**REPUBLIQUE DE GUINEE**

**Travail - Justice - Solidarité**



**MINISTERE DE LA SANTE ET DE L’HYGIENE PUBLIQUE**

PLAN NATIONAL DE DEPLOIEMENT DE LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

**Version révisée**

**Conakry, Mars 2022**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institution/Organisation** | **Nom/Fonction** |  **Date**  | **Signature** |
| **Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique** | **Dr Mamadou P. DIALLO** |  |  |
| **Organisation Mondiale de la Santé** | **Dr Casimir MANENGU** |  |  |

# RESUME

La pandémie de la Covid-19 a été déclarée par l’OMS le 30 Janvier 2020. La Guinée a enregistré son premier cas de Covid-19 le 12 mars 2020. A la date du 04 février 2022, sur les 641 175 tests réalisés, dont 36 281 ont été confirmés positifs, soit un taux de positivité de 5,7 %.

La stratégie nationale vaccinale dont les modalités de mise en œuvre sont définies dans la version révisée du plan de déploiement de la vaccination contre la Covid-19, s’inscrit dans la complémentarité des différentes stratégies déjà déployées dans le cadre de la lutte contre le Covid-19. Cette stratégie prend en compte le contexte actuel de la pandémie.

L’objectif de ce plan est d’assurer le déploiement du vaccin et la vaccination de la population dans les conditions optimales en Guinée d’ici au 31 décembre 2022.

Le pays va poursuivre la vaccination contre la covid-19 qui a débuté le 5 mars 2021, par l’administration de deux (2) doses de vaccin espacées de 3 à 8 semaines ou en dose unique selon le vaccin, à des cibles prioritaires puis étendu à la population cible de 12 ans et plus, soit 63,2% représentant de la population générale du pays. Par ailleurs, il est planifié l’administration d’une troisième dose aux personnes âgés de 50 ans et plus, aux personnes ayant des comorbidités et aux personnels de santé.

Les vaccins seront administrés à 63,2 % de la population générale (la couverture à la date du 22 février 2022 étant de 14,55%), soit 8 355 032 personnes avec 11 986 153 doses de vaccin contre la Covid-19.

Le Coût total des doses de vaccins nécessaires sera supporté par les partenaires de l’initiative Covax, les partenaires techniques et financiers, la coopération bilatérale et multilatérale. Le budget prévisionnel des coûts opérationnels des activités de vaccination est estimé à 112 250 436 USD (1 010 253 924 000 GNF).

Le déploiement des vaccins sur le terrain se fera du niveau central vers les points de prestation (périphériques) pour le stockage à la température adaptée selon le vaccin en vue de l’utilisation des vaccins.

La poursuite de la vaccination contre la Covid-19 va nécessiter la formation du personnel de santé à tous les niveaux du système de santé, le renforcement du plaidoyer et de la communication, l’amélioration de l’offre des services de vaccination, le renforcement de la surveillance de la Covid-19 et des MAPI, le renforcement du système de suivi et l’évaluation de la vaccination.

La mise en œuvre de ce plan va impliquer outre les services du Ministère en charge de la Santé et de l’hygiène publique, d’autres Ministères, la communauté et des partenaires techniques et financiers.

**TABLE DES MATIERES**

[RESUME 2](#_Toc97792865)

[LISTE DES ABREVIATIONS 6](#_Toc97792866)

[LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 9](#_Toc97792867)

[INTRODUCTION 10](#_Toc97792868)

[1. Contexte 10](#_Toc97792869)

[1.1 Situation géographique et démographique, économique et sociopolitique 10](#_Toc97792870)

[1.2 Contexte épidémiologique 11](#_Toc97792871)

[**2.** **Expériences sur l’introduction de nouveaux vaccins et gestion de la grippe AH1N1 et de l’épidémie d’Ebola** 12](#_Toc97792872)

[2.1 Expériences dans les introductions de nouveaux vaccins 12](#_Toc97792873)

[2.2 Expérience de la gestion d’Ebola en Guinée 13](#_Toc97792874)

[2.3 Système de surveillance de la grippe type AH1N1 14](#_Toc97792875)

[3. Introduction du vaccin contre la Covid-19 15](#_Toc97792876)

[3.1. Epidémiologie et poids de la Covid-19 15](#_Toc97792877)

[3.2 Objectifs 17](#_Toc97792878)

[3.2.1 Objectif général 17](#_Toc97792879)

[3.2.2 Objectifs spécifiques 18](#_Toc97792880)

[3.3 Stratégies 18](#_Toc97792881)

[I. Préparation en matière de réglementation 18](#_Toc97792882)

[II. Planification et coordination de l’introduction du vaccin 21](#_Toc97792883)

[III. Ressources et financement 24](#_Toc97792884)

[IV. Populations cibles et stratégies de vaccination 26](#_Toc97792885)

[VI. Gestion de la chaîne d’approvisionnement et gestion des déchets résultant des activités de soins 31](#_Toc97792886)

[1. Préparation de la chaîne du froid 31](#_Toc97792887)

[1.1 Quantification (Estimation des besoins en vaccin contre la Covid-19) 31](#_Toc97792888)

[1.2 Mécanismes d’achat et Approvisionnement 34](#_Toc97792889)

[1.3 Transport et Manutention 35](#_Toc97792890)

[1.4 Matériel de chaine du froid et Capacité de stockage 35](#_Toc97792891)

[1.5 Maintenance des équipements 39](#_Toc97792892)

[1.6 Contrôle de la température 39](#_Toc97792893)

[1.7 Outils de gestion des vaccins 39](#_Toc97792894)

[2. Gestion des déchets 39](#_Toc97792895)

[VII. Gestion et formation des ressources humaines 41](#_Toc97792896)

[1. Gestion des Ressources humaines 41](#_Toc97792897)

[2. Révision/Elaboration des outils de gestion 41](#_Toc97792898)

[3. Formation des Ressources humaines 41](#_Toc97792899)

[4. Ressources humaines supplémentaires 42](#_Toc97792900)

[5. Supervision de soutien 43](#_Toc97792901)

[VIII. Acceptation et adoption de la vaccination (demande) 44](#_Toc97792902)

[1. Stratégies du plan de communication 46](#_Toc97792903)

[1.1 Plaidoyer 46](#_Toc97792904)

[1.2 Communication et engagement des médias 46](#_Toc97792905)

[1.3 La communication sur les risques 46](#_Toc97792906)

[1.4 Renforcement de capacités 47](#_Toc97792907)

[1.5 Recherche- action 47](#_Toc97792908)

[1.6 Mobilisation sociale/ engagement communautaire 48](#_Toc97792909)

[1.7 Communication publique 48](#_Toc97792910)

[2. Phases du plan de communication 49](#_Toc97792911)

[2.1.  Actions Avant la vaccination : 49](#_Toc97792912)

[2.2. Actions pendant la vaccination : 49](#_Toc97792913)

[2.3.  Actions après la vaccination 50](#_Toc97792914)

[2.4. Suivi et évaluation du plan de communication 50](#_Toc97792915)

[IX. Surveillance de la sécurité des vaccins, sécurité des injections, gestion des MAPI et effet indésirables graves 50](#_Toc97792916)

[1. Surveillance de la sécurité des vaccins 50](#_Toc97792917)

[2. Gestion des MAPI 51](#_Toc97792918)

[3. Surveillance des effets indésirables 52](#_Toc97792919)

[3.1. Outils pour la planification 53](#_Toc97792920)

[3.2. Renforcement des capacités du personnel en charge de la gestion des MAPI et des EIG 53](#_Toc97792921)

[3.3. Renforcement des capacités du Comité d’expert sur les MAPI et EIG 53](#_Toc97792922)

[4. Rôles et responsabilités des acteurs 53](#_Toc97792923)

[4.1 Comité National d’Experts 53](#_Toc97792924)

[4.2 Comité de Pilotage (incluant l’ANSS, le PEV et la DNPM) 54](#_Toc97792925)

[4.3 Point Focal de région (rôle du MCM) 54](#_Toc97792926)

[4.4 Point Focal de district (rôle du MCM) 55](#_Toc97792927)

[4.5 Formation Sanitaire (FOSA) 55](#_Toc97792928)

[4.6 Les agents de santé communautaire 55](#_Toc97792929)

[5 Prévention et prise en charge des MAPI et des EIG 55](#_Toc97792930)

[5.1 Principes généraux de prévention et de prise en charge des MAPI et des EIG 55](#_Toc97792931)

[5.2 Prévention et prise en charge des réactions liées aux erreurs de vaccination 56](#_Toc97792932)

[5.3 Prévention et prise en charge des réactions liées à l’anxiété à l’égard de la vaccination 56](#_Toc97792933)

[5.4 Prise en charge d’une réaction anaphylactique suspectée après la vaccination 56](#_Toc97792934)

[X. Systèmes de suivi de la vaccination 56](#_Toc97792935)

[XI. Surveillance de la COVID-19 62](#_Toc97792936)

[XII. Évaluation de l'introduction du vaccin COVID-19 63](#_Toc97792937)

[Conclusion 67](#_Toc97792938)

[Références 68](#_Toc97792939)

[Annexes 69](#_Toc97792940)

[Annexe 3 : Modèle de plan national de déploiement et de vaccination applicable aux vaccins contre la COVID-19 74](#_Toc97792941)

[1.1.1 Approbation 74](#_Toc97792942)

[1.1.2 Table des matières 74](#_Toc97792943)

[1.1.3 Résumé 74](#_Toc97792944)

[1.1.4 1. Introduction 74](#_Toc97792945)

[1.1.5 2. Préparation en matière de réglementation 74](#_Toc97792946)

[1.1.6 3. Planification et coordination de l’introduction du vaccin 74](#_Toc97792947)

[1.1.7 4. Ressources et financement (un outil d’évaluation des coûts est en cours d’élaboration) 74](#_Toc97792948)

[1.1.8 5. Populations cibles et stratégies de vaccination 75](#_Toc97792949)

[1.1.9 6. Gestion de la chaîne d’approvisionnement et gestion des déchets résultant des activités de soins 76](#_Toc97792950)

[1.1.10 7. Gestion et formation des ressources humaines 77](#_Toc97792951)

[1.1.11 8. Acceptation et adoption de la vaccination (demande) 77](#_Toc97792952)

[1.1.12 9. Surveillance de la sécurité des vaccins, gestion des MAPI, et sécurité des injections 77](#_Toc97792953)

[1.1.13 10. Système de suivi de la vaccination 78](#_Toc97792954)

[1.1.14 11. Surveillance de la COVID-19 78](#_Toc97792955)

[1.1.15 12. Évaluation de l’introduction des vaccins contre la COVID-19 78](#_Toc97792956)

#

# LISTE DES ABREVIATIONS

|  |  |
| --- | --- |
| ACD  | Atteindre chaque district |
| ANR  | Autorité Nationale de Régulation |
| ANSS | Agence Nationale de Sécurité Sanitaire |
| ASC  | Agent de Santé Communautaire |
| AVAREF | African Vaccine Regulatory Forum |
| AVS  | Activités de Vaccination Supplémentaires |
| BCG  | Bacille de Calmette et Guérin |
| BM  | Banque Mondiale |
| BMGF  | Bill and Melinda Gates Foundation |
| CAP  | Connaissances Attitudes et Pratiques |
| CCIA  | Comité de Coordination Inter-Agence |
| CCS  | Chef de Centre de Santé |
| CDC  | Center for Disease Control and Prevention |
| CDF | Chaîne du Froid |
| CDMT | Cadre des Dépenses à Moyen Terme |
| CNC  | Comité National de Certification |
| CN-PEV | Coordination Nationale du Programme Elargi de Vaccination |
| CNS | Comptes Nationaux de la Santé |
| CS | Centre de Santé |
| CTPS | Coordination Technique Préfectorale de la Santé |
| CTRS | Coordination Régionale de la Santé |
| CV | Couverture Vaccinale |
| DCS | Directeur Communal de la santé |
| DNPM | Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament |
| DNV  | Direction Nationale de la Vaccination |
| DPS  | Direction Préfectorale de la Santé |
| DQS  | Auto Evaluation de la Qualité des Données  |
| DRS  | Direction Régionale de la Santé |
| DS | District Sanitaire |
| DTC/HepB/Hib  | Diphtérie Tétanos Coqueluche/Hépatite B/Haemophilus influenzae  |
| DVD-MT | District Vaccines Data Management Tool |
| ECD | Equipe Cadre de District |
| ECHO | European Commission Humanitarian Office |
| EDS  | Enquête Démographique de Santé |
| ELEP | Évaluation de la Pauvreté |
| EMVE | Epidémie de la Maladie à Virus Ebola |
| GAVI  | Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination |
| GEV  | Gestion Efficace des Vaccins |
| GIVS  | Vision et stratégie mondiale pour la vaccination |
| GNF  | Guinean National Francs  |
| GTCV | Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination |
| HD/CMC |  Hôpital de District/ Centre Médical Communal |
| Hép B   | Vaccin anti hépatite B |
| Hib  | Haemophillus Influenza type b |
| HN | Hôpital National |
| HP | Hôpital Préfectoral |
| HPV | Human Papilloma Virus |
| IDH | Indice de Développement Humain  |
| IEC  | Information Education Communication |
| JNV | Journées Nationales de Vaccination |
| LNR  | Laboratoire National de Référence |
| LOGIVAC |  Chaîne logistique vaccinale |
| LQAS | Lot quality assurance sampling |
| MAPI  | Manifestations adverses post immunisations |
| MCS  | Méningite cérébro spinale |
| MenAfrivac | Vaccin Conjugué antiméningococcique A |
| MICS  | Etude à indicateurs multiples (Multiple Indicators Clusters Survey) |
| MOSO | Mobilisateur Social |
| MPE  | Maladie à potentiel épidémique |
| MSF  | Médecins Sans Frontières |
| MVE  | Maladie à Virus Ebola |
| OIM  | Organisation Internationale pour la Migration |
| OMD  | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisations Non Gouvernementales |
| PCG  | Pharmacie Centrale de Guinée |
| PCV | Pastille de Contrôle du Vaccin |
| PCV-13 |  Vaccin anti-Pneumococcique / 13 |
| PEV-SSP-ME | Programme Elargi de Vaccination/Soins de Santé Primaire/Médicaments Essentiels |
| PFA  | Paralysie Flasque Aiguë  |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PNDS  | Plan National de Développement Sanitaire |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PPAC | Plan Pluri Annuel Complet |
| PPTE  | Pays Pauvres Très Endettés |
| PTF | Partenaire Technique et Financier |
| PVDV  | Polio Virus de Dérivé Vaccinal |
| RGPH  | Recensement Général de la Population et de l’Habitat |
| SBC | Surveillance à Base Communautaire |
| SDD |  Solar Direct Drive |
| SMT | Stock Management Tool |
| Td  | Toxine tétanique +diphtérique |
| UNICEF   | Fonds des Nations Unies pour l’Enfance |
| USAID | Agence Internationale pour le Développement des Etats Unis |
| VAA  | Vaccin Anti-Amaril |
| VAR  | Vaccin Anti-Rougeoleux |
| VAT  | Vaccin Anti-Tétanique |
| VPI | Vaccin Polio Injectable |
| VPO  | Vaccin Polio Oral |

# LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

**TABLEAUX**

|  |  |
| --- | --- |
| Tableau I : Estimation du budget prévisionnel du plan national de déploiement de la vaccination contre la Covid-19 de la Guinée (Mars 2022) ………………………….…. | 24 |
| Tableau II : Sources de financement du plan de vaccination contre la Covid-19 en Guinée en 2022 …………………………………………………………………………………..  | 25 |
| Tableau III : Cibles prioritaires et justification des choix……………………………………... | 26 |
| Tableau IV : Estimation des cibles prioritaires selon la phase et par catégories socio-professionnelles………………………………………………………………………………….. | 27 |
| Tableau V : Estimation de la population cible pour la vaccination contre la Covid-19 en Guinée en 2022……………………………………………………………………………………. | 31 |
| Tableau VI : Estimation des besoins par type de vaccins selon les catégories de population cible …………………………………………………………………………………… | 32 |
| Tableau VII : Estimation des besoins par type de vaccins ……………………………….…. | 33 |
| Tableau VIII: Estimation du matériel d’injection suivant les estimations en vaccin …………………………………………………………………………………………….............. | 33 |
| Tableau IX : Estimation des autres intrants de la vaccination contre la Covid-19…………………………… | 34 |
| Tableau X : Equipements UCC fournis pour la riposte à Ebola…………………………… | 35 |
| Tableau XI : Besoins en chaine du froid au niveau central………………………………… | 37 |
| Tableau XII : Besoins en chaine du froid au niveau district………………………………… | 38 |
| Tableau XIII: Besoins en équipements Ultra Cold Chain au niveau district………………… | 39 |
| Tableau XIV: Situation des incinérateurs dans les formations sanitaires………………… | 40 |
| Tableau XV : Situation des superviseurs des niveaux région et district ………………………. | 43 |
| Tableau XVI : Inventaire des canaux de communication selon les cibles prioritaires ………… | 44 |
| Tableau XVII : Suivi des indicateurs de performance ……………………………………… |  |
| Tableau XVIII : Planification des activités prioritaires selon les domaines de la RIA  | 66 |
|  |  |
| Tableau XIX : Rôle et responsabilités de l’équipe de suivi des recommandations de la RIA de 2021………………………………………………………………………………………… | 67 |

**FIGURES**

|  |  |
| --- | --- |
| Figure 1: Tendances globales de l’épidémie en Guinée de la S11 de 2020 à la S05 de 2022………………………………………………………………………………………………... | 16 |
| Figure 2 : Distribution spatiale de cas de Covid-19 du 06 février 2022……………….…… | 16 |
| Figure 3 : Mécanisme de coordination de l’élaboration du plan Covax en Guinée…….…. | 23 |
| Figure 4 : Cycle de surveillance des MAPI……………………………………………………. | 51 |
| Figure 5 : Circuit du rapportage des données dans le système de santé……………….…. | 58 |

# INTRODUCTION

## Contexte

### Situation géographique et démographique, économique et sociopolitique

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d’Ivoire et le Mali à l’Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l’Océan Atlantique à l’Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s’étend sur 800 km d’Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud.

Sa superficie totale est de 245 857 km². Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d’environ six mois chacune. Ce climat expose le pays à des risques permanents d’inondation, mais aussi à l’harmattan et des incendies en saison sèche particulièrement en Haute Guinée.

La Guinée comprend quatre régions naturelles qui sont : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière.

* La Basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations variant entre 3000 et 4000 mm d’eau par an avec une humidité élevée.
* La Moyenne Guinée, région de massifs montagneux couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles entre 1500 et 2000 mm d’eau par an avec un climat semi tempéré.
* La Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays. Le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm d’eau par an avec un climat chaud et sec.
* La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, caractérisée par une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm par an avec un climat humide.

**Sur le plan démographique** : Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014, la population totale de la Guinée était de de 10.628.972 d’habitants avec une densité d’environ 43 habitants au km2. Sur la base du taux d’accroissement naturel de 1.029, la population de la Guinée est estimée à 13 261 638 habitants en 2022. Les femmes représentaient presque 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l’agriculture et de l’élevage. La démographie est marquée par de fortes disparités régionales : Basse Guinée (20,4%), Moyenne Guinée (22,9%), Haute Guinée (19,7%), Guinée Forestière (21,7%) et la zone spéciale de Conakry (15,3%) de la population totale1. Seulement, 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

**Sur le plan socioéconomique**: La situation socioéconomique de la Guinée est marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les données de l’ELEP 2012 (Enquête Légère pour l’Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté et le taux d’alphabétisation est de 34,5% pour l’ensemble du pays, 49,9% et 21,5% respectivement pour les hommes et les femmes. La croissance économique est estimée à 7,9% en 2018. Cette situation est impulsée principalement par l’augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire. Les recettes fiscales exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 16,8% à 19,8%, grâce à l’accroissement des recettes sur les produits pétroliers et des recettes sur le commerce international. Le pays compte un camp de réfugiés dans la région de la Guinée forestière essentiellement constitué de réfugiés originaire de Côte d’Ivoire.

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le Budget national, a continué de baisser depuis plusieurs années. La part de la santé a représenté 6,64% du budget total en 2021 (CNS 2019) ce qui a fortement affecté la qualité et l’offre de soins de santé. Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle a occupé le 178ème rang sur 186 pays 4 à l’indice de développement humain durable (IDH).

**Sur le plan sociopolitique** : La Guinée est un État laïc indépendant depuis le 2 Octobre 1958. De l’indépendance à 1984, le pays a été dirigé par un régime de parti unique qui a été suivi par un pouvoir militaire jusqu’en 1990, date à laquelle la Guinée s’est dotée d’une nouvelle Constitution consacrant le multipartisme.

A ce jour, plus de deux cents partis politiques sont agréés dans le pays. Le processus démocratique amorcé a été interrompu par des autorités de transition à deux reprises : (i) de 2008 à 2010 et (ii) de septembre 2021 à date.

### Contexte épidémiologique

**État de santé de la population Guinéenne** : selon l’Enquête Démographique et de Santé 2018, Le ratio de la mortalité maternelle est de 550 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale est de 32‰, le taux de mortalité infanto-juvénile de 111‰ et le taux de mortalité infantile de 66‰. Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 123 à 111‰ naissances vivantes entre 2012 et 2018, soit une baisse d’environ 12 points de pourcentage. Quant à la mortalité infantile, elle est restée presque stationnaire de 67 à 66‰ naissances vivantes (EDS 2018).

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique, les maladies évitables par la vaccination. Au cours des cinq (05) dernières années, le pays a enregistré plusieurs épidémies (maladie à virus Ébola, méningite, poliomyélite (cVDPV), fièvre Marburg, fièvre de Lassa, fièvre jaune et rougeole). Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d’importance.

La surveillance des maladies évitables par la vaccination se déroule dans le cadre global de la surveillance intégrée des maladies. Trente-cinq maladies et états sanitaires sont sous surveillance dont 24 à notification mensuelle et 17 à notification hebdomadaire. Parmi ces 17 maladies à notification hebdomadaire, 9 sont ciblées par le PEV. Il s’agit notamment de la surveillance des Paralysies Flasques Aigues (PFA), la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos néonatal, la diphtérie, la coqueluche, les méningites épidémiques, les Infections Respiratoires Aigües ou IRA (les pneumonies). Il convient de noter que le pays a mis en place, la surveillance au cas par cas de la poliomyélite (PFA), la rougeole, la fièvre jaune, la grippe saisonnière et le tétanos néonatal. Cette surveillance au cas par cas a été une opportunité pour le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et riposte.

1. **Expériences sur l’introduction de nouveaux vaccins et gestion de la grippe AH1N1 et de l’épidémie d’Ebola**

### Expériences dans les introductions de nouveaux vaccins

Le Gouvernement Guinéen avec l’appui de ses partenaires techniques et financiers a introduit les antigènes suivants dans le programme élargi de vaccination :

* Le vaccin anti-Hépatite B en 2006
* Le pentavalent en 2008
* Le vaccin anti poliomyélite inactivé (VPI) en novembre 2015 ;
* Le remplacement du vaccin VPO trivalent par le VPO bivalent en avril 2016 ;
* Le vaccin contre le tétanos/diphtérie (Td) en Janvier 2017 ;
* Le vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque A (Men A) en mars 2021.

Par ailleurs, le pays est en phase préparatoire pour l’introduction de nouveaux vaccins tels que, le vaccin contre le Papillomavirus Humain (HPV), le vaccin contre les infections à Pneumocoques (PCV 13) et le vaccin contre les infections diarrhéiques à Rotavirus (Rota) dont les introductions qui étaient initialement prévues en 2020, ont été renvoyées ultérieurement. En 2021, face à la pandémie de la Covid-19, le pays compte organiser des campagnes de vaccination contre le Covid-19.

Les leçons apprises de l’introduction des nouveaux vaccins en Guinée sont les suivantes :

* La mise en œuvre effective et à temps des activités préparatoires (au moins 8-12 mois) améliore la qualité de l’introduction du nouveau vaccin ;
* L’appropriation et la responsabilisation des régions (Autorités politico-administratives, DRS) dans le processus d’introduction de nouveau vaccin est un atout du succès de l’introduction du nouveau vaccin ;
* Une formation spécifique des agents de santé impliqués dans les activités de vaccination à tous les niveaux sur les composantes opérationnelles améliore la qualité des prestations y compris la surveillance et la prise en charge des MAPI ;
* La supervision renforcée de toutes les étapes du processus d’introduction permet un meilleur suivi ;
* La prise en compte du développement des messages de communication adaptés permet de répondre aux préoccupations des agents de santé et des parents en rapport avec le nouveau vaccin par l’anticipation de la gestion d’éventuels cas de rumeurs ou de refus améliore l’acceptabilité du vaccin ;
* Une bonne analyse des capacités de gestion des déchets à tous les niveaux permet de s’assurer de la bonne gestion de ces déchets ;
* L’introduction de nouveaux vaccins demande toujours une capacité de stockage additionnelle pour accommoder les nouveaux vaccins : une évaluation préalable de la chaine du froid permet d’identifier les besoins et de définir le gap nécessaire.
* La prise en compte de tous les aspects de pharmacovigilance est nécessaire au moment de l’introduction ;
* Tenant compte du coût élevé et du co-financement des nouveaux vaccins, un bon plaidoyer à haut niveau doit être conduit en direction des Autorités politiques et des Donateurs.

### Expérience de la gestion d’Ebola en Guinée

La gestion des épidémie d’Ebola de 2014 à 2016 a permis à la Guinée d’acquérir l’expérience en matière de surveillance et de riposte aux épidémies. Cette expérience s’est traduite par :

* La détection précoce des cas et épidémies des MPE à travers un système de surveillance sensible ;
* L’investigation pour comprendre la cause et les risques de propagation de la maladie ;
* La riposte pour l’élimination de la cause et les facteurs de risque.

Au décours de la Maladie à Virus Ebola (MVE), il faut souligner l’engagement du ministère de la santé et du gouvernement à opérer les investissements nécessaires ultérieurs pour renforcer le système de santé. Il s’agit

* ***Des investissements au niveau de l’accès aux services de santé,*** notamment :
* La mise en place des CTEPI dans les régions et préfectures
* L’augmentation progressive du personnel de santé après MVE passant de 5000 personnels en 2015 à un effectif cumulé de 12 875 professionnels de santé en activité en 2020
* L’accroissement significatif des structures de santé donnant en 2020 (1640 postes de santé, 407 centres de santé, 6 Centre de Santé Améliorés, 9 CMC et 26 Hôpitaux préfectoraux, 7 Hôpitaux régionaux (38 CTEPI HP et HR) et 3 hôpitaux nationaux)
* **Des investissements au niveau de la demande**, qui se traduisent par :
* Une réorganisation et un financement de la demande de soins proposés dans le cadre de la CSU pour améliorer la couverture de la population et l’utilisation des soins par tous y compris les plus pauvres
* Une politique et une stratégie de santé communautaire élaboré avec à la base des d’ASC formés, et rémunérés permet de d’accroitre la demande
* L’engagement du gouvernement à rémunérer sur le budget national les 2500 ASC du pays, dans le cadre de la pérennité et l’on note. Les 18,000 relais communautaires seront pris en charge par le secteur privé et l’ANAFIC (Agence Nationale de financement des collectivités)
* **Des investissements au niveau de la résilience**, se traduisant par :
* Un système avec une assez bonne capacité d’alerte et de mobilisation
* Un système national de surveillance épidémiologique avec une remontée rapide, régulière, constante des données
* La tenue réunion hebdomadaire d’analyse des données du terrain par l’ANSS
* La dotation de chacune des sept régions administratives et la zone spéciale de Conakry d’une Equipe d’Alerte et de Riposte aux Epidémies (ERARE) bien entraînée avec une expérience acquise lors de la gestion de la MVE ;
* La mise en place d’un centre national de coordination et gestion des urgences de santé publique
* **Des investissements au niveau de la qualité des soins**, matérialisés par :
* L’harmonisation et la régulation des pratiques médicales à travers les protocoles de soins
* L’application des directives relatives à la PCI
* La mise en place des comités d’hygiène et sécurités dans des hôpitaux et point focaux PCI des centres de santé
* L’élaboration de document de politique, de plan stratégique et de documents de normes et procédures PCI
* La mise en œuvre de curricula de formation en PCI dans les écoles de santé
* L’élaboration de la stratégie nationale et du plan d’assurance qualité.

En 2021, le pays a connu des épidémies de Ebola, fièvre Marburg et Fièvre Lassa. La capitalisation des acquis de l’expérience de la gestion des épidémies d’Ebola de 2014 à 2016, a permis une meilleure gestion de ces épidémies. En effet, les resultats des revues intra-action et après action ont révélé des points forts et des points à améliorer :

### Système de surveillance de la grippe type AH1N1

Lors de l’épizootie de grippe AH1N1 en 2009, la surveillance de la Grippe (AH1N1) en Guinée était de type sentinelle et est devenu progressivement syndromique. La recherche active des cas de grippe AH1N1 se fait dans les structures de soins par l’utilisation de la définition standard de cas. Les prélèvements effectués sur les cas suspects sont acheminés au laboratoire pour la confirmation.

Par ailleurs, le pays a organisé une campagne nationale de vaccination contre la grippe A H1N1. Cette campagne s’est tenue du 02 au 08 septembre 2010. Au regard de la faible quantité de vaccin pour couvrir toute la population, cette campagne s’est adressée à 10% de la population totale. Cette campagne ciblait : Le personnel de santé des services publics et privés, les femmes enceintes, les malades chroniques, les enfants et adolescents et autres (dépendants du personnel).

## Introduction du vaccin contre la Covid-19

### Epidémiologie et poids de la Covid-19

**Situation épidémiologique de la Covid-19**

La Guinée a enregistré son premier cas le 12 mars 2020. Toutes les régions du pays ont été touchées par cette maladie, ainsi de façon chronologique certaines préfectures des régions de Kindia et de Boké ont été les premières à avoir enregistré des cas à la semaine épidémiologique 13, suivi des régions de Mamou, Kankan et Faranah à la semaine 22 et celles de Labé et N’Zérékoré à la semaine 23.

Depuis le 23 mars 2020, l’état Guinéen avait décrété des mesures d’urgence sanitaire incluant, un couvre-feu nocturne, la fermeture de son espace aérien et de ses frontières terrestres, la limitation des déplacements de Conakry vers l’intérieur du pays, l’application des mesures de barrières sanitaires en mettant un accent sur le port obligatoire des masques, la fermeture des lieux de culte, des bars et des restaurants.

Malgré l’application de ces mesures, il a été constaté un faible respect des mesures de barrières sanitaire. Aussi, le nombre de test de dépistage et la capacité logistique pour faire face à la riposte étaient limités. C’est à l’issu de cela qu’il a été constaté une transmission communautaire de la maladie principalement dans la ville de Conakry qui hébergeait 94,7% des cas confirmés avec un indice de positivité de 16,33% à la date du 14 juin 2020. Pour faire face à cette situation, le Ministère de la santé à travers l’ANSS avait initié et mise en œuvre une stratégie communautaire dénommée « STOP COVID-19 en 60 JOURS » qui a contribué à ramener le taux de positivité à 9,90%.

La capitale Conakry demeure l’épicentre de l’épidémie avec environ 76% des cas confirmés depuis le début.

Les données actualisées à la date du 06 février 2022, montrent :

* + - * 641 175 tests réalisés dont 36 281 confirmés (5,7 %)
			* 32 614 guérisons
			* 432 décès hospitaliers (létalité=1,3 %)
			* 338 décès communautaires
			* Létalité globale : 2,12 % (770)

Cette situation actuelle nécessite le renforcement de la stratégie avec notamment la réalisation des tests de dépistage afin d’avoir une meilleure appréciation de l’ampleur de l’épidémie.



*Source : Bulletin épidémiologique Covid-19, Guinée, février 2022*

**Figure** 1 : Tendances globales de l’épidémie en Guinée de la S11 de 2020 à la S05 de 2022

******

**Figure 2** : Distribution spatiale de cas de Covid-19 du 06 février 2022

**Situation de la vaccination contre la Covid-19**

La Guinée a consenti d’énormes efforts pour contenir cette épidémie à travers notamment la mise en œuvre d’un plan de riposte cohérent, et la vaccination des populations qui a débuté le 5 mars 2021.

Deux campagnes de vaccination ont été mené de mars à Septembre 2021, avec comme résultat une couverture vaccination dans la population totale estimée à 3,5% en septembre 2021. La non atteinte de l’objectif de couverture vaccinale de 10% de la population totale assigné aux pays par l’OMS à la fin septembre 2021, la consommation insuffisante de vaccins contre la covid-19 (300 000 doses consommées par mois) de mars à septembre 2021, la problématique du financement des coûts opérationnels de la vaccination ont amené le Ministère de la santé à renforcer la vaccination. C’est dans ce contexte que le pays a initié en décembre 2021, une accélération de vaccination contre la COVID-19 avec le soutien des Partenaires techniques et financiers.

Le pays est en pleine campagne de vaccination avec la réception de 7 709 300 doses de vaccins tels que : ASTRAZENECA, SINOVAC, SINOPHARM, SPUTNIK V, JANSSEN, PFIZER ET MODERNA.

En effet, ce sont au total 4 758 320 doses de vaccins contre la Covid-19 qui ont été administrées en Guinée du 05 Mars 2021 au 08 Février 2022, réparties comme suit :

* 1ère dose : 2 882 706 ;
* 2éme  dose : 1 226 996 ;
* Dose Unique (Johnson and Johnson) : 648 618 ;

Le cumul des cas de MAPI enregistrées est de 2 440 dont 26 cas graves.

**Poids économique et social de la covid-19 :**

L’avènement de la COVID-19 avec la prise des mesures telles que le confinement des populations a entrainé le ralentissement des activités économiques dont la mise en chômage de certains travailleurs, la réduction des activités ou la fermeture de certaines entreprises. Tout cela a impacté l’économie nationale dont le revenu des ménages et la santé de la population.

La méfiance de certaines populations vis-à-vis des structures sanitaires, a entrainé une faible implication pour les activités de prévention telles que la vaccination.

###  Objectifs

### Objectif général

Assurer le déploiement des vaccins contre la Covid-19 et la vaccination de la population dans les conditions optimales en Guinée d’ici au 31 décembre 2022.

### Objectifs spécifiques

* Administrer 2 doses de vaccins contre la Covid-19 à 70% de la population générale d’ici à décembre 2022 ;
* Administrer 2 doses de vaccin contre la Covid-19 à 100% des cibles prioritaires de façon équitable d’ici à décembre 2022 ;
* Assurer la distribution des vaccins et des intrants à temps dans les conditions requises dans tous les sites de vaccination.

### Stratégies

Les axes stratégiques suivantes vont être mises en œuvre pour s'assurer que l’objectif général décrit ci-haut est atteint: (i) Préparation en matière de réglementation, (ii) Planification et coordination de l’introduction du vaccin, (iii) Ressources et financement, (iv) Populations cibles et stratégies de la vaccination, (v) Gestion de la chaîne d’approvisionnement et gestion des déchets résultant des activités de soins, (vi) Gestion et formation des ressources humaines, (vii) Acceptation et adoption de la vaccination (demande), (viii) Surveillance de la sécurité des vaccins, gestion des MAPI, et sécurité des injections, (ix) Systèmes de suivi de la vaccination, (x) Surveillance de la COVID-19, et (xi) Évaluation de l'introduction du vaccin COVID-19.

Le fil conducteur de ces stratégies sera un renforcement du système et des services de santé (surtout la vaccination), impliquant une collaboration entre les programmes de santé et les autres secteurs. Le travail sera aussi appuyé par les cadres de concertation et de collaboration, mis sur pieds par arrêté gouvernementale, entre hauts cadres des différents ministères, de la société civile, et des organisations internationales.

# I. Préparation en matière de réglementation

Pour la facilitation de l’importation des vaccins et des intrants, référence sera faite au guide opérationnel pour la réception des colis d’aide d’urgence et d’équipements importés à des fins humanitaires (version septembre 2018).

Le dispositif réglementaire pour l’utilisation du vaccin en Guinée contre la Covid-19 a été renforcé par une note technique de la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament (DNPM) en janvier 2021.

1. **Autorisation d’utilisation d’urgence**

La procédure de l’OMS relative à l’autorisation au titre du Protocole d’autorisation d’utilisation d’urgence (EUL : Emergency use listing) prévoit une évaluation minutieuse et rigoureuse des données disponibles sur la qualité, l’innocuité et l’efficacité des vaccins. Cette autorisation permet une utilisation rapide et ciblée de vaccins non encore homologués pour faire face à une urgence de santé publique de portée internationale.

Pour enregistrer et/ou importer les vaccins Covid-19 dans le cadre d’urgence sanitaire, les conditions et les documents nécessaires sont décrits dans les chapitres « Conditions d’importation de vaccins homologués par l’OMS » et « Autorisation d’importation » ci-dessous.

1. Conditions d’importation de vaccins homologués par l’OMS

Les conditions d’importation de vaccins homologués par l’OMS sont : le paiement à la Banque Centrale de la République de Guinée (BCRG) des frais de redevance et avoir sur place un représentant du Laboratoire fabricant.

Les documents nécessaires sont :

* Les informations administratives du laboratoire fabricant
* L’autorisation d’utilisation délivrée par le pays d’origine
* Le certificat d’autorisation délivré par l’OMS
* Le certificat d’analyse du produit (facultatif car pouvant être joint par lot à l’importation)
* Le Résumé des Caractéristiques du produit (RCP)
* Le rapport de l’essai clinique phase 3

L’approbation peut être donnée en Autorisation Temporaire d’Utilisation (ATU) valable pour un (01) an renouvelable ou en Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) valable pour cinq (05) ans.

Au niveau du pays, la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament ne procédera pas au contrôle qualité des vaccins acquis dans le cadre du mécanisme Covax.

1. **Autorisation d’importation**

Pour les vaccins homologués, l’autorisation d’importation est requise conformément au guide d’importation de médicaments et autres produits de santé de la DNPM du Ministère de la santé.

La demande d’autorisation d’importation des traitements ou vaccins doit être justifiée par des raisons de santé publique.

Par ailleurs il existe un protocole d’accord entre l’ANSS et la douane par rapport à l’importation des matériels et produits de santé pour toute période d’urgence.

Les documents nécessaires requis pour l’autorisation d’importation sont :

* La demande de visa ou autorisation d’importation des traitements ou vaccins signée par la structure importatrice (obligatoire) ;
* La liste quantitative et qualitative des traitements ou des vaccins à importer avec une spécification claire et précise de la forme pharmaceutique, des doses et de la présentation (obligatoire) ;
* L’adresse complète de l’importateur et du fournisseur (obligatoire) ;
* Le certificat de conformité ou le certificat d’analyse du produit (obligatoire).
1. **Mécanisme d’approbation ou d’exemption exceptionnelle**

En Guinée, le mécanisme d’approbation ou d’exemption exceptionnelle des vaccins est basé sur la confiance ou sur la reconnaissance. Ce mécanisme est une procédure abrégée (application des recommandations de l’AVAREF), une voie accélérée (adoption des procédures accélérées en cas de situation d’urgence) et respecte les normes éthiques pour les vaccins non homologués. Tous les vaccins doivent respecter la procédure d’importation en vigueur.

1. **Dispositions spécifiques à la gestion du vaccin contre la Covid-19**

Dans le cadre du mécanisme COVAX, afin de se conformer aux recommandations du SAGE de l’OMS dans le contexte d’urgence de la Covid-19, la Guinée s’est engagée à :

* Renforcer la collaboration entre la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament, le Comité de pilotage et les partenaires techniques et financiers afin de faciliter l’activation à temps des procédures visant à acquérir dans les délais brefs les vaccins.
* Accepter d’utiliser des étiquettes standard et de s’appuyer sur la liste des utilisations d’urgence de l’OMS ou sur l’autorisation d’utilisation d’urgence, ou équivalent, par une SRA désignée par l’OMS, pour accorder une autorisation réglementaire nationale pour le vaccin Pfizer en janvier 2021.
* Mettre en place le cadre d’indemnisation et de responsabilité nécessaires en février 2021, et être en mesure de conclure un accord avec les fabricants immédiatement après. Ce cadre devrait permettre d’indemniser le fabricant en cas de réclamations de responsabilité eu égard au produit, liées à l’utilisation ou à l’administration de ce vaccin
* Renforcer la mise en œuvre du Programme COVAX d'indemnisation sans faute (NFC), ce programme assure que les personnes des économies éligibles à la garantie de marché, qui peuvent souffrir d'une MAPI grave due à un vaccin acheté par le biais de l’initiative COVAX, ont accès à une indemnisation rapide, équitable, sans faute et forfaitaire.

Cet engagement du pays va se traduire par la vulgarisation du programme, la formation des acteurs et un accompagnement dans la soumission des dépôts des dossiers de demande d’indemnisation.

# II. Planification et coordination de l’introduction du vaccin

La vaccination contre la Covid-19 fait partie des approches prometteuses à l’échelle mondiale et régionale. Le mécanisme COVAX dont l’objectif est d'accélérer le développement et la fabrication des vaccins Covid-19 et de garantir un accès équitable pour tous les pays du monde s’inscrit dans cette dynamique. La Guinée à l’instar d’autres pays au monde, a confirmé le 27 septembre 2020, son adhésion au mécanisme cadre de réduction du risque individuel en sécurisant l’accès aux vaccins sûrs et efficace contre la COVID 19. (Cf. Lettre Ministre de la santé pour Manifestation d'Intérêt de la Guinée et Memo OMS).

Cet engagement s’est traduit par le renforcement du cadre de coordination, avec la création d’un comité de pilotage pour l’introduction du vaccin contre la Covid-19 en Guinée par un arrêté du Premier Ministre (cf. Arrêté n° A/2020/3165 du 02 décembre 2020). L’une des principales attributions du Comité de Pilotage est de constituer un cadre de concertation, d’orientation et de décision en vue de la préparation de l’introduction du vaccin contre la Covid-19.

Le Comité de pilotage, présidé par le Ministre de la santé, est composé entre autres de cadres issus de secteurs gouvernementaux concernés, d’autorités civiles, d’organisations non gouvernementales, de partenaires techniques et financiers, d’institutions militaires, la société civile, et le secteur privé. Ce comité a tenu deux (02) réunions le 15 janvier et le 04 février 2021 pour évaluer le processus d’introduction du vaccin contre la Covid-19. Parmi les structures et organes dont le fonctionnement a été adapté au contexte de la Covid-19, figurent le CCIA et le GTCV-Guinée.

Le Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV-Guinée) est un organe consultatif indépendant du Ministère de la santé. Le GTCV-Guinée est chargé d’émettre des avis scientifiques et techniques au Ministère de la santé et aux responsables du programme de vaccination. Sur les bases de données factuelles, le GTCV-Guinée fait des propositions, apporte un appui scientifique et technique au Ministère de la santé, dans le choix, la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de vaccination. Il travaille en collaboration avec tout autre comité du Ministère de la santé intervenant dans le domaine de la vaccination et des vaccins.

Le Comité National de Coordination Inter Agences (CCIA) est une plate-forme d’échanges, de coordination et de suivi de l’ensemble des activités de vaccination et de renforcement du système de santé au sein du Ministère de la Santé. Cette plate-forme réunit le Ministère de la Santé, les autres Ministères concernés, les Partenaires techniques et financiers et les Organisations de la Société Civile. Le CCIA est un organe consultatif qui a pour but d’assurer, de manière participative, transparente, l’orientation stratégique, le suivi des activités de vaccination et de renforcement du système de santé, mises en œuvre avec les ressources nationales, internationales, afin d‘atteindre les résultats et impacts escomptés.

Le GTCV-Guinée et le CCIA travaillent en collaboration avec le Comité de pilotage qui intervient également dans le cadre du déploiement de la vaccination contre la Covid-19.

Le comité de pilotage est appuyé par un Comité technique, composé de 06 Groupes de travail thématiques (Immunisation, Formation et supervision, logistique, surveillance et MAPI, Communication/Mobilisation sociale et Mobilisation des ressources).

Le comité technique est composé de représentants des secteurs gouvernementaux concernés, autorités civiles, organisations non gouvernementales, les partenaires techniques et financiers (PTF), les institutions militaires, les responsables religieux, des représentants des populations cibles spéciales et d’autres parties prenantes.

La coordination du déploiement de la vaccination contre la Covid-19 s’appuie sur le Centre des opérations d’urgence qui coordonne la riposte contre la pandémie. En effet, le responsable de la commission logistique et le responsable de la commission prestation du COU ont été identifiés pour assurer respectivement les fonctions de point focal pour la logistique et de point focal pour le déploiement de la vaccination contre le Covid-19. Ces points focaux vont assister l’Incident Manager de la riposte contre la pandémie qui assure la même fonction dans le cadre du déploiement de la vaccination.

Par ailleurs, les groupes de travail thématiques sont superposables aux commissions techniques mises en place dans le cadre de la riposte contre la pandémie.

Le Comité technique est en charge d’élaborer le plan national de déploiement et de vaccination (PNDV) contre le Covid-19. A cet effet, le processus d’élaboration du plan a débuté par les orientations stratégiques lors de la réunion du CCIA le 4 décembre 2020. Cette réunion du CCIA s’est tenue à la suite d’un atelier avec les (06) Groupes de travail thématiques du 2 au 4 décembre 2020.

La tenue régulière des réunions des comités et groupes de travail permet le renforcement des mécanismes de planification et de coordination de la vaccination contre la Covid-19. Les outils de suivi et d’évaluation sont mis en place pour s’assurer du bon fonctionnement de chaque groupe et comité.

La redynamisation des EiRaV (Equipe d’intervention Rapide pour la Vaccination), des EPARE (Equipe Préfectorale d’alerte et de Réponse aux Epidémies) et les Equipes des Centres de santé a contribué à un meilleur déploiement de la vaccination contre la Covid-19. Les structures techniques des niveaux régions et districts devront faire la mise à jour des microplans de déploiement de la vaccination contre la Covid-19.



 **Figure 3** : Mécanisme de coordination de la vaccination contre la Covid-19 en Guinée

# III. Ressources et financement

L’estimation du coût opérationnel du plan de déploiement de la vaccination est représentée dans le tableau ci-dessous. Le Coût total des doses de vaccin nécessaires est supporté par les partenaires de l’initiative COVAX, les partenaires techniques et financiers, la coopération bilatérale et multilatérale.

**Tableau I** : Estimation du budget prévisionnel du plan national de déploiement de la vaccination contre la Covid-19 de la Guinée (Mars 2022)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Num** | **Domaines du PNDV** | **2021** | **2022** | **2023** | **TOTAL** |
| **1** | **Préparation réglementaire** | 5 000  | 0  |  0  | 5 000  |
| **2** | **Planification et coordination** | 2 473 388  | 0  | 0  | 2 473 388  |
| **3** | **Coût et financement** | 20 000 | 0  | 0  | 20 000  |
| **4** | **Identification des populations cibles** | 40 000  | 0  | 0  | 40 000  |
| **5** | **Stratégies de prestation de services de vaccination (Administration des vaccins)** |  563 532  | 557 384  | 140 944  | 1 234 859  |
| **Stratégies de prestation de services de vaccination Vaccinateurs** | 2 024 614 | 1 763 937 | 644 680 | 4 432 231 |
| **6** | **Préparation de la chaîne d’approvisionnement et gestion des déchets sanitaires (Froid)** | 422 713  | 55 034  | 55 034  | 532 780  |
| **Préparation de la chaîne d’approvisionnement et gestion des déchets sanitaires (Doses et fournitures de vaccins)** | 43 380 487 | 52 927 132  | 601 428 | 96 909 048 |
| **7** | **Acceptation et utilisation du vaccin - demande** | 1 423 055  | 456 000  |  0  |  1 879 055  |
| **8** | **Suivi de la sécurité des vaccins, gestion des manifestations adverses post-immunisation (MAPI) et sécurité des injections** | 1 136 769  |  306 016  |  122 394  | 1565179  |
| **9** | **Systèmes de suivi de la vaccination** |  1 734 812  | 1 011 932  | 412 152  | 3 158 896  |
| **Total** |  **53 197 369**  | **57 076 435**  | **1 976 632**  | **112 250 436**  |

Le budget de ce plan sera financé par l’Etat Guinéen avec l’appui des partenaires techniques et financiers.

Le cadre de demande de financement sera l’occasion pour chaque bailleur pourra apporter son appui financier en fonction de son domaine de compétence pour combler les gaps.

Tableau II : Sources de financement du plan de vaccination contre la Covid-19 en Guinée en 2022

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d'activité PVDV** | **Coût total estimé juil 2021 - déc 2022** | **%** | Financement fourni par (estimation): | **Manque résiduel** |
| **Gouvernement** | **OMS** | **UNICEF** | **Banque Mondiale** | **COVAX** | **Gavi CDS1** | **Gavi** |
| 1. Assistance technique transversale pour la planification, la coordination et l'administration | 2 538 388 | 2% |   |  197 000  |  362 153  |  177 850  |   |  492 142  |  603 410  |  705 833  |
| 2. Doses de vaccin et dispositifs et fournitures associés |  96 909 048  | 86% |   |   |   | 19 095 437  |  35 723 520  |   |  -  |  42 090 091  |
| 3. Vaccinateurs |  4 432 231  | 4% |   |  120 000  |  300 469  |  3 202 165  |   |  2 578 769  |  3 006 823  | - 4 775 995  |
| 4. Administration des vaccins |  1 234 859  | 1% |  85 000  |   |   |  33 871  |   |   |  312 327  |  803 661  |
| 5. Chaîne du froid |  532 780  | 0% |   |   |   |  1 215 993  |   |   |  40 000  | - 723 213  |
| 6. Gestion des données, suivi et évaluation et surveillance |  3 158 896  | 3% |   |   |   |  1 144 583  |   |  692 610  |  790 902  |  530 801  |
| 7. Surveillance de la sécurité des vaccins et sécurité des injections |  1 565 179  | 1% |   |   |   |  1 136 637  |   |   |  567 916  | - 139 374  |
| 8. Génération de demande et communications |  1 879 055  | 2% |   |   |  102 583  |  2 000 000  |   |  165 794  |  761 947  | - 1 151 269  |
| 9. Protection des services de santé essentiels et renforcement des systèmes de santé |  -  | 0% |   |   |   |   |   |   |  -  |  -  |
| **Total** |  **112 250 436**  | **100%** |  **85 000**  |  **317 000**  |  **765 205**  |  **28 006 536**  |  **35 723 520**  | **3 929 315**  |  **6 083 325**  |  **37 340 535**  |

Les sources de financement de la vaccination sont essentiellement : (i) l’Etat Guinée, (ii) GAVI, (iii) Banque Mondiale, les partenaires technique et financiers, ((v) la coopération bilatérale et multilatérale.

Les coûts des vaccins supplémentaires nécessaires à la vaccination contre la Covid-19 en Guinée sont estimés à 96 909 048 USD.

Le processus de mobilisation des ressources débute par la réalisation d’une micro planification impliquant tous les niveaux de la pyramide sanitaires, pour une meilleure estimation des coûts opérationnels de la vaccination. Par la suite, le budget de cette microplanification de la vaccination est présenté à toutes les sources potentielles de financement de la vaccination. Les cadres de concertation et instance de coordination (réunions du Comité de pilotage, réunions du Comité stratégique, réunion des PTFs) permettent d’informer régulièrement les partenaires techniques et financiers sur les différentes attentes (financement) et de suivre les contributions à apporter. Dans cette dynamique, les réunions des PTF qui se tiennent régulièrement sont des opportunités pour partager le Plan national de déploiement de la vaccination contre la Covid-19 et de solliciter les appuis des partenaires pour le financement du plan.

# IV. Populations cibles et stratégies de vaccination

La priorisation des groupes cible est faite en fonction du risque plus élevé d’être infecté, de transmettre l’infection et de développer les formes graves de la maladie. Cette priorisation tient également compte de l’échelonnement de l’approvisionnement en vaccin, ainsi que des ressources disponibles.

En Guinée, l’identification des groupes cible prioritaires a été faite lors de l’atelier d’élaboration du plan national de déploiement de la vaccination contre le Covid-19, par les groupes de travail thématiques sur la base des données épidémiologiques de la Covid-19, puis entérinée par le CCIA lors de sa réunion du 04 décembre 2020.

En octobre 2021, la Guinée a décidé d’inclure les enfants de 12 à 17 ans dans la vaccination contre la Covid-19 avec les vaccins ARNm. Ce qui a permis au pays de d’élargir la population cible de la vaccination contre la Covid-19 aux personnes âgées de 12 ans et plus.

Le tableau ci-dessous résume les justifications du choix des cibles prioritaires identifiées.

**Tableau III** : Cibles prioritaires et justification des choix

|  |  |
| --- | --- |
| **Cibles prioritaires** | **Justifications du choix des cibles** |
| Personnel de santé  | Ce groupe de professionnels représente 4% des cas confirmés de Covid-19, se situe à la première ligne de la lutte contre la pandémie et est le groupe le plus exposé |
| Personnes âgées de 50 ans et plus | Les données épidémiologiques montrent que ce sont les personnes les plus vulnérables dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 en Guinée. Ce groupe affiche la plus grande proportion des cas confirmés sévères et représente 66% des décès |
| Personnes avec maladies chroniques  | Ce sont les personnes à risque de développer les formes sévères à cause de la présence des facteurs aggravants |
| Personnes ayant un emploi stratégique (ministères, militaires actifs, policiers, banques, entreprises, …) | Ces personnes contribuent par leurs fonctions au maintien de la fonctionnalité de l’état dans le pays, et devraient pouvoir bénéficier d’une protection pour assurer la continuité des services de l’Etat. |
| Personnes vivant dans des établissements fermés à risque accru de transmission comme les prisons, | Ces personnes sont plus vulnérables, du fait de leurs conditions de vie (lieux fermés, promiscuité, …) |
| Personnes vivant dans les zones à fortes mobilité de la population/migrants comme les zones minières | Personnes vivant dans des zones économiques prioritaires, ayant une forte densité de population, et des Mouvements de populations. Ces conditions constituent des facteurs de propagation de la maladie. |
| Candidats aux pèlerinages et voyageurs à l’international | Facteurs de propagation de la maladie. |

**Tableau IV** : Estimation des cibles prioritaires selon la phase et par catégories socio-professionnelles

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Population cible (par ordre de priorité) | Effectif total | Nombre de personnes vaccinées | Nombre de personnes supplémentaires à vacciner | Stratégie de vaccination ciblée prioritaire pour cette population |
| Personnel de santé | 25815 | ND | ND | * Fixe
* Mobile
 |
| Personnes âgés de 50 ans et plus | 1 348 748 | ND | ND | * Campagne de vaccination
* Fixe et avancée
* Mobile
 |
| Personnes avec des comorbidité | 397 849 | ND | ND | * Campagne de vaccination
* Fixe et avancée
* Mobile
 |
| Personnes ayant un emploi stratégique | 619 555 | ND | ND | * Campagne de vaccination
* Fixe et avancée
* Mobile
 |
| Personnes vivant dans des établissements fermés à risque accru de transmission comme les prisons | 10 326 | ND | ND | * Campagne de vaccination
* Fixe et avancée
* Mobile
 |
| Personnes vivant dans les zones à fortes mobilité de la population/migrants | 567 925 | ND | ND | * Campagne de vaccination
* Fixe et avancée
* Mobile
 |
| Candidats aux pèlerinages et voyageurs à l’international | 105 841 | ND | ND | * Campagne de vaccination
* Fixe et avancée
* Mobile
 |
| Personnes vivant dans les zones à accès difficile (îles) | ND | ND | ND | * Campagne de vaccination
* Mobile
 |
| Personnes âgées de 12 à 17 ans  | 1 856 629 | 8 604 | 1 848 025 | * Campagne de vaccination
* Fixe et avancée
* Mobile
 |
| Personnes âgées de 18 à plus | 6 498 403 | 1 867 010 | 4 631 393 | * Campagne de vaccination
* Fixe et avancée
* Mobile
 |
| Total des personnes de 12 ans et plus | 8 355 032 | 1 875 614 | 6479418 | * Campagne de vaccination
* Mobile
 |

En ce qui concerne l’estimation du nombre de personnes cible (Personnes âgées de 12 ans et plus), elle représente 63,2% de la population générale, soit 8 355 032 personnes à vacciner.

A ce titre, l’exercice a consisté à identifier le nombre de personnes nécessaire par catégorie de population cible de la vaccination retenue. La vaccination contre la Covid-19 se fera sur une base volontaire.

Conformément aux recommandations de l’OMS, il est envisagé de vacciner 70% de la population totale d’ici à décembre 2022. La population cible pourra être étendue en fonction de l’évolution de l’épidémie et de la disponibilité des ressources y compris les vaccins.

En fonction des données épidémiologiques, le pays opte pour l’administration d’une dose de rappel » ou « troisième dose » de vaccin contre la Covid-19. A date, la population cible concernée est celle des personnes âgées de 50 ans et plus et les personnes ayant une comorbidité.

**Calendrier optimal de vaccination**

L’atteinte de ces cibles se fera à travers :

* Des activités de vaccination systématique, intégrant les plateformes du PEV de routine. Pour assurer la continuité de la vaccination et son intégration progressive dans le PEV de routine.
* Des rappels de vaccination ou intensification de la vaccination (campagnes de vaccination de masse) périodiques en complément à la vaccination de routine seront organisées chaque trimestre en cas de besoin pour atteindre les populations cible de la vaccination contre la Covid-19.

Afin d’éviter un risque de discrimination, le plan d’allocation de vaccins couvrira toutes les régions et districts de santé du pays et atteindra toutes les cibles prioritaires quel que soit leur condition sociale, appartenance religieuse et situation économique. Certaines populations spéciales ont été prises en compte dans l’identification des groupes cibles prioritaires (Personnes vivant dans les zones à fortes mobilité de la population/migrants comme les zones minières).

Une estimation détaillée des cibles par Région et District sera faite lors de la microplanification de la vaccination contre la Covid-19 aux niveaux des régions et des Districts.

**Stratégies d'administration de la vaccination**

Pour rappel en 2021, un plan de mise en œuvre de la vaccination contre le Covid-19 a été élaboré et prévoyait trois (03) phases de mise en œuvre de la vaccination :

- La première phase, pour couvrir 3% de la population totale

- la seconde phase, concernant de 3,1% à 20% (soit 17 %) de la population totale

- une troisième phase prévoyait la vaccination au-delà des 20% de la population ciblée lors des deux précédentes phases, en fonction des disponibilités de vaccins et de l’évolution de la situation épidémiologique de la Covid-19. Cette phase permettrait l’utilisation des vaccins provenant des relations bilatérales et d’autres mécanismes de mobilisations de ressources ou une extension du mécanisme Covax.

En 2022, la Guinée a révisé son plan de vaccination et envisage la vaccination selon un processus continu alterné par des campagnes périodiques d’accélération. Au cours de ce processus, chacune des cibles prioritaires recevra soit 02 doses de vaccin contre la Covid-19 à un intervalle de 3 à 12 semaines (selon le vaccin) entre le premier passage et le deuxième passage de vaccination, soit une seule administration pour les vaccins à doses unique (selon le vaccin).

Les stratégies qui seront mises en œuvre dans le cadre de la vaccination de riposte se baseront sur les plateformes existantes de la vaccination de routine.

Les stratégies de vaccination retenues sont : (i) la stratégie en fixe (ii) la stratégie avancée, et (iii) la stratégie mobile.

L’objectif de chaque équipe de vaccination est d’atteindre un maximum de 200 personnes vaccinées par jour lors des campagnes et 100 personnes au cours des vaccinations systématiques.

Des moyens de transport (Véhicules, motos, pirogues, hors-bord, etc.…) seront nécessaires pour le déplacement des équipes et le transport du vaccin et des matériels de la vaccination.

**Composition des équipes de vaccination**

Lors des campagnes de vaccination, chaque équipe de vaccination sera composée de 05 personnes : Un Mobilisateurs social, deux vaccinateurs et deux enregistreurs.

En dehors des campagnes de vaccination, chaque équipe de vaccination sera composée de 04 personnes.

Les membres des équipes seront identifiés et formés sur les directives de la stratégie vaccinale, les techniques d’utilisation du vaccin et les consignes à respecter.

Sous la supervision des équipes DPS/DCS, les équipes seront déployées sur le terrain en fonction d’un plan établi et retenu par les autorités de la localité.

L’administration du vaccin se fera dans le respect du protocole élaboré et chaque personne bénéficiera d’une dose unique de vaccin ou de deux doses de vaccin en respectant le délai d’administration entre les deux doses de vaccin selon les fabricants.

Toutes les zones actives du pays seront concernées par cette stratégie de vaccination.

Après l’administration de la première dose de vaccin nécessitant une deuxième dose, un rappel de la date de la deuxième dose se fera par l’agent vaccinateur lors de la communication interpersonnelle, par l’outil « Tracker » du DHIS 2 de la Covid-19 et par la mention écrite de la date de rappel de la deuxième dose sur la carte de vaccination de la cible prioritaire vaccinée.

**Application des mesures PCI sur les sites de vaccination**

L’application des mesures PCI Covid-19 se fera pendant les séances de vaccination, quelles que soient les stratégies de vaccination utilisées. Les bonnes pratiques de lutte contre les infections devront être respectées rigoureusement, pour protéger à la fois les agents de santé (contre les maladies transmissibles par blessures ou contacts étroits), les receveurs des vaccins, leurs familles et leurs communautés autour d'eux contre la Covid-19.

Pour minimiser le risque de contamination dans les sites de vaccination les mesures suivantes devront être appliquées : (i) Identifier un point focal PCI qui sera chargé du respect rigoureux des mesures PCI mises en place ; (ii) Les responsables des sites de vaccination doivent s'assurer un accès adéquat aux fournitures et équipements PCI, (par ex. EPI, masques, désinfectants alcoolisés ou stations de lavage des mains avec du savon et de l'eau propre), pour permettre aux agents de santé d'adhérer aux mesures PCI lors des activités de sensibilisation.

Les mesures préventives destinées au personnel de santé en charge de la vaccination doit comprendre : (i) Une hygiène des mains appropriée (lavage des mains ou utilisation de désinfectant pour les mains), (ii) Utilisation appropriée des masques, (iii) S'assurer qu'il n'y a pas d'équipement partagé, (iv) S'assurer d’un nettoyage adéquat dans les sites de vaccination (les activités de vaccination doivent être entreprises dans un environnement propre et hygiénique facilitant les pratiques liées à la prévention et au contrôle des infections).

Port obligatoire des EPI : pour les personnels destinés au dépistage (EPI complet) et pour les vaccinateurs (gants, bavette et surblouse).

Les mesures de prévention destinées aux bénéficiaires (personnes cibles) : (i) Assurer une distance physique adéquate lors des séances de vaccination et dans les zones d'attente en limitant la taille des sessions et en utilisant des espaces ouverts lorsque cela est possible, (ii) Port obligatoire des bavettes et lavage des mains.

L'adhésion à la PCI garantira la prévention des infections pour les agents de santé, les bénéficiaires vaccinés et leur communauté.

L’identification des agents vaccinateurs et des sites de vaccination se fera à travers les outils de visibilité.

Un plan d’introduction de la vaccination contre la Covid-19 dans le PEV de routine sera mis en place.

# VI. Gestion de la chaîne d’approvisionnement et gestion des déchets résultant des activités de soins

1. **Préparation de la chaîne du froid**

Un Plan logistique de la vaccination contre la Covid-19 a été élaboré qui comprend les différentes articulations ci-dessous.

* 1. **Quantification (Estimation des besoins en vaccin contre la Covid-19)**

Les besoins en vaccins sont estimés sur la base de la taille de la population cible, du nombre de doses à administrer à la cible (02 doses ou une dose), de l’objectif de couverture vaccinal et du facteur de perte (Taux de perte de 10% (Facteur de perte de 1.11) si le vaccin est liquide et 15% (Facteur de perte de 1.18) s’il est lyophilisé).

La population cible est estimée à 8 535 032 soit 63,2 % de la population totale. Pour la continuité de la vaccination la population restant à être vaccinée a été décrite dans le tableau suivant.

**Tableau V** : Estimation de la population cible pour la vaccination contre la Covid-19 en Guinée en 2022

|  |  |
| --- | --- |
| **Catégories de population** | **Effectifs** |
| Population cible (12 ans et plus) | 8 355 032 |
| Population cible ayant reçu la 1ere dose | 2 888 742 |
| Population cible ayant reçu les deux doses (complètement vacciné) | 1 230 148 |
| Population cible ayant reçu une dose unique (complétement vacciné) | 653 424 |
| Population cible en attente de la 2ème dose | 1 658 594 |
| Population cible non encore vaccinée (n'ayant reçu aucune dose de vaccin) | 6 471 460 |
| Population cible nécessitant une 3ème dose (50 ans et plus, comorbidité, personnel de santé…) | 1 772 412 |

A partir de ces catégories de population les besoins par type de vaccins ont été estimés. Cette estimation des vaccins a tenu compte des préférences (choix) du pays en matière de vaccin contre la Covid-19, à savoir : (i) Choix numéro 1 le vaccin Pfizer BioNtech (coefficient 30%), (ii) Choix numéro 2, le vaccin Sinopharm et le vaccin Janssen (coefficient 20%) et (i) Choix numéro 3, le vaccin Astrazeneca et le vaccin Moderna (coefficient 30%).

**Tableau VI** : Estimation des besoins par type de vaccins selon les catégories de population cible

|  |  |
| --- | --- |
| **Estimation des besoins** | **Quantité (doses** |
| ***Besoin en vaccins pour la population cible non encore vaccinée (n'ayant reçu aucune dose de vaccin)*** | ***13 201 778*** |
| Besoin en vaccin pfizer | 4 581 794 |
| Besoin en vaccin Sinopharm | 2 873 328 |
| Besoin en vaccin Janssen | 1 436 664 |
| Besoin en vaccin Astrazeneaca | 2 154 996 |
| Besoin en vaccin Moderna | 2 154 996 |
| ***Besoin en vaccins pour la population cible en attente de la 2ème dose***  | ***3383532*** |
| Besoin en vaccin pfizer | 1174285 |
| Besoin en vaccin Sinopharm | 736 416 |
| Besoin en vaccin Janssen | 368 208 |
| Besoin en vaccin Astrazeneaca | 552 312 |
| Besoin en vaccin Moderna | 552 312 |
| ***Besoin en vaccins pour la population cible nécessitant une 3ème dose (50 ans et plus, comorbidité, personnel de santé…)*** | ***2 029 412*** |
| Besoin en vaccin Janssen | 983 689 |
| Besoin en vaccin pfizer | **1045723** |

Les besoins réels pour la continuité de la vaccination tiennent compte des stocks de vaccins disponible à date dans les CDF au niveau central. Les besoins de vaccins par type de vaccin se présentent comme décrit dans le tableau suivant.

**Tableau VII** : Estimation des besoins par type de vaccins

|  |  |
| --- | --- |
| **Estimation des besoins en dose de vaccins pour la continuité de la vaccination contre la Covid-19** | **17 274 584** |
| Besoin en vaccin pfizer | **5 955 965** |
| Besoin en vaccin Sinopharm | **3 564 197** |
| Besoin en vaccin Janssen | **2 374 326** |
| Besoin en vaccin Astrazeneaca | **2 707 308** |
| Besoin en vaccin Moderna | **2 672 788** |

Les besoins en matériels d’injections ont été estimés et se présentent comme suit :

**Tableau VIII :** Estimation du matériel d’injection suivant les estimations en vaccin

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins COVID-19** | **Poids en %** | **Besoin annuel** |  **SAB 0,5ml** |  **SAB 0,3ml** |  **SD 2ml** |  **BS 5L** |
| Pfizer | 30% |  5 955 965  | 0 |  6 551 562  |  1 091 927  |  76 435  |
| Sinopharm | 20% |  3 564 197  |  3 920 617  | 0 | 0 |  39 206  |
| Jhonson & Jhonson | 20% |  2 374 326  |  2 611 758  | 0 | 0 |  26 118  |
| Astrazenaca | 15% |  2 707 308  |  2 978 039  | 0 | 0 |  29 780  |
| Moderna | 15% |  2 672 788  |  2 940 067  | 0 | 0 |  29 401  |
| Sputnik-V |   |   |   |   |   |   |
|  **Total**  | **100%** |  **17 274 584**  |  **12 450 480**  |  **6 551 562**  |  **1 091 927**  |  **200 940**  |

Une estimation des besoins en intrants (coton, sac poubelle, gel hydroalcoolique) nécessaires pour la vaccination a également été faite.

**Tableau IX :** Estimation des autres intrants de la vaccination contre la Covid-19

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins COVID-19** | **Poids en %** | **Besoin annuel** | **Coton (1 rouleau de 500mg /2000 injections** | **Sacs Poubelles (1 sac de 100 litres/100 injections)** | **Gel Hydroalcoolique (1 flacon de 350 ml/200 injections** |
| Pfizer | 30% |  5 955 965  |  2 978  |  59 560  |  29 780  |
| Sinopharm | 20% |  3 564 197  |  1 782  |  35 642  |  17 821  |
| Jhonson & Jhonson | 20% |  2 374 326  |  1 187  |  23 743  |  11 872  |
| Astrazenaca | 15% |  2 707 308  |  1 354  |  27 073  |  13 537  |
| Moderna | 15% |  2 672 788  |  1 336  |  26 728  |  13 364  |
|  **Total**  | **100%** |  **17 274 584**  |  **8 637**  |  **172 746**  |  **86 373**  |

### Mécanismes d’achat et Approvisionnement

Dans le cadre de l’acquisition en vaccin et matériel d’injection contre la Covid-19, l’approvisionnement se fera à travers le mécanisme existant à savoir la Centrale d’achat de l’UNICEF. Le vaccin sera réceptionné par le niveau central et suivra le circuit habituel de distribution.

Le vaccin contre la COVID-19 sera réceptionné et stocké au niveau central puis distribué au niveau des districts si toutefois la température de stockage est comprise entre +2°C et +8°C ou -20°C. Un rapport de réception du vaccin sera élaboré à chaque arrivage. Les vaccins seront ensuite distribués aux centres de santé ciblés qui assureront la vaccination.

Dans le cadre de la riposte contre la maladie a virus Ebola, le pays a reçu des équipements Ultra Cold Chain (UCC) qui pourront être utilisés s’il s’agit d’un vaccin à conserver à -70°C (Voir le tableau ci-dessous).

**Tableau X** : Equipements UCC fournis pour la riposte à Ebola

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Désignation** | **Quantité** | **Etat de fonctionnement** |
| 1 | Congélateur **(ARTIKO)** | **02** | Bon état |
| 2 | Porte vaccins **(CRYOQ)** | **29** | Bon état |
|  3 | Caisse Isotherme **(ARKTEK)** en bon état | **03** | Bon état |
| Caisse Isotherme **(ARKTEK)**  | **02** | Endommage (à ne pas utiliser) |
| Caisse Isotherme **(ARKTEK)** avec sonde déconnecté | **01** | Non fonctionnel (sonde déconnectée) |
| Caisse Isotherme **(ARKTEK)** avec  | **02** | Non fonctionnel (sonde endommagée) |
| 4 | Congélateur **(THERMO SCIENTIFIC)**  | **02** | Non fonctionnel (Absence de carte mémoire) |

Un congélateur ULT Freezer\_1 (Thermo Fisher) devrait être acquis pour renforcer la capacité de stockage des 2 congélateurs ARCTIKO disponibles dans le pays en cas de besoin. Le vaccin sera ensuite convoyé vers les districts et stocké à une température de -70oC dans des équipements UCC (ARKTEK DF) et distribué dans les centres de santé ciblés.

Toutefois les équipements UCC non fonctionnels pourraient être réutilisés à condition d’acquérir les pièces de rechange et de les faire réparer par les spécialistes.

Les équipements qui ont été livrés dans lors de la gestion de l’épidémie d’Ebola, étaient stockés dans les locaux de l’OMS et ont été transférés au PEV depuis février 2020.

Compte tenu de la complexité du vaccin contre la Covid-19 et pour minimiser les pertes et la manipulation du vaccin, le niveau régional n’est pas impliqué dans le choix des niveaux de stockage. L’identification des centres de santé susceptibles d’assurer la vaccination prendra en compte la concentration de la population cible. La distribution du vaccin suivra le schéma traditionnel.

**Schéma 1: Circuit de distribution des vaccins et matériels d’injection en Guinée** :

Niveau central District Sanitaire Centre de santé Poste de santé

Le niveau régional ne sera pas impliqué dans le circuit de distribution, toutefois il assurera la coordination et le suivi de cette activité au niveau des Districts.

### Transport et Manutention

Le déploiement des vaccins sur le terrain se fera de façon séquentielle. Le système de transport au niveau national se présente comme suit :

* Au niveau central, la distribution des vaccins est assurée par la logistique roulante de l’ANSS (2 camions), du PEV (3 camions + 1 camion frigorifique) et de la PCG (05 camions) en utilisant des glaciaireshors gels dont 100 ont été acquits par le fonds japonais et disponibles au pays. Une autre commande est encours sur fond de la Banque Mondiale
* Au niveau district, l’équipement en matériel roulant est suffisant. Les districts disposent de matériels roulants (02 véhicules 4X4 et motos par District).
* Au niveau centre de santé, tous les centres disposent de motos qui serviront pour l’approvisionnement.

###  Matériel de chaine du froid et Capacité de stockage

La dernière GEV a été conduite en Guinée en 2016. Par ailleurs un inventaire physique des équipements de la chaine du froid a été effectué en 2016 dans la même année. La base de cet inventaire a été actualisée au fur et à mesure des nouvelles installations et selon l’état de fonctionnement des équipements de la chaîne de froid. La dernière actualisation date de mars 2021.

* **Au Niveau Central**

Le niveau central dispose de 05 chambres froides dont 04 chambres froides positives d’une capacité nette de stockage de 31 319 litres et 01 chambre froide négative (-20°C) d’une capacité de 5128 litres.

L’analyse des capacités de stockage dépend du choix de la température de conservation du vaccin contre le covid-19.

* **Vaccin Covid-19 à stocker entre +2oC et +8oC :** la capacité nette de stockage disponible en positif au niveau central est de 31319 litres. Le volume net des vaccins de routine à stocker entre +2oC et +8oC est de **27386 litres**. Le volume net du vaccin contre la COVID-19 est de 6461 litres, entrainant un gap de 2529 litres. L’installation de la chambre froide de 9524 litres acquise en 2019 et non encore installée pourrait combler ce gap.
* **Vaccin Covid-19 à stocker à -20oC** : le niveau central dispose d’une chambre froide négative de -20° de 5128 litres. Le stockage du vaccin à température de conservation à -20°C requiert une chambre froide négative supplémentaire de 5128 litres au niveau central
* **Vaccin Covid-19 à stocker a -70oC** : le niveau central ne dispose d’aucune capacité de stockage à -70oC. Par conséquent, l’acquisition d’équipements Ultra Cold Chain sera nécessaire pour le stockage du vaccin en cas de besoin. Deux Thermofisher d’une capacité de 700 litres seront nécessaires pour le stockage du vaccin au niveau central.

Les gaps des capacités de stockage au niveau central sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau XI :** Besoins en chaine du froid au niveau central

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de stockage** | **Requis** | **Disponible** | **Gap** |
| +2°C à +8°C | 6461 | 3933 | 2528 |
| -20°C  | 8307 | 4061 | 4246 |
| -80°C  | 15430 | 5520 | 9910 |

Des capacités de stockage alternatives sont disponibles au niveau du pays (chambres froides positives et négatives de la pêche, aéroport, etc…) en cas d’urgence, de défaillance du système de stockage actuel ou de dépassement des capacités de stockage.

Actuellement les capacités additionnelles des structures tels que la Pharmacie Centrale de la Guinée, l’Institut Pasteur de la Guinée, et le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Mafèrinyah sont mises à contribution.

En effet la PCG dispose d’une chambre froide positive 40 m3, d’un conteneur frigorifique de 60 m3 et chambre froide négative de 20 m3, deux anciens congélateurs ultra cold (-80°C) de 690 litres chacun. L’Institut pasteur dispose de deux congélateurs ultra cold (-80°C) de 680 litres chacun, le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Mafèrinyah dispose de trois congélateurs ultra cold (-80°C) de 681 litres chacun.

Notons que cinq congélateurs ultra cold (-80°C) de 828 litres acquis par le Japon dans le cadre de la vaccination contre COVID-19 sont déjà disponibles à la PCG et seront installés courant mois de mars 2022.

* **Au niveau district**
* La capacité requise pour le stockage des vaccins Covid-19 entre +2oC et +8oC est de 3331 litres.
* Sur 38 districts sanitaires, 07 ne disposent pas de capacité de stockage suffisante. Le pays prévoit l’acquisition de réfrigérateurs solaires SDD de grande capacité pour le renforcement de la capacité de stockage dans ces sept (07) districts sanitaires.
* Dans le cadre de l’appui à la vaccination contre la COVID-19, le japon a doté le pays de 69 réfrigérateurs solaires TCW 2043 SDD qui seront installés dans le courant du mois de Mars 2022.

**Tableau XII :** Besoins en chaine du froid au niveau district

 

Les besoins identifiés dans l’outil de dimensionnement sont déjà commandés et en attente de réception

* **Vaccin Covid-19 à stocker à -20oC** : Sur 38 districts sanitaires, 33 ne disposent pas de capacité de stockage suffisante. Le pays n’a pas planifié d’acquisition d’équipements au niveau district pour la conservation des vaccins Covid-19 à stocker à -20°C, car ces vaccins peuvent être conservé entre +2°C à +8°C pendant 5 jours maximum. Les capacités de stockage seront renforcées au niveau district pour combler les gaps dans sept (07) des **38** districts sanitaires (voir **Tableau VII :** Besoins en chaine du froid au niveau district).
* **Vaccin COVID à stocker a -70oC** : tout comme le niveau central, aucun district ne dispose d’équipements à température de conservation négative atteignant **-70oC**. Au niveau district, les besoins seront de 63 ARKTEK DF (LTS DF) d’une capacité de 5 litres chacun (01 par district). En ce qui concerne la distribution du vaccin du niveau central vers les districts, le pays aura besoin d’un dispositif passif pour le transport du vaccin. A cet effet, il a opté pour les ‘’Long Term cold storage device’’ (LTS) de 5 litres. Le tableau ci-dessous résume les besoins en équipement Ultra Cold Chain :

**Tableau XIII**: Besoins en équipements Ultra Cold Chain au niveau district

 

Les besoins globaux en ECF en stockage actif sont résumés dans l'outil de dimensionnement de la chaîne d'approvisionnement de l'OMS selon la température de conservation du vaccin (+2°C et +8°C ou -70°C). Compte tenu du fait que la livraison se fera de façon séquentielle, le pays a considéré pour la première livraison, 5% de la population totale.

L’outil de budgétisation ‘’COVAX Facility CCE Budget 2020 Gavi’’ ne prend pas en compte les équipements Ultra Cold Chain sélectionnés par le pays dans l’outil de dimensionnement. Le financement des équipements nécessaires au niveau central et district sera recherché auprès des partenaires.

### Maintenance des équipements

Le plan de maintenance élaboré en 2016, n’a pas encore été actualisé. La maintenance des équipements de la chaine du froid est décentralisée. Elle est assurée par les techniciens de maintenance du niveau central, régional et district, formés par le Centre Logivac déployé en Guinée en 2019.

Les pièces de rechange des équipements de CFD sont disponibles au niveau du PEV. Les nouvelles acquisitions d’équipement de CDF sont accompagnées de kits de pièces de rechanges. Une mission de maintenance des équipements de CDF en panne dans toutes les régions est planifiée par le PEV pour le mois de Mars 2022.

Les matériels de la CDF à tous les niveaux sont sécurisés par des régulateurs de tension, et des stabilisateurs. Les locaux qui les abritent sont dotés d’extincteurs et sont sécurisés.

### Contrôle de la température

Des fiches de relevé de température sont disponibles à tous les niveaux de la chaine d’approvisionnement des vaccins. Ces fiches seront également utilisées pour le monitorage de la température des équipements acquis dans le cadre de la COVID-19.

Le niveau central dispose d’un dispositif continu de contrôle de température dont les relevés sont générés et analysés mensuellement. Toutes les chambres froides sont connectées à ce dispositif. Un responsable est commis au relevé biquotidien, au suivi et à l’analyse de la température de chaque chambre froide.

Au niveau district et centre santé, tous les réfrigérateurs sont dotés d’enregistreurs continus de température de 30 jours. Le suivi est assuré par les utilisateurs. Il est à noter qu’au niveau poste de santé, chaque réfrigérateur de modèle TCW 2043 SDD est doté d’un dispositif de contrôle de température à distance. Au moins 50 cadres du ministère de la santé ont accès à la lecture de la température à distance

### Outils de gestion des vaccins

Comme les autres vaccins, les registres manuel et informatisé de gestion des stocks seront utilisés pour l’enregistrement du vaccin contre la Covid-19. Les bons de commande et de livraison seront utilisés pour les mouvements des stocks du vaccin. A cet effet, ces outils seront révisés pour prendre en compte le type de vaccin, le numéro de lot, la date de péremption, le conditionnement, le fabricant et l’état de la PCV (si existe).

Les outils de gestion utilisés pendant les différentes campagnes, seront également adaptées pour le suivi de l’utilisation du vaccin.

Dans le cadre de l’introduction du vaccin contre la Covid-19, une formation en cascade doit être planifiée. Des modules spécifiques seront mis en place. La formation intéressera toutes les ressources humaines du niveau central au niveau périphérique. Avec l’évolution de l’information sur les caractéristiques de conservation des vaccins anti COVID-19 des remises à niveaux sont nécessaires sur tout pour le vaccin PFIZER.

La supervision intégrera le cadre global de supervision de la campagne de vaccination.

## Gestion des déchets

Le vaccin contre la Covid-19 actuellement disponible est sous forme injectable. Son utilisation génère des déchets et nécessite par conséquent l’utilisation des boites de sécurité appropriées. Les seringues autobloquantes sont utilisées dans tous les centres vaccinateurs. La collecte des seringues se fait à l’aide de boîtes de sécurité (BS). Les incinérateurs homologués disponibles au niveau des structures sanitaires pour la destruction des déchets vaccinaux sont en nombre insuffisant (71,4% sont fonctionnels sur les 42 incinérateurs existants).. Les flacons de vaccins Covid-19 seront détruits par broyage et enfouissement des résidus.

|  |
| --- |
| **Tableau XIV** : Situation des incinérateurs dans les formations sanitaires |
|  |  |  |  |
| **STRUCTURES** | **NON EXISTANT** | **EXISTANT** |
| **BON ETAT** | **MAUVAIS ETAT** |
| **Hôpitaux Préfectoraux** | **2** | **21** | **10** |
| **Hôpitaux Nationaux de Conakry et CTEPI de Nongo** | **0** | **4** | **0** |
| **Total** | **2** | **25** | **10** |

(Source ANSS/PEV)

La gestion des déchets obéit à la mise en œuvre du plan global de gestion des déchets du ministère de la santé.

Les directives de l’OMS en matière de vaccination seront appliquées et supervisées à tous les niveaux dans le cadre du contrôle et de la prévention des infections. La politique sur la sécurité des injections et la gestion des déchets en vigueur sera appliquée.

Au niveau du site de vaccination : Les déchets piquants issus de la vaccination seront collectés après usage dans les boites de sécurité sans être recapuchonnées (seringues). Les autres déchets (déchets non piquants) tels que les emballages des seringues, les capuchons des aiguilles et le coton usagé seront collectées dans des sachets plastiques qui seront mis à la disposition des équipes de vaccination. Les superviseurs des équipes ont la responsabilité de collecter les boites de sécurité pour les acheminer au niveau des structures de santé.

Au niveau des structures sanitaires (publiques et privées) : les boites de sécurité collectées à partir des sites de vaccination seront enregistrées dans la fiche de collecte appropriée et stockées dans un endroit sécurisé avant leur transfert dans les sites d'incinération.

Au niveau du district sanitaire : Les structures de santé ne disposant pas d'incinérateur approprié, la collecte, l’enregistrement et l’incinération des déchets seront faits par le district sanitaire.

Des dispositions spécifiques seront prises lors des séances de vaccination contre le Covid-19 pour la destruction des déchets en tenant compte des instructions des fabricants de vaccins en la matière.

Les déchets non piquants seront collectés dans des sachets plastiques sur le site de vaccination et acheminés pour l’enfouissement dans les structures sanitaires.

Au cours des différentes stratégies de vaccination un accent particulier sera mis sur la gestion des vaccins périmés. En effet les vaccins périmés et les vaccins ayant atteints leur date de non utilisation (en tenant compte du changement de mode de conservation comme le Pfizer) doivent être retirés de la chaine du froid. Le point de ces vaccins doit être fait et les superviseurs devront les ramener au niveau central pour destruction.

# VII. Gestion et formation des ressources humaines

## Gestion des Ressources humaines

Dans le cadre du déploiement de la vaccination contre le Covid-19, la réalisation d’un inventaire des ressources humaines pour le déploiement de la vaccination covid-19 par Région et District a été planifiée. Une description de postes est disponible pour les catégories de personnel.

Au total 475 équipes seront mobilisées pour couvrir la continuité de la vaccination dans toutes les structures de santé du pays. 03 équipes seront mobilisées au niveau de chaque district de santé pour assurer les stratégies mobiles, soit un total de 114 équipes. En cas d’organisation des campagnes (ou rappels) de vaccination, 810 équipes de vaccination seront mobilisées pour chaque campagne de vaccination.

## Révision/Elaboration des outils de gestion

A l’occasion de l’introduction du nouveau vaccin, tous les outils de gestion utilisés dans la vaccination, à savoir les fiches de supervision, les cartes de vaccination, les fiches de monitorage des pertes des vaccins, les fiches de suivi des perdus de vue, les fiches de stock de vaccin, les feuilles et tableau de température seront adaptés à la vaccination contre le Covid-19. Les fiches de pointage, les registres de vaccination, le logiciel de traitement des données de la vaccination, les fiches de rapport mensuel, les fiches de collecte d’information et les directives sur les MAPI seront également révisés et rendus disponibles à tous les niveaux. De nouveaux supports de communication pour les parents et la communauté ainsi que le matériel de formation pour les agents de santé seront développés et diffusés à tous les niveaux.

## Formation des Ressources humaines

Un plan de formation est en cours de mise en œuvre dans le cadre de la vaccination contre la COVID-19. Ce plan inclut les principaux groupes de participants, les domaines thématiques du contenu, les principaux partenaires de formation et les méthodes de formation (en présentiel ou virtuelle).

Cette formation s’adresse au personnel de santé impliqué dans la vaccination, aux différents superviseurs et à tout autre acteur associé au processus. Les modules de formation doivent être développés conformément aux thématiques ci-après : Epidémiologie du COVID-19, Mécanisme COVAX, Définition des cas (Cas suspects, cas confirmés, cas contact), Mode de transmission et mode de prévention, Définition de la cible, stratégie, Gestion efficace du vaccin et caractéristiques du vaccin, Mode d’utilisation et administration du vaccin, Sécurité et surveillance MAPI, Gestion des données, Gestion des déchets, Génération de la demande et de la communication.

La formation se fera en présentiel et en cascade tout en respectant les mesures barrières. Là où la présentielle n’est pas possible, les sessions virtuelles (utilisant les plateformes de formation à distance) seront organisées. La formation se déroulera comme suit :

* Au niveau central : Formation de pool des formateurs ;
* Au niveau régional : un atelier de formation sera organisé dans les chefs-lieux des régions sanitaires avec l’appui du niveau central et regroupera les participants à savoir les équipes cadres des régions, districts sanitaires et les partenaires ;
* Au niveau des districts : un atelier de formation sera organisé dans les chefs-lieux des districts sanitaires avec l’appui du niveau régional et regroupera les chefs des centres de santé, des prestataires dans les centres de santé et hôpitaux ; Formation des agents vaccinateurs ; Formation des mobilisateurs, les crieurs publics et les relais communautaires.

L’approche de formation des adultes (andragogie) sera privilégiée ; Présentation en power point suivi de discussions, commentaires et synthèses ; Lecture et clarification du document ; Simulation/Jeux de rôle, prenant en compte les aspects techniques et de gestion des données des thématiques identifiées.

Les outils de formation sont les modules et le matériel de formation. Les outils de collecte sont : tablette et fiches, Papier padex, chevalet, marqueurs, bloc note, stylo à bille, crayon, Projecteur, rallonges, Kit de lavage des mains, bavette, gel hydroalcoolique, savon. Le matériel didactique est constitué de EPI.

Les formations seront animées par les responsables administratifs du Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique appuyés par les partenaires techniques et financiers.

## Ressources humaines supplémentaires

Les revues et supervisions menées dans le cadre vaccination contre la Covid-19 nécessite la mobilisation de ressources humaines supplémentaires dont les rôles sont indispensables, telles que :

* Les mobilisateurs sociaux (Moso)
* Identification d’un agent pour la logistique au niveau DPS/DCS
* Identification d’un agent pour la gestion des déchets au niveau DPS/DCS et DRS
* Identification d’un agent pour la gestion des MAPI au niveau DPS
* Identification d’un pool d’agent de saisie de données au niveau DPS.

L’assistance technique permettra de combler certains gaps en ressources humaines. Cette assistance concernera les domaines du plan national de déploiement de la vaccination tels que (i) Planification et coordination, (ii) établissement des coûts, la budgétisation et le financement, (iii) préparation réglementaire, (iv) Identification de la population cible et priorisation, (v) Covid-19 Surveillance des maladies, (vi) Prestation de services et (vii) achat de vaccins, la chaîne du froid, la logistique et l'infrastructure.

La microplanification permettra également d’identifier les ressources humaines supplémentaires.

## Supervision de soutien

La supervision formative des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette supervision permettra d’apporter des mesures correctives dans tous les domaines de la vaccination.

Les types de superviseurs sont : (i) Superviseurs du niveau central lors des campagnes de masse de la vaccination, (ii) superviseurs du niveau régional et (iii) superviseur du niveau district et les superviseurs de proximités.

Dans chaque région une équipe de supervision sera composée d’un superviseur stratégique et des superviseurs techniques.

**Tableau XIV:** Situation des superviseurs des niveaux région et district

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Désignation** | **Nombre** | **Commentaires** |
| 1 | Superviseur stratégique  | 8 | 1 superviseur par Région |
| 2 | Superviseur technique  | 114 | 3 superviseurs par DPS/DCS  |
|  | **Total superviseur** | **122** | **-** |

Au cours de la vaccination systématique (continuité de la vaccination), les superviseurs sont des superviseurs du niveau district qui vont assurer la supervision de la vaccination dans les centres vaccinateurs et sur les sites de vaccination.

**Rôle des superviseurs**

Les rôles des superviseurs sont :

* Les superviseurs seront chargés d’assurer le briefing des équipes cadres des districts sanitaires sur le contenu des plans opérationnels de vaccination :
* Les superviseurs devront s’assurer de la fonctionnalité effective des COU-SP préfectoraux (Activation, coordination de la campagne, la production et la diffusion des Sitreps)
* Les superviseurs doivent s’impliquer dans le transport des déchets collectés dans les sites de vaccination pour les sites d’incinération du district sanitaire ;
* Les superviseurs doivent veiller à la disponibilité des vaccins et intrants ;
* Les superviseurs doivent apprécier le fonctionnement de la chaine de froid ;
* Les superviseurs devront s’impliquer dans la résolution des réticences ;
* Les superviseurs doivent s’impliquer dans la gestion des MAPI (notification, investigation et PEC) ;
* Les superviseurs doivent vérifier l’enregistrement sur les fiches, le remplissage des cartes et le niveau de saisie des données dans le DHIS2 ;
* Un rapport de la mission sera rédigé par les superviseurs et par district sanitaire et partagé à toutes les parties prenantes.

**Support de supervision**

Les supports de supervision suivant seront révisés, à savoir

* Guide de mise en œuvre des campagnes de vaccination contre la COVID-19 ;
* Grille de supervision.

# VIII. Acceptation et adoption de la vaccination (demande)

Un plan de communication a été élaboré, avec comme objectif de promouvoir l’introduction et l’acceptation du vaccin covid-19. Les cibles du plan de communication sont les cibles prioritaires de la vaccination contre le covid-19.

**Tableau XVI** : Inventaire des canaux de communication selon les cibles prioritaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Cibles de la vaccination** | **Qui  influence la cible ?** | **Quels canaux sont adaptés à la cible ?** |
| **Personnel de santé** | * Autorités sanitaires et scientifiques
 | * Réunion d’information
* Médias de masse, Réseaux sociaux
* Réseaux professionnels
* CIP
 |
| **Personne âgée de plus de 50 ans** | * Membre de la famille
* Leaders religieux
* Autorités politiques et administratives
 | * Lieux de culte
* Réseaux communautaires
* Médias
* CIP
 |
| **Personnes occupant un emploi stratégique** | * Autorités administratives
* Syndicats
* Corporation
 | * Réunion d’information
* Médias
* Réseaux sociaux
* CIP
 |
| **Pèlerins et voyageurs** | * SGAR
* Agences/compagnies de voyage
* Autorités administratives et aéroportuaires
 | * Leaders religieux
* Médias
* Agence de voyage
* CIP
 |
|  **Personnes vivant avec maladies chroniques** | * Personnel de santé
* Médias
* Famille
* Réseaux professionnels
 | * Réunion d’information
* CIP
* Médias
 |
| **Populations des zones minières** | * Autorités locales
* Leaders religieux
* Leaders d’opinion
* Syndicats
* Groupements et associations
 | * Réunion communautaires
* Médias
* Réseaux sociaux
* Etc
 |

 Les résultats comportementaux spécifiques attendus sont les suivants : (i) Au moins 95% de la population disposent d’informations fiables et correctes sur le vaccin ; (ii)  Au moins 95% des autorités politiques, administratives, coutumières et religieuses et les leaders communautaires s’engagent et soutiennent les interventions de vaccination contre la COVID 19 ; (iii)  Au moins 95% des personnes éligibles pour cette vaccination disposent des informations sur l’organisation et le  déroulement de la campagne ; et (iv) Au moins 95% des cibles acceptent le vaccin.

* **Coordination et planification des interventions**

Les sous-groupes thématiques de travail de la commission communication et mobilisation sociale seront redynamisés. Des réunions regroupant l’ensemble des acteurs clés et partenaires techniques intervenant dans le cadre de la communication et mobilisation sociale se tiendront de façon régulière. Le but de ces réunions serait de capitaliser les bonnes pratiques et harmoniser les efforts sur le terrain. Elles consisteront également à la mise à jour et la validation des messages, outils et supports de communication pour éviter la discordance des messages sur le terrain.

* **Mécanisme de collecte et d’utilisation des données locales**

**Les rumeurs et autres informations**

Les données de mobilisation sociale et de l’engagement communautaire seront collectées et remontées au niveau central pour analyse et déconstruction des rumeurs, infodemies, infox et désinformation. La mise en place d’un mécanisme national de feedback communautaire et d’un centre d’écoute dynamique et de gestion des rumeurs permettra de favoriser le retour aux membres de la communauté des messages clés de déconstruction à travers un bulletin infox covid-19.

Une synergie d’action entre les départements communication et la surveillance permettra d’intégrer les données de mobilisation sociale et de veille média dans le dhsi2.

## Stratégies du plan de communication

Les stratégies de communication et de mobilisation sociale seront mises en œuvre par niveau et par cible (politique, décideurs, gestionnaires, prestataires de vaccination, leaders communautaires, communauté …) afin de favoriser l’acceptation du vaccin, minimiser les cas de refus et favoriser la vaccination complète.

Ces stratégies visent à susciter l’acceptation du vaccin contre la covid-19 et au respect des mesures de barrière sanitaire. Elles viseront également à accentuer la communication à l’endroit des personnes vulnérables (personnes de 50 ans et plus et celles vivant avec des comorbidités).

### Plaidoyer

Il sera organisé par niveau (stratégique et opérationnel) et sera placé sous la présidence des gouverneurs, préfets, sous-préfets et maires, les sessions de plaidoyer pourront contribuer à la mobilisation des autorités politique, administrative, leaders communautaires et parties prenantes. Le but est de créer un environnement favorable à l’adhésion de la population à la mise en œuvre du plan accéléré de vaccination contre la covid-19. L’organisation des cérémonies de lancement officiel renforcera les actions de plaidoyer. Pour y arriver, tous les canaux (TV, radio, communiqué, lettre d’information, téléphone, etc.) appropriés seront mis en exergue pour mobiliser les cibles.

Il s’agira donc d’agir de manière à influencer les décideurs par divers moyens, notamment les réunions entre différents niveaux de pouvoirs publics et des organisations de la société civile, couverture médiatique, mémorandums d’accord officiels et autres manifestations politiques.

###  Communication et engagement des médias

Elle consistera à renforcer le partenariat avec les médias publics et privés par la mise en synergie des radios pour la diffusion des spots audio de sensibilisation. Une agence de communication spécialisée sera identifiée pour assurer la mise en œuvre d’un plan media avant, pendant et après les campagnes trimestrielles de vaccination en étroite collaboration avec des radios publiques et ou privées du pays. Pour renforcer la communication médias un plaidoyer devra être organisé auprès du ministère de l’information et de la communication à travers la direction générale des radios rurales de Guinée pour faciliter et accompagner de façon permanente la diffusion des messages de sensibilisation (spots, émissions interactives) et couverture des campagnes de vaccination. Cette stratégie permettra de faciliter la collaboration des districts sanitaires avec les médias.

 Des sessions d’orientation seront organisées à l’intention des hommes de média pour faciliter la mise à jour des messages et supports de communication afin d’harmoniser et animer les émissions de santé. Elle permettra également à la coordination des activités médiatiques avant, pendant et après la campagne et la participation des agences de communication dans la riposte contre la covid-19.

###  La communication sur les risques

 Elle consistera à fournir plus d’informations sur les mesures préventives et les gestes barrières pour augmenter le niveau de connaissance des populations sur la maladie. Cela va leur permettre de prendre des décisions en connaissance de cause pour adhérer à la vaccination et passer à l’action en acceptant de se faire vacciner.

 Il est évident que de nombreuses idées reçues sur les vaccins ont circulé à travers le monde, notamment en Guinée. Ces idées mettaient en avant toutes les sortes de polémiques afférentes aux vaccins-candidats contre la pandémie. En récoltant et analysant ces rumeurs, l’on pourra mieux comprendre la désinformation et proposer des actions correctrices pouvant faciliter l’émergence d’une demande de vaccins chez les populations. Une stratégie pour communiquer sur les problèmes de sécurité des vaccins contre la Covid-19 à toutes les parties prenantes concernées et pour faire face aux crises de sécurité des vaccins va être développée.

Avec les informations issues de la relecture documentaire énoncée plus haut l’équipe de communication va se saisir des évidences pour mieux circonscrire les différents participants à la campagne, leurs perceptions de la pandémie et de la vaccination et mieux définir et opérationnaliser les actions à mener pour atteindre les résultats escomptés.

Les influenceurs nationaux et locaux ainsi que les célébrités nationales auront un rôle essentiel à jouer en vue de booster la demande et l’acceptation des vaccins contre la Covid-19. Il faudra d’abord identifier des célébrités au niveau national et des influenceurs locaux dans les communautés, et ensuite les former sur les mesures de prévention et la vaccination contre la Covid-19. L’équipe en charge de la communication mettra à leur disposition des messages clés et outils de persuasion (Kits, affiches, gadgets, dépliants...) afin de leur permettre d’être plus persuasif et plus convaincant vis-à-vis des populations réticentes et d’atteindre toutes les cibles de la vaccination dans toutes les couches de la population (pauvres, riches, …). Les influenceurs nationaux et locaux ainsi que les célébrités nationales pourront également utiliser les plateformes des réseaux sociaux pour atteindre la population cible

###  1.4 Renforcement de capacités

 Il faut renforcer les compétences des mobilisateurs sociaux, des relais communautaires, des DRS, CS, élus locaux, des chefs d’entreprises, des acteurs des médias et des réseaux sociaux en communication interpersonnelle et aussi sur les messages essentiels relatifs aux questions de la COVID 19 y compris les rumeurs et fausses informations sur l’épidémie.  Il s’agira de renforcer de manière continue les capacités techniques mais aussi organisationnelles des acteurs et institutions pour que ces derniers puissent contribuer à l’atteinte des résultats attendus. Des sessions de renforcement de capacités des acteurs (OSC, plateformes, médias etc…) en communication sur les risques et engagement communautaire seront selon l’évolution de la situation de covid-19 dans le pays. Si elle est bien conduite, la communication interpersonnelle facilite une bonne interaction et crée un environnement de confiance mutuelle entre les acteurs de mise en œuvre et les communautés.

###  Recherche- action

Dans le présent plan, la recherche-action sera essentiellement conduite à travers une enquête CAP pour mesurer les changements intervenus dans les comportements, aptitudes et pratiques des populations dans le respect des mesures de barrière sanitaire et la vaccination. Aussi, elle consistera à une relecture des documents et analyses déjà existantes. Cette enquête servira à orienter l’élaboration des messages et le contenu des différents des programmes

### Mobilisation sociale/ engagement communautaire

La mobilisation sociale a pour but de réunir les membres de la communauté et d’autres acteurs pour renforcer la participation communautaire dans le sens de la pérennité et de la capacité d’initiative. Elle encourage le dialogue, la négociation et le consensus parmi divers acteurs tels que décideurs, médias locaux, ONG, personnes influentes et groupements religieux. La mobilisation sociale fait donc intervenir les autorités locales, les chefs et les mobilisateurs sociaux.

 Il s’agira donc d’associer les leaders communautaires, organisations à base communautaire, ONG et plateformes existantes à la planification et la mise en œuvre des activités de riposte au Covid-19. Il consistera donc à favoriser la mise en place et le fonctionnement des Groupes d’actions Locales ou groupes d’engagement Communautaire. Ces structures étant constitué de toutes les composantes de la communautés (autorités locales, jeunes, femmes et religieux) pourront prendre à mains la continuité de la promotion de la vaccination avec le renforcement de leurs capacités

Pour une meilleure continuité des services de routine, un partenariat local devra être noué avec les OSC dans les différentes localités pour soutenir la promotion des services de vaccination. Ces OSC dont le renforcement de capacités sera nécessaire veilleront à la collecte, analyse, traitement et partage des données vaccinales et sociales à travers la tenue des réunions périodiques au niveau des structures sanitaires avec une participation des leaders communautaires. Pour une meilleure réussite des actions les OSC/Plateformes exploiteront les données des enquêtes CAP et soumettront des plans d’accompagnement de la vaccination en étroite collaboration avec les mairies.

 Dans le cadre de cette campagne de communication, les communautés à travers leurs leaders seront associées à toutes les étapes de la planification et de l’exécution du plan de communication au niveau national, régional et préfectoral. Ainsi un accent sera particulièrement mis sur la participation et l’engagement des Groupes d’Action Locales (GAL) ou groupes d’Engagement communautaires (GEC) pour favoriser la continuité et la pérennisation des interventions de riposte à la covid-19.

Elle devra coordonner les activités avec tous les partenaires stratégiques (société civile, dirigeants politiques et communautaires, ONG, etc.) et plateformes communautaires de manière à ce qu’ils contribuent à un dialogue positif au sujet de la vaccination et du vaccin anti-Covid-19. Impliquer des influenceurs/leaders d’opinions (artistes, sportifs de renommée …), Désigner des porte-paroles, des chaînes de commandement, des types de messages, la gestion des relations avec les médias, l’utilisation des masses médias, des réseaux sociaux, la surveillance des médias nationaux, locaux et autres. Le plan va s’appuyer sur les points focaux communication présents dans tous les districts sanitaires du pays afin de s’assurer d’une bonne couverture géographique du plan de communication

## 2.1.  Actions Avant la vaccination :

* + - Informer régulièrement tous les acteurs impliqués dans la campagne à travers des communiqués, spots et réunion d’information,
		- Organiser des réunions d’information et de sensibilisation à l’intention des acteurs communautaires ;
		- Concevoir les outils de communication en tenant compte des spécificités culturelles et linguistiques, les pré-tester et diffuser,
		- Mettre en place un système de monitorage ou vaccino vigilance et de dissipation des rumeurs
		- Identifier et briefer les agents mobilisateurs pour la sensibilisation de la communautaire à l’acceptation de la vaccination ;
		- Organiser des sessions de dialogues communautaires avec les leaders communautaires pour discuter des modalités de mise en œuvre de la campagne ;
		- Identifier et former les célébrités et influenceurs nationaux pour la sensibilisation
		- Communiquer sur les effets bénéfiques de la vaccination,
		- Elaborer un plan de déploiement des agents sensibilisateurs et de véhicules sonorisés
		- Définir un plan de gestion de crise comportant une stratégie de communication véhiculant des messages conçus pour répondre à des scénarios précis.
		- Établir une coordination avec les partenaires afin d’assurer la cohérence des messages
		- Repérer les besoins visant à consolider la confiance de la population envers le(s) vaccin(s) contre la COVID-19 et la demande à cet égard.
		- Assurer la veille des médias et des plateformes des réseaux sociaux
		- Elaborer et mettre en place le plan de suivi des indicateurs de communication et mobilisation sociale,
		- Mettre en place le mécanisme de feedback communautaire pour l’identification et la déconstruction des rumeurs et désinformation
		- Elaborer un micro plan de la campagne.

## 2.2. Actions pendant la vaccination :

* + - Poursuivre la diffusion des messages dans les médias et tv,
		- Organiser des campagnes de sensibilisation et déambulation sur le terrain,
		- Organiser les cérémonies de lancement officiels de la campagne,
		- Assurer la supervision des activités de communication de proximité,
		- Mettre en œuvre le plan de suivi des indicateurs de mobilisation,
		- Renforcer la communication interpersonnelle,
		- Informer les population sur la cartographie des sites de vaccination, les heures d’ouverture et de fermeture des sites, les rendez-vous pour les futures doses,
		- Informer les cibles sur la conduite après la vaccination en cas de manifestation post administration (MAPI)
		- Rappeler sur le rendez-vous pour la suivante dose
		- Collecter et déconstruire les rumeurs
		- Organiser des points de presse/reportages/interviews sur le déroulement de la vaccination,
		- Gérer les réticences et prévenir les incidents de sécurité
		- Poursuivre la veille médiatique y compris celle des réseaux sociaux.

Ces actions se feront en lien avec les points focaux (MAPI, prestations, …).

## 2.3.  Actions après la vaccination

·     Évaluer l’efficacité de la communication à travers une enquête cap

·     Documenter la campagne de communication

·     Faire des recommandations pour les prochaines échéances.

## 2.4. Suivi et évaluation du plan de communication

A la suite de la mise en œuvre du plan de communication et de mobilisation sociale, une évaluation sera faite pour savoir ce qui a très bien marché, moins bien marché et les difficultés rencontrées pendant la mise en œuvre dudit plan.

# IX. Surveillance de la sécurité des vaccins, sécurité des injections, gestion des MAPI et effet indésirables graves

## Surveillance de la sécurité des vaccins

La Guinée s’est dotée d’une politique de sécurité des injections. Tous les centres vaccinateurs utilisent des seringues autobloquantes et des boites de sécurité. Les directives spécifiques à la sécurité des injections pendant la vaccination contre le Covid-19 sont actualisées et mises à la disposition des équipes de vaccination.

L'administration du vaccin contre la Covid-19 se fait par l'usage de seringues autobloquantes par des agents de santé qualifiés. Les seringues (autobloquantes et à dilution) après utilisation seront mises sans être ré-capuchonnées dans les boîtes de sécurité. Chaque boîte de sécurité va contenir au maximum 100 seringues.

Les autres déchets (flacons vides, coton utilisés, capuchons des seringues, etc.) seront collectés dans des sachets en plastique appropriés qui seront aussi mis à la disposition des équipes.

L’actualisation des protocoles relatifs aux mesures de lutte anti-infectieuse, y compris l’adéquation des équipements de protection individuelle sera faite, afin de réduire au minimum le risque d’exposition pendant les séances de vaccination.

## Gestion des MAPI

La gestion des MAPI liés au Covid-19 s’alignera sur le mécanisme de coordination et de gestion existants au niveau du pays, tel que décrit dans le guide national de MAPI.

La surveillance des MAPI fait partie intégrante du PEV. Elle renforce la sécurité d’utilisation des vaccins dans le pays tout en contribuant à maintenir la confiance du public dans le programme de vaccination. Comme on le voit à la Figure 3, il s’agit d’un processus cyclique.

**Cycle de surveillance des MAPI**

Figure 4 : Cycle de surveillance des MAPI

Les objectifs de la surveillance des MAPI sont les suivants :

• détecter rapidement les MAPI afin d’intervenir à temps ;

• recenser, corriger et prévenir les réactions liées à une erreur de vaccination ;

• faciliter l’évaluation du lien de causalité pour les MAPI ;

• mettre en évidence l’existence de grappes ou de taux de MAPI inhabituellement élevés, y compris les MAPI non graves et/ou « attendues » ;

• identifier les signaux de sécurité potentiels (y compris les réactions post vaccinales jusqu’alors inconnues) et formuler des hypothèses qu’il faudra peut-être approfondir ;

• produire des informations qui serviront à communiquer efficacement avec les parents, la communauté, les médias, le personnel de santé et les autres parties prenantes, concernant l’innocuité des vaccins utilisés en Guinée.

L’échange d’informations sur la sécurité des vaccins Covid-19 entre les parties prenantes (Ministère de la santé, PTF, …) se fera selon le circuit d’information de la pyramide sanitaire qui inclut le Comité de pilotage du déploiement de la vaccination.

La Communication sur la gestion de la sécurité des vaccins Covid-19 sera assurée par le Président du Comité de pilotage du déploiement de la vaccination contre le Covid-19.

Les points focaux MAPI des districts sanitaires sont mobilisés pour assurer la gestion des MAPI. Ces points focaux ont été briefés et participent à la formation des agents vaccinateurs.

Tous les cas de MAPI observés pendant la campagne sont orientés dans les structures de soins identifiées pour une prise en charge gratuite.

Les MAPI mineures sont prises en charge au niveau des structures de soins (Centre de santé, CMC, et structures confessionnelles ou privées) suivies de leur notification aux superviseurs en vue de leur prise en compte dans le rapportage.

Pour les MAPI graves, des kits de gestion sont positionnés au niveau de chaque district. Une équipe technique a été mise en place au niveau de chaque DPS/DCS pour la gestion des MAPI et le transfert des cas graves vers les structures de soins appropriées (CT-Epi et Hôpitaux Régionaux).

Le comité national de gestion des MAPI est activé pour assurer la coordination et la documentation des cas de MAPI.

Des fiches de surveillance des MAPI sont disponibles dans toutes les structures concernées par la vaccination.  Les investigations des MAPI graves sont assurées par les points focaux des districts.

Des actions spécifiques sont envisagées en fonction de la sévérité des MAPI, ainsi :

Pour les MAPI graves et EIG, elles porteront sur :

* L’administration des premiers soins aux malades sur place,
* La notification immédiate au DPS/DCS afin d’organiser la prise en charge du malade suivi de l’investigation de la MAPI/EIG,
* Le remplissage de la fiche de déclaration des MAPI/EIG et notifier à la hiérarchie
* L’investigation des cas de MAPI graves et EIG est sous la responsabilité du point focal dans chaque DPS/DCS.

Pour les MAPI non graves, il s’agira de :

* Assurer le traitement symptomatique et le suivi au niveau du site de vaccination,

Pour la gestion des rumeurs en cas de MAPI, l’équipe de communication doit anticiper des stratégies à travers des messages appropriés pour lutter contre les réticences et les violences qui mettraient à risque le succès de la campagne.

## Surveillance des effets indésirables

La Stratégie nationale de pharmacovigilance et le Guide de surveillance des MAPI élaborés par le Programme Elargi de Vaccination et ses partenaires sont utilisés pour la surveillance des effets indésirables.

###  Outils pour la planification

Ce sont : le guide de surveillance, Le guide abrégé des MAPI, la fiche de demande d’analyse, la fiche de supervision, la fiche de consentements pour les autopsies, la liste des médicaments prioritaires, la fiche de notification, la fiche d’investigation, les fiches de synthèse, les bases de données (Excel, ODK, VIGIFLOW).

### Renforcement des capacités du personnel en charge de la gestion des MAPI et des EIG

Le renforcement de capacités concernera les piliers suivants :

* Surveillance : notification, investigation, gestion des données, analyse du lien de causalité.
* Prise en charge : médicale et laboratoire
* Communication

Les cibles identifiées sont : les points focaux de la surveillance, les prestataires de soins et le personnel du laboratoire.

Les modules de formation pour la surveillance, la prise en charge et la communication sont adaptés au contexte de la COVID-19 à l’intention des personnels impliqués dans la gestion des MAPI et des EIG par niveau (national, régional, district et communautaire).

Les sessions de formations sont organisées en cascade : (Avis de Dr DIMAI)

Le niveau central s’est chargé de la formation des équipes régionales,

Le niveau régional appuyé par le niveau central a assuré la formation des équipes des districts sanitaires qui à leur tour faciliteront la formation des centres de santé.

Le niveau communautaire a été formé au niveau des centres de santés.

### Renforcement des capacités du Comité d’expert sur les MAPI et EIG

Un comité national des experts existe dans le système de gestion des MAPI. Ce comité est composé de membres issus de plusieurs spécialités médicales.

Le module de formation du comité des experts existant sera adapté au contexte du Covid-19. Une assistance technique pour l’appui des activités des MAPI et des EIG, pour le renforcement des capacités du personnel en charge de la gestion des MAPI et des EIG sera nécessaire à tous les niveaux.

## Rôles et responsabilités des acteurs

### Comité National d’Experts

Le Comité National d’Experts est un comité indépendant, créé par arrêté du Ministre de la Santé. Il est responsable de l’analyse des données, de la revue clinique des cas, de leur classification, de la validation des outils et du rapport final ainsi que de la communication du rapport.

Les termes de référence du Comité National d’Experts sont : Élaborer les lignes directrices pour la surveillance et la gestion des événements indésirables et des MAPI,Évaluer les liens de causalité potentiels entre le(s) médicament(s) et l’événement indésirable et/ou entre les vaccins et la MAPI, Programmer et décider de l’opportunité des enquêtes de pharmacovigilance, incluant le contrôle de qualité du système de surveillance vaccinale, Prodiguer des conseils sur les questions liées à la sécurité d’emploi des Médicaments/vaccins aux Programmes et Directions rattachés au Ministère de la Santé, Donner au Comité National de Pilotage de la Pharmacovigilance des avis techniques sur la base des résultats de la surveillance des événements indésirables.

### Comité de Pilotage (incluant l’ANSS, le PEV et la DNPM)

Le rôle du comité National de Pilotage de la Pharmacovigilance est de coordonner les activités quotidiennes de pharmacovigilance en y intégrant la surveillance des MAPI/EIG et de superviser les équipes à tous les niveaux. Le Comité National de Pilotage de la Pharmacovigilance doit faire le suivi en temps réel des MAPI graves et les documenter pour évaluation par le comité national d’experts. Il doit veiller à la mise à jour de tous les documents de la surveillance.

Les termes de référence du Comité National de Pilotage de la Pharmacovigilance sont : Recevoir les fiches de notification remplies par les prestataires et en accuser réception, Catégoriser les fiches par classe thérapeutique, Remplir la base de données concernant les différents items de la fiche, Nettoyer la base de données sous ODK pour utilisation : exportation vers Vigiflow et DHIS2, suivi de la performance du système de pharmacovigilance, détection des signaux, Elaborer le rapport de surveillance (mensuel) à partager aux parties prenantes, Compiler les rapports d’investigation et la documentation pour l’analyse causale par le comité des experts, Réunir tous les ouvrages et procéder à l’imputabilité au cas par cas en utilisant la méthode OMS, Valider les résultats d’imputabilité des cas d’effets indésirables déclarés (discussions cas par cas), Finaliser la base de données en y ajoutant les résultats d’imputabilité, Evaluer les risques médicamenteux encourus par la population, Coordonner, recenser et évaluer les enquêtes et travaux de pharmacovigilance, Elaborer et partager un rapport de la rencontre du comité , Finaliser et prendre en compte les inputs et observations des membres du comité, CP14 : Saisir les données dans la base de données Vigiflow, Donner au Ministre de la Santé des avis techniques sur la base des résultats de la surveillance des événements indésirables obtenu de la part du Comité National des Experts, Envoyer à chaque région la line list extraite de la base ODK pour vérifications, Faire le suivi des actions recommandées

### Point Focal de région (rôle du MCM)

Evaluer le remplissage correct et exhaustif des notifications dans ODK, MCMr2. Transférer l’alerte des MAPI graves et des EIG à l’ANSS, au PEV et à la DNPM, MCMr3. Appuyer les districts sanitaires à investiguer les MAPI graves dans les 24 h, MCMr4. S’assurer de la PEC des MAPI graves, Superviser et rendre disponible les fiches de notification et fiches de synthèse dans les districts sanitaires.

### Point Focal de district (rôle du MCM)

Confirmer la MAPI/ EIG et attribuer un code, Valider la qualité de la notification et compléter les infos, Remplir le formulaire MAPI sur ODK, Rechercher les fiches de notification des MAPI sur la base du nombre de MAPI signalé sur les fiches de pointage des vaccinateurs, Transférer l’alerte des MAPI graves au PFD et au MCD, Investiguer toutes les MAPI graves.

### Formation Sanitaire (FOSA)

Sensibilisation des parents à revenir dans la structure en cas de malaises après la vaccination, Recherche des cas dans la communauté, Remplir correctement la fiche de notification pour tous les cas de MAPI (Grave et non grave), Alerter en cas de MAPI grave le MCM du district sanitaire, Assurer la communication interpersonnelle sur les MAPI, Prendre en charge les MAPI non graves, Référer les MAPI graves à l’hôpital de référence

### Les agents de santé communautaire

Ils constituent le premier contact du système de santé dans les communautés. Ils doivent Informer les patients et les personnes responsables (parents ou tuteurs), Identifier les rumeurs, Signaler les cas, Faciliter la consultation par les cas dans la formation sanitaire la plus proche.

## Prévention et prise en charge des MAPI et des EIG

### Principes généraux de prévention et de prise en charge des MAPI et des EIG

* Vérifier l’existence d’éventuelles contre-indications afin d’éviter des réactions graves ;
* Consulter la notice du vaccin ;
* S’attarder 15 minutes sur le lieu de vaccination, de sorte que l’éventualité d’une anaphylaxie ne se produise pas lorsque le sujet est loin du dispositif de prise en charge ;
* Conseiller les parents sur la manière de s’occuper des réactions bénignes courantes et leur recommander de consulter un professionnel de la santé qualifiée en cas de symptômes plus sévères ;
* Administrer des antipyrétiques en respectant la posologie recommandée par le médecin qui a rédigé la prescription ;
* Déconseiller l’utilisation de remèdes locaux pour combattre une réaction post vaccinale graves ;
* Consulter rapidement un personnel de santé qualifié en cas de manifestations indésirables.

### Prévention et prise en charge des réactions liées aux erreurs de vaccination

Elles peuvent être évitées par une planification appropriée et la préparation des acteurs impliqués dans le programme ; Procéder à un examen bactériologique du flacon, si ce dernier est encore disponible, pour confirmer la source et le type d’infection ; Former et superviser les agents chargés de la vaccination afin de s’assurer que les procédures appropriées sont respectées ; informer l’échelon supérieur dès la survenue d’une MAPI

Pour éviter/réduire au minimum les erreurs de vaccination, il faut respecter les principes suivants :

il est à la fois important et nécessaire de maintenir la chaîne du froid à tous les niveaux ;  les vaccins doivent être reconstitués uniquement avec les diluants fournis par le fabricant ; un vaccin reconstitué doit être maintenu dans la chaîne du froid recommandée et utilisé dans les six heures suivant sa reconstitution ; il faut le jeter à la fin de chaque séance de vaccination et ne jamais le conserver ; hormis les vaccins, aucun autre médicament ou substance ne doit être conservée dans le réfrigérateur du centre de vaccination ; une étude épidémiologique rigoureuse de la MAPI est nécessaire pour en déceler la cause et pour corriger les pratiques de vaccination ; Assurer le suivi et prendre des mesures correctives après la survenue de réactions liées à une erreur de vaccination, Assurer la surveillance continue et une supervision attentive afin de contribuer à réduire au minimum ces manifestations indésirables.

### Prévention et prise en charge des réactions liées à l’anxiété à l’égard de la vaccination

Former et sensibiliser le personnel de santé pour identifier et prendre en charge les urgences médicales, Réduire l’anxiété à l’égard de la vaccination en administrant le vaccin dans un climat de calme et de confiance réduisant ainsi le risque de survenue des MAPI, Observer et évaluer cliniquement pour distinguer la réaction anaphylactique de la syncope.

###  Prise en charge d’une réaction anaphylactique suspectée après la vaccination

Les réactions anaphylactiques sont des manifestations post vaccinales brusques et sévères. Elles sont très rares (survenue chez 1 à 2 cas par million de doses de vaccin). Afin d’assurer une meilleure prise en charge de ces cas chaque équipe de vaccination sera doté d’un matériel d’urgence (trousse d’urgence). Les vaccinateurs seront formés sur la conduite à tenir devant un cas de réaction anaphylactique. Après la vaccination un suivi sera fait afin de mieux documenter l’ensemble des cas suspects de réaction anaphylactique en vue d’une éventuelle Indemnisation.

# X. Systèmes de suivi de la vaccination

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National d’Introduction et de Vaccination contre la COVID-19 en Guinée, le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique met en priorité la composante Suivi-évaluation recherche appliquée (SERA). L’objectif principal du système SERA est de produire à temps des informations utiles au suivi des progrès dans sa mise en œuvre, à l’évaluation pertinente des résultats et de l’impact, à la prise de décisions devant contribuer à l’amélioration constante des performances de chaque indicateur et de la qualité des prestations de l’ensemble des acteurs clés du plan.

* 1. **Flux de données de Suivi-Evaluation**

 La carte de flux de données spécifie le mécanisme de collecte et de transmission des données de suivi. Le mécanisme clarifie les rôles et les responsabilités des principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre du système SERRA du plan conformément au plan de mise en œuvre détaillé. Le flux indique également les destinataires des données et des informations recueillies, ainsi que la fréquence des rapports.

Le flux de données respecte la pyramide sanitaire. Les acteurs à différent niveau ont leurs rôles respectifs dans le processus de collecte et de la remontée de données.

Feedback et supervision

Remontée des données et informations

Figure 5 : Circuit du rapportage des données dans le système de santé

* 1. **Interventions clés du Plan**

**Tableau XVII** : Suivi des indicateurs de performance

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités clés** | **Indicateurs** | **Outils de collecte** | **Sources de Vérification** |
| **Surveillance active de la COVID-19** | Nombre de cas testés positifsNombre de cas testés négatifsNombre de cas sous traitementNombre de décès enregistrésNombre de contacts suivi | Registre d’enregistrement des cas (positifs ou négatifs)SitrepFiches de suivi des contactsCarte des cas testes négatifs | SitrepRegistre d’enregistrement des cas (positifs ou négatifs)Fiches de suivi des contactsCarte des cas testes négatifsRapports de la surveillance |
| **Gestion des déchets** | Nombre de boites de sécurité incinéréesNombre d’EPI et autres équipements de protection incinérésNombre de litres de carburant utilisés | Fiche de gestion des déchets | Fiche de gestion des déchetsRapport d’incinération des déchets |
| ***Gestion des MAPI*** | Proportion des effets indésirables graves traités de MAPI | Cartes de vaccinationFiche de notification des MAPIFiches de gestion des MAPI | Cartes de vaccinationFiche de consentement éclairéFiches de pointageFiches de gestion des MAPIRapport d’investigationRapports d’activités mensuels |
| ***Communication pour la mobilisation sociale*** | Liste des personnes/entités ressources (élus locaux, religieux, OSC, administrateurs locaux, etc.) |   | Accords de financement des partenaires  |
| ***Formation*** | Nombre de formateurs formésNombre de superviseurs formesNombres d’acteurs (MoSo, Agents vaccinateurs, agent de santé de suivi, hygiéniste, agents de dépistage au TDR-Ag) formés |   |   |
| ***Gestion des données*** | Nombre de flacons de vaccins utilisés pendant la vaccinationNombre de personnes vaccinées par cible et par sexe | Fiches de pointageFiche synthèseMasque de saisie des données  | Fiche synthèseMasque de saisie des donnéesGrille de supervision |
| ***Evaluation de la couverture vaccinale*** | Proportion des contacts étroits des cas confirmés vaccinés | Cartes de vaccinationFiches de pointageFiche synthèse,Masque de saisie des donnéesGrille de supervision | Cartes de vaccinationFiche de consentement éclairéFiches de pointageRapports d’activités mensuels |
| Proportion du personnel de santé vacciné | Cartes de vaccinationFiches de pointageFiche synthèse,Masque de saisie des donnéesGrille de supervision | Cartes de vaccinationFiche de consentement éclairéFiches de pointageRapports d’activités mensuels |
| Proportion des personnes de plus de 65 ans vaccinées | Cartes de vaccinationFiches de pointageFiche synthèseMasque de saisie des donnéesGrille de supervision | Cartes de vaccinationFiche de consentement éclairéFiches de pointageRapports d’activités mensuels |
| Proportion des personnes avec maladies chroniques (HTA. Diabète, Cancer, Obésité…..) vaccinées | Cartes de vaccinationFiches de pointageFiche synthèse,Masque de saisie des données,Grille de supervision | Cartes de vaccinationFiche de consentement éclairéFiches de pointageRapports d’activités mensuels |
| Proportion des personnes ayant un emploi stratégique (ministères, militaires actifs, policiers, banques, entreprises, hôtels, Medias) vaccinées | Cartes de vaccinationFiches de pointageFiche synthèse,Masque de saisie des données,Grille de supervision | Cartes de vaccinationFiche de consentement éclairéFiches de pointageRapports d’activités mensuels |
| Proportion des personnes vivants dans des établissements pénitenciers et encadrement vaccinées | Cartes de vaccinationFiches de pointageFiche synthèse,Masque de saisie des données,Grille de supervision | Cartes de vaccinationFiche de consentement éclairéFiches de pointageRapports d’activités mensuels |
| Proportion des personnes dans les zones à forte concentration de population comme les zones minières vaccinées | Cartes de vaccinationFiches de pointageFiche synthèse,Masque de saisie des données,Grille de supervision | Cartes de vaccinationFiche de consentement éclairéFiches de pointageRapports d’activités mensuels |
| Proportion des candidats au hadj et voyageurs 2021 vaccinés | Cartes de vaccinationFiches de pointageFiche synthèse,Masque de saisie des données,Grille de supervision | Cartes de vaccinationFiche de consentement éclairéFiches de pointageRapports d’activités mensuels |

* 1. **Stockage, traitement et analyse des données de suivi**

Le mécanisme de stockage, du traitement et d’analyse des données se rapportent à celui du Ministère de la santé. C’est un mécanisme spécifique afin que les données et informations collectées soient traitées et analysées à temps pour la réflexion critique, en vue de la prise de décision au niveau central.

Les données détaillées seront collectées à travers les fiches de collecte de données détaillées. Ces données détaillées seront ensuite désagrégées par zone et par sexe, et par type d’information, dans des fiches de synthèse selon les besoins en informations pour la production des indicateurs.

Les données quantitatives liées aux indicateurs seront analysées par rapport à l’avancement des activités prévues, en comparant les valeurs cibles à celles obtenues à la fin d’une période définie. A ce niveau, une analyse aura lieu pour expliquer les écarts, et formuler des actions correctives concrètes permettant d’améliorer d’une manière continue la mise en œuvre du plan.

Les principales questions clés d’analyse sont : Qu’est-ce qui a bien marché ? Pourquoi ? Qu’est-ce qui n’a pas bien marché ? Pourquoi ? Qu’est-ce qui a marché comme on l’avait prévu ? Pouvions-nous mieux faire ? Comment ?

**Les données qualitatives :** Les approches de DQS et DQA seront utilisées pour déterminer la qualité des données

**Suivi de la gestion des vaccins**

Dans le cadre de l’amélioration de la qualité des données liée à la gestion des vaccins et des personnes vaccinées, le dispositif de suivi evaluation sera renforcé par la mise en place des outils de gestion des données à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Ces outils sont composés de :

- Les outils de gestions des vaccins

- Le logiciel Esigl d’urgence

Un document de spécialisation fonctionnelle du logiciel de gestions des stocks des produits covid 19 (intrants et vaccins) est déployé auprès de l’ANSS par le projet GHSC-PSM. Le déploiement définitif du logiciel Esigl urgence sur le serveur du MSHP est prévu au courant du mois de Mars 2022 qui sera suivi par une série de formation des utilisateurs à tous les niveaux.

Les indicateurs clés :

- Stock initial

- Doses entrées

- Doses sorties

- Nombre de doses utilisés/Vacciné (1ere dose, 2e dose et dose unique)

- Stock disponible utilisable des intrants/vaccins

- Taux de pertes

Les données de gestions des intrants et de la vaccination seront enregistrées journalièrement par les agents de vaccination dans les outils au niveau des sites de vaccination, hebdomadairement par les CS/sites de vaccinations et centralisé au niveau district puis saisie dans le logiciel Esigl urgence par la DPS.

A la fin de chaque mois, un tableau de bord sera élaboré pour faciliter l’analyse des données pour une prise de décision au niveau district, régional et national.

Le dispositif sera soutenu par un système de contrôle de qualité des données à travers les réunions hebdomadaire, mensuelles, les supervisions et la réalisation d’un DQA de façon trimestrielle.

Une mise à jour du dispositif sera faite en fonction du besoin du pays.

* + - * **Mécanisme de Recherche**

Va consister essentiellement a : Elaborer et valider les protocoles de recherche relative à la COVID-19, Elaborer et valider les normes et règlementation, Recherche opérationnelle, Enquêtes sérologiques communautaire sur la COVID 19, Enquêtes sur les cas de réticences, Enquêtes sur la séroprévalence post vaccinale, Evaluation de la couverture vaccinale, Enquête socio anthropologique sur la Covid-19, Impact de la vaccination sur la transmission de la maladie, la morbidité et mortalité

* + - * **Mécanisme de redevabilité au niveau des bénéficiaires et des autres parties prenantes**

Pour la promotion de la redevabilité au niveau des bénéficiaires et des autres parties prenantes du Plan, les représentants des bénéficiaires et tous les acteurs clés à la base participeront activement à la planification, l’exécution, et au suivi et évaluation du plan. Pour rendre effective cette participation, le Ministère de la sante mettra en œuvre l’approche de Planification, et Suivi et Evaluation Participatif. Cette approche a pour but de faire participer de façon effective et efficace les bénéficiaires, les acteurs, et les leaders locaux dans le processus de planification, et suivi et évaluation du plan, afin de promouvoir son appropriation, et d’assurer sa réussite, ainsi que sa pérennité.

Les axes d’intervention majeurs suivants sont définis pour rendre effective cette approche. (i)Promotion de l’engagement des acteurs clés concernés dans toutes les étapes de la mise en œuvre des activités : la microplanification, la mobilisation sociale, la campagne en ceinture et l’évaluation de la couverture vaccinale ; (ii) Renforcement des capacités des différentes catégories de personnes impliquées dans le processus de la mise en œuvre et de suivi des activités : formation des formateurs, formation des acteurs, mobilisation sociale, utilisation des outils de collecte, de synthèse et du rapportage ; (iii) Collecte et analyse participative des données de suivi à tous les niveaux : communautaire, centre de santé, district sanitaire, région, et niveau central ; (iv) Réflexion critique participative basée sur les données de suivi pour la promotion de l’apprentissage : revue après action, réunion d’analyse de performance ; Restitution des activités réalisées et des résultats obtenus au niveau communautaire : les chefs de centre de santé avec l’appui des volontaires communautaires et des leaders locaux organiseront des sessions périodiques de partage et de réflexion avec les membres des communautés bénéficiaires du plan.

* + - * **Apprentissage à l’action**

Pour le plan d’introduction et de vaccination contre la COVID-19 en Guinée, les principaux objectifs de l’apprentissage consistent à : Promouvoir l'apprentissage au sein des parties prenantes clés du plan ; Assurer le meilleur suivi de la mise en œuvre du plan à tous les niveaux (communautaire, centre de santé, district sanitaire, régional et central) ; Partager et analyser les résultats pour l’amélioration continue de la performance, et de l’obtention des meilleurs impacts au niveau des bénéficiaires ; Identifier, documenter et partager les défis, les réussites, les meilleures pratiques, les leçons apprises et les innovations.

# XI. Surveillance de la COVID-19

La surveillance de la COVID-19 est organisée comme suit :

1. **Plan de préparation et riposte à une éventuelle pandémie de COVID-19**

**Ce plan est basé sur :**

* L’identification et le test des cas suspects ;
* Listage des contacts étroits ;
* Le suivi des contacts étroits ;
* Le dépistage des contacts étroits ;
* La prise en Charge des cas dans les CT-Epi
1. **Stop Covid-19 en 60 jours (La surveillance et la riposte la Covid-19 à base communautaire) :**

Cette stratégie a impliqué la détection et la prise en charge de deux manières :

* Détection à tous les niveaux ;
* Prise en charge des cas symptomatiques graves et tout cas avec comorbidité dans les CT-Epi ;
* Suivi des contacts communautaires avec l’implication des acteurs communautaires
1. **Le dépistage massif :**

Cette stratégie a consisté au dépistage de certaines couches sociales les plus exposées (personnes de plus de 50 ans, Personne avec comorbidité, les personnes avec emploi stratégique, les personnes dans localités de forte concentration.

**T**outes ces stratégies ont permis d’obtenir les données suivantes : (Statistiques de surveillance et riposte actualisés dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire)

Sans des résultats tangibles d’impact d’un programme de vaccination sur le poids de la maladie, il est difficile de maintenir de manière pérenne un haut niveau de soutien financier et politique de la part des décideurs aussi bien que l’intérêt pour la vaccination chez les populations.

La surveillance du Covid-19 intégrée à celle des autres maladies du PEV sera renforcée afin d’avoir en temps réel des données fiables qui permettront un meilleur plaidoyer en faveur du programme.

# XII. Évaluation de l'introduction du vaccin COVID-19

**Evaluation post introduction de vaccin contre la Covid-19**

Une évaluation sera conduite plusieurs mois après l’introduction du nouveau vaccin afin de tirer les leçons en rapport avec cette innovation et capitaliser ainsi sur les opportunités et forces générées par l’introduction de ces nouveaux antigènes. Cette évaluation aidera si nécessaire à ajuster les stratégies et activités en rapport avec les nouveaux vaccins et la lutte contre le Covid-19.

Le processus de réalisation de la PIE est en cours. A date, un cabinet a été identifié à cet effet et un protocole est en cours d’élaboration.

**Revue intra action de la vaccination contre la Covid-19**

La Guinée a réalisé du 23 novembre au 31 décembre 2021, une Revue Intra Action (RIA) de la vaccination contre la Covid-19 avec la participation de 110 acteurs provenant des structures nationales, régionales et locales de santé, et des partenaires techniques et financiers impliquées dans la vaccination contre la Covid-19. Cette revue a porté sur une analyse critique des interventions entreprises dans le cadre du plan d’accélération de la vaccination contre Covid-19.

Au total, ce sont 68 activités exemplaires et 36 défis qui ont été identifiés. Pour adresser ces défis, 37 actions ont été recommandées parmi lesquels on note pour les actions immédiates entre autres mener un plaidoyer pour le dégel des comptes de l’Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS), renforcer la communication entre les comités de coordination de la vaccination, rendre disponibles les kits de prise en charge des MAPI dans les formations sanitaires, mettre en place un mécanisme de rappel des rendez-vous de la deuxième dose. En ce qui concerne les actions à moyen et long terme il a été proposé, entre autres, de créer un fond d’urgence pour la riposte aux urgences de santé publique, doter les structures de santé en incinérateurs et doter les 38 districts sanitaires en chaîne de froid négative et en incinérateurs.

Les Pratiques exemplaires générales de la mise en œuvre du vaccin COVID-19 sont :

* Activation à temps des procédures visant à acquérir dans les délais brefs les vaccins
* Mesures coercitives (passe vaccinale pour accéder aux services publics et voyage pour l’interieur du pays)
* Utilisation des avions du PAM pour le transport des vaccins
* Médiatisation de la prise du vaccin par les plus hautes autorités du pays (Président, Ministres,Leaders religieux…)
* Utilisation des outils de gestion des données de la vaccination (Tablette, DHIS2,carnet de vaccination, fiche d’enrégistrement, pass-vaccinal)

Les Principaux défis globaux liés à la mise en œuvre du vaccin contre la COVID-19 dans le pays sont :

* Déficit de communication entre les différents comités de coordination
* Difficulté dans le décaissement des fonds du BND (Gel des comptes)
* Faible capacité d’élimination des déchets (vaccins perimés)
* Faible coordination des activités de communication en faveur de la vaccination contre la COVID-19
* Insuffisance de kits MAPI dans les formations sanitaires
* Retard de saisie des données de la vaccination dans le DHIS2

Le conseil le plus important que la Guinée donnerait à un autre pays qui vient de lancer son programme est d’utiliser les résultats (données) issus de la RIA pour s’approprier des bonnes pratiques (pratiques exemplaires).

Un plan d'action comportant les activités prioritaires nécessaires pour renforcer le programme de vaccination contre la COVID-19 du pays, avec des points focaux et des échéances identifiées.

**Tableau XVIII** : Planification des activités prioritaires selon les domaines de la RIA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIONS PRIORITAIRES** | **CALENDRIER ET DATE SOUHAITÉE DE MISE EN PLACE** | **POINT FOCAL RESPONSABLE** | **BUDGET ESTIMÉ ET SOURCE FINANCIÈRE** | **SUPPORT REQUIS** | **INDICATEURS** |
| 1. Actions prioritaires pour une mise en œuvre immédiate (3-5 actions) :
 |
| 1. | *Plaidoyer pour le dégel des comptes de l’ANSS* | Novembre-Décembre 2021 | Ministère de Santé | * Budget national de développement (BND)
 | Primature | Fonds décaissé  |
| Ministères de Santé et Economies-Finances, Ministère Budget |  |
| PTF |  |
| 2. | *Renforcer la communication entre les comités de coordination*  | Novembre-Décembre 2021 | Ministère Santé | * PTF
* Budget national de développement (BND)
 | Parties prenantes  | PV des réunions  |
| 3. | *Prépositionner les kits MAPI dans les districts sanitaires* | Janvier 2022 | Département logistique ANSS | * PTF
* Budget national de développement (BND)
 | ANSS | Nombre de districts sanitaires ayant reçu des kits MAPI |
| PEV |
| PCG |
| 4. | *Mettre en place un mecanisme de rappel des rendez-vous de la deuxième dose* | Janvier 2022 | Département surveillance ANSS | * PTF
* Budget national de développement (BND)
 | ANSS | Disponibilité d’un mécanisme de rappel de la deuxième dose de vaccin  |
| Opérateurs téléphonique |
| UNICEF |
| 5. | *Organiser 8 ateliers de disséminations du mécanisme national de gestion des Feedback communautaires* | Janvier 2022 |  OMS/UNICEF/FICR/Breathrough Action/OIM/AMREF/REDISSE/SNPS |  * OMS/UNICEF/FICR
 | MS/PTF | -Nombre de support disseminés  |
| MS/PTF | -Rapport de dissemination |
| MS/PTF | -Nombre de participants |
| 1. Actions prioritaires pour une mise en œuvre à moyen et long terme (3-5 actions) :
 |
| 1. | *Organiser 4 supervisions pour le suivi de mise en œuvre du mécanisme national de gestion des Feedback par les points focaux communication* | Mars 2022 | ANSS/Unicef/REDISSE/Breathrough Action/AMREF/OIM/SNPS/ | ANSS/OMS | MS/PTF | Nombre de supervision réalisée  |
| MS/PTF | Budget alloué  |
| MS/PTF | Rapport de supervision  |
| 2. | Créer un fonds d’urgence  | Dès l’installation du CNT | Ministère de la santé | Un minimum de 500.000 USD | PrésidencePrimature | Numéro de compte bancaireTaux de décaissement |
| PTF |  |
| 3. | *Rendre opérationnel les structures de contrôle (ou de réglementation) du Ministère de la Santé*  | Premier trimestre 2022 | Ministère de Santé | * Pour Mémoire
 | Ministère Santé | Rapports d’activités |
| 4. | *Doter les 38 districts sanitaires en chaine de froid négative* | Juin 2022 | Département logistique ANSS | * PTF
* Budget national de développement (BND)
 | ANSS | *Nombre de districts sanitaires dotés en chaine de froid négative* |
| PEV |
|  |
| 5. | *Doter les districts sanitaires en incinérateurs* | Juin 2022 | DNEHHS | * PTF
* Budget national de développement (BND)
 | ANSS | Nombre de districts sanitaires dotés en incinérateur  |

Les stratégies de mise en œuvre des activités identifiées lors de la RIA repose essentiellement sur la m**ise en place d’une équipe de suivi** de la RIA avec une précision de leurs rôles et responsabilités. L’équipe de suivi de la RIA sera constituée de :

Dr SAKOBA Keita, Dr SAVANE Yakouba et Dr KEITA Halimatou de l’ANSS.

Dr BALDE Mamadou, Dr YOHOU Kevin et Dr DIALLO Idrissa de l’OMS

Les rôles et responsabilités sont décrits dans le tableau 10.

**Tableau XVIII** : Rôle et responsabilités de l’équipe de suivi des recommandations de la RIA de 2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénoms** | **Institution** | **Rôle** | **Responsabilités** |
| Dr SAKOBA Keita | DG ANSS | Coordonnateur | * Faire le plaidoyer pour la mise réalisation des activités planifiées
* Tenir des réunions périodiques de suivi de la mise en œuvre des activités identifiées lors de la RIA
* Donner les orientations pour la réalisation des activités
 |
| Dr BALDE Mamadou | IM OMS | Coordonnateur Adjoint |
| Dr SAVANE Yakouba, etDr KEITA Halimatou  | ANSS | Membre de l’équipe technique | * Elaborer un plan de suivi de la mise en œuvre des activités
* Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités
* Rendre compte aux coordonnateurs
 |
| Dr YOHOU Kevin et Dr DIALLO Idrissa | OMS | Membre de l’équipe technique |

* **Processus de documentation et de suivi des progrès réalisés** dans la mise en œuvre des recommandations de la RIA ;
	+ Les activités identifiées lors de la RIA seront intégrées dans la version révisée du plan National de Déploiement de la Vaccination contre la Covid-19 (PNDV)
	+ Le processus de suivi de ce plan (PNDV) prendra en compte le suivi des activités identifiés lors de la RIA
* **Approches permettant d'impliquer au mieux l'équipe dirigeante** tout au long du processus.
	+ L’équipe de suivi tiendra des réunions mensuelles pour apprécier le niveau de mise en œuvre des activités
	+ L’équipe de suivi fera un plaidoyer pour la mise en œuvre effective des activités identifiées dans la RIA

# Conclusion

A l’instar d’autres pays dans le monde la Guinée continue d’être impacté par la pandémie du Covid-19. Le pays a mis en place des stratégies qui ont contribuées à atténuer les effets de la Covid-19. Face à la persistance de la pandémie du Covid-19, la stratégie « vaccin » en complément aux stratégies développées a été adoptée par le pays. Le pays s’est engagé dans le processus COVAX et dans d’autres initiatives (bilatéral et AVATT), ce qui a permis au pays de mettre en œuvre la vaccination dès le 5 Mars 2021 avec le vaccin SPUTNIK V, puis quelques mois plutard avec les vaccins Spoutnik V, Sinopharm, SinoVac, Johnson & Johnson, Pfizer, AstraZeneca, Moderna. La couverture vaccinale de population complètement vaccinée est à date estimée à 14,5%. Toutefois, pour atteindre l’objectif de couverture vaccinale de 70% de la population générale en 2022, le pays a révisé son plan national de déploiement de la vaccination contre la Covid-19.

# Références

* 1. Recensement Général de l’Habitat et de la Population (RGHP) de 2016.
	2. Plan National de Développement sanitaire 2015-2024.
	3. Plan national de vaccination contre la Covid-19
	4. Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018
	5. Note Technique de la DNPM, relative aux conditions et documents nécessaires à l’homologation et à l’importation des vaccins anti-Covid-19 dans le cadre des voies d’urgence ou accélérées en Guinée, janvier 2020
	6. Arrêté du Premier Ministre n° A/2020/3165 du 02 décembre 2020
	7. Normes et procédures de la prévention et contrôle des infections (PCI) pour les établissements de santé. Ministère de la santé, Aout 2017
	8. Plan global de gestion des déchets du ministère de la santé
	9. Guide national pour la surveillance des MAPI du Programme Elargie de Vaccination
	10. Rapport de la Revue intra action (RIA) de la vaccination contre la Covid-19 en Guinée, 22-24 novembre 2021
	11. Rapport de la Revue intra action de la vaccination contre la Covid-19 sur le terrain en Guinée, décembre 2021

# Annexes

Annexe 1 : Termes de référence de l’évaluation post introduction du vaccin contre la Covid-19 – Janvier 2021

Annexe 2 : Liste des participants du Comité de rédaction du Plan National de Déploiement de la Vaccination contre le Covid-19

Annexe 3 : Modèle de plan national de déploiement et de vaccination applicable aux vaccins contre la COVID-19

**Annexe 1 :**

**Termes de référence de l’évaluation post introduction du vaccin contre la Covid-19 – Janvier 2021-**

**I.CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

Le gouvernement de Guinée a adhéré au processus COVAX pour la vaccination contre la Covid-19. La vaccination contre la Covid-19 fait partie des approches prometteuses à l’échelle mondiale et régionale. Le COVAX dont l’objectif est d'accélérer le développement et la fabrication des vaccins Covid-19 et de garantir un accès équitable pour tous les pays du monde s’inscrit dans cette dynamique.

Cette stratégie vise à: mettre en œuvre la vaccination contre le Covid-19 pour atteindre une des cibles prioritaires bien identifiées, représentant 20% de la population totale au premier trimestre de l’année 2021

C’est dans ce contexte que le Ministère de la Santé, à travers le Comité pilotage (composé de structures entres autres la Coordination Nationale du Programme Elargi de Vaccination (CNPEV) et l’Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS), a développé un plan National de déploiement de la vaccination contre le Covid-19 en 2021 qui prévoit l’introduction d’un nouveau vaccin contre la Covid-19 en mars 2021, afin d’endiguer les effets de la pandémie de Covid-19 sur les populations en Guinée.-

Une évaluation post-introduction sera conduite à partir de six mois après l’introduction du nouveau vaccin afin de tirer les leçons en rapport avec cette innovation et capitaliser ainsi sur les opportunités et forces générées par l’introduction de ce nouvel antigène au bénéfice du PEV de routine. Cette évaluation aidera si nécessaire à ajuster les stratégies et activités en rapport avec le nouveau vaccin et la lutte contre le Covid-19.

Dans le cadre de l’évaluation post, une mission d’évaluation sera conduite au niveau central, régional et district. Cette évaluation sera conduite sur la base de l’outil d’évaluation post introduction d’un nouveau vaccin (PIE) mis à la disposition des pays par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le présent document décrit les termes de références de cette importante activité qui permettra d’évaluer la mise en œuvre de l’introduction et ses effets sur le système de vaccination.

**II.OBJECTIFS**

**II.1. Objectif général**

L’objectif général est d’évaluer la mise en œuvre de l’introduction du vaccin contre la Covid-19 et ses répercussions sur le système de vaccination.

**II.2. Objectif spécifiques**

De façon spécifique, cette évaluation permettra de :

1. Documenter les bonnes pratiques liées à l’introduction du vaccin contre la Covid-19
2. Identifier les problèmes inhérents à l’introduction du vaccin contre la Covid-19.
3. Formuler des recommandations pour faciliter l’introduction de nouveaux vaccins.

**III.RESULTATS ATTENDUS**

* Les bonnes pratiques liées à l’introduction du vaccin contre la Covid-19 sont documentées.
* Les problèmes inhérents à l’introduction du vaccin contre la Covid-19, sont identifiés.
* Les recommandations sont formulées pour faciliter l’introduction des nouveaux vaccins.

**IV.METHODOLOGIE**

L’évaluation post-introduction du vaccin contre la Covid-19 se déroulera en quatre étapes : -l’examen théorique, du 14 au 16 octobre 2021,-la collecte des données, du 17 au 23 octobre 2021,-la saisie et l’analyse des données, du 25au 30 octobre 2021,-la rédaction du rapport de l’évaluation, du 02 au 07 novembre 2021.

**IV.1Examen théorique**

L’examen théorique est un temps fort de l’évaluation et précède les travaux sur le terrain. Il va consister l’adaptation des outils de collecte d’informations, à la formation des enquêteurs et à la validation desdits outils. L’atelier de formation des enquêteurs se déroulera en octobre 2021 à Conakry. Les institutions et structures suivantes seront conviées : -Coordination Nationale du Programme Elargi de Vaccination (CNPEV), - Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS), -Organisation Mondiale de la Santé (OMS), - Fonds des Nations Unies pour l’Enfance (UNICEF).

**IV.2 Etude de terrain**

* L’étude de terrain se déroulera à une date à déterminer en 2022. Elle consistera à visiter le niveau central, 6 régions sanitaires, 12 districts sanitaires et 36 établissements de santé qui offrent les services de vaccination.
* Pour la collecte des données, des entretiens structurés par questionnaires sont planifiés avec les acteurs de tous les niveaux (central, régional, district et centre de santé). Les personnes interrogées à ces différents niveaux seront :
* Au niveau central : - le Président du Comité Pilotage, - l’incident Manager, - le Point focal Logistique et Gestion des vaccins (CNPEV et ANSS), -le gestionnaire de données.
* Au niveau régional : - le responsable de l’EiRAV.
* Au niveau Préfectoral/district : - le responsable de l’EPARE.
* Au niveau centre de santé : - le responsable du centre de santé, - 2 personnes (groupes cible prioritaires) au moins par centre de santé.
* Nous allons retenir par tirage aléatoire simple six régions sanitaires sur les … que compte le pays.
* Pour chaque région sanitaire retenue, nous avons sélectionné par tirage aléatoire simple 2 districts, un performant et un non performant, en tenant compte des critères suivants : -couvertures vaccinales cumulées pour la 2ème dose/dose unique du vaccin contre la Covid-19.
* Dans chaque district sanitaire, trois centres vaccinateurs : un hôpital général, un centre de santé urbain et un centre de santé rural seront visités. La collecte des données sur le terrain se déroulera en six jours et sera conduite par six équipes de deux personnes chacune.
* Une équipe conduira l’enquête du niveau central et cinq équipes seront affectées à la collecte des données dans les régions, districts et établissements de santé.
* Au total chaque équipe aura à enquêter une région sanitaire, deux districts sanitaires et six établissements de santé. (Les circuits de collecte seront détaillés dans la version définitive).
* Les données recueillies au cours de cette enquête porteront sur les 10 grands domaines d’évaluation suivants : (i) Planification et introduction, (ii) Couverture, abandon, consignation et notification, (iii) Gestion de la chaîne du froid, (iv) Gestion des vaccins, transport et logistique, (v) Suivi et surveillance, (vi) Formation et connaissances des soignants, (vii) Sécurité des injections et gestion des déchets, (viii) Perte de vaccins, (ix) Manifestations post vaccinales indésirables, (xi) Sensibilisation, communication et acceptation, et (xii) Saisie et analyse des données.
* Une séance de débriefing est prévue avec toutes les équipes de collecte de données 24 Octobre 2021 pour recueillir les difficultés et contraintes rencontrées sur le terrain. Elle sera suivie par la compilation, la saisie et l’analyse des données du 25 au 30 octobre 2021, par une équipe de gestionnaires de données.

**IV.4 Rédaction du rapport de l’évaluation**

La rédaction du rapport de l’évaluation sera assurée par un comité technique composé des représentants des structures et institution suivantes : CNPEV, ANSS, OMS et UNICEF. Le rapport sera ensuite finalisé au cours d’un atelier. Il s’agira pour le comité technique de soumettre le draft du rapport à l’ensemble des parties prenantes de cette évaluation. Le rapport final de l’évaluation sera présenté au Comité de Coordination inter Agence des vaccinations (CCIA) pour validation.

**V.BUDGET**

Le budget total de l’évaluation post introduction du vaccin contre la Covid-19 est estimé à 100 000 USD.

Annexe 2 : Liste des membres du Comité de rédaction du Plan National de Déploiement de la Vaccination contre le Covid-19

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nom et Prénoms** | **Fonction** | **Organisation / Structure** |
| **Ministère de la santé** |
| 1 | Dr Bachir KANTE | Conseiller Principal | Cabinet / MSHP |
| 1 | Prof FODE TRAORE | Directeur Général  | ANSS |
| 2 | Dr Gassim CISSE | Coordonnateur National | CNPEV |
| 3 | Dr Moussa KONE | Chef de Département Surveillance | ANSS |
| 7 | Dr Ibrahim BAH | Chef d’Unité | COU / ANSS |
| 8 | Dr Thiany CAMARA | Chef de Département Logistique  | ANSS |
| **Partenaire Techniques** |
| 1 | Dr MANENGU T. Casimir | Représentant Résident a.i | OMS |
| 2 | Dr Pierre NGOM | Représentant Résident | UNICEF |
| 3 | Néné BARRY | Agent de Liaison | GAVI |
| 4 | Amy DIALLO | Health Office Director | USAID |
| 5 | Christine NARE | Représentante Adjointe | UNICEF |
| 6 | Dr KONAN Kouamé Jean | Coordonnateur Système de santé | OMS |
| 7 | Dr Adama OUEDRAOGO | Chef Section santé | UNICEF |
| 8 | Dr KANDE Mouctar | Chef Unité PEV | OMS |
| 9 | Dr Rose N’KIKO | Spécialiste immunisation | UNICEF |
| 10 | Karl DOSSOU | Consultant | UNICEF |
| 11 | Dr Guy MAYET | Consultant  | UNICEF |
| 12 | Dr Kevin YOHOU | Consultant | OMS |
| 13 | Dr Néné DIALLO | Sr. Advisor | USAID |
| 13 | Dr Boubacar DIALLO | Consultant | CDC |

# Annexe 3 : Modèle de plan national de déploiement et de vaccination applicable aux vaccins contre la COVID-19

### Approbation

* Page d’approbation avec les signatures pour le compte des secteurs gouvernementaux concernés.

### Table des matières

### Résumé

* Objectif : l’objectif principal des vaccins contre la COVID-19 est de sauver des vies ou d’atténuer les effets de la pandémie de COVID-19.
* Distribution des vaccins et des articles auxiliaires (le pays doit communiquer un calendrier de distribution des vaccins depuis leur point d’entrée jusqu’à leurs points d’administration ou aux points de vaccination).
* Récapitulatif du total des doses distribuées ou des besoins (selon les informations disponibles) ; taille de la population cible totale et ordre dans lequel elle sera répartie.
* Estimation de la date d’introduction dans le pays, conformément au plan d’évaluation de l’état de préparation du pays.

### 1. Introduction

* Présentation succincte du pays (géographie, taille de la population, état de santé).
* Charge de morbidité concernant la maladie ciblée dans le pays, par exemple données locales ou estimations régionales ou mondiales, estimations économiques de la charge de morbidité.
* Enseignements tirés de la grippe à virus A (H1N1) et d’autres activités pertinentes.

### 2. Préparation en matière de réglementation

* Description succincte des exigences en matière de réglementation, des procédures d’importation et de dédouanement, ainsi que des difficultés qui pourraient être rencontrées ou des exemptions qui pourraient être nécessaires concernant l’importation et l’utilisation des vaccins contre la COVID-19 dans le pays.
* Grandes lignes des voies réglementaires en vigueur dans le pays pour accélérer la mise à disposition des vaccins.

### 3. Planification et coordination de l’introduction du vaccin

* Brève section sur le mécanisme de coordination des activités liées à la COVID-19 au niveau national, et sur les efforts intégrés dans les structures de riposte à la COVID-19 du pays.
* Explication sur la manière dont le pays s’est organisé : en adaptant le mécanisme de gouvernance nationale existant, ou en établissant une coordination au niveau national et en attribuant des rôles aux différents organes consultatifs dans le contexte du déploiement du vaccin contre la COVID-19 et de la vaccination, par exemple un comité national de coordination, un groupe consultatif technique national sur la vaccination et un comité de coordination interinstitutions.
* Description indiquant si le pays a mené des exercices de simulation de vacation contre la COVID-19 et, dans l’affirmative, quels enseignements ont été tirés, en particulier en ce qui concerne le déploiement simultané de plusieurs vaccins, et les mesures à prendre dans un contexte de pénurie.

### 4. Ressources et financement (un outil d’évaluation des coûts est en cours d’élaboration)

* Description du processus de calcul des coûts comprenant 9 catégories et les sous-catégories associées, de détermination des priorités et de financement, qui viendra étayer la préparation d’un plan réaliste ainsi que les décisions finales, assorties d’explications, notamment concernant l’utilisation de l’outil de calcul du coût de l’introduction et du déploiement des vaccins anti-COVID-19, le cas échéant.
* Description des sources de financement, identification des insuffisances de financement et stratégie pour y remédier.
* Coûts supplémentaires pour les vaccins contre la COVID-19 et évaluation des coûts partagés du système de santé, avec les sources de financement et le montant.
* Description de la disponibilité des fonds opérationnels, sur la base sur des microplans, pour déployer le vaccin.

### 5. Populations cibles et stratégies de vaccination

 Description succincte du mécanisme de prise de décision concernant l’ordre des priorités (par exemple, cadre de valeurs, décision du groupe consultatif technique national sur la vaccination).

 Si cela est pertinent dans le contexte du pays, description de l’identification des réfugiés, des migrants, des personnes déplacées, des apatrides et des demandeurs d’asile et des stratégies d’acheminement pour les atteindre.

 Si les pays prévoient de bénéficier de la réserve humanitaire disponible par le biais du mécanisme COVAX, leur plan doit être décrit dans cette section.

 Texte succinct sur la stratégie de vaccination pour atteindre chaque groupe cible.

 Stratégies de vaccination :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Population cible (par ordre de priorité) | Nombre de personnes supplémentaires à vacciner | Stratégie de vaccination ciblée prioritaire pour cette population | % cumulé total des vaccins en pourcentage de la population |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Description des ajustements du système nécessaires pour créer ou renforcer la plateforme de vaccination appropriée, y compris en recourant à des méthodes non conventionnelles d’administration des vaccins pour atteindre les groupes cibles identifiés (par exemple, pour atteindre les personnes atteintes de comorbidités).
* Explication concernant la capacité ou non pour le pays de recevoir un ou plusieurs vaccins nécessitant d’être conservés à -70 °C ou à -20 °C, avec une courte durée de conservation, et, dans l’affirmative, les dispositions nécessaires pour la distribution.
* Calendrier optimal de vaccination, par exemple, vaccination systématique ou utilisation saisonnière, administration d’une ou deux doses, âge optimal pour la première dose, intervalles minimum et maximum entre les doses, interruption du calendrier, au fur et à mesure que les informations seront disponibles une fois que le produit vaccinal contre la COVID-19 sera enregistré pour utilisation.
* Mesures de lutte contre les infections, y compris les EPI adéquats pour minimiser le risque d’exposition pendant les séances de vaccination.
* Possibilités d’intégrer la vaccination contre la COVID-19 à d’autres interventions sanitaires proposées à toutes les étapes de la vie.

### 6. Gestion de la chaîne d’approvisionnement et gestion des déchets résultant des activités de soins

Gestion de la chaîne d’approvisionnement :

* Description de l’adéquation de la chaîne du froid à différents niveaux administratifs pour permettre le déploiement du vaccin vers les groupes cibles : +2 oC à +8 oC, -20 oC, -70 oC. Inclure une référence aux évaluations récentes de la chaîne du froid, aux évaluations de l’efficacité de la gestion des vaccins, etc. ; une description des étapes pour combler toute lacune dans les équipements de la chaîne du froid, dans les ressources humaines pour la chaîne du froid et la logistique, et toute lacune empêchant une distribution et une logistique sûres — avant le déploiement.
* Tableau récapitulatif du ou des ports d’entrée potentiels, des points de stockage (magasins), des capacités de transport, et des capacités de la chaîne du froid des installations de repli dans le pays (classées par catégories de température de stockage : entre +2 °C et +8 °C ; -20 °C ; et -70 °C), ou liens vers d’autres documents et plateformes où se trouvent ces informations.
* Description des processus de distribution, y compris des lacunes identifiées, des difficultés à surmonter et des solutions pour terminer le déploiement des vaccins avant la date de début de la vaccination.
* Récapitulatif des quantités, des doses et des articles auxiliaires à distribuer par secteur/zone.
* Description des estimations des besoins en matière de chaîne du froid et de capacités de stockage au sec, des difficultés prévues et des solutions proposées.
* Synthèse des éléments nécessaires pour appuyer le déploiement et la vaccination des groupes cibles à différents niveaux administratifs en fonction des catégories ci-dessous :
	+ Stratégie de la chaîne du froid basée sur les différents types de vaccins possibles (cartographie des disponibilités dans le pays pour un stockage entre +2 °C à +8 °C, et en respectant une chaîne du froid à très basse température, en tirant parti de toutes les ressources disponibles au niveau national) :
	+ Stratégie pour le déploiement des équipements nécessaires pour assurer une chaîne du froid à très basse température et des équipements à long terme, y compris le besoin en investissements conjoints/soutien extérieur, le cas échéant ;
	+ Investissement nécessaire pour établir une(des) plateforme(s) d’interconnexion (hubs) de la chaîne du froid à très basse température pour atteindre 3 % de la population totale ;
	+ Capacité de production de glace carbonique au niveau de la ou des plateformes d’interconnexion (des hubs) de la chaîne du froid à très basse température.
	+ Questions, besoins et difficultés liés au transport des vaccins et des fournitures.
	+ Procédures relatives aux accords contractuels visant à préparer l’introduction des vaccins (par exemple, l’entreposage des vaccins, leur transport, la gestion des déchets, les capacités en matière de chaîne du froid, etc.), lorsqu’il y a lieu.
	+ Gestion des données de la chaîne d’approvisionnement : description de l’enregistrement ainsi que de la comptabilisation des stocks de vaccins et de l’utilisation des vaccins ; fonctionnalité des équipements de la chaîne du froid, et surveillance de la température en utilisant les systèmes de gestion de l’information existants.

Gestion des risques biologiques et des déchets résultant de la vaccination :

* Capacités et pratiques actuelles en matière de gestion des déchets, et évaluation de leur adéquation ; ajustements nécessaires pour tenir compte du volume supplémentaire de déchets dus aux nouveaux vaccins, et plans pour améliorer le système de gestion des déchets.

### 7. Gestion et formation des ressources humaines

* Aperçu des ressources humaines par catégorie.
* Conclusion : avis sur la nécessité de ressources humaines supplémentaires (y compris en matière de personnel pour la mobilisation communautaire, la gestion de la chaîne du froid, la gestion de la chaîne d’approvisionnement, ainsi que pour les autres fonctions de soutien nécessaires).
* Définition de la stratégie de formation, en s’appuyant sur les enseignements tirés de l’introduction d’autres vaccins, y compris en précisant si la formation se tiendra virtuellement ou en face à face ; ces éléments doivent être pris en compte dans la liste de contrôle concernant l’état de préparation et dans le budget.
* Description du système de supervision de soutien.

### 8. Acceptation et adoption de la vaccination (demande**)**

* Coordination et planification : réactiver le ou les mécanismes de coordination existants pour examiner la stratégie et la planification, et élaborer un plan ciblé, chiffré, à plusieurs composantes, afin de parvenir à un niveau élevé d’acceptation et d’adoption.
* Description des plans de collecte et d’utilisation des données locales : données comportementales et sociales, écoute numérique et suivi des médias, et autres sources pertinentes permettant d’éclairer la conception et l’évaluation des interventions.
* Description des interventions dans un ensemble de domaines clés :
	+ Plaidoyer au niveau national et engagement des parties prenantes ;
	+ Communication et engagement des médias pour l’information du public, y compris la diffusion de messages clés adaptés à chaque groupe cible ;
	+ Communication sur les risques et participation communautaire, et mobilisation sociale connexe (y compris la préparation à la réponse aux manifestations postvaccinales et aux MAPI) ;
	+ Engagement et renforcement des capacités des agents de santé de première ligne afin de soutenir leur rôle en tant que bénéficiaires de ces vaccins et en tant que vaccinateurs ;
	+ Gestion des informations erronées, y compris par un suivi et une analyse à partir de l’écoute sociale.

### 9. Surveillance de la sécurité des vaccins, gestion des MAPI, et sécurité des injections

* Description des questions clés relatives à la surveillance post-déploiement pour l’utilisation des vaccins contre la COVID-19, ainsi que des besoins et des difficultés en rapport avec la gestion des MAPI, y compris la description du signalement des MAPI, l’enquête, l’évaluation du lien de causalité ainsi que la communication sur les risques et la réponse aux MAPI graves.
* Informations sur un comité national de sécurité chargé du soutien à l’évaluation des MAPI et des EIIP (avec la participation de sociétés scientifiques, d’autorités de réglementation et des programmes de vaccination).
* Description des mesures prises pour assurer la sécurité des injections.
* Structure hiérarchique, et rôles et responsabilités du personnel.

### 10. Système de suivi de la vaccination

* Description des besoins en matière de données et des objectifs du suivi, y compris les indicateurs à utiliser.
* Description du système à utiliser pour enregistrer, transmettre, analyser et utiliser les données relatives à la vaccination, et exemple de tableau de bord à utiliser pour le suivi de la vaccination contre la COVID-19.
* Description de la façon dont les différents produits vaccinaux seront tracés jusqu’aux des personnes individuelles.

### 11. Surveillance de la COVID-19

* Renseignements détaillés au cas où le système de surveillance de la COVID-19 actuel était modifié pour répondre aux objectifs du pays en matière de vaccination ou si un nouveau système était mis en place.
* Description des objectifs que le pays souhaite réaliser en modifiant la surveillance.
* Description du type de surveillance qui sera effectuée. Ces informations doivent indiquer si les données relatives à la vaccination feront partie de la surveillance nationale ou de la surveillance sentinelle. Si elle fait partie de la surveillance sentinelle, il convient de donner des informations sur le nombre de sites, les groupes d’âge/à risque concernés, etc.

### 12. Évaluation de l’introduction des vaccins contre la COVID-19

* Indications sur la prévision ou non d’évaluations de l’efficacité ou de l’impact des vaccins ; méthode prévue, et surveillance dans le pays ou autres plateformes qui pourraient aider à réaliser ces évaluations ; plans de soutien technique pour de telles évaluations.
* Description des plans pour les revues intra-action et les mécanismes mis en place pour intégrer les enseignements tirés dans les activités de déploiement en cours, pour l’évaluation post-introduction à long terme, y compris les aspects du programme de vaccination à évaluer (par exemple, importation, réglementation, chaîne d’approvisionnement/chaîne du froid, gaspillage, couverture dans la population totale et de principaux groupes à risque, surveillance de la sécurité).
* Documentation des enseignements tirés, un exercice consultatif aux niveaux national et infranational, impliquant différentes parties prenantes.