

REPUBLIQUE DE GUINEE



**PLAN PLURI ANNUEL
COMPLET (PPAC)
2016-2020 GUINEE**

Conakry, Août 2016

Révisé en Juillet 2018

LETTRE D'ENDOSSEMENT

Pour améliorer l'état de santé de la population et permettre l'accessibilité et l'équité de tous aux services de vaccination, le Gouvernement guinéen, dans sa stratégie sectorielle de santé s'est fixé l'objectif de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination. Pour ce faire, il s'est doté d'un Plan Pluriannuel Complet (PPAC) pour la période allant de 2016 à 2020. Le présent PPAC est un instrument pour la mise en œuvre des orientations du Plan d'Action Mondiale pour les Vaccins (GVAP) 2011-2020 et l'expression de l'engagement du Gouvernement de la République de Guinée et de ses partenaires de concrétiser l'immunisation effective des enfants.

En cohérence avec la Politique Nationale de Santé 2015-2024, le Plan national de Développement Sanitaire (PNDS), le Plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017 et le Plan d'Action Mondiale pour les Vaccins 2011-2020, ce document se veut un cadre d'orientation stratégique et de référence nationale pour la planification des activités de vaccination et la mobilisation des ressources. Sa mise en œuvre exige le développement d'un partenariat actif et une bonne coordination de tous les partenaires du PEV pour mobiliser l'ensemble des ressources requises.

Le but visé par ce plan est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination chez les enfants de 0-59 mois et chez les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans à travers l'amélioration de la qualité et l'augmentation de l'utilisation des services de vaccination, l'introduction de nouveaux vaccins ainsi que l'intégration d'autres interventions sanitaires à la vaccination.

En vue d'examiner et de valider ce PPAC, une réunion du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) s'est tenue le 05 Août 2016 sous la présidence de Monsieur le Secrétaire Général de la Santé.

Fort des décisions de cette réunion, le Gouvernement et ses partenaires ont manifesté leur engagement comme suit :

- l'Etat guinéen s'engage à œuvrer pleinement pour la résorption des gaps financiers du PPAC 2016-2020 et la réalisation des objectifs de son Programme Elargi de Vaccination;
- les partenaires et la société civile s'engagent à soutenir le Gouvernement guinéen pour la réalisation des objectifs du PEV à travers la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet 2016-2020;
- le Plan Pluriannuel Complet sera conjointement réajusté chaque année. L'Etat et ses partenaires mobiliseront les ressources nécessaires en vue d'atteindre les objectifs fixés.

Conakry, le

Pour le Gouvernement de la République de Guinée

Institution/Organisation	Nom/Fonction	Date	Signature
Ministère de la Santé	Docteur Edouard Niankoye LAMAH Ministre d'Etat de la Santé		
Ministère des Finances	Madame Malado Kaba, Economiste Ministre des Finances		

Ministère du Budget	Docteur Mohamed Lamine Doubouya Ministre du Budget		
---------------------	--	--	--

Assemblée Nationale

	Hon Dr Christian Sinata TOURE		
--	----------------------------------	--	--

Partenaires Techniques et Financiers

OMS	Pr Georges Ki-Zerbo, Representant OMS		
UNICEF	Marc Ruffin, Representant UNICEF		
Société Civile	Aboubacar Sylla POSSAV		

RESUME

La vaccination constitue une composante essentielle du droit humain à la santé et une responsabilité individuelle, collective et gouvernementale. On estime qu'elle prévient chaque année 2,5 millions de décès. La vaccination complète contribue pour 40% dans l'atteinte de l'ODD⁴ /ODD³.

En Guinée, le programme élargi de vaccination est une réalité depuis 1979. Il est intégré au système de santé à structure pyramidale (poste de santé, centre de santé, hôpital préfectoral, hôpital régional, hôpital national). La redynamisation du secteur s'est concrétisée avec le lancement des premiers centres de santé du Programme Élargi de vaccination, soins de santé primaire et médicaments essentiels (PEV / SSP / ME) à partir de 1988. Depuis lors, avec l'appui de nombreux partenaires techniques et financiers (PTF) le pays a accompli des progrès notables en termes de couverture vaccinale des populations cibles et en termes de contrôle des maladies évitables par la vaccination. Toutefois, la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en fin 2013 a eu un impact sur l'état de santé de la population avec des effets négatifs sur les prestations de services de santé. Les activités de vaccination ont été affectées avec un taux de couverture du Penta3 réduit de 30% entre 2013 et 2014.

À l'heure de l'introduction des nouveaux vaccins, l'immunisation des enfants est un véritable défi dont le relèvement passe par une planification à long terme et surtout par la mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation des activités planifiées. Profitant des opportunités offertes par GAVI et conformément aux nouvelles orientations du Plan d'Action Mondiale pour les Vaccins, (GVAP), la Guinée avec l'appui des partenaires se propose d'élaborer son Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) 2016-2020. En rappel, la République de Guinée à l'instar des autres pays s'est appropriée des directives et outils pour élaborer le premier PPAC couvrant la période 2001-2005, le second courant 2007-2011 et le 3ème courant 2011-2015. Pour ce quatrième exercice, une équipe pluridisciplinaire composée de responsables des Ministères de la Santé, de l'Économie et des Finances, des Affaires Sociales, des députés de l'assemblée nationale, des partenaires techniques et financiers et de représentants de la Société civile a été mise en place et a permis l'élaboration du document dont les objectifs sont alignés à ceux du GVAP 2011-2020, du Plan de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024 et du Plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017.

Les objectifs spécifiques du PPAC 2016-2020 sont définis pour les composantes suivantes:

Objectifs spécifiques par rapport au PEV systématique

- D'ici à 2020, augmenter la couverture des enfants complètement vaccinés (DTC3-Hepb3/Hib3 et en VAR) de 53,4% à au moins 90% au niveau national et à 80% dans tous les 38 districts sanitaires de façon équitable.
- D'ici à fin 2020, 100% des Districts Sanitaires ont introduit les nouveaux vaccins contre le pneumocoque, le rota virus, HPV, RR, Ebola etc.

Objectifs spécifiques par rapport aux vaccinations supplémentaires

- D'ici à fin 2020, les AVS (Polio, rougeole, Méningite, Fièvre jaune, Tétanos) organisées atteignent au moins 95% de leurs cibles.

Objectifs spécifiques par rapport à la gestion des données

D'ici à fin 2020, au moins 90% des districts sanitaires fournissent des données de qualité et à temps.

Objectifs spécifiques par rapport à la gestion efficace des vaccins

- D'ici à fin 2020, augmenter de 37% à 80% la gestion efficace des vaccins (GEV) à tous les niveaux ;
- D'ici 2020, développer et mettre en œuvre un plan de gestion des déchets biomédicaux suivant les normes de l'OMS et environnementales.

Objectifs spécifiques par rapport à la Surveillance des maladies cibles du PEV

- D'ici fin 2018, atteindre les indicateurs de surveillance des PFA dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite.
- D'ici fin 2020, atteindre les indicateurs de la surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune, de la méningite, de la coqueluche et de l'élimination du TMN.

- D'ici fin juillet 2016, atteindre au moins 20% des structures sanitaires qui notifient et rapportent les données sur les MAPI.

Objectifs spécifiques par rapport à la Communication

- D'ici à fin 2020, 90% des individus et des collectivités comprennent l'intérêt des vaccins et réclament la vaccination en tant que droit et responsabilité.

Objectifs spécifiques par rapport à la gestion du programme

- Accroître de 52% à 70% la fonctionnalité des structures de coordination, de leadership, de gouvernance et de mobilisation des ressources à tous les niveaux de 2017- 2020

Pour atteindre ces objectifs, des stratégies novatrices adaptées aux nouvelles orientations du GVAP ont été développées. Il s'agit entre autres : (i) l'amélioration de l'offre et de la qualité des services de vaccination par le biais de l'intégration des points de vaccination fixe dans des postes de santé et des structures associatives/privées et des armées ; (ii) l'introduction de nouveaux vaccins ; (iii) le renforcement de la surveillance à base communautaire ; (iv) l'optimisation de la logistique et la décentralisation de la maintenance des équipements de la chaîne du froid ; (v) l'amélioration de la demande des populations ; (vi) l'amélioration de la qualité des données et (vii) le renforcement de la gestion du programme à tous les niveaux.

De l'analyse des coûts et financement des programmes, il faut noter que :

le coût total du programme s'élève à **1 12 033 334 USD** dont **54 210 600 USD (48,6%)** pour les vaccins et logistiques du PEV de routine, **7 430 662 USD (6,6 %)** pour la prestation des services, **491 649 USD (0,4 %)** pour le plaidoyer et communication, **3 835 581 USD (3,4 %)** pour le monitoring et contrôle des maladies, **4 074 248 USD (3,6%)** pour la gestion du programme, **35 042 239 USD (31,6 %)** pour les activités de vaccinations supplémentaires et **6 948 355 USD (6,2 %)** pour les coûts partagés du système de santé.

Le coût d'une cible complètement vaccinée s'élèvera en moyenne à **56 USD**. Le financement du PEV augmente progressivement pour toute la période de projection en fonction notamment de l'introduction des nouveaux vaccins.

Le défi à relever par la Guinée reste l'immunisation complète et correcte des enfants guinéens à travers un PEV performant et résilient. Le succès de la mise en œuvre de ce plan dépendra essentiellement du respect de l'engagement pris par l'Etat et ses partenaires au développement y compris la Société civile. Un plan opérationnel annuel avec des mécanismes de suivi sera élaboré chaque année pour la mise en œuvre effective du plan.

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	13
1 INTRODUCTION.....	14
2 PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE DE GUINEE.....	15
2.1 CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE ET ÉCONOMIQUE.....	15
2.1.1 Situation géographique et démographique.....	15
2.1.2 Situation politique, administrative et gouvernance.....	15
2.1.3 Situation socio-économique.....	16
3 SYSTÈME DE SANTE.....	17
3.1 Politique nationale.....	17
3.2 Organisation du système de sante.....	17
3.3 Profil sanitaire.....	19
3.4 Financement du secteur de la santé.....	19
4 ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION.....	20
4.1 PRESTATION DES SERVICES.....	20
4.1.1 PEV de routine.....	20
4.1.2 Activités de vaccination supplémentaires.....	26
4.2 SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION.....	29
4.2.1 Surveillance des PFA.....	30
4.2.2 Surveillance de la rougeole.....	31
4.2.3 Surveillance de la fièvre jaune.....	33
4.2.4 Surveillance du tétanos Néonatal.....	33
4.2.5 Surveillance des autres maladies.....	33
4.2.6 Surveillance des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI).....	34
4.3 VACCINS, CHAINE DU FROID, LOGISTIQUE.....	34
4.3.1 Approvisionnement en vaccins et matériels d'injection.....	34
4.3.2 Situation des équipements de la chaine du froid.....	35
4.3.3 Capacités de stockage (Chaîne de froid).....	35
4.3.4 Gestion des vaccins.....	46
4.3.5 Logistique.....	47
4.4 GESTION DU PROGRAMME.....	49

4.4.1	Organisation générale du PEV.....	49
4.5	GESTION ADMINISTRATIVE.....	50
4.5.1	Coordination et partenariat.....	50
4.5.2	Gestion des Ressources Humaines et renforcement des capacités	51
4.5.3	Planification	51
4.5.4	Supervision / Monitoring / Evaluation.....	52
4.5.5	Financement du programme.....	52
4.6	COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE.....	53
4.7	SYNTHESE DES FORCES ET FAIBLESSES.....	56
4.8	OPPORTUNITES ET MENACES	61
4.9	IDENTIFICATION DES PROBLEMES PRIORITAIRES	63
5	PLAN PLURIANNUEL COMPLET 2016-2020.....	64
5.1	BUT ET OBJECTIFS.....	64
5.1.1	BUT.....	64
5.1.2	OBJECTIFS.....	64
5.2	PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PPAC 2016-2020.....	67
5.3	SUIVI EVALUATION DU PLAN.....	100
5.3.1	Cadre de Suivi et Evaluation du PPAC 2016-2020	100
5.3.2	Matrice des indicateurs.....	101
5.4	COUT ET FINANCEMENT DU PPAC 2016-2020	111
5.4.1	ANALYSE DES COUTS ET FINACEMENTS	111
5.4.2	PROJECTION DES BESOINS EN RESSOURCES POUR LA PERIODE 2016-2020.....	112
5.4.3	SOURCES DE FINANCEMENTS DES BESOINS DU PROGRAMME.....	113
	CONCLUSION.....	117
	ANNEXES.....	118

LISTE DES ABREVIATIONS

ACD	Atteindre chaque district
ACD/ACC/ACE	Atteindre Chaque District /Communauté/Enfant
AMP	Agence de la Médecine Préventive
ANR	Autorité Nationale de Régulation
ASC	Agent de Santé Communautaire
AVI	Activités de Vaccinations Intensifiées
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaires
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BID	Banque Islamique de Développement
BM	Banque Mondiale
BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation
BND	Banque Nationale de Développement
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 de Dépenses à Moyen Terme
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CNC	Comité National de Coordination
CNC	Comité National de Certification
CNDD	Conseil national pour la démocratie et le développement
CNEP	Comité National d'Eradication de la Poliomyélite
CN-PEV	Coordination Nationale du Programme Elargi de Vaccination
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COGES	Comité de Gestion
COSAH	Comité de Santé et Hygiène
CPN	Consultation Périnatale
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
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
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DSVCo	Direction de la Santé de la Ville de Conakry
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
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
ECR	Equipe Cadre de Région
EDG	Electricité de Guinée
EDS	Enquête Démographique de Santé
EDS	Enquête Démographique de Santé
ELEP	Évaluation de la Pauvreté
EMVE	Epidémie de la Maladie à Virus Ebola
ENAM	Ecole Normale d'Administration
EPIVAC	Épidémiologie & Vaccinologie;
FBR	Financement Basé sur le Performance
FICR	Fédération Internationale de la Croix Rouge
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GFFO	German Federal Foreign Office
GIVS	Vision et stratégie mondiale pour la vaccination
GNF	Guinean National Franch
GSC	Groupe Spécial de Confinement
GTCV	Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination
HD/CMC	Hôpital de District/ Centre Médical Communal
Hép B	Vaccin anti hépatite B
Hib	Haemophilus Influenza type b
HKI	Helen Keller International
HN	Hôpital National
HP	Hôpital Préfectoral
HPV	Human Papilloma Virus
HR	Hôpital Régional

IB	Initiative de Bamako
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information Education Communication
IIV	Initiative pour l'Indépendance Vaccinale
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JICA	Japan International Cooperation Agency
JNV	Journées Nationales de Vaccination
JRF	Rapport conjoint OMS/UNICEF (Joint Report Form)
KFW	Agence Allemande de Coopération financière
LF	Loi des Finances
LNR	Laboratoire National de Référence
LOGIVAC	Chaîne logistique vaccinale
LQAS	Lot quality assurance sampling
MAPI	Manifestations adverses post immunisations
MCM	Médecin Chargé de la Maladie
MCS	Méningite cérébro spinale
MenAfrivac	Vaccin Conjugué antiméningococcique A
MICS	Etude à indicateurs multiples (Multiple Indicators Clusters Survey)
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MLM	Midle level management (Cours du niveau moyen pour les gestionnaires du PEV)
MOSO	Mobilisateur Social
MPE	Maladie à potentiel épidémique
MSF	Médecins Sans Frontières
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSR	Maternité Sans Risque
MVE	Maladie à Virus Ebola
ND	Non Déterminé
OFDA	Office Foreign Disaster Assistance
OIM	Organisation Internationale pour la Migration
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PAO	Plan Annuel Opérationnel
PAS	Programme d'Ajustement Structurel

PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIMNE	Prise en Charge de la Mère du Nouveau- Né et de l'Enfant
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	Paralyse Flasque Aiguë
PIB	Produit Intérieur Brut
PIP	Programme d'Investissements Publics
PIS	Produit Information Sheet (Fiche d'information sur les produits)
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PON	Procédures Opératoires normalisées
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet
PPTTE	Pays Pauvres Très Endettés
PQS	Performance, Quality and Safety
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME/CDV	Prévention de Transmission Mère Enfant –Conseil Dépistage Volontaire
PVDV	Polio Virus de Dérivé Vaccinal
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSA	Rapport de Situation Annuel
S/T	Secrétariat Technique
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SBC	Surveillance à Base Communautaire
SDD	Solar Direct Drive
SGAR	Secrétaire Général pour les Affaires Régionales
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquise
SMT	Stock Management Tool
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
Td	Toxine tétanique +diphthérique
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
TNN	Tétanos Néonatal

TT	Toxine tétanique
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URTELGUI	Union des radios et télévisions libres de Guinée
USAID	Agence Internationale pour le Développement des Etats Unis
VAA	Vaccin Anti-Amaril
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti-Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPI	Vaccin Polio Injectable
VPO	Vaccin Polio Oral

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

TABLEAU 1: CALENDRIER VACCINAL POUR LES ENFANTS DE 0-11 MOIS.....	21
TABLEAU 2: CALENDRIER VACCINAL DE ROUTINE DES FEMMES ENCEINTES	22
TABLEAU 3: EVOLUTION DES COUVERTURES VACCINALES ADMINISTRATIVES EN GUINÉE DE 2011 À 2015	22
TABLEAU 4: EVOLUTION COMPARATIVE DES DONNÉES ADMINISTRATIVES/OFFICIELLES/ESTIMATIONS OMS/UNICEF	23
TABLEAU 5: INDICATEURS DES PRESTATIONS DE SERVICES 2011 -2015.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
TABLEAU 6: MOYENNE DES COUVERTURES DES JNV POLIO DE 2011 À 2015	25
TABLEAU 7: CAS DE PFA POSITIFS EN 2015.....	31
TABLEAU 8: PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE DES PFA.....	31
TABLEAU 9 PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE DE 2011 À 2015	29
TABLEAU 10: CAPACITÉ DE STOCKAGE REQUISE EN POSITIF AU NIVEAU CENTRAL (LITRES)	36
TABLEAU 11: CAPACITÉ DE STOCKAGE REQUISE EN NÉGATIF AU NIVEAU CENTRAL (LITRES)	37
TABLEAU 12: CAPACITÉ DE STOCKAGE REQUISE EN RÉFRIGÉRATION AU NIVEAU CENTRAL (LITRES)	37
TABLEAU 13: CAPACITÉ ADDITIONNELLE DE STOCKAGE REQUISE EN RÉFRIGÉRATION AU NIVEAU RÉGIONAL (LITRES).....	38
TABLEAU 14: BESOINS EN ÉQUIPEMENTS DE RÉFRIGÉRATION PAR RÉGION DE 2016 À 2021	39
TABLEAU 15: CAPACITÉ ADDITIONNELLE DE STOCKAGE EN CONGÉLATION AU NIVEAU RÉGIONAL (LITRES) DE 2016 À 2021	40
TABLEAU 16: BESOINS EN ÉQUIPEMENTS DE CONGÉLATION AU NIVEAU RÉGIONAL PAR ANNÉE	40
TABLEAU 17: CAPACITÉ ADDITIONNELLE DE CDF AVEC LES CAPACITÉS EXISTANTES (LITRES)	43
TABLEAU 18: NOMBRE ET TYPES D'ÉQUIPEMENTS REQUIS DE RÉFRIGÉRATION.....	44
TABLEAU 19: NOMBRE D'ÉQUIPEMENTS À REMPLACER AU NIVEAU CENTRE DE SANTE DE 2017 À 2021	45
TABLEAU 20: RÉSULTATS GLOBAUX DE L'ÉVALUATION DE LA GESTION EFFICACE DES VACCINS EN GUINÉE....	46
TABLEAU 21: SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES FORCES ET FAIBLES PAR COMPOSANTES DU PEV	56
TABLEAU 22: ANALYSE DES OPPORTUNITÉS ET MENACES.....	61
TABLEAU 23: PROJECTION DE COUVERTURE VACCINALE EN VACCINS DE 2016 À 2020.....	65
TABLEAU 24: OBJECTIFS DE TAUX DE PERTES PAR ANTIGÈNE DE 2016 À 2020	65
TABLEAU 25: PROJECTION DE COUVERTURE VACCINALE POUR LES NOUVEAUX INTRODUICTS DE 2016 À 2020	65
TABLEAU 26: MATRICES DES INDICATEURS DE SUIVI DU PPAC 2016-2020.....	101
TABLEAU 27: COMPOSITION DU COÛT DE L'ANNÉE DE BASE 2015.....	111
TABLEAU 28: INDICATEURS DE BASE	112
TABLEAU 29: PROJECTION DES BESOINS EN RESSOURCES POUR LE PPAC 2016-2020.....	113
TABLEAU 30: DÉTERMINATION DES ÉCARTS DE FINANCEMENTS	114

FIGURES

FIGURE 1: CARTE ADMINISTRATIVE DE LA GUINÉE	16
FIGURE 2: ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTE GUINÉEN	18
FIGURE 3: PYRAMIDE SANITAIRE DE LA RÉPUBLIQUE DE GUINÉE	18
FIGURE 4: EVOLUTION DE LA PART DU BUDGET DE LA SANTÉ DANS LE BND ENTRE 2010 ET 2015, GUINÉE	20
FIGURE 5: ANALYSE CAPACITÉ DE STOCKAGE POSITIVE DU NIVEAU CENTRAL JUSQU'EN 2021	36
FIGURE 6 : ANALYSE CAPACITÉ DE STOCKAGE CHAMBRES FROIDES POSITIVES DU NIVEAU CENTRAL JUSQU'EN 2021.....	38
FIGURE 7: STATUT DES CAPACITÉS DISPONIBLE ET REQUISE DE CHAÎNE DU FROID AU NIVEAU RÉGIONAL JUSQU'EN 2020.....	39
FIGURE 8: STATUT DES CAPACITÉS DISPONIBLE ET REQUISE DE CHAÎNE DU FROID AU NIVEAU RÉGIONAL JUSQU'EN 2020.....	42
FIGURE 9: CARTOGRAPHIE DE LA DISTRIBUTION NATIONALE DES INCINÉRATEURS INSTALLÉS ET FONCTIONNELS MARS 2016.....	48

INTRODUCTION

A l'instar de la majorité des pays africains, la Guinée a souscrit en 1978 à la convention d'Alma-Ata. L'objectif social « **SANTÉ POUR TOUS** » a consacré la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) qui vise à lutter contre les principales causes de morbidité et de mortalité par des techniques simples, valables, acceptables et accessibles pour tous à un coût abordable pour la communauté.

Pour répondre aux besoins prioritaires de santé des populations, la Guinée a mis en œuvre dès 1987, les éléments nécessaires de revitalisation du système de santé périphérique, préfigurant ainsi les grandes lignes de l'Initiative de Bamako (IB). La mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires avec comme porte d'entrée les activités de vaccination, a été fortement appuyée par l'UNICEF et d'autres partenaires. C'est le début du Programme Élargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires et Médicaments Essentiels (PEV-SSP-ME).

La vaccination constitue une composante essentielle du droit humain à la santé et une responsabilité individuelle, collective et gouvernementale. On estime qu'elle prévient chaque année 2,5 millions de décès. À l'abri des maladies évitables par la vaccination, les enfants vaccinés peuvent grandir dans de bonnes conditions et réaliser pleinement leur potentiel. Elle est l'une des interventions les plus efficaces en santé publique, contribuant ainsi à la réduction de la pauvreté. La promotion de la vaccination est une forme d'investissement dans le capital humain qui permet d'éviter les externalités négatives de la maladie. La vaccination complète contribue pour 40% dans l'atteinte de l'ODD⁴ / ODD³. Ces avantages sont encore majorés par les vaccinations à l'adolescence et à l'âge adulte.

Dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions pour prévenir et combattre les maladies, les vaccins et la vaccination représentent un investissement essentiel pour l'avenir d'un pays et pour celui de la planète. Cet investissement, pour assurer sa pérennité, nécessite un engagement commun: collectivités, Etat, communauté internationale dont les partenaires techniques et financiers.

À l'heure de l'introduction des nouveaux vaccins, l'immunisation des enfants est un véritable défi dont le relèvement passe par une planification à long terme et surtout par la mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation des activités planifiées. À ce titre, le plan stratégique de la vaccination qu'est le PPAC, constitue un outil privilégié pour la pérennisation du PEV à travers l'amélioration de la viabilité financière de celui-ci.

L'efficacité de la mise en œuvre du PPAC dépend de l'engagement de toutes les parties prenantes en vue de mobiliser les ressources nécessaires à sa mise en œuvre.

Il sert de document d'orientation stratégique et de référence nationale pour la planification des activités de vaccination et l'intégration des autres programmes à tous les aspects liés à la vaccination et à d'autres interventions en santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

I PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE DE GUINEE

I.1 CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE ET ÉCONOMIQUE

I.1.1 Situation géographique et démographique

Pays côtier, la Guinée est située dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'Équateur et le Tropique de Cancer (7° 30' et 12 degré 30' de latitude nord et 8° degré et 15 degré de longitude Ouest). Elle est limitée à l'ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique, au nord par le Sénégal et le Mali, à l'est par la Côte d'Ivoire et au sud par la Sierra Léone et le Libéria et couvre une superficie de 245 857 Km². Du point de vue géo-écologique, la Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et homogènes (Basse Guinée, Haute Guinée, Moyenne Guinée et Guinée Forestière). Elle doit cette originalité à son milieu naturel qui se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner à chaque région des particularités du point de vue climat, sol, végétation et mode de vie des populations. Son climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, mais aussi à l'harmattan, des incendies en saison sèche particulièrement en Haute Guinée. Le pays donne naissance aux principaux cours d'eau de la sous-région : le fleuve Konkouré, le fleuve Kolenté, le fleuve Niger, le fleuve Sénégal, le fleuve Loffa et le fleuve Gambie.

La population guinéenne est estimée 10.628.972 habitants en 2014 (RGP 2014) avec une densité d'environ 43 habitants au km². Sur la base du taux d'accroissement naturel, la population Guinéenne serait de 14 423 741 habitants en 2024. La population est constituée de 52% de femmes et la majorité vit en zone rurale (70%) et près de la moitié de la population est constituée de jeunes de moins de 15 ans (44%). Les enfants de moins d'un an et ceux de moins de 5 ans représentent respectivement 3,6 % et 20% de la population. En plus, les femmes enceintes constituent 4.5% et les femmes en âge de procréer 25 %.

Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5.1. Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques dans les deux sexes (4.9 décès pour 1000 chez les femmes et 4.7 décès pour 1 000 chez les hommes). Les taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile sont respectivement de 33 pour 1000 NV, 67 pour 100 NV et 123 pour 1000 NV (naissance vivante). L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans¹.

I.1.2 Situation politique, administrative et gouvernance

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. Par ailleurs, de profondes crises économiques, sociales et politiques ont affecté ce régime à partir de 2002 et ont débouché sur la prise du pouvoir par les militaires en décembre 2008 par l'intermédiaire du Conseil National pour la Démocratie et le Développement (CNDD). À partir de décembre 2010, la troisième République a été instaurée avec l'élection d'un Président de la République démocratiquement élu. Cette période est caractérisée par la reconnaissance et le renforcement de tous les acquis démocratiques des deux premières Républiques.

Du point de vue de l'organisation administrative, la Guinée est subdivisée en sept régions administratives qui sont : Boké, Faranah, Kankan, Kindia, Labé, Mamou et N'Zérékoré et la capitale Conakry qui jouit d'un statut particulier. Chaque région est dirigée par un Gouverneur. Les régions administratives sont subdivisées en préfectures qui sont

¹ PNUD, RMDH 2010.

au nombre de 33 pour l'ensemble du pays. Chaque préfecture est subdivisée en sous-préfectures sur le plan administratif et en communes urbaines et rurales au compte de la décentralisation. Il existe au total 343 communes urbaines et rurales, y compris les 5 communes de Conakry. Les communes sont réparties en quartiers et districts. Toutes ces entités administratives et des collectivités relèvent du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (Cf. carte ci-dessous).

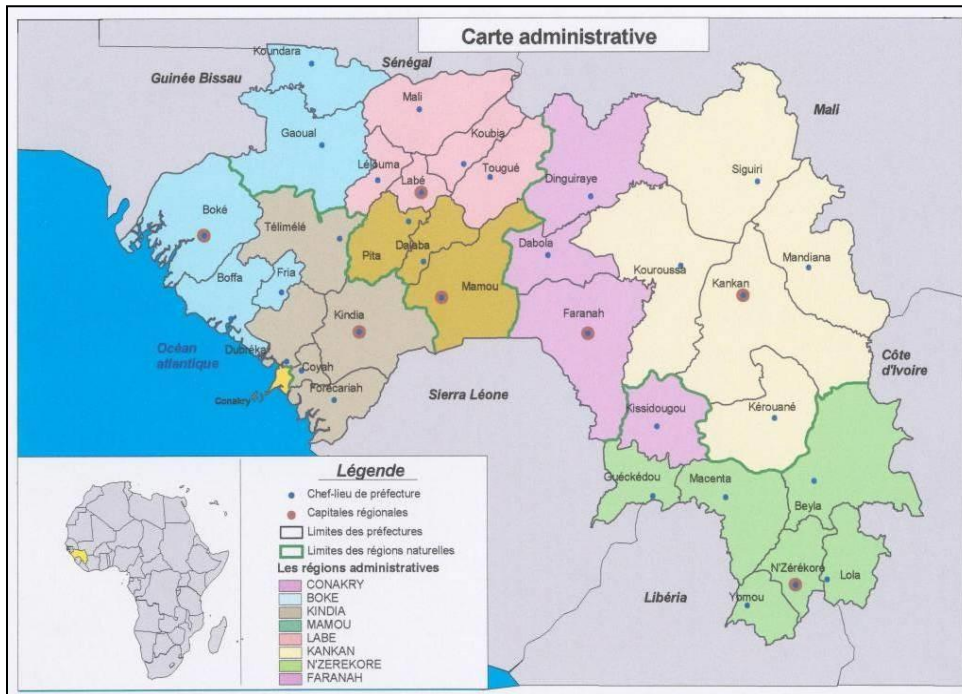


Figure 1: Carte administrative de la Guinée

1.1.3 Situation socio-économique

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 178^{ème} rang sur 186 pays² à l'indice de développement humain durable (IDH). Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP 2012), 55,2 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

La croissance économique, estimée à 3,9% en 2011, est impulsée principalement par l'augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire a perdu 2 points en 2015, suite à la survenue de la MVE. 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.

Sur le plan éducatif, les résultats de l'EDS-MICS 2012 montrent que 65 % des femmes et 47 % des hommes de 6 ans et plus n'ont aucun niveau d'instruction. Ces proportions étaient respectivement de 55 % et 72 % en 2005. On observe des écarts importants selon le milieu de résidence, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

2. PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2012

En effet, parmi les femmes du milieu rural, 77 % n'ont aucun niveau d'instruction contre 41 % en milieu urbain ; chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 60 % et de 23 %.

2 SYSTÈME DE SANTE

2.1 Politique nationale

La Constitution Guinéenne reconnaît la santé comme un droit fondamental en son article 15 qui stipule que : «**Chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'Etat à le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux**».

La nouvelle politique de santé se donne comme vision une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation. Elle s'inspire de la vision définie dans la Stratégie de Réduction de la Pauvreté qui ambitionne à long terme d'asseoir un système de santé performant, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous, en particulier les plus vulnérables (DSRP 2012 – 2015). Elle est basée sur l'approche des Soins de Santé Primaires avec comme niveau opérationnel le district sanitaire. La mise en œuvre de cette politique est guidée par les principes directeurs suivants : (i) Efficience, (ii) Soins centrés sur les personnes et les services intégrés, (iii) Gestion axée sur les résultats, (iv) Décentralisation/ déconcentration et (v) Partenariat.

La politique nationale de la santé adoptée en novembre 2014 a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de la population guinéenne. De façon spécifique, elle vise à : (i) Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences ; (ii) améliorer la santé à toutes les étapes de la vie et (iii) améliorer la performance du système national de santé.

2.2 Organisation du système de santé

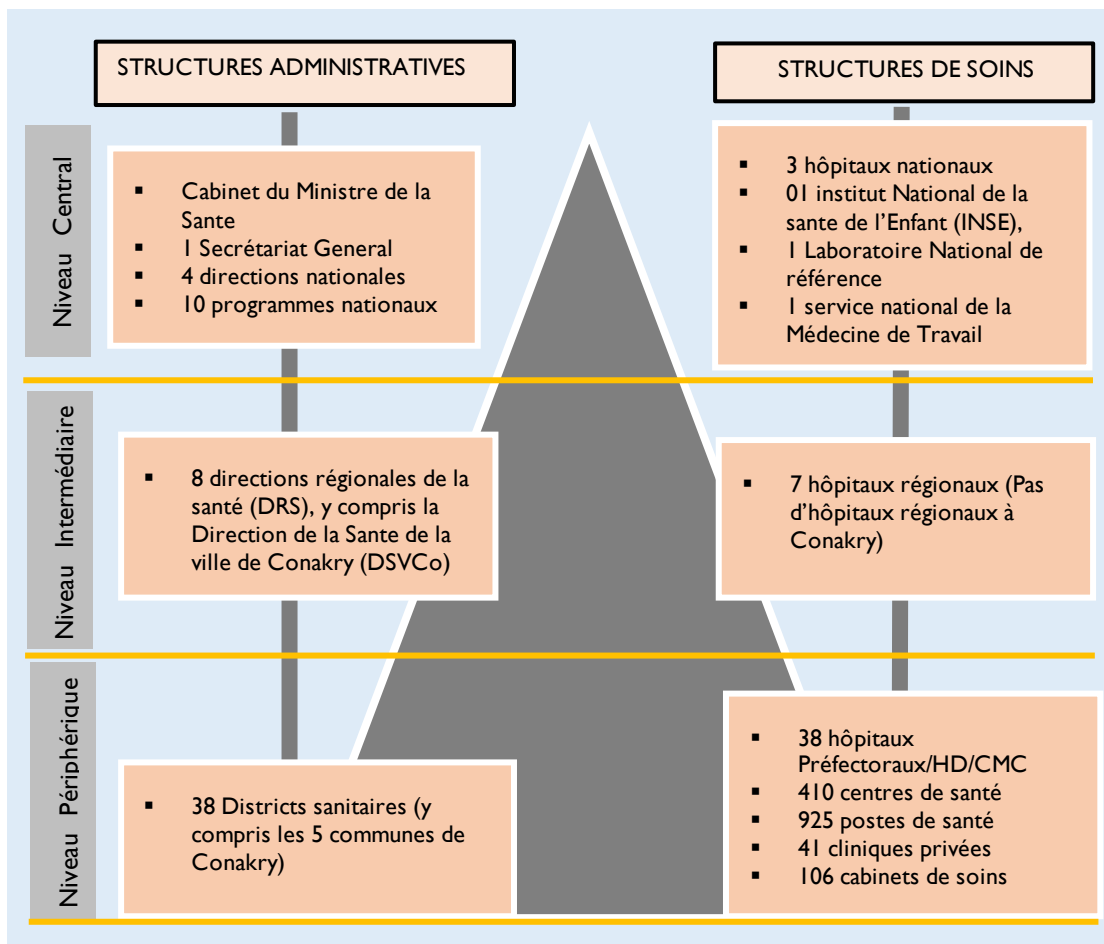
La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le décret N° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé.

L'offre de soins publics est organisée de façon pyramidale et comporte trois niveaux de comme l'indique le graphique ci-dessous (central, intermédiaire et périphérique) :

Le niveau central joue un rôle normatif et stratégique. Il comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, 4 directions nationales et 10 programmes (PEV/SSP, Tuberculose, le VIH/SIDA/IST, paludisme, onchocercose etc.).

Le niveau intermédiaire, joue le rôle d'appui technique et logistique aux directions préfectorales de la santé. Il comporte 8 directions régionales de la santé, y compris la direction de Santé de la ville de Conakry (DSVCo).

Le niveau périphérique est le niveau opérationnel. Il comporte 38 directions préfectorales de la santé, y compris les 5 directions communales de la santé (DCS) de la ville de Conakry.



En matière d'offre de soins, le paquet de services des centres de santé est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté. D'autres prestations à savoir les activités liées à la PTME/CDV, à la PCIMNE, à la Nutrition, à la prise en charge du VIH, au développement des SONUB sont aussi développés dans des centres de santé de l'intérieur du pays. Le paquet complémentaire de soins des hôpitaux préfectoraux couvre les spécialités de base notamment: la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynéco-obstétrique et les services médicotechniques. Les hôpitaux régionaux offrent pratiquement le même paquet de prestations de soins que les hôpitaux préfectoraux. Les services spécialisés comme la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, la neurologie et l'urologie qui devraient être développés dans ces structures ne sont pas encore fonctionnels dans tous les hôpitaux régionaux. Les hôpitaux nationaux offrent des prestations tertiaires réparties entre diverses spécialités et sont impliqués dans les activités de formation et de recherche.

En plus du secteur public, il y a :

- **Secteur privé** à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucrative est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenu pour la plupart du temps, par du personnel paramédical. L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets.
- **Secteur communautaire** qui est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.
- **Secteur informel** qui se développe rapidement et de façon peu contrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, les tarifs appliqués sont très variables et non contrôlés, et surtout peu d'informations sont disponibles sur le niveau de qualité de ces services.

2.3 Profil sanitaire

Le niveau de ces indicateurs de mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile reste encore très élevé par rapport aux pays à économie similaire. Ainsi, le ratio de la mortalité maternelle est de 724 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale de 33‰, le taux de mortalité infanto juvénile de 123‰ et le taux de mortalité infantile de 67‰ (EDS-MICS 2012).

Le ratio de la mortalité maternelle est de 550 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale de 20‰, le taux de mortalité infanto juvénile de 46‰ et le taux de mortalité infantile de 44‰, taux de mortalité des enfants de 5 ans 88 ‰, taux de mortalité post néonatale 24 ‰ (EDS-MICS 2016).

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. La prévalence du paludisme reste encore élevée avec une prévalence de la parasitémie à 44% chez les enfants⁴.

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012⁵. En ce qui concerne les autres maladies transmissibles, il est à noter que 6% des enfants de moins de 5 ans avaient présenté des symptômes d'infection respiratoire aigüe et 16% un épisode diarrhéique en 2012. Ces pathologies représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité dans cette tranche d'âge⁶. Au cours de ces dernières années, le pays a enregistré la survenue fréquente d'épidémies de choléra, de méningite, de rougeole et de la maladie à virus Ebola.

2.4 Financement du secteur de la santé

En Guinée, les Comptes Nationaux de Santé (CNS) 2010 indiquent que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct (62,2%).

Le budget du Ministère de la santé représente 5.6% du Budget national de développement (BND) en 2017. Il a connu une baisse en 2012(1,98%), 2013(1,75%) et 2014 (2.16%), suivi d'une hausse entre 2015(3,22%), 2016 (4,9%) et 2017 (5,6%) .

⁴EDS 2012

⁵EDS 2012

⁶ EDS 2012

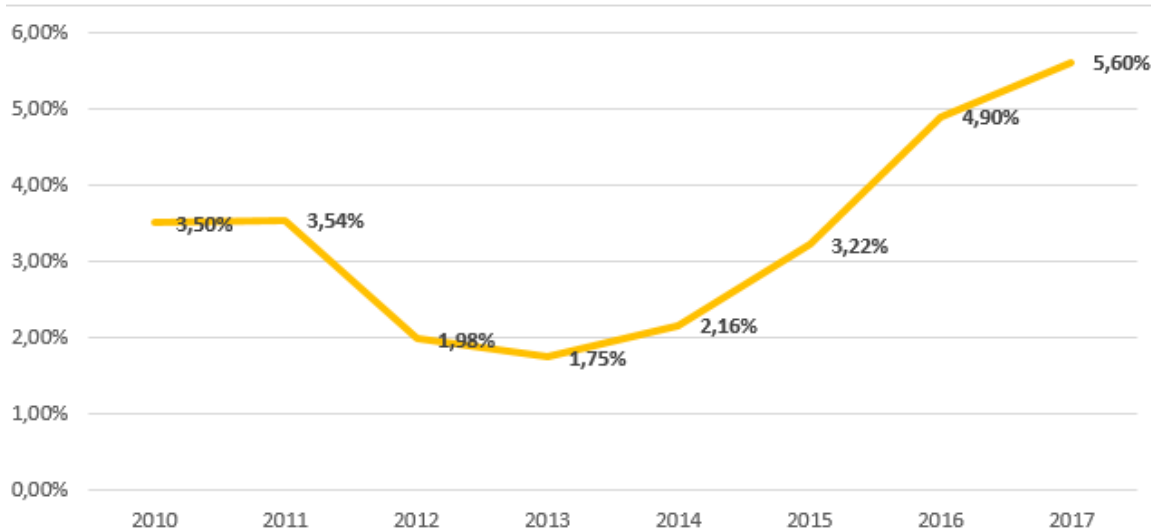


Figure 4: Evolution de la part du budget de la santé dans le BND entre 2010 et 2017, Guinée

Selon le Ministère de l'Economie et des finances, en 2009, le budget du Ministère de la Santé était de 111,726 milliards de GNF dans la loi de finances (LF), les crédits alloués se chiffraient à 87,593 milliards GNF soit 78% des prévisions et 81,672 milliards GNF d'exécutés soit un taux de 93%.

Les collectivités locales n'ont pas un niveau de participation significatif au financement de la santé. Elles ont une part de financement relativement faible qui généralement se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel, même si on relève un engagement bénéfique pour le secteur en termes d'investissements (construction de centres de santé, postes de santé et points d'eau)⁷, soit à partir de leurs ressources propres soit en exploitant la filière de la coopération décentralisée et les associations des ressortissants.

Le privé, au titre du mécénat, mène des actions de santé timides. Dans ce domaine, le MS et ses partenaires sectoriels ne profitent pas assez des opportunités de plus en plus disponibles avec le développement des investissements privés comme les secteurs minier, de la téléphonie. Le financement extérieur, avec 26,90% de contribution dans les dépenses de santé, constitue une source relativement importante du financement de la santé.

3 ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

3.1 PRESTATION DES SERVICES

Les prestations de services de vaccination ont été analysées pour le PEV de routine, les activités de vaccination supplémentaires (AVS) et l'intégration des interventions en faveur de la survie de l'enfant.

3.1.1 PEV de routine

La politique nationale de vaccination préconise la vaccination des enfants de 0-11 mois, de 15-18 mois, les filles de 9-13ans et des femmes enceintes qui constitue une porte d'entrée pour les femmes en âge de procréer (15-49

⁷Confère 1

ans).

Pour les enfants, tous les vaccins du programme devraient être administrés avant l'âge de 12 mois, en 5 contacts. Il s'agit des vaccins contre la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, les infections à *Haemophilus Influenzae* de type b et la rougeole, la fièvre jaune, Il est prévu de 2016 à 2020 l'introduction d'autres nouveaux vaccins contre les infections à pneumocoque, les diarrhées à rota virus, le HPV en démonstration et le vaccin MenAfrivac . Un sixième (6) contact est prévu pour la deuxième dose de la vaccination contre la rougeole pour les enfants de 15 à 18 mois

3.1.1.1 Organisation des services de vaccination

La vaccination est gratuite sur toute l'étendue du territoire et constitue l'une des composantes du paquet minimum d'activités (PMA) d'une formation sanitaire défini par le ministère de la santé. Les structures sanitaires privées qui mènent les activités de vaccination sont approvisionnées gratuitement par leur district siège.

L'offre des services de vaccination se fait essentiellement en vaccination de routine soutenue par des activités de vaccination supplémentaires (AVS).

Les stratégies de vaccination :

En vue d'améliorer les performances du programme, le pays a adopté l'approche ACD à partir de 2004 et s'en est approprié comme stratégie de base de mise en œuvre du PEV systématique. Trois stratégies essentielles de vaccination sont appliquées pour atteindre les populations cibles du programme à savoir :

- La stratégie fixe : il s'agit des vaccinations effectuées dans les centres fixes pour atteindre la population cible se trouvant dans un rayon de moins de 5 Km autour du centre de santé. Cette stratégie couvre près de 72% de la population cible, essentiellement dans les zones urbaines.
- La stratégie avancée : il s'agit des sorties effectuées à partir du centre fixe pour couvrir la population cible et pour rapprocher les services de vaccination des populations ayant des problèmes d'accès géographique (5 à 15 Km ou obstacles naturels) ou socio-culturels. Elle couvre près de 27% de la cible et s'applique dans tous les districts sanitaires selon les réalités du terrain.
- La stratégie mobile: elle est utilisée pour desservir la population cible se trouvant dans les zones d'accès difficile et qui n'ont pas de service de vaccination fonctionnel. Elle couvre près de 1% de la cible globale. Les districts sanitaires y recourent rarement par manque des moyens de transport appropriés.

La mise en œuvre de l'ACD est réalisée dans tous les districts mais avec des difficultés qui sont :

- L'insuffisance de personnel de santé en nombre et en qualité dans les CS ruraux, notamment ;
- Insuffisance de micro planification ;
- Faible capacité de stockage des districts et centres de santé 53% contre 80% requis,
- L'accessibilité géographique difficile de certains centres de santé en zone rurale (plus de 50km des communautés, mauvais état des routes, obstacles géographiques).
- Insuffisance de ressources financières pour soutenir les activités de stratégies avancées ;
- Insuffisance de supervision à tous les niveaux et faiblesse de la qualité des données.

Ces insuffisances ressortent dans les résultats de la GEV 2016 en Guinée.

3.1.1.2 Calendrier vaccinal

Tableau 1 : Calendrier vaccinal de routine des enfants de 0 à 15 mois, en Guinée, après l'introduction de la deuxième dose du VAR

Contact	Age	Antigènes	Voie d'administration	Site d'injection
1	Naissance	BCG +VPOb 0 HepB	BCG = Intradermique Polio = orale Intramusculaire	- Avant-bras gauche - Bouche -1/3 moyen de la cuisse droite
2	6 semaines	Penta 1 + VPOb 1	Penta = IM Polio= Orale,	- 1/3 moyen face antero-externe cuisse - Bouche
3	10 semaines	Penta 2 + VPOb 2	Penta = IM Polio = Orale	- 1/3 moyen face antero-externe cuisse - Bouche
4	14 semaines	Penta 3 + VPOb 3 + VPI	Penta =IM Polio = orale VPI : IM	- 1/3 moyen face antero-externe cuisse - Bouche
5	9 à 11 mois	VAR1 + VAA	Sous-cutanée	Bras gauche et droit (deltoïde)
6	15 -18 mois	VAR2	Sous-cutanée	Bras gauche (deltoïde)

Tableau 1: **Calendrier vaccinal de routine des femmes enceintes**

Contact	Période	Antigènes
1	Dès le premier contact	Td1
2	4 semaines après la première dose, mais pas plus tard que deux (2) semaines avant la date prévue pour l'accouchement	Td2
3	Six (6) mois au moins après la deuxième dose	Td3
4	Un (1) an après la troisième dose	Td4
5	Un (1) an après la quatrième dose	Td5

Tableau 3: **Calendrier vaccinal de routine des filles de 9 à 13 ans pour le HPV**

3.1.1.3

Contact	Période	Antigènes
1	Dès le premier contact 0,5 ml par injection intramusculaire	HPV
2	6 mois après la première dose 0,5 ml par injection intramusculaire.	HPV

Couvertures vaccinalesTableau 4: **Evolution des couvertures vaccinales administratives en Guinée de 2011 à 2017**

Antigènes	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BCG	100%	84%	99%	88%	85%	98	95
DTC3-Hepb3 –Hib3	95%	101%	103%	91%	80%	97	94
POLIO3	96%	96%	102%	81%	88%	110%	90%
VARI	97%	100%	103%	94%	90%	99	95
VAA	97%	100%	104%	94%	90%	116%	90%
VAT2+	67%	86%	93%	42%	74%	60%	60%

Source JRF

Les couvertures vaccinales selon les estimations OMS/UNICEF sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau5: Evolution comparative des données administratives/officielles/estimations OMS/UNICEF

ANNEE	BCG			Penta I			Penta3			VARI		
	Adm.	Off.	OMS/ UNICEF	Adm.	Off.	OMS/ UNICEF	Adm.	Off.	OMS/ UNICEF	Adm.	Off.	OMS/ UNICEF
2011	100	93	82	104	80	76	95	85	63	97	90	62
2012	84	84	74	108	108	76	102	102	63	101	101	62
2013	99	95	82	115	95	76	103	90	63	103	90	62
2014	88	82	72	99	75	60	91	60	51	94	62	52
2015	85	75	72	90	70	60	80	60	51	90	60	52
2016	98	86	86	105	80	80	119	66	45	120	96	64
2017	95	91	91	102	75	75	94	70	45	95	65	65

Durant les 7 dernières années, les couvertures vaccinales administratives en Penta3, après avoir connu un pic en 2013 (103%) a connu une baisse progressive passant de 91% en 2014 à 80% en 2015, puis une augmentation en 2016(119%) et 2017(94%).

De 2011 à 2017, les couvertures administratives ont été nettement inférieures aux couvertures estimées d'au moins 10 points. Cette différence dénote une faible qualité des données.

L'enquête de couverture vaccinale organisée 2016 (MICS 2016) a relevé les résultats beaucoup plus proches de ceux des estimations de l'OMS-UNICEF et un écart de plus de 30% entre les couvertures administratives et celles de l'enquête.

Les résultats de l'enquête MICS 2016, en faisant référence au carnet de vaccination ou la déclaration de la mère, indique 72% des enfants de 12-23 mois ont reçu une vaccination par le BCG à l'âge de 12 mois. Le pourcentage recule pour n'atteindre que 50% pour la deuxième dose de DTC-HepB-Hib et 40% pour la troisième dose. De même, 62% des enfants ont reçu le vaccin Polio I avant l'âge de 12 mois et ce taux fléchit pour se situer à 39% à la troisième dose. La couverture relative au vaccin contre la rougeole avant 12 mois est de 33%. Le pourcentage d'enfants ayant reçu tous les vaccins recommandés avant leur deuxième anniversaire est faible, se situant à 26%.

Tableau6: Indicateurs des prestations de services 2011-2017

Indicateurs	Catégories	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% DS avec taux d'abandon DTCI-3 > 10%		32%	18%	ND	26%	58%	37%	34,21%
Taux d'abandon global		8%	7%	ND	4%	4%	7%	7%
Complétude des districts		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Indicateurs	Catégories	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Performances des Districts sanitaires en couverture DTC 3	Moins de 50%	0	0	0	1	1	0	0
	50 à 79%	5	1	3	23	9	3	2
	80- 89 %	6	11	5	11	6	10	8
	Plus de 90%	27	26	30	3	22	25	28
Performances des Districts Sanitaires en couverture VAR	Moins de 50%	0	0	0	1	1	0	4
	50 à 79%	1	1	5	7	10	3	3
	80- 89 %	10	12	5	6	4	8	9
	Plus de 90%	27	25	28	24	23	27	22
Performances des Districts sanitaires en couverture VAT 2+	Moins de 50%	0	0	0	NA	NA	14	14
	50 à 79%	8	6	10	NA	NA	21	14
	80- 89 %	9	9	9	NA	NA	1	6
	Plus de 90%	21	23	19	NA	NA	2	4

3.1.1.4 Equité de la vaccination

En Guinée les résultats de l'EDS de 2005 et 2012 montrent que la proportion de fille complètement vaccinée est très proche de celui des garçons (36% contre 39%). La couverture vaccinale diminue avec le rang de naissance et est plus élevée en milieu urbain que rural. La couverture vaccinale augmente avec le niveau d'instruction de la mère et le niveau économique du ménage.

Considérant la proportion d'enfants complètement vaccinés, l'enquête MICS, 2016 met en exergue des disparités considérables selon le lieu de résidence. A ce niveau, 43% des enfants de 12-23 mois des grandes villes ont reçu tous les antigènes du PEV de routine contre 19% pour le milieu rural. Par contre 36% de la même cible du milieu rural n'ont reçu aucune dose de vaccin. La disparité est prononcée entre les régions administratives du pays, avec 46% des enfants de la région de Conakry qui ont reçu tous les antigènes contre 7% pour la région de Labé. Elle varie en fonction du quintile du bien-être-économique, 34% des plus riches ont reçu tous les antigènes contre les 10% des enfants des plus pauvres. Quant à l'examen selon le niveau d'instruction de la mère, le pourcentage croît en fonction de l'augmentation du niveau. La couverture vaccinale varie de 21%, pour les enfants dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction à 47%, pour ceux dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire et plus

3.1.1.5 Introduction de nouveaux vaccins

En dehors du VPI introduit en novembre 2015, tous les vaccins prévus dans le PPAC 2011-2017 (PCV13 et Rota Virus) n'ont pas été introduits. La faible performance du PEV de routine avec une couverture vaccinale estimée en penta3 inférieure à la performance requise de 70% explique la non introduction de ces nouveaux vaccins. Le présent PPAC prévoit leur introduction ainsi que d'autres antigènes à savoir le VAR2, le RR, le Td, le MenAfriVac, le rota virus, le vaccin PCV- 13, hepb à la naissance et le HPV. Le tableau ci-dessous présente le calendrier d'introduction de ces nouveaux vaccins pour les enfants de 0 à 11 mois, les femmes enceintes et les jeunes filles.

Tableau 7 : Plan d'introduction des nouveaux vaccins

Nouveau antigens	Cibles	Date introduction
Hepb	Dès la naissance	2019
PCV-13	0 - 11 mois	2020
Rota Virus	0 - 11 mois	2020
RR	0 - 11 mois	2020
VAR2	15 – 18 mois	2019
MenAfriVac	0 - 11 mois	2019
Td	15 – 49 ans	2017
HPV	9 – 13 ans	2020
Ebola	À déterminer	2019

3.1.2 Activités de vaccination supplémentaires

Les AVS constituent également une opportunité pour renforcer la vaccination systématique en augmentant le spectre de distribution des intrants dans les structures difficilement accessibles, en réalisant la supervision des prestataires sur les aspects de la vaccination systématique. Elle permet aussi l'organisation des séances de vaccination pour la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés en routine. **La qualité des AVS est influencée par les éléments suivants :**

- Insuffisance de financement de l'état dans la mise en œuvre des AVS
- Insuffisance de cartographie des zones à accès difficile par CS
- Manque de cartographie des cas de refus /réticence par CS
- Le recrutement non local des vaccinateurs
- La qualité insuffisante de la formation des acteurs
- le déploiement incomplet des équipes sur le terrain

3.1.2.1 Journées Nationales de Vaccination contre la Poliomyélite (JNV Polio)

Dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite, la Guinée a organisé des campagnes de vaccination de masse entre 2011 et 2017.

Le monitoring indépendant a montré une amélioration des indicateurs de qualité au fil des passages. Cependant, les mêmes enquêtes révèlent la persistance d'enfants non vaccinés dont les pourcentages sont respectivement de 6% en 2016 et 4% en 2017 .

La première évaluation externe de la mise en œuvre du Plan de riposte a été conduite courant mars 2016 dont la restitution a été faite à une réunion du CCIA. Cette évaluation a fait ressortir entre autres défis :

- insuffisance d'engagement de l'état guinéen,
- insuffisances en matière de gouvernance avec entre autre l'inexistence d'un cadre de redevabilité
- les difficultés à sécuriser les ressources financières nécessaires.

C'est dans ce contexte qu'un cadre consensuel de redevabilité a été élaboré et qui a pour but d'améliorer les performances des activités de vaccination supplémentaires (AVS) à travers une définition claire des rôles et responsabilités et un monitoring rapproché d'activités menées par les acteurs politiques, administratifs et de mise en œuvre à tous les niveaux. Il s'agit entre autres des Gouverneurs, des Préfets, des Sous-Préfets, des DRS, des DPS, des Chefs de Centres de santé, des Superviseurs, des Vaccinateurs et des Mobilisateurs Sociaux.

Dans cet ordre d'idée, il a été mis en place une Cellule Régionale d'Urgence Polio à Kankan en date du 22 Avril 2016. Elle sera mise en place progressivement dans les 07 autres régions dans les jours à venir.

Tableau 8: Tableau récapitulatif des résultats des JNV/JLV polio de 2011 à 2017

Année	Type d'AVS	Couverture administrative (%)	Couverture enquête (%)
2011	JNV	Absence de JNV (à cause d'Ebola)	SO
2012	JNV	102%	ND
2013	JNV	105%	ND
2014	JNV	103%	ND
2015	JLV 2015	T1=103% T2=104% T3=104%	ND
2016	JNV	T1=104,5%	95%
	JNV	T2=110%	94,5%
	JLV	T3=115%	95,50%
2017	JNV	T1=108%	96,22%
	JNV	T2=107,73%	96,28%
	JNV	T3=103%	ND
	JLV	T4=103,8%	95,30%

Sources : Rapports annuels du PEV, JRF

3.1.2.2 Campagnes Vaccination contre la Rougeole

Dans le cadre du contrôle de la rougeole, la Guinée a organisé, depuis 2012 deux campagnes de suivi (2012 et 2016) et une campagne nationale de riposte en 2017. Ces interventions supplémentaires ont permis de toucher le maximum d'enfants cibles

Au cours de l'année 2017 en plus de la campagne nationale, trois JLV en Mars ; avril et Mai. : en avril 1 315 918 enfants de 6-59 mois ont été touchés.

Au niveau national, les taux de couverture vaccinale administrative en VAR chez les enfants de 9 à 59 mois varie de 95% en 2012 à 104 % en 2017. Les taux de couverture des enquêtes post campagne varie de 91% en 2012 à 93 % en 2017. Par rapport à l'objectif de couverture vaccinale de 95% pour ces campagnes, cet objectif n'est pas atteint (enquête couverture post campagne).

Ces faibles couvertures s'expliquent d'une part par le non-respect de la stratégie fixe par les parents d'enfants habitués au porte à porte des nombreuses JNV organisées ces dernières années.

En ce qui concerne les zéros doses, beaucoup d'enfants ont été touchés pour la première fois (9515 en 2012) dans l'ensemble du pays. Cette situation interpelle les équipes des districts sanitaires et des centres de santé à renforcer la vaccination de routine.

Quant aux MAPI mineures, des cas ont été notifiés et pris en charge. Il n'a pas été enregistré de MAPI graves

Résultats des campagnes de vaccination contre la rougeole de 2012, 2016 et 2017(Suivi et riposte)

Taux de couverture	Année	2012	2016	2017
				JNV=104%
				JLV=104%
				JLV=97%
Taux de CV Administrative CAR		95%	103%	JLV=104%
CV Enquête post campagne		91%	93%	JNV=93%

La couverture post-campagne de vaccination des enfants de 9-59 mois est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain

Au niveau du milieu de résidence, la couverture post-campagne est significativement plus élevée en milieu rural (93,7% ; IC : 92,9%-94,4%) qu'en milieu urbain (91,5% ; IC : 90,6% -92,4%), soit un écart de plus de 2 points. Cette situation pourrait s'expliquer par la bonne conduite des activités de mobilisation sociale en milieu rural. En effet, la proportion des ménages informés à travers les mobilisateurs est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain où la radio/télé a été la principale information. Le caractère actif de la mobilisation sociale de proximité semble avoir plus d'effet que la communication de masse, à travers les médias.

La couverture vaccinale post-campagne augmente avec l'âge des enfants mais tous les taux sont inférieurs à 95%

En dépit des progrès enregistrés, il y a un écart de 10% entre le taux de couverture vaccinale administrative qui est de 102,65% et le taux de couverture de l'évaluation post campagne de 92,7%

Les résultats sur la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon le rapport de l'évaluation post campagne en 2016 indiquent que la couverture du VAR (76,5%) est plus élevée que celle du VAA (69,3%), soit un écart absolu de 7,2 points étant donné que ces 2 antigènes sont administrés tous au 5ème contact ;

La couverture vaccinale par antigène avec Carte des enfants de 12-23 mois est de 61% BCG, 55 (VPO3), 61%(PENTA3) ; 55% (VAR) et 49% (VAA) ;

Le taux de couverture vaccinale en 2016 a progressé par rapport à celle de 2012 malgré la crise Ebola

Le pourcentage des enfants complètement vaccinés en considérant la carte et l'histoire (62%, IC : 61%-63%), Le pourcentage des enfants complètement vaccinés documenté par une carte (41%, IC : 40-42%)

3.1.2.3 Campagnes Vaccination contre le Tétanos

La dernière campagne de vaccination de masse des femmes en âge de procréer contre le tétanos remonte en 2012 avec une couverture de 93%. En 2014, la Guinée a bénéficié d'une mission d'appui technique à l'accélération de la mise en œuvre du plan d'action de la validation du processus d'élimination du tétanos maternel et néonatal. A cause de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en 2014 et 2015, ce plan d'action n'a pas pu être mis en œuvre. **Des campagnes de vaccination contre le tétanos en faveur des femmes en âge de procréer sont envisagées dans en octobre 2018 suite à une analyse du risque**

3.1.2.4 Campagnes Vaccination contre la Fièvre Jaune

Depuis 2010, la Guinée n'a pas organisé de campagnes réactives contre la fièvre jaune, tenant compte des nouvelles directives de surveillance de la fièvre jaune et du contexte épidémiologique sous régional marqué par l'apparition de la dengue et de l'épidémie de la maladie à virus Ebola.

3.1.2.5 Campagne de Vaccination contre la Méningite

En 2015, en prélude à l'introduction du vaccin MenAfrivac dans le PEV de routine, la Guinée a organisé une campagne de vaccination préventive contre la méningite dans 17 districts sanitaires à risque avec une couverture vaccinale moyenne de 95%.

3.2 SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION

Depuis l'avènement du PEV en 1988, la surveillance des maladies évitables par la vaccination (PFA, Rougeole, Tétanos Maternel et Néonatal, Coqueluche, Diphtérie, Tuberculose, Fièvre jaune et Hépatite B) est intégrée à celle des autres maladies à potentiel épidémique.

La surveillance est effectuée dans les structures sanitaires publiques et privées à tous les niveaux (périphérique, opérationnel, intermédiaire et central), ainsi que dans la communauté. Elle est mise en œuvre par les points focaux de surveillance et les représentants de la communauté. Il est à noter que la détection et la notification restent encore faibles dans les structures privées.

La surveillance épidémiologique à base communautaire est une forme d'implication de la communauté dans la détection et la référence des cas de maladies cible du PEV. A travers cette approche, les relais communautaires recensent et orientent vers les structures sanitaires les cas suspects de MVE, ce qui contribue à l'amélioration des performances.

Le rythme de notification est immédiat, hebdomadaire et mensuelle selon le cas. Les données collectées sont analysées aux différents niveaux et suivies de ripostes.

Les données de surveillance épidémiologique des formations sanitaires sont transmises au niveau supérieur DPS, DRS, et le niveau central (coordination du PEV/SSP/ME, ANSS, la Division de la Prévention et lutte contre la maladie et le SNIS) pour la prise de décision.

La confirmation des cas est assurée par les laboratoires (laboratoire des fièvres hémorragiques de Donka pour la rougeole, la fièvre jaune et de la maladie à virus Ebola et l'INSP pour le choléra, les méningites).

Les laboratoires L'institut Pasteur de Dakar pour les PFA

La présente analyse de situation de la surveillance porte sur la période de 2011 à 2015 et concerne les composantes ci-après:

- Surveillance des Paralysies Flasques Aiguës
- Surveillance de la rougeole
- Surveillance de la fièvre jaune
- Surveillance du tétanos néonatal
- Surveillance de l'Haemophilus Influenzae
- Surveillance de la coqueluche
- Surveillance des Manifestations Adverses post immunisation (MAPI)

3.2.1 Surveillance des PFA

Le système de surveillance des PFA est effectif depuis 1998 en Guinée grâce à l'engagement de l'Etat et à la forte mobilisation des partenaires internes et externes.

Le système de surveillance des PFA a été restructuré et renforcé en 2002 par la désignation des points focaux de surveillance et la création de divers comités notamment, le Comité National de certification (CNC), le Comité National d'Experts Polio (CNEP) et le Groupe Spécial de Confinement (GSC). Le pays pour la confirmation utilise laboratoire de référence de l'OMS (Institut Pasteur de Dakar /Sénégal).

En Août 2011, le pays a enregistré le dernier cas de PVS (3 cas de PVS de type 3).

De 2012 à 2013, aucun cas de PVS confirmé dans le pays, cependant le pays a connu la circulation du DVPV : 1 cas en 2014 à Siguiri et 7 cas en 2015 dont 6 à Siguiri et 1 à Kankan.

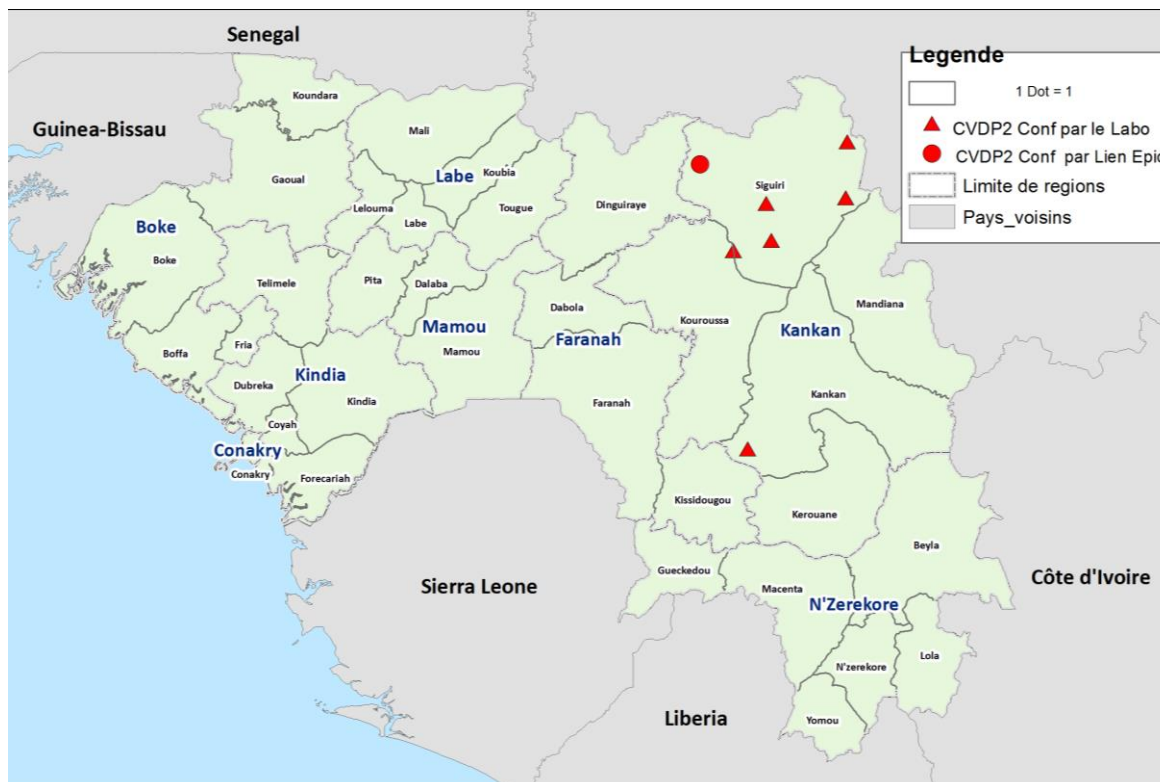


Tableau 2: Cas de PFA positifs en 2015

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite, la performance des deux indicateurs majeurs annuellement suivis (Taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de 15 ans et le pourcentage des selles prélevés dans les 14 jours du début de la paralysie) du système de surveillance sont encourageants au niveau national. Le tableau ci-dessous présente des indicateurs des années de 2011 - 2015.

Tableau 3: Performance de la surveillance des PFA

Indicateurs	Années				
	2011	2012	2013	2014	2015
Population âgée < 15 ans	5 001 339	5 156 381	5 316 228	5 476 075	5 635 922
Nombre de cas PFA attendus	100	103	106	110	98
Total de cas de PFA notifiés	206	187	223	146	145
Nombre de cas de polio confirmés	3	0	0	1*	7*
Taux de PFA non-polio	4,1	3,6	4,2	2,7	2,8
% de Cas de PFA avec échantillons de selles adéquats	93%	97%	94%	97%	80%

* PVDV : Polio Virus Dérivé Vaccinal

Le Taux de PFA non polio au niveau national a varié de 4,1 en 2011, à 2,8 en 2015 ; la proportion de selles adéquates était de 93% en 2011 et de 80% en 2015. Toutefois, des disparités entre les régions ont été notées.

Le risque de circulation du PVS est relativement faible. Cependant, le pays accuse de faible couverture vaccinale au VPO3 et la présence du Poliovirus de dérivé de souche vaccinale dans les districts sanitaires de Siguiri et de Kankan.

3.2.2 Surveillance de la rougeole

La rougeole est une des Maladies Evitables par la vaccination. Depuis 2006, le pays mène une surveillance basée sur le cas. Tout cas détecté par les structures à l'aide d'une définition de cas est notifié, investigué, les échantillons prélevés sont transmis au laboratoire pour confirmation.

Les deux principaux indicateurs de surveillance de la rougeole recommandés par l'OMS sont :

- ✓ Taux de notification des cas suspects : au moins 2 cas suspects de rougeoles pour 100 000 hbts par district et par an
- ✓ Pourcentage de district ayant notifiés au moins un cas suspects de rougeoles : 80%

Au cours de la période 2011 - 2017, la performance de surveillance de la rougeole enregistrée par le programme est satisfaisante de 2011-2013. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-après

Tableau 10 Performance de La surveillance de la rougeole de 2011 à 2017

Indicateurs	Valeurs par année
-------------	-------------------

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% de districts ayant rapporté au moins un cas de rougeole	66	58	74	89	89	100	100
Nombre de cas suspects	217	129	215	6031	2205	1304	7545
Nombre IgM positifs	41	43	130	338	97	250	580
Nombre de cas avec lien épidémiologique	ND	ND	ND	ND	67	145	ND
Incidence 1 cas pour 100.000 hbts			1,03	2,9	10,8	0,9	

Source : Rapports annuels de surveillance du programme et ANSS

Ce tableau montre que, pendant les 7 années, les indicateurs de surveillance de la rougeole sont satisfaisants, pendant les trois premières années, le pourcentage des districts ayants notifiés est faible moins de 80%

Par rapport au nombre de cas suspects, le système a enregistré une progression élevée de nombres de cas suspects de 2011 à 2017 ainsi que les cas positifs

En 2014 et 2015, années de la survenue de l'épidémie de la maladie à virus EBOLA, le programme a totalisé le plus grand nombre de cas suspects de rougeole 2014(6031) et 2015 (2205).

Le plus grand nombre de cas a été notifié en 2017 avec 7545 cas touchant l'ensemble du pays.

Le nombre de cas confirmés reste faible par rapport aux cas notifiés.

L'analyse épidémiologique de la rougeole faite en 2018 couvrant les périodes 2015, 2016, 2017 et le 1^{er} trimestre 2018 après la campagne de vaccination contre la rougeole, il ressort ce qui suit:

17 sur 38 (44%) des districts sanitaires montrent la transmission active de la rougeole;

21 sur 38 (55%) des districts sanitaires n'ont pas enregistré de cas confirmés;

9 sur 38 (24%) districts sanitaires ont atteint les deux principaux indicateurs de performance de la surveillance (Le taux de notification et le taux de prélèvement);

11 sur 38 (29%) districts sanitaires ont atteint au moins un des principaux indicateurs de performance de la surveillance (Le taux de notification et le taux de prélèvement);

3 sur 11 (27%) des districts sanitaires ont atteint seulement le taux de suspect avec un spécimen;

8 sur 11 (73%) districts sanitaires ont atteint seulement le taux de rejet;

18 sur 38 (47%) districts sanitaires n'ont atteint aucun des principaux indicateurs de performance de la surveillance;

20 sur 38 (53%) des districts sanitaires ont un taux de séropositivité d'au moins 40%;

14 sur 38 (37%) des districts sanitaires ont un taux de séropositivité d'au moins 50%;

8 sur 38 (22%) des districts sanitaires ont atteint les deux indicateurs de surveillance et (testé au moins 10 spécimens);

4 sur 8 (50%) des districts sanitaires ont un taux de séropositivité d'au moins 40% dans ce groupe.

Ainsi, la vaccination de routine, les AVS, les ripostes antérieures et la surveillance de la rougeole restent encore faibles depuis plusieurs années. Cette faiblesse est liée entre autres, à un affaiblissement du système de santé au niveau national. Cette situation a augmenté le risque de transmission de la rougeole dans un contexte où de nombreux facteurs de risque persistent dans la plupart des districts sanitaires du pays, notamment:

La forte densité de la population en milieu urbain surtout à Conakry, à Siguiri (896 663), Boké (501 504), Kindia (475 694), Dinguiraye (219 880);

La persistance des cas de refus/réticences dans certaines localités;

La faible accessibilité et d'utilisation des services de santé entraînant de faibles couvertures vaccinales des enfants cibles;

La faible performance du système de surveillance des cas de rougeole avec un taux global de notification de moins d'1 cas /100 000 habitants/an.

A ces facteurs de risques sus énumérés s'ajoutent la faible motivation et l'insuffisance qualitative du personnel de santé entravant ainsi l'offre de service de vaccination. La corrélation de ces risques sus cités contribue à la survenue de flambées récurrentes de rougeole. Cette situation est résumée dans le tableau ci-dessous.

3.2.3 Surveillance de la fièvre jaune

Tout comme la rougeole la surveillance de la fièvre jaune est basée sur le cas. Les indicateurs de la surveillance au cours des cinq (5) années se sont nettement améliorés le nombre de districts notifiant au moins un cas est passé de 90%. La totalité des échantillons est parvenue au laboratoire dans les bonnes qualités

3.2.4 Surveillance du tétanos Néonatal

La surveillance du TMN est basée sur le cas tout cas de TNN notifié est investigué et une riposte autour du cas est réalisée. Le pays est engagé dans la mise en œuvre de l'initiative d'élimination du tétanos néonatal et maternel (TMN).

En 2002, un plan national d'élimination a été élaboré et devant la ré-surgescence des cas de TMN le programme a soumis un nouveau plan d'élimination en 2011 dans le but d'atteindre un minimum de 80 % de cas de TMN dans les 15 districts à risque. C'est ainsi qu'en 2012, des campagnes de vaccination contre le TMN ont été organisées dans les districts sanitaires concernés.

En 2013, le pays a postulé pour la pré-validation de l'élimination du TMN. Une mission de la pré-validation a été conduite dans le pays. Les résultats des constats de cette mission ont montré qu'aucun district n'était au-dessus du seuil d'élimination (moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes). Cependant, des faiblesses ont notées des autres approches d'élimination. Dans le cadre de la correction, quelques recommandations ont été formulées et un plan d'action opérationnel additionnel a également élaboré.

Le pays a été programmé pour la certification de l'élimination en 2014 qui malheureusement cette activité a été ajournée à cause de la survenue dans le pays de l'épidémie de la maladie à virus Ebola.

3.2.5 Surveillance des autres maladies

▪ La coqueluche

La surveillance de cette maladie est effective dans le système. La notification des cas est rare et le nombre de cas suspects a considérablement diminué dans le pays.

Au début de l'année 2016, un nombre de cas de toux quinteuses a été signalé dans le district sanitaire de Lola dans la région de N'Zérékoré. Les 80% de ces cas n'étaient pas vaccinés au DTC. Les cas ont bénéficié d'une investigation par l'équipe de district. L'analyse du laboratoire était négative, mais un défaut d'équipement du laboratoire a été signalé (défaut de PCR). Dans le cadre de la riposte, les cas ont été pris en charge et la conduite d'une vaccination a été recommandée à l'équipe de district.

▪ La méningite à Hib

La surveillance de la méningite à Hib est actuellement assurée par le site sentinelle au Centre Hospitalier Universitaire de Donka. Des données ne sont pas disponibles à cause des travaux de rénovation du Centre Hospitalier Universitaire. Dans le cadre du processus de la surveillance cas par cas le pays a déjà organisé la campagne préventive contre la méningite A et la formation des agents est envisagée dans une semaine.

3.2.6 Surveillance des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI)

Le système de surveillance des MAPI est en place et piloté par la direction nationale du laboratoire et pharmacie. Les membres des comités de pilotage et de national des experts sont sélectionnés.

La surveillance fait au niveau de toutes les formations sanitaires, et la mise à disposition des supports aux acteurs de terrain. Les points focaux de surveillance sont identifiés, formés et outillés. Les activités consistent à la notification et l'investigation de tous les cas de MAPI, la prise en charge adéquate. Les Hôpitaux régionaux et nationaux sont retenus pour la prise en œuvre des cas graves. La formation du personnel des services des hôpitaux de référence est prévue. Le circuit de la remontée des données du site de notification au niveau central est défini. La classification des cas (l'imputabilité) est réalisée par le comité national des experts MAPI.

3.3 VACCINS, CHAINE DU FROID, LOGISTIQUE

3.3.1 Approvisionnement en vaccins et matériels d'injection

3.3.1.1 Estimation des besoins et acquisition

La gestion et la qualité des vaccins ainsi que leur distribution à différents niveaux du système de santé. L'estimation des besoins annuels par antigène et intrants est faite avec l'UNICEF en utilisant la méthode de la population cible du PEV (Vaccines Fore casting).

L'Etat à travers la ligne « achat de vaccins et matériel de vaccination » dans son budget national de développement (BND). Depuis 2005, GAVI et l'UNICEF prennent en charge les nouveaux vaccins, les vaccins sous-utilisés et les vaccins des campagnes. Il faut cependant rappeler que l'Etat assure le cofinancement de ces derniers. Mais, pour les deux dernières années (2014-2015), GAVI a exempté la Guinée de ce cofinancement en raison de la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola.

En 2007, grâce à la signature de la convention entre le gouvernement et l'UNICEF pour l'Initiative d'Indépendance Vaccinale, les vaccins sont fournis par l'UNICEF selon une ligne budgétaire. Ainsi, les commandes faites par le PEV/SSP sont transmises à l'Unicef/Guinée qui facilite, par son système d'approvisionnement, la fourniture de vaccins pré qualifiés par l'OMS. Pour les vaccins traditionnels (BCG, VPO, VAR, Td), l'achat devrait être assuré par l'Etat. Toutefois, les partenaires (Unicef, BM, JICA....) apportent un appui au Gouvernement pour l'achat de ces vaccins. La mise en œuvre du forecast n'est pas effective faute de mise à disposition du budget nécessaire pour l'achat des vaccins et consommables.

L'introduction de tout nouveau vaccin et médicament dans le pays est conditionnée à l'approbation du Comité national de réglementation des vaccins et des médicaments.

3.3.1.2 Approvisionnement

L'approvisionnement est semestriel pour le niveau central, trimestriel pour les dépôts régionaux et mensuel pour le niveau préfectoral et les centres de santé.

Niveau Central → Chaîne de froid Régionale → District Sanitaire → Centre de Santé

Rythme d'approvisionnement-→ 1 fois/trimestre-→ 1 fois/ mois-→ 1 fois/ mois

Toutefois, certains districts sanitaires s'approvisionnent directement au dépôt central compte tenu de leur proximité. Le nombre d'approvisionnements prévus du niveau central vers les régions est réalisé selon le plan détaillé d'approvisionnement en vaccins et consommables. L'approvisionnement en vaccin se fait en fonction des objectifs de couverture retenus au niveau national et les besoins exprimés par les régions en rapport avec la consommation réelle du terrain, de même au niveau des districts sanitaires (DS) ou les centres de santé (CS) sur la base des rapports mensuels d'activités réalisées.

Si on note, au niveau central, une amélioration des approvisionnements en vaccin avec une absence de rupture de vaccin entre 2009 et 2010 et des réductions progressives du taux de perte, mais, au niveau de certaines zones périphériques, des approvisionnements tardifs ont été remarqués occasionnant ainsi des ruptures de stock. En 2012 et 2013 on a enregistré la rupture de certains antigènes comme le BCG, VPO, VAR et VAT pendant la période de décembre 2012 à février 2013. En 2015 les antigènes suivants ont connu une rupture : le BCG pour 2 mois à tous les niveaux, le VPO pour 15 jours au niveau central et le VAT pour 2 mois à tous les niveaux.

Du point de vue assurance qualité, l'Autorité Nationale de Régulation (ANR) existe mais malheureusement ne remplit pas pleinement toutes les fonctions recommandées telle que l'analyse de la qualité des antigènes. C'est ainsi, dans le cadre de l'indépendance vaccinale et afin de garantir la qualité des vaccins, le Gouvernement commande les vaccins à travers l'UNICEF.

3.3.2 Situation des équipements de la chaîne du froid

L'inventaire réalisé en 2016 a dénombré un total de 622 équipements dont 19% fonctionnent au pétrole, 13% à l'électricité et 67% solaire dont 38% SDD et 29% avec batterie. Sur les 622 équipements, 64% marchent bien, 22% sont en panne et 14% marchent avec nécessité de réparation. Selon la répartition par âge, 54% ont moins de 5 ans, 37% ont un âge compris entre 5 et 10 ans et 9% ont plus de 10 ans. En ce qui concerne la répartition selon les normes, 46% des équipements répondent aux normes PQS, 48% aux normes PIS et 4% sont domestiques.

3.3.3 Capacités de stockage (Chaîne de froid)

3.3.3.1 Niveau central

▪ Etat des lieux

Le dépôt central dispose de 5 chambres froides positives d'une capacité brute totale de 115,000 litres et d'une chambre froide négative d'une capacité brute de 20,000 litres. Parmi les chambres froides positives, deux (02) ne disposent pas d'unités frigorifiques comme recommandé par l'OMS. Les capacités nettes de stockage sont représentées dans le tableau ci-dessous

Tableau 4: Capacité de stockage requise en positif au niveau central (litres)

		ANNEE					2021
		2016	2017	2018	2019	2020	
A	Volume total des vaccins en stockage positif	8510 litr	16,722 litr	42,127 litr	46,155 litr	49,354 litr	60,098 litr
B	Capacité positive totale nette existante	14,500 litr	14,500 litr	14,500 litr	14,500 litr	14,500 litr	14,500 litr
C	Gap	-8118 litr	-1958 litr	17,095 litr	20,117 litr	22,516 litr	30,573 litr

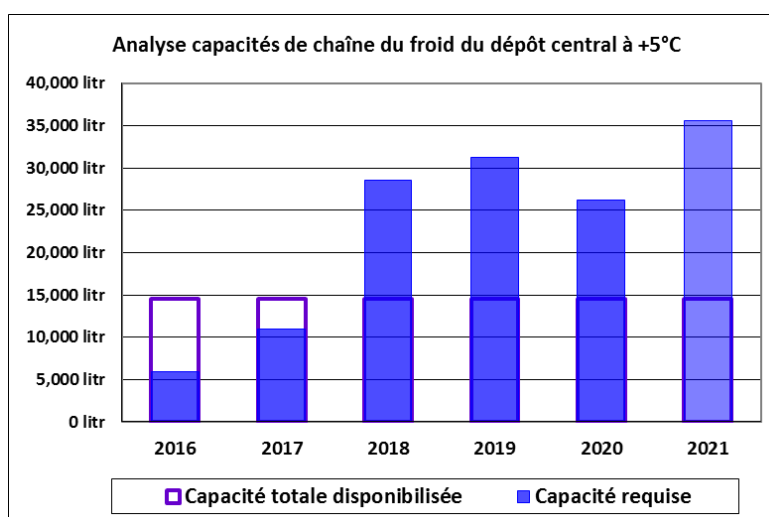


Figure 4: Analyse capacité de stockage positive du niveau central jusqu'en 2021

Les données du Tableau 4 et du Graphique 13 ci-dessus montrent que les capacités actuelles des chambres froides positives sont suffisantes pour le stockage des vaccins du PEV de routine en 2016 et 2017 même avec l'introduction du PCV13.

Cependant, les 2 chambres froides de 10m³ et 15m³ ne répondant plus aux normes recommandées par l'OMS doivent être retirées. Quatre groupes frigorifiques sont en commande pour le remplacement des unités frigorifiques des 2 chambres froides de 30m³ et celles de la chambre froide négative.

Le niveau central dispose également de 15 réfrigérateurs TCW 1152 (d'une capacité totale de 2535 litres) qu'il faudra redéployer dans les districts où l'électricité est disponible au moins 8 heures par jour.

À partir de 2018, avec l'introduction des vaccins Rota, Men A, RR, et HPV), on note un déficit en capacités nettes requises. Le pays envisage également l'introduction du vaccin Ebola à partir de 2017 si disponible.

En ce qui concerne la capacité de stockage en négatif servant pour le stockage du vaccin polio, elle est suffisante pour couvrir les besoins jusqu'en 2021.

Tableau 5: Capacité de stockage requise en négatif au niveau central (litres)

		Années					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
A	Volume total des vaccins en stockage positif	2139 litre	1846 litre	1992 litre	2036 litre	2080 litre	2126 litre
B	Capacité positive totale nette existante	3,800 litre	3,800 litre	3,800 litre	3,800 litre	3,800 litre	3,800 litre
C	Gap	-2,464 litre	-2,723 litre	-2,638 litre	-2,613 litre	-2,586 litre	-2,560 litre

Aucune des chambres froides ne dispose d'enregistreurs continus de température. Les glacières utilisées par le niveau central à l'intérieur du pays sont insuffisantes pour le transport du pic maximum de vaccins. Une commande est actuellement en cours pour i) renforcer les capacités en glacières ; ii) doter les chambres froides en enregistreur continu de température adapté.

▪ Besoins en équipements additionnels

Au niveau central, les gaps en capacité de stockage identifiés seront comblés par l'acquisition et l'installation d'une chambre froide positive de 40m³ en 2017 pour l'introduction du PCV 13 et du Rota en 2018 et d'une chambre froide de 60m³ pour l'introduction du MenA et HPV en 2019. Ceci évitera l'installation d'une chambre froide supplémentaire en 2021.

Tableau 6: Capacité de stockage requise en réfrigération au niveau central (litres)

	Niveau central					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Capacité nette de stockage requise de CdF (litres)	5,976 litre	6,298 litre	16,512 litre	31,649 litre	27,047 litre	34,644 litre
Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	14,500 litre	14,500 litre	14,500 litre	14,500 litre	14,500 litre	14,500 litre
les nouveaux équipements prévus (litres)	- 8,524 litre	- 8,202 litre	2,012 litre	17,149 litre	12,547 litre	20,144 litre
Types d'équipements suggérés de chaîne du froid			1 ChF positive-40m ³	1 ChF positive-60m ³		

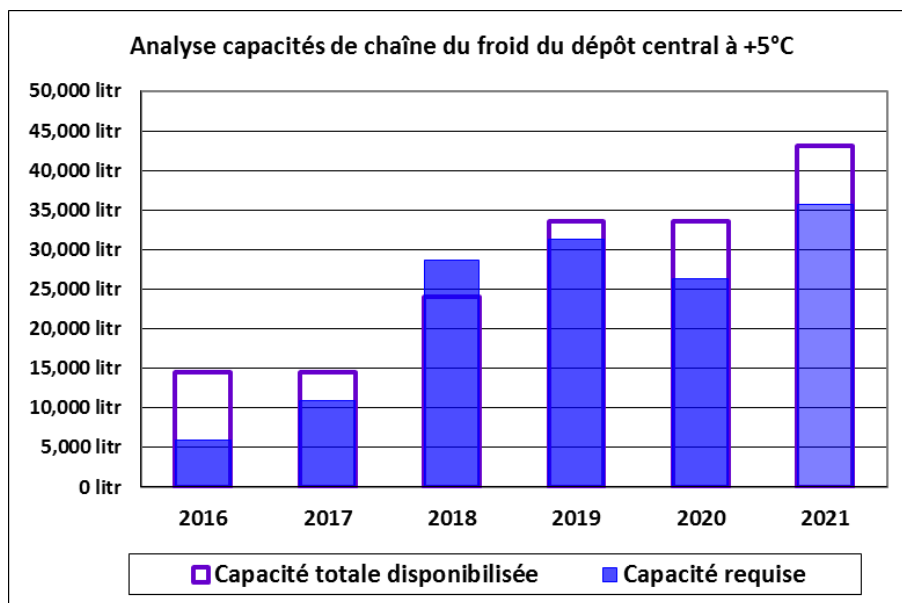


Figure 5 : Analyse capacité de stockage chambres froides positives du niveau central jusqu'en 2021

Une chambre froide de 40m³ étant en instance d'installation d'ici la fin de l'année 2016, il restera l'acquisition et l'installation de la chambre froide positive de 60m³ en 2018 pour l'introduction du Rota et du Men A en 2019.

3.3.3.2 Niveau des dépôts intermédiaires (Régions sanitaires)

Bien que les 8 dépôts régionaux ne soient pas impliqués dans la chaîne d'approvisionnement actuelle, ils disposent d'un réfrigérateur et d'un congélateur ou sont stockés les stocks tampons pendant les AVS. L'une des principales recommandations de la GEV de 2011 était la création de 3 dépôts sub-nationaux avec l'installation de chambres froides solaires de 10m³ à Kankan, Labé et Nzérékoré en vue d'améliorer le système de la chaîne d'approvisionnement. Pour répondre à cette recommandation, 03 chambres froides de 20m³ chacune, acquises avec l'appui du FNUAP, ont été installées dans ces régions. Trois groupes électrogènes ont également été installés. Malheureusement ces chambres froides n'ont jamais pu être utilisées par le programme par absence d'électricité et de carburant pour le fonctionnement des groupes électrogènes. La solarisation de ces 3 chambres froides est en cours avec l'appui de l'Unicef.

Tableau 7: Capacité additionnelle de stockage requise en réfrigération au niveau régional (litres)

Niveau	Nom dépôt	Capacité additionnelle de stockage en réfrigération					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Regional	Boke	108 litr	143 litr	725 litr	1,367 litr	1,471 litr	1,597 litr
Regional	DSVCO	89 litr	143 litr	1,040 litr	2,031 litr	2,190 litr	2,385 litr
Regional	Faranah	153 litr	7 litr	683 litr	1,600 litr	1,480 litr	1,334 litr
Regional	Kankan	- 3,123 litr	- 3,037 litr	- 1,611 litr	- 39 litr	214 litr	524 litr
Regional	Kindia	477 litr	544 litr	1,664 litr	2,897 litr	3,096 litr	3,339 litr
Regional	Labé	- 3,460 litr	- 3,417 litr	- 2,702 litr	- 1,915 litr	- 1,787 litr	- 1,632 litr
Regional	Mamou	81 litr	74 litr	451 litr	2,000 litr	1,906 litr	1,792 litr
Regional	Nzerekore	- 3,233 litr	- 3,160 litr	- 1,966 litr	- 650 litr	437 litr	178 litr

Le statut des capacités disponibles et requises des dépôts de stockage au niveau régional jusqu'à 2020 sont présentées dans le tableau ci-dessous :

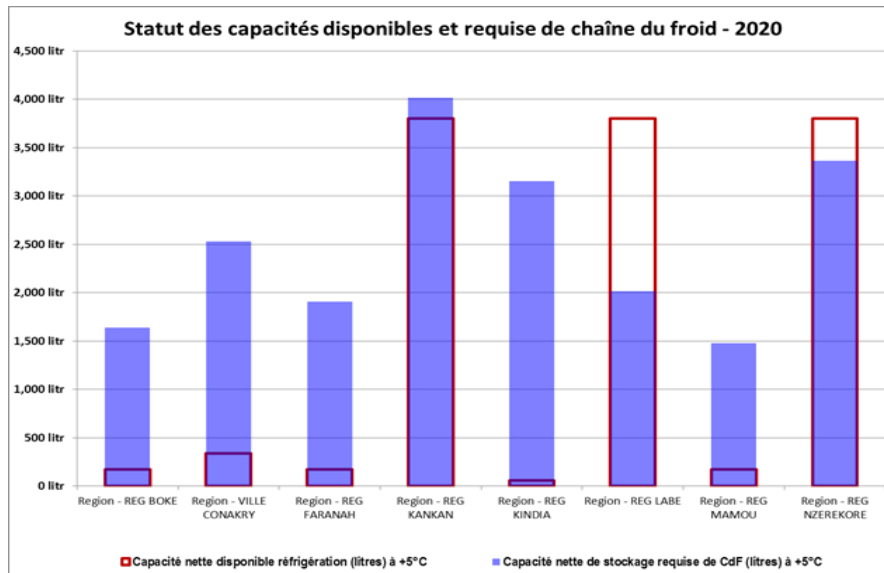


Figure 6: Statut des capacités disponible et requise de chaîne du froid au niveau régional jusqu'en 2020

L'analyse du graphique 13 montre que la capacité de stockage est insuffisante pour le calendrier actuel du PEV et pour l'introduction des nouveaux vaccins dans 6 des régions sanitaires. Elle est suffisante dans seulement 2 des régions sanitaires (Labé et Nzérékoré) jusqu'en 2021. La région de Kankan a une capacité de stockage suffisante jusqu'en 2019. Ces 3 dernières régions correspondent aux dépôts sub-nationaux disposant de chambres froides de 20m³.

Ces gaps de capacité de stockage dégagent des besoins en équipements pour le stockage en positif représentés dans le Tableau ci-dessous :

Tableau 8: Besoins en équipements de réfrigération par région de 2016 à 2021

		Nbre et types équipements requis de réfrigération					
Niveau	Nom du depot	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Regional	Boke	1 TCW3000 SDD		1 ChF positive-10m ³			
Regional	DSVCO	1 TCW3000 SDD		1 ChF positive-10m ³			
Regional	Faranah	1 TCW3000 SDD		1 ChF positive-10m ³			
Regional	Kankan					1 TCW3000 SDD	1 ChF positive-10m ³
Regional	Kindia	1 ChF positive-15m ³					
Regional	Labe						
Regional	Mamou	1 TCW3000 SDD		1 ChF positive-10m ³			
Regional	Nzerekore						

Cependant, pour éviter les doublons et diminuer les couts d'investissement et de fonctionnement, les directions communales de la sante relevant de la DSVCO (Conakry) pourront s'approvisionner directement au niveau central. Toujours dans le même sens, il serait plus judicieux d'opter pour les 3 dépôts sub-nationaux disposant déjà chacune d'une chambre froide de 20m³. Compte tenu de la non disponibilité de l'électricité dans les régions, la solarisation de ces chambres froides s'avèrent nécessaire.

Au niveau régional, le vaccin polio est stocké à température négative. Les capacités additionnelles sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 9: Capacité additionnelle de stockage en congélation au niveau régional (litres) de 2016 à 2021

		Capacité additionnelle de stockage en congélation					
Niveau	Nom du depot	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Regional	Boke	70 litr	60 litr	65 litr	66 litr	68 litr	69 litr
Regional	DSVCO	- 38 litr -	- 52 litr -	- 45 litr -	- 43 litr -	- 41 litr -	- 38 litr
Regional	Faranah	81 litr -	177 litr -	172 litr -	170 litr -	168 litr -	167 litr
Regional	Kankan	- 120 litr -	- 143 litr -	- 131 litr -	- 128 litr -	- 124 litr -	- 121 litr
Regional	Kindia	- 35 litr -	- 54 litr -	- 45 litr -	- 42 litr -	- 39 litr -	- 36 litr
Regional	Labe	85 litr -	197 litr -	192 litr -	190 litr -	188 litr -	186 litr
Regional	Mamou	- 82 litr -	- 91 litr -	- 87 litr -	- 85 litr -	- 84 litr -	- 83 litr
Regional	Nzerekore	- 147 litr -	- 167 litr -	- 157 litr -	- 154 litr -	- 151 litr -	- 148 litr

Le tableau 16 présente ci-dessous présente les besoins en équipements de congélation :

Tableau 10: Besoins en équipements de congélation au niveau régional par année

Niveau	Nom du depot	Nbre et types équipements requis de congélation					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Regional	Boke	1 MF314					
Regional	DSVCO						
Regional	Faranah	1 MF314					
Regional	Kankan						
Regional	Kindia						
Regional	Labe	1 MF314					
Regional	Mamou						
Regional	Nzerekore						

Seules les régions de Boké, Faranah et Labé ont un besoin en équipement de la chaîne du froid pour le stockage du vaccin polio.

La Guinée envisage une étude d'ici la fin de l'année 2016 afin d'optimiser sa chaîne d'approvisionnement. Les résultats de cette évaluation détermineront l'option à mettre en place au niveau intermédiaire et périphérique pour améliorer le système de distribution et éviter ainsi les nombreuses ruptures de vaccins constatées çà et là.

3.3.3.3 Niveau district

Le pays compte au total 38 districts sanitaires. Ils sont approvisionnés par le niveau central à un rythme trimestriel. Chaque district dispose d'un réfrigérateur pour le stockage de tous les vaccins avec une faible capacité de stockage. Le statut des capacités de stockage disponibles au niveau des districts sont représentées dans tableau 9 ci-dessous:

:

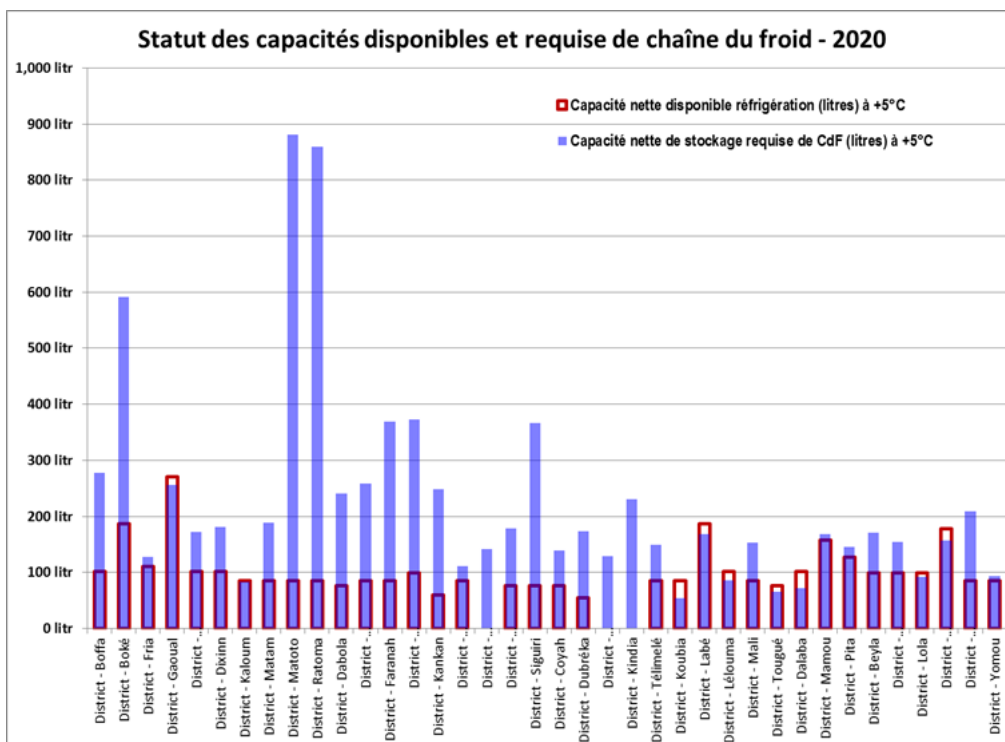


Figure 7: Statut des capacités disponible et requise de chaîne du froid au niveau régional jusqu'en 2020

Tableau 11: Capacité additionnelle de CdF avec les capacités existantes (litres)

Niveau	Nom dépôt	Capacité additionnelle de stockage en réfrigération					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
District	Boffa	- 55 litre	- 49 litre	50 litre	158 litre	176 litre	197 litre
District	Boké	- 87 litre	- 74 litre	135 litre	366 litre	404 litre	450 litre
District	Fria	- 88 litre	- 86 litre	40 litre	10 litre	18 litre	28 litre
District	Gaoual	- 228 litre	- 222 litre	131 litre	32 litre	15 litre	5 litre
District	Koundara	- 73 litre	- 69 litre	8 litre	59 litre	70 litre	83 litre
District	Dixinn	- 71 litre	- 67 litre	3 litre	67 litre	79 litre	93 litre
District	Kaloum	- 71 litre	- 69 litre	40 litre	7 litre	2 litre	4 litre
District	Matam	- 53 litre	- 49 litre	18 litre	93 litre	104 litre	119 litre
District	Matoto	64 litre	83 litre	395 litre	741 litre	796 litre	864 litre
District	Ratoma	60 litre	79 litre	384 litre	720 litre	774 litre	841 litre
District	Dabola	- 35 litre	- 30 litre	56 litre	150 litre	165 litre	184 litre
District	Dinguiraye	- 41 litre	- 36 litre	56 litre	157 litre	173 litre	193 litre
District	Faranah	- 23 litre	- 15 litre	117 litre	261 litre	284 litre	313 litre
District	Kissidougou	- 36 litre	- 28 litre	105 litre	251 litre	274 litre	303 litre
District	Kankan	- 10 litre	- 6 litre	80 litre	173 litre	189 litre	207 litre
District	Kérouané	- 62 litre	- 61 litre	22 litre	19 litre	26 litre	35 litre
District	Kouroussa	29 litre	31 litre	79 litre	133 litre	141 litre	152 litre
District	Mandiana	- 40 litre	- 37 litre	25 litre	92 litre	103 litre	116 litre
District	Siguiré	- 2 litre	4 litre	130 litre	268 litre	290 litre	317 litre
District	Coyah	- 48 litre	- 46 litre	2 litre	55 litre	63 litre	74 litre
District	Dubréka	- 20 litre	- 17 litre	42 litre	107 litre	118 litre	131 litre
District	Forécariah	26 litre	28 litre	73 litre	121 litre	129 litre	139 litre
District	Kindia	47 litre	50 litre	130 litre	217 litre	231 litre	248 litre
District	Télimélé	- 55 litre	- 52 litre	1 litre	55 litre	65 litre	76 litre
District	Koubia	- 74 litre	- 73 litre	55 litre	35 litre	32 litre	27 litre
District	Labé	- 153 litre	- 150 litre	93 litre	30 litre	19 litre	6 litre
District	Lélouma	- 85 litre	- 83 litre	54 litre	21 litre	16 litre	10 litre
District	Mali	- 54 litre	- 52 litre	1 litre	59 litre	68 litre	79 litre
District	Tougué	- 63 litre	- 62 litre	39 litre	15 litre	11 litre	6 litre
District	Dalaba	- 87 litre	- 86 litre	62 litre	34 litre	30 litre	25 litre
District	Mamou	- 123 litre	- 120 litre	63 litre	0 litre	11 litre	24 litre
District	Pita	- 97 litre	- 95 litre	45 litre	10 litre	19 litre	30 litre
District	Beyla	- 64 litre	- 62 litre	3 litre	62 litre	73 litre	85 litre
District	Guéckédou	- 68 litre	- 66 litre	13 litre	46 litre	55 litre	66 litre
District	Lola	- 80 litre	- 79 litre	47 litre	12 litre	7 litre	0 litre
District	Macenta	- 146 litre	- 144 litre	90 litre	31 litre	21 litre	9 litre
District	Nzérékoré	- 43 litre	- 40 litre	32 litre	111 litre	124 litre	139 litre
District	Yomou	- 66 litre	- 65 litre	33 litre	2 litre	8 litre	15 litre

Le Graphique 14 et le Tableau 18 montrent que les capacités de stockage sont suffisantes dans neuf (09) districts sur les 38 que compte le pays. La capacité des 29 autres doit être renforcée pour l'introduction des nouveaux vaccins à partir de 2018. Les nombres et types d'équipement requis en réfrigération au niveau district sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 12: Nombre et types d'équipements requis de réfrigération

Niveau	Nom dépôt	Nbre d'équipements requis de réfrigération					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
District	Boffa			1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Boké			1 TCW3000 SDD	2 TCW3000 SDD	2 TCW3000 SDD	2 TCW3000 SDD
District	Fria						1 TCW3000 SDD
District	Gaoual						
District	Koundara				1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Dixinn				1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Kaloum						
District	Matam				1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Matoto	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	2 TCW3000 SDD	4 TCW3000 SDD	1 ChF positif e-5m3	5 TCW3000 SDD
District	Ratoma	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	2 TCW3000 SDD	4 TCW3000 SDD	4 TCW3000 SDD	1 ChF positif e-5m3
District	Dabola			1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Dinguiraye			1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Farannah			1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	2 TCW3000 SDD	2 TCW3000 SDD
District	Kissidougou			1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	2 TCW3000 SDD
District	Kankan			1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Kérouané					1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Kouroussa	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Mandiana			1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Siguiri			1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	2 TCW3000 SDD	2 TCW3000 SDD
District	Coyah				1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Dubrèka			1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Forécariah	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Kindia	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Télimélé				1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Kouibia						
District	Labé						
District	Lélouma						
District	Mali				1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Tougué						
District	Dalaba						
District	Mamou						1 TCW3000 SDD
District	Pita						1 TCW3000 SDD
District	Beyla				1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Guéckédou				1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Lola						
District	Macenta						
District	Nzérékoré			1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD	1 TCW3000 SDD
District	Yomou						
Total		5	5	18	31	38	39

3.3.3.4 Niveau Centre de santé

Un total de 413 centres de santé offre les services de vaccination. Chaque centre est équipé d'un réfrigérateur pour le stockage des vaccins.

L'inventaire réalisé en 2016 a recensé 485 équipements dont 482 réfrigérateurs et 3 congélateurs. Parmi ces réfrigérateurs, 65 soit 13% marchent avec nécessité de réparation et 89 soit 18% en arrêt pour panne. Bien que le pays soit engagé dans le système solaire depuis 2007, 118 soit 27% des réfrigérateurs au niveau centre de santé fonctionnent au pétrole. 288 soit 47% répondent aux normes PQS et 320 soit 294 soit 52% sont non PQS. Seulement 52% ne répondent pas aux normes PQS. Ci-dessous la situation des réfrigérateurs à remplacer au niveau des centres de santé dans chaque région :

Tableau 13: Nombre d'équipements à remplacer au niveau centre de sante de 2017 à 2021

Region sanitaire	Equipement a remplacer par année au niveau centre de santé				
	2017	2018	2019	2020	2021
Boke	0	0	5	3	3
Conakry	14	1	0	5	1
Faranah	5	3	4	4	1
Kankan	38	2	2	4	7
Kindia	8	0	1	3	3
Labe	16	2	5	2	2
Mamou	25	0	4	0	0
Nzerekore	15	6	5	6	4
Total	121	14	26	27	21

Les raisons qui justifient le remplacement/ renouvellement des réfrigérateurs au niveau centre de santé sont principalement la durée de vie, les pannes récurrentes et la non-conformité des équipements aux normes PQS (équipements domestiques et fonctionnant au kérosène).

Il faut signaler que le pays compte 935 postes de santé et structures privées/confessionnelles qui ne disposent pas de réfrigérateur. Dans le cadre du renforcement de la fiabilité de la chaîne du froid et afin de se conformer aux normes PQS, le pays est engagé dans le processus de remplacement progressif de tous les équipements en panne, fonctionnant au kérosène et ceux non homologués. Aussi, depuis le début de l'année 2016, 159 réfrigérateurs solaires, 3007 porte-vaccins et 38 glacières ont été commandés et réceptionnés dans le pays.

L'un des principaux objectifs du Ministère de la Santé est d'augmenter la couverture des centres de santé d'ici 2020. Il envisage de ce fait doter tous les postes de santé en équipements de la Chaîne du Froid afin d'atteindre chaque enfant.

La dotation des nouveaux centres de santé en réfrigérateurs et le remplacement des équipements en panne, ceux qui sont vétustes et les hors normes se feront sur la base de l'inventaire par ordre de priorité avec des critères bien définis. Quatre ordres de priorités ont été établis:

- Priorité 1 : Centres de santé non encore équipés en réfrigérateurs,
- Priorité 2 : Centres de santé disposant de réfrigérateurs en panne (PQS et non PQS) ;
- Priorité 3 : Centres de sante avec réfrigérateurs qui ont plus de 10 ans d'âge ;
- Priorité 4 : Centres de sante avec réfrigérateurs non PQS qui ont moins de 10 ans d'âge.

La capacité en positif sera étendue, car il est prévu l'installation d'une chambre froide supplémentaire au deuxième semestre de 2016 de 40 m³ et aussi l'utilisation de la chambre froide de 40m³ de la Région de Conakry installée en 2013 par l'UNFPA qui est dans la même enceinte que le PEV.

3.3.4 Gestion des vaccins

3.3.4.1 Description de la gestion des vaccins

Au niveau central, l'utilisation d'un système informatisé SMT permet le suivi des stocks, mais la saisie des sorties ne se fait pas au jour le jour ce qui crée un décalage entre le stock théorique et celui physique. Ce problème est dû à une insuffisance de personnel et de formation du personnel existant. La gestion des stocks n'est pas informatisée aux niveaux région et district sanitaire. Elle est uniquement manuelle à travers le remplissage des registres ou fiches de stock, des bons de commande/livraisons pour les districts sanitaires et des centres de santé. Ces outils ne sont pas harmonisés et on note une insuffisance d'informations utiles comme l'Etat de la PCV, le numéro de lot, le fabricant etc....

3.3.4.2 Evaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV)

En début 2016, une évaluation de la gestion efficace des vaccins et de chaîne du froide a été conduite. Les principaux résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 14: Résultats globaux de l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins en Guinée

Critères GEV	Guinée - niveaux chaîne d'approvisionnement				Score global
	National	Regional	District	Service	
Score global	33%	24%	46%	44%	37%
E1: Arrivage/Reception vaccins	32%				32%
E2: Temperature	14%	39%	45%	43%	32%
E3: capacite de stockage	85%	57%	53%	61%	63%
E4: Batiments, Equipements	54%	66%	72%	70%	65%
E5: Maintenance	31%	24%	43%	53%	36%
E6: Gestion des stocks	60%	10%	42%	41%	32%
E7: Distribution	18%	13%	36%	35%	23%
E8: gestion des vaccins	79%	50%	67%	57%	62%
E9: SIG & Fonctions d'Appui	45%	27%	36%	27%	33%
Légende:			Echantillonnage:		
80% & plus: Suivi & maintenance			Niveau de confiance: 80%		
60% à 80%: Plan d'amélioration			Précision: +/- 10%		
moins de 60%: Action urgente					

Il en ressort qu'à tous les niveaux, les critères d'appréciation n'atteignent pas le seuil de 80% comme recommandé par l'OMS. Seule le critère E3 relatif à la "Capacité de stockage" au niveau central obtient un score de 85%.

Les principales recommandations formulées suite à cette évaluation sont :

1. Renforcer le personnel de la logistique du PEV par le recrutement/affectation et la formation de 4 cadres qui seront chargés respectivement des aspects logistiques (Suppléant a la responsable logistique), de la gestion des vaccins et de la chaîne du froid logistiques du programme et de la gestion des données ;
2. Former au moins 2 cadres nationaux aux cours LOGIVAC ;
3. Former tout le personnel impliqué dans la gestion des vaccins et chaîne du froid en Gestion Efficace des Vaccins ;

4. Assurer des supervisions formatives régulières de qualité à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ;
5. Elaborer et mettre en place des PON à tous les niveaux ;
6. Equiper les chambres froides positives et négatives du niveau central d'enregistreurs continus de température ;
7. Renforcer les capacités de stockage positives du niveau central avec 2 chambres froides positives pour l'introduction des nouveaux vaccins ;
8. Conduire une évaluation pour le remodelage de la chaîne d'approvisionnement ;
9. Doter les dépôts régionaux et de districts en matériel informatique pour la généralisation de l'utilisation régulière des outils de gestion et de monitoring des vaccins et consommables (SMT & DVD_MT) ;
10. Equiper chaque réfrigérateur d'un enregistreur continu et doter les structures de moniteur de température pour le transport des vaccins ;
11. Equiper et tester régulièrement les dépôts de stockage des vaccins d'extincteur ;
12. Renforcer les capacités de stockage des districts pour accommoder la demande maximale en vaccins pour le PEV de routine et en prévision de l'introduction des nouveaux vaccins ;
13. Doter le PEV d'un site propre à lui et sécurisé afin de lui permettre d'optimiser son fonctionnement, notamment la gestion sécurisée de la chaîne d'approvisionnement ;
14. Réaliser une étude de modélisation de la chaîne d'approvisionnement.

3.3.5 Logistique

3.3.5.1 Transport

Au niveau central le parc automobile pour l'approvisionnement compte 5 véhicules (01 de 10 tonnes, 02 de 5 tonnes, 01 de 4 tonnes et 01 de 11 tonnes). Il faut signaler que 4 de ces véhicules sont déjà amortis. Le niveau central dispose également de 5 véhicules tout terrain pour la supervision. La capacité de transport pour l'approvisionnement en vaccins et consommables est insuffisante pour un approvisionnement optimal.

Au niveau régional et distincts le parc a été renforcé à la survenue de la maladie à virus Ebola ; il faut noter qu'il existe au moins deux véhicules par DRS et DPS. D'ici 2018 40% de ces véhicules seront amortis.

Chaque centre de santé a au moins 02 motos pour les activités d'approvisionnement, de stratégie avancée et de surveillance active. Néanmoins ces motos ne sont pas adaptées aux terrains.

3.3.5.2 Bâtiments

Au niveau central, on peut observer quelques fissures et le toit coule par endroit. Par ailleurs l'insuffisance de capacité de stockage fait que certains intrants sont exposés au risque de vol. Au niveau régional et district les bâtiments sont bien adaptés et entretenus. Tous les centres de santé disposent d'un bâtiment adapté et de la plus part d'un logement de fonction.

3.3.5.3 Maintenance

▪ Chaîne de froid

Au niveau central la maintenance de la chaîne de froid est assurée par un personnel recruté (contractuel) par le PEV mais le plus souvent il est contractualisé avec un privé. Tout ce personnel a bénéficié d'une mise à niveau pour l'installation des équipements solaires et de la maintenance préventive en 2014 par l'AMP/GAVI. Actuellement, le PEV bénéficie de l'assistance technique d'un technicien de la maintenance mis à disposition par Unicef. Le niveau régional bénéficie de l'appui technique de deux techniciens en maintenance préventive

recrutement localement. L'absence de pièces de rechange constitue un problème majeur pour la réparation à temps des équipements en panne, tant au niveau district sanitaire qu'au niveau centre de santé.

▪ Matériels roulants et Bâtiment

Le PEV ne dispose pas d'un plan de maintenance du matériel roulant et les bâtiments, ce qui ne le rend pas très opérationnel sur le terrain. Il s'avère urgent d'élaborer et assurer la mise en œuvre d'un plan de maintenance afin de pallier cette situation suscitée.

Par ailleurs, au niveau des centres de santé, certains bâtiments dégradés ont fait l'objet de rénovation entre 2015 et le début de 2016. Cet effort doit continuer pour donner des infrastructures adaptées.

En fin, aucun des véhicules, motos et bâtiments administratifs n'est assuré ni ne dispose de matériel anti incendie.

3.3.5.4 Sécurité de la vaccination

Il existe dans le pays une politique de sécurité des injections. Depuis 2002 le programme a introduit l'utilisation des seringues autobloquantes et des boîtes de sécurité dans 100% des structures de vaccination. Il existe des incinérateurs dans le pays mais le nombre est insuffisant pour couvrir les besoins, seulement...% sont fonctionnels. La carte ci-dessous présente la situation de la distribution nationale des incinérateurs installés et fonctionnels mars 2016.



Source : Compte Rendu de l'atelier National sur la gestion des déchets biomédicaux, mars 2016-Guinée.

Figure 8: Cartographie de la distribution nationale des incinérateurs installés et fonctionnels mars 2016.

Par ailleurs, l'incinération des boîtes de sécurité est confrontée aux difficultés d'approvisionnement en carburant. Par ailleurs l'élaboration d'un plan de gestion des déchets des districts sanitaires facilitera l'élimination correcte des déchets à risque infectieux.

3.4 GESTION DU PROGRAMME

3.4.1 Organisation générale du PEV

Le programme élargi de vaccination a pour rôle de :

- concevoir, de coordonner, de planifier, d'assurer le suivi et l'évaluation des activités de vaccination ;
- participer à la surveillance épidémiologique des maladies cibles du Programme élargi de vaccination en collaboration avec la Division prévention et la lutte contre la maladie ;
- organiser et de coordonner la riposte vaccinale en collaboration avec la Division prévention et la lutte contre la maladie dans les situations d'urgence et en cas d'épidémie où l'indication d'une vaccination est posée ;
- assurer l'approvisionnement en vaccins et consommables en collaboration avec le BND
- participer aux travaux de recherche sur les vaccinations ;
- apporter un appui technique aux structures déconcentrées dans la mise en œuvre des activités de vaccination.

La Coordination Nationale du PEV comprend : i) une coordination, ii) une section immunisation, iii) une section de suivi-évaluation et recherches et iv) une section communication et de mobilisation sociale. Cette coordination est accompagnée par un organe consultatif (CCIA), les comités nationaux de certification de l'éradication de la poliomyélite, de gestion des manifestations post immunisation (MAPI), le comité national de validation, du remplacement du VPO Trivalent par le VPO Bivalent (SWITCH) et le groupe technique consultatif pour la vaccination (GTCV) mis en place e 2018. Dans le cadre de la communication et de la mobilisation, la coordination bénéficie de l'appui des organisations de la société civile et de ses démembrements.

Une proposition d'organigramme détaillé du PEV a été réalisée par le Cabinet Deloitte en 2016, .un appuis technique par le cabinet Dalberg est affecté au PEV pour une période de 2 ans (2018 – 2019) sur financement de GAVI.

JSI en synergie d'action avec les autres partenaires notamment l'OMS et UNICEF a apporté un appui technique au niveau central et dans les régions (élaboration des documents stratégiques, planification, révision des outils de gestion, renforcement des capacités, le suivi évaluation et la logistique).

L'OMS et l'UNICEF ont apporté de l'assistance technique et financière, dans toutes les composantes du PEV.

L'appui de GAVI avec une nouvelle subvention du RSS 2 et le soutien à la vaccination pour la période 2017-2021 en cours de mise en œuvre ciblant en priorité les 21 districts sanitaires à faible performance répartis dans 8 Régions. Cette nouvelle subvention permettra de maintenir les acquis des subventions antérieures.

Les initiatives actuelles de l'Etat consiste au recrutement graduel de 2000 agents de santé par an, la mise en œuvre du compact national, l'accroissement de la subvention en faveur des structures sanitaires, l'engagement à rehausser progressivement la part du budget alloué au secteur de la santé de 4% en 2016 à 10 % d'ici 2020, l'alimentation conséquente de la ligne budgétaire et le décaissement effectif des fonds pour la vaccination. L'Etat entend également renforcer le cadre consultatif avec les partenaires techniques et financiers. Aussi, l'appropriation progressive par l'Etat des ressources domestiques du financement de la santé (mobilisation des ressources financières auprès du secteur minier, taxes sur la téléphonie mobile, le tabac, les produits pétroliers...). Toutes ces initiatives de collaboration vont dans le sens de la pérennité des investissements.

Au niveau intermédiaire et périphérique, la gestion du programme PEV est assurée par les directions régionales, préfectorales et chefs de centre de santé.

Niveaux régional et District

L'équipe régionale est chargée de la coordination de la mise en œuvre des activités de vaccination. Il s'agit notamment des activités d'appui à la planification, à la formation et la supervision du personnel du niveau district et des centres de santé. Les deux niveaux assurent également l'appui aux activités de communication et de monitoring selon les besoins identifiés.

Niveau Centre de santé

Le centre de santé est le niveau de plus opérationnel des activités de vaccination. Il assure l'offre des services de vaccination aux populations. La gestion du programme à ce niveau est sous la responsabilité du chef de centre de santé, appuyé par l'agent chargé de la vaccination et le comité de sante et d'hygiène du centre de santé.

3.5 GESTION ADMINISTRATIVE

En Guinée, le programme élargi de vaccination est une réalité depuis 1979. Il est intégré au système de santé à structure pyramidale (poste de santé, centre de santé, hôpital préfectoral, hôpital régional, hôpital national). La redynamisation du secteur s'est concrétisée avec le lancement des premiers centres de santé du Programme Elargi de vaccination, soins de santé primaire et médicaments essentiels (PEV / SSP / ME) à partir de 1988.

Les transferts de compétences dans les domaines de la santé dont la vaccination en faveur des populations cibles ainsi que la déconcentration administrative et la délégation de compétence, visent une meilleure implication de la communauté et des autorités locales dans la gestion des ressources des formations sanitaires.

3.5.1 Coordination et partenariat

La Coordination nationale du PEV/SSP coordonne l'ensemble des activités de vaccination sur toute l'étendue du territoire.

Le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) pour le Programme Elargi de Vaccination de Guinée a été créé par arrêté Ministériel du 19 janvier 2001. La version corrigée des textes de fonctionnement du CCIA est en attente d'approbation. Le Comité est fonctionnel et discute de toutes les activités relatives au PEV. Ce comité regroupe toutes les parties prenantes et est présidé par Monsieur le Ministre de la santé et son secrétariat est assuré par la section immunisation du PEV.

Il comprend comme membres, entre autres, les principaux partenaires extérieurs du PEV dont, Gavi, OMS, UNICEF, CDC, AMP, POSSaV, BMGF, JICA, ROTARY Club, USAID, Croix Rouge, HKI, BM UNFPA, PNUD, ... ainsi que les représentants des Directions Nationales du Ministère de la Santé, et d'autres Ministères. Le CCIA se réunit une (1) fois par trimestre pour l'analyse et le suivi de l'état d'avancement des activités du PEV dont ceux issus des supports fournis par GAVI.

Pour un meilleur fonctionnement du CCIA, il est envisagé une version révisée des textes règlementaires. Cette révision vise le relèvement du niveau de prise de décision par l'implication des représentants de l'Etat (Ministres, Secrétaires généraux, conseillers, Directeurs nationaux, etc.), des représentants des institutions partenaires et de la société civile. En effet, le CCIA s'engage à forger des partenariats solides en mobilisant et coordonnant les contributions et les ressources nationales et internationales pour les mettre au service du programme pour le bien-être de l'enfant.

Le Comité des Experts Polio, le Comité National de Certification et le Groupe Spécial de Confinement pour la Poliomyélite sont fonctionnels.

Le groupe technique consultatif créé par arrêté signé en juillet 2018 sera en charge d'apporter au Ministre de la Santé et aux responsables du Programme Elargi de Vaccination des orientations dans la définition et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de vaccination.

Les instances de coordination fonctionnent à tous les niveaux (Synthèse S/P, CTPS CTRS, CTC, Revue annuelle SSP).

La collaboration étroite existant entre les partenaires bi et multilatéraux et le Ministère de la santé est une opportunité pour la réalisation d'actions concertées et la conduite d'un fort plaidoyer en faveur des activités du PEV.

3.5.2 Gestion des Ressources Humaines et renforcement des capacités

3.5.2.1 Gestion des ressources humaines

En fonction du niveau de la pyramide sanitaire, le PEV bénéficie de l'appui d'un personnel permanent de l'Etat travaillant à temps plein d'une part et d'autre part des agents contractuels engagés par le Programme à travers le financement des partenaires. Ce personnel reste insuffisant à tous les niveaux, particulièrement dans les zones rurales tant par la qualité que la quantité. Un plan de recrutement des agents par le gouvernement est en cours d'exécution.

3.5.2.2 Renforcement des capacités des ressources humaines

Le renforcement des capacités est une priorité pour le PEV. Ainsi le programme prévoit toujours dans son plan d'action cette activité. Plusieurs cadres et agents ont bénéficié de formation sur la gestion du PEV, la surveillance des maladies, le Mid Level Management du PEV (MLM) et vaccinologie. Des efforts sont en cours pour l'intégration de l'enseignement de la gestion du PEV dans les curricula des écoles et instituts de formation de santé. Les activités de formation doivent être renforcées à tous les niveaux sur tous les aspects du PEV dans ce présent PPAC.

Malgré ces acquis, on note des insuffisances dans le domaine de la gestion administrative notamment, des insuffisances dans les descriptions de postes, les définitions de profils dans la plupart des structures de santé. A cela s'ajoute une rémunération jugée faible. Ce qui favorise les difficultés de fidélisation des agents dans les zones rurales et leur départ vers les grandes agglomérations, le secteur privé, les organismes internationaux, ONG et autres associations.

3.5.3 Planification

Le programme est à son 4^{ème} PPAC, le dernier étant celui de 2011-2015. En Guinée, les activités du PEV s'inscrivent dans les plans annuels de chaque région et district sanitaires et prennent en compte les activités de vaccination de routine, les AVS, la surveillance épidémiologique, le monitoring pour action, la communication et l'approvisionnement en vaccins et consommables.

La gestion des ressources humaines du programme s'inscrit dans le cadre général de la gestion des ressources humaines du ministère de la santé.

L'analyse de situation de la gestion des ressources humaines du programme faite dans ce document est abordée dans cinq (5) thématiques qui sont : i) gestion administrative, ii) gestion des effectifs, iii) formation, iv) supervision et v) motivation.

3.5.4 Supervision / Monitoring / Evaluation

Le suivi et l'évaluation sont des étapes nécessaires pour permettre de documenter les progrès et les insuffisances, afin d'opérer des révisions appropriées dans la mise en œuvre des activités. Cependant la mesure correcte du taux de couverture est une indication importante de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à ces infections. Le PEV va s'appuyer sur les données administratives de couverture vaccinale, mais aussi sur des études ponctuelles (enquêtes) qui sont régulièrement organisées comme par exemple l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), MICS et la revue externe du programme.

La norme recommandée pour la supervision est d'une sortie semestrielle du niveau central vers les régions et districts ; une sortie trimestrielle de la région vers les districts et mensuelle des districts vers les CS. L'interférence des activités des régions et districts par le niveau central, l'insuffisance de personne qualifiée dans les équipes cadre des districts et des régions, les faibles capacités de réactivité ne permettent pas toujours d'atteindre les objectifs du programme.

Le monitoring se fait à tous les niveaux à travers la collecte, l'analyse, l'interprétation, la diffusion et la rétro-information. Il se fait également lors des réunions semestrielles aux niveaux opérationnels et trimestriels des points focaux de surveillance avec l'appui du niveau central. Il faut cependant noter que ce monitoring tel qu'appliqué n'aide pas à une meilleure prise de décision pour l'amélioration de la performance du système.

Il existe au niveau national, régional et district des outils informatiques permettant le traitement des données.

Le DVD MT et le DHS2 ont été mis à la disposition des régions et districts mais leur utilisation n'est pas encore effective par insuffisance de formation. Les Centres de santé sont dotés de supports de collecte et d'analyse des données. L'analyse et l'interprétation des rapports de vaccination à tous les niveaux devraient permettre d'apprécier les indicateurs de gestion du programme. Cependant des insuffisances dans la gestion des données demeurent encore une préoccupation.

Par ailleurs, il existe une irrégularité dans la tenue des réunions mensuelles de rétro information par un manque d'appui financier.

3.5.5 Financement du programme

Le financement du système de santé apparaît aujourd'hui déficient, et le Gouvernement éprouve de nombreuses difficultés pour mobiliser des ressources additionnelles nécessaires pour consolider les acquis et améliorer les performances sanitaires, notamment pour le PEV.

Le PEV en Guinée reste très tributaire des financements extérieurs ; les vaccins sont essentiellement acquis grâce à ces financements sous forme de dons non remboursables. La Coopération Japonaise (JICA) a assuré le financement de la majorité des vaccins du PEV de routine en 2006, l'UNICEF et le Gouvernement de 2011 à 2017. Les équipements et le matériel de la chaîne de froid sont quant à eux financés par l'Etat, l'UNICEF, la JICA, ROTARY et l'OMS.

Dans le cadre d'une politique visant à financer progressivement l'approvisionnement en vaccins par des ressources nationales, l'initiative d'indépendance vaccinale a été mise en place depuis 2005 à travers un accord entre le Gouvernement Guinéen et l'UNICEF. Cet accord a été respecté à 100% en 2007 et 2008.

La crise socio politique que le pays a connue de 2009 à 2013 a négativement influencé sur la mise en œuvre de cet accord. Cependant de 2011 à 2013, l'Etat a dégagé respectivement 74 597 000 GNF, 555 645 600 GNF et 5 891 950 000 GNF pour l'achat des vaccins

Par rapport au cofinancement des nouveaux vaccins, l'Etat a honoré ses engagements de 2008 à 2017 malgré le retard de paiement.

La participation communautaire dans la gestion du programme se manifeste essentiellement par le système de recouvrement des coûts instauré au niveau des centres de santé en Guinée. Ce recouvrement de coût permettait de supporter certaines dépenses de fonctionnement du centre de santé (dépenses incompressibles et autres dépenses). Cependant depuis l'instauration de la politique de gratuite de certaines prestations (Soins obstétricaux, prise en charge du paludisme etc.), les centres éprouvent des difficultés de satisfaire les lignes susmentionnées.

3.6 COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

La communication se présente comme l'un des volets importants des programmes de développement. Elle est déterminante dans l'atteinte des objectifs du PEV et utilise 3 stratégies ci-après :

- le plaidoyer
- la mobilisation sociale et
- la communication pour le changement de comportement.

L'approche participative qui nécessite l'implication des parties prenantes, y compris les bénéficiaires doit être privilégiée pour une meilleure prise de conscience du problème de vaccination, pour ce faire, les participants ont été classés en trois parties.

Les participants primaires sont constitués de femmes enceintes, les mères et les gardiennes d'enfants 0-11 mois sont celles qui sont directement concernées par la vaccination et dont on attend un changement de comportement. Les mères sont les premières personnes en charge de l'enfant et de sa santé, les actions de communication sont plus concentrées sur elles, afin de développer des attitudes et des pratiques positives.

Les secondaires sont constitués par les individus et groupes qui exercent une influence à un titre ou à un autre sur ceux qui doivent changer de comportement. Ce sont : les pères, les beaux-parents, la famille élargie, les leaders d'opinions, les leaders religieux et coutumiers.

Le père: chef de famille, il est le décideur en matière de santé, surtout lorsqu'il est question de rechercher des soins à l'extérieur. Les religieux: l'islam est la religion la plus importante en Guinée. Elle représente plus de 90% de la population du pays, ce qui prouve que les religieux ont une place de choix dans notre société. L'agent communautaire : Il est le relayeur d'informations émanant du Centre de Santé. L'agent communautaire (ou relais communautaire) est une personne de la communauté, un trait d'union entre l'agent de santé et les populations.

Les tertiaires sont ceux à qui est dévolue la tâche de faciliter le changement de comportement les décideurs politico-administratifs, les agents de santé, les professionnels des médias, les enseignants et les personnalités de renommées.

Au cours de cette année 2016 un plan intégré de communication a été élaboré prenant en compte la vaccination de routine, la surveillance des maladies cibles, les campagnes de vaccination de masse et l'introduction des nouveaux vaccins.

La mise en œuvre de ce plan validé permettra d'améliorer l'adoption de comportements en faveur de la vaccination.

Il existe une unité de communication/mobilisation sociale au niveau de la Coordination Nationale du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Cette unité a pour mission de mettre en œuvre, suivre et évaluer les plans de communication pour le PEV au niveau central et déconcentré. Elle appuie la mise en œuvre des activités de communication à tous les niveaux.

L'unité Communication/mobilisation sociale développe les activités de communication en appui avec le Service National de promotion de la Santé. Ce service technique a le rôle de :

- Concevoir et coordonner toutes les activités de communication relatives au PEV de routine et des AVS ;
- Elaborer et mettre en œuvre les éléments de politique et de programmes d'action relatifs à la promotion de la santé ;
- Développer les activités IEC en collaboration avec les autres intervenants ;
- Jouer un rôle d'orientation, de coordination, d'harmonisation et de développement des messages, de contrôle de qualité des messages, des supports, des productions médiatiques, de suivi et d'évaluation.

Il existe depuis 1988, une cellule d'appui à la participation communautaire qui s'occupe aussi de l'aspect mobilisation sociale, dirigée par un cadre du Ministère de l'Administration du territoire et de la décentralisation.

L'épidémie de la MVE a mis la Guinée face à des défis dans le domaine sanitaire, mais aussi dans celui de la communication et de l'engagement communautaire. Des défis auxquels le pays n'était pas du tout préparé. L'expérience de 17 mois de lutte contre l'épidémie a révélé tous les déficits dont souffraient nos différentes structures.

L'UNICEF a dans toutes les phases de l'évolution de la riposte par rapport à l'épidémie apporte un appui à la coordination dans le domaine de la communication et de l'engagement communautaire à travers le déploiement de Mobilisateurs sociaux internationaux et nationaux dans tous les foyers actifs, soutenu l'engagement communautaire à travers les plateformes communautaires au niveau des préfectures et des sous-préfectures et des Unités opérationnelles (130 au niveau des communes de Conakry) et les 2549 membres de Comités de Veille Villageois. Cet appui a concerné aussi le renforcement des radios communautaires et le soutien en communication de toutes les campagnes de micro-cerclage. Il faut souligner la contribution importante des agences des nations unies (OMS, UNFPA, OIM), des ONG Nationales et Internationales (CDC, FICR, MSF, Internews, Media Impact, Relief international, Save the children, Fondation Hirondelle etc.) et des structures nationales de diffusion comme la RTG, synergie des radios, les radios rurales, les radios mobiles, URTELGUI. Toutes les interventions de communication ont pu se faire avec des fortunes/fonds divers avec l'appui financier des partenaires comme la Banque Mondiale, ECHO, la BID, l'USAID/OFDA, les fonds Japonais, Big Lottery Fund, SIDA, GFFO - KFW, Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, IrishAid, SIDA GFFO, KFW, etc.

Le 03 septembre 2015, le Mali a détecté un cas de polio virus dérivé. L'enfant est originaire du district de Siguiri dans la région de Kankan. A la suite de cette information, l'épidémie de virus Polio a été déclaré en Guinée et un plan de riposte a été élaboré et mis en œuvre. Depuis cette date, Sept (7) tours d'activité de vaccination supplémentaires (4 Journées Nationales de Vaccination et 3 Journées Locales de Vaccination) ont été organisés.

A la suite de ses AVS, plusieurs évaluations ont été menées (monitorage indépendant et LQAS) et ont montré les résultats suivants.

La première évaluation indépendante des campagnes, a mis en évidence des insuffisances à plusieurs niveaux y compris sur la qualité de la mise en œuvre des activités de communication. Le faible niveau d'information des parents avant le passage des vaccinateurs à Conakry (79%) sur le 4ème passage, en serait une illustration.

Le résultat du LQAS sur le 5ème passage montre que 28 districts sanitaires sur 38 ont un niveau d'information des parents inférieur à 90%.

A Conakry, seules 2 communes sur 5 ont eu un score d'information des parents satisfaisants. Sur les deux plus importantes communes qui sont Ratoma et Matoto les résultats sont de 50% et de 82% respectivement.

Parmi les causes de non vaccination, le LQAS a également mis en évidence que 37% des raisons de non vaccination sont liées à l'absence des enfants.

Toutes ces données montrent qu'en dépit des importantes ressources déployées pour la mobilisation sociale, le niveau d'information des parents reste faible et que les activités de communication ont encore un faible impact sur les changements de comportement en faveur de la vaccination.

Le faible niveau d'exécution des micro-plans de communication et des stratégies de vaccination constatés au fil des différentes campagnes organisées, justifient que les acteurs soient soutenus et accompagnés durant les différentes étapes de mise en œuvre des activités de communication.

La faible qualité des données de la communication qui sont remontées durant les campagnes reflète aussi de l'insuffisance des outils de collecte disponibles au niveau des structures sanitaires.

Le PEV en général bénéficie d'une faible visibilité, cependant on note une forte implication des leaders religieux et communautaires, de certaines ONG et associations des jeunes et des femmes surtout lors des campagnes de vaccination de masse. Pour mieux rattraper les enfants et lors des activités de vaccination supplémentaires le PEV utilise des Mobilisateurs Sociaux (MOSO). Toutefois on note une insuffisance de formation et de suivi/évaluation de ces derniers. Cependant, des efforts pour le renforcement des capacités des MOSO, à travers des messages ciblés et adaptés, et des supports de communication, doivent être fournis pour accroître la demande en vaccination dans le cadre du PEV de routine.

Cependant l'unité de communication souffre d'une insuffisance en ressources humaines formées dans le domaine de la communication pour la santé (communication pour la vaccination), la faible communication en faveur du PEV dans les médias est des défis à relever pour des meilleures performances du PEV ainsi que l'insuffisance de Formation, suivi, et évaluation des MOSO.

3.7 SYNTHÈSE DES FORCES ET FAIBLESSES

Tableau 15: Synthèse de l'analyse des forces et faibles par composantes du PEV

COMPOSANTE	FORCES	FAIBLESSES
<p>PRESTATION DE SERVICES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation des Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) telles que Polio, Rougeole, Méningite ; ▪ Organisation des activités d'intensification de la vaccination de routine (semaine mère-enfant) ; ▪ Organisation des campagnes de vaccination transfrontalières ; ▪ Utilisation des stratégies avancées de vaccination au niveau opérationnel pour améliorer la couverture ; ▪ Introduction de nouveaux vaccins (VPI) ; ▪ Réalisation du SWITCH pour le remplacement du tOPV par bOPV. ▪ Existence de la plateforme DHIS2 ▪ Existence des relais communautaire ▪ Existence des communes de convergence par endroit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible couverture géographique des sites fixes de vaccination ; ▪ Faible couverture vaccinale du PEV de routine après évaluation indépendante; ▪ Non maîtrise de la population cible pour la vaccination (Dénominateur) ; ▪ Taux d'abandon spécifique et global élevés (supérieurs à 10%) ; ▪ Faible qualité des AVS ; ▪ Faible implication des structures privées dans la vaccination; ▪ Insuffisance de ressources humaines compétentes pour les services de vaccination dans les zones rurales ; ▪ Faible promptitude et complétudes des rapports mensuels de vaccination et de surveillance ; ▪ Faible qualité des données remontées par le niveau opérationnel. ▪ Non implication de la communauté pendant la planification des SA.
<p>VACCINS, CHAÎNE DU FROID ET LOGISTIQUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation des évaluations de la Gestion Efficace des Vaccins (2011 et 2016) ; ▪ Existence du plan d'amélioration de la GEV couvrant la période 2016-2021 ▪ Réalisation d'un inventaire exhaustif des équipements de la chaîne du froid ▪ Disponibilité d'un plan de réhabilitation et d'un plan de maintenance ; ▪ Existence des plans d'approvisionnement des vaccins à tous les niveaux ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faibles scores des évaluations de la Gestion efficace des Vaccins (Score global : 37% en 2016); ▪ Retard dans l'approvisionnement des points de vaccination situés en zone rurale; ▪ Retard dans la mise à jour du SMT ne permettant pas le suivi effectif des stocks ; ▪ Insuffisance et faible utilisation du matériel informatique pour la gestion des données dans la plupart des régions et districts sanitaires ; ▪ Mauvaise gestion des vaccins à tous les niveaux (taux de perte élevés) ;

COMPOSANTE	FORCES	FAIBLESSES
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation des évaluations de la Gestion Efficace des Vaccins (2011 et 2016) ; ▪ Existence du plan d'amélioration de la GEV, d'un Inventaire et d'un plan de réhabilitation ; ▪ Existence des plans d'approvisionnement des vaccins à tous les niveaux ; ▪ Utilisation des logiciels DVD-MT et SMT au niveau central ; ▪ Existence des plans d'approvisionnement des vaccins à tous les niveaux ; ▪ Disponibilité régulière de certains antigènes ▪ Utilisation des logiciels DVD-MT et SMT au niveau central ; ▪ Existence des plans d'approvisionnement des vaccins à tous les niveaux ; ▪ Disponibilité régulière de certains antigènes ; ▪ Installation des réfrigérateurs solaires dans 100% des centres de santé de Conakry et de plus de 80% des centres de santé de l'intérieur du pays ; ▪ Existence d'une ligne budgétaire dédiée à l'achat des vaccins ; ▪ Adhésion du pays à l'initiative d'indépendance vaccinale ; ▪ Existence d'un mémorandum d'attente entre le Ministère de la santé et l'Unicef pour l'acquisition de vaccin de qualité ; ▪ Disponibilité d'un groupe électrogène de relais au niveau central ; ▪ Utilisation des outils de planification, de gestion de stocks ; ▪ Existence de 2 agents formés en maintenance au niveau national (à recycler) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance des capacités de stockage au niveau régional et périphérique surtout avec l'introduction des nouveaux vaccins ▪ Vétusté de certains matériels de CDF nécessitant un remplacement ▪ Insuffisance du personnel formé en maintenance ▪ La vétusté des groupes électrogènes de relais au niveau opérationnel ; ▪ Absence d'alarme réfrigérant au niveau de la chaîne du froid centrale ; ▪ Insuffisance des moyens logistiques pour l'approvisionnement, les supervisions et les stratégies avancées ; ▪ Insuffisance d'incinérateurs.

COMPOSANTE	FORCES	FAIBLESSES
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre de la politique de la sécurité des injections dans 100% de districts ▪ Disponibilité d'incinérateurs fonctionnels à l'hôpital national Donka, Ignace Denn dans certains régions et districts sanitaires ; ▪ Existence d'un parc logistique (véhicules de supervision, approvisionnement et motos pour le PEV). 	
<p>SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un point focal surveillance à tous les niveaux ; ▪ Disponibilité des supports de notifications des maladies cibles et des maladies sous surveillance ; ▪ Réseau de surveillance épidémiologique fonctionnel dans tout le pays ; ▪ Performance de la surveillance des PFA satisfaisante ; ▪ Bonnes performances de la surveillance basée sur le cas de la rougeole, la fièvre jaune, le TMN ; ▪ Amélioration des données de la SMIR ; ▪ Existence d'un laboratoire national pour la confirmation des cas de rougeole et fièvre jaune ; ▪ Existence d'un comité national de certification d'éradication de la poliomyélite; ▪ Existence d'un comité national d'experts polio ; ▪ Existence d'un système de surveillance PFA, rougeole et Fièvre Jaune basé sur le cas ; ▪ Existence d'un comité national MAPI. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de matériel informatique pour la gestion des données de surveillance dans la plupart des régions et districts sanitaires ; ▪ Insuffisance d'affichage des directives sur la définition des cas dans certaines formations sanitaires ; ▪ Existence de zones insuffisamment visitées ; ▪ Persistance de quelques cas de TMN, rougeole et fièvre jaune dans certaines régions ; • Faible capacité d'analyse locale des données ; • Insuffisance du monitoring des activités de surveillance ; • Non réalisation de la surveillance épidémiologique à base communautaire ; • Insuffisance de fonctionnalité du système de surveillance environnementale ; • Faiblesse dans la recherche et de notification des MAPI; • Faible fonctionnement du Groupe Spécial de Confinement de la Polio ; • Insuffisance de retro information des données de la surveillance.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un plan intégré de Communication du PEV ; ▪ Existence d'un protocole d'accord entre la société civile et le PEV pour la sensibilisation et la mobilisation sociale ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de ressources humaines formées dans le domaine de la communication pour la santé, y compris vaccination ;

COMPOSANTE	FORCES	FAIBLESSES
COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation des medias dans la mobilisation sociale pour les activités de mobilisation sociale pendant les campagnes de vaccination ; ▪ Existence des supports de communication en faveur des activités de vaccination ; ▪ L'existence des structures communautaires 'COSAH, COGES plates-formes ; ▪ Existence d'une Politique Nationale d'IEC et des directives ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de formation des agents de santé dans la communication interpersonnelle en PEV de routine ▪ Faible Communication en faveur du PEV dans les médias ; ▪ Insuffisance de communication sociale pour le PEV de routine ; ▪ Manque de support éducatif spécifique autour de la Vaccination (matériels IEC:/C4D) ; ▪ Absence de points focaux chargés de communication au niveau de district et régionaux ; ▪ Non valorisation des activités de théâtre dans le cadre de la vaccination ; ▪ Manque de partenariat entre les media et le ministère de la santé en faveur des activités de vaccination; ▪ Faible implication des Agents Communautaires dans la mobilisation sociale ▪ Absence de site internet et de bulletin d'information sur le PEV ; ▪ Faible documentation des bonnes pratiques en matière de communication sur le PEV ; ▪ Faible conservation des documents de vaccination (carte, carnet de santé...) par les parents ; ▪ Faible fonctionnalité des comités de santé à tous les niveaux ; ▪ Persistance des cas de refus lors des AVS ; ▪ Insuffisance dans la supervision et le suivi des activités de communication et de mobilisation sociale au niveau décentralisé.
GESTION DU PROGRAMME	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un Comité de Coordination Inter agences (CCIA) ; ▪ Organisation de réunions trimestrielles de suivi et d'évaluation du programme ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible intégration des activités avec d'autres intervenants (PNLP, PCIME, MSR...) ▪ Faible niveau de fonctionnement du CNC ;

COMPOSANTE	FORCES	FAIBLESSES
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence des instances de coordination fonctionnelles à tous les niveaux (Synthèse S/P, CTPS CTRS, CTC, Revue annuelle SSP) ; ▪ Disponibilité d'une équipe nationale formée au cours inter pays MLM ; ▪ Existence d'enseignants des facultés et d'autres écoles formés en Vaccinologie et à l'introduction des modules PEV dans les curricula de formation ; ▪ Formation de certains cadres en EPIVAC ; ▪ Existence d'un réseau EPIVAC ; ▪ Existence d'un fichier de monitoring informatisé des données de vaccination au niveau des régions et districts ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible collaboration du PEV avec les structures privées, la société civile et les structures de médecine traditionnelle ; ▪ Absence de sous-comités au sein du CCIA ; ▪ Insuffisance de mobilisation des ressources domestiques pour le PEV ; ▪ Faible absorption des ressources mise à disposition par les partenaires ; ▪ Faible capacités du pool de gestion financière ; ▪ Absence de point focal spécifique pour le PEV au niveau district et région sanitaires ; ▪ Insuffisance de formation des agents sur la gestion du PEV ; ▪ Insuffisance de formation des médecins chefs de district en Santé Publique, y compris la gestion du district ; ▪ Non validation et vulgarisation des Norme et Standards du PEV ; ▪ Non introduction du module du PEV dans le curriculum de formation dans les écoles de formation des agents de santé ; ▪ Absence d'un plan de Suivi et Evaluation du programme PEV ; ▪ Faible documentation des progrès réalisés dans le cadre de la vaccination ; ▪ Locaux inappropriés pour la coordination nationale du PEV, y compris les espaces de stockage des vaccins et du matériel de vaccination ; ▪ Insuffisance de la tenue des réunions trimestrielles, d'analyse et de retro-information ; ▪ Insuffisance de supervisions au niveau des régions et districts vers les Centres de santé.

3.8 OPPORTUNITES ET MENACES

Tableau I6: Analyse des opportunités et menaces

NIVEAUX	OPPORTUNITES	MENACES
NATIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement politique constant du Gouvernement et la forte implication des communautés dans la prise en charge de certaines dépenses de santé ; ▪ Fort engagement du parlement guinéen en faveur de la sante général et de la vaccination en particulier ; ▪ Reforme amorcée du système de recouvrement des coûts et de l'approvisionnement en Médicaments Essentiels ; ▪ Mise en place d'un Fonds de Garantie pour l'achat des vaccins et matériels de vaccination dans le cadre de l'initiative de l'indépendance vaccinale ; ▪ Existence d'un consortium des ONG/associations qui appuient la vaccination ; ▪ Multiplicité de structures de médias (radios rurales dans tous les districts, plusieurs radios privées qui sont décentralisées, télévisions privées...); ▪ Accord tripartite entre PEV, UNICEF et la POSSaV pour la mobilisation sociale ; ▪ Atteinte du point d'achèvement PPTE ; ▪ Existence du DSRP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance du paiement de la contrepartie de financement des vaccins de routine par l'Etat ; ▪ Impact global de la maladie à virus Ebola sur le système de santé, y compris la vaccination; ▪ Considérations socioculturelles défavorables vis-à-vis de la vaccination dans certaines zones ; ▪ Troubles sociopolitiques ; ▪ Impact de la flambée du prix du pétrole, sa disponibilité et sa mauvaise qualité pour les activités opérationnelles ; ▪ Faible couverture en électricité et coupures intempestives ▪ Mauvais état de routes ; ▪ Resurgescence des épidémies de Polio de dérivée vaccinale Type 2 et autres maladies évitables par la vaccination (rougeole, Coqueluche).
INTERNATIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence du programme de renforcement des services de santé (RSS/GAVI) ; ▪ Adoption de la Nouvelle Vision Stratégique Mondiale pour la vaccination; ▪ Appui technique et financier des partenaires (GAVI, UNICEF, OMS...) ▪ Harmonisation des interventions des partenaires pour le renforcement du système de santé (Fonds mondial et GAVI) ; ▪ Existence de cadre de concertation des PTF pour la vaccination. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rareté des ressources financières au niveau international

3.9 IDENTIFICATION DES PROBLEMES PRIORITAIRES

A. PRESTATIONS DE SERVICES

- Insuffisance d'offre et de continuité des services de vaccination ;
- 42% des districts (16/38) ont une couverture vaccinale DTCP3<90% et la CV nationale est de 60%, aussi, 29% des districts sanitaires (11/38) ont une CV en VAR<80% et la CV nationale en VAR est de 60% ;
- Non introduction des nouveaux vaccins planifiés dans le PPAC 2011 – 2015 dû à la faible performance du programme ;
- Faible qualité des activités de vaccination supplémentaires (AVS) liée à la mauvaise organisation et insuffisance de financement ;
- Faible qualité des données de vaccination et de surveillance.

B. VACCINS, CHAINE DE FROID ET LOGISTIQUE

- Faibles scores enregistrés pendant la GEV de 2011 et 2016
- Insuffisance de capacité de stockage a tous les niveaux
- Insuffisance dans la gestion des vaccins et consommables du PEV;
- Insuffisance dans la gestion de la chaîne de froid;
- Infrastructures et moyens de transports dédiés aux activités du PEV sont insuffisants
- Insuffisance dans la gestion des déchets .

C. SURVEILLANCE DES MALADIES CIBLES DU PEV

- Faible performance de la surveillance des maladies cibles du PEV ;
- Faible détection, notification et investigation des cas des maladies ciblent du PEV ;
- Insuffisance d'identification et de notification des cas de MAPI.

D. COMMUNICATION

- Communication en faveur du PEV est insuffisante.

E. GESTION DU PROGRAMME

- Coordination du programme est insuffisante ;
- Capacités opérationnelles du programme sont insuffisantes ;
- Ressources humaines qualifiées pour la mise en œuvre du programme restent insuffisantes ;
- Discontinuité des services de vaccinations dues aux pannes de la CDF ;
- Absence d'un plan de formation des agents sur le PEV ;
- Insuffisance de RH qualifiées pour la mise en œuvre du programme ;
- manque de la logistique roulante, faible motivation des agents) ;
- Insuffisance de véhicules de supervision au niveau central, régional et districts ;
- Insuffisance de la logistique roulante au niveau des Formations sanitaires ;
- Dépendance financière importante du programme vis-à-vis des financements extérieurs ;
- Non maîtrise de la contribution financière de la communauté à la mise en œuvre du programme.

4 PLAN PLURIANNUEL COMPLET 2016-2020

4.1 BUT ET OBJECTIFS

4.1.1 BUT

Parvenir à une couverture vaccinale universelle dans le pays afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile

4.1.2 OBJECTIFS

4.1.2.1 Objectif général

L'objectif général vise par le présent PPAC est à atteindre une couverture vaccinale de 90% pour tous les antigènes du PEV dans au moins 80% des districts sanitaires durant la période 2016-2020.

4.1.2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques ont été définis sur les domaines ci-après :

- Augmentation de la couverture vaccinale et réduction du taux d'abandon
- Introduction des nouveaux vaccins
- Amélioration de la qualité des activités de vaccination supplémentaires (AVS)
- Amélioration de la qualité des données de vaccination
- Amélioration de la gestion des vaccins, chaîne de froid et logistique
- Renforcement de la surveillance des maladies évitables par la vaccination
- Amélioration de la communication et mobilisation sociale
- Renforcement de la gestion du programme PEV

4.1.2.2.1 Augmentation de la couverture vaccinale et réduction du taux d'abandon

- *D'ici à 2020, augmenter la couverture des enfants complètement vaccinés (DTC3-Hepb3/Hib3 et en VAR) de 53,4% à au moins 90% au niveau national et à 80% dans tous les 38 districts sanitaires de façon équitable.*

Réduire l'écart entre les données administratives et les données d'enquête de couverture vaccinale du Penta3 de 45 points en 2017 à 10 points au moins en 2020

1. Soutenir les activités de collecte, d'analyse, de transmission, de diffusion, d'archivage et d'auto évaluation de la qualité des données (DQS) et de contrôle de qualité des données de santé (DQA) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en lien avec le Dhis2 et le DVD-MT ;
2. Appuyer la réalisation des activités de formation, de supervision intégrée, de monitoring décentralisé et de revues;
3. Réaliser des études et enquêtes pour l'évaluation des effets des interventions de santé et la compréhension des causes des goulots (Enquête CAP, Enquête d'Évaluation de couverture, Études socio-anthropologiques).

Tableau 17: Projection de couverture vaccinale en vaccins de 2016 à 2020

Antigènes	Couverture (%) année de base (2015)	Projection couverture vaccinale (%)				
		2016	2017	2018	2019	2020
BCG	85	85	90	95	95	95
DTC-HepB-Hib3	66	70	80	85	90	95
VPO3	71.6	80	90	95	95	95
VAR	63.5	70	80	85	90	NA
VAA	62.8	70	80	85	90	95
VAT2+/-	74	80	NA	NA	NA	NA

Sources : Enquête couverture vaccinale et JRF 2015_Guinée

Tableau 18: Objectifs de taux de pertes par antigène de 2016 à 2020

Antigène	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	20%	20%	20%	20%	20%
Rougeole	25%	20%	20%	20%	20%
Polio	15%	10%	10%	10%	10%
TT	10%	10%	10%	10%	10%
DTC-HepB-Hib	5%	5%	5%	5%	5%
Fièvre Jaune	10%	10%	10%	10%	10%
PCV-13	na	na	na	5%	5%
MenA	na	na	na	10%	10%
Rotavirus	na	na	na	5%	3%

4.1.2.2.2 Introduction de nouveaux vaccins

- D'ici fin 2020, 100% des Districts Sanitaires ont introduit les nouveaux vaccins contre le pneumocoque, le rota virus, HPV, RR, Ebola etc.

Tableau 19: Projection de couverture vaccinale pour les nouveaux introduits de 2016 à 2020

Antigènes	Couverture (%) année de base (2015)	Projection couverture vaccinale (%)				
		2016	2017	2018	2019	2020
PCV-13	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	80
Rota Virus	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	70
RR	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	60
VAR2	N/A	N/A	N/A	N/A	60	70
Td	N/A	N/A	82	85	88	90
MenAfriVac	N/A	N/A	N/A	N/A	85	90
HPV	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	90
Ebola	N/A	N/A	N/A	80	60	80

4.1.2.2.3 Activités de vaccination supplémentaires

- D'ici fin 2020, les AVS (Polio, rougeole, Méningite, Fièvre jaune, Tétanos) organisées atteignent au moins 95% de leurs cibles.

4.1.2.2.4 Qualité des données de vaccination

- D'ici fin 2020, au moins 90% des districts sanitaires fournissent des données de qualité en temps réel.

4.1.2.2.5 Vaccins, chaîne de froid et logistique

- D'ici fin 2020, augmenter de 37% à 80% la gestion efficace des vaccins (GEV) à tous les niveaux ;
- D'ici fin 2020, au moins 80% des districts disposent d'un système efficace de gestion des déchets respectant les normes OMS et environnementales

4.1.2.2.6 Surveillance des maladies évitables par la vaccination

- D'ici fin 2018, atteindre les indicateurs de surveillance des PFA dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite.
- D'ici fin 2020, atteindre les indicateurs de la surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune, de la méningite, de la coqueluche et de l'élimination du TMN.
- D'ici fin juillet 2020, atteindre au moins 60% des structures sanitaires qui notifient et rapportent les données sur les MAPI.

4.1.2.2.7 Communication

- D'ici fin 2020, 90% des individus et des collectivités comprennent l'intérêt des vaccins et réclament la vaccination en tant que droit et responsabilité.

4.1.2.2.8 Gestion du programme PEV

- Accroître de 52% à 70% la fonctionnalité des structures de coordination, de leadership, de gouvernance et de mobilisation des ressources à tous les niveaux de 2017- 2020

4.2 PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PPAC 2016-2020

A. PRESTATION DE SERVICES

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
D'ici à 2021, augmenter la couverture des enfants complètement vaccinés (DTC-Hepb-Hib3 et en VAR) de 53,4% à au moins 90% au niveau national et à 80% dans tous les 38 districts sanitaires de façon équitable	Mise en œuvre effective de l'approche ACD/ACC/ACE	Eriger 600 postes de santé / structures privées/associatives/confessionnelles/garnisons en sites fixes de vaccination	Medecin Chef de district					
		Former 2020 agents de santé (deux par sites de vaccination) sur la mise en oeuvre de l'approche ACD	Medecin Chef de district					
		Organiser des séances de vaccination en strategies avancées et mobiles dans 1010 sites de vaccination	Responsable du Centre de Sante					
		Organiser des activités de vaccination intensifiées (AVI): SAV/SSME, accélération	Medecin Chef de district					
		Organiser des séances trimestrielles d'échange et de monitoring entre la communauté et les services au tour de la vaccination	Medecin Chef de district					
		Organiser des supervisions formatives sur le terrain en vue de renforcer les capacités des prestataires pour des services de vaccination efficaces et de bonne qualité	Medecin Chef de district					
	Mise en oeuvre de l'approche de	Former les ECD et les CCS sur l'approche de financement base sur les résultats (FBR)	Coordinateur national du PEV					

A. PRESTATION DE SERVICES								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
	financement basé sur les résultats	Assurer la mise en oeuvre du plan d'action de l'approche FBR	Medecin Chef de district					
		Assurer les missions trimestrielles de monitoring et de supervision de la mise en oeuvre de l'approche FBR	Medecin Chef de district					
		Assurer des évaluations annuelles de la mise en oeuvre de l'approche FBR	Medecin Chef de district					
	Soutien à l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine	Elaborer et soumettre les plans validés d'introduction des nouveaux vaccins	Coordinateur du PEV/CCIA					
		Organiser l'introduction des nouveaux vaccins	CN-PEV					
		Evaluer l'introduction des nouveaux vaccins	CN-PEV					
D'ici fin 2020, les AVS (Polio, rougeole, Méningite, Fièvre jaune, Tétanos) organisées Atteignent au moins 95% de leurs cibles	Amélioration de la préparation et la mise en oeuvre des AVS	Elaborer et mettre en oeuvre le micro plan consenti des différentes AVS	Medecin Chef de district					
		Appliquer les directives pour chaque AVS	CN-PEV					
		Elaborer le plan de contingence aux épidémies	CN-PEV					
		Conduire une riposte en cas d'épidémie	CN-PEV					

A. PRESTATION DE SERVICES								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
D'ici à fin 2020, au moins 90% des districts sanitaires fournissent des données de qualité en temps réel	Renforcer le mécanisme de collecte, de traitement, d'analyse, de remontée, de contrôle de qualité, de diffusion et de stockage des données de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Organiser une Auto-Evaluation du mécanisme de monitoring et Evaluation du programme Elargi de Vaccination	CN-PEV					
		Organiser des réunions trimestrielles techniques de l'équipe nationale de référence en M&E du programme Elargi de Vaccination	CN-PEV					
		Organiser un atelier national d'élaboration du plan de Suivi-Evaluation du programme Elargi de vaccination, y compris son plan d'action budgétisé	CN-PEV					
		Organiser un atelier d'élaboration du manuel de suivi et Evaluation du programme élargi de vaccination	CN-PEV					
		Réviser les outils de gestion des données du PEV	CN-PEV					
		Former les agents PEV des centres de santé sur l'utilisation des outils révisés de gestion des données	Medecin Chef de district					
		Produire les outils de mesure de la qualité des services et des outils à l'attention des ECD, ECR et l'équipe nationale du PEV	CN-PEV					

A. PRESTATION DE SERVICES

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Produire et Diffuser les directives de supervision des activités du PEV de Routine à tous les niveaux	CN-PEV					
		Organiser des missions trimestrielles de supervision des activités du PEV du niveau central vers les régions et/districts	CN-PEV					
		Appuyer l'organisation des missions mensuelles de supervision des activités du PEV du niveau régional vers les districts	ECR					
		Appuyer l'organisation des missions mensuelles de supervision des activités du PEV du niveau district vers les centres de sante	ECD					
		Produire et diffuser les outils d'audits et/ou de validation des données sur site	CN-PEV					
		Former les cadres du PEV central sur l'utilisation des outils d'audit et/ou de validation des données sur site	CN-PEV					
		Organiser des missions d'audit à tous les niveaux pour le rapprochement des données issues des systèmes de suivi des stocks (deux missions par an)	CN-PEV					

A. PRESTATION DE SERVICES								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Organiser des réunions mensuelles d'harmonisation des données	CN-PEV					
		Mettre en place un site web pour le PEV qui facilitera l'accès aux données du PEV en ligne	CN-PEV					
		Recruter un administrateur de site Web du PEV	CN-PEV					
		Produire et diffuser le rapport national annuel de progrès des interventions du programme Elargie de vaccination	CN-PEV					
		Produire et diffuser les bulletins trimestriels nationaux et région sur les interventions du PEV	CN-PEV					
	Renforcer les capacités techniques des ressources humaines impliquées dans la gestion des données de santé	Former 55 gestionnaires de données du niveau central, des régions et districts sur l'amélioration de la qualité	CN-PEV					
		Former 92 gestionnaires de données et MCM des régions et districts sanitaires sur l'utilisation du DVD-MT et les autres outils de gestion révisées	CN-PEV					

A. PRESTATION DE SERVICES								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
	(formation diplômante, supervision formative, monitoring, recrutement de personnel additionnel, équipements, outils de gestion ...)	Équiper 55 unités de gestion des données, y compris le niveau central en matériel informatique	CN-PEV					
		Acheter des espaces d'archivage des documents dans OneDrive à l'attention des ECD/ECR et Equipe Nationale du PEV	CN-PEV					
		Former les ECD/ECR et Equipe Nationale du PEV sur l'archivage des données et à l'utilisation du One Drive	CN-PEV					
		Assurer la formation diplômante dans la sous-région de de quatre cadres du PEV central sur le Suivi-Evaluation des programmes de vaccination, y compris la gestion des données	CN-PEV					
		Recruter et assurer la prise en charge de 04 assistants spécialistes de gestion des données dans les régions sanitaires	CN-PEV					
		Recruter et assurer la prise en charge de 38 assistants spécialiste de gestion des données dans les districts sanitaires	CN-PEV					

A. PRESTATION DE SERVICES								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Recruter et assurer la prise en charge de 410 points focaux (étudiants en fin de formation ou autres) chargés de la gestion des données au niveau des centres	CN-PEV					
	Réaliser des études et enquêtes nécessaires pour l'évaluation des effets des interventions de santé et la compréhension de certains goulots (SARA, recherche opérationnelles, enquête CAP, DQS, revue externe du PEV, LQAS...).	Former les ECD/ECR aux enquêtes LQAS et DQS	CN-PEV					
		Organiser des enquêtes LQAS pour évaluation des couvertures du PEV de routine (Deux fois par an)	CN-PEV					
		Organiser des enquêtes LQAS pour les AVS	CN-PEV					
		Organiser des évaluations externes indépendantes des AVS	CN-PEV					
		Réaliser des évaluations post introduction des nouveaux vaccins dans le PEV de routine	CN-PEV					
		Organiser des études socio-anthropologiques et CAP au tour des problèmes constatés lors des AVS	CN-PEV					

A. PRESTATION DE SERVICES

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Réaliser deux recherches opérationnelles/action	CN-PEV					

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
D'ici à fin 2021, augmenter de 37% à 80% la gestion efficace des vaccins (GEV) à tous les niveaux	Renforcement des capacités techniques du personnel en gestion efficace des vaccins et maintenance	Former 8 MCMR, 38 DPS et 38 MCM préfectoraux à l'utilisation des outils SMT/DVDMT	CPEV					
		Doter 8 MCMR et 38 DPS en kits informatiques performants	CPEV					
		Former et recycler tous les agents de santé chargés de la gestion des vaccins sur les normes et procédures de gestion des vaccins	CPEV					

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Former 1000 agents à l'utilisation du matériel de monitoring, au rapportage et à l'analyse des données mensuelles	CPEV					
		Former 38 agents des districts pendant 7 jours en maintenance préventive	CPEV					
		Former/recycler 25 agents du niveau central et régional en maintenance curative	CPEV					
		Assurer la formation des chauffeurs à l'utilisation des outils de gestion et à la conduite sécurisée	CPEV					
		Produire et disséminer 2500 posters sur les normes et procédures de gestion des vaccins	CPEV					
	Renforcement de la chaîne d'approvisionnement en quantité et en qualité (Chaîne du froid, logistique et sécurité vaccinale) soutenue par un système d'information logistique robuste et un système de maintenance fonctionnel et décentralisé	Assurer l'approvisionnement des 38 districts en vaccins et consommables en quantité prévue et à temps	CPEV					
		Doter le niveau central en Chf de 40m3	CPEV					
		Doter les 8 dépôts régionaux en chambre froide de 10m3	CPEV					
		Doter 18 districts en réfrigérateurs solaires SDD	CPEV					

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Doter 935 postes de santé et 31 structures privées en réfrigérateurs solaires SDD et remplacer 395 réfrigérateurs non conformes	CPEV		350	250	400	361
		Transformer les 8 chf électriques des régions en chf solaires	CPEV					
		Equiper 40 agents charge du niveau central et régional des chambres froides en Kit de protection individuelle	CPEV					
		Former/recycler les agents à l'utilisation du matériel de protection incendie	CPEV					
		Doter 30 structures privées en réfrigérateurs solaires SDD	CPEV					
		Acquérir 700 enregistreurs continus de température	CPEV					
		Elaborer/ actualiser les modules de formation en maintenance préventive et curative	CPEV					
		Reproduire 570 copies des modules de maintenance et vulgariser	CPEV					

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Mettre en place un mécanisme de collaboration entre l'IST de Mamou, l'ENAM et le PEV pour le recrutement et la formation des techniciens de maintenance	CPEV					
		Elaborer un document de procédure pour la maintenance préventive et curative	CPEV					
		Identifier des prestataires (garage) de maintenance à tous les niveaux	CPEV					
		Equiper 40 agents charge du niveau central et régional des chambres froides en Kit de protection individuelle	CPEV					
		Doter les agents en Kits de maintenance préventive et curative	CPEV					
		Etablir un contrat de prestation de maintenance des moyens roulants	CPEV					
		Elaborer les normes et procédures de moyens roulants a tous les niveaux	CPEV					
		Doter la logistique roulante en carburant nécessaire à tous les niveaux	CPEV					

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Souscrire des polices d'assurance pour la logistique roulante	MS					
		Doter la Coordination de 05 véhicules 4x4 de supervision ; 03 régions de véhicules de supervision et 10 districts de véhicules de supervision avec des kits de pièces de rechange pour 2 ans	CPEV					
		Doter 200 CS en motos (Yamaha AG 100) pour SA avec des kits standard de pièces de rechange pour 2 ans	CPEV					
		Acheter et rendre disponible 10 groupes frigorifiques (6 chf positifs et 4 négatifs)	CPEV					
		Acheter et rendre disponible 10 régulateurs de tension pour les chambres froides	CPEV					
		Acheter et rendre disponible 100 relais pour les chaines du froid solaires	CPEV					
		Renouveler les batteries de 100 réfrigérateurs solaires existant	CPEV					
		Acheter des boitiers pour 200 réfrigérateurs solaires	CPEV					

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Evaluer les infrastructures existantes, et les nouveaux besoins à tous les niveaux assortis de budget	CPEV					
		Acquérir 107 extincteurs pour les niveaux : central, régional et district et 05 dispositifs pare-feu pour le niveau central	CPEV					
		Mettre en place un contrat pour la maintenance préventive des 107 extincteurs et autres matériels anti-incendie	CPEV					
		Souscrire des polices d'assurance pour la protection des espaces de stockage, les produits du PEV (vaccins, chaîne de froids, matériel d'injection etc...)	MS					
D'ici 2020, développer et mettre en œuvre un plan de gestion des déchets biomédicaux suivant les normes	Renforcement du système de collecte, de tri, de transport et de destruction des déchets	Procéder à l'évaluation de l'existant et identifier les nouveaux besoins, les spécifications techniques et le budget	CPEV					
		Acquérir au moins un incinérateur performant pour chaque district (38) des kits pour la collecte, le tri des déchets	CPEV					

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
de l'OMS et environnementales		Former 4 points focaux par district à la gestion des déchets et les doter en kit de protection individuelle	CPEV					

C. SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
D'ici fin 2018, atteindre les indicateurs de surveillance des PFA dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite	Renforcement de la surveillance des PFA	Recenser les agents communautaires et les tradi-praticiens pour leur implication dans la recherche active des cas de PFA						
		Former 6000 agents communautaires et 2000 tradi-praticiens pour la recherche active des cas de PFA						
		Doter les 6000 agents communautaires et les 2000 tradi-praticiens en outils de collecte et de remontée des données de surveillance communautaire des PFA						
		Former 578 points focaux des Centres de santé et des hôpitaux sur la surveillance active des PFA						
		Assurer la motivation des agents communautaires, agents de santé et tradi-praticiens impliqués dans la surveillance des maladies cibles du PEV (en raison de 5\$ par cas notifié)						
		Assurer la supervision des activités de surveillance communautaires des maladies cibles du PEV						
		Organiser les revues trimestrielles et annuelles de la surveillance communautaires						

C. SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Doter les structures sanitaires de 7500 (1500 par an) formulaires de notification et de 5000 affiches de définition des cas recommandés						
		Doter les structures sanitaires de 7500 (1500 par an) kits de prélèvements des PFA						
		Doter les structures sanitaires de 7500 (1500 par an) kits de transport d'échantillon des PFA						
		Réaliser les visites de recherche active des PFA dans les différents sites prioritaires par les points focaux des centres de santé selon le calendrier défini : -1 visite par semaine pour les sites de priorité numéro 1 -2 visites par mois pour les sites de priorité numéro 2 -1 visite par mois pour les sites de priorité numéro 3						
		Organiser 3 missions par an d'examens de suivi entre le 60ème et 80ème jour de tous les cas de PFA inadéquats par les 38 points focaux de districts						

C. SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Organiser 3 missions d'examens par an des cas de PFA inadéquats présentant la paralysie résiduelle après le 60eme jour par CNEP						
		Organiser une mission de 10 jours par mois des 38 points focaux des districts et des 8 points focaux régionaux de surveillance dans les sites						
		Organiser 4 missions trimestrielles de 10 jours par mission sur la surveillance des PFA du niveau central vers les districts et les régions						
		Organiser un monitoring mensuel de suivi et d'action de 2 jours dans les 38 districts sur les activités de surveillance des PFA (ECD, CCS et partenaires...)						
		Organiser un monitoring chaque deux mois de suivi et d'action de 2 jours dans les 8 régions sur les activités de surveillance des PFA (ECD, ECR, partenaires...)						
		Organiser un monitoring trimestriel de suivi et d'action de 5 jours au niveau national sur les activités de surveillance des PFA (DRS, DPS, MCM, Directeurs nationaux, programmes, points focaux et partenaires...)						

C. SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Organiser un monitoring mensuel de suivi et d'action de 2 jours des agents communautaires et les tradi praticiens dans 500 formations sanitaires de base sur les activités de surveillance des PFA						
		Recycler les 6000 agents communautaires et les 2000 tradi praticiens impliqués dans la recherche active des cas de PFA						
		Réaliser 2 enquêtes par an sur la qualité et l'efficacité de la surveillance des PFA						
		Organiser 4 réunions trimestrielles par an des 3 comités nationaux de certification de la Polio (Comité national, comité des experts, groupe spécial de confinement)						
		Actualiser et diffuser les directives de surveillance des maladies cibles du PEV y compris la gestion des échantillons						
		Prélever et investiguer tout cas de PFA						
		Elaborer et mettre en œuvre le plan national de surveillance transfrontalière des maladies cibles du PEV						

C. SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Elaborer et mettre en œuvre un plan de transmission des acquis de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite						
		Elaborer et mettre en œuvre le plan de surveillance environnementale de la poliomyélite						
D'ici fin 2020, atteindre les indicateurs de la surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune, de la méningite, de la coqueluche et de l'élimination du TMN	Renforcement de la surveillance des maladies cibles du PEV (Rougeole, FJ, méningite, TMN, Coqueluche)	Doter les 38 districts sanitaires en formulaires de notification des cas suspects de rougeole (1750), de fièvre jaune (1750), de méningite (500), de coqueluche (100) et de TMN (300)						
		Doter les 38 districts sanitaires en kits de prélèvement des cas suspects de rougeole (1750), de fièvre jaune (1750), de méningite (500) et de coqueluche (100)						
		Doter les 38 districts sanitaires de 380 kits de transport des échantillons de rougeole de fièvre jaune, de méningite et de coqueluche (10 par districts sanitaires)						
		Doter le système de surveillance en matériel de communication à tous les niveaux (500 Flottes téléphoniques aux CS), (38 Flottes téléphoniques et 38 clés internet aux DPS), (8 Flottes téléphoniques et 8 clés internet aux DRS) et (10						

C. SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Flottes téléphoniques et 10 clés internet au niveau central)						
		Elaborer et diffuser les directives nationales de la surveillance communautaire des maladies cibles du PEV						
		Elaborer les rapports annuels d'activités de surveillance (PFA et autres maladies cibles du PEV)						
		Elaborer et diffuser le bulletin trimestriel national et le bulletin bimestriel régional sur la surveillance des maladies cibles du PEV						
		Organiser des sessions de formation de 10 000 agents de santé sur les directives de surveillance des maladies évitables par la vaccination						
		Organiser 4 réunions trimestrielles de concertation et d'harmonisation sur la surveillance avec les différents acteurs (Labo, points focaux, PEV, DPLM, le SINGS et partenaires)						
		Investiguer et organiser la riposte de 20 cas TMN par an						

C. SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Organiser des visites de recherche active des cas suspects de fièvre jaune, de méningite, de rougeole et de coqueluche						
		Investiguer tous les cas suspects de fièvre jaune, de méningite, de rougeole et de coqueluche						
		Assurer 1000 missions d'expédition par an des échantillons des PFA et des cas suspects de fièvre jaune, de méningite, de rougeole et de coqueluche vers le niveau central						
	Renforcement des capacités des laboratoires pour la confirmation	Doter les laboratoires (National de référence, et des fièvres hémorragiques de Donka) en matériels et réactifs de confirmation.						
D'ici fin juillet 2016, atteindre au moins 20% des structures sanitaires qui notifient et rapportent les données sur les MAPI	Renforcement du mécanisme de suivi de notification des MAPI	Désigner les membres du Comité de Pilotage de gestion des MAPI						
		Former 120 personnels de 12 hôpitaux régionaux et nationaux sur la gestion des MAPI graves						
		Former 78 agents de santé des HP (3 par hôpital) et 1000 agents de santé des CS MAPI (grave et non grave)						
		Organiser l'investigation des cas suspects de MAPI graves par le point focal régional						

C. SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Organiser 4 missions de supervision de 5 jours par an sur la notification des MAPI par les points focaux régionaux						
		Organiser 2 missions de supervision de 10 jours par an sur la notification des MAPI par le niveau central						
		Mettre en place un centre national de pilotage de la gestion des MAPI						
		Organiser deux missions de supervision de 2 jours par mois sur la notification des MAPI dans les formations sanitaires par les points focaux de districts						
		Organiser les sessions trimestrielles de classification des MAPI						
		Retro information à tous les niveaux sur la surveillance						

D. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
D'ici à fin 2020, 90% des individus et des collectivités comprennent l'intérêt des vaccins et réclament la vaccination en tant que droit et responsabilité	Faire le plaidoyer auprès des parlementaires, des élus locaux, du secteur privé, des autorités administratives sectorielles à tous les niveaux pour leur implication effective en faveur de la vaccination	Organiser 6 réunions de plaidoyers auprès des Ministères concernés (Education, Action sociale, Décentralisation, finance, communication, SGAR) pour leur engagement en faveur de la vaccination	CN PEV-UC					
		Organiser des réunions annuelles de plaidoyer auprès du secteur, y compris les compagnies minières pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination	CN PEV					
		Organiser des réunions annuelles de plaidoyer auprès de l'association des pédiatres, des medias pour leur implication en faveur de la vaccination	CN PEV					
		Organiser 46 réunions de sensibilisation avec les confessions religieuses, pour leur adhésion à la vaccination tous les 2 ans	DRS/DPS					
		Faire le plaidoyer auprès des députés pour leur engagement dans les activités de vaccination dans leurs circonscriptions	CNPev /UC					
	Renforcer les capacités des organisations de la	Appuyer le réseautage des plateformes communautaires	DPS/POSSAv					

D. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
	société civile, des agents de santé communautaires et des plateformes communautaires pour leur contribution effective aux activités de vaccination	Appuyer les plates-formes à organiser les débats communautaires dans les 38 DS, 4 fois par an	DPS/POSSAv					
		Identifier et former des plates-formes communautaires dans les 38 DS (3 formations/ recyclages par an regroupant 30 membres par DS)	DPS/POSSAv					
	Soutenir les interventions de communication et de mobilisation sociale autour de la vaccination à travers des stratégies innovantes et des supports adaptés	Engager, Former et motiver 2050 mobilisateurs sociaux (5 par CS) pour sensibiliser lors des AVS et le PEV de routine dans les zones à accès difficiles et les zones spécifiques	DPS					
		Organiser 4 séances de Sensibilisation par an avec les groupements de femmes sur l'importance de la vaccination dans les 38 DS	DPS					
		Organiser 48 séances (1/sem/CS/PS) d'IEC par an dans les 410 CS et 600 PS pour la sensibilisation des mères d'enfants et femmes enceintes lors de la vaccination	DPS					

D. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Organiser 4 sessions de formation durant les 5 ans, regroupant 66 journalistes et animateurs dans les 33 DS et 25 journalistes dans les 05 Communes de Conakry	CN Pev/UC					
		Etablir et mettre en œuvre un Contrat par an avec les 28 radios rurales et 28 privées pour soutenir la vaccination	CN Pev/UC					
		Produire et diffuser 1 film documentaire par an sur la vaccination	CN Pev/UC					
		Production et vulgarisation de 5050 guides / outils (boîtes à images, affiches, dépliants, posters), pour les 410 CS et 600 PS (5/ CS et PS)	CN Pev /UC					
		Acquérir 5050 mégaphones et piles	CN Pev /UC					
		Former 03 cadres de l'unité communication du PEV en planification des activités de communication 2 fois durant les 5 ans	CN Pev /UC					
		Doter l'unité communication en site Web et connexion internet, équipement de communication (appareil photo numérique, imprimante, tablette, dispositif de téléconférence etc.)	CN Pev					

D. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Recruter, Former et engager un point focal communication dans les 8 régions et les 38 districts sanitaires	DRS/DPS					
		Elaborer 3 plans de communication pour l'introduction de nouveaux vaccins	CN Pev /UC					
		Superviser les activités de communication	CN Pev /UC					

E. GESTION DU PROGRAMME

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
Accroître de 52% à 70% la fonctionnalité des structures de coordination, de leadership, de gouvernance et de mobilisation des ressources à tous les niveaux de 2017- 2020	Renforcement des capacités des organes de coordination et de concertation ainsi que l'amélioration du cadre de redevabilité à tous les niveaux	Analyser l'organisation fonctionnelle du programme (PEV)	Ministre de la Santé					
		Réviser l'organigramme du Programme (PEV)	Secrétaire Général					
		Rédiger les textes juridiques	Conseillère juridique du MS					
		Adopter le document juridique	Ministre de la santé					

E. GESTION DU PROGRAMME								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Relancer le plaidoyer auprès des autorités pour l'accélération de la signature et de la validation des textes révisés du CCIA	Secrétaire Général					
		Elaborer et soumettre pour adoption la Loi sur la vaccination	Conseillère juridique du MS					
		Elaborer et mettre en œuvre le PAO annuel du programme	Chef de Section suivi-évaluation					
		Evaluer annuellement le PAO de la CN-PEV	Chef de Section suivi-évaluation					
		Appuyer 38 districts pour l'élaboration de leurs PAO	Chef de Section suivi-évaluation					
		Organiser la revue annuelle du PEV	CN PEV					
		Organiser deux revues externes du PEV	Chef section suivi-évaluation et recherches					
		Réalisée 2 réunions décentralisées par an	CN PEV					
		Inscrire les besoins en vaccins, équipements et matériels du PEV dans le BND	Ministre de la santé					
		Réaliser l'évaluation à mi-parcours du PPAC en 2016-2020	CN PEV					

E. GESTION DU PROGRAMME								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Evaluer le PPAC 2016-2020 et élaborer le PPAC 2021-2025	Section Suivi et évaluation					
		Organiser 4 réunions du CCIA par an	Ministre de la santé					
		Organiser 12 réunions des CCS par an aux chefs de districts	DPS					
		Organiser 2 réunions du CTPS par an dans chaque DPS	DPS					
		Organiser 2 réunions du CTRS par an dans chaque DRS	DRS					
		Organiser des réunions semestrielles du comité technique de coordination pour le PEV	Secrétaire Général					
		Mettre en place le Groupe technique consultatif pour la vaccination (GTCV)	Ministre de la Santé					
		Tenir les réunions mensuelles du groupe technique CCIA	Ministre de la santé					
		Elaborer des rapports de cadre de performance par semestre	Chef de Section suivi-évaluation					
		Elaborer et diffuser le rapport de progrès de chaque année	Chargé de la surveillance du PEV					

E. GESTION DU PROGRAMME

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Elaborer les rapports annuels de situation Gavi (RSA)	CN PEV					
		Elaborer les rapports conjoints OMS/UNICEF (JRF)	CN PEV					
		Tenir des rencontres trimestrielles avec les PTF	CN PEV					
		Inscrire le volet "vaccination" à l'ordre du jour lors des instances de coordination (réunions de cabinet, conseil des Ministres, etc.)	Ministre de la santé					
		Mettre en place de cadre collaboration entre le PEV et les structures de recherches	Chef de Section suivi-évaluation et recherches					
		Participer aux journées scientifiques	Chef de Section suivi-évaluation et recherches					
		Signer un protocole d'accord avec la société civile en faveur de la vaccination	CNPEV					
		Actualiser le protocole d'accord entre l'Unicef et l'Etat pour les achats de vaccin	Ministère de la santé					
		Mettre en place un mécanisme de suivi des fonds alloués au PEV par le BND	CNPEV					

E. GESTION DU PROGRAMME								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Evaluer le plan de relance du PEV 2015-2016	CSS-ER					
		Doter la CNPEV des fournitures bureautiques (Imprimantes, onduleurs, consommables etc.)	CN PEV					
		Faire le plaidoyer pour doter le PEV un nouveau siège	CN PEV					
		Construire les bureaux pour le personnel de la coordination	CN PEV					
		Poursuivre la réhabilitation des bureaux du PEV						
		Construire un entrepôt sec pour le stockage des consommables a la CNPEV	CNPEV					
		Elaborer un plan de formation des agents de santé en cours d'emploi sur le PEV	CN PEV					
	Renforcement des capacités techniques du personnel de santé à tous les niveaux en mettant en place un système de	Elaborer les documents normatifs (y compris les documents de soumission, fiches techniques)	CN PEV					
		Organiser la formation de 60 enseignants des écoles et instituts de formation (publics et privés) en santé publique sur la gestion du PEV	CN PEV					

E. GESTION DU PROGRAMME								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
	motivation attractif, durable et de fidélisation du personnel	Elaborer les modules de formation sur l'introduction des nouveaux vaccins (PCV13, Rotavirus, MenAfrivac, HPV, VAR2)	Chef Immunisation					
		Organiser la formation de 92 formateurs sur l'introduction des nouveaux vaccins (PCV13, Rotavirus, MenAfrivac, HPV, VAR2)	Chef Immunisation					
		Organiser la formation de 100 (1 par FS) agents de santé par an sur la gestion du PEV	CN PEV					
		Faire participer deux (2) cadres de la CNPEV et 10 cadres des DRS et DPS par an au cours de Vaccinologie	CN PEV					
		Organiser au niveau national la formation d'un pool de formateurs sur la gestion du PEV	Chef section suivi-évaluation et recherches					
		Former/recycler 80 responsables PEV des DS sur la gestion du PEV	Chef section immunisation					
		Former 15 membres du CCIA en technique de Plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination	Point focal CCIA					
		Assurer le paiement des primes de session du CCIA	CN PEV					

E. GESTION DU PROGRAMME								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Doter les membres du CCIA de matériels informatiques (15 laptops, clés USB)	Point focal CCIA					
	Développement des mécanismes innovants et durables de mobilisation de ressources et de sécurisation des crédits destinés à l'achat des vaccins et matériels d'injection	Faire le plaidoyer auprès de tous les acteurs impliqués dans le processus d'élaboration et de la mise en œuvre du budget de l'Etat	Coordinateur du PEV					
		Déposer à temps les demandes de régulation	DAF/MS					
		Renforcer les capacités des cadres du pool financier sur le CDMT	Coordinateur du PEV					
		Adapter l'organigramme du Ministère de la Santé en faisant du PEV une Direction Nationale	DRH					
		Sensibiliser tous les acteurs nationaux (institutions républicaines, société civile, communautés, secteur privé) intervenant dans le financement et la mise en œuvre de la vaccination	CCIA					
		Faire le plaidoyer dans le processus d'élaboration du budget national en faveur de la vaccination	Coordinateur du PEV					
		Faire le plaidoyer auprès du secteur privé et des communautés en faveur de la vaccination	CN-PEV					

E. GESTION DU PROGRAMME								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Sensibiliser les PTF, les communautés et le secteur privé pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination	CCIA					
		Réviser le manuel de procédures de gestion financière du Ministère de la Santé en tenant compte des préoccupations du PEV	Coordinateur du PEV					
		Vulgariser le manuel de procédures de gestion financière révisé	Coordinateur du PEV					
		Former les acteurs à l'utilisation du manuel de procédures de gestion financière révisé	Coordinateur du PEV					
		Faire l'audit financier du PEV	Coordinateur du PEV					

4.3 SUIVI EVALUATION DU PLAN

4.3.1 Cadre de Suivi et Evaluation du PPAC 2016-2020

Le Ministère est le principal responsable chargé du suivi de la mise en œuvre des stratégies et activités déclinées dans le présent plan quinquennal (2016-2020). Il est techniquement appuyé par la Coordination nationale du programme Elargi de Vaccination. Un plan biannuel (2016-2017), issu du plan quinquennal, est élaboré pour faciliter le suivi de la mise en œuvre du plan global. Ce plan biannuel comporte entre autres les objectifs à atteindre, le chronogramme d'activités, le coût de l'activité et l'entité responsable de sa mise en œuvre. Un plan de Suivi et Evaluation, y compris son plan d'action, sera élaboré afin d'orienter la mise en œuvre des interventions de suivi et évaluation. Ce plan comportera : (i) la description des rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans le suivi et évaluation, (ii) le mécanisme de collecte, d'analyse et remontée des données, (iii) le calendrier de rapportage, (iv) le plan d'évaluation, (v) la matrice des indicateurs, (vi) le mécanisme de retro information, (vii) le plan d'évaluation, (viii) l'agenda de recherche, (ix) le plan d'action du plan de suivi et Evaluation, etc. Des revues semestrielles et annuelles qui seront effectuées par les PEV et ses partenaires seront mises à profit pour évaluer les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptes et d'en identifier les principaux problèmes de mise en œuvre. Ceci permettre l'évaluation de la performance, le réajustement des stratégies, ainsi que des plans d'action annuels. Ainsi, le tableau ci-dessous constitue la matrice simple des indicateurs qui permettront le suivi et l'évaluation du PPAC 2016-2020.

Sur le plan institutionnel, le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) pour le PEV sera chargé de mobiliser les fonds et autres moyens de mise en œuvre nécessaires afin de permettre au programme d'atteindre les objectifs assignés. Il devra aussi jouer un rôle de supervision et de suivi de la mise en œuvre du PPAC et s'assurer que les fonds alloués au PEV sont gérés de façon transparente. L'augmentation annuelle de la couverture vaccinale du PEV ainsi que la mise à jour des données de mortalité et morbidité, de réduction des taux de perte en vaccin et des taux d'abandon sont autant d'indicateurs de proximités que le CCIA pourra utiliser pour suivre régulièrement les performances du PEV et actualiser le PPAC. Le rapport de progrès sera régulièrement porté à la connaissance des membres du CCIA.

4.3.2 Matrice des indicateurs

Tableau 20: Matrices des indicateurs de suivi du PPAC 2016-2020

Indicateurs	Valeurs de base	Années de base	Fréquence	Cibles					Sources de vérification des données
				2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif I : D'ici à 2020, augmenter la couverture des enfants complètement vaccinés (DTC3-Hep3/Hib3 et en VAR) de 53,4% à au moins 90% au niveau national et à 80% dans tous les 38 districts sanitaires de façon équitable									
Nombre de postes de santé/ structures privées érigés en sites fixes de vaccination	0	2015	Annuelle	0	150	150	200	100	Rapport d'activités du programme PEV
Couverture vaccinale en Penta 3 (DTC-HepB-Hib3)	66%	2015	Annuelle	70%	80%	85%	90%	95%	Rapport enquête de couverture vaccinale/estimation JRF
Couverture vaccinale en VAR	64%	2015	Annuelle	70%	80%	85%	90%	95%	Rapport enquête de couverture vaccinale/estimation JRF
Couverture vaccinale VPH pour le projet de démonstration	ND	N/A	Annuelle	na	na	na	90%	95%	Rapport enquête de couverture vaccinale
Proportion de districts CV Penta 3 ≥95%	0%	2015	Annuelle	10%	20%	40%	60%	80%	Rapport enquête de couverture vaccinale
Proportion de districts CV Penta 3 ≥80%	26%	2015	Annuelle	40%	50%	70%	85%	90%	Rapport enquête de couverture vaccinale
Proportion de districts CV Penta 3 ≥50% et <80%	63%	2015	Annuelle	60%	50%	30%	15%	10%	Rapport enquête de couverture vaccinale

Indicateurs	Valeurs de base	Années de base	Fréquence	Cibles					Sources de vérification des données
				2016	2017	2018	2019	2020	
CV Penta 3 pour les quintiles le plus pauvre et le plus riche	25% (Ecart entre quintiles plus pauvre et plus riche)	2012	Annuelle/Q uinquennale	20%	18%	15%	12%	10%	Rapport EDS ou Etude d'equite sur la vaccination
CV Penta 3 ventilée par le niveau d'éducation de la mère	13% (Ecart entre mere avec education primaire et secondaire)	2012	Annuelle/Q uinquennale	12%	11%	10%	9%	8%	Rapport EDS ou Etude d'equite sur la vaccination
Taux d'abandon –Penta 1/3; PCV 1/3; RV 1/dernier; VAR ½	8% (Bulletin Juin 2016)	2016	Annuelle	8%	8%	7%	7%	7%	DVD-MT
Différence (en points de pourcentage) entre la couverture vaccinale du Pentavalent 3 provenant des données administratives ainsi que la couverture vaccinale du Pentavalent 3 provenant d'une enquête de couverture vaccinale	15% (Estimation OMS/Unicef 2014)	2014	Annuelle	10%	9%	7%	5%	3%	Estimation OMS/UNUCEF
Objectif 2: D'ici fin 2020, 100% des Districts Sanitaires ont introduit les nouveaux vaccins contre le pneumocoque, le rota virus, HPV, RR, Ebola etc.									
Pourcentage de districts sanitaires ayant introduit les nouveaux vaccins	N/A	N/A	Annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport d'evaluation de l'introduction de nouveaux vaccins
Objectif 3: D'ici fin 2020, les AVS (Polio, rougeole, Méningite, Fièvre jaune, Tétanos) organisées atteignent au moins 95% de leurs cibles									

Indicateurs	Valeurs de base	Années de base	Fréquence	Cibles					Sources de vérification des données
				2016	2017	2018	2019	2020	
Pourcentage de zones insuffisamment couvertes lors des AVS	50% (GU_IM_Polio_SIA_Template_AFRO_National Level_With_new Social M Indicators_1 4 avril 2016)	2016	Par passage	25%	15%	10%	5%	3%	Rapport LQAS/Monitorage independant des AVS
Pourcentage d'enfant manqué lors des AVS	4.6% (JNV polio avril 2016)	2016	Par passage	4%	4%	3%	3%	3%	Rapport LQAS/Monitorage independant des AVS
Couverture vaccinale suite à une campagne	100% (JNV polio avril 2016)	2016	Par passage	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport campagne (donnees administratives)
Couverture vaccinale suite à une evaluation independante	95.4% (LQAS avril 2016)	2016	Par passage	96%	96%	97%	97%	97%	Rapport LQAS/Monitorage independant des AVS
Objectif 4: D'ici à fin 2020, au moins 90% des districts sanitaires fournissent des données de qualité en temps réel.									
Pourcentage des districts sanitaires ayant fournis la totalité et dans les délais les rapports statistiques du PEV	21%	2015	Annuelle	90%	95%	97%	98%	100%	DVD-MT
Nombre de missions d'audit de la qualite des donnees realisees	N/D	N/A	Annuelle	1	2	2	2	2	Rapport d'audit des donnees

Indicateurs	Valeurs de base	Années de base	Fréquence	Cibles					Sources de vérification des données
				2016	2017	2018	2019	2020	
Pourcentage des structures de vaccination dont les données dans les sources primaires correspondant à celles transmises au niveau supérieur	N/D	N/A	Annuelle	80%	85%	90%	95%	95%	Rapport d'audit des données
Objectif 5: D'ici à fin 2020, augmenter de 37% à 80% la gestion efficace des vaccins (GEV) à tous les niveaux									
Nombre de bénéficiaires vaccinés ventilé par vaccin et 1 ^{ère} et dernière dose									
Ruptures de stock au niveau central et des districts ventilées par vaccin									
Score de la Gestion Efficace des Vaccins	37%	2016	Quinquennale	na	na	na	na	90%	Rapport GEV
Ruptures de stock au niveau central et des districts ventilées par vaccin									
Nombre de jours avec rupture de stock dans les structures de vaccination									
Nombre de DPS sans rupture de vaccins (traditionnels et Co-financement Gavi)									
Nombre de dépôts avec un taux de perte <1% en flacons non ouverts									
Taux de perte dans les structures de vaccination									

Indicateurs	Valeurs de base	Années de base	Fréquence	Cibles					Sources de vérification des données
				2016	2017	2018	2019	2020	
Nombre de formations sanitaires ayant des équipements de chaîne de froid qui ont remplacé un ou plusieurs équipements à l'aide de la plateforme									
Paiement du cofinancement ventilé par année									
Nombre de structures privées dotées de réfrigérateurs solaires									
Objectif 6 : D'ici 2020, développer et mettre en œuvre un plan de gestion des déchets biomédicaux suivant les normes de l'OMS et environnementales									
Pourcentage des districts sanitaires disposant d'un incinérateur performant	ND	N/A	Annuelle	26%	50%	79%	92%	100 %	Rapport d'activités du programme PEV
Objectif 7: D'ici fin 2018, atteindre les indicateurs de surveillance des PFA dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite									
Taux de PFA non polio	2.8	2015	Annuelle	3	3	3	3	3	Rapport hebdomadaire de surveillance
Pourcentage de selles prélevées dans les 14 jours de début des paralysies	80%	2015	Annuelle	88%	88%	90%	90%	90%	Rapport hebdomadaire de surveillance
Objectif 8: D'ici fin 2020, atteindre les indicateurs de la surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune, de la méningite, de la coqueluche et de l'élimination du TMN									
Pourcentage de rapports de surveillance des districts reçus à l'échelon national par rapport au nombre de rapports escompté									

Indicateurs	Valeurs de base	Années de base	Fréquence	Cibles					Sources de vérification des données
				2016	2017	2018	2019	2020	
Pourcentage de districts ayant notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole : au moins 80%									
Pourcentage de districts ayant notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune : au moins 80%									
Pourcentage de cas de fièvre jaune suspectée pour lesquels un test en laboratoire a été réalisé : 80%									
Pourcentage de cas de rougeole suspectée pour lesquels un test en laboratoire a été réalisé : 80%									
Pourcentage de cas de TMN investigues : au moins 80%									
Pourcentage de cas de TMN investigues et ayant fait l'objet de riposte : au moins 80%									
Pourcentage de cas de méningite suspectée qui ont fait l'objet de tests Hib/maladies pneumocoques conformément au protocole standard									
Objectif 9: D'ici fin juillet 2016, atteindre au moins 20% des structures sanitaires qui notifient et rapportent les données sur les MAPI									
Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné									

Indicateurs	Valeurs de base	Années de base	Fréquence	Cibles					Sources de vérification des données
				2016	2017	2018	2019	2020	
Nombre de structures informées									
Nombre de cas de MAPI notifiés									
Nombre de cas de MAPI graves notifiés et ayant fait l'objet d'investigation									
Objectif 10: D'ici à fin 2020, 90% des individus et des collectivités comprennent l'intérêt des vaccins et réclament la vaccination en tant que droit et responsabilité									
Nombre de seances de causeries educatives realisees sur la vaccination de routine									
Nombre de reunions de plaidoyer organisees en faveur de la vaccination									
Nombre de plateforme communautaires mises en place en faveur de la vaccination									
Pourcentage des parents d'enfants informés avant les AVS									
Sources/canaux d'information des parents sur la vaccination									
Pourcentage des parents connaissant la maladie contre laquelle les enfants sont vaccinés									
Nombre de structures de sante disposant des supports de communication pour la vaccination									
Proportion des cas de refus de la vaccination résolus									

Indicateurs	Valeurs de base	Années de base	Fréquence	Cibles					Sources de vérification des données
				2016	2017	2018	2019	2020	
Pourcentage des structures de sante disposant de cadre redevabilité fonctionnel									
Objectif II : Accroître de 52% à 70% la fonctionnalité des structures de coordination, de leadership, de gouvernance et de mobilisation des ressources à tous les niveaux de 2017- 2020									
Disponibilité du rapport d'analyse organisationnelle et fonctionnelle du programme de vaccination	N/A	N/A	N/A	oui	oui	oui	oui	oui	Rapport d'activites du programme PEV
Disponibilité d'un organigramme révisé du programme de vaccination	N/A	N/A	N/A		oui	oui	oui	oui	Rapport d'activites du programme PEV
Disponibilité d'une loi sur la vaccination	N/A	N/A	N/A		oui	oui	oui	oui	Rapport d'activites du programme PEV
Disponibilités des plans annuels du programme de vaccination	N/A	N/A	N/A	oui	oui	oui	oui	oui	Rapport d'activites du programme PEV
Disponibilités du nouveau site pour le PEV, y compris la coordination nationale	N/A	N/A	N/A				oui	oui	Rapport d'activites du programme PEV
Disponibilité du rapport d'évaluation de la revue à mi-parcours du PPAC 2016-2020	ND	N/A	Bi-annuel			oui		oui	Rapport d'activites du programme PEV
Disponibilité du rapport de progrès annuel du programme de vaccination	ND	N/A	Annuel	oui	oui	oui	oui	oui	
Disponibilité du rapport conjoint OMS/UNICEF	oui	2015	Annuel	oui	oui	oui	oui	oui	
disponibilité des rapports d'audit financier annuel	oui	2014	Annuel	oui	oui	oui	oui	oui	

Indicateurs	Valeurs de base	Années de base	Fréquence	Cibles					Sources de vérification des données
				2016	2017	2018	2019	2020	
Disponibilité du rapport de situation annuelle de Gavi (RSA)	oui	2015	Annuel	oui	oui	oui	oui	oui	
Nombre de réunions du CCIA tenues	2	2015	Trimestriel	4	4	4	4	4	Proces verbal des reunions
Nombre de rencontres trimestrielles avec les PTF tenues	ND	NA	Trimestriel	4	4	4	4	4	Proces verbal des reunions
Disponibilité du cadre de suivi-évaluation du PPAC	Non	2015	N/A	oui	oui	oui	oui	oui	
Nombre de réunions de CTPS tenues		2015	Semestrielle	2	2	2	2	2	Rapport des CTPS
Nombre de réunions de CRS tenues		2015	Semestrielle	2	2	2	2	2	Rapport des CTRS
Nombre de réunions des CCS aux chefs-lieux de districts tenues		2015	Trimestrielle	4	4	4	4	4	Rapports des reunions CCS
Pourcentage du budget national de développement (BND) alloué au secteur de la santé	3.22%	2015	Annuelle	4.42 %	6.42 %	8.42 %	10%	10%	Loi des finances/CDMT
Pourcentage du budget de la santé alloué au programme de vaccination		2015	Annuelle	2%	3%	4%	5%	5%	CDMT
Pourcentage des fonds mobilisés par rapport à la prévision		2015	Annuelle						
Proportion du budget annuel utilisée ventilée par type de soutien (en l'occurrence RSS, SSV, SNV, fonds ELMA, etc.)									

Indicateurs	Valeurs de base	Années de base	Fréquence	Cibles					Sources de vérification des données
				2016	2017	2018	2019	2020	
Pourcentage du budget RSS utilisé par les OSC									

4.4 COUT ET FINANCEMENT DU PPAC 2016-2020

4.4.1 ANALYSE DES COÛTS ET FINACEMENTS

4.4.1.1 Méthodologie de détermination et d'analyse financière des coûts du PPAC

La détermination et l'analyse financière des coûts du PPAC 2016-2018 ont été faites par l'utilisation de l'outil du Costing version 3.9.3 de mai 2016. Cet outil qui a été dûment rempli a permis d'analyser les écarts de financements.

Après la revue des documents disponibles dans les secteurs impliqués par cet exercice, les données permettant de déterminer les coûts récurrents et les coûts en capital ainsi que les coûts partagés du Programme Elargi de Vaccination ont été collectées, vérifiées et validées avant d'être saisies dans l'Outil du Costing.

Les coûts obtenus au bout de l'exercice sont certainement sous-estimés surtout en ce qui concerne les coûts actuels car, il n'est pas aisé de reconstituer les données sur le financement du programme.

4.4.1.2 Coût de l'année de base 2015

Le coût total de l'année de base 2015 est de **9 416 056 USD**. Cette situation peut être présentée dans le tableau ci-après.

Tableau 21: Composition du coût de l'année de base 2015

N° d'ordre	Rubrique	Montant (USD)
1	Approvisionnement en vaccins et logistique (vaccination systématique)	3 250 991
2	Prestations de services	1 276 168
3	Plaidoyer et communication	-
4	Monitoring et contrôle des maladies	546 000
5	Gestion du programme	223 500
6	Activités de vaccination supplémentaires	2 843 952
7	Coûts partagés du système de santé	1 498 945
8	Total	9 416 056

Au terme de l'année 2015 et comme le montre le tableau suivant au titre des indicateurs de base, la vaccination systématique a coûté 0,48 US par habitant (0,1% du PIB et 1,8% des

dépenses totales). Le coût par enfant vacciné au DTC qui est d'ailleurs combiné aux vaccins Hep et Hib est de 27 US.

Par ailleurs, on peut constater que les dépenses totales de vaccination se chiffrent à 7.917.111 US dont 5.073.159 US pour la vaccination systématique uniquement et \$2 843 952 pour les activités de vaccination supplémentaires représentant respectivement 54% et 30% du coût de base 2015. On peut y noter également que la part des coûts partagés est de 1.498.945 USD, soit 16%.

Tableau 22: Indicateurs de base

Indicateurs de base	2015
Dépenses totales de vaccination spécifiques	\$7 917 111
Activités de vaccination supplémentaire	\$2 843 952
Vaccination systématique uniquement	\$5 073 159
Par habitant	0,48
Par enfant vacciné avec la DTC	27
% vaccins et matériels	20,4%
% ressources financières du gouvernement	22,0%
% dépenses totales en santé	1,8%
% Dépenses publiques de santé (DPS)	22,9%
% PIB	0,1%
Total coûts partagés	\$1 498 945
% coûts partagés - système de santé	15,9%
Total	\$9 416 056

4.4.2 PROJECTION DES BESOINS EN RESSOURCES POUR LA PERIODE 2016-2020

Ce tableau montre que les ressources nécessaires à la réalisation des actions prévues dans le plan pour la période 2016-2020 s'élèvent à 130.169.710 USD. Les éléments dominants de ces besoins sont : (i) l'approvisionnement en vaccins et logistique au titre des activités de vaccination systématique pour US 62.241.070 USD ; (ii) les activités de vaccination supplémentaires pour 43.119.458 USD, représentant respectivement 49% et 33% du total.

Les ressources nécessaires à la réalisation des actions prévues dans le plan pour la période 2016-2020 s'élèvent à 130.169.710 USD US. La projection des ressources a surtout pris en compte l'approvisionnement en vaccins et logistique au titre des activités de vaccination systématique pour US 62.241.070 US et des activités de vaccination supplémentaires pour 43.119.458 US, soit dans l'ordre 49% et 33% du total.

Les besoins en ressources augmentent en dents de scie d'année en année au cours de la période. Le niveau le plus bas se situe en 2017 avec 22.558.33 USD tandis que le pic s'observe en 2019

avec 31.210.463 USD. Cette évolution peut s'expliquer par l'introduction progressive de nouveaux vaccins et les campagnes de vaccination à effectuer au cours de la période.

Le tableau ci-dessous montre la situation des besoins en ressources projetés pour la période du plan.

Tableau 23: Projection des besoins en ressources pour le PPAc 2016-2020

N°	Rubrique	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Montant (US)
1	Approvisionnement en vaccins et logistique (vaccination systématique)	3 250 991	8 276 071	10 856 026	13 535 003	14 888 951	14 685 020	62 241 070
2	Prestations de services	1 276 168	1 463 836	1 501 473	1 543 436	1 616 681	1 528 131	7 653 558
3	Plaidoyer et communication	-	85 015	83 594	94 817	109 702	118 521	491 649
4	Monitoring et contrôle des maladies	546 000	929 412	906 759	912 005	922 815	917 437	4 588 428
5	Gestion du programme	-	726 214	665 370	456 956	508 960	541 000	2 898 499
6	Activités de vaccination supplémentaires	2 843 952	9 966 995	7 253 066	7 491 800	10 989 873	7 417 725	43 119 458
7	Coûts partagés du système de santé	1 498 945	1 358 008	1 292 043	1 852 683	2 173 480	2 500 833	9 177 047
8	Total	9 416 056	22 805 550	22 558 331	25 886 700	31 210 463	27 708 666	130 169 710

4.4.3 SOURCES DE FINANCEMENTS DES BESOINS DU PROGRAMME

Dans l'appréciation des ressources sécurisées pour financer la vaccination, il a été tenu compte des engagements concrets des partenaires et du Gouvernement qui a le devoir constitutionnel d'assurer et de promouvoir la santé dans le pays.

Le tableau suivant montre les contributions financières et les écarts qui en découlent par rapport aux besoins totaux.

Tableau 24: Détermination des écarts de financements

Besoins en ressources : financement et écarts	2016		2017		2018		2019		2020		2016 - 2020	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Total : ressources nécessaires	\$ 22 805 550	100	\$ 22 558 331	100	\$ 25 886 700	100	\$ 31 210 463	100	\$ 27 708 666	100	\$ 130 169 710	100
Total : ressources nécessaires (systématique seulement)	\$ 12 838 556	56	\$ 15 305 265	68	\$ 18 394 900	71	\$ 20 220 589	65	\$ 20 290 941	73	\$ 87 050 251	67
Par habitant	\$ 1,16		\$ 1,35		\$ 1,59		\$ 1,71		\$ 1,68		\$ 1,50	
Par enfant ciblé vacciné contre la DTC	\$ 59,02		\$ 62,32		\$ 67,15		\$ 66,65		\$ 60,66		\$ 63,31	
Total financement sécurisé	\$ 21 912 978	96	\$ 21 616 144	96	\$ 21 591 999	83	\$ 25 441 569	82	\$ 22 553 115	81	\$ 113 115 805	87
<u>Gouvernement</u>	\$ 3 179 592	14	\$ 3 135 402	14	\$ 3 693 151	14	\$ 2 073 579	7	\$ 3 414 165	12	\$ 15 495 889	12
<u>Cofinancement du Gouvernement</u>	\$ 255 315	1	\$ 460 009	2	\$ 952 601	4	\$ 1 414 302	5	\$ 1 449 350	5	\$ 4 531 577	3
<u>GAVI</u>	\$ 6 555 221	29	\$ 7 431 269	33	\$ 9 454 448	37	\$ 9 710 895	31	\$ 10 271 877	37	\$ 43 423 710	33
<u>OMS</u>	\$ 7 316 367	32	\$ 5 372 044	24	\$ 4 394 388	17	\$ 7 191 143	23	\$ 4 325 825	16	\$ 28 599 767	22
<u>UNICEF</u>	\$ 4 606 483	20	\$ 5 217 420	23	\$ 3 097 411	12	\$ 5 051 650	16	\$ 3 091 898	11	\$ 21 064 862	16
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	\$892 572	4	\$942 187	4	\$4 294 701	17	\$5 768 894	18	\$5 155 551	19	\$17 053 905	13
Financement probable	\$ 319 346	1	-	-	\$ 3 417 683	13	\$ 4 660 158		\$ 4 168 037	15	\$ 12 565 224	10
<u>GAVI</u>	\$ 319 346	1	-	-	\$ 927 828	4	\$ -	-	\$ -	-	\$ 1 247 174	1
<u>OMS</u>	-		-	-	\$ 912 005	4	\$ 922 815	3	\$ 1 035 958	4	\$ 2 870 778	2
<u>UNICEF</u>	-		-	-	\$ 1 577 850	6	\$ 3 737 343	12	\$ 3 132 079	11	\$ 8 447 272	7
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)	\$ 573 226	3	\$ 942 187	4	\$ 877 018	3	\$ 1 108 736	4	\$ 987 514	4	\$ 4 488 681	3

Ce tableau indique que les financements sécurisés du plan se chiffrent à 113.115.805 couvrant ainsi 87% des besoins dégageant ainsi un écart de 17.053.905 USD correspondant à 13% des besoins. Ils évoluent en dents de scie en enregistrant une légère baisse de 2016 à 2018 pour ensuite augmenter en 2019 et baisser en 2010.

Au titre des sources des financements sécurisés par ordre d'importance, GAVI occupe la première en couvrant 33% des besoins. Cette institution est suivie de l'OMS (22%), de l'UNICEF (16%) et du Gouvernement (15%), y compris le cofinancement que doit apporter ce dernier.

Il est intéressant de signaler que le cofinancement attendu du Gouvernement est de 4.531.577 USD, soit 3% des besoins totaux en ressources.

Il est intéressant de noter que certains bailleurs des fonds n'apparaissent pas dans cette situation car, leurs contributions passent par l'OMS et l'UNICEF qui deviennent ainsi des collecteurs de ressources et agences d'exécution.

Viabilité financière du plan

La République de Guinée fait partie des pays à faible revenu où l'état de santé des populations demeure précaire en raison des difficultés de mobilisation des ressources. La survenue de la fièvre hémorragique Ebola a montré les disfonctionnements et les faiblesses du système de santé qui empêchent celui-ci à répondre efficacement aux besoins de santé de la population. Ce constat doit amener les autorités à accorder plus d'importance à la prévention.

A cet effet, au-delà des mesures déjà prises (la signature de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale, la création de la ligne « vaccin » dans le budget de l'Etat, la responsabilisation des Ministres dans l'exécution des budgets entre autres), d'autres stratégies pertinentes doivent être définies et mises en œuvre pour la viabilité de ce plan. On peut citer :

- ✓ l'adoption de l'approche du financement basé sur le résultat dans le cadre de la mise en œuvre effective du Cadre de dépenses à moyen terme ;
- ✓ l'augmentation de la part du budget consacré à la santé en général, à la vaccination en particulier en conformité avec la stratégie de réduction de la pauvreté ;
- ✓ le décaissement des crédits inscrits au budget de façon régulière en conformité avec la planification des activités ;
- ✓ le développement du marketing pour obtenir entre autres l'implication du secteur privé dans le financement de la vaccination ;
- ✓ le renforcement de la coopération avec les partenaires pour l'accroissement des ressources en faveur de la vaccination dans l'optique de destiner les recettes issues du recouvrement des coûts à d'autres besoins que celui de la vaccination.

CONCLUSION

Le PEV est un programme prioritaire du Ministère de la santé de la Guinée et ses interventions permettent une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies évitables par la vaccination. Le plan pluri annuel complet a été élaboré pour couvrir la période 2016-2020. C'est un document d'orientation en matière de directives, de politiques et de stratégies. Il contribuera à l'amélioration de l'état de santé de la population d'une manière générale, l'établissement de l'égalité d'accès de tous aux services de vaccination, l'augmentation de l'utilisation des services de vaccination par un plus grand nombre de personnes, l'introduction de nouveaux vaccins (HépB à la naissance, PCV-13, Rotavirus, VAR2, RR, HPV, Ebola, et Men A) ainsi que l'intégration de la vaccination à d'autres interventions sanitaires.

Son élaboration a pris en compte les priorités du Plan National de Développement Sanitaire, du Pla de Relance et Résilience du Système de Santé, du Plan de Relance du PEV et du plan d'action mondial pour les vaccins. Ses priorités sont : l'amélioration de l'offre de services de qualité en matière de vaccination, l'élimination de la rougeole, de la fièvre jaune, et des épidémies à méningocoque A, le renforcement de la surveillance basée sur les cas, la mobilisation des ressources financières pour les vaccinations et l'introduction des nouveaux vaccins.

Ce plan servira également de document d'orientation stratégique et de référence nationale pour la planification des activités de vaccination et de la mobilisation du financement. Sa mise en œuvre exige le développement d'un partenariat actif et une bonne coordination de tous les partenaires du PEV pour mobiliser l'ensemble des ressources requises. L'atteinte des objectifs du plan nécessite un engagement de tous les intervenants au niveau national et des partenaires techniques et financiers afin de mobiliser les ressources nécessaires pour sa mise en œuvre.

ANNEXES

Annexe 1 : Plan d'action opérationnel pour les années 2016 et 2017

Annexe 2 : Liste de la commission de rédaction du PPAC 2016-2020

Annexe 3 : Liste de présence de la validation du PPAC 2016-2020

Annexe 2 : Liste de la commission de rédaction du PPAC 2016-2020

≠	Prénoms et Nom	Service/Fonction	Téléphone	e-mail
1	Dr Moustapha DABO	Coordonateur National du PEV/SSP/ME	622 98 17 18	dabo.gnara@gmail.com
2	Dr Aly CAMARA	Chef Section Suivi-Evaluation et Recherches/PEV	620 71 80 20	Camaraly@gmail.com
3	Dr Djénou SOMPARE	Chef Section Immunisation/PEV	621 77 88 58	Somparedjénou1956@gmail.com
4	Dr Mariama Hann	Chef Section Communication/Mobilisation Sociale/PEV	624 19 74 65	hannmariama@gmail.com
5	Mr Idrissa BANGOURA	Comptable-Financier/PEV	628 38 70 05	Idrissa_bangus@yahoo.fr
6	Dr Samah YOMBOUNO	Charger de la Logistique /PEV	664 34 64 08	syombounoand@yahoo.com
7	Dr Mohamed Salif SYLLA	Charger de la Surveillance/PEV	622 54 40 70	Smedylla@gmail.com
8	Dr Boubacar DIALLO	Charger de la Recherche/PEV	664 40 22 17	boubakard@hotmail.com
9	Dr Mamadou Dian BAH	Gestionnaire des données/PEV	622 34 97 42	mdudianbah@gmail.com
10	Mr Lansana CAMARA	Assistant Logistique/PEV	628 67 53 88	Lcamara06 @yahoo.fr
11	Mme Habibatou CONTE	Secrétaire PEV	664 33 46 92	
12	Mme Housseinatou DIALLO	Secrétaire/PEV	622 27 52 98	
13	Dr Yousouf KPOHGOMOU	DRS	623 87 62 50	
14	Brigitte LOUA	DPS Kindia	623 33 93 91	beremiceloua@gmail.com
15	Nyankoé Noël MALEMOU	Agent PEV/CS Friguiyagbe	628 98 17 39	
16	Kanfory CAMARA	Membre du CCIA	628 95 70 44	Kanforycamara207@yahoo.fr
17	Fodé Lumceny CAMARA	Membre du CCIA	628 54 14 77	lumcenyfe@gmail.com
18	Hon Dr Christian Sinata TOURE	Assemblée Nationale	622 30 26 75	Christisina_toure@hotmail.fr
19	El Mamadou Aliou DIALLO	Ministère de l'Economie et des Finances	622 37 62 00	alioufady97@yahoo.com

№	Prénoms et Nom	Service/Fonction	Téléphone	e-mail
20	Abou KEITA	Ministère de Budget	621 17 66 92	keitabou2002@yahoo.fr
21	Abdoulaye DIALLO	MASPF/Enfance	628 36 15 52	ablaysakina@gmail.com
22	Mr Boubacar SYLLA	Société civile/POSSAV	628 57 11 78	boubasylla@gmail.com
23	Fatoumata Camus CAMARA	Société civile/POSSAV	621 16 11 15	camarafatoumatacamus@gmail.com
24	Dr Sylvestre TIENBRIEDRAGO	Conseiller Technique PEV/RSS/ Unicef	625 22 82 42	sytiendrebeogo@unicef.org
25	Dr Luzitu SIMAO	FBMG/ Consultant	625 48 06 16	luzitu@yahoo.com
26	Dr LENO Niouma Nestor	Unicef	622 53 12 91	nnleno@unicef.org
27	MBRIHINGAM JECONIAS	Unicef	621 08 88 26	jmbahingam@unicef.org
28	Fatoumata Diaraye DIALLO	Unicef	624 61 80 73	fdiallo @unicef.org
29	Irma ALOFA	Unicef	628 32 62 83	ialofa@unicef.org
30	Dr Véronique KEITA SARR	Unicef	628 86 20 69	vsarr@unicef.org
31	Dr Mouctar KANDE	OMS	622 57 10 81	kandem@who.int
32	Mr Amara DRAME	Consultant 'Costing'	622 57 10 91	amaradrame2002@yahoo.com