessous montre que chaque district est doté d'un réfrigérateur Sibir V 170 GE avec 55 litres de capacité de stockage en positif et d'au moins 3 réfrigérateurs RCW de capacité de stockage en positif 18.2 litres pour chaque appareil. Au total au niveau district on estime à 715,4 litres de capacité de stockage positive contre 216 litres en négative

5.3.7.1.2. Disponibilité de la chaîne du Froid

a) Au niveau central

La capacité actuelle de stockage de la chaîne du froid est suffisante pour accommoder les vaccins même avec 2 approvisionnements annuels pour le DTC-HepB-Hib.
Avec l'acquisition d'une chambre froide de 10 m^3 au niveau central, les besoins créés par l'introduction des nouveaux vaccins ont été comblés. Cette chambre froide a coûté au total **59.584 $USD,** y compris les frais d'installation.
Cette capacité additionnelle de stockage permettra au pays de garantir le stockage de tous les vaccins même avec l'introduction prochaine de la 2eme dose du vaccin antirougeoleux et le vaccin anti rotavirus avec une marge confortable jusqu'en 2016 comme illustré à travers le tableau 6 ci-dessous.

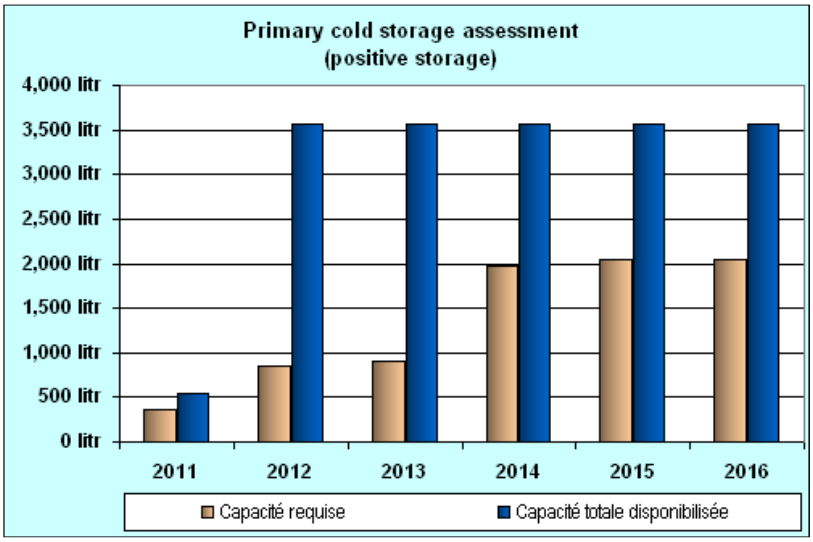
Tableau 6 : Capacité et coûts (pour stockage positif) - National Store

Dépôt national

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

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

Le **graphique 1** ci-dessous illustre la disponibilité de la capacité de stockage suite à l'acquisition au niveau central d'une chambre froide de 10 m^3 à partir de 2012.



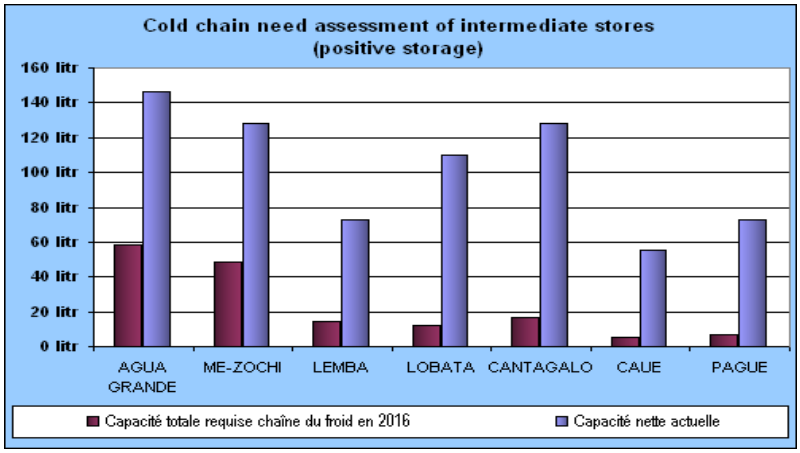
b) Au niveau district

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

Table 7 : Capacité et coûts (pour stockage positif)

	Entrepôts intermédiaires	2016							
		Formules	AGUA GRANDE	ME-ZOCHI	LEMBA	LOBATA	CANTAGALO	CAUE	PAGUE
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	*Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose*	693 litr	577 litr	169 litr	142 litr	187 litr	71 litr	79 litr
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	146 litr	128 litr	73 litr	110 litr	128 litr	55 litr	73 litr
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	*A/B*	4.75	4.51	2.32	1.29	1.46	1.29	1.09
D	Nombre annuel d'expéditions	*Sur la base du plan national de distribution des vaccins*	12	12	12	12	12	12	12
E	Différence (le cas échéant)	*((A/D) - B)*	- 88 litr	- 80 litr	- 59 litr	- 98 litr	- 112 litr	- 49 litr	- 66 litr

Les résultats d'analyse en besoins de chaîne de froid pour la vaccination au niveau opérationnel (**Graphique 2**) prouvent combien la capacité requise en chaine de froid reste de loin inférieure à la capacité existante. Cette disponibilité permet au pays d'introduire ces nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés (deuxième dose de rougeole) sans acquérir du matériel additionnel.



5.3.7.1.3. Fiabilité :

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

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

Capacité de stockage sec

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

5.3.8. Evaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (EGEV)

Pour garantir une bonne gestion des vaccins, surtout avec l'introduction des nouveaux vaccins, une évaluation de cette gestion a été conduite en 2011, avec l'appui de l'OMS. Le rapport de cette évaluation a été diffusé auprès de GAVI et de tous les autres partenaires.

5.3.9. Equipements et infrastructures

Les services de vaccination sont disponibles dans la quasi-totalité des infrastructures sanitaires. Les vaccins sont en état de conservation satisfaisante avec un minimum d'équipements fonctionnels malgré la vétusté. Le PEV dans son ensemble est bien couvert par le réseau téléphonique.

5.3.10. Sécurité des injections

Le pays a opté pour les seringues autobloquantes depuis 2002. Un document de politique nationale de sécurité des injections est élaboré depuis 2002. Son contenu a été révisé et intégré dans le document de normes et standards finalisé en 2012. Toutefois l'utilisation des SAB est pratiquée dans 100% des formations sanitaires.

5.3.11. Elimination des déchets

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

Avec l'appui de l'OMS, le premier incinérateur du district d'Agua Grande où est située la capitale du pays a été construit en 2011 au niveau de l'hôpital central. Malheureusement, cet incinérateur est déjà en panne et repose avec acuité le problème de l'élimination des déchets, conformément aux recommandations de l'OMS. Le plan d'extension prévoit la construction de 3 incinérateurs dans les districts éloignés que sont : Lemba, Caué et la région autonome de Principe. Les stratégies de mobilisation des fonds y relatifs feront partie des priorités du CCIA. Le Gouvernement et les partenaires ne ménageront aucun effort pour la mise en œuvre de ce plan afin qu'il soit effectif dans les meilleurs délais.

5.3.12. Pratiques

Les bonnes pratiques infirmières sur la manipulation des matériels et l'asepsie ont été abordées lors de la formation du personnel en 2005 ; cependant, ni les fiches techniques ni les modules n'ont été élaborés à cet effet. Dans les pratiques de distribution des vaccins et diluants, un suivi est effectué au niveau central, mais non encore effectif à la base. L'introduction du vaccin anti pneumococcique en novembre 2012 a constitué une bonne opportunité pour faire une formation/recyclage des agents.

5.3.13. Politique des flacons entamés

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

5.3.14. Organes de gestion du PEV

Le fonctionnement du Programme Elargi de Vaccination est garanti par les orientations et les directives des organes de gestion suivants :

- **Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) du PEV** : principal organe qui veille à la gestion des activités du Programme Elargi de Vaccination et qui regroupe autour de son excellence Monsieur le Ministre de la Santé et la Direction nationale du PEV, l'ensemble des partenaires de la santé (pas seulement de la vaccination !) tels que l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et l'ONG Saúde Para Todos.
- **Le Programme Santé de la Reproduction** qui abrite également le PEV met à contribution l'ensemble du personnel au service du PEV. Le programme SR renseigne le CCIA sur le déroulement des activités et les résultats atteints pour permettre les prises de décision.

5.3.15. Vision et orientations stratégiques du PEV

5.3.15.1. Vision

D'ici 2015 :

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

5.3.15.2. Objectifs

5.3.15.2.1. Objectif général

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

5.3.15.2.2. Objectifs spécifiques

1. En matière de couverture vaccinale

- D'ici 2015, maintenir la couverture vaccinale à plus de 95% pour tous les antigènes au plan national chez les enfants de 0 à 11 mois et le VAT pour les femmes enceintes conformément au **tableau 8** ci-dessous.

Tableau 8: Données de base et projections des objectifs de la couverture vaccinale contenus dans le plan pluri annuel complet 2012-2015

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

Objectifs de la Couverture Vaccinale

- D'ici 2015, accroître de 77 % à 90% le pourcentage d'enfants complètement vaccinés à 1 an d'âge:
- Réduire le taux de perte des vaccins pour tous les antigènes conformément au **tableau 9** ci-dessous

Tableau 9 : Objectifs pour la réduction des taux de perte des vaccins de 2011 à 2015

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

2. En matière d'introduire de nouveaux vaccins

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

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

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

5.3.16. Population cible et calendrier vaccinal

Les populations cibles du PEV sont représentés par:

5.3.16.1. Vaccination de routine

- Les naissances vivantes (4,5% de la population totale);
- Les enfants survivants 0-11 mois (4% de la population totale);
- Les femmes enceintes (5% de la population totale);
- Les enfants de moins de 15 mois pour l'administration de la 2e dose de vaccin contre la rougeole (VAR) et le renforcement de la vaccination contre la polio (VPO).

Exemple: Pour un district de santé qui a une population totale de 40 000 habitants, les populations cibles annuelles du PEV sont les suivantes:
Enfants 0-11 mois: 40 000 x 4% = 1 600 enfants.
Femmes enceintes: 40 000 x 5% = 2 000 femmes.

NB: Les enfants de plus de 1 an qui n'ont pas été vaccinés dans le cadre de la gestion intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), reçoivent tous les antigènes du PEV. Toutefois, il est ignoré dans le calcul du taux de couverture vaccinale.

5.3.16.2. L'administration de vitamine A

- Les enfants âgés de 0-11 mois: 4% de la population totale;
- Les enfants âgés de 12-59 mois: 14% de la population totale ;
- Les femmes dans le post-partum immédiat: 4,5% de la population totale.

5.3.16.3. Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS)

- Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans le contexte de l'élimination du tétanos maternel et néonatal: 22% de la population totale;
- Enfants 0-59 mois dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite: 18% de la population totale;
- Les enfants âgés de 9-59 mois dans le cadre de la lutte anti-rougeoleuse et réponses: 15% de la population totale;
- Sous le contrôle du vaccin contre la fièvre jaune et les réponses aux épidémies: 92% de la population totale de la zone cible.

Le calendrier national de vaccination (**tableau 10**) comporte 9 antigènes à savoir, les vaccins traditionnels (BCG, VPO, DTC-HepB+Hib, VAT et VAR) et plus récemment (2003) les vaccins contre l'hépatite B et contre la fièvre jaune (VAA).

Tableau 10 : Calendrier Vaccinal initial à STP

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

Après l'introduction du vaccin anti pneumococcique PCV-13 et dans la perspective de l'introduction de la deuxième dose du VAR et du vaccin contre le Rotavirus, le calendrier a été actualisé comme suit (**tableau 11**):

Tableau 11 : Calendrier vaccinal à STP après introduction du Pentavalent, de la deuxième dose de la rougeole et des nouveaux vaccins (HepB 0, pneumo et rotavirus)

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

5.3.17. Intégration des activités de la santé de la mère et des enfants

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

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

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

5.4. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES CIBLES DU PEV

5.4.1. Organisation du système de surveillance des maladies cibles du PEV

La surveillance des maladies cibles du PEV se déroule dans le cadre global de la surveillance intégrée de la maladie et réponse (SIMR). Huit maladies (Rougeole, Fièvre hémorragique, Shigellose, Choléra, Méningite, PFA, Fièvre jaune et TMN) font l'objet de surveillance hebdomadaire utilisant le réseau téléphonique.
La surveillance épidémiologique des PFA est l'épine dorsale sur laquelle a été développée la surveillance intégrée des maladies au cours des cinq dernières années. Tous les districts ont des points focaux pour la surveillance (RDE) qui ont été opérationnalisés dans le cadre de la mise en œuvre du SIMR et utilisent les outils de collette de données qui sont disponibles et font partie intégrante du rapport mensuel des districts. La complétude et la promptitude de ces rapports varient entre 80% à 100%. On peut noter dans le tableau ci-dessous qu'aucun cas de Poliomyélite, Coqueluche, Rougeole, TMN, et fièvre jaune n'a été notifié depuis 2003.
Cependant le système d'information sanitaire du pays éprouve des difficultés à coordonner les différentes données provenant des différents programmes.

5.4.2. Surveillance des PFA

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

5.4.3. Surveillance de la rougeole, de la Fièvre jaune et du Tétanos maternel et néonatal

Le dernier cas de rougeole remonte à 1994 et celui de tétanos néonatal à 1997. Jusqu'à présent, le pays n'a enregistré aucun cas de fièvre jaune. La surveillance de ces maladies est basée sur les cas, avec confirmation au laboratoire de référence s'il y a lieu. Dans le cadre du TMN, les activités ont été renforcées surtout au niveau des communautés ciblant les femmes en âge de procréer.

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

5.4.4. Organes de gestion du système de surveillance

Le fonctionnement du Programme Elargi de Vaccination est garanti par les orientations et les directives des organes de gestion suivants :

- **Comité National de Gestion des Urgences Sanitaires** : principal organe qui veille à la gestion des activités de surveillance surtout lorsque survient une urgence et qui regroupe également autour de son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé et le Service National de la Surveillance Epidémiologique, l'ensemble des acteurs intervenant dans la gestion des urgences dont les épidémies tels que l'OMS. Une proposition de renouvellement des membres de ce comité a été faite et est en attente d'approbation.
- **Le Service national de surveillance intégrée** qui relève de la Direction générale des Soins de Santé renseigne hebdomadairement (ou au quotidien selon la nécessité) le Comité de gestion des Urgences Sanitaires sur la situation épidémiologique du pays pour permettre les prises de décision.

5.4.5. Données de surveillance des maladies cibles du PEV

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

Tableau 12 : Niveau de performance de la surveillance des PFA à STP de 2006 à 2010

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

Source : Direction des soins de Santé Min Santé

Le **tableau 13** ci-dessous présente le niveau des principaux indicateurs de surveillance de 2006 à 2010; ceux-ci donnent une idée des efforts consentis dans le cadre de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination dans le pays.

Tableau 13 : Evolution des maladies cibles du PEV 2006 – 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Rougeole (cas suspect)	0	0	0	0	0
FJ (cas suspect)	0	0	0	0	0
TMN	0	0	0	0	0

Source : Direction des soins de Santé Min Santé

5.4.6. Surveillance des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI)

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

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

5.5. COMMUNICATION POUR LA VACCINATION

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

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

Malgré les bonnes performances de son PEV de routine, Sao Tomé et Principe fait partie d'une sous-région où la moyenne de couverture vaccinale n'atteint pas les 90%

au niveau national (57% de couverture vaccinale pour toute la sous- région Afrique centrale entre janvier et juin 2010). Face aux défis du PEV liés à l'introduction des nouveaux vaccins et la deuxième dose de rougeole prévue à partir de 2012 et 2013 respectivement, et la recrudescence de la circulation du polio virus sauvage et de son importation, particulièrement en Angola et en RDC, vu les intenses mouvements de population entre l'Angola et Sao Tomé et Principe , il s'avère urgent de renforcer le PEV de routine à travers un plan stratégique de communication pour la vaccination afin d'atteindre les objectifs fixés tant nationaux que régionaux.

C'est dans ce cadre qu'un plan stratégique de communication pour le PEV 2011-2015 a été adopté. Ce plan vise à améliorer l'adhésion des populations aux différentes interventions de la vaccination en les rendant pérennes au moyen de programmes de renforcement de capacités des gestionnaires du PEV, des acteurs de la vaccination, de l'implication de la communauté et des professionnels des médias à toutes les étapes de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.
D'autres éléments justifient aussi ce plan stratégique de communication pour la vaccination :

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

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

5.6. FINANCEMENT DU PEV

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

5.6.1. Etat

Jusqu'en 2006, une grande partie du financement du PEV est assuré par les partenaires du Gouvernement. A partir de 2008 le Ministère de la santé a commencé à investir dans l'achat des vaccins traditionnels et au cofinancement des vaccins sous utilisés et nouveaux.
Il est important de signaler que dans la structure des dépenses relatives aux vaccins conventionnels utilisés dans le PEV de routine, la part du financement de l'État est

passée de USD 334.199 en 2006 à USD 453.710 en 2010. La rubrique consacrée exclusivement à l'achat de vaccins et les matériels de vaccination a été créée.

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

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

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

5.6.2. Partenaires

Les principaux partenaires qui ont financé les dépenses liées à la vaccination ont été : GAVI Alliance, UNICEF, l'OMS et l'ONG portugaise Saúde Para Todos (Valle-Flor), UNFPA. Les données disponibles sont celles de l'OMS, UNICEF, GAVI, UNFPA et du gouvernement.

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

Le **tableau 14** ci-dessous présente les dépenses effectuées par les partenaires et le gouvernement du PEV de 2006 à 2010, y compris l'achat des vaccins.

Tableau 14 : Dépenses effectuées par les partenaires et le gouvernement du PEV de 2006 à 2010, y compris l'achat des vaccins

Sources de financement ($ USD)	Années				
	2006	2007	2008	2009	2010
GOUVERNEMENT	114 234	113 050	92 544	105 911	271 615
OMS	28 750	31 650	18 000	19 000	58 850
UNICEF	36 472	45 010	29 861	18 600	13 090
GAVI	18 600	27 600	32 759,5	83 088,5	167 536
UNFPA	7 000	7 500	9 000	11 000	10 000
TOTAL	205 056	224 810	182164,5	237599,5	521091

6. RESULTATS DE LA REVUE

Avant d'aborder les composantes évaluées, les aspects liés à la revue documentaire peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

✓ **Points forts**

- Disponibilité de documents surtout relatifs aux normes et standards du PEV, au PPAC, à la politique sanitaire nationale, au PNDS, au guide technique de la surveillance intégrée, à l'évaluation de la GEV, les bulletins de retro information hebdomadaires de la surveillance, la fiche de supervision intégrée du programme santé de la reproduction incluant le PEV, les rapports techniques

d'activités des partenaires tels que l'OMS, l'UNICEF et Saude Para Todos.(voir liste des documents en annexe) ;

- Disponibilité de la majorité des documents requis par niveau ;
- Disponibilité des rapports mensuels du PEV.

✓ **Points faibles**

- Absence de document de politique nationale de vaccination ;
- Absence d'appropriation/utilisation des documents produits ;
- Contenu de certains documents non actualisés à l'image de la carte sanitaire (liste des structures de santé relevant du district de Agua Grande par exemple) et de l'analyse de situation du PPAC.

Par rapport aux composantes du PEV ayant fait l'objet de la revue, les points forts et faibles identifiés sont les suivants :

6.1. Prestation des services de vaccination

✓ **Points forts**

- Disponibilité de registre nominal, de fiches de pointage, de fiches journalières, de carnets de vaccination, de formulaires de rapports mensuels de vaccination,… ;
- Des 23 bénéficiaires interrogées, 17 (73,9%) avaient des enfants dont le statut vaccinal est à jour en rapport avec l'âge ;
- Quatorze (14) mères interrogées, (63,6%) apprécient les horaires de vaccination ; il serait bon de ne pas négliger l'avis des 9 autres qui pensent que la vaccination devrait être disponibles à tout moment ;
- Seize (16) mères sur les 23 interrogées (69,6%) vaccinent leurs enfants à la formation sanitaire la plus proche ;
- Couverture vaccinale administrative supérieure à 90% pour tous les antigènes et dans tous les districts;
- Bon accès au service de vaccination : Penta 1 > 80% ;
- Bonne utilisation des services de vaccination : Penta 3>80% ;
- Introduction du vaccin contre les pneumonies (PCV 13) en Novembre 2012 ;
- Le personnel de santé maitrise le calendrier vaccinal, ainsi que les différents vaccins administrés par le PEV ;
- Aucun district de santé n'a une couverture vaccinale inferieure à 50%, quel que soit l'antigène ;
- Offre des services de vaccination au quotidien (pour les vaccins liquides) dans la quasi-totalité des Postes et Centres de Santé du Pays ;
- Le calendrier vaccinal est à jour, il intègre les nouveaux vaccins ;
- Bonne technique de vaccination ;

- Utilisation de la stratégie avancée et de la stratégie du porte à porte ou stratégie dirigée dans la vaccination de routine ;
- Rapportage des données de vaccination fait par stratégie ;
- Intégration de la vaccination avec d'autres interventions relatives à la survie de l'enfant (Moustiquaires imprégnés d'insecticides à longue durée d'action ou MIILDA, Vitamine A, Mebendazole…) à tous les niveaux ;
- Bons liens entre les services de vaccination et la communauté via les agents de santé communautaires (ASC) surtout pour la recherche des perdus de vue.

✓ **Points faibles**

- Circuit de l'enfant dans le service de vaccination pouvant occasionner une surestimation du nombre de vaccinés ;
- Dates des prochaines vaccinations non mentionnées ni dans le carnet de vaccination ni dans le registre nominal pour faciliter le rappel des mères et l'identification plus aisée des abandons ;
- Dix-huit (18) mères sur les 23 interrogées (76,8%) déclarent avoir attendu plus d'une heure de temps avant d'être reçu, ce qui pourrait constituer un obstacle pour la fréquentation des services de vaccination ;
- Absence de calendrier vaccinal en première page du carnet de vaccination ;
- Tendance à la baisse des couvertures vaccinales ;
- Données aberrantes (nombre d'enfants vaccinés au Penta 3 supérieur à ceux vaccinés au Penta 1) au CS Guadalupe et au PS de São Marçal ;
- Non maîtrise des populations cibles par les agents de santé des CS et PS ;
- Absence de support pour l'identification des séances de vaccination en stratégie avancée.

6.2. Gestion du programme

✓ **Points forts**

- Forte volonté politique de la part du Gouvernement pour appuyer le PEV ;
- Exercice de planification budgétisée des activités de façon conjointe avec tous les acteurs du PEV au niveau central (Etat, UNICEF, OMS, Saúde Para Todos,…) au niveau central;
- Existence d'un PPAC 2012-2016 ;
- Disponibilité de documents de base sur les normes, procédures et standards du PEV ;
- L'ONG Saúde para Todos est entrain de conduire une étude sur les pneumonies et une autre sur les infections à rotavirus est prévue ; ceci permettra d'une part, d'apprécier l'impact de l'introduction du vaccin anti pneumococcique et, d'autre

part, d'obtenir des données factuelles avant l'introduction du vaccin anti rotavirus ;

- Disponibilité des documents de gestion du programme à tous les niveaux :
    - Normes et standard (4 sur 6 districts et 13 sur 16 formations sanitaires enquêtés) ;
    - Guide SIMR (4 sur 6 districts et 7 sur 16 formations sanitaires enquêtés) ;
    - Les deux documents à la fois (3 sur 6 districts et 7 sur 16 formations sanitaires enquêtés) ;
- Intégration d'un paquet minimum de services à l'offre de vaccination dans toutes les formations sanitaires visitées, permettant une prise en charge globale des enfants une fois qu'ils visitent les formations sanitaires.

✓ **Points faibles**

- Gestion du programme trop centralisée : planification des activités, collecte des données, calcul et monitorage des couvertures vaccinales, supervision, etc. ;
- Le plan d'action annuel du PEV ne résulte pas d'une analyse de la situation actualisée, ni d'un exercice documenté de priorisation de problèmes à résoudre ;
- Capacité managériale du PEV réduite du fait de l'insuffisance en nombre et en qualité des effectifs de l'équipe dirigeante ;
- Faible utilisation des partenaires du programme (OMS, UNICEF, Saúde Para Todos) : supervision conjointe, utilisation de support commun de supervision avec exigence de rapport écrit, etc. ;
- Absence d'Autorité Nationale de Régulation de la vaccination ;
- Insuffisance de visibilité du PEV dans l'organigramme du Ministère de la santé même si sa position actuelle facilite l'intégration des autres interventions;
- Plan national annuel PEV ne respectant pas la structure recommandée : liste d'activités non budgétisées, sans une analyse situationnelle, ni objectifs et stratégies ;
- La carte sanitaire nationale non actualisée ;
- Insuffisance des supervisions du niveau opérationnel ;
- Non utilisation de la grille de supervision formative adoptée avec l'OMS ;
- Absence de supervision formative et de plan de supervision ;
- **Non implication du district de Agua Grande** dans la gestion du PEV dans l'aire de santé du district et ce, depuis la planification jusqu'au monitorage des activités et des couvertures ;
- Absence de carte sanitaire dans les unités de santé ;

- Seuls trois (3) districts (Caué, Lemba et Lobata) sur les 6 disposaient d'un plan d'action qui prenait en compte les activités du PEV tandis que une (1) seule formation sanitaire (Santo Amaro) sur les 16 en disposait ;
- Absence de micro plan PEV dans les unités de santé ;
- Absence d'orientations écrites du niveau central vers les DS pour la planification des activités PEV ;
- Faible coordination inter agence : en 2011 et 2012 le CCIA s'est réuni une seule fois chaque année et la dernière réunion en 2013 date de Mai pour l'approbation du RAS 2012;
- Insuffisance d'appropriation des documents généralement produits par des appuis techniques extérieurs ;
- Implication insuffisante de la communauté par le PEV à travers des réunions focalisées avec compte rendu, formation des Agents de santé communautaires, mise à disposition de supports d'IEC avec mécanismes formels et documentés de suivi de l'activité des structures de dialogue, etc. ;
- Insuffisance de la supervision du niveau opérationnel :
    - 2 districts sur 6 déclarent avoir reçu au moins 2 visites de supervision du niveau central en 2013, mais sans rapport ;
    - aucun district n'a réalisé une visite de supervision avec rapport depuis le début de l'année 2013 ;
    - seulement 7 formations sanitaires sur 16 déclarent avoir reçu au moins 2 visites de supervision alors qu'une (1) seule dispose d'un rapport en guise de rétro information après les visites de supervision ;
- Inexistence quasi-totale de cahier de supervision au niveau opérationnel : ni rapport de supervision au niveau opérationnel ;
- Absence de plan de résolution des problèmes identifiés et fixation de la date de la prochaine supervision ;
- Les normes et standards du PEV sont disponibles au niveau des formations sanitaires mais le contenu n'est pas maitrisé par le personnel de santé même au niveau central ;
- Les principes de micro planification, de monitoring de la vaccination (graphique de suivi des couvertures vaccinale, calcul des taux d'abandon, recensement et recherche des perdus de vue) sont peu connus et pas appliqués au niveau des districts de santé.

6.3. Gestion des ressources humaines

✓ **Points forts**

- Malgré le nombre et la qualité réduits, le personnel assure au quotidien l'offre de services de vaccination avec même des stratégies innovantes (**porte à porte ou équipes dirigées**) pour la recherche des perdus de vue ;

- Environ 38% (86 sur 228 agents) du personnel de santé assurent la vaccination ; tout ce personnel a reçu une formation soit au cours de la formation initiale soit en cours d'emploi soit sur le tas ;
- L'introduction du vaccin PCV-13 a été une opportunité pour former le personnel impliqué dans la vaccination sur l'ensemble des composantes du PEV (Octobre 2012).

✓ **Points faibles**

- Absence d'un plan de formation du personnel aux niveaux central et opérationnel ;
- Démotivation du personnel ;
- Insuffisance de mesures incitatives surtout pour le personnel méritant ;
- Insuffisance qualitative et quantitative du personnel ;
- Surcharge de travail de certains agents ;
- Mise en œuvre des supervisions planifiées en 2013 par le niveau central et district non effective ;
- Peu de supervisons formatives du niveau central vers le district de santé.

6.4. Approvisionnement et qualité des Vaccins,

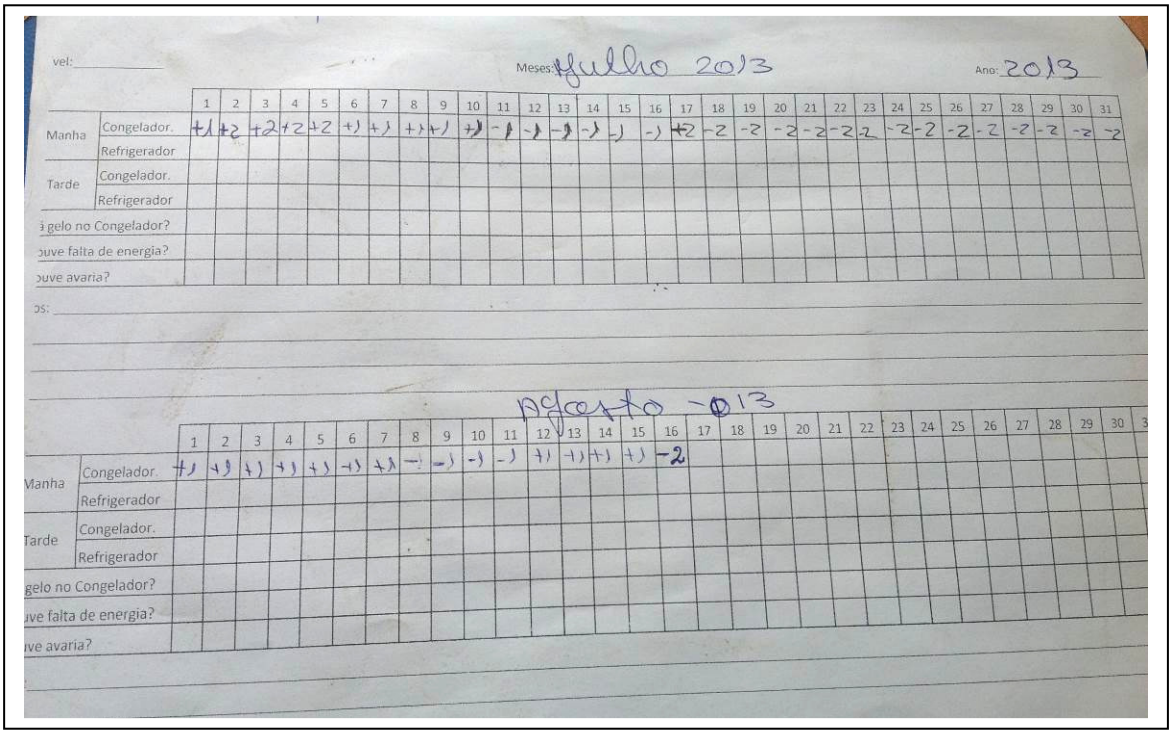
✓ **Points forts**

- Existence d'un plan d'approvisionnement et de distribution des vaccins et autres intrants conjointement élaboré avec les partenaires au niveau central;
- Disponibilité de fiches de gestion des stocks ;
- Disponibilité de vaccins de bonne qualité sans rupture de longue durée notée depuis 2012 ;
- Bonne conservation des vaccins ;
- Taux de perte en vaccins en général dans les normes sauf pour le BCG au CS Reproductiva où l'on atteint souvent 80%. Noter que le vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib et le vaccin anti pneumococcique conjugué ou PCV-13 sont unidoses et le vaccin anti amaril est à 5 doses < aux maximums acceptables ;
- Disponibilité des directives de gestion de vaccins à tous les niveaux ;
- Bonne connaissance d'ensemble des vaccins ne devant pas être congelés (11/16 agents interrogés soit 68.8%) et ceux pouvant être conservés en vue d'une réutilisation (15 personnes ont répondu VAT et VPO sur 16 interrogées – Noter que le Penta est à dose unique);
- Respect du principe de bundling lors de la distribution des vaccins.

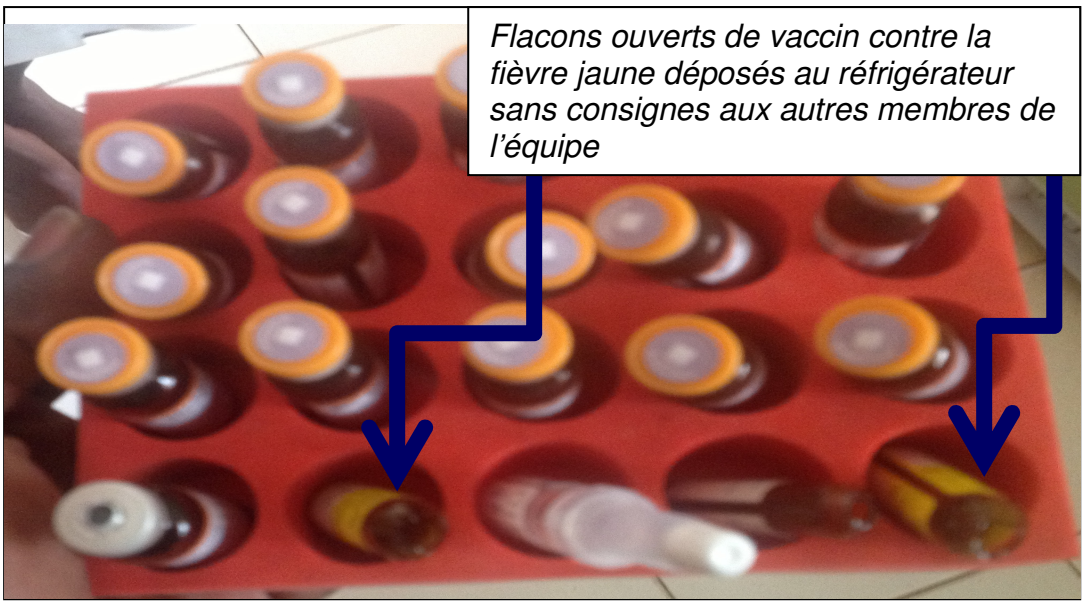
✓ **Points faibles**

- Au niveau central la méthode d'approvisionnement est basée sur la population cible mais au niveau opérationnel elle est basée sur la consommation antérieure sans que l'on ne perçoive une analyse d'impact de cette différence au niveau central ;

- Absence de prise de décision face à une anomalie de température (cas du service de pédiatrie de l'hôpital sur plus d'un mois) ;



- Insuffisance de connaissance de la durée de conservation des vaccins lyophilisés ouverts ;



Flacons ouverts de vaccin contre la fièvre jaune déposés au réfrigérateur sans consignes aux autres membres de l'équipe

- Inadéquation entre les quantités des vaccins et intrants dénombrées et celles mentionnées dans les fiches de stocks dans certaines formations sanitaires ;

- Absence d'incinérateur fonctionnel pour assurer la destruction sécurisée des déchets de la vaccination ;
- Absence de bon de commande et fiche de réception des vaccins et autres intrants ;
- Non-respect des directives en matière de gestion des déchets produits par la vaccination ;
- Absence d'un Plan normalisé d'opération au niveau central ;
- Mise en œuvre insuffisante au niveau opérationnel des directives sur la sécurité des injections ;
- Inexistence d'éponge dans les porte-vaccins pour faciliter le dépôt des vaccins ouverts ;
- Suivi/rapportage des pertes en vaccins non systématique au niveau des formations sanitaires ;
- Insuffisance de maîtrise de la Pastille de Contrôle des Vaccins (PCV) et des phases d'utilisation de cet outil de décision.

6.5. Logistique et chaîne du froid (CDF)

✓ **Points forts**

- Bonne capacité de stockage des vaccins à l'entrepôt central, suite à l'acquisition d'une chambre froide de 10 m^3 ; cette capacité est garantie jusqu'en 2016 en prenant en compte les vaccins traditionnels, sous utilisés et les nouveaux vaccins ;
- Reserve suffisante de pétrole là où on en utilise ;
- Bonne conservation des vaccins au niveau central et dans toutes les formations sanitaires ;
- Dans toutes les formations sanitaires visitées, les réfrigérateurs et autres équipements de chaine du froid sont disponibles, fonctionnels et ont une capacité suffisante et sont bien entretenus ;
- Maitrise et respect des plages de températures recommandées pour la conservation des vaccins (+2° à +8°C) : 14 formations sanitaires sur 16 visitées soit 87,5% disposent de réfrigérateurs avec feuille de température à jour ; notons que pour le Poste de Santé de Condé c'est le Centre de Santé de Guadalupe qui assure la vaccination et qu'à l'Hôpital Dr Ayres de Menezes, la Maternité a un réfrigérateur avec feuille de température à jour (température à +6ºC pendant plusieurs jours).

✓ **Points faibles**

- Politique de maintenance des équipements de la chaine de froid non définie ;
- Maintenance des équipements de la chaine du froid non documentée ;
- Le personnel au niveau opérationnel ne maîtrise pas la manipulation du thermostat des réfrigérateurs ;

- Le niveau central ne dispose pas d'un groupe électrogène de relais ;
- Absence de formation formelle sur la logistique des vaccins du responsable des approvisionnements au niveau central ;
- Absence d'orientations écrites et affichées sur la conduite à tenir en cas de rupture de la chaîne du froid ;
- Absence des fiches d'inventaire des vaccins et autres intrants ;
- Manque de suivi des lots de vaccins et leur libération ;
- Absence d'inventaire de la CDF en 2012 et de plan de réhabilitation ;
- Mauvaise conservation des vaccins pendant les séances de vaccination.

6.6. Surveillance

✓ **Points forts**

- Existence d'un service de surveillance intégrée au niveau central avec une responsable formée ;
- Existence des points focaux de surveillance formés dans tous les DS ;
- Existence de Guide technique adapté sur la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ;
- Disponibilité de définitions de cas des maladies à notification obligatoire dans les districts et formations sanitaires visitées ;
- Disponibilité de fiches de notification des cas de maladies à notification obligatoire dans les districts et formations sanitaires visitées ;
- Existence d'un dispositif de réponse rapide en cas de sollicitation pour l'investigation d'un cas suspect de maladies à notification obligatoire ;
- Existence d'un bulletin de rétro information hebdomadaire diffusé jusqu'aux postes de santé ;
- Connaissance du sigle MAPI et de sa signification par le personnel de santé (14/16 agents interrogés soit 87.5%) ;
- Disponibilité des fiches de notification des cas de MAPI au niveau des centres et postes de santé visités.

✓ **Points faibles**

- Absence de schéma organisationnel du système de surveillance décrivant le rôle de chaque acteur depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique ;
- Insuffisance de ressources humaines (nombre et qualité) au niveau central ;
- Personnel du niveau central non formé à l'analyse de risque de circulation du virus de la polio ;

- Personnel non encore formé sur la surveillance intégrée y compris l'analyse et l'interprétation des données ;
- Analyse des données par le niveau central ne discriminant pas toujours les données par poste de santé ;
- Insuffisance de maitrise des définitions de cas de PFA, TNN, rougeole et Fièvre jaune par le personnel de santé au niveau opérationnel ;
- Notification des cas suspects de PFA, TNN, rougeole et Fièvre jaune faible ou quasi nulle probablement due au fait que le pays n'as pas confirmé de cas de ces maladies il y a longtemps, ce qui représente un risque important pour la détection à temps d'une éventuelle épidémie ;
- Insuffisance de la supervision formative en cascade ;
- Absence de fiche de supervision formative du modèle de la vaccination de routine ;
- Personnel des postes de santé insuffisamment impliqués dans l'investigation des cas de maladies cibles du PEV : fiches disponibles mais utilisation non maitrisée ;
- Définitions de cas des maladies cibles du PEV non affichées aux murs des services visités y compris l'hôpital Dr Ayres de Menezes ;
- Absence d'archivage des rapports de surveillance dans les centres et postes de santé appuyant les informations transmises hebdomadairement au téléphone ;
- Insuffisance d'utilisation des partenaires du système de surveillance (OMS, Saúde Para Todos) ;
- Non implication des infirmiers des postes de santé aux visites de recherche active des cas de maladies cibles du PEV au niveau de la communauté ;
- Non mise en œuvre du plan de préparation et de riposte à une éventuelle épidémie de poliomyélite élaborée en Juillet 2012 ;
- Insuffisance de collaboration entre le service de surveillance et le PEV au niveau central ;
- Non implication du service de surveillance dans les études d'impact des nouveaux vaccins en cours de réalisation par l'ONG «Saúde Para Todos» ;
- Faible notification des cas suspects des maladies cibles du PEV sous surveillance ;
- Non intégration des MAPI dans la fiche de surveillance hebdomadaire,
- Absence d'un laboratoire national pour des tests simples comme pour le diagnostic de la rougeole.

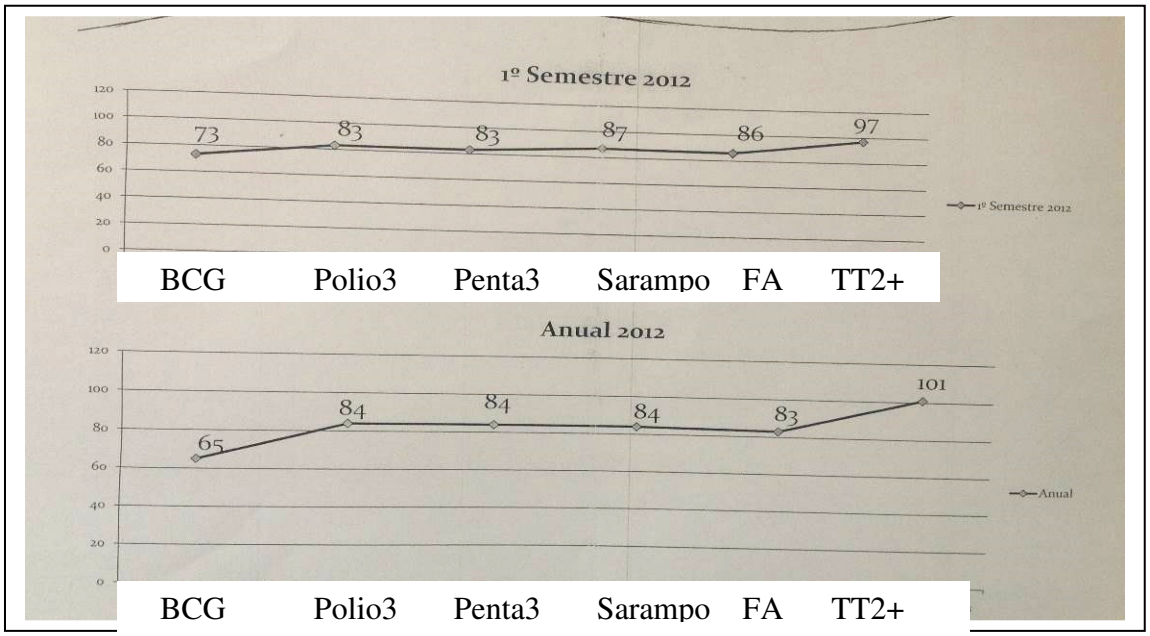
6.7. Gestion et utilisation des données

✓ **Points forts**

- Très bonnes complétude et promptitude des rapports de vaccination et de surveillance ;
- Réseau de communication entre les districts et le niveau central très fonctionnel facilitant la transmission des données ;
- Disponibilité de fiches de rapports mensuels de vaccination, de fiches de pointage, de registre nominal dans les centres et postes de santé.

✓ **Points faibles**

- Gestion des données trop centralisée, que ce soit de la vaccination ou de la surveillance ;
- Les couvertures vaccinales sont calculées au niveau central par la Responsable nationale elle-même manuellement pour les couvertures mensuelles et à travers un fichier Excel pour les couvertures trimestrielles;
- Difficultés de fonctionnement du DVD-MT (District Vaccine Data -Management Tool) dues à un problème de compatibilité entre le fichier et le système d'application de l'ordinateur disponible ;
- Non actualisation du DVD-MT du PEV central et ne fonctionne plus depuis Mai 2013 ;
- Non utilisation des outils de gestion des données (DVD-MT) et des stocks (Stock Management Tool ou SMT) au niveau des districts de santé ;
- Arrêt du monitorage des couvertures vaccinales depuis Mai 2013 par le gestionnaire des données du PEV central ;
- Gestionnaire de données non disponible, surchargé et limité dans la maîtrise des outils de gestion du programme ;
- Non ou faible utilisation de l'Outil DQS dans le pays ;
- Insuffisance d'information du personnel des postes de santé sur l'importance des rapports mensuels de même que l'utilisation qu'ils peuvent et doivent en faire ;
- Données de vaccination du service de la pédiatrie de l'Hôpital non prises en compte par le service statistique du même établissement dont la responsable n'a pas été formée au traitement des données de vaccination ;
- Absence de monitorage des couvertures vaccinales au niveau des postes de santé (notion de couverture méconnue probablement par méconnaissance des populations cibles par aire de santé) ;



- Courbes de monitoring des CV non affichées au niveau central ni dans les bureaux des districts et formations sanitaires visités ;
- Absence de monitoring des activités du PEV (courbes et réunions) au niveau des PS et CS ;
- Monitorage des taux d'abandon et des taux de pertes insuffisamment conduit : 1 formation sanitaire fait le monitorage des taux d'abandon tandis que 7 sur les 16 visitées effectuent le suivi des taux de pertes ;
- Insuffisance de l'archivage des rapports mensuels au niveau des postes de santé (rapports mensuels manquants, fiches de pointage transmis et non récupérés, etc.).

6.8. Génération de la demande, communication et défense des droits

✓ **Points forts**

- Vingt (20) mères sur les 23 interrogées (87%) ont reçu l'information sur la vaccination du personnel de santé ; des personnes informées, 17 l'ont été également par la télévision (73,9%) et 16 par la radio (69,6%) ;
- Causerie interpersonnelle réalisée dans tous les postes et centres visités ;
- Lorsqu'une causerie de sensibilisation en grand public est organisée, le thème développé est traité dans un langage accessible avec interaction avec l'auditoire ;
- Tous les parents enquêtés détenaient le carnet de vaccination de leur enfant ;
- Bonne adhésion/acceptation de la vaccination par les parents qui ont compris le bien-fondé de la vaccination ;
- Vingt-deux (22) mères sur les 23 interrogées (95,7%) reconnaissent avoir reçu des informations sur les effets secondaires et la conduite à tenir surtout en cas

de fièvre ; probablement pour des raisons de sensibilisation l'on a noté que les causeries n'abordent pas les MAPI majeures ;

- Vingt-deux (22) mères sur les 23 interrogées (95,7%) sont satisfaites de l'accueil réservé par le personnel de santé ; l'unique qui n'est pas satisfaite évoque le manque d'empathie entre le personnel et les mères. Toutefois elle ne voit aucun problème à retourner vacciner son enfant dans le même centre ;
- En dehors de l'horaire inadéquat et de quelques réticences constatées dans certaines localités (à cause des effets secondaires et du temps d'attente), aucun obstacle particulier n'a été évoqué pour empêcher la vaccination des enfants.

✓ **Points faibles**

- Contribution des agents de santé communautaires à la demande de vaccination très insuffisante ; une mère sur les 23 interrogées (4,3%) affirme avoir reçu l'information d'un ASC ;
- Absence de la composante communication au niveau du PEV ;
- Absence d'un plan intégré de communication ;
- Plan stratégique de communication existant non mis en œuvre ;
- Absence de causerie éducative avant les séances de vaccination dans la majorité des formations sanitaires ;
- Connaissances insuffisantes sur le calendrier vaccinal de la femme enceinte ;
- Le calendrier vaccinal n'est pas disponible, ni dans le carnet de vaccination ni comme affiches dans les formations sanitaires ;
- Absence de boite à images pour les causeries éducatives ;
- Espace réservé à la causerie insuffisant ne permettant pas aux mères de capter tout ce que l'orateur dit ;
- Selon certaines mères interrogées, il n'y a pas suffisamment d'empathie, il n'y a pas de transmission de tranquillité aux mères par les agents de santé avant la vaccination de leurs enfants ;
- Quatorze (14) mères sur les 23 interrogées (60,9%) ne connaissent pas l'âge auquel leur enfant devrait être vacciné ;
- Dix (10) mères sur les 23 interrogées (43%) ne connaissent pas la date de la prochaine vaccination de leur enfant.

6.9. Financement du programme

✓ **Points forts**

- Création depuis 2005 d'une ligne dans le budget de l'Etat pour l'acquisition des vaccins et autres intrants de vaccination ;
- Augmentation significative du budget de l'Etat de 45,4% de 2007 à 2010 ;

- Décision prise de dispenser le secteur de la santé du versement intégral des fonds mobilisés par les prestations de services au trésor public, ce qui favorise la mise en œuvre de certaines activités au niveau opérationnel.

✓ **Points faibles**

- Faible capacité de financement des besoins du PEV par l'Etat : 7-8% ;
- Difficulté dans la mobilisation les fonds (auprès du Ministère des Finances) pour le respect des engagements de co-financement ;
- Difficultés dans la mobilisation des fonds auprès du Ministère des Finances ;
- Réduction du taux d'exécution du budget de l'Etat qui est passé de 88% en 2008 à 72% en 2010 ;
- Aucune évaluation de la gestion des fonds du programme (audit externe) n'a été réalisée ;
- Absence de mécanismes innovants de mobilisation des ressources pour la vaccination.

6.10. Participation Communautaire

✓ **Points forts**

- Existence de centres de santé communautaires avec comité de santé fonctionnels dans certains districts ;
- Agents de santé communautaires disponibles dans la majorité des localités du pays ;
- Agents de santé polyvalents travaillant pour l'ensemble des programmes de santé, ce qui est un point positif pour l'intégration des activités.

✓ **Points faibles**

- Dans le domaine de la vaccination, les ASC ne travaillent que pendant les campagnes de vaccination et lorsqu'ils sont sollicités ;
- Agents de santé communautaires non rémunérés ;
- Les ASC n'ont pas reçu de formation spécifique sur la vaccination de routine notamment sur des aspects comme le calendrier vaccinal, les effets secondaires, comment orienter une mère qui ne connaît pas le calendrier vaccinal, comment aborder une mère qui a des fausses informations sur la vaccination ou les effets secondaires, etc. ;
- Absence de réunions communautaires autour du thème de la vaccination ;
- Certains ASC ignorent qu'il y a des personnes qui refusent encore la vaccination dans leur localité ;
- Implication insuffisante de la communauté par le PEV à travers des réunions focalisées avec compte rendu, formation des Agents de santé communautaires, mise à disposition de supports d'IEC avec mécanismes formels et documentés de suivi de l'activité des structures de dialogue, etc. ;

- Absence de partage des données de la vaccination avec les communautés afin d'identifier avec eux les atouts et les problèmes pour une prise de décision conséquente.

6.11. Qualité des données (DQS)

Dans le cadre de l'évaluation de la qualité des données, 16 formations sanitaires ont été visitées dans les 6 districts de la revue.

6.11.1. Qualité du système de suivi ou monitoring de la vaccination

L'évaluation de la Qualité du système de monitoring aboutit au calcul de l'Indice de qualité (IQ). Celui-ci est une mesure quantitative de la qualité de chaque composante du système de suivi. Il correspond au pourcentage de bonnes réponses données suite à l'administration du questionnaire. Celle-ci a porté sur les domaines suivants : enregistrement des données, données démographiques, utilisation des données statistiques, suivi des indicateurs, gestion des stocks de vaccins y compris les inventaires réguliers, remplissage des rapports d'activités et archivage des rapports.
Pour être acceptable, l'indice de qualité pour chacun des indicateurs évalués devrait être au moins égal à 80%.

L'évaluation a montré que seul l'enregistrement des données (moyenne nationale de 85%) peut être considéré comme une force du système de monitoring de la vaccination.

La disponibilité des données démographiques (0%), l'utilisation des données statistiques (0%), le suivi des indicateurs (14%), la gestion des stocks de vaccins y compris les inventaires réguliers (50%), le remplissage des rapports d'activités (54%) et l'archivage des rapports (45%) restent encore à parfaire.

Le détail par district est présenté en annexe 7 du rapport.

Le **tableau 15** ci-dessous résume la qualité de la gestion du PEV selon les données collectées.

Tableau 15 : Index qualité des Formations sanitaires – Revue PEV STP 2013

Domaines	Moyenne nationale	Valeur minimale	Valeur maximale
Enregistrement (registo)	85%	0% : service de pédiatrie du centre hospitalier Dr Ayres de Menezes.	100% : Trinidade, Angalores, Guadalupe, Neves, Agua Ize.
Gestions des vaccins (Gestão das vacinas)	50%	0% : service de pédiatrie du centre hospitalier Dr Ayres de Menezes.	75% : Trindade et Angolares, Neves, Agua Ize.
Rapportage (Relatório)	54%	0% service de pédiatrie du centre hospitalier Dr Ayres de Menezes.	100% Trindade et Angolares, Agua Ize.
Archivage (Arquivo)	45%	0% service de pédiatrie du centre hospitalier Dr Ayres de Menezes	75% Trinidade, Angalores, Guadalupe, Neves, Agua Ize.
Démographie (Demografia)	0%	0% (16/16 formations sanitaires visitées)	0%
Suivi des indicateurs (indicadores)	14%	0% (Trinidade, service de pédiatrie du centre hospitalier Dr Ayres de Menezes, Neves)	50% (Agua Ize)
Utilisation des données (Uso dos dados)	0%	0% (16/16 formations sanitaires visitées)	0%

Les données de population existent seulement pour le niveau national et les districts sanitaires.

6.11.2. Précision des données de vaccination

Quant à la précision des données, elle est évaluée grâce à un indicateur Facteur de Vérification qui est le rapport entre l'information vérifiée sur le terrain et l'information rapportée à l'échelon supérieur. En effet, l'information vérifiée est sur le numérateur et l'information rapportée est sur le dénominateur afin que:

- Un pourcentage <100% montre que toute l'information rapportée n'a pu être vérifiée: Sur notification intentionnelle ou non ;
- Un pourcentage >100% montre que toute l'information retrouvée a été supérieure à celle rapportée: Sous notification ou pertes d'informations.

Le Facteur de Vérification (FV) pour être satisfaisant doit être égale à 1(100%). Toute valeur inférieure ou supérieure à 100% indique une faible qualité des données rapportées et devrait faire l'objet d'un examen minutieux entre l'équipe cadre du district et les responsables des formations sanitaires.

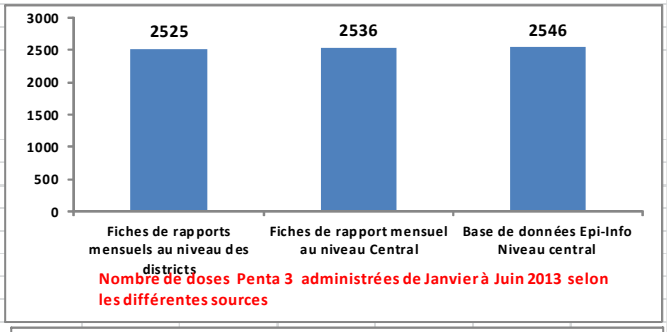
A partir du recueil des données de vaccination du 1er semestre de 2013, les données des fiches de pointage, des fiches journalières, du registre nominal ainsi que des rapports mensuels ont été comparées afin d'évaluer le degré de concordance.

Le niveau moyen obtenu pour l'ensemble du pays est de 99% pour le Penta 3, 93% pour le VAR et 83% pour le VAT, ce qui veut dire que toute l'information rapportée n'a pu être vérifiée comme le montre la **figure 2** ci-dessous :

Figure 2 : Précision du rapportage du niveau central comparé au rapportage des districts

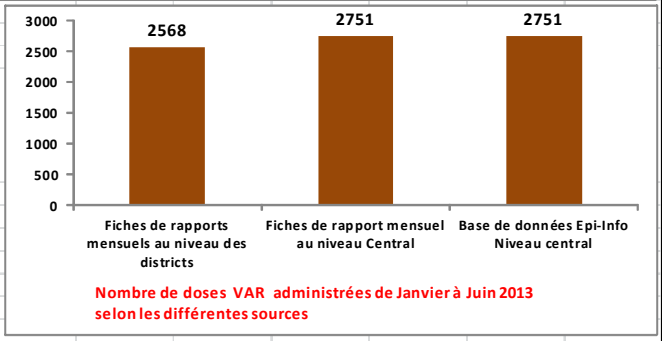
Penta 3

District	Fiches de rapports mensuels au niveau des	Fiches de rapport mensuel au niveau Central	Base de données Epi-Info Niveau central
Agua Grande	1067	914	769
Cantagalo	202	256	410
Caué	115	115	116
Lemba	237	238	238
Lobata	301	334	334
Mezochi	603	679	679
Total	**2525**	**2536**	**2546**



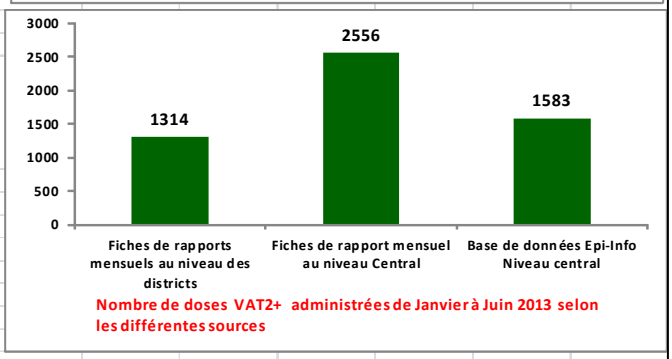
VAR

District	Fiches de rapports mensuels au niveau des districts	Fiches de rapport mensuel au niveau Central	Base de données Epi-Info Niveau central
Agua Grande	1086	1008	925
Cantagalo	195	264	347
Caué	106	112	112
Lemba	260	264	264
Lobata	296	336	336
Mezochi	625	767	767
Total	**2568**	**2751**	**2751**



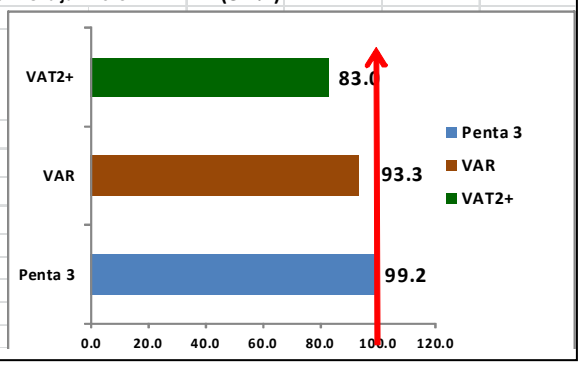
VAT2+

District	Fiches de rapports mensuels au niveau des districts	Fiches de rapport mensuel au niveau Central	Base de données Epi-Info Niveau central
Agua Grande	453	1222	435
Cantagalo	139	176	354
Caué	114	114	100
Lemba	176	220	72
Lobata	244	240	106
Mezochi	188	584	516
Total	**1314**	**2556**	**1583**



Facteurs de vérification de la précision des doses administrées au niveau national de janvier à juin 2013

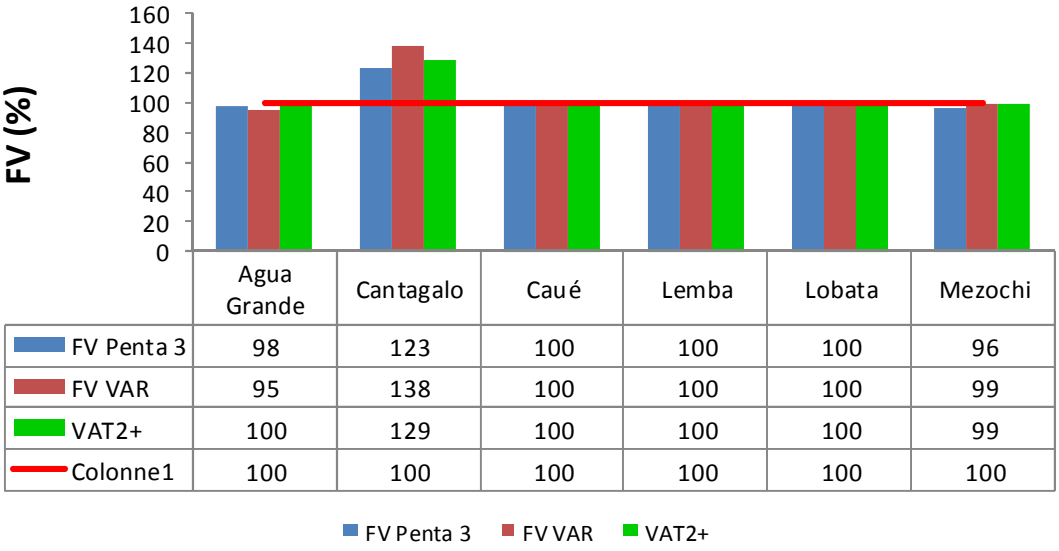
Antigène	Rapports mensuels au niveau des districts	Fiche synthèse de rapport mensuel au niveau Central	Bases de données Epi-Info	FV (en %)
Penta 3	2525	2536	2546	**99.2**
VAR	2568	2751	2751	**93.3**
VAT2+	1314	2556	1583	**83.0**



Il y a manifestement une sur-notification de tous les antigènes considérés.

Pour le rapportage des formations sanitaires au district, la situation est résumée à travers le **graphique 3** ci-dessous :

Graphique 3 : Précision des données rapportées des districts au niveau central



	Agua Grande	Cantagalo	Caué	Lemba	Lobata	Mezochi
FV Penta 3	98	123	100	100	100	96
FV VAR	95	138	100	100	100	99
VAT2+	100	129	100	100	100	99
Colonne1	100	100	100	100	100	100

Trois (3) districts sur les 6 rapportent avec exactitude (FV=100%) les données reçues des formations sanitaires pour les trois antigènes (Caué, Lemba et Lobata) tandis que un (1) sur notifie (FV<100%) pour tous les trois antigènes (Mézochi) , un sous notifie(FV>100%) pour tous les 3 antigènes (Cantagalo) et un (1) sur notifie le Penta 3 et le VAR mais notifie avec exactitude le VAT2 (Agua Grande).

Pour le district de Agua Grande, les données sont compilées au niveau du Centre de Santé Reproductive et transmises directement au niveau central.

Le **tableau 16** qui suit résume la situation de la précision des données transmises des postes de santé au district et des districts au niveau central.

Tableau 16 : Précision des données rapportées des postes de santé aux districts

Facteur de vérification (FV)	Penta 3	VAR	VAT 2
FV= 100%	PS Santo Amaro	Porto Alegre PS Santo Amaro (100%)	PS Santo Amaro
FV>100% (sous notification)	Porto Alegre (105%) Ribiera Peixe(133%) Posto de Sao Marcal (128%)	Ribiera Peixe(119%) Posto de Sao Marcal (121%)	Centre de Saude Reproductiva (110%) Neves (111%)
FV< 100% (sur notification)	Centre de Saude Reproductiva (91%) PS de Bombom (99%) Uba Budo (53%) CS de Neves (93%)	PS de Bombom (97%) Uba Budo (67%) Centre de Saude Reproductiva (88%) CS de Neves (69%)	Posto de Sao Marcal (67%) Porto Alegre (31%)

A partir du tableau ci-dessus, on note:

- Que pour le Penta 3, une seule formation sanitaire rapporte avec exactitude (FV=100%), 3 sous notifient (FV>100%) et 4 sur notifient (FV<100%).
- Que pour le VAR, 2 formations sanitaires rapportent avec exactitude (FV=100%), 2 formations sanitaires sous notifient (FV>100%) et 4 sur notifient (FV<100%).
- Que pour le VAT2, une seule formation sanitaire rapporte avec exactitude (FV=100%), 2 sous notifient (FV>100%) et 2 sur notifient (FV<100%).

Il faut noter que lorsque pour certaines formations sanitaires, des rapports mensuels n'ont pas pu être observés, ce qui a invalidé les données rapportées et ainsi le facteur de vérification n'a pas pu être calculé. Ceci repose encore le problème de l'archivage des rapports évoqué plus haut.

7. OPPORTUNITES

- Disponibilité de partenaires techniques et financiers ;
- Disponibilité de sources de financement potentielles telles que l'Union Européenne ;
- Existence d'un potentiel technique pour l'appui au programme : OMS, UNICEF et Saúde Para Todos ;
- Contribution de l'ONG Saúde Para Todos au financement des activités de vaccination (sensibilisation, carburant et moyens de transport) ;
- Existence d'un cadre conjoint de planification et de budgétisation des activités du programme qui pourrait servir également de cadre de propositions techniques pour l'amélioration de la gestion du programme ;
- Existence d'autres ONGs susceptibles d'appuyer les services de vaccination
- Adhésion de la population au paquet intégré d'activités offertes à travers les services de vaccination.

8. MENACES

- Crise financière mondiale pouvant entrainer une rupture de l'appui extérieur ;
- Contribution nationale encore insuffisant ; Financement local de la vaccination (Sociétés, Entreprises, ONGs locales) inexistant ;
- Faible engagement de la société civile ;
- Forte instabilité politique ne permettant pas de consolider les acquis.

9. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La revue du PEV de Sao Tomé et Principe a permis, à travers un examen minutieux des différentes composantes de la vaccination, d'en apprécier les forces, les faiblesses, les opportunités à saisir et les menaces à considérer. Ainsi, de nombreux aspects positifs ont été relevés, à savoir, la volonté politique manifeste du Gouvernement, la prestation des services au quotidien dans la quasi-totalité des formations sanitaires, la bonne conservation des vaccins, l'absence de rupture de stock, la disponibilité d'un PPAC couvrant la période 2012-2016, la disponibilité d'un plan de communication 2011-2015, l'existence d'un document de normes et standards ainsi que des outils d'enregistrement des actes de vaccination.

Cependant, le PEV de Sao Tomé présente quelques faiblesses évoquées dans l'analyse des composantes évaluées, notamment, la gestion centralisée des activités, la faible capacité managériale de son équipe dirigeante couplée à l'insuffisance d'appropriation des documents et des stratégies de gestion des services de vaccination, la grande dépendance à l'appui financier extérieur et bien d'autres.

Eu égard à ces faiblesses, nous proposons les recommandations ci-dessous afin de contribuer à améliorer/renforcer les performances du programme.

9.1. En rapport avec la couverture vaccinale

- Résoudre le problème des bases de données au niveau du Gestionnaire de données du PEV ;
- Responsabiliser le Gestionnaire des données pour le calcul, le partage et le monitorage des couvertures vaccinales par antigène;
- Responsabiliser les équipes cadres de districts et les agents des formations sanitaires pour le monitorage des couvertures vaccinales dans leurs aires de responsabilité ;
- Former le personnel de santé sur le tracé de la courbe de monitorage des couvertures vaccinales par antigène ;
- Faire le suivi de la couverture par localité et par aire de santé afin de pouvoir établir des priorités, ce qui permettrait de mieux utiliser les ressources limitées disponibles;
- Inclure le monitorage de la couverture vaccinale dans les termes de référence de la supervision formative.

9.2. En rapport avec le système de santé

- Actualiser la carte sanitaire en clarifiant la position du Centre de santé reproductive par rapport au district de Água Grande et en redéfinissant les populations des aires de santé ;
- Renforcer la coordination centrale du PEV et de la surveillance intégrée en y affectant du personnel supplémentaire (nombre et qualité) ;
- Rendre disponible en collaboration avec l'Institut national de statistiques les données démographiques discriminées par aire de santé afin de permettre le monitorage des couvertures vaccinales et autres indicateurs de santé par les agents des postes de santé.

9.3. En rapport avec la gestion du PEV

9.3.1. Niveau central

- Décentraliser la gestion du PEV : planification et budgétisation des activités, organisation des formations, réalisation des supervisions au niveau des postes de santé, calcul des couvertures vaccinales, élaboration des graphiques de monitorage des couvertures vaccinales par antigène, etc. ;
- Confier la gestion du PEV de routine dans le district de Água Grande à l'équipe cadre qui, à l'image des autres districts en assumera l'entière responsabilité ;
- Prendre des dispositions pour assurer au programme un gestionnaire de données permanent doté des compétences nécessaires pour appuyer le niveau opérationnel ;
- Veiller au renforcement des compétences de l'agent qui assure les fonctions de logisticien du PEV à travers des cours ciblés ;
- Actualiser les données démographiques (y compris les populations cibles du PEV) au début de chaque année et partager avec chaque district et aire de santé ;
- Rendre plus régulières les réunions du CCIA avec comme objectif le monitorage périodique des principaux indicateurs du PEV et de la surveillance des maladies cibles du PEV ; une périodicité trimestrielle avec des réunions extraordinaires serait la bienvenue pour pousser les différents programmes ;
- Former le personnel sur la gestion des données du PEV avec un accent sur les notions de stratégies de vaccination de routine (selon les normes), d'élaboration des rapports mensuels et leur importance, de calcul des couvertures vaccinales, de graphique de suivi des couvertures vaccinales, de priorisation par localité de l'aire de santé ainsi que de calcul des taux d'abandon et de pertes des vaccins ;
- Développer et diffuser des supports visuels, particulièrement des boites à images pour les causeries éducatives en matière de vaccination ;
- Insérer le calendrier vaccinal dans la première page du carnet de vaccination
- Produire, diffuser et afficher dans tous les postes de vaccination le calendrier de vaccination ;
- Elaborer un support de supervision formative portant sur la vaccination et la surveillance en utilisant l'exemple du questionnaire qualité du DQS ;
- Transmettre aux agents supervisés un rapport écrit avec le plan de résolution des problèmes identifiés conjointement au cours de la supervision ;
- Instaurer un cahier de supervision au niveau des districts, centres et postes de santé ; dans ce cahier seront mentionnées les principales trouvailles de la supervision, les recommandations ;
- Former/Recycler tout le personnel de santé sur les normes et standards du PEV, et l'approche ACD ;
- Planifier/ mener des supervisions conjointes OMS/ PEV national y compris la surveillance ;

- Reprendre les réunions de monitoring des activités de vaccination et de surveillance intégrée regroupant autour des équipes du niveau central les médecins délégués, les responsables de vaccination et de surveillance du DS ;
- Impliquer le personnel de la surveillance (au niveau central et district de santé) dans toutes les activités du PEV ;
- Former le personnel de santé sur la maintenance préventive des équipements de la chaine du froid y compris l'enregistrement de la température, la conduite à tenir en cas de rupture de la chaine du froid et la conduite à tenir face à une anomalie de température ;
- Former le personnel de santé sur la surveillance des maladies à notification obligatoire tout en veillant à rendre disponibles des définitions de cas sous format papier A3 à fixer aux murs des salles de consultations et salles d'attente y compris à l'Hôpital Dr Ayres de Menezes.

9.3.2. Niveau opérationnel

- Maintenir les causeries interpersonnelles au quotidien en insistant sur le calendrier vaccinal, les effets secondaires, la conduite à tenir devant une MAPI, la date de la prochaine vaccination, l'importance du respect du calendrier vaccinal et de la conservation des carnets de vaccination, le suivi de la croissance de l'enfant et l'état nutritionnel de l'enfant ;
- Inscrire au crayon sur le carnet et le registre nominal les dates des prochaines vaccinations et en informer les mères ; cela facilitera le suivi de l'enfant et l'identification des perdus de vue ;
- S'assurer que l'enfant soit vacciné avant de remplir les fiches de pointage, les fiches journalières et les registres ;
- Toutes les formations sanitaires qui vaccinent doivent produire à la fin de chaque mois un rapport mensuel d'activité, dument rempli ;
- Une copie de ce rapport doit être archivée au niveau de la formation sanitaire et le médecin Délégué doit signer toutes les synthèses du district avant transmission au niveau central ;
- Actualiser quotidiennement les fiches de stocks et renseigner les taux de perte ;
- Utiliser les données de température pour en faire une analyse et prendre des actions correctrices, si nécessaire ;
- Veiller à l'utilisation et à l'archivage correct des fiches de pointage et des registres de vaccination. Cet aspect devrait faire partie des items à vérifier lors des supervisions formatives.

9.3.3. Partenaires techniques et financiers

- Poursuivre l'appui au pays avec une orientation vers l'appui à l'appropriation de l'ensemble des réalisations y compris les documents élaborés ;
- Maintenir et renforcer le plaidoyer pour le renforcement institutionnel du PEV et de la surveillance surtout au niveau central par l'affectation de ressources humaines compétentes et en nombre suffisant ;
- Poursuivre le plaidoyer pour la mobilisation et l'augmentation des fonds du Gouvernement alloués à la vaccination ;

- Appuyer le pays dans ses efforts de mobilisation de ressources supplémentaires au profit de la vaccination ;
- Appuyer toutes les initiatives visant une meilleure implication de la communauté dans les activités de vaccination de routine y compris la mobilisation de fonds communautaires en vue de garantir la pérennité des services ;
- Appuyer le pays pour la réalisation de l'évaluation post-introduction du PCV-13 qui servira d'évaluation pré-introduction pour la deuxième dose du VAR ainsi qu'à celle de l'enquête de couverture vaccinale pour laquelle des outils sont proposés en annexe du rapport.

Nous espérons que ces recommandations feront l'objet d'une attention particulière en vue de leur mise en œuvre à travers un **plan d'action** qui témoignera de l'appropriation des résultats de la revue mais aussi des indicateurs du GVAP qui montrent suffisamment l'étendue des mesures à prendre.

Les Vaccins

« A l'exception de l'eau potable, il n'y a rien d'autre, même pas les antibiotiques, qui ait eu un effet si important sur la réduction de la mortalité»

10. ANNEXES

1. Termes de référence de la revue
2. Chronogramme de la revue
3. Fiches de collecte des données version française
4. Fiches de collecte des données version portugaise
5. Liste des personnes rencontrées
6. Liste des documents récupérés
7. DQS : Fiches de collecte des données – Tableaux et Graphiques
8. Fiches d'enquête CAP et autres questionnaires pour l'enquête de couverture
9. Indicateurs du Plan d'Action Mondial pour la Vaccination (GVAP)