

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DE SAO TOME ET PRINCIPE
MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION DES SOINS DE SANTE
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**



**PLAN PLURIANNUEL COMPLET
2016 – 2020**

Janvier 2015

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES.....	2
PREFACE	5
RESUME	6
1. INTRODUCTION	8
2. GENERALITES DU PAYS	9
2.1 <i>Aperçu géographique.....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.9</i>
2.2 <i>Données démographiques.....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
2.3 <i>Aperçu économique</i>	<i>10</i>
3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	Erro! Marcador não definido.
3.1 <i>Structures Sanitaires et leur Fonctionnement.....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
3.1.1 <i>Niveau cental.....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
3.1.2 <i>Niveau des districts</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
3.2 <i>Personnelde santé et infrastructures</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
3.3 <i>Politique nationale de santé et plan national de developpement sanitaire.....</i>	<i>12</i>
3.4 <i>Financement de la santé.....</i>	<i>13</i>
3.4.1 <i>Financement de l'etat.....</i>	<i>13</i>
3.4.2 <i>Financement communautaire du système de santé.....</i>	<i>13</i>
3.4.3 <i>Collaboration financiere des partenaires.....</i>	<i>14</i>
4. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION	Erro! Marcador não definido.
4.1 <i>Prestation de services.....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
4.1.1 <i>Calendrier vaccinal.....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
4.1.2 <i>Couvertures vaccinales.....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
4.1.3 <i>Taux d'abandon</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
4.1.4 <i>Introduction des vaccins sousutilisés et nouveaux</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
4.1.5 <i>Integration des activités des autres programmes.....</i>	<i>17</i>
4.2 <i>Surveillance epidemiologique</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
4.2.1 <i>Surveillance des PFA.....</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
4.2.2 <i>Surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune et du tétanos maternel et neonatal.....</i>	<i>19</i>
4.3. <i>Approvisionnement en vaccins de qualité et chaîne de froid.....</i>	<i>19</i>
4.3.1 <i>Aprovisionnement en vaccins.....</i>	<i>19</i>
4.3.1.1 <i>Niveau central.....</i>	<i>20</i>
4.3.1.2 <i>Niveau peripherique.....</i>	<i>20</i>
4.3.2 <i>Normes et procédures de gestion des vaccins et matériels.....</i>	<i>20</i>
4.3.3 <i>Les taux de pertes des vaccins.....</i>	<i>20</i>
4.4 <i>Logistique.....</i>	<i>21</i>
4.4.1 <i>Chaîne de froid.....</i>	<i>21</i>
4.4.2 <i>Equipements et infrastructures.....</i>	<i>24</i>
4.4.3 <i>Sécurité de la vaccination.....</i>	<i>24</i>
4.4.3.1 <i>Sécurité des injections.....</i>	<i>24</i>
4.4.3.2 <i>Élimination des déchets.....</i>	<i>25</i>
4.4.3.3 <i>Surveillance des MAPI.....</i>	<i>25</i>
4.4.3.4 <i>Pratiques.....</i>	<i>25</i>

4.4.3.5	Politique des flacons etamés.....	25
4.5	Communication.....	25
4.6	Gestion du programme.....	26
4.6.1	Planification.....	26
4.6.2	Coordination.....	27
4.6.3	Suivi et évaluation.....	27
4.6.4	Renforcement des capacités.....	27
4.7	Financement du système de vaccination.....	27
4.7.1	État.....	27
4.7.2	Partenaires.....	28
5.	SYNTHESE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DU PEV	29
5.1	<i>Environnement interne</i>	29
5.2	<i>Environnement externe</i>	31
6.	PRIORITES NATIONALES, OBJECTIFS, ETAPES, BUTS REGIONAUX ET MONDIAUX.....	40
7.	VISION ET OBJECTIFS DU PEV	35
7.1	<i>Vision</i> 35	
7.2	<i>Objectifs</i>	35
7.2.1	Objectif general.....	35
7.2.2	Objectifs spécifiques.....	35
8.	STRATEGIES ET ACTIVITES EN FONCTION DES OBJECTIFS PAR COMPOSANTE.....	37
9.	CHRONOGRAMME DES PRINCIPALES ACTIVITES.....	40
10.	ANALYSE DES COUTS ET FINANCEMENT DU PROGRAMME.....	41
10.1	<i>Methodologie</i>	41
10.1.1	Coût de l'année de base.....	42
10.1.2	<i>Les Coûts futurs du Programme de 2016 à 2019</i>	44
11.	MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PPAC	57
11.1	<i>En matière de suivi</i>	57
11.2	<i>En matière d'évaluation</i>	57
11.3	<i>Indicateurs</i>	57
12.	PLAN D'ACTION 2016	58
12.1	<i>Objectifs</i>	58
12.1.1	<i>Objectif Général Contribuer à la reduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables pour la vaccination</i>	58
12.1.2	<i>Objectifs spécifiques</i>	58
12.2	<i>Stratégies</i>	59
12.3	<i>Chronogramme des activités</i>	60
13.	CONCLUSION	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

STP :	Sao Tomé et Príncipe
ACD :	Atteindre Chaque District
IL AIME :	Allaitement maternel exclusif
AMP:	Association pour la médecine préventive
APD :	Aide publique au développement
ARIVA :	Appui au renforcement de l'initiative vaccinale en Afrique
ARV :	Anti rétro viraux
BCG :	Bacille de Calmette Guérin (Vaccin contre la tuberculose)
BM :	Banque Mondiale
BS :	Boîte de sécurité
CCIA :	Comité de Coordination Inter Agences
CDF :	Chaîne du froid
DOT :	Direct Observed Traitement « Traitement directement observé »
DS :	District sanitaire
DDS :	Commissariats des Districts Sanitaires
EV :	Équipes de Vaccination
DSSP :	Direction des Soins de Santé Primaires
DTC3 :	Vaccin antidiphtérique, antitétaniques et anticoquelucheux (3 ^{ème} dose)
ECV:	Enfant complètement vacciné
GAVI:	Global Alliance of Vaccination and Immunization
GIVS :	Vision et stratégie mondiale pour la vaccination
Hép B :	Vaccin Anti hépatite B
Hib :	Haemophilus influenza de type B
IB :	Initiative de Bamako
IEC :	Information Éducation Communication
IDH :	Indicateur de Développement Humain
JNV :	Journées Nationales de Vaccination
MAPI :	Manifestation Adverse Post Immunisation
MICS :	Etude aux Indicateurs Multiples (Multiple Indicators Clusters Survey)
MII :	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MLM :	Midle level management (Cours du niveau moyen pour les gestionnaires du PEV)
OMD:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV :	Programme Élargi de Vaccination
PF :	Panification Familiale
PFA :	Paralysie flasque aiguë
PIB :	Produit Intérieur Brut
PMA :	Pays les Moins Avancés
PNUD :	Programme des Nations unies pour le Développement
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PPAE :	Pays pauvres très endettés
PTME :	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVF :	Plan de la Viabilité Financière
SAB :	Seringue Autobloquante
SD :	Seringue de Dilution
SNIEC :	Service National d'Information, d'Éducation et de Communication
VIH/SIDA :	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SOU :	Soins obstétricaux d'urgence
MR :	Santé de la Reproduction

ENRP : Stratégie National de Réduction de la Pauvreté
SSP : Soins de Santé Primaire
TMN: Tétanos maternel et néonatal/Tétanos néonatal
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
VAA: Vaccin Anti Amarilique
VAR: Vaccin Anti Rougeole
VAT2+ : Vaccin Anti tétanique (2^{ème} dose et plus)
VPO3 : Vaccin anti-poliomyélite (3^{ème} dose)
RDE : Responsable District d'Épidemiologie
\$: USD

PREFACE

Avec une population estimée de 189.819 habitants en 2015 et un produit intérieur brut par habitant de \$ 1456 (2015 INE) les autorités de Sao Tomé et Príncipe sont engagées dans la lutte contre la pauvreté de plus en plus croissante au sein des populations. Elles donnent priorité aux initiatives qui favorisent la survie des enfants et des femmes ainsi que des mesures susceptibles d'améliorer les conditions de vie des populations et donc garantir avec cela un développement durable, dans la perspective d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD)

Le niveau élevé de la mortalité infantile 30,2 pour mille nouveaux nés vivants, la mortalité infantojuvénile 34 /1000 nouveau-né vivants et la mortalité maternelle 70 /100.000 nouveaux nés vivants, (RGHP 2012) constituent l'une de grandes préoccupations des dirigeants du pays et qui ont été prises en considération dans le cadre de la lutte contre la pauvreté dans le DRSP de 2012- 2015.

Face à tous ces défis, la priorité est accordée au renforcement de l'accès aux services de santé et la qualité des services de soins de santé de base. Cela permettrait de stimuler l'engagement communautaire dans la gestion et dans la prise des décisions favorables à l'amélioration de l'état de santé des populations. La vaccination représente un service essentiel et l'introduction des nouveaux vaccins: celui contre les infections à Pneumocoque en 2012 ; celui contre les infections à rotavirus en 2016 et celui contre le cancer du col de l'utérus et la rubeole e rougeole dans les années 2016, contribuera sensiblement à l'atteinte des OMD.

Par ailleurs afin d'augmenter le spectre de protection des maladies évitables par la vaccination et d'augmenter l'immunité des enfants, le pays a introduit en 2012 le PCV 13 et en 2013 la deuxième dose de rougeole dans le PEV de routine .

Un autre défi du pays est de maintenir les très hautes couvertures vaccinales de tous les antigènes et améliorer le niveau de couverture des enfants complètement vacciné pour prévenir la circulation du poliovirus sauvage, les épidémies de fièvre jaune et de rougeole.

La responsabilité du Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) se fera à travers la mobilisation de ressources, l'analyse et l'approbation des plans de Suivi/Évaluation de la mise en œuvre du PPAC.

Le PPAC actuelle, couvrira les 5 prochaines années (2016-2020) et aura comme cibles les enfants de 0 - 11 mois et les femmes enceintes pour les activités de routine, tandis que pour les activités de vaccination supplémentaires et de renforcement de l'immunité des cibles plus grands seront retenus.

L'appui du Gouvernement au PEV viendra du budget de l'État affecté au Ministère de la Santé, approuvé annuellement par l'Assemblée Nationale. Ledit budget, supporte les charges du personnel, le fonctionnement, l'investissement général dans le secteur public de la santé et l'achat des vaccins et consommables de la vaccination.

Le budget de l'Etat consacré à la santé dans les cinq dernières années sont environ USD13 Millions avec une taux de execution de 88%.. Il faut note qui dans les années 2012 et 2013 le taux de realisations été de 100%, avec um budget propose de USD 10 et 16 Millions respectivement.

Les dépenses du PEV sont assurées majoritairement avec des ressources financières, matérielles et logistiques des partenaires du secteur de la santé (UNICEF, GAVI, OMS, UNFPA et les INSTITUT VALE FLORES.) Néanmoins, le contexte favorable dans lequel le pays se trouve et la détermination du Gouvernement d'augmenter les dépenses en faveur du secteur de la santé qui sont passées de (544 357 \$ en 2010 à \$ 647 113 en 2015, une augmentations de 20% représentent des éléments très positifs pour que le Ministère de la Santé puisse prendre une part active dans la réalisation des objectifs de ce plan pluriannuel conformément aux nouvelles stratégies de vaccination (GIVS) ; au Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020 (GVAP) et au Plan Stratégique Régional de la Vaccination 2014-2020.

Fait à Sao Tomé le
Le Ministre de la Santé

.....

Dra Maria de Jesus Trovoada dos Santos

RESUME

Le Gouvernement de Sao Tomé et Principe conscient de ses responsabilités par rapport aux femmes et aux enfants, et dans la suite des accords signés avec la communauté internationale dans le cadre de ses engagements à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en vue de réduire la pauvreté et promouvoir la croissance économique et le développement social, adopte le Plan pluriannuel complet (PPAC) 2016-2020 du PEV, afin de mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des activités de vaccination et d'autres paquets de services essentiels à la survie et au développement des enfants.

Le présent plan pluriannuel complet 2016-2020 du PEV de SAOTOME et PRINCIPE est structuré de la manière suivante :

1. L'introduction ;
2. Les généralités du pays ;
3. L'organisation du système national de santé
4. L'analyse de la situation du PEV,
5. Les forces, faiblesses, opportunités et menaces
6. Les priorités nationales ;
7. La vision du PPAC ;
8. Les stratégies ;
9. Le calendrier des activités ;
10. L'analyse des coûts et financement du programme ;
11. Le mécanisme de suivi évaluation du PPAC
12. Le plan d'action 2016;

L'analyse de la situation est présentée selon les composantes de base du système de vaccination à savoir ; les cinq composantes opérationnelles ((i) Prestation des services (ii) La surveillance épidémiologique intégrée de la maladie ; (iii) Logistique ; (iv) Approvisionnement et qualité des vaccins; (v) La communication) et les trois composantes de soutien ((i) le management ; (ii) le développement des capacités et (iii) le financement) l'objectif général du PPAC 2016 – 2020 est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination. Les objectifs nationaux sont présentés par étapes.

Tableau n° I: Objectifs nationaux et d'étapes du PPAC 2016 - 2020

Type de Vaccin	Objectifs de la Couverture Vaccinale				
	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccination de Routine	(%)	(%)	(%)	(%)	%
Vaccins Traditionnels					
BCG	99%	99%	99%	99%	99%
TT - Femmes enceintes	95%	95%	95%	95%	95%
Rougeole	95%	95%	95%	95%	95%
Polio (VPO3)	98%	98%	98%	98%	98%
Rougeole 2ème dose	80%	82%	85%	90%	90%
Vaccins sous-utilisés					
Fièvre jaune	95%	95%	95%	95%	95%
DTC-HepB-Hib(3)	98%	98%	98%	98%	98%
Nouveaux vaccins					

PCV-13	98%	98%	98%	98%	98%
ROTAVIRUS(1)	98%	98%	98%	98%	98%
VPI	98%	98%			
HPV	70%	70%			

NB : L'introduction du nouveau vaccin peut entraîner une légère diminution de la couverture vaccinale. Malgré cela les efforts seront déployés pour maintenir la couverture à au moins 98%.

1. INTRODUCTION

Le progrès d'un peuple se mesure par sa capacité d'empêcher des événements qui puissent affecter négativement la qualité de vie de sa population. La vaccination est l'une des interventions de la médecine, les plus efficaces et économiquement les plus accessibles à l'Homme. Autrement dit, il s'agit du meilleur rapport coût efficacité universellement connu dans la réduction de la morbidité et de la mortalité. Vacciner un enfant vivant dans les conditions de pauvreté ou de misère est un acte qui le protège des agents pathogènes prédateurs des enfants de bas âges.

Le Gouvernement de Sao Tomé et Príncipe conscient de ses responsabilités par rapport aux femmes et aux enfants, et dans la suite des accords signés avec la communauté internationale dans le cadre de l'éradication/élimination et contrôle des maladies évitables par la vaccination, a décidé de tout faire pour renforcer le Programme Élargi de Vaccination (PEV) et élaborer un plan pour la période de 2016– 2020.

Ce plan prend en compte les stratégies de maintien des très hautes couvertures vaccinales de tous les antigènes en vue d'améliorer le niveau de couverture des enfants complètement vaccinés pour prévenir l'introduction du poliovirus sauvage, les épidémies de fièvre jaune et de rougeole

Ce plan a été élaboré dans la perspective des réponses aux nouvelles orientations contenues dans le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020 (GVAP) et au Plan Stratégique Régional de la Vaccination 2014-2020 sur l'amélioration de la qualité de la vaccination et plus particulièrement au défi d'introduire les nouveaux vaccins notamment : le vaccin antipneumococcique en 2012, deuxième dose de la rougeole en 2013, VPI, le rotavirus et HPV en 2016, ainsi que l'effort d'intégration progressive des nouvelles stratégies mondiales de vaccination, inscrit parmi les défis pris en compte dans ce plan.

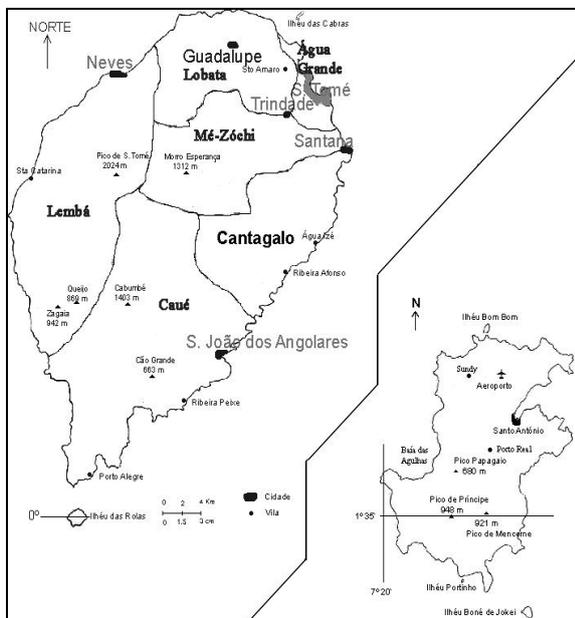
L'objectif principal du présent plan est de maintenir les couvertures vaccinales atteintes et améliorer les taux de perte en vue d'une amélioration de la santé et le bien-être de l'enfant. Il intègre l'initiative mondiale d'éradication de la Poliomyélite, les objectifs d'élimination du tétanos maternel et néo-natal (TMN) ainsi que le contrôle/élimination de la rougeole. Aussi un autre objectif serait de faire en sorte que le financement des vaccins traditionnels et consommables soit assuré et garanti par le Gouvernement, en accord avec l'engagement assumé dans le cadre du projet ARIVA et les orientations prévues par l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI).

2. GENERALITES DU PAYS

2.1 Aperçu géographique

Sao Tomé et Príncipe (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 km² : L'île de S. Tomé avec une surface de 859 km² et l'île de Príncipe 142 km².

Figure 1 ; Carte Géographique



Les îles se situent entre les parallèles 1° 45' au nord et 0° 25' au sud et les méridiens 6° 26' à l'est et 7° 30' à 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 26°C. Dans les zones côtières elle est d'environ 27°C et dans les zones montagneuses 21°C.

2.2. Données démographiques

À l'issue du recensement général de la population et habitation réalisé en 2012, la population du pays fut estimée à 178.739 - habitants en 2015, avec un taux de croissance annuelle de 2.0 %, est estimé à 189.879. L'indice de fécondité a diminué, passant de 5.9 enfants par femme en 1991 à 4,7 en 2001. En 2012 c'était de 3,5%. Le taux de prévalence contraceptive avec les méthodes modernes a augmenté, passant de - 28,7% en 2005 à 48,2 en 2014 - (EDS, -MICS).

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 178,6hab. /Km2 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 2012), néanmoins la moitié des citoyens vit dans les agglomérations et les quartiers suburbains. Dans la structure de la population en 2012, 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 I : Projection des effectifs des groupes cibles du PEV et ceux d'autres paquets des services ayant des liens à la vaccination (RGPH 2012)

Groupes cibles	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Population totale	189.819	193.712	197.700	201.785	205.965	210.240
Femmes en âge de procréer (23%)	43.359	44.554	54.471	46.411	47.372	48.355
Femmes enceintes (3,4%)	6.457	6.586	6.722	6.861	7.003	7.148
Enfants de 0 à 15 ans (40,1%)	76.234	77.679	79.278	80.916	82.592	84.306

Enfants de 0 à 5 ans (13,3%)	25.300	25.764	26.294	26.837	27.397	27.962
Enfants < 1 an (3%)	5.695	5.831	5.931	6.054	6.179	6.307
Nourrissons survivants (2,9%)	5.505	5.637	5.772	5.911	6.053	6.198

*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.

2.3. Aperçu économique

STP fait partie des Pays les Moins Avancés, (PMA), avec un taux de croissance du PIB dans l'ordre du 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%, et estimé en 2015 dans l'ordre de 1671 usd. E le pays connés une taux de croissance annuelle de 7% (est. Banc Central).

Il a déjà plus de deux décennies que le pays se trouve confronté avec 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). La croissance est également soutenue par une politique budgétaire prudente qui prévoit l'utilisation de seulement une partie de la prime de signature sur le pétrole en 2012 sur le bloc 1 de la zone économique exclusive du pays. En 2012, le déficit budgétaire global a été estimé à 11,6% du PIB contre 11,1% du PIB en 2011, principalement en raison d'une augmentation des dépenses en capital. Le déficit en 2013 été 14,8% du PIB, 15,4% en 2014 et 16,9% en 2015, reflétant l'effet positif de la projection de production de pétrole et l'exportation a partir de 2016.

L'inflation est à deux chiffres, 13,7% en 2009. Une telle inflation si élevée fait de plus en plus de pauvres dont 15% vit avec moins de 1USD par jour en 2001. Malgré l'efetes de les trois derniere annees le taux de inflantion c'est situé a une chiffre , environs 5 à 6% le niveaux de pauvreté est aces considerable, environs 48% compare avec 58 % en 2002.

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 s'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 ;
- En 2010, le gouvernement a élaboré un document sur le stratégie de Redutions de la Pauvreté de deuxieme generation e dernièrement le gouvernement est engagé dans le stratégie developement base dans l'Agenda de Develloppement 2015-2030. il s'agit d'un document qui a comme grande priorité la Santé et qui devra inspirer appui et confiance des partenaires de 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
- L'allègement de la dette dans le cadre d'initiative PPTE (pays pauvres très endettés).

Dans le classement basé sur l'IDH, STP occupe à 133 positions avec un indice de 0.525 en 2013.

Sao Tomé et Príncipe peut être sujet à l'expérience d'un changement majeur dans son économie avec la production de pétrole offshore qui a la prévision de sa exploitation pour l'année 2013.

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

3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

3.1 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.

3.1.1 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 réglementation 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.

3.1.2 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 primaires¹ des populations. Il ya :

- 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.

3.2 Personnel de santé et infrastructure

A niveau des ressources humaines, le secteur de la santé continue à vivre une insuffisance des ressources humaines et ça constitue un problème sérieux pour le secteur dans son ensemble, surtout en ce qui concerne les médecins. En effet le nombre de médecin par habitant est passé de 1 médecin pour 2284 habitant en 2004 à 1 médecin pour 2112 habitants en 2006, et actuellement la chiffre est de 68 médecins, représentant 1 médecin pour 2790 habitant. Pour la même période (2004/2006/nous avons 1 infirmier pour 908 habitant à 1 infirmier pour 800 habitant, et actuellement 1 infirmier pour 419 habitant mais ils ne sont pas bien distribués. Le pays compte à ce jour 40 unités de prestations des soins dont 1 hôpital de référence, 7 centres de santé et 32 postes de santé. Ces formations sanitaires sont réparties 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 39 formations sanitaires sur les 40 dans le pays. 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)

3.3 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

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.

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.

En 2000, un plan de développement sanitaire (PNDS) couvrant la période 2001-2005 a été élaboré. Ce plan avait pour but d'améliorer l'état de santé de la population par le renforcement du système de santé du district. La mise en œuvre de celui-ci a permis plusieurs réalisations intégrées en particulier dans les centres et postes de santé. Le pays se propose de réaliser la revue de la politique sanitaire nationale et du PNDS en vue d'une actualisation.

Sur le plan national le document intitulé « grandes opcoes do plano » couvrant la période de 2014 -2016 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 on occupee t une place de choix.Un nouveau document doit etre elaborer pour les prochaines cinq annés.

3.3.1 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 ci-dessous mettent en évidence la tendance dans le financement du secteur de la santé par l'Etat. Le taux croissance moienne dans le periode demontre une aumengtation moyenne de 14%,pour les cinq annee en analyse. Le niveau de financement flote pendant le periode, entretant la tendance d'execution est acceptable.

3.3.2 Financement de la Santé

Il existe trois types de financement : le financement de l'Etat, complété par le financement communautaire et celui des Partenaires. Sao Tome et Principe a fait siens les objectifs du Millénium pour le Développement qui consistent à réduire de $\frac{3}{4}$ la mortalité maternelle, réduire de $\frac{2}{3}$ la mortalité des enfants de moins de 5 ans, stopper et mesurer les tendances de la propagation du VIH/SIDA d'ici 2015.

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

3.3.3 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 de 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.

3.3.4 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.

Budget du Ministère de la Santé

Annee	Programmé (USD)	Exécuté (USD)	Execution(%)
2014	15.318.548	12.498.803	82%
2013	16.627.965	16.515.036	99%
2012	10.469.070	11.191.828	107%
2011	16.666.370	13.201.333	79%
2010	13.559.671	10.367.343	76%

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.

4. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

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 (PSR), 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 6 Districts et la Région Autonome du Principe, sous la responsabilité des médecins chefs de chaque District.

Au cours de la dernière décennie le Programme a amélioré significativement sa performance, démontrée par les taux de couverture vaccinale très élevés, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau III: Évolution de la couverture vaccinale de tous les antigènes du PEV de 2006 à 2014 (%)

Année	BCG	PENTA3	POLIO3	VAR1	VAR2
2006	99	NA	96.8	83.8	NA
2007	98		98	86.8	
2008	99.8		98.6	93.3	
2009	99.7	98.4	98.7	90	
2010	99	96.1	96.1	92.5	
2011	99.3	96.2	96.2	91.3	
2012	98.9	96.4	96.4	91.6	
2013	97.4	97.3	97.3	90.1	
2014	95.2	95.4	95.4	92	71.4

4.1.Prestation de services

Les services de vaccination sont disponibles dans tous les Postes et Centres de Santé des Districts.

Dans les communautés les plus éloignées, les activités sont réalisées avec l'appui des équipes mobiles de vaccination. Les stratégies de vaccination à STP comprennent: les vaccinations en stratégies fixes dans les postes et centres de santé et les vaccinations en stratégies mobiles par les équipes mobiles, qui atteignent la cible des villages périphériques et difficiles d'accès; ces derniers ont permis une amélioration de l'offre des services.

4.2.Calendrier vaccinal

Le calendrier national de vaccination (tableau 3) comporte 9 antigènes à savoir, les vaccins traditionnels (BCG, VPO et Td) et les nouveaux vaccins (DTC-HepB-Hib, le vaccin antipneumococcique, le RR, le Rotavirus et le vaccin antipoliomyélitique inactivé).

Tableau IV: Calendrier Vaccinal en STP

ENFANT		FEMMES ENCEINTES	
Age d'administration	Vaccins	Période d'administration	Vaccin
A la naissance	BCG ; POLIO 0	1 ^a . Consultation	Td1
6 semaines	DTC1-HepB1-Hib1, POLIO1, PCV1, ROTA1	4 Semaines suivantes	Td2
10 semaines	DTC2-HepB2-Hib2, POLIO 2, PCV2, ROTA2	6 Mois suivantes	Td3
14 semaines	DTC3-HepB3-Hib3, POLIO 3, PCV3, ROTA3, VPI	1 Année suivante	Td4
9 Mois	RR1, VAA	1 Année suivante	Td5
18 Mois	RR2, VPO4	9 Mois suivante	

Le dernier cas de rougeole remonte de 1994, selon les données anecdotiques des hôpitaux et des centres de santé. Des campagnes de suivi et rattrapage contre la rougeole ont été organisées avec taux très élevés de couverture: en 2002, 95.5%, en 2007 () et en 2012 la couverture était de 98.7%.

Cependant selon les données de la surveillance épidémiologique de Janvier à Juin de 2015, tous les 3 cas suspects de rougeole ont été négatifs pour les IgM anti rougeoleuses mais les autres 3 cas ont été positifs pour les IgM anti rubéoleuses

Tableau V: Projection des effectifs des groupes cibles du PEV et ceux d'autres paquets des services ayant des liens à la vaccination (RGPH 2012)

Groupes cibles	2016	2017	2018	2019	2020
Population totale	193.712	197.700	201.785	205.965	210.240
Femmes en âge de procréer (23%)	44554	54471	46411	47372	48355
Femmes enceintes (3,4%)	6586	6722	6861	7003	7148
Enfants de 0 à 15 ans (40,1%)	77679	79278	80916	82592	84306
Enfants de 0 à 5 ans (13,3%)	25764	26294	26837	27397	27962
Enfants < 1 an (3%)	5831	5931	6054	6179	6307
Nourrissons survivants (2,9%)	5637	5772	5911	6053	6198

L'analyse de la situation du PEV a été faite selon la méthode des Forces, Faiblesses Opportunités et Menaces (FFOM) et couvre la période allant de 2011-2014. Elle a été focalisée sur les cinq composantes essentielles du système de vaccination, ainsi que les trois composantes d'appui. Les cinq composantes essentielles sont : les prestations de services, approvisionnement et qualité des vaccins, la Communication, la Surveillance et la Logistique. Les trois composantes d'appui sont : la gestion du programme, le financement et le développement des capacités.

4.1 Prestation de services

Les services de vaccination sont fournis dans tous les Postes et Centres de Santé du Pays.

Dans les communautés les plus éloignées, les activités sont réalisées avec l'appui des équipes mobiles de vaccination. Les stratégies de vaccination à STP comprennent : les vaccinations en stratégies fixes dans les postes et centres de santé et les vaccinations en stratégies mobiles par les équipes mobiles, qui atteignent la cible des villages périphériques et difficiles d'accès ; ces derniers ont permis une amélioration de l'offre des services.

4.1.1 Calendrier vaccinal

Le calendrier national de vaccination (tableau III) comporte 9 antigènes à savoir, les vaccins traditionnels (BCG, VPO, DTC-HepB+Hib, VAT et VAR) et plus récemment (2003, 2012) les vaccins contre l'hépatite B, contre la fièvre jaune (VAA) et contre le PCV13 .

Tableau VI : Calendrier Vaccinal en STP

ENFANT		FEMMES ENCEINTES	
Age d'administration	Vaccins	Période d'administration	Vaccin
A la naissance	BCG ; POLIO 0	1 ^a . Consultation	VAT1
6 semaines	DTC1-HepB1+Hib1, POLIO1+PCV1+ROTA1	4 Semaines suivantes	VAT2
10 semaines	DTC2-HepB2+Hib2, POLIO 2+PCV2+ROTA2	6 Mois suivantes	VAT3
14 semaines	DTC3-HepB3+Hib3, POLIO 3 +PCV3+ROTA3+VPI	1 Année suivante	VAT4
9 Mois	VAR 1+VAA	1 Année suivante	VAT5
15 Mois	VPO4		
18 Mois	VAR 2	9 Mois suivante	

4.1.2 Couvertures vaccinales

C'est à partir de l'an 2000 que la couverture vaccinale pour les antigènes BCG, DTC3 et VPO3 a connu une augmentation à plus de 80%. En 2004, 85% des districts sanitaires avaient une couverture plus de 80% contre 1 seul district à moins de 75%. Depuis la mise en œuvre de la stratégie « Atteindre Chaque District » (ACD) en 2005, la couverture est supérieure à 90% pour tous les antigènes et dans tous les

districts. Cette performance du programme a permis l'acceptation de la demande de STP pour l'introduction des vaccins contre l'hépatite B et la fièvre jaune en 2003, Hib 2009, PCV13 en 2012 et le SAR2 en 2013. - la même tendance d'augmentation que les autres.

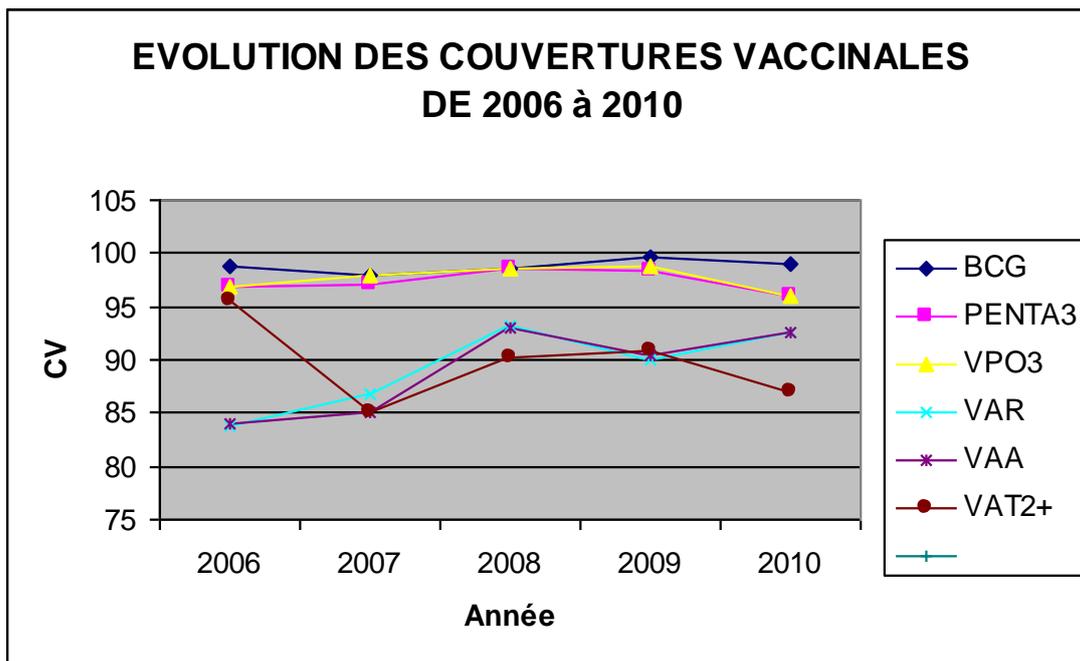
Evolution de la couverture vaccinale de 2006 à 2013

Sur la base des données administratives, l'évolution de la couverture vaccinale entre 2006 et 2014 se présente comme ci-dessous :

Tableau n° VII: Évolution de la couverture vaccinale entre 2006-2014 (%)

Année	BCG	DTC3	VPO3	VAR	VAA	HEP B3	PENTA3	VAT2&+
2006	98.7	96.8	96.8	83.8	84	75		95,5
2007	98	97	98	86.8	85.0	108.0		85.0
2008	99.8	98.6	98.6	93.3	93.1	98.6		90.2
2009	99.7	98.4	98.7	90.0	90.4	98.4	98,4-	90.8
2010	99.0		96.1	92.5	92.5		96,1	86.9
2011	99,3		96,2	91,3	91,3		96,2	89,6
2012	98,9		96,4	91,6	91,6		96,4	92
2013	97,4		97,3	90,1	90,1		97,3	90
2014	95.0		95.0	92.0	92.0		95.0	91.0

Graphique n°1: Evolution des couvertures vaccinales de 2006 à 2014



Performances des Districts

Tableau n°VIII : Performance des Districts sanitaires de 2011-2014

Antigènes	DTC3<50%				50<DTC3<80%				DTC3>=80%			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Nbre de districts sanitaires	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	7	7

Source : JRF

Tableau N°XIX : Couverture vacinal au DTC3/Penta3 par Distrite Sanitaire

Distrite Sanitaire	2009	2010	2011	2012	2013	2014
D1	99,0	96,8	95,3	97	94	92
D2	93,5	99,2	96,6	96	97	94
D3	97,2	93,4	98,1	96	98	96
D4	97,1	91,7	97,7	96	98	96
D5	98,6	97,1	95,8	98	98	97
D6	98,8	92,4	96,4	96	98	96
D7	98,4	90,0	94,2	97	97	95

Les couvertures vaccinales représentées dans le tableau ci-dessus montre bien le maintien sinon les progrès constants réalisés par le programme, car elles sont toujours restées au dessus de 90 % pour tous les antigènes. Il y a souligné la disponibilité des rapports mensuels de vaccination et une couverture administrative pour tous les antigènes et dans tous les districts > 90%. Bonne utilisation et continuité des services de vaccination(Penta3 >90%). Utilisation de la stratégie avancée et de la stratégie du porte à porte ou stratégie dirigée dans la vaccination de routine.

Le niveau de couverture témoigne l'impact positif de la formation sur la gestion du PEV et des vaccins dont ce service a bénéficié. Afin de maintenir les niveaux actuels de couvertures atteintes, il sera nécessaire renforcer la stratégie avancée de suivi/évaluation avec la participation communautaire.

L'enquête de couverture vaccinale réalisé en Novembre 2014 a confirmé les couvertures vaccinales élevées par antigènes rapportées du PEV de routine. Compte tenu des taux élevés des couvertures vaccinales par antigène à l'âge de 1 an dont le plus faible est de 92% (rougeole et fièvre jaune). Les précédentes enquêtes montrent également une augmentation progressive et constante des couvertures vaccinales. Cependant, les données de l'Enquête MICS- 2014 indiquent une couverture vaccinale de 97.3 % pour le BCG, 93 % pour le Penta 3 et pour la Polio3, 89,0% pour la rougeole.

En somme, les différentes stratégies de vaccination appliquées dans le pays ont conduit à une amélioration progressive et constante des couvertures vaccinales pour tous les antigènes. Les niveaux de couvertures actuels traduisent une amélioration d'accès aux services de vaccination et l'utilisation des services par la communauté. Pour STP, il est impérieux de maintenir les performances par antigènes et se donner de nouveaux défis : le respect du calendrier vaccinal et l'atteinte d'une proportion d'enfants complètement vaccinés à leur premier anniversaire d'au moins 80%.

4.1.3 Taux d'abandon

Le taux d'abandon DTC1-DTC3 à STP est constant et stable < à 10% au niveau de tous les Districts, ce qui traduit une bonne utilisation des services. **Celui du BCG/VAR** a connu une nette amélioration passant de 6.5% en 2010 à 3% 2014 au niveau national. En 2013, 100% de districts ont eu des taux d'abandon BCG/VAR < 10%, ce qui traduit une bonne continuité des services de vaccination. Cette tendance a été observée pendant l'enquête de couverture vaccinale de 2014. La moyenne nationale de ces taux d'abandon est illustrée dans le tableau 2 ci-dessous :

Taux d'abandon	2008	2009	2010	2011	2012	2013
(DTC1-DTC3)/DTC1	2%	1.4%	2%	2%	2%	2%

4.1.4 Introduction des vaccins sous utilisés et nouveaux

Le PEV de SAO TOME et PRINCIPE a connu une expérience antérieure en matière d'introduction de nouveau vaccin. Cette expérience sera prise en compte dans le contexte actuel de l'introduction du vaccin contre le VPI, Rotavirus e HPV. En effet, depuis septembre 2003, le PEV a introduit avec succès le vaccin contre la fièvre jaune et l'hépatite B avec l'appui de GAVI. En 2009, le vaccin contre l'haemophilus Influenzae sous sa forme pentavalente lyophilisée (DTC-HepB+Hib), le vaccin contre le pneumocoque (PCV13 , 2012) et deuxième dose de rougeole (2013) a également été introduit dans le PEV de routine. En prélude à l'introduction de ces vaccins sous- utilisés des activités relatives à la formation des agents sur la gestion des vaccins, le mode d'administration et la surveillance des MAPI ont été organisées. Des activités de sensibilisation des populations par des spots, de émissions radiodiffusées, y compris la mobilisation des proximités avec l'organisation des focus pour les prestataires de soins et les cliniciens ont été également mises en ouvre. La stratégie d'introduction adoptée a toujours été de commencer l'intégration du vaccin sur tout l'ensemble du territoire national.

Une évaluation post introductive du vaccin contre les haemophilus Influenzae b a été faite en octobre 2010 et les leçons apprises telles que l'extension de la chaîne de froid, l'implication des communautés dans la sensibilisation et la formation des agents vont servir dans l'amélioration de l'introduction du vaccin contre les infections à Pneumocoques, et la deuxième dose du vaccin antirougeoleux en 2013 , le vaccin antirotavirus en 2016 l'introduction du vaccin contre le HPV pour les adolescentes âgées de 10 ans par une démonstration à l'échelle nationale en 2016 et 2017. En plus du vaccin contre la fièvre jaune, le vaccin contre l'hépatite B et le vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib), le PEV a introduit de façon satisfaisante la vitamine A dans le PEV de routine et l'utilisation des seringues auto bloquantes et des boîtes de sécurité.

Ces nouveaux vaccins seront administrés selon le calendrier réactualisé ci après :

Tableau X : calendrier vaccinal à STP après introduction du Pentavalent, de la 2eme dose de la rougeole et des nouveaux vaccins (pneumo et rota)

Vaccins	Agés d'administration
BCG, VPO 0	A la naissance
VPO 1, DTC-HepB-Hib 1,Pneumo1, Rota1	A la 6 semaine
VPO 2, DTC-HepB-Hib 2,Pneumo2, Rota2	A la 10 semaine
VPO 3,DTC-HepB-HIB 3,Pneumo3, Rota3,VPI	A la 14 semaine
VAR1+ VAA	A la 9 mois
VPO4	A 15 mois

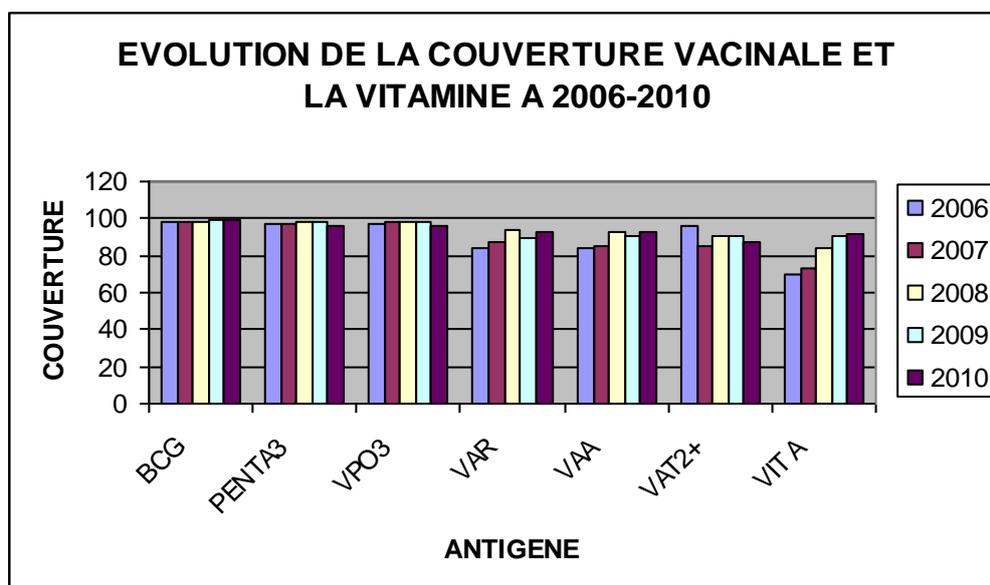
VAR2	A 18 mois
------	-----------

4.1.5 Intégration des activités des autres programmes

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 90,1% en 2014 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 monitoring 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.

2011	2012	2013
90%	91%	90%(vit.A)

Graphique n° 5. Evolution de la couverture vaccinale et la supplémentation en Vit A, 2006-2013



De la même façon, les autres activités comme la distribution de mebendazole 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 fait conformément aux besoins de chaque Centre et Poste de Santé

4.2. Surveillance épidémiologique

La surveillance des maladies cibles du PEV se déroule dans le cadre global de la surveillance intégrée des maladies (SMIR). 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 SMIR et utilisent les outils de collecte 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.

4.2.1 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 d'experts scientifiques en Polio (CPP) et le Groupe de Confinement (GC) que 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 (Institut Pasteur de Yaoundé /Cameroun), étant donné que le pays ne dispose pas d'un laboratoire équipé.

Tableau XI. Niveau de performance de la surveillance des PFA à STP de 2006 à 2014 (compléter)

Année	Population âgée < 15 ans	Nbre de cas PFA attendus	Total de cas de PFA notifiés	N° de cas de polio confirmés	Total cas de PFA non-polio notifiés	Taux de PFA non-polio	Cas de PFA avec échantillons de selles adéquats	
							N°	%
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
2011	71693	2		0		0		
2012	72999	2		0		0		
2013	74596	2		0		0		
2014	82646	2		0		0		

Source : Direction des Soins de Santé Min Santé

Le tableau ci-dessus 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 de l'arrêt de la circulation du PVS ou d'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

4.2.2 Surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune et du Tétanos maternel et néonatal

Le dernier cas de rougeole remonte de 1994 et celui de tétanos néonatal de 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. Le tableau récapitulatif ci-dessous présente sur le niveau des principaux indicateurs de surveillance de 2006 à 2014 ceux ci donnent une idée des efforts consentis dans le cadre de lutte contre les maladies évitables par la vaccination dans le pays.

Tableau XII : Evolution des maladies cibles du PEV 2010 – 2014 (compléter)

Maladies	2010	2011	2012	2013	2014
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

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 sont bien placées pour la prélimination de la rougeole

4.3 Approvisionnement en vaccins de qualité et chaîne du froid

4.3.1 Approvisionnement en vaccins

Les vaccins sont réceptionnés stockés au niveau de la chaîne du froid centrale au rythme d'un approvisionnement par an qui en assure la distribution. La distribution au niveau des districts se fait mensuellement.

Niveau Central → Chaîne de froid 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 poste de santé sur la base des rapports mensuels d'activités.

4.3.1.1 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 reçus à temps de l'UNICEF et les dispositions prises dans le délai pour l'enlèvement et leur transport vers les

installations du PEV. Les estimations sont faites et consignées dans le plan pluriannuel. Le personnel de secteurs de collaboration n'est pas formé et n'a reçu les instructions précises sur la conduite à tenir en vue de la sauvegarde de 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 cet principe.

4.3.1.2 Niveau périphérique :

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 avec beaucoup de retard ; 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.

4.3.2 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 pays devra fournir des efforts dans l'adaptation et finalisation des normes et standards PEV. Les outils de collecte de données de gestion existent à tous les niveaux ; mais présentent des difficultés quant à leur standardisation.

4.3.3 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 en tant maintenir ces performances de couverture actuelles étant donné le pays. La situation des taux de pertes de observées de 2008 à 2010, est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau XIII: Taux de perte de vaccins (2008-2014)

Vaccins	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
BCG	56%	57, 3%	57, 3%		58,9	44,7	
VPO	9.9%	9.2%	9.2%		5,10	10,1	
DTC	3.2%	2,7%					
DTC- HepB- Hib		nd	2.7%			1,4	
VAR	43%	39%	39.1%		36,2	31,8	
VAA	19.9%	22.8%	22.8%		15,7	21,4	
VAT	7.6%	6 .2%	6.2%		3,4	11,7	

4.4 Logistique

4.4.1 Chaîne du froid

- Flexibilité :

La flexibilité est suffisante à tous les niveaux . 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 chaîne 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.

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 estimations sont faites et consignées dans le plan pluriannuel. Les vaccins sont réceptionnés et stockés au niveau de la chaîne du froid centrale au rythme d'un approvisionnement par an qui en assure la distribution.

La distribution au niveau des districts se fait mensuellement. Les districts à leur tour approvisionnement les postes de santé hebdomadairement. L'approvisionnement en vaccin se fait en fonction des besoins exprimés par les districts sur la base des rapports mensuels d'activités

La dernière revue du PEV de 2013 a démontré un système de gestion des stocks satisfaisante, la disponibilité de vaccins de bonne qualité sans rupture de longue durée notée depuis 2012 et une bonne conservation des vaccins.

l'Insuffisance de connaissance de la durée de conservation des vaccins lyophilisés ouverts, l'absence d'incinérateur fonctionnel pour assurer la destruction sécurisée des déchets de la vaccination, le non-respect des directives en matière de gestion des déchets produits par la vaccination et l'absence d'un Plan normalisé d'opération au niveau central ont été noté comme points faibles.

5.8 Gestion des vaccins

Le vaccin contre la rougeole et la rubéole remplaçant un vaccin existant dans le calendrier (VAR), il sera nécessaire d'assurer la transition de l'un à l'autre sur le plan de la gestion des vaccins. La mise en place du vaccin RR se fera conformément au calendrier et modalités d'approvisionnement du pays avec le respect des procédures. Les besoins annuels en vaccins RR pour la routine seront estimés et pris en compte dans le plan de «Forecast» de 2016. Ces besoins prendront en compte un aspect important que constitue la mise en place d'un stock de réserve puisse qu'il s'agit de la première mise en place de ce vaccin dans le pays. Auparavant, le bureau logistique veillera aux éléments suivants :

- La réduction progressive des approvisionnements en VAR en résorbant le stock de réserve qui était en place et ceci afin d'éviter un sur stock en fin 2016 ; en effet, il faut mettre en place le RR sans qu'un excès de VAR ne soit observé dans les structures.
- La quantité de VAR résiduelle après la mise en place du RR dans la routine sera retirée et mise en sécurité hors du circuit pour éviter une cohabitation de deux antigènes dans le programme.
- A partir du 1er janvier 2017 tout le stock restant de VAR au niveau des centres de santé devra être collecté pour être acheminé au niveau des districts. Ces stocks devront être acheminés vers le niveau central.
- Ces vaccins résiduels seront détruits.

Dès son introduction, le vaccin RR suivra les tendances de couverture vaccinale et taux de perte du vaccin contre la rougeole (VAR).

5.9 Aperçu de la capacité de la chaîne du froid au niveau central et aux niveaux des districts sanitaires

5.9.1 Le renforcement de la chaîne de froid

Niveau central

Les équipements disponibles à ce jour couvrent largement les besoins en capacité de conservation des vaccins jusqu'à 2019.

Niveau opérationnel - Districts

Le pays devra acquérir trois nouveaux réfrigérateurs de marque **Dometic**, modèle **TCW 2000 SDD**.

Au niveau des Postes de Sante, le pays devra prévoir le remplacement progressif des réfrigérateurs a pétrole actuellement utilisés par des équipements solaires de marque **Dometic** modèle **TCW 40 SDD**.

5.9.2 Acquisition et distribution des vaccins

Le vaccin RR est actuellement commercialisé en flacon de dix doses sous forme lyophilisée. Il doit être stocké entre +2 et + 8°C les diluants et les vaccins doivent être conservés entre +2 et +8 °C dans les points de prestation. Une fois reconstitués ces vaccins doivent être gardés pendant 6 heures uniquement. Pour la première année, la quantité prévue pour l'introduction et les mois qui vont suivre sera approvisionné en un seul tour. Ces vaccins devront arriver au niveau central au mois d'Aout 2016.

La distribution des vaccins du niveau central vers les districts sanitaires sera effectuée par l'équipe du PEV au moins deux semaines avant la date du lancement officiel de la campagne. Les districts sanitaires approvisionneront à leur tour les formations sanitaires de leurs circonscriptions respectives. Cette activité requiert la disponibilité des moyens de transport à tous les niveaux. Ces moyens seront mobilisés au niveau central et des districts.

Capacité de stockage des vaccins du niveau central de 2015 à 2019 à Sao Tome et Principe

Table XIV: Capacité et coûts (pour stockage positif)

Entrepôt principal

		Formules	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	754 litr	799 litr	782 litr	801 litr	820 litr	0 litr
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	3.570 litr					
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	0,21	0,22	0,22	0,22	0,23	0,00
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	4	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	$((A*(1/D+Réserve/12) - B)$	- 3.193 litr	- 3.170 litr	- 3.179 litr	- 3.169 litr	- 3.160 litr	- 3.570 litr
F	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Table XV: Capacité (pour stockage négatif)

Entrepôt principal

		Formules	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A	Volume total annuel des vaccins en stockage négatif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	25 litr	25 litr	26 litr	0 litr	0 litr	0 litr
B	Capacité négative totale nette existante (litres ou m3)	#	528 litr					
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	0,05	0,05	0,05	0,00	0,00	0,00
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	4	4	4	4	4	4

Tableau N° XVI :Analyse du gap et des coûts additionnels de la chaîne du froid dépôts secondaires sur les cinq prochaines années

		Capacité additionnelle de stockage en réfrigération						
Niveau	Nom dépôt	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
District	Água-Grande	47 litr	53 litr	51 litr	50 litr	52 litr	0 litr	
District	Mé-Zóchi	11 litr	14 litr	13 litr	12 litr	13 litr	0 litr	
District	Lobata	26 litr	24 litr	24 litr	25 litr	23 litr	0 litr	
District	Cantagalo	28 litr	27 litr	27 litr	28 litr	27 litr	0 litr	
District	Lembá	4 litr	6 litr	5 litr	5 litr	6 litr	0 litr	
District	Cauê	8 litr	8 litr	8 litr	8 litr	8 litr	0 litr	
District	Príncipe	6 litr	5 litr	5 litr	6 litr	5 litr	0 litr	
National	Depôt Central	0 litr	0 litr	0 litr	0 litr	0 litr	0 litr	
E	Différence (le cas échéant)	$((A*(1/D+Réserve/12) - B)$	- 516 litr	- 515 litr	- 515 litr	-528 litr	- 528 litr	- 528 litr
F	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

5.9.3 Gestion des déchets et sécurité des injections

Pour la vaccination de routine et la campagne, des instructions sur la gestion des déchets sont les suivantes :

- L'utilisation systématique des seringues autobloquantes (AB) pour chaque injection;
- La collecte des seringues et aiguilles usagées dans les boîtes de sécurité ;

- La destruction des boîtes de sécurités pleines par enfouissement des mâchefers dans une fosse à deux paliers dans les formations sanitaires.
- Les matériels et équipement utilisés pour la gestion des déchets sont les suivants :
 1. Tri/séparation des déchets: les boites de sécurité sont disponibles et suffisantes dans toutes les formations sanitaires ;
 2. La pré collecte: des poubelles sont disponibles ;
 3. La collecte/transport: lors des campagnes de vaccination les déchets des sites avancés sont collectés et amenés à la formation sanitaire pour destruction ;
 4. L'élimination finale: Les mâchefers sont collectés et jetés dans les fosses.

L'élimination des déchets se fait à travers un recueil des matériels usés dans les réceptacles, le brûlage et l'enfouissement. La acquisition et installation des incinérateurs préconisée dans le plan du RSS pour 2016-2020.

Avec l'appui de l'OMS, le premier incinérateur du district d'Agua Grande où est située la capitale du pays vient d'être construit en 2011 au niveau de l'hôpital central. Cet incinérateur a améliorer le système de l'élimination des déchets, conformément aux recommandations de l'OMS.

4.4.2 Equipements et infrastructures

Les services de vaccination sont disponibles dans toutes les infrastructures sanitaires en état de conservation satisfaisante avec un minimum d'équipements fonctionnels malgré la vétusté y compris les véhicules. Le PEV dans son ensemble est bien couverte par le réseau téléphonique.

4.4.3 Sécurité de la vaccination

4.4.3.1 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. Toutefois l'utilisation des SAB est pratiquée dans 100% des formations sanitaires.

4.4.3.2 Surveillance des MAPI

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

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 palier aux insuffisances notées dans le système de vaccination.

4.4.3.3 Pratiques

Les bonnes pratiques infirmières sur la manipulation des matériels et l'asepsie ont été abordées lors de la formation du personnel en 2012 ; 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 antipneumococcique et deuxième dose de rougeole font une bonne opportunité pour faire une formation/recyclage des agents

4.4.3.4 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 à toute son importance pour la deuxième dose du vaccin antirougeoleux

4.5 Communication

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 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 souvent les moyens financiers font défaut.

Malgré les bonnes performances de son PEV de routine, Sao Tomé et Príncipe fait partie d'une sous région où la moyenne de couverture vaccinale n'atteint pas les 90% au niveau national (57% de CV 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 Príncipe , 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 collectes des données des activités de communication parmi les outils du PEV ;

Des opportunités existent déjà à Sao Tomé et Príncipe, en faveur de la mise en œuvre de cette lutte contre les autres maladies endémiques et à potentiels épidémiques.

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 citées est faible (2 en moyenne). Seulement 7 personnes ont citées 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

4.6 Gestion du programme

Le PEV a débuté à Sao Tome et Príncipe en 1979 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 1 responsable et des sous noyaux au niveau des 7 Districts, sous la responsabilité des médecins chefs de chaque District.

4.6.1 Planification

Les activités de vaccination sont identifiées comme priorités dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Un plan pluriannuel pour la vaccination couvrant la période 2003-2007. Pour faire face aux nouveaux défis contenus dans le GIVS, du GVAP 2011-2020 et SR de la vaccination 2014-2020 le PPAC 2016 – 2020 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 maternelle et néonatal ;
- réduire la morbidité par rougeole de 90% et la mortalité de 95% ;
- améliorer la vaccination de routine pour atteindre une couverture de 98% pour tous les antigènes dans tous les districts ;
- introduire les nouveaux vaccins (Rotavirus, HPV et Pólio injectable) et rubeole .

4.6.2 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). Le CCIA se réunissent régulièrement 3 fois par an pour valider, suivre et évaluer le plan d'action annuel du programme. Cependant, on note un faible engagement de la société civile

4.6.3 Suivi et Évaluation

Le suivi permet d'assurer la collecte mensuelle d'une série d'indicateurs dans 100% des districts. La gestion de 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%). La surveillance à tous les niveaux présente des signes de bonne qualité et quantité.

En 2006, les surveillances programmées ont été exécutées à 100%: aussi 100% de surveillants a été formé dans le domaine de la technique de surveillance et 100% de ces mêmes surveillants dispose d'un guide de surveillance.

Les enquêtes MICS réalisées ont permis de faire la comparaison entre les données du système d'informations et celles découlant des MICS. Cette comparaison a permis de constater qu'il n'y a pas de divergence significative entre ces deux sources d'informations. Ceci vient de nouveau d'être confirmé par la récente 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.

4.6.4 Renforcement des capacités

Pour répondre à la demande de manière satisfaisante, le PEV a besoin de ressources humaines qualifiées 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.

4.7. Financement du système de vaccination

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

4.7.1 Etat

Jusqu'en 2006, une grande partie du financement du PEV est assuré par les partenaires du Gouvernement. A partir de 2008 le gouvernement a commencé à investir dans l'achat des vaccins traditionnels et au cofinancement des vaccins sous utilisés et nouveaux avec GAVI.

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 d'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 de partenaires a comme conséquence ce qui suit :

- Absence d'indépendance financière en matière de vaccination
- La mise en œuvre incomplète du plan stratégique et claire d'action annuelle 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.

L'adoption du document de stratégie de réduction de la pauvreté dans le cadre de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés* (IPTE) offre au pays une opportunité d'accéder à des financements additionnels.

4.7.2 Partenaires

Les principaux partenaires qui ont financées les dépenses du PEV ont été : GAVI, UNICEF, IOMS et ONG portugaise Valle-Flor, UNFPA.. Les chiffres a notre disposition sont celles de l'OMS, UNICEF, GAVI, UNFPA et le gouvernement dont nous représentons ici

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

Le tableau n° : représente les dépenses effectuées par les partenaires et le gouvernement du PEV de 2008 à 2013 y compris l'achat des vaccins

Sources de financement USD)	Années						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
GOUVERNEMENT	92 544	105 911	271 615				
OMS	18.000	19.000	58.850				
UNICEF	29 861	18 600	13 090				

GAVI	32 759,5	83 088, 5	167 536				
UNFPA	9.000	11.000	10.000				
TOTAL	164.1 65	135 511	449 151				

SYNTHESE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DU PEV

L'analyse précédemment faite sur le contexte démographique, politique, institutionnel, économique et sanitaire a permis de faire ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces du système PEV.

5.1 Environnement interne

Tableau XVI : Résumé des forces et faiblesses du système PEV

	Forces	Faiblesses
Système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de documents surtout relatif Réseau d'infrastructures sanitaires suffisant et bien distribué Programme PEV décentralisé Disponibilité des services de vaccination dans 36 formations sanitaires sur les 40 dans le pays Dotations en outils de travail, notamment transport, équipements et outil informatique, technologie de communication (téléphone, fax, Internet) 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de document de politique nationale vaccination Forte dépendance financière du PEV par les partenaires. Démotivation du personnel Insuffisance dans la collecte des données Système d'Information Sanitaire
Prestations de service de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> Couverture vaccinale >90% dans tous les Districts et pour tous les antigènes Taux d'abandon DTC1/DTC3 et BCG/VAR < à 10% 100% de complétude et promptitude des rapports au niveau national Services de santé intégrés (moustiquaires imprégnées, Vitamine A et déparasitage) à tous les niveaux Capacité de faire vacciner les enfants pendant les visites des mères aux Centres de Santé y compris les enfants hospitalisés Utilisation de la stratégie avancée et de la stratégie du porte à porte ou stratégie dirigée dans la vaccination de routine 	<p>Non maîtrise des populations cibles par les agents de santé des CS et PS</p> <ul style="list-style-type: none"> Absence de calendrier vaccinal en première année du carnet de vaccination
Approvisionnement et qualité des vaccins	<ul style="list-style-type: none"> Approvisionnement en vaccins par l'UNICEF. Disponibilité de vaccins de bonne qualité sans rupture de longue durée notée depuis 2014 Bonne conservation des vaccins Taux de perte en vaccins en général est inférieur à 20% sauf pour BCG au Centre de Santé où l'on atteint souvent 45%. <p>Existence d'un plan d'approvisionnement et distribution des vaccins et autres intrants conjointement élaboré avec les partenaires au niveau central</p>	<ul style="list-style-type: none"> Absence de prise de décision face à une augmentation de température Absence d'incinérateur fonctionnel pour assurer la destruction sécurisée des déchets de la vaccination Insuffisance de maîtrise de la Pastille de Contrôle des Vaccins et des phases d'utilisation de celle-ci de décision Seuils d'alerte non pris en compte dans la commande des vaccins Faible application du bundling
Logistique <ul style="list-style-type: none"> Chaîne de froid Sécurité des injections 	<ul style="list-style-type: none"> Bonne capacité de stockage des vaccins à l'entrepôt central 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 chaîne du froid sont disponibles, fonctionnels et 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de formations formelles sur la logistique des vaccins du responsable des approvisionnements au niveau national Le personnel au niveau opérationnel ne maîtrise pas la manipulation des thermostats des réfrigérateurs Absence des fiches d'inventaire des vaccins

<ul style="list-style-type: none"> • Moyens de transport 	<ul style="list-style-type: none"> • ont une capacité suffisante et sont bien entretenus • Existence et utilisation des boites de sécurité au niveau de toutes les formations sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • autres intrants Mauvaise conservation des v pendant les séances de vaccination
<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance épidémiologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un service de surveillance intégrée au niveau central avec une responsable formée • Existence d'un dispositif de réponse rapide en cas de sollicitation pour l'investigation d'un cas suspect de maladies `notification obligatoire • Disponibilité des fiches de notification des cas de MAPI au niveau des centres et postes de santé Réseau de surveillance épidémiologique fonctionnel • Bonne complétude et promptitude des rapports de surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de ressources humaines (non qualité) au niveau central • Personnel du niveau central non formé à l'analyse du 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 • Faible notification des cas suspects des maladies cibles du PEV sous surveillance • Définitions de cas des maladies cibles du PEV affichées aux murs des services visités y compris à l'hôpital Central • Absence d'un laboratoire national pour des tests simples comme pour le diagnostic de la rougeole • Personnel des postes de santé insuffisant et non impliqués dans l'investigation des cas de maladies cibles du PEV
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de points focaux du Centre National de l'Education pour la Santé (CNES) dans tous les Districts • Structure décentralisée de mobilisation sociale au niveau des Districts et communautés 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines insuffisantes au niveau central • Coût élevé de la production et divulgation des matériels de communication • Faible activité de l'IEC • Inexistence de la composante mobilisation sociale dans le PEV
<ul style="list-style-type: none"> • Coordination/Gestion 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte volonté politique • Exercice de planification budgétisée des activités de façon conjointe avec tous les acteurs du PEV(OMS, UNICEF, UNFPA, GAVI) • Disponibilité de documents de base sur normes, procédures et standards du PEV • Intégration d'un paquet minimum de services à offrir de vaccination dans toutes les formations sanitaires • 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'Autorité Nationale de Régulation de la vaccination • Pas d'engagement de la société civile • Insuffisance du personnel au niveau de la coordination du PEV • Faible coordination des interventions des différents partenaires
<ul style="list-style-type: none"> • Développement de capacités 	<ul style="list-style-type: none"> • Malgré le nombre et la qualité réduits, le personnel assure au quotidien l'offre de services de vaccination avec même des stratégies innovantes pour la recherche des perdus de vue • Une équipe nationale formée en MLM a été envoyée à l'étranger du Pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un plan de formation du personnel aux niveaux central et opérationnel • Démotivation du personnel • Surcharge de travail de certains agents
<ul style="list-style-type: none"> • Supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision de la surveillance active du PFA fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de supervision formative et de planification de la supervision • Insuffisance des supervisions du personnel opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Financement 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une ligne budgétaire du gouvernement pour le PEV 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de mécanismes innovants de mobilisation des ressources pour la vaccination • Faible montant alloué • Faible capacité de financement des besoins du PEV par L'Etat • Forte dépendance financière des ressources externes

5.2 Environnement externe

Tableau XVIII : Opportunités et Menaces du PEV

Domaines	Opportunités	Menaces
Niveau national	<ul style="list-style-type: none"> • 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 Saude para Todos) • 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 • Adhésion de la population au paquet intégré d'activités offertes à travers les services de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Crise financière mondiale pouvant entraîner une rupture de l'appui externe • Contribution nationale encore insuffisante • Faible engagement de la société civile • Faible croissance économique • Augmentation de la pauvreté
Niveau mondial	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption du GIVS • Réforme du Système des Nations Unies • Financements de GAVI 	<ul style="list-style-type: none"> • Crise financière mondiale • Resurgence de la circulation du virus dans les pays de la Sous-région • Resurgence des épidémies de rougeole dans la région

Tableau XIX: Identification des problèmes et critères de priorisation

Domaines	Problèmes listés par ordre de priorités	Priorités
Coordination/Gestion	• Faible collaboration avec la société civile	3
	• Faible coordination des interventions des différents partenaires	3
Développement de capacités	• Personnel de santé nouvellement intégré non formé sur la gestion du PEV	2
Prestation de service	• Faible proportion d'enfants complètement vaccinés	1
	• Supervision insuffisante et irrégulière	1
Logistique Approvisionnement et qualité des vaccins	• Persistance des taux de perte élevés pour le VAR, VAA et BCG	1
	• Insuffisance des incinérateurs	3
	• Insuffisance d'espace de stockage ambiant/magasin au niveau central	3
	• Vétusté des équipements de vaccination à 50%	3

	• Capacité insuffisante de la Chaîne de Froid au niveau central	2
	• Absence de normes et standards PEV pour la CDF et la gestion des vaccins	3
	• Moyens de transports vétustés	3
	• RH insuffisantes au niveau central	1
Surveillance épidémiologique	• Faible financement des activités de surveillance	3
	• Inexistence du système de surveillance des MAPI	3
	• Manque de capacités d'analyse des échantillons de selles des cas suspects de Polio par le laboratoire national	4
	Absence de notification de cas suspects de maladies évitables par la vaccination	2
Sensibilisation Mobilisation sociale	• Inexistence de la composante mobilisation sociale dans le PEV	2
	• Exigences de paiement par les médias	2
	• Faible activité de sensibilisation	2
Financement	• Forte dépendance financière des ressources externes	1
	• Faible financement des activités de surveillance	3

Niveau de priorité : 1 =Fortement prioritaire ;2 prioritaire ;3 moins prioritaire ; 4 Faiblement prioritaire

6. PRIORITES NATIONALES, OBJECTIFS, ETAPES, BUTS REGIONAUX ET MONDIAUX

Tableau XIV: Priorités Nationales, Objectifs, Etapes, Buts Régionaux et Mondiaux

Problèmes/ Priorités	Objectifs	Etapes	Buts régionaux et mondiaux	O de p
Faible pourcentage d'enfants complètement vaccinés à 1 an	Accroître le pourcentage d'enfants complètement vaccinés à 1 an de 77% à 90% d'ici 2020	2016: 82% 2017 : 85% 2018 : 90% 2020 : 90% (pour tous les antigènes)	Au plus tard en 2020 tous les pays ont une couverture de la vaccination de routine de 95% au niveau national et d'au moins 95% dans tous les districts	1

Taux de perte de vaccins élevés par rapport aux objectifs régionaux	D'ici 2020 réduire les taux de pertes des antigènes : BCG : 57 à 40% VAR : 39 à 20% VAA : 20 à 10%	Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin					Réduire le taux de perte de tous les antigènes selon les normes recommandées	1	
		Type de Vaccin	2016	2017	2018	2019			2020
		Vaccins Traditionnels							
		BCG	40%	40%	40%	40%			40%
		Polio (VPO)	10%	10%	10%	10%			10%
		Rougeole	20%	20%	20%	20%			20%
		TT - Femmes enceintes	10%	10%	10%	10%			10%
		Vaccins sous-utilisés							
		Fièvre jaune	20%	20%	20%	20%			20%
		DTC-HepB-Hib3	5%	5%	5%	5%			5%
		Measles	20%	20%	20%	20%			20%
		Nouveaux vaccins							
		PCV-13	5%	5%	5%	5%			5%
ROTAVIRUS	10%	10%	10%	10%	10%				
Vétusté et insuffisance d'entretien des équipements de vaccination et transport	D'ici 2020 doter le niveau central et distrital d'une capacité de stockage suffisante	2016- 2018 acquérir 50% des équipements informatiques 2018 à 2020 acquérir les autres 50%					Au plus tard en 2020 tous les pays ont une couverture de la vaccination de routine de 95% au niveau national et d'au moins 95% dans tous les districts	1	
Forte dépendance financière des ressources externes	D'ici 2020, accroître le financement national pour les activités de vaccination	Le Gouvernement devra respecter ses engagements par rapport au cofinancement GAVI					Assurer la pérennité financière pour la vaccination	1	

7. VISION ET OBJECTIFS DU PEV

7.1 Vision

D'ici 2020 :

- 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 quelque soit l'environnement social, politique et économique.

7.2 Objectifs

7.2.1 Objectif général :

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

7.2.2. Objectifs spécifiques :

1. En matière de couverture vaccinale

- D'ici 2020, 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 XV ci-dessous

Objectifs de la Couverture Vaccinale

Tableau XX: Données de base et projections des objectifs de la couverture vaccinale contenus dans le plan pluri annuel complet 2016-2020

Type de Vaccin	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccination de Routine	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Vaccins Traditionnels					
BCG	98%	98%	98%	99%	99%
TT - Femmes enceintes	95%	95%	95%	95%	95%
Rougeole	95%	95%	95%	95%	95%
Polio (VPO3)	96%	96%	96%	97%	97%
VPI	96%	96%	96%	97%	97%
Vaccins sous-utilisés					
Fièvre jaune	95%	95%	95%	95%	95%
DTC-HepB-Hib(3)	96%	96%	96%	97%	97%
Rougeole 2ème dose	80%	82%	85%	90%	90%
Nouveaux Vaccins					
PCV-13	96%	96%	96%	97%	97%
ROTAVIRUS(1)	96%	96%	96%	97%	97%

- D'ici 2020, 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 XVI ci-dessous

Tableau XXI : Objectifs pour la réduction des taux de perte des vaccins de 2016 à 2020

	Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin				
Type de Vaccin	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccins Traditionnels					
BCG	40%	40%40%	40%	40%	40%
Polio (VPO)	10%	10%	10%	10%	10%
Rougeole	20%	20%	20%	20%	20%
TT - Femmes enceintes	00%	10%	10%	10%	10%
Vaccins sous-utilisés					
Fièvre jaune	20%	20%	20%	20%	20%
DTC-HepB-Hib3	5%	5%	5%	5%	5%
2ème dose rougeole		20%	20%	20%	20%
Nouveaux vaccins					
PCV-13		5%	5%	5%	5%
ROTAVIRUS	10%	10%	10%	10%	10%

2 En matière d'introduire de nouveaux vaccins

- D'ici fin 2016, introduire le vaccin VPI , anti rotavirus et HPV et les vacins combiné des rougeole et rubeole (RR).

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

- D'ici 2020, accroître le financement national pour les activités de vaccination de \$ 647 113 USD conformément à l'outil de costing du PPAC
- D'ici 2020, maintenir et renforcer le niveau de la surveillance épidémiologique actuelle

8. STRATEGIES ET ACTIVITES EN FONCTION DES OBJECTIFS PAR COMPOSANTE

Tableau XXII : Stratégies, activités et indicateurs du PPAC 2016- 2020 par composante.

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES	INDICATEURS
D'ici 2020,	Renforcement des capacités nationales	Former tout le personnel des formations sanitaires lie à la vaccination, dans le MLM	Nombre du personnel de santé forme en MLM

maintenir la couverture vaccinale de tous les antigènes au niveau national à plus de 95%.		Organiser la formation du personnel de santé sur l'introduction des nouveaux vaccins par niveaux	Rapport de la formation sur l'introduction des nouveaux vaccins
		Mettre en œuvre le plan intègre de communication pour le PEV	Activités du plan intégré de communication pour le PEV mises en œuvre
		Produire les paquets de communication	Paquets de communication produits
		Former 185 Agents de Santé Communautaire (ASC) sur les stratégies de communication pour les communautés	Nbre des ASC formés sur les stratégies de communication
		Evaluer la mise en œuvre du Plan de communication en 2016	Rapport d'évaluation de la mise en œuvre du Plan de communication
D'ici 2020 maintenir la couverture vaccinale de tous les antigènes au niveau national à plus de 95%.	Renforcement du suivi et de l'évaluation du programme	Relancer les réunions trimestrielles de suivi et évaluation des activités du PEV	Nbre des réunions de suivi et évaluation relisées
			.
		Réviser/actualiser les outils de supervision	Outils de supervision actualisés
		Réaliser les visites de supervision dans chaque 6 mois pour le niveau central et trimestrielles au niveau des Districts	Nbre des visites de supervision réalisées
D'ici 2020, Maintenir les performances	Renforcement de la surveillance	Elaborer le plan de surveillance active	Plan de surveillance active disponible

obtenues dans le cadre de la surveillance	épidémiologique	Produire trimestriellement les bulletins épidémiologiques pour assurer la rétro information a tous les niveaux	Nbre des bulletins épidémiologiques produit
		Réviser/actualiser les outils de supervision	Outils de supervision actualisés
		Réaliser 7 sessions de formation de formateurs sur la surveillance des cas de PFA pour les communautés	Nbre des sessions de formations de formateurs sur la surveillance réalisée de formateurs
		Organiser une riposte en cas de découverte du poliovirus sauvage ou de fièvre jaune	Existence du plan de riposte en cas de découverte du poliovirus sauvage ou de fièvre jaune
D'ici, 2020 réduire les taux de pertes pour tous les antigènes.	Renforcement du système de gestion des vaccins	Utiliser les flacons des petites doses	les flacons des petites doses sont utilisés dans la routine
		Vulgariser la politique des flacons entamés	Politique des flacons entamés dans les 7 Districts
		Doter les districts sanitaires d'outils informatiques de gestion des vaccins	Les 7 Districts sont équipés en outils informatiques pour la gestion des vaccins
		Adapter les outils de gestion par rapport aux nouveaux vaccins	les outils de gestion sont adaptés par rapport aux nouveaux vaccins
D'ici 2020, doter 100% des districts en matériels CDF	Renforcement du système de la logistique Acquisition des équipements et des moyens de transport		
		Commander les moyens de transport pour Districts le PEV	Moyens de transport pour le Districts PEV disponibles.
		Elaborer un Plan spécifique pour la maintenance des équipements de la	Existence du Plan spécifique pour la maintenance des équipements de la

		CDF et pour les moyens de transport	CDF et pour les moyens de transport
		Construire un nouveau magasin de stockage des vaccins pour le PEV central	Existence d'un magasin de stockage des vaccins pour le PEV central
		Construire 6 incinérateurs pour les districts	Nbre des incinérateurs construit
D'ici 2020, accroître le financement national pour les activités de vaccination	Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV	Renforcer le plaidoyer pour la disponibilité des ressources inscrites dans le budget de l'Etat	Nbre des rapports de plaidoyer pour la disponibilité des ressources, réalisés auprès des décideurs
		Renforcer le plaidoyer pour l'augmentation du budget national alloué à la santé	Proportion du budget de l'Etat alloué au PEV

9. HRONOGRAMME DES PRINCIPALES ACTIVITES

Tableau XVIII : Calendrier des activités du PPAC 2016 -2020.

ACTIVITES PRINCIPALES	2016	2017	2018	2019	2020
Prestation des services					
Organiser des ateliers de micro planification du PEV	X	X	X	X	X
Etendre les équipes en stratégies avancée et mobiles	X	X	X	X	X
Réaliser les visites de supervision dans chaque 6 mois pour le niveau central et trimestrielles au niveau des Districts	X	X	X	X	X
Relancer les réunions trimestrielles de suivi et évaluation des activités du	X	X	X	X	X

PEV					
Organiser l'évaluation externe du PEV en 2018	X		X		
Réviser/actualiser les outils de supervision	X			X	
Renforcement de la communication en faveur du PEV					
Mettre en œuvre le plan intègre de communication pour le PEV	X	X	X	X	X
Produire les paquets de communication	X	X	X	X	X
Former 185 Agents de Santé Communautaire (ASC) sur les stratégies de communication pour les communautés	x	X	X		
Evaluer la mise en œuvre du Plan de communication en 2016			X		
Renforcement de la surveillance épidémiologique					
Elaborer le plan de surveillance active	X	X	X	X	X
Produire trimestriellement les bulletins épidémiologiques pour assurer la rétro information a tous les niveaux	X	X	X	X	X
Réviser/actualiser les outils de supervision	X		X		X
Réaliser 7 sessions de formation de formateurs sur la surveillance des cas de PFA pour les communautés	X			X	

Organiser une riposte en cas de découverte du poliovirus sauvage , rubeole ou de fièvre jaune	X				
Renforcement du système de gestion des vaccins					
Vulgariser la politique des flacons entamés	X	X	X	X	X
Doter les districts sanitaires d'outils informatiques de gestion des vaccins		X	X	X	X
Adapter les outils de gestion par rapport aux nouveaux vaccins	X				
Renforcement du système de la logistique					
Commander les Equipement et matériels de CDF	X	X	X	X	X
Commander les moyens de transport pour le PEV	X	X	X	X	
Aquicsition 6 incinérateurs pour les districts		X	X		
Renforcement des capacités					
Former tout le personnel des formations sanitaires lie à la vaccination, dans le MLM		X	X	X	
Organiser la formation du personnel de santé sur l'introduction des nouveaux vaccins par niveaux	X				
Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV					
Renforcer le plaidoyer pour la disponibilité des ressources inscrites dans le budget de l Etat	X	X	X	X	

Renforcer le plaidoyer pour l'augmentation du budget national alloué à la santé	X	X	X		

10. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENT DU PROGRAMME

10.1 Méthodologie

La collecte de données de données qui ont été introduites dans la feuille N°1 «Entrée des données» s'est faite à partir des sources suivantes :

En ce qui concerne :

- les indicateurs macro-économiques et démographiques (Institut national des statistiques, 2012)
- Les données relatives aux vaccins et matériels d'injection (Ministère de la sante, 2014)
- Les données relatives aux coûts du personnel (Ministère de la sante, 2014)
- Les données relatives aux matériels de la chaîne de froid et la logistique de transport (Ministère de la sante, 2014)

10.1.1 Coût

10.1.2 de l'année de base

i. Indicateurs de base pour l'année de référence

Selon le tableau XIX, le coût total du programme s'élevait à 1788.453 USD dont 50% pour les coûts de la vaccination et 43% pour les coûts partagés pour l'année 2014. Les coûts des vaccins et matériels d'injection représentaient 7% du coût total du Programme et 54,7% du financement du gouvernement.

Tableau n° XIX : indicateurs de base pour l'année de référence (2014)

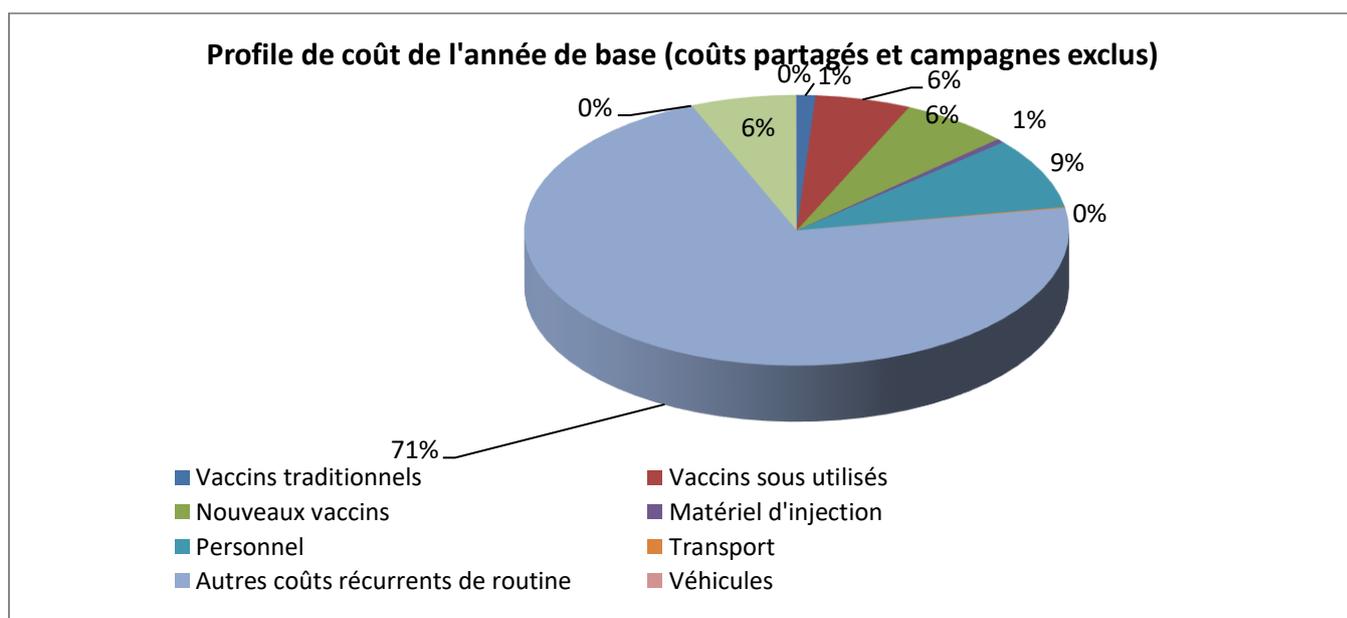
Indicateur pour l'Année de Référence	2014
Dépenses totales pour la Vaccination	1.788.453
Campagnes	\$0
Vaccination de routine	\$ 967.464
% vaccins et matériels d'injection	7%
Total des coûts partagés	\$760,126
% des coûts partagés dans le total	43%
TOTAL	\$1.788.453

Le coût de la vaccination de routine a été estimé à 3,1 \$ par habitant, ce qui équivaut à 0,26% du PIB pour la même année. Le coût par enfant vacciné pour trois doses de DTC s'élève à 93,9 \$. Globalement, le coût total du Programme pour l'année 2015 s'élève à **\$1.887.049**. Le principal défi du programme de la vaccination à Sao Tome & Principe est le maintien de la couverture élevée au dessus de 90% en moyenne nationale et au niveau de tous les Districts. En effet, le pays demeure l'un des pays de la sous région à avoir des taux de couverture vaccinale très élevé pour tous les antigènes. Le maintien de cette tendance va nécessiter d'importants moyens en termes de formation, de supervision régulière, d'où le poids élevé des autres coûts récurrents (79%) dans le profil des couts pour l'année de base.

Figure 6: profil des coûts de la vaccination en 2014 à STP par rubrique

Natureza das Despesas	Dépenses
	US\$
	2014
Approvisionnement en vaccins et logistiques (de vaccination systématique uniquement)	239.552
Prestation des services	73.805
Plaidoyer et communication	10.000
Monitoring et contrôle des maladies	19.830
Gestion du programme	685.140
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	-
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)	780.991
Total global	1.809.318

ii. Le profil du financement pour l'année de base

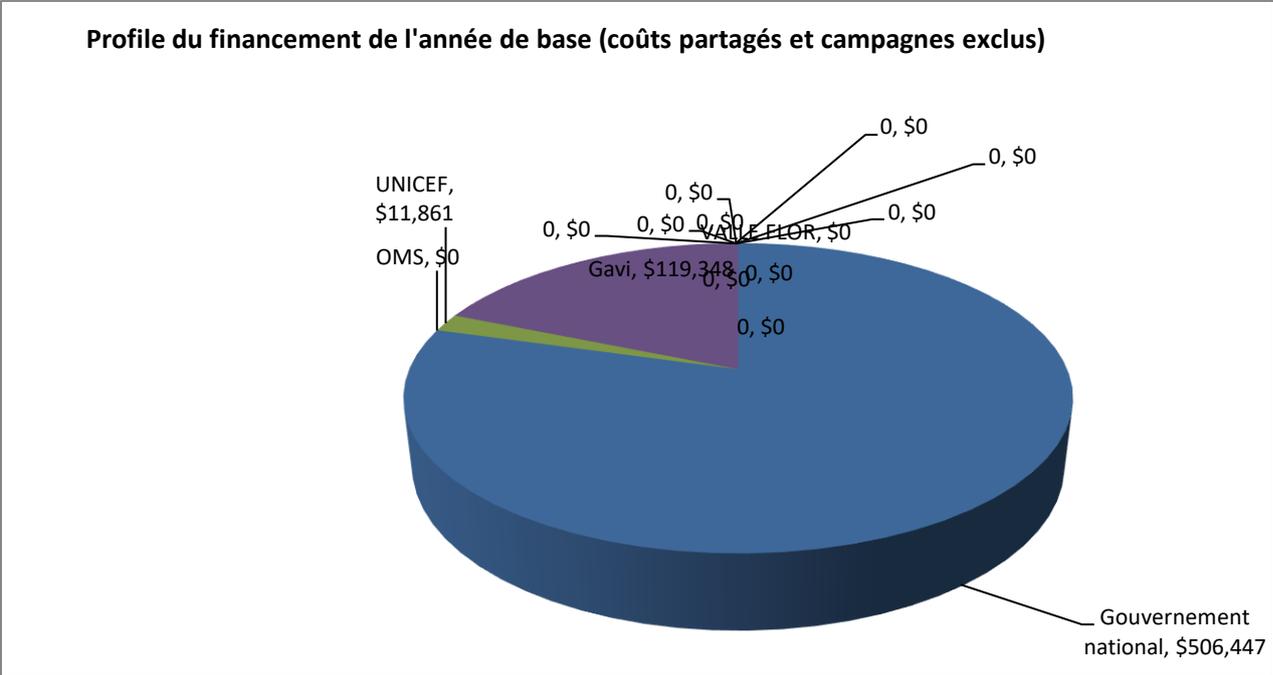


Plusieurs institutions participent au financement de la Santé en général, et de la vaccination en particulier à Sao Tome dont principalement l'Etat. Celui-ci a contribué en 2014 pour les dépenses de vaccination à hauteur de 55% contre 34% pour GAVI, 7% pour l'OMS, 2% pour l'UNICEF et 1,8% pour l'UNFPA.

L'Etat contribue à l'achat des vaccins de base au travers d'une ligne budgétaire consacrée à l'approvisionnement en vaccins ainsi qu'au renforcement de la chaîne de froid. L'Etat utilise la filière de l'UNICEF ; ceci permet de garantir la qualité et d'obtenir des prix abordables. L'Etat participe également aux dépenses de personnel et prend en charge la quasi-totalité des dépenses liées aux activités de supervision et de stratégie avancée.

L'UNICEF finance une partie des vaccins de base. L'OMS participe plus à la prise en charge des dépenses de formation ainsi que celles relatives à la surveillance et contrôle des maladies. GAVI finance depuis 2002 les vaccins contre l'Hépatite B et la fièvre jaune. Une partie des ressources destinées au renforcement des services est également utilisée pour couvrir les dépenses des autres coûts récurrents, notamment les dépenses de formation et de supervision. L'UNFPA finance les coûts de fonctionnement liés au transport.

Figure 7: Financement de l'année de base (2014) par sources de financement



10.1.3 Les Coûts futurs du Programme de 2015 à 2019.

a) Besoins des coûts futurs par rubrique

Les besoins en ressources pour la période de 2015 à 2019 s'élève à **\$10.607.326**. En raison des défis de l'introduction du Pneumocoque en 2012 et la deuxième dose de Rougeole en 2016, les couts du programme vont certainement connaître une forte croissance en terme de couts des nouveaux vaccins, de besoins additionnels en matériels de la chaîne du froid et en autres couts récurrents, notamment les besoins de renforcement des capacités des agents. Le tableau ci après retrace l'évolution des besoins en ressources globales pour la période de 2015 à 2019 ainsi que les principaux postes de dépenses sur la période.

Tableau XXI; Evolution des besoins en ressources pour la vaccination de 2015 à 2019

Besoins en ressources	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019
Total des besoins	\$ 1.887.049	\$ 2.234.783	\$ 2.125.398	\$ 2.167.608	\$ 2.192.489	\$ 10.607.326
Taux de croissance	5%	18%	-15%	2%	1%	
Routine	\$ 976.363	\$ 1.089.645	\$ 1.102.841	\$ 1.124.600	\$ 1.128.621	\$ 5.422070
% des vaccins et matériels d'injection	12%	17%	17%	17%	16%	16%

Comme on peut l'observer sur le graphique ci-après, les plus gros postes de dépenses concerneront essentiellement les vaccins dont l'influence des nouveaux vaccins conduit la proportion des vaccins par rapport au cout total du Programme à passer de 21% en 2012 à 59% et partir de 2016 une moyenne croissent de toute la période de 2016-2019 de 2,2%.

Figure 8: Evolution des besoins en ressources pour la vaccination de 2015 à 2019

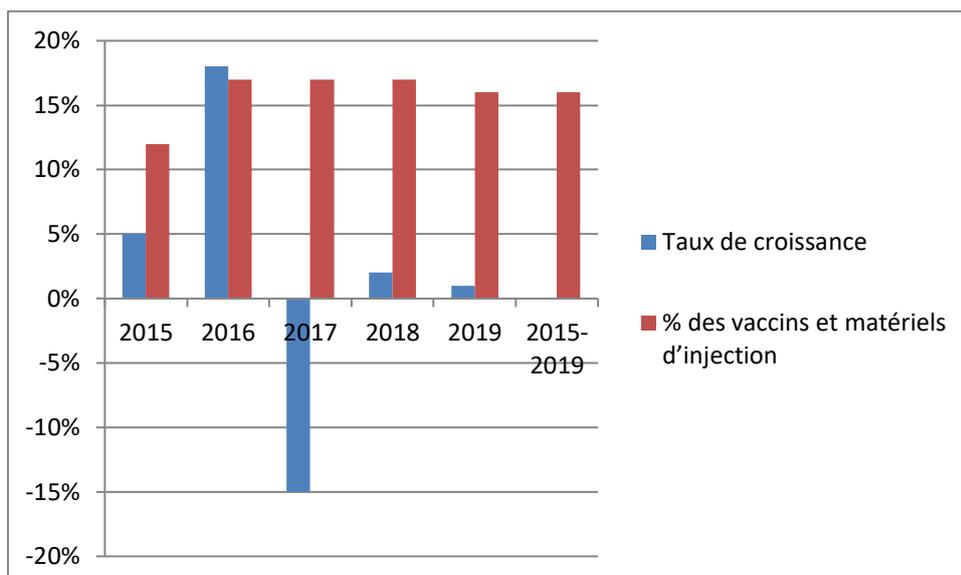


Figure 9: Evolution des coûts par stratégie de 2015 à 2019

Prévision de coûts du plan pluriannuel en US\$ - tableau sommaire						
Component	Annees					
	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019
vaccins et logistiques	\$ 284.561	\$ 481.740	\$ 486.461	\$ 499.612	\$ 494.853	\$ 2.247.227
services	\$ 75.281	\$ 76.787	\$ 78.323	\$ 79.889	\$ 81.487	\$ 391.767
communication	\$ 10.200	\$ 10.404	\$ 10.612	\$ 10.824	\$ 11.041	\$ 53.081
des maladies	\$ 22.505	\$ 22.955	\$ 23.414	\$ 23.882	\$ 24.360	\$ 117.117
programme	\$ 695.163	\$ 709.467	\$ 719.936	\$ 730.615	\$ 741.507	\$ 3.596.688
vaccination	\$ -	\$ 135.021	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 135.021
système de santé	\$ 799.339	\$ 798.409	\$ 806.651	\$ 822.785	\$ 839.240	\$ 4.066.424
Total global	\$ 1.887.049	\$ 2.234.783	\$ 2.125.398	\$ 2.167.608	\$ 2.192.489	\$ 10.607.326

Tableau XXII: les besoins en ressources par poste budgétaire de 2015 à 2019

Coûts récurrents de la vaccination systématique	Catégorie de coûts	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total 2015 - 2019
		Vaccins (vaccins de routine seulement)	\$136.242	\$115.099	\$176.732	\$176.805	\$183.962	\$172.792
	Traditionnel	\$11.427	\$8.005	\$8.167	\$4.827	\$8.501	\$11.957	\$41.45
	Sous utilisé	\$58.441	\$50.694	\$51.720	\$52.768	\$53.836	\$54.926	\$263.94

Nouveau	\$66.374	\$56.400	\$116.844	\$119.211	\$121.625	\$105.909	\$519.98
Matériel d'injection	\$4.775	\$6.905	\$6.548	\$7.174	\$7.119	\$7.359	\$35.10
Personnel	\$87.375	\$91.401	\$93.229	\$95.094	\$96.996	\$98.936	\$475.65
Entretien et frais généraux	\$475.811	\$502.193	\$546.755	\$555.780	\$566.895	\$578.233	\$2.749.85
Formation de courte durée	\$5.000	\$5.100	\$6.242	\$6.367	\$6.495	\$6.624	\$30.82
IEC/ mobilisation sociale	\$10.000	\$10.200	\$10.404	\$10.612	\$10.824	\$11.041	\$53.08
Surveillance des maladies	\$5.000	\$5.100	\$5.202	\$5.306	\$5.412	\$5.520	\$26.54
Gestion du programme	\$54.000	\$55.080	\$57.222	\$58.366	\$59.534	\$60.724	\$290.92
Autres coûts récurrents de routine	\$184.000	\$184.000	\$186.000	\$186.000	\$186.000	\$186.000	\$928.00
Sous-total	\$963.464	\$976.363	\$1.089.645	\$1.102.841	\$1.124.600	\$1.128.621	\$5.422.07
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique							
Sous-total	\$ 64.864	\$ 111.347	\$ 211.708	\$ 215.905	\$ 220.223	\$ 224.627	\$983.81
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)							
<u>Rugeole/Rubeole</u>	0	0	135.021	0	0	0	\$135.02
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)							
Sous-total	\$ 780.991	\$ 799.339	\$ 798.409	\$ 806.651	\$ 822.785	\$ 839.240	\$ 4.066.424
Total global	\$1.809.318	\$1.887.049	\$2.234.783	\$2.125.398	\$2.167.608	\$2.192.48	\$2.192.48
Vaccination systématique	1.809.318	1.887.049	2.099.762	2.125.398	2.167.608	2.192.48	2.192.48
Vaccination supplémentaire (campagnes)	0	0	135.021	0	0	0	0

b) Le financement du Programme de 2015 - 2019

La méthodologie utilisée pour l'évaluation du financement futur a consisté, en ce qui concerne le financement de l'Etat, à considérer comme financement assuré, tout financement dont la base existe dans le budget national voté dans la Loi des Finances de chaque année. Une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins existe depuis 2007. Cette ligne sert également pour le financement de la quote part du Gouvernement dans le cadre du cofinancement des nouveaux vaccins, A ce titre, pour toutes les dépenses de vaccination, notamment pour l'achat des vaccins de base et pour les vaccins en cofinancement, ces dépenses sont considérées comme assurées, car l'Etat y affecte chaque année plus de \$ 30 000. Il en de même du coût

du personnel et de l'entretien des bâtiments. L'Etat dispose également d'une ligne budgétaire pour la surveillance et le contrôle des maladies ; cette ligne, est utilisée dans le cadre de la lutte contre les endémies.

En ce qui concerne les partenaires, les financements dont les protocoles de coopération ont été signés et les dépenses en cours d'exécution ont été considérées comme assurés. Par contre, les intentions futures ont été considérées dans le cadre du financement probable.

Comme indiqué ci-dessus, le coût du Programme de 2015 à 2019 va connaître des augmentations, notamment à partir de 2016, avec l'introduction de nouveaux vaccins successifs dont, le Rota Virus, HPV, VPI et vaccin combiné rougeole et rubéole. Le Gouvernement, qui contribue déjà à l'achat des vaccins, va continuer à prendre en charge l'entièreté des vaccins de base, en plus de sa contribution aux nouveaux vaccins qui seront introduits avec l'appui de GAVI. Aussi, l'achat des vaccins continuera à être assuré par le Gouvernement, avec l'appui de GAVI et de l'UNICEF. Etant donné qu'il s'agit des coopérations durables dans le temps, les financements mis en probable seront des financements négociés dans le cadre de la coopération avec ces différentes institutions.

c) Les écarts financiers

Prévision de coûts du plan pluriannuel en US\$ - tableau sommaire							
cMYP Component	Annees						
	2015	2016	2017	2018	2019	2015-	
Approvisionnement en vaccins et logistiques (de	\$ 284.561	\$ 481.740	\$ 486.461	\$ 499.612	\$ 494.853	\$ 2.24	
Prestation des services	\$ 75.281	\$ 76.787	\$ 78.323	\$ 79.889	\$ 81.487	\$ 39	
Plaidoyer et communication	\$ 10.200	\$ 10.404	\$ 10.612	\$ 10.824	\$ 11.041	\$ 5	
Monitoring et contrôle des maladies	\$ 22.505	\$ 22.955	\$ 23.414	\$ 23.882	\$ 24.360	\$ 11	
Gestion du programme	\$ 695.163	\$ 709.467	\$ 719.936	\$ 730.615	\$ 741.507	\$ 3.55	
Coûts des activités de vaccination supplémentaires	\$ -	\$ 135.021	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 13	
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)	\$ 799.339	\$ 798.409	\$ 806.651	\$ 822.785	\$ 839.240	\$ 4.06	
Total global	\$1.887.049	\$2.234.783	\$2.125.398	\$2.167.608	\$2.192.489	\$10.60	

Tableau XXIII : Evolution des financements et des écarts financiers de 2015 à 2019

Comme on peut l'observer, l'écart financier entre les besoins en ressources et le financement assuré devient important en 2016 à cause de l'introduction de nouveaux vaccins. Ces écarts, dans leur composition, concernent surtout les vaccins, le matériel d'injection, d'autres coûts récurrents et des autres biens en capital. Les graphiques ci-dessous donnent l'évolution des financements assurés et probables de 2015 à 2019.

Figure 10: Projection du financement assuré de 2015 à 2019

Anne		Total : ressources nécessaires	Financement disponible	Total financement probable	Non financé
		US\$	US\$	US\$	US\$
2015	Vaccination systématique	\$1.887.049	\$16.660	\$0	\$1.870.389
	Vaccination supplémentaire	\$0	\$0	\$0	\$0
2016	Vaccination systématique	\$2.099.762	\$0	\$0	\$2.099.762
	Vaccination supplémentaire	\$135.021	\$0	\$0	\$135.021
2017	Vaccination systématique	2.125.398	-	-	2.125.398
	Vaccination supplémentaire	-	-	-	-
2018	Vaccination systématique	\$2.167.608	\$0	\$0	\$2.167.608
	Vaccination supplémentaire	\$0	\$0	\$0	\$0
2019	Vaccination systématique	\$2.192.489	\$0	\$0	\$2.192.489
	Vaccination supplémentaire	\$0	\$0	\$0	\$0

d) Les stratégies de viabilité financière du Programme

Les questions de viabilité financière du Programme se posent essentiellement en termes de rationalisation de la gestion des ressources disponibles. En effet, les vaccins par exemple sont achetés par le Gouvernement (vaccins traditionnels), l'UNICEF (Vaccins traditionnels) et GAVI (Vaccins nouveaux et sous utilisés). Il en est de même pour le matériel de la chaîne de froid. L'Etat utilise la filière de l'UNICEF pour ses achats, et, en fin de compte, on se retrouve souvent avec les mêmes dépenses budgétisées des deux cotés.

Les Fonds du Gouvernement sont virés à l'UNICEF chaque année sans chercher à savoir s'il existe réellement des besoins de financement. Il y a donc nécessité, pour l'Etat, de mieux coordonner ses efforts avec les partenaires en vue d'une meilleure affectation des ressources disponibles. En vue de pérenniser le financement de l'approvisionnement en vaccins, les dépenses inscrites sur le budget de l'Etat devraient demeurer et augmenter chaque année pour tenir compte de l'évolution démographique.

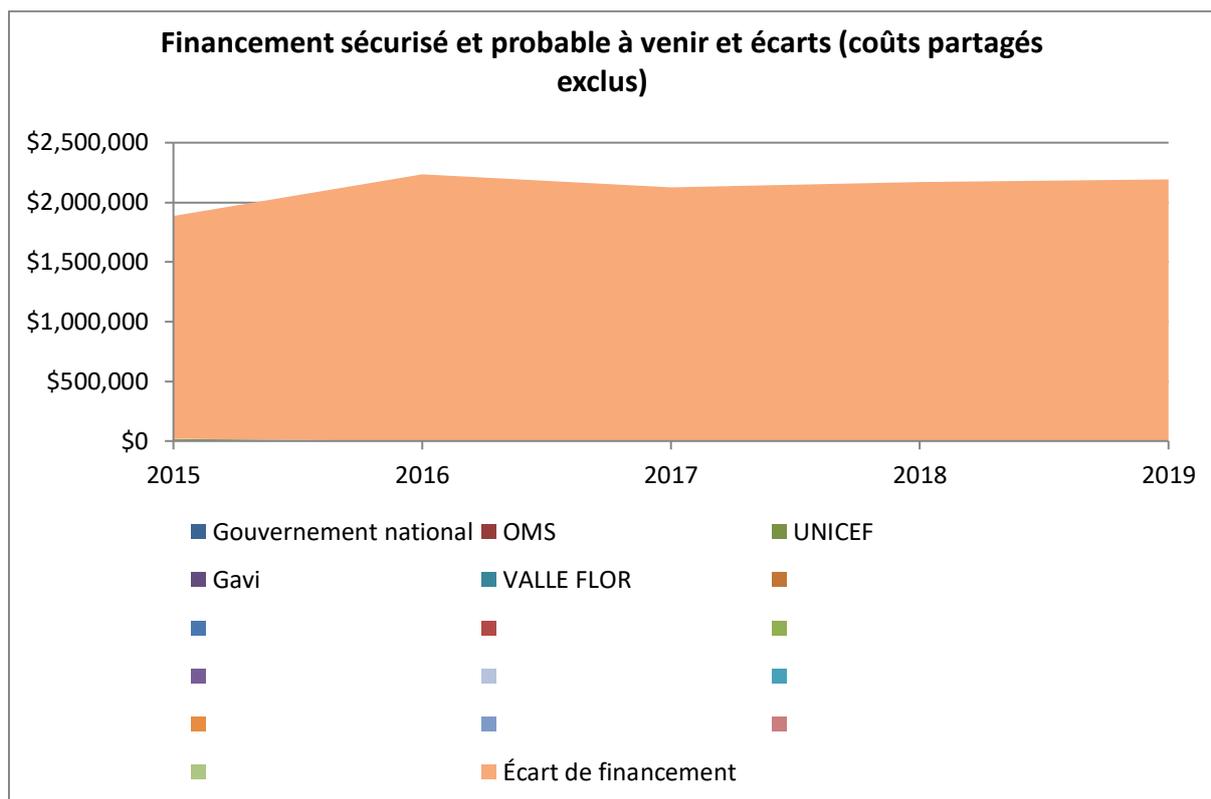


Tableau XXV: Les indicateurs macro économiques et la viabilité financière de 2015 à 2019

Indicateurs macroéconomiques et de viabilité	2015	2016	2017	2018	2019
Référence					
PIB par habitant (US\$)	\$1.456	\$1.463	\$1.471	\$1.478	\$1.485
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant	\$68	\$69	\$69	\$70	\$70
Population	189.819	193.663	197.584	201.585	205.667
Besoins en ressources : vaccination					
PIB (US\$)	\$276.376.116	\$283.328.370	\$290.646.444	\$297.943.132	\$305.416.152
Dépenses totales de santé (DTS US\$)	\$12.907.676	\$13.362.719	\$13.633.314	\$14.110.974	\$14.396.721
Dépenses publiques de santé (DPS US\$)	\$1.290.768	\$1.336.272	\$1.363.331	\$1.411.097	\$1.439.672
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$1.436.066	\$1.774.781	\$1.656.195	\$1.689.021	\$1.704.330
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$1.436.066	\$1.639.760	\$1.656.195	\$1.689.021	\$1.704.330
Par enfant vacciné avec la DTC	\$ 265,34	\$ 296,96	\$ 293,99	\$ 293,86	\$ 290,64
% dépenses totales en santé					
Besoins en ressources : vaccination					

systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	11,13%	13,28%	12,15%	11,97%	11,84%
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	11,13%	12,27%	12,15%	11,97%	11,84%
Écart de financement					
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	11,00%	13,28%	12,15%	11,97%	11,84%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)	11,00%	13,28%	12,15%	11,97%	11,84%
% Dépenses publiques de santé (DPS)					
Besoins en ressources : vaccination					
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	111,26%	132,82%	121,48%	119,70%	118,38%
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	111,26%	122,71%	121,48%	119,70%	118,38%
Écart de financement					
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	109,97%	132,82%	121,48%	119,70%	118,38%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)	109,97%	132,82%	121,48%	119,70%	118,38%
% PIB					
Besoins en ressources : vaccination					
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	0,52%	0,63%	0,57%	0,57%	0,56%
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	0,52%	0,58%	0,57%	0,57%	0,56%
Par habitant	2015	2016	2017	2018	2019
Besoins en ressources : vaccination					
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$ 7,57	\$ 9,16	\$ 8,38	\$ 8,38	\$ 8,29
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$ 7,57	\$ 8,47	\$ 8,38	\$ 8,38	\$ 8,29

d) Les stratégies de viabilité financière du Programme

Les questions de viabilité financière du Programme se posent essentiellement en termes de rationalisation de la gestion des ressources disponibles.

En effet les vaccins par exemple sont achetés par le Gouvernement (vaccins traditionnels), l'UNICEF (Vaccins traditionnels) et GAVI (Vaccins nouveaux et sous utilisés). Il en est de même pour le matériel de la chaîne de froid. L'Etat utilise la filière de l'UNICEF pour ses achats de sorte qu'en fin de compte on se retrouve souvent avec les mêmes dépenses budgétisées des deux cotés.

Les Fonds du Gouvernement sont virés à l'UNICEF chaque année sans chercher à savoir s'il existe réellement des besoins de financement.

Il y a donc nécessité pour l'Etat de mieux coordonner ses efforts avec les partenaires en vue d'une meilleure affectation des ressources disponibles. En vue de pérenniser le financement de l'approvisionnement en vaccins, les dépenses inscrites sur le budget de l'Etat devraient demeurer.

L'Etat devrait être orienté vers la construction d'une chambre froide de grande capacité prévue en 2012 dans le cadre du stockage des prochains vaccins qui devaient entrer dans le PEV.

L'Etat pourrait également relever le niveau de son cofinancement pour le porter au-delà de 0.20 \$ tel que actuellement recommandé par GAVI ;

Les perspectives d'évolution macro-économique qui figurent dans le tableau ci-dessous et celle de l'exploitation du pétrole dans les années futures offrent des opportunités pour un financement conséquent de la vaccination qui ne puisse pas poser de problème jusqu'en 2016.

L'essentiel est mieux organiser la gestion et l'utilisation des ressources pour plus d'efficacité.

Tableau XXV: Les indicateurs macro économiques et la viabilité financière de 2012 à 2016

Indicateur Macroéconomique et de Viabilité Financière	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Population	186.051	189.819	193.663	197.584	201.585	205.667
PIB courant	173.905.378	198.734.597	213.455.734	229.267.347	246.250.182	264.491.022
PIB par habitant (\$)	1.442	1.456	1.463	1.471	1.478	1.485
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	\$1.809.318	\$1.887.049	\$2.234.783	\$2.125.398	\$2.167.608	\$2.192.489
Besoin en ressources pour la vaccination % des dépenses totales de santé						
Routine et campagne de vaccination	15%	17%	16%	16%	15%	15%
Écart Financier en % des dépenses totales de Santé						
Avec financement assuré	2,90%	0,30%	0,70%	0,50%	0,60%	2,90%
Avec financement assuré et probable	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Écart Financier % des dépenses totales de santé du gouvernement						
Avec financement assuré						
Avec financement assuré et probable						
Besoin en ressources pour la vaccination en % PIB						
Routine et campagne de vaccination	1,04%	0,95%	1,05%	0,93%	0,88%	0,83%
Besoin en ressources pour la vaccination par habitant						
Routine et campagne de vaccination	\$ 10	\$ 10	\$ 12	\$ 11	\$ 11	\$ 11

11. MECANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PPAC

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

11.1 En matière de suivi

- **Système d'Information Sanitaire**
- **Enquêtes**

- **Supervision et monitoring**
- **Revue**

11.2 En matière d'évaluation

Des évaluations périodiques seront réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de ce PPAC 2012-2015 tant sur le plan de la réalisation des activités régulières que de l'introduction des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies de la vaccination. Une évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2013 pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs, améliorer la planification et la gestion du plan pour les 2 dernières années. Aussi, une évaluation finale sera effectuée un an avant l'expiration du PPAC afin d'élaborer un futur PPAC pour la période 2016 –2020. Cette dernière évaluation sera externe.

11.3 Indicateurs

Les principaux indicateurs de suivi et d'évaluation du PPAC sont les suivants :

- Taux de couverture vaccinale par antigène et par district ;
- Taux de couverture vaccinale de DTC3 par district,
- % des districts ayant un taux de DTC3 > 90%
- Taux d'abandon DTC et VAR par District ;
- % des districts ayant un taux d'abandon de DTC1 – DTC3 < 10%
- Taux de perte par antigène et par district ;
- % des districts mettant en œuvre l'approche « ACD »
- % des centres de vaccination sans rupture de vaccins dans l'année ;
- proportion de FOSA utilisant des incinérateurs appropriés pour détruire le matériel usagé ;
- Taux de promptitude et de complétude des rapports par préfecture;
- Incidence et mortalité des maladies cibles du PEV :
 - ✓ Taux d'incidence des MAPI sévère;
 - ✓ Taux de cas de PFA non polio annualisé: (> 2)
 - ✓ Pourcentage de prélèvement de selles effectués dans les 14 j: (>80%)
 - ✓ La détection des cas de PFA couvre tout le territoire national ;
 - ✓ Taux d'augmentation du budget de l'état au PEV ;
 - ✓ Taux d'incidence du TMN semble être inférieur à 1 cas pour 1000 NV ;
 - ✓ Notification d'au moins un cas suspect de la fièvre jaune ;
 - ✓ % des districts ayant investigué un cas suspect de rougeole ;
 - ✓ % des districts ayant investigué toutes les flambées de rougeole ;
- Taux d'exécution du budget de l'état alloué au PEV ;

- Niveau de participation des organes de participation communautaire aux activités du PEV ;
- Nombre et proportion de réunions de suivi tenues ;
- Montant et pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé et au PEV ;
- Contribution respective des différents partenaires (Etat, communautés et aide extérieure) au budget du PEV (en %)

12.PLAN D'ACTION 2016

12.1 Objectifs

12.1.1 Objectif Général: Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination

12.1.2 Objectifs spécifiques

1) Atteindre un taux de couverture vaccinale de :

- DTC3-HepB-Hib de 98% au niveau national
- VPO3 de 98% au niveau national
- BCG de 99% au niveau national
- VAR de 95% au niveau national
- VAA de 95% au niveau national
- VAT2+ de 95% au niveau national
- PCV-13 : 95%

2) Réduire le taux de perte des antigènes selon les taux suivants

- BCG à 40%
- DTC-HepB/Hib maintenir à moins de 5%
- VPO de à 10%
- VAR à 20%
- VAA à 20%
- VAT à 10 %
- PCV-13 à 5%

3) Introduction en 2016 dans 100% des Districts le vaccin VPI dans le PEV de routine

4) Augmenter la capacité de stockage au niveau périphérique

4) Eradiquer la Polio, Eliminer le TMN, la FJ et la Rougeole :

- Aucun cas de PVS isolé avec un taux de PFA non Polio >2

- Maintenir un taux réel de TMN < 1 cas pour 1000 NV
- Maintenir les principaux indicateurs de performances de la surveillance rougeole et fièvre jaune dans toutes les régions (80% de districts avec au moins 1 cas suspect prélevé et un taux d'investigation annualisé d'au moins 2 pour 100.000 habitants) ;

5) **Assurer la sécurité de la vaccination :**

- Garantissant l'utilisation des seringues autobloquantes pour la vaccination dans 100% des Centres PEV.
- Notifiant les cas de MAPI

6) **Augmenter les ressources financières, matérielles et humaines en faveur du PEV et améliorer leur gestion en :**

- Allouant effectivement 10% des ressources financières de l'Etat pour la vaccination ;
- Dotant 25% des services PEV en personnel qualifié ;
- Dotant le niveau central et les districts sanitaires en moyens roulants adaptés ;
- Assurant la maintenance des équipements à 60%.

12.2 Stratégies

Pour atteindre les objectifs ci-hauts, les stratégies suivantes seront développées :

1. La mise en œuvre de la Stratégie ACD au niveau national ;
2. Renforcement du système de la logistique
3. Renforcement du système de gestion des vaccins
4. Le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie ;
5. L'introduction des nouveaux vaccins ;
6. Le renforcement de la communication en faveur du PEV
7. Le renforcement des capacités

12.3 Chronogramme des activités

Calendrier des activités et budget du Plan d'action 2015

ACTIVITES PRINCIPALES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsables	Budget USD
Prestation des services														
Organiser des ateliers de micro planification du PEV	x											x	Direction Soins de Santé	7 000
Etendre les équipes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		2 000

découverte du poliovirus sauvage ou de fièvre jaune															Santé	
Renforcement du système de gestion des vaccins																
Utiliser les flacons des petites doses	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Direction Soins de Santé	
Vulgariser la politique des flacons entamés	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Adapter les outils de gestion par rapport aux nouveaux vaccins													x		Direction Soins de Santé	1 500
Renforcement du système de la logistique																
Commander une chambre froide de 10m3 pour le niveau central				x											Direction Soins de Santé	
Renforcement des capacités																
Organiser la formation du personnel de santé sur l'introduction des nouveaux vaccins et la gestion du PEV par niveaux													x	x	Direction Soins de Santé	10 000
Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV																
Renforcer le plaidoyer pour la	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Direction Soins de Santé	2 000

disponibilité des ressources inscrites dans le budget de l'Etat														
Renforcer le plaidoyer pour l'augmentation du budget national alloué à la santé	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

Pour le plan pluriannuel Complet du Programme Elargi de Vaccination 2012 – 2015, l'intégration des activités relatives à la survie de l'enfant dans la vaccination de routine vont se poursuivre afin de maximiser la chance de réduire la mortalité des enfants et des femmes.

A cet effet, un accent sera mis sur la coordination des interventions qui feront partie des paquets des services à intégrer. Les ressources seront mises en commun en vue de réaliser une économie d'échelle et donner la chance à tous les groupes cibles d'être atteints à n'importe quelle partie géographique de la République Démocratique de SAO TOME ET PRINCIPE.

13. CONCLUSION

Le présent Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2016- 2020 est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dont le but est d'améliorer l'état de santé de la République Démocratique de SAO TOME ET PRINCIPE. Il sera exécuté à travers des plans quinquennaux et des plans d'action annuels de manière à l'adapter à l'évolution du contexte politique et socio-économique du pays.

La volonté politique au plus haut niveau de l'Etat, le développement d'un partenariat nouveau et fort, la collaboration multisectorielle, l'amélioration du financement du secteur de la santé, la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, l'implication effective de la société civile y compris la communauté constituent entre autres les facteurs déterminants pour la mise en œuvre du Plan.

Pour ce faire, le Gouvernement de la de la République Démocratique de SAO TOME ET PRINCIPE, conscient de la gravité de la situation sanitaire de ses populations, s'engage à allouer dans la limite de ses capacités, les ressources nécessaires et à prendre toutes mesures utiles à la mise en œuvre du plan et assurer la durabilité financière du PEV. Dans le contexte actuel des difficultés économiques et financières, le Gouvernement compte sur la solidarité nationale et internationale pour la mobilisation des ressources additionnelles requises en vue de l'atteinte des objectifs fixés et par conséquent ceux pour le développement du millénaire.