

GUINEE BISSAU

Justification de soutien au programme

[2018-2022]

La justification de soutien au programme (JSP) décrit les justifications et les objectifs de haut niveau pour la programmation du soutien de Gavi pour la période à venir et (conjointement à la justification de soutien aux vaccins mentionnée ci-dessous), remplace les formulaires d'application précédemment utilisés pour la demande d'un nouveau soutien).

- La JSP est élaborée environ tous les cinq ans sur la base de, et en s'alignant sur les plans stratégiques nationaux de santé et de vaccination et leurs budgets.
- L'évaluation conjointe y est intégrée au cours de l'année de la revue du JSP.
- Les niveaux de stock et les demandes de renouvellement ou de changements de produit doivent être rapportés sur le portail pays de Gavi entre fin mars et le 15 mai 2017
- La JSP s'appuie sur une analyse robuste des données du pays et des données factuelles des progrès réalisés (ou des difficultés persistantes) en termes de couverture et d'équité.
- Parallèlement à la JSP, le plan de travail opérationnel et le budget ainsi que le cadre de performance des subventions (GPF – Grant Performance Framework) sont élaborés pour compléter les objectifs présentés dans la JSP. Le budget et le plan de travail opérationnel seront mis à jour chaque année pour s'aligner sur les processus de planification opérationnelle du pays, en tenant compte de l'évaluation conjointe.
- La JSP sera revue par des experts techniques indépendants, qui formuleront leurs recommandations à Gavi sur l'intégralité du portefeuille de soutien pour la durée de la JSP, y compris tout soutien en cours nécessitant un renouvellement.
- Une requête complémentaire de soutien aux vaccins sera formulée pour soutenir les demandes de soutien et l'approbation de Gavi pour le soutien aux nouveaux vaccins avant leur introduction (environ 12 à 18 mois en amont du lancement).



Pour en savoir plus sur les processus étayant le développement, la revue et l'approbation des demandes de soutien consolidées dans la JSP, veuillez consulter le document d'orientation sur le processus du cadre d'engagement pour le pays de Gavi (disponible auprès du SCM Gavi). Une liste des documents obligatoires pour le pays y est fournie (Annexe 4).

Signatures – Approbation de la JSP

Veuillez noter que l'approbation finale du soutien de Gavi nécessite les signatures à la fois du ministre de la Santé et du ministre des Finances ou leur autorité déléguée (et du ministre de l'Éducation pour le soutien au VPH). Gavi a également besoin que la JSP et le cadre de performance des subventions soient approuvés par le forum de coordination dirigé par le gouvernement concerné (Comité de coordination inter-agences (CCIA), Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) ou organisme équivalent), par le biais de la soumission des signatures des membres du forum de coordination ainsi que du compte-rendu de la réunion d'approbation. Les signatures et approbations de la JSP sont nécessaires avant que les experts indépendants de Gavi formulent une recommandation en matière de soutien.

Nous soussignés affirmons que les objectifs et activités de la JSP de Gavi correspondent pleinement aux plans stratégiques nationaux de santé et de vaccination (ou équivalent), et que les fonds permettant la mise en œuvre de toutes les activités, y compris les fonds domestiques et tout cofinancement de vaccin nécessaire, seront inclus dans le budget annuel du ministère de la Santé.

Le Ministre de la Santé Publique, de la Famille et de la Cohésion Sociale (ou autorité déléguée)	Le Ministre de l'Economie et des Finances (ou autorité déléguée)
Nom : <i>Maria da Guineia Mendes Sankhá</i>	Nom : <i>FULEIMANE SEIDI</i>
Signature :	Signature :
Date : <i>07.09.2018</i>	Date : <i>07.09.2018</i>



Partie A : Vue d'ensemble du portefeuille de soutien

1. Vaccins : Cofinancement du pays et demande de soutien à Gavi pour le financement des vaccins existants et nouveaux de Gavi

1.1 Vaccins existants soutenus par Gavi		Projections estimées ¹				
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Vaccin 1. (ex. Pentavalent de routine)	Cofinancement du pays (USD)	35,729\$	38,733\$	41881\$	43981\$	45791\$
	Soutien de Gavi (USD)	101828\$	110388\$	119359\$	125347\$	130505\$
Vaccin 2. (ex. Rotavirus de routine)	Cofinancement du pays (USD)	14292\$	15493\$	16752\$	17592\$	18317\$
	Soutien de Gavi (USD)	189255\$	205166\$	221840\$	232967\$	242555\$
Vaccin 3 (VAA)	Cofinancement du pays (USD)	14292	15493	16752	17592	18317
	Soutien de Gavi (USD)	62168	67395	72872	76527	79677
Vaccin 4 (PCV13)	Cofinancement du pays (USD)	33493	36312	39263	41232	42929
	Soutien de Gavi (USD)	477317	517445	559497	587562	611743
Vaccin 5 (VPI)	Cofinancement du pays (USD)	33849	36694	39976	41666	43381
	Soutien de Gavi (USD)	93083	100909	109110	114583	119298
a) Total du cofinancement du pays pour les vaccins existants (USD)		\$ 131655	\$95961.73	\$104030.73	\$154624	\$162063
b) Total du soutien de Gavi pour les vaccins existants (USD)		\$ 923 651	\$923651	\$1001303	\$1082678	\$1136986
c) Total des coûts des vaccins existants (a+b) (USD)		1 055 306	\$1019612.73	\$1105333.73	\$10237302	\$1299049
1.2 Demande de soutien aux vaccins nouveaux						
Vaccin 1 (MenA routine)	Population dans la cohorte d'âge cible (#)		66461	67923	69418	70945
	Population cible (1re dose ou dose unique) (#)		33231	53339	59006	63851
	Population cible pour la dernière dose (#)					
	Taux de pertes estimé ²		25.0%	25.0%	25.0%	25.0%

¹ Ces estimations offrent une visibilité quant au financement total nécessaire que le pays doit prévoir pour compléter le financement de Gavi. Ces estimations sont des projections et peuvent varier des engagements actuels, qui sont calculés par année et illustrés dans les lettres de décision de Gavi. La source de ces estimations sont les toutes dernières contributions reçues du pays et ont fait l'objet d'ajustements pas le secrétariat de Gavi (par ex. mises à jour des prix, contraintes de fournitures, etc).

² Pour les taux de pertes indicatifs pour toute autre présentation préférée (%), merci de vous reporter aux profils détaillés des produits disponibles ici : <http://www.gavi.org/library/gavi-documents/supply-procurement/detailed-product-profiles/>

	Cofinancement du pays (USD)		22342	32066	32365	34995
	Soutien de Gavi (USD)		66461	67923	69418	70945
Vaccin 2 [HPV routine]	Population dans la cohorte d'âge cible (#)				120134	122777
	Population cible (1re dose ou dose unique) (#)				72080	98222
	Population cible pour la dernière dose (#)				72080	98222
	Taux de pertes estimé ³				1.0%	1.0%
	Cofinancement du pays (USD)	\$			12135	22377
	Soutien de Gavi (USD)	\$			266965	492284
Vaccin 3 [VAR2 routine]	Population dans la cohorte d'âge cible (#)		66461	67923	69418	70945
	Population cible (1re dose ou dose unique) (#)		33231	53339	59006	63851
	Population cible pour la dernière dose (#)					
	Taux de pertes estimé ⁴		25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
	Cofinancement du pays (USD)	\$				
	Soutien de Gavi (USD)	\$				
d) Total do cofinanciamento pelas vacinas novas (US\$)		\$	22342	32066	44500	57372
e) Total du soutien de Gavi pour les vaccins nouveaux demandés (US\$)		\$	34295	49221	316645	546001
f) Coût total des vaccins nouveaux demandés (d+e) (USD)		\$	56637	81287	361145	603373
1.3 Résumé du total des coûts et du cofinancement						
g) Total du cofinancement du pays pour les vaccins existants et les vaccins nouveaux demandés (a+d) (USD)		95,961.73	126,372.73	186,690	206,563	226,107
h) Total du soutien de Gavi pour les vaccins existants et les vaccins nouveaux demandés (b+e) (USD)		923,651	927 946	1,131,899	1,453,631	1,729,779

³ Pour les taux de pertes indicatifs pour toute autre présentation préférée (%), merci de vous reporter aux profils détaillés des produits disponibles ici : <http://www.gavi.org/library/gavi-documents/supply-procurement/detailed-product-profiles/>

⁴ Pour les taux de pertes indicatifs pour toute autre présentation préférée (%), merci de vous reporter aux profils détaillés des produits disponibles ici : <http://www.gavi.org/library/gavi-documents/supply-procurement/detailed-product-profiles/>

i) Total cost of current and new vaccines requested (g+h) (US\$)	1,019,613	1054318.73	1,318,589	1,660,194	1,955,886
---	------------------	-------------------	------------------	------------------	------------------

1.4 Demande de changement de la présentation du vaccin pour le soutien actuel (le cas échéant) 5. Veuillez noter que cela nécessite des documents complémentaires contenant la capacité de la chaîne du froid, les niveaux de stock actuels du produit et le plan d'activités chiffré (à soumettre via le portail du pays dans la rubrique « Documents justificatifs »).

Dans la mesure du possible, Gavi a pour objectif de satisfaire les préférences nationales concernant la présentation des vaccins. En cas d'approvisionnement insuffisant d'un produit pour répondre à la demande d'un pays, Gavi tiendra compte de la justification du changement afin de classer par ordre de priorité l'approvisionnement entre les pays.

Présentation souhaitée	Mois d'introduction souhaité	Justification à l'appui du changement de présentation souhaité, y compris toute incidence anticipée sur la couverture et l'équité
...

1.5 Dates de présentation et de mise en œuvre des vaccins : le pays doit compléter toutes les colonnes pour chaque introduction de vaccin nouveau et chaque campagne prévue pendant toute la durée de la JSP et pour lesquelles le pays fait une demande de soutien.

Programme et type de soutien	Présentation préférée ⁶	Date souhaitée d'arrivée du vaccin	Date prévue de lancement	Soutien demandé jusqu'en
[MenA]	Voir les profils détaillés des produits	05/2020	10/2020	2023
[HPV]	Voir les profils détaillés des produits	12/2021	03/2022	2023
[VAR2]	Voir les profils détaillés des produits	31/08/2020	1er Oct 2020	2023

⁵ Pour une description détaillée des profils des produits de vaccination, visitez le site Web de Gavi (cliquez sur le 3^e onglet) : <http://www.gavi.org/about/gavis-business-model/vaccine-supply-and-procurement/>

⁶ Pour les préférences de présentations des vaccins, veuillez-vous reporter aux profils détaillés des produits disponibles ici : <http://www.gavi.org/library/gavi-documents/supply-procurement/detailed-product-profiles/>

2. Soutien financier

2.1 Soutien financier actuellement actif de Gavi (uniquement les montants déjà approuvés mais pas encore terminés) Tableau entier pré-rempli par Gavi

Type de soutien	Montant approuvé	Montant décaissé	Montant restant	Année(s) de soutien
RSS 1		11 343 375 \$	100 000 \$	2008-2015
VIG VPI		568 989 \$	25 000 \$	2017-2019

2.2 Demande de nouveau soutien financier Le pays doit compléter le tableau ci-dessous

Veuillez noter le plafond RSS du pays pour les 5 prochaines années ⁷ : (3 750 000 USD)	Estimations indicatives ⁸					Total
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	
Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)						
<i>Renforcer la gestion et la coordination du Programme Elargi de Vaccination à tous les niveaux, le rendre plus efficace et efficient afin d'améliorer la couverture vaccinale et l'équité</i>	219,134	148,790	133,817	128,512	129,035	759,287
<i>Augmenter la couverture vaccinale des enfants vaccinés, en VAR de 81,3% en 2017 à au moins 95% et en Penta 3 de 82% à au moins 95% en 2022, de manière équitable dans les 8 régions sanitaires</i>	295,653	122,812	123,764	123,764	123,764	789,757
<i>D'ici la fin de 2022, augmenter de 57,3% en 2014 à 80% le score de la gestion efficace des vaccins à tous les niveaux</i>	643,673	247,127	94,659	95,941	70,423	1,151,823
<i>D'ici à 2022, 90% des mères et gardiens d'enfants de moins d'un an, y compris les populations spéciales, connaissent l'importance de la vaccination et fréquentent les services de vaccination</i>	151,420	76,152	75,721	75,454	75,414	454,160
<i>Réduire l'écart entre les données administratives et les données d'enquête de couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés de 15% (80% - 65%)⁹ en 2017 à 5% en 2022 dans toutes les régions</i>	291,841	47,729	47,729	47,729	47,729	482,757

⁷ Si les circonstances le justifient et que la source de l'investissement du pays pour la plateforme d'optimisation d'ECF est le RSS de Gavi, ce montant doit être déduit du plafond du RSS.

⁸ Afin de déterminer le plafond (total) de ces allocations supplémentaires (VIG et Ops), le pays doit spécifier la population cible pour le vaccin associé

⁹ Inquerito de cobertura vicinal 2017

<i>Coûts de gestion des programmes</i>	56,108	56,108	-	-	-	112,216
Total RSS (USD)	1,657,829	698,717	475,690	471,399	446,364	3,750,000
Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne de froid (POECF)						
Co-investissement de Gavi dans la POECF ¹⁰						
Co-investissement du pays dans la POECF¹¹						
• Fonds nationaux	83,237\$	83,791\$				167,028 \$
• RSS de Gavi (avec ce montant clairement prévu dans les limites du plafond RSS pour éviter de le compter deux fois)	332,946 \$	335,165 \$				668,112\$
• Autres partenaires						
Total POECF¹² (USD)	416,183\$	418,957\$	0	0	0	835,140\$
Soutien aux vaccins nouveaux (subventions à l'introduction des vaccins ou soutien opérationnel aux campagnes ou allocations de changement de produit)						
<i>ex. VIG deuxième dose de routine anti-rougeoleux</i>	0	98.187\$				98.187\$
<i>ex. VIG MenA de routine</i>	0					
<i>ex. Ops campagne de vaccination MenA</i>	0	98.187\$				98.187\$
<i>HPV</i>	0		100000\$	100000\$		196.374\$
Total du soutien HSIS demandé (USD)	2,997,663	2,241,994	1,707,589	2,025,030	2,176,143	11,148,420

2.3 Options de vérification des données pour le calcul du RSS/financement sur la base des performances (FBP) [Le pays doit renseigner l'ensemble du tableau](#)

Utilisation des données administratives du pays (Oui/Non) :	...	Utilisation des estimations de l'OMS/UNICEF (Oui/Non) :	...	Utilisation d'enquêtes (Oui/Non) :	...
---	-----	---	-----	------------------------------------	-----

¹⁰ Co-investissement de Gavi dans la POECF = 50 % ou 80 % du montant total pour la POECF, en fonction du groupe RNB de la Banque mondiale (et du statut de cofinancement de Gavi)

¹¹ Co-investissement de Gavi dans la POECF = 20 % ou 50 % du montant total pour la POECF, en fonction du groupe RNB de la Banque mondiale (et du statut de cofinancement de Gavi)

¹² Total POECF = Co-investissement du pays dans la POECF + Co-investissement de Gavi dans la POECF

Partie B : Analyse du système de vaccination du pays

! La stratégie Gavi 2016-2020 est axée sur l'accroissement de la couverture et de l'équité des services de vaccination, pour que chaque enfant bénéficie du soutien vaccinal. L'analyse présentée dans la partie B est essentielle pour identifier les zones de faible couverture et les facteurs d'iniquités qui devront éventuellement être ciblées par un soutien de Gavi (décrit dans la partie D).

3. Informations contextuelles sur le pays

Années du plan national de développement sanitaire	2018-2022
Années de la stratégie de vaccination (par ex. PPAC)	2018-2022
Dates de début et de fin de l'exercice fiscal	Janvier - Décembre
Planification du travail opérationnel national annuel	Janvier - Décembre
Statut de la transition et du cofinancement (mentionner le statut : autofinancement initial, phase de transition préparatoire, accélérée)	Initial self-financing
Budget annuel total de la vaccination pour le gouvernement et les partenaires (année précédente)	Not available
Dépenses de santé totales/per capita (année précédente)	38\$

4. Résultats obtenus par le pays par rapport aux principaux indicateurs des résultats vaccinaux en harmonie avec la stratégie de Gavi (2016-2020), sur la base du cadre de performance actualisé du pays (y compris source et année).

Investissement total dans la vaccination de routine par enfant (tiré du FRC et des données UNWPP)	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi (IF&S)
Vaccins (non financés par Gavi) dans le programme de vaccination actuel (par ex. OPV)	À compléter par le pays
Autre statut pertinent au sein de Gavi (par ex. Niveau de PEF, Fragilité, Ebola, Couverture et équité)	Not under any specific category
Couverture du Penta 3 au niveau national (Penta 3 ¹³)	2017 : Admin : 79% Official : 79% WUENIC : 87% Enquête (2016) : 83%
Couverture du vaccin anti-rougeoleux (première dose) au niveau national (VVR1)	2017 : Admin : 66% Official : 66% WUENIC : 81% Enquête (2016) : 86%
Taux d'abandon entre le Penta 1 et le Penta 3	2017 :

¹³ Voir l'annexe 3 des directives CEF pour connaître les exigences minimales d'éligibilité

	Admin : 13% Official : 13% WUENIC : 8% Enquête (2016) :7%
Équité de la couverture vaccinale selon la zone géographique : pourcentage de districts ou de zones administratives équivalentes ayant une couverture Penta 3 supérieure à 80 %	2017 : Admin : 64%
Équité de la couverture vaccinale selon le niveau de richesse : écart de pourcentage de couverture Penta 3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche	2012 : Enquête : 15.9%
Couverture vaccinale selon le niveau d'éducation de la mère/du responsable : écart de pourcentage de couverture Penta 3 entre les enfants dont la mère/le responsable n'a reçu aucune éducation et ceux dont la mère/le responsable a terminé l'enseignement secondaire ou supérieur	2012 : Enquête : 15.5%
Qualité des données : écart de pourcentage entre la couverture administrative nationale Penta 3 et l'estimation de l'enquête de couverture	2016 : Enquête : -14%
Score composite national de la dernière évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) (score annuel et agrégé)	2014 : 55

5. Situation de la couverture et de l'équité

 Pour améliorer la pérennité de la couverture et traiter les inégalités, il est indispensable de pouvoir identifier les populations non vaccinées, de comprendre les goulots d'étranglement ou les difficultés qui empêchent ces populations d'être vaccinées, et d'adapter les interventions pour résoudre ces blocages spécifiques. Cette section définit le contexte pour le ciblage des populations, communautés ou zones géographiques spécifiques nécessitant un soutien intensif, afin d'améliorer la couverture de tels groupes de façon équitable.

- 5.1 Décrivez les **évidences en matière de couverture et d'équité de l'immunisation aux niveaux national et infranational dans le pays et les contraintes à l'amélioration. En particulier, identifiez les régions et les groupes présentant une faible couverture ou des inégalités élevées sur la base de considérations géographiques, socio-économiques, culturelles ou liées à l'alphabétisation des femmes, ainsi que les communautés systématiquement marginalisées. Précisez les régions et/ou les populations à faible couverture (%) et celles ayant le plus grand nombre absolu d'enfants non vaccinés/incomplètement-vaccinés. Parmi les sources de données, tenez compte des données administratives, des enquêtes sur la couverture vaccinale, EDS/MICS, des analyses d'équité, des enquêtes Connaissances-Attitudes-Pratiques et des données sur les maladies comme la rougeole.**
- 5.2 Décrivez les **difficultés sous-jacentes à la performance du système de vaccination, y compris au niveau de la chaîne d'approvisionnement en vaccins, la création de la demande/mobilisation de la communauté, la qualité/disponibilité/utilisation des données et le leadership, la gestion et la coordination.**
- 5.3 Décrivez tout problème lié au **financement du programme de vaccination** et qui a une incidence sur la capacité à augmenter la couverture, y compris les goulots d'étranglement liés à la planification, à la budgétisation, au décaissement et à la mise en place des ressources.
- 5.4 Décrivez les **leçons apprises et les meilleures pratiques** relatives à l'efficacité des activités mises en œuvre pour améliorer la couverture et l'équité ; les recommandations les modifications ou les nouvelles interventions qui seraient nécessaires pour accélérer les progrès (incluant les données pertinentes pour d'étayer toute conclusion, recommandation)

5.1. Couverture vaccinale et Equité

Selon les données de l'Enquête de Couverture Vaccinale (ECV) menée par l'INE en 2017, la couverture nationale en Penta3 est de 82% (données brutes Tableau 1) :

- ✓ une seule région a un taux de CV d'au moins 90% ; Cacheu 92,6%
- ✓ 4 Régions sur 11 (Quinara; Oio; Biombo et Bafatá) ont atteint une couverture entre 80% et 89 %
- ✓ 6 régions ont un taux de CV inférieur à 80%. Ce sont : Tombali; Farim; Bolama; Bijagós; Gabú et SAB.

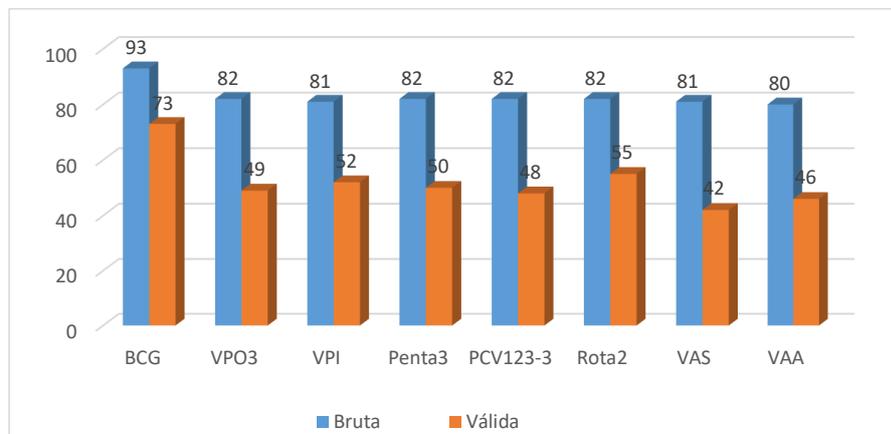
Tableau 1 : Couverture vaccinale brute et valide de Penta1 et Penta3 par carte

Région Sanitaire	Penta1				Penta3				Echantillon	
	Brute		Valide		Brute		Valide			
	(%)	IC: 95%	(%)	IC: 95%	(%)	95% CI (%)	(%)	IC: 95%	N	Poids
Guinée-Bissau	83,2	(79,6, 86,3)	77,7	(74,2, 80,8)	82,0	(78,0, 85,3)	49,8	(45,4, 54,1)	1 408	1 408
Tombali	77,5	(67,1, 85,3)	73,0	(63,6, 80,7)	76,0	(65,2, 84,3)	43,9	(31,8, 56,8)	130	88
Quinara	87,1	(71,5, 94,8)	84,6	(69,5, 93,0)	86,6	(70,8, 94,5)	48,0	(39,2, 57,1)	116	59
Oio	86,9	(81,9, 90,7)	81,7	(75,0, 87,0)	86,6	(81,8, 90,2)	45,3	(36,6, 54,2)	178	162
Farim	75,4	(60,3, 86,0)	67,9	(52,5, 80,3)	75,4	(60,3, 86,0)	42,4	(32,3, 53,2)	197	47
Biombo	88,0	(79,4, 93,3)	84,0	(73,8, 90,7)	87,0	(78,5, 92,5)	56,5	(47,4, 65,1)	107	91
Bolama	71,7	(43,8, 89,1)	61,4	(37,1, 81,1)	71,2	(43,5, 88,8)	50,4	(30,7, 70,1)	77	10
Bijagós	70,2	(51,8, 83,7)	61,9	(44,1, 77,0)	68,6	(49,8, 82,9)	41,9	(28,6, 56,5)	53	21
Bafatá	86,2	(78,9, 91,3)	81,1	(71,9, 87,8)	85,4	(78,2, 90,5)	59,9	(47,6, 71,1)	165	195
Gabú	75,7	(62,7, 85,2)	66,2	(55,0, 75,9)	74,7	(62,7, 83,8)	33,4	(25,8, 41,9)	185	200

Cacheu	92,6	(85,8, 96,3)	86,1	(78,3, 91,4)	92,6	(85,8, 96,3)	55,4	(40,0, 69,9)	116	180
SAB	80,9	(69,5, 88,8)	77,1	(67,0, 84,8)	78,0	(64,7, 87,3)	54,1	(42,5, 65,2)	84	355

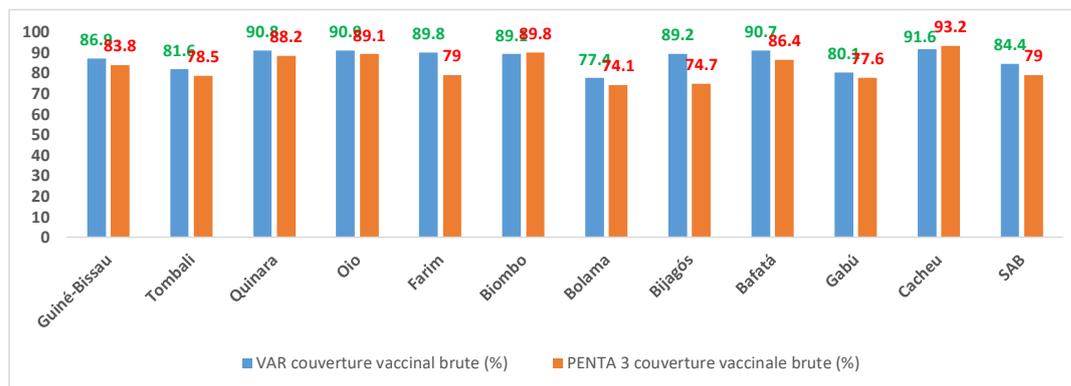
Les écarts entre les taux de couverture vaccinale bruts et valides de l'enquête de couverture vaccinale sont respectivement de 32% pour Penta3 (82% -50%), et rougeole (73% - 41%). Le non-respect du calendrier vaccinal justifierait les différences significatives observées entre la couverture vaccinale brute et valide pour le même antigène, chez les enfants possédant une carte de vaccination. La situation se présente comme suit: BCG 9,6%; Penta3 32,2% et VAR 35,4%. (Figure 1 & 2).

Figure 1 : Couverture vaccinale avec carte brute versus valide, par antigène, ECV 2017



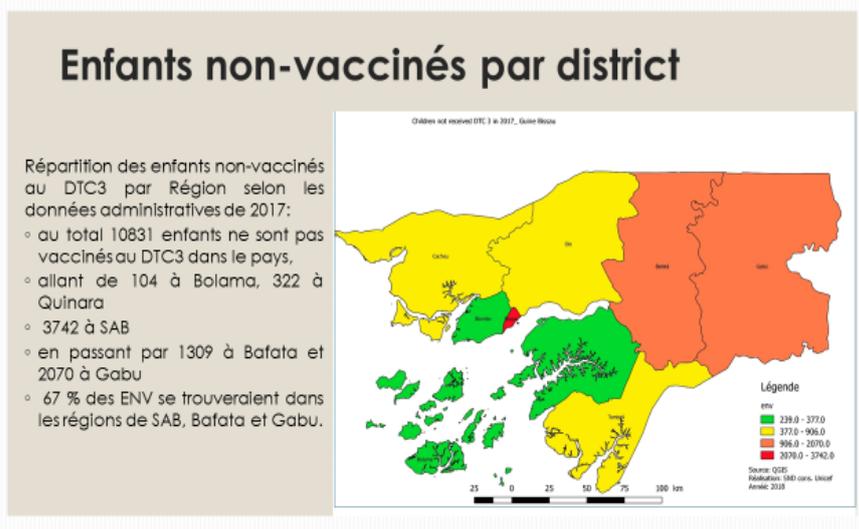
Il ressort que l'écart entre les taux de couverture vaccinale bruts et valides de l'enquête de couverture vaccinale sont respectivement de 32% pour Penta3 (82% -50%) et rougeole (73% - 41%). Il a été noté que la proportion d'enfants complètement et correctement vaccinés est de 24%, ce qui reste très faible. Selon les résultats de la même enquête, six (06) régions ont une couverture vaccinale en Penta 3 inférieur à 80% (SAB, Gabu, Tombali, Farim, Bijagós et Bolama). En ce qui concerne le Vaccin anti-rougeoleux, les taux de couverture varient de 77,4% à Bolama à et 91,6% à Cacheu (voir Fig. 1&2).

Figure 2 : Couverture vaccinale brute en VAR et Penta3 (%)



Selon les données administratives de 2017, les trois régions ayant le plus grand nombre absolu d'enfants non vaccinés sont : Cacheu, Gabu et SAB. Ces trois régions totalisent 10831 enfants sur 13 693 enfants non vaccinés pour le Penta 3 et 12 541 sur 22 311 enfants non vaccinés pour le VAR. (Graphique 1).

Graphique 1: Enfants non-vaccinés par Région



Il est à noter que la couverture vaccinale varie selon certaines caractéristiques socio-économiques caractéristiques. Ainsi, selon les résultats de l'analyse d'équité réalisée en 2017 dans les régions de Cacheu, Gabú, Tombali et SAB, la couverture vaccinale liée au niveau de scolarité des mères était inégale (15,5 points de pourcentage entre les niveaux les plus élevés et les plus bas).

En 2014, l'enquête MICS¹⁴, avait fait ressortir que la couverture vaccinale de Penta3 dans le quintile le plus riche était de 90,5%, contre 74,6% dans le quintile le plus pauvre. Il n'y avait pas de différence dans la couverture vaccinale liée au sexe, 0,1 point de pourcentage.

Graphique 2 : Couvertures vaccinales en fonction des caractéristiques socio-économiques

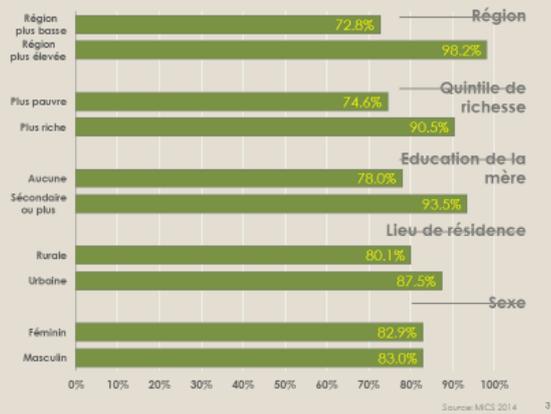
¹⁴ Rapport Enquête MICS 2014

Disparités

En plus des disparités régionales (25,4%), le MICS 2014 a confirmé d'autres disparités en termes de couverture en DTC3 selon:

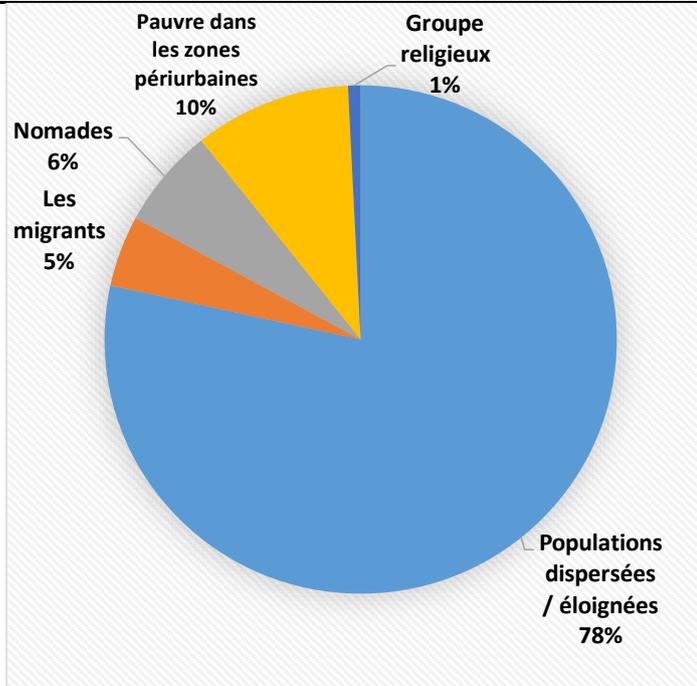
- le niveau de richesse des familles (15,9%),
- le niveau d'éducation des mères (15,5%),
- et, dans une moindre mesure, le lieu de résidence des enfants (7,4%).

Il n'y a pas de disparité en fonction du sexe de l'enfant.



L'analyse d'équité conduite en 2017 et 2018 a concerné les 11 régions sanitaires du pays. Les résultats vont ressortir que 78% des communautés à accès difficiles sont représentés par les populations dispersées/éloignées, suivies des pauvres dans les zones péri-urbaines (

Figure 3 : Communautés avec accès difficiles/ Défavorisées/ réticentes



À Tombali, on estime que seuls 25% des enfants âgés de 0 à 11 mois vivent à moins de 5 km d'une structure sanitaire (33% à Gabu et 42% à Cacheu). Les stratégies avancées et mobiles souffrent d'un manque de logistique de transport (maintenance, carburant) et de motivation.

5.2. Difficultés sous-jacentes à la performance du système de vaccination

5.2.1. Manque de ressources humaines en quantité et en qualité

L'insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines (RH) constitue un frein important à la performance du système de vaccination à tous les niveaux.

Selon le PNDS III, on dénombre au total 1050 Infirmiers à travers le pays avec des ratios allant de 3,62/10 000 habitants à Oio/Farim à 20, 93/10 000 habitants à Bolama/Bijagós. En général, on constate une surcharge de travail de l'infirmier qui est responsable de l'ensemble des éléments constituant le Paquet Essentiel de Services. Les Tableaux 2 et 3 ci-dessous donne la situation actuelle en termes de Ressources Humaines par région et montre le ratio du personnel par rapport à la population. Un plan 2013-2017 de développement des RH a expiré depuis l'année dernière. Une évaluation est prévue ainsi que le développement d'un nouveau Plan avec l'appui financier de la Banque Mondiale. Cette évaluation va permettre de clarifier quels sont les besoins actuels. Comme on peut le constater, SAB et Biombo s'en tirent relativement bien, alors que Bafata, Gabu et Oio ont d'énormes déficits en RH. Ces régions comprennent également plusieurs zones d'accès difficile.

Afin de juguler un tant soit peu le problème, des efforts ont été fait par le Gouvernement cette année pour le recrutement de 815 agents de santé. A ce jour, le recrutement et l'affectation de 581 agents ont été bouclés. Le processus se poursuit.

Tableau 2: Résumé des Besoins en Ressources Humaines par Structure Sanitaire et Carte de Distribution des Agents Par Région¹⁵

N°	Nomes de Estrutura	Médicos	Enfermeiros	Parteiras	Laboratorio	Farmacia	Tec de Radiologia	Psicologo	Inspetoris Sauiamento	Bioanalís	Total Por Estrutura
1	SAB	10	20		15	14					59
2	HNSM	30	100		18	12	10		2	2	177
3	HRF	3	8		4		7				22
4	CSM	2	4		2	1		1			10
5	Bafata	5	25	6	7	5	7			1	56
6	Gabu	5	25	7	6	5	7			1	56
7	Tombali	10	50	10	10	5	7			1	93
8	Quinara	9	43	10	5	6					73
9	Oio	11	20	5	4	3	4			1	48
10	Farin	3	13	3	2	1					22
11	Cacheu	13	25	8	7	4	4			1	62
12	Biombo	9	16	5	10	3	4		1	1	49
13	Bolama	2	15	5	3	2					27
14	Bubaque	3	15	6	4	2					30
Total Por Categoria		115	379	65	0	97	63	50	4	9	784

Bor	3
Quenhamel	3
3 de Agosto	1

DSSH	15
------	----

HNSM	1 Assistente 5 Instrumentista e anestesist	3
------	--	---

Le tableau ci-dessous fournit les informations sur la situation actualisée du personnel de sante par région

Tableau 3 : Actualisation des ratios des staffs 2018

	Médecins pour 10.000 habitants	Infirmiers pour 10.000 habitants	Sages-femmes pour 10.000 habitants	Techniciens_Labo pour 10.000 habitantes
Bafata	0.8	3.7	0.4	0.5
Bijagos	1.5	18.6	2.2	1.5
Biombo	2.4	11.0	2.5	2.3
Bolama	1.7	29.1	5.1	3.4
Cacheu	1.1	4.4	0.8	0.6
Farim	0.7	4.7	1.2	0.8
Gabu	0.8	3.1	0.4	0.4
Oio	0.9	2.7	0.3	0.3
Quinara	1.5	6.3	1.3	1.1
SAB	3.6	10.3	1.5	2.8
Tombali	0.9	5.6	0.9	0.4

Tableau 4 : récapitulatif des agents effectivement déployés à ce jour

	Médecins	Infirmiers	Sages-Femmes	Total
Bafata	10	25	7	42
Biombo	9	23	7	39
Bolama	2	15	2	19
Bijagos	3	15	3	21
Cacheu	14	25	11	50
Farim	2	9	3	14
Gabu	10	25	6	41
Oio	12	14	6	32
Quinara	8	43	7	58
SAB	16	23	0	39
Tombali	8	50	7	65
Centro Saude Mental	2	5	0	7
HMP	1	11	0	12

HNSM	34	100	0	134
HRF	3	5	0	8
Total	134	388	59	581

La Revue Externe du PEV et l'Evaluation des Capacités Programmatiques conduites en 2017, ont fait une analyse des ressources humaines existantes et ont fait des recommandations pour l'affectation /recrutement de ressources humaines tant pour le PEV que pour la Direction Générale de l'Administration du Système Sanitaire(DGASS).

Au niveau du PEV, selon les informations disponibles, on dénombre 12 agents qui émergent au budget national. Selon la grille salariale en vigueur pour les fonctionnaires de l'Etat, le total de leur salaire mensuel s'élèverait à un million cent dix-huit mille quatre cent quatre-vingt-treize Franc CFA (1, 118, 493) et vingt-six millions huit cent quarante-trois mille huit cent trente-deux Franc CFA (26 843 832) pour 24 mois soit quarante-huit mille deux cent cinquante-sept dollar USD (48 257). Pour la prise en charge des 9 staffs demandée à Gavi, elle est de quarante-quatre mille neuf cent cinquante-cinq dollar USD (44 955). Le montant global de tous les staffs (Etat+Gavi) pendant 2 ans serait de quatre-vingt-treize mille deux cent douze (93 212) et la contribution de Gavi estimée à 48%. Autrement dit le salaire des 9 staffs pour 2 ans étant de quarante-quatre mille neuf cent cinquante-cinq dollar USD (44 955) Gavi paiera 100% des couts de ces 9 positions ce qui va représenter 1% de la contribution de GAVI dans le cadre de la soumission.

Actuellement les engagements du Gouvernement vont de 2018 à 2020 (3 ans). Il n'y a pas encore de budget pour les années au-delà de 2020. Les montants des engagements totaux du Gouvernement sont à hauteur de 24 292 137 USD contre 8 151 200 USD comme contribution de l'UE et la BM.

Afin de combler en partie le gap en ressources humaines, le recrutement d'un certain nombre de staffs est proposé à Gavi. L'Etat Bissau-Guinéen intégrera progressivement les agents recrutés sous financement des partenaires à la fonction publique. Les besoins urgents en ressources humaines qui seront traités dans la composante RSS de cette application actuelle à Gavi sont :

Au niveau du PEV

1. Responsable la Planification, Suivi & Evaluation profil santé publique
2. Chargé de Logistique
3. Chargé de Communication
4. Responsable Gestionnaire des données
5. Agent Comptable pour le PEV
6. Assistante Administrative /Secrétaire Direction

Au niveau de la DGASS

7. AT national charge de la Planification Stratégique
8. AT national charge de l'Administration et Comptabilité
9. AT national charge de la mise en œuvre de l'ACC/ACE

Les besoins additionnels en AT feront l'objet de discussions entre Gavi, l'OMS, L'Unicef et MINSAP et seront traités dans le cadre du PEF/TCA 2019-2020.

En ce qui concerne le renforcement des capacités locales et de transfert de compétences, l'UNICEF va élaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement de capacités dans le cadre de mesures additionnelles. Les discussions devront être entamées dès que possible avec Gavi.

Par ailleurs, il est important de souligner le rôle crucial des Agents de Santé Communautaire (ASC) qui sont les intermédiaires entre la population et les institutions de référence. La Guinée Bissau dispose d'un programme national de santé communautaire avec un réseau d'environ 4500 Agents de Santé Communautaires qui font la promotion des Pratiques Familiales Essentielles, la prévention et le traitement des cas simples de malaria, pneumonie et diarrhée.

Selon la Politique de Santé communautaire en Guinée,¹⁶ chaque ASC est formé pour couvrir 50 ménages et est responsable de la mise en œuvre du paquet d'activités à haut impact en particulier la promotion des 16 PFE dans les communautés / Tabancas / Bairroqui. L'ASC étant souvent sollicité par plusieurs programmes, il est donc recommandé de l'utiliser de manière

¹⁶ Política Nacional Da Saúde Comunitária

polyvalente. L'ASC identifie dans les ménages les enfants de moins d'un an qui ne sont à jour par rapport à leur calendrier vaccinal. Par ailleurs durant ces visites, il sensibilise et mobilise les parents pour la vaccination de leur enfants et procèdent à la recherche des perdus de vue.

Dans le cadre de ce subvention, un accent sera mis sur non seulement l'identification des enfants non vaccinés, mais aussi assurer qu'ils sont récupérés (vaccinés). Pour cela, tous les ASC vont être encore recyclés et informés sur les actions nécessaires pour assurer que les enfants sont complètement vaccinés.

Dans le domaine de la surveillance, chaque ASC assure la recherche active et la notification de tous les cas de maladies sous surveillance, y compris les Paralysies Flaccides Aigues (PFA), la rougeole, le Tétanos Maternel et Néonatal et la Fièvre Jaune.

Pour permettre d'effectuer leur travail au quotidien, les ASC disposent d'un kit comprenant un minimum de matériel (thermomètre, stéthoscope, Tensiomètre, etc.) et des médicaments (ACT, SRO, Zinc, Amoxicilline...). Ils disposent aussi d'un vélo pour assurer leur déplacement et les visites à domicile.

Le recrutement des ASC se fait localement, dans son lieu de résidence selon des critères établies et avec l'implication des leaders communautaires selon un processus de sélection préétabli. Les 4500 ASC répartis dans l'ensemble des villages sur tout le territoire sont supervisés par les Responsables des aires de santé (RAS) et les Superviseurs Opérationnels de Terrain (SOT). Les SOT ont été recrutés spécifiquement pour le programme de santé communautaire car le Responsable de l'aire sanitaire n'a pas la capacité à assurer pleinement leur supervision même s'il est techniquement le responsable hiérarchique des ASC.

Dans le cadre du programme appuyé par GAVI, un accent particulier sera mis sur la supervision des ASC dans les 4 régions de catégorie 1 avec l'appui des ONGs pour améliorer la qualité de prestation.

A ce jour les OSC ne bénéficient pas d'appui financier spécifique pour leur contribution au programme élargi de vaccination. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche ACD, les ASC et les OSC seront impliqués dans la micro planification et la mise en œuvre des activités.

Une AT internationale est demandée pour appui au renforcement de la capacité de la société civile en matière de vaccination de routine, y compris le réseautage.

Actuellement les ASC travaillent sur une base de volontariat, mais reçoivent une motivation financière de 6,000 FCFA par mois à travers l'UNICEF sur financement de l'Union Européenne et ce, jusqu'en Octobre 2019. Les ASC reçoivent aussi 12,000 FCFA chaque 6 mois sur base de leur performance personnelle et collective dans l'aire de santé. Quatre indicateurs de performance dont le nombre d'enfant complètement vaccinés permettent l'octroi de cette prime. Un accord entre le Ministère de la santé, la Banque Mondiale et l'UNICEF est en cours de finalisation pour poursuivre l'octroi de cette motivation aux ASC jusqu'en 2023. Mais le financement de la supervision et du suivi régulier des performances n'est pas assuré pour couvrir toute la période.

Dans le cadre de reprogrammation budgétaire du PSR pour les 3 dernières années 2021-2023, cet aspect est pris en compte et la prise en charge de 25% liés aux coûts de suivi et de supervision (121 140 USD) dans les quatre régions de catégorie 1 est budgétisée.

5.2.2. Goulots d'étranglement liés à l'offre de services

L'insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines ne permet pas une disponibilité permanente et une continuité des services de vaccination de routine. Il est à noter que le Paquet Minimum d'Activités (PMA) n'est pas assuré dans chaque Aire de Santé comme le prévoit le PNDS III¹⁷ et cette situation a un effet négatif sur la demande de services. En effet, selon l'analyse des indicateurs de la Prestations de Services collectés au premier semestre 2018, environ 59% des centres de santé ne disposent pas d'équipements essentiels tels que balances, bande de mesure, thermomètre, stéthoscope, Tensiomètre, etc. De plus, les centres ne sont pas en mesure de fournir au moins un médicament essentiel sur 20 (antibiotiques, anti-inflammatoires, analgésiques, etc.). En moyenne, seuls 60% des médicaments jugés essentiels sont disponibles.

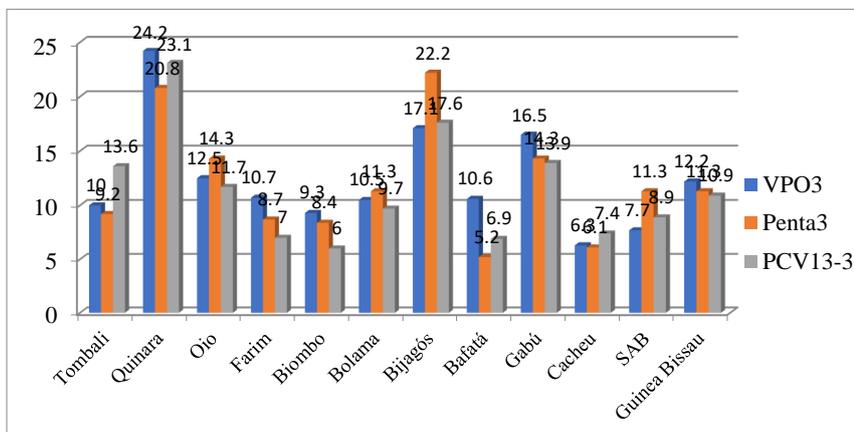
Bien que le pays présente un taux d'abandon de 7,1% (Penta1/Penta3), certaines régions sanitaires telles que Farim et Bijagos souffrent de taux élevés d'abandon de 15,6% et 12,5% (Penta1/Penta3), respectivement (ECV 2017).

La qualité des services de vaccination laisse à désirer comme on peut le voir dans la différence entre les vaccins qui doivent être administrés simultanément. Selon les données de l'ECV 2017, aucune région sanitaire ne présente une proportion égale

¹⁷ PNDS III 2018-2022

parmi les antigènes tels que VPO3 ; Penta 3 et PCV13.
(source: ICV -2017);

Figure 4 : Proportion d'occasions manquées de vaccination simultanément pour la 3^{ème} dose



On note une insuffisance d'intégration des activités à haut impact pour la survie et le développement de l'enfant. Chaque programme évolue de façon verticale et il n'existe pas de plan intégré des différents programmes du Ministère de la santé (Programme élargi de vaccination, nutrition, santé sexuelle et reproductive, la santé communautaire, Programme national de lutte contre le paludisme).

Dans le domaine de la santé communautaire, il est à noter quelques problèmes tels que :

- l'absence de stratégie pérenne pour le paiement de la motivation des Agents Communautaires et de leur superviseur dans la mesure où le gouvernement en contribue pas à ce coût. Cette situation constitue un véritable frein à la réalisation des interventions communautaires;
- la nécessité de renforcer les mécanismes de suivi et d'évaluation des Agents de santé Communautaires ;

La motivation des agents communautaires de santé et de leurs superviseurs est un gage pour la réussite et la pérennité d'un programme de santé communautaire.

De plus, l'accessibilité géographique est une contrainte majeure pour l'accès aux services de vaccination. En effet plus de 66% de la population vit à plus de 5 km d'un Centre de Santé(CS). Par conséquent, même pour atteindre un CS la plus grande partie de la population doit surmonter d'importants obstacles physiques. L'insuffisance dans la conduite des stratégies avancée et mobile diminue les performances du PEV. Les conditions d'accès difficile sont aggravées dans la partie insulaire du pays ainsi que dans le Sud en raison du manque de moyens de transport adéquats. En effet, l'inventaire des moyens logistiques du PEV réalisé en 2017 fait ressortir deux véhicules au niveau central dont un dédié au transport des vaccins. Le second sert pour les supervisions. Ces véhicules ont été acquis sur les fonds RSS1/Gavi. Au niveau des régions, il a été dénombré 14

véhicules dont 8 ont été mis à disposition par le Gouvernement dans le cadre de sa coopération avec le Gouvernement de la République Fédérale du Nigeria. Les 6 autres ont été mis à disposition par l'OMS (Projet Oncho), PAM (Ebola), HCR (Ebola), l'UNICEF, Plan Guinée-Bissau et RSS-Gavi. La moyenne d'âge de ces véhicules est de 5 ans. Ces véhicules sont affectés en priorité aux activités de la région (supervision, stratégies avancées etc....).

5.2.3. Création de la demande/mobilisation de la communauté

Une enquête Connaissances-Attitudes-Pratiques conduite par l'UNICEF en 2018¹⁸ a couvert sept régions et a permis d'identifier certaines barrières à la création de la demande en vaccination parmi lesquelles on peut citer : la longue distance entre le centre de santé et les Tabancas ; les croyances et mythes sur le vaccin ; le manque d'argent et le manque d'information sur les effets secondaires.

L'enquête a fait ressortir également les aspects suivants:

- 64,8% des mères et des pères ignorent le calendrier de vaccination;
- 60,1% des parents ne comprennent pas les informations contenues dans le carnet de vaccination;
- Les longues distances à parcourir pour se rendre au CS, l'accès difficile et le transport réduit sont également les raisons données par les ménages pour expliquer le non-respect du calendrier de vaccination;
- Parmi les parents enquêtés, 53,5% pensent que les enfants prennent de nombreux vaccins et les doutes concernant les effets secondaires persistent encore chez 16,8% de la population;
- La plupart des répondants (73%) estiment que les vaccins préviennent toutes les maladies, ce qui peut contribuer à un certain discrédit si l'enfant tombe malade et peut influencer l'abandon de la vaccination;
- Certains parents associent les vaccins pour soigner les maladies et d'autres (mères) à la stimulation intellectuelle, favorisant l'intelligence des enfants;
- La persistance des croyances, des mythes et des rumeurs dans les communautés susceptibles d'avoir une influence négative sur la vaccination des enfants a été enregistrée lors de groupes de discussion.

Malgré l'existence d'un plan de communication élaboré, la mise en œuvre et le suivi des activités n'ont pas été réalisés de façon systématique et suffisante. Il est nécessaire de renforcer les stratégies de communication de proximité permettant de sensibiliser la population sur le bien-fondé de la vaccination et sur les bienfaits du suivi du calendrier vaccinal pour l'immunisation complète des enfants. On constate également une insuffisance des activités de communication interpersonnelle entre le prestataire et les parents. Cette situation pourrait s'expliquer par une formation insuffisante des professionnels de la santé dans le domaine de la communication, le faible niveau de connaissances sur l'importance de la vaccination et le faible niveau d'éducation de la population.

5.2.4. Difficultés liées à la chaîne d'approvisionnement et chaîne de froid

En Guinée Bissau, la distribution du vaccin demeure un défi majeur. En effet il n'existe pas de système de collecte ou de distribution bien défini. Les aires de santé s'approvisionnent à la Direction régionale de santé à l'occasion des réunions mensuelles de coordination si la quantité de vaccins n'est pas bien calculée, il peut arriver des ruptures de vaccins compromettant ainsi les activités de vaccination car le prochain approvisionnement ne se fera que lors de la prochaine réunion de coordination. Le dépôt régional, quant à lui, s'approvisionne au dépôt central tous les 3 mois. Il n'y a pas de plan formel de collecte, ces derniers profitent de toute venue à Bissau pour enlever vaccins et consommables. Cette situation a amené des distributions anarchiques. Pour exemple en 2016, les régions ont fait entre 08 et 21 enlèvements de vaccins au lieu de 04 comme prévu.

Afin d'apporter une solution à ce grand défi en matière d'approvisionnement, un projet calqué sur celui mis en place au Sénégal dénommé "Projet Optimise" a été élaboré en l'adaptant au contexte de la Guinée-Bissau afin d'améliorer la chaîne d'approvisionnement en vaccins, la gestion de la CDF et des déchets issus de la vaccination. Ce système d'entrepôts mobiles, appelé **projet "Mininus San"**,¹⁹ a été testé dans les 3 régions de **Bafata ; Gabu et Cacheu** pendant une période de 3 mois qui ont permis de tirer toutes les leçons qui vont permettre le passage à l'échelle.

5.2.5. Difficultés liées qualité, disponibilité et utilisation des données:

Le PEV s'appuie sur les données administratives de couverture vaccinale, mais aussi sur des enquêtes qui sont régulièrement conduites comme l'ECV. D'importants défis subsistent au niveau de la collecte, de la remontée d'informations des CS vers les

¹⁸ Rapport Enquête CAP 2018 ; UNICEF

¹⁹ Etude de faisabilité de la mise en place d'un système de distribution type entrepôt mobile en Guinée-Bissau (Région pilote Bafata, Cacheu, Gabu)

régions puis vers le niveau central ainsi qu'en matière de validation des données. Le rapport de la revue de 2017 a fait ressortir que le programme enregistre une bonne complétude et promptitude qui sont respectivement de 100% et 98%. Cependant, les données des régions de Bijagos et de Tombali parviennent toujours en retard.

Des données de qualité produites en temps réel sont indispensables pour la prise de décision et la planification des programmes. De nos jours, la qualité des données fournies par le niveau périphérique ne permet pas de répondre à cette exigence et à la prise de décisions efficace et par conséquent, ne favorise pas l'émergence de stratégies d'amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité en Guinée Bissau

Au nombre des défis, on peut citer : des outils non harmonisés et mal utilisés dans les CS ; le remplissage incomplet des supports de collecte de données.

Au niveau central, les données provenant de rapports de différentes sources (DVD / MT-PEV, DHIS2-INASA) reflètent une incohérence (source: rapport d'examen externe PEV 2017²⁰).

Tableau 5 : Evolution de la classe des performances par rapport à l'utilisation des vaccins mensuellement (Q-data = enfants vaccins supérieur aux doses utilisées); Clas_D = pourcentage de perte plus important que prévu

Antigènes	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
BCG	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A
VPO	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A
IPV	clas_D					
DTC-HepB-Hib	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A
PCV-13	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A	Q_data	Q_data
Rota	Q_data	clas_A	clas_A	Q_data	Q_data	Q_data
VAR	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A	clas_C	clas_C
VAA	clas_A	clas_A	clas_A	clas_A	clas_C	clas_C
TT	clas_D	clas_D	clas_D	clas_D	clas_D	clas_D

Source : PEV 2017

La faible qualité des données s'applique également aux données de surveillance épidémiologique.

Cette faible promptitude dans la transmission des données ne permet pas un feedback rapide du niveau central vers le niveau régional, et partant du niveau régional vers le niveau AS. Il n'y a pas de bulletin d'information élaboré pour le feedback du niveau central vers les régions sanitaires et autres structures de santé concernées.

Selon le rapport de la revue externe du PEV, les taux d'achèvement des rapports reçus est de 90% au cours des quatre années (le PPAC 2013-2017 et la première moitié de 2017).

Cependant, les autorités sanitaires régionales utilisent rarement les données de couverture et les données démographiques pour la prise de décision lors de la préparation des campagnes de vaccination afin de parvenir à une plus grande couverture vaccinale avec les ressources existantes.

En ce qui concerne la base de données DHIS2, les données du PEV n'y sont pas encore intégrées. L'absence de textes sur la révision des outils a retardé l'intégration des données du PEV. Cependant, il existe un plan stratégique du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) qui prévoit l'intégration de toutes les données des différents programmes nationaux (publics et privés). Le PEV prévoit d'élaborer un plan d'intégration avec le soutien de l'INASA et une Assistance technique internationale.

Afin de mieux comprendre la situation et l'ampleur de la faible qualité des données, une enquête sur la qualité des données assortie d'un plan d'amélioration s'avère nécessaire dans le cadre de la présente soumission.

²⁰ Rapport de Revue Externe du PEV 2017

5.2.6 Défis liés à la gestion et à la coordination

La coordination du programme est insuffisante car ni le CCIA ni le Comité de Coordination du Secteur de la santé (CCSS) ne sont fonctionnels. Cela se traduit par un manque de suivi, de planification et de mise en œuvre des plans et un manque de communication régulière entre les acteurs. La CCSS a été mis en place en 2015 dans toutes les régions au titre de l'initiative H4 +, dont le pays a bénéficié pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, mais cela ne fonctionne pas car la Guinée-Bissau est confrontée à de multiples défis tels que : i) une gouvernance locale faible et un manque de redevabilité au niveau politique, administratif et communautaire; ii); un manque d'engagement et de stratégies claires pour un financement adéquat et durable de la vaccination. iii) une planification et une gestion inefficace des ressources humaines et techniques; iv) une inadéquation des efforts de convergence et d'intégration de la vaccination avec d'autres interventions aussi bien au sein du secteur de la santé qu'en dehors, v) une faible implication des communautés en général et des Associations à Base Communautaire en particulier.

L'absence d'un département dédié à la planification au niveau du MINSAP entrave la planification et la coordination à tous les niveaux, et empêche le MINSAP d'être en mesure d'appuyer les différents services, programmes et Directions Régionales de la Santé (DRS) dans le domaine de planification. Les données et les bases de données au niveau du ministère, des programmes et des régions sont sous-utilisées car le personnel de santé n'a pas de réelle compréhension de ce qu'est la planification. Enfin, comme partout ailleurs, le pays est confronté à des mouvements sociaux récurrents du personnel du MINSAP. Cela entraîne souvent une perte de connaissances et d'expérience.

Le programme de vaccination connaît une grande dépendance financière vis-à-vis du financement extérieur. Il n'y a actuellement aucune ligne budgétaire dans le Budget National (OGE) pour soutenir les activités opérationnelles du PEV. Cette faible mobilisation des ressources s'expliquerait par l'absence d'une solide stratégie de mobilisation des ressources, surtout domestiques, en faveur de la santé en général et en particulier pour la vaccination.

Le paiement du cofinancement pour les vaccins a souvent connu du retard du fait de la faible capacité du Ministère de la Santé à suivre la préparation et la mise en œuvre du budget. Le peu de ressources allouées est très souvent mal gérées comme l'atteste les conclusions de l'Évaluation des Capacités Programmatiques conduite en 2017. Cette situation s'expliquerait par l'absence de manuel de procédures de gestion administrative et financière au sein du MINSAP

En Guinée Bissau, il n'existe ni Loi sur la Vaccination ni de textes juridiques formels qui définissent les stratégies de financement ou de gouvernance du PEV. En matière de financement, la plus importante contribution de l'Etat est faite à travers les salaires des fonctionnaires des établissements publics.

La DPEV est l'entité du MINSAP qui a la responsabilité de gérer le programme et son leadership est attendu au sein des instances de coordination comme le CCIA et le CCSS. Cependant, beaucoup de facteurs comme l'insuffisance en personnel technique et la dépendance des fonds externes contribuent à fragiliser le leadership de la DPEV et son appropriation du programme (PPAC, 2018-2022).

Aussi, il est à noter l'absence de partenariats entre le PEV et les organisations de la société civile (OSC pour la mise en œuvre des activités de promotion de l'engagement communautaire, la mobilisation sociale et le plaidoyer pour accroître la demande pour les services de santé et spécifiquement les services de vaccination. L'élaboration des plans opérationnels annuels ne se fait pas régulièrement et ces plans manquent de suivi/évaluation.

5.3. Financement du programme de vaccination

A ce jour, le constat est que le financement et l'approvisionnement en vaccins sont très dépendants de l'aide extérieure. Outre Gavi, les partenaires les plus importants en termes de financement et d'appui technique pour le secteur de la santé sont la Banque mondiale (soutien total prévu entre 2018 et 2022 de 45 millions de dollars), le Fonds mondial (aide de 22 millions d'euros entre 2018 et 2020), l'Union européenne (soutien prévu de 20 millions d'euros entre 2018 et 2022) et Médecins sans frontières (environ 6 millions d'euros par an), qui soutient le service de pédiatrie de l'hôpital national Simão Mendes. Gavi est de loin le partenaire le plus important du programme de vaccination. Outre Gavi, l'UNICEF soutient également le programme de vaccination avec environ 100 000 euros par an, une source qui peut être utilisée pour la planification, la formation, la distribution ou l'achat de vaccins, la supervision, les études et l'assistance technique. D'autres partenaires tels l'OMS et Plan International apportent également un soutien au programme de Vaccination. Le gouvernement a, ces dernières années, accru sa contribution au secteur de la santé et au financement des vaccins.

Cependant, l'absence d'une législation sur la vaccination ne favorise pas l'accès à des financements additionnels. Autrefois, la plupart du temps, le montant que l'Etat destinait à la vaccination était seulement utilisé pour assurer l'obligation de l'Etat pour le cofinancement des nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés. Cette contribution était souvent reçue tardivement, impliquant des conséquences, avec des ruptures de vaccins au niveau national.

Selon le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), le principal problème des paiements de cofinancement en Guinée-Bissau est la faible capacité du Ministère de la Santé à suivre la préparation et la mise en œuvre du budget de la vaccination.

Il faut noter toutefois que le pays a fait de grands efforts pour régulariser le paiement de cofinancement des vaccins en 2017 et des mesures sont prises pour consolider cette situation en 2018. En 2017, grâce à l'engagement du Gouvernement, le pays a également acheté les vaccins traditionnels et les cartes de vaccination.

L'instabilité politique et les changements successifs intervenus au sein du MINSAP et du MEF rendent les nouveaux responsables quelque peu hésitants à prendre des décisions car ils n'ont pas toujours une pleine compréhension des processus de prise de décision en ce qui concerne le cofinancement et l'achat de vaccins traditionnels. Un plaidoyer/lobbying fort devra être mené à leur niveau.

5.4. Les leçons apprises et les meilleures pratiques pour améliorer la couverture vaccinale **sont**:

1. **Le programme VIH / SIDA organise une réunion** de coordination trimestrielle entre les points focaux régionaux pour la surveillance.

A l'exemple de ce programme, le Programme de Vaccination devrait partager ou tirer parti de cette expérience pour la surveillance épidémiologique des MAPI et des maladies évitables par la vaccination afin d'améliorer ses indicateurs.

2. **Suite à la mise en œuvre** du programme de gratuité pour les mères et les enfants (PiMi I et PiMi II sur financement de l'UE) il a été noté une augmentation de la demande de services (par exemple 43749 CPN en 2013, 162661 CPN en 2017, 21091 segments de croissance de <2 ans 2013, 88163 en 2017). Cela montre l'importance de la vaccination gratuite et des services connexes.

3. **La participation des ASC dans** la sensibilisation et l'identification des enfants qui doivent être vaccinés : les ASC effectuent diverses activités de conseil et éducation au sein de leurs communautés pour leur engagement dans les activités de santé, y compris la vaccination et l'adoption des autres Pratiques Familiales Essentielles (PFE)

4. **Les résultats de la Revue externe** du PEV 2017 font ressortir que les principales tâches entreprises par l'ASC sont: le soutien à l'organisation des séances de vaccination, la promotion de la vaccination en collaboration avec un chef local y compris la récupération des enfants perdus de vue et un appui à la micro-planification.

5. **Importance de la stratégie avancée et mobile** pour la couverture vaccinale: Courant 2016 et 2017, la dotation des DRS en Motos et Véhicules par l'Unicef a contribué en l'augmentation de la couverture vaccinale (par exemple, la couverture vaccinale Penta3 2016: 68% 2017: 79%; PCV3 2016: 67 %, 2017: 79%).

6. **L'analyse de l'équité** permet d'identifier les inégalités croissantes en matière de prestation de services et de se concentrer sur les plans et les activités visant à atteindre les populations défavorisées. Par exemple, l'analyse réalisée en 2017 a permis d'identifier des populations difficiles d'accès et ensuite d'élaborer un plan pour atteindre ces populations. Cela permet également de planifier des activités en tenant compte des habitudes socioculturelles des populations: ainsi par exemple il y a des périodes où les familles quittent leur foyer à cause des travaux agricoles.

7. **Le suivi des activités du PEV** à tous les niveaux nécessite une analyse des données par rapport à la population cible. Par exemple, le monitoring décentralisé est effectuée tous les 6 mois. Cet exercice est une auto-évaluation de la performance au niveau opérationnel. La région de Cacheu est la région pilote depuis 2012 et dispose actuellement des meilleurs indicateurs. Ce monitoring selon le modèle de Tanahashi utilise les déterminants de l'offre (disponibilité des intrants, HR, accessibilité) et de la demande (utilisation, continuité et qualité) des services. Toute l'équipe du CS est impliquée dans le processus d'identification des problèmes jusqu'au processus décisionnel et élabore un plan d'action du CS pour les six prochains mois.

8. Le Renforcement du système d'approvisionnement en vaccins et intrants

Le PEV procède actuellement au remplacement des réfrigérateurs à gaz par des réfrigérateurs solaires pour s'assurer de la disponibilité des vaccins de qualité dans tous les CS.

Le PEV, avec l'appui de ses PTF, a mis en place un système d'approvisionnement unique (PUSH) à travers le projet "Minus San" du niveau central vers les régions trimestriellement et des régions vers les CS mensuellement. Le passage à l'échelle de cette initiative va nécessiter la mobilisation des ressources tant matérielles que financières.

Le PEV et ses partenaires doivent assurer la formation de tous les prestataires sur la gestion des vaccins et intrants. La supervision formative doit intégrer des aspects spécifiques à la chaîne du froid et à la gestion des intrants du PEV en plus de celle spécifique faite dans le cadre du "PUSH"

6. Gestion du programme, gestion des vaccins et gestion financière

Résumez les besoins prioritaires à prendre en charge dans les objectifs suivants (Partie D) afin de renforcer les composants de la gestion programmatique, vaccinale et financière qui le nécessitent, en tenant compte des résultats de l'évaluation de la capacité des programmes (PCA), des récents audits et de l'évaluation de la GEV (le cas échéant).

6.1 Gestion du programme : capacité de leadership et de gestion et défis à relever par l'équipe du PEV national ; efficacité et défis du forum de coordination (CCIA, CCSS ou organisme équivalent) ; contraintes en matière de couverture et d'équité liées à la capacité de gestion infranationale dans les régions prioritaires.

6.2 Gestion des stocks de vaccins : domaines prioritaires en matière d'amélioration de la gestion des risques liés aux stocks de vaccins, par exemple en se fondant sur les audits ou évaluations récents.

6.3 Gestion financière : domaines prioritaires pour réduire les lacunes en matière de gestion financière.

6.1. Gestion du programme

Le rapport d'Evaluation des Capacités Programmatiques de 2017 a fait un certain nombre de constatations et a formulé des recommandations. Au titre de la gestion du programme, on peut retenir ce qui suit :

- L'insuffisance des RH de la DGPPS pour un suivi efficace des programmes dont le PEV (12 programmes):
 - le pays ne dispose pas à ce stade de logiciel intégré pour le suivi des dépenses publiques
 - selon les informations reçues, les activités de l'Inspection générale du Ministère de la santé ne couvraient jusqu'à la période de l'ECP que les aspects techniques (médical) et non financiers sur les financements des bailleurs et sur les financements de Gavi.
 - Il n'y a pas d'Acte (Arrêté) de création du CCIA.
 - la comptabilité est tenue actuellement sur Excel. Mais, nous avons compris que le processus d'installation du logiciel est en cours (servers déjà installés notamment au moment de la mission) ;
- Pour ce faire, des recommandations ont été formulées, au nombre desquels on peut citer :

- ✓ la nomination d'un lead du processus,
- ✓ le MINSAP devrait prendre les dispositions nécessaires pour renforcer la DGPPS et lui permettre de jouer véritablement son rôle de coordination et de supervision des activités des programmes.
- ✓ Renforcement de l'effectif, avec par exemple l'assignation de chargés d'études en charge des différents programmes,
- ✓ le Ministère devra mettre en place un dispositif et une procédure d'archivage des documents du Ministère, cet archivage devra être physique et électronique.
- ✓ le plan d'audit devra faire l'objet d'une mise en œuvre régulière,
- ✓ la CG-PNDS et le Ministère sont encouragés à poursuivre le processus de recherche et de recrutement du responsable de l'équipe GAS, dans les meilleurs délais possibles.

6.2. Gestion des stocks de vaccins

Le PEV en Guinée Bissau conduit sa dernière GEV en 2014 avec l'appui des PTFs que sont l'UNICEF et l'OMS. Suite à cette évaluation, un plan d'amélioration a été élaboré et mis en œuvre.

Cependant, il est à noter que la mise en œuvre et le suivi de plan a connu des insuffisances ces 3 dernières années. Parmi les lacunes, on peut citer : l'insuffisance dans le suivi de la température des vaccins à tous les niveaux et l'insuffisance dans la gestion des stocks de vaccins. Le niveau de réalisation des activités est estimé à 44%. Plusieurs activités prioritaires n'ont pu être conduites parmi lesquelles, le système de maintenance et d'entretien des équipements et des bâtiments, la tenue d'un atelier d'élaboration des Procédures Opérationnelles Normalisées (PON) et l'élaboration d'un plan d'urgence (dysfonctionnements, etc.) dans le contexte national

Pour résumer, la priorité doit être donnée au renforcement de la gestion des stocks de vaccins, afin de mieux gérer les risques lié au stockage de vaccins, en prenant en compte les audits ou évaluations récents. Les besoins les plus importants au niveau de l'ensemble du pays et surtout dans les régions prioritaires sont les suivants:

- assurer la distribution trimestrielle des vaccins du niveau central aux dépôts régionaux via le système Push, permettant ainsi un bon approvisionnement tout au long de l'année ; Assurer le passage à l'échelle du projet "Mininus San" avec une distribution mensuelle de vaccins du niveau régional aux zones de santé via le système Push ;
- former les points focaux du PEV, les responsables de la santé à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement et mettre en œuvre un programme de supervision formative pour assurer le bon fonctionnement du PEV ;
- procéder à l'acquisition et l'installation de réfrigérateurs dans tout le pays pour répondre aux besoins de stockage et remplacement des anciens réfrigérateurs / sans capacité de stockage adéquate. Développer un plan de suivi des pertes de vaccins.
- assurer la formation des techniciens de maintenance de la Chaîne du Froid
- assurer, par le biais d'une agence d'assurance et à un coût raisonnable, tous les biens du programme: vaccins et consommables, équipement CdF et autres bâtiments à tous les niveaux.

Le suivi de la chaîne du froid à travers le système Logtag se fait une fois par mois. Tous les trois mois, le niveau central approvisionne les régions en vaccins et consommables tout en profitant de l'occasion pour faire l'inventaire de stock, la communication de données, la maintenance de la CDF et la collecte de boîtes de sécurité complètes. Ce même système est développé au niveau périphérique pour avoir un modèle dans tout le pays. La distribution des vaccins au niveau régional reste faible: 30% pour Penta, 65% pour PCV13, 73% pour VAA et 65% pour le Rota. Une rupture des stocks au niveau des seringues autobloquantes (SAB) durant les mois de Mai et Juin 2017 a occasionné un arrêt des activités de vaccination dans la région de Gabu, ce qui a fait chuter sa performance à moins de 4% pour tous les antigènes injectables à l'aide de SAB 0,5 ml

Les SAB 0,5 ml restants de la campagne MenA ont permis de surmonter ce problème: en raison du contexte de la Guinée-Bissau (manque d'électricité, manque de techniciens agréés, présence d'îles...), le pays a opté pour phase d'appui initial (à partir de la 2ème année) lors de la soumission de la plate-forme Gavi CCEOP afin de mieux répondre aux besoins identifiés ci-dessus et de permettre aux utilisateurs et aux techniciens d'utiliser et d'entretenir de nouveaux équipements.

En 2017, la mauvaise gestion des vaccins et des consommables à tous les niveaux était due à l'absence de mise en œuvre effective du système de gestion à savoir la gestion des stocks par le biais du SMT dans les régions et l'utilisation du livre de gestion des stocks dans les zones sanitaires.

6.3. Gestion financière

L'audit des programmes de soutien ²¹en espèce a montré que les conditions de gestion financière n'ont pas été respectées. Des faiblesses importantes ont été relevées dans les domaines suivants :

- Planification, budgétisation et coordination/supervision,
- Exécution budgétaire
- Passation des Marchés
- Comptabilité et reporting financier

²¹ Evaluation des Capacités Programmatiques et Financières 2017

– Contrôle interne et audit externe.

Le programme gagnerait à être appuyé afin d'améliorer significativement ces faiblesses. Une assistance technique de quelques mois pourrait être utile pour mettre en place les outils de gestion financière appropriés et procéder à la formation des gestionnaires financiers

L'amélioration du fonctionnement et de l'implication des comptables publics, administrateurs et DRS dans la gestion des fonds de Gavi est centrale à l'atteinte des objectifs du programme.

En ce qui concerne la gestion financière interne, il est proposé de renforcer la capacité institutionnelle du ministère de la santé, y compris le PEV.

Chaque région, devrait établir son budget annuel et assurer le suivi de l'exécution de ce budget.

Le Ministère et le PEV devraient avoir une situation comptable en l'absence de fichiers Excel (revues, compte bancaire, rapprochements bancaires, registre de immobilisations, inventaire physique périodique des immobilisations, etc.).

Des procédures comptables et financières qui respectent les exigences minimales des obligations de Gavi en matière de comptabilité /finance devront être élaborées et mises en œuvre

Il a été décidé à titre de mesures transitoires, que les fonds de toutes les subventions en espèces seront décaissés à l'UNICEF.²² A ce titre, l'UNICEF devra s'atteler à mener un certain nombre d'activités en vue du renforcement des mécanismes de contrôle et gestion des risques pour assurer la gestion des fonds (portion à transférer au MSP) de la subvention Gavi. Ce sont entre autres :

- Mettre à disposition du PEV/DRS/CS les outils standards de gestion des fonds
- Mettre en place au niveau du PEV et de chaque DRS un système d'information comptable/financier
- Conduire une session d'orientation des Comptables impliqués dans mise en œuvre de la subvention
- Elaborer un calendrier des Visites programmatiques périodiques et le diffuser avec tous les concernés
- Conduire des missions périodiques de Visites Programmatiques
- Elaborer un calendrier des Spots-checks additionnels et le diffuser avec tous les concernés
- Réaliser les spot-checks tous les 3 mois
- Réaliser des audits financiers
- Identifier les prestataires potentiels au niveau local avec lesquels des accords tarifaires pourront être passés.

²² Exigences en Matière de gestion des subventions/Gavi

Partie C : Revue des progrès de la mise en œuvre (pour remplacer l'évaluation conjointe) (3-4 pages)



La partie C décrit les progrès réalisés l'année précédente dans le cadre du système de vaccination. En complétant les données présentées dans le portail du pays (p. ex., le cadre de performance actualisé des subventions, les rapports financiers, l'évaluation de la qualité des données, etc.), cette section explique les résultats par rapport aux cibles et objectifs, les difficultés de mise en œuvre associées et les principaux enseignements tirés de la période de rédaction de rapports antérieure (remplaçant ainsi le rapport d'évaluation conjointe pour cette année). Les difficultés persistantes décrites ici doivent être prises en compte dans la partie D pour la programmation future.

7. Performance antérieure des subventions, difficultés de mise en œuvre et enseignements

Veillez commenter brièvement la performance du soutien aux vaccins et au renforcement des systèmes de santé et de vaccination (RSS, soutien opérationnel aux campagnes (Ops), subvention d'introduction des vaccins (VIG), POECF) reçu de la part de Gavi :

7.1 Performance du système de vaccination en termes de

- Mise en œuvre du plan opérationnel annuel pour la vaccination
- Participation des différentes parties prenantes (y compris l'OMS, l'UNICEF, les OSC, les bailleurs) au système de vaccination

7.2 Performance des subventions octroyées par Gavi en termes de

- Atteinte des cibles convenues
- Situation globale de mise en œuvre, enseignements tirés et meilleures pratiques
- Progrès et résultats atteints spécifiquement avec le soutien du RSS et de la plateforme d'optimisation de l'ECF de Gavi
- Usage et résultats obtenus grâce au financement basé sur la performance (FBP)

7.3 Performance de la gestion financière en termes de

- Absorption financière et taux d'utilisation
- Conformité avec les rapports financiers et progrès dans les réponses aux exigences des audits
- Problèmes majeurs découlant des audits des subventions en cash ou des revues de suivi
- Systèmes de gestion financière, y compris toute modification apportée aux dispositions antérieures

7.4 Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

- Concrétisation de l'engagement de cofinancement
- Pour les pays disposant d'un plan de transition, progression de la mise en œuvre des activités planifiées

7.1 Performance du système de vaccination en termes de

- **Mise en œuvre du plan opérationnel annuel pour la vaccination**

Le tableau ci-dessous, résume les activités planifiées et celles réalisées en 2017 suite à la reprogrammation des fonds initialement alloués.

Tableau 6 : Synthèse des actives réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du Plan opérationnel 2017

Activités prévues	Taux d'exécution	Commentaires
Effectuer une supervision formative, un suivi et une évaluation à tous les niveaux	Partiellement (54%)	Des enquêtes ont été menées dans 6 des 11 régions sanitaires. En raison du manque de fonds, il n'y avait pas de supervision au niveau régional des zones sanitaires
Effectuer un examen externe et une enquête sur la couverture vaccinale	Réalisé	
Réaliser un inventaire logistique, élaborer un plan de maintenance et de distribution	Réalisé	
Réaliser une enquête sur l'équité dans les quatre régions sanitaires présentant les plus faibles CV Cacheu, Gabu, SAB et Tombali	Réalisé	
Faire des stratégies avancées tous les mois dans toutes les zones de santé	Réalisé	Données non disponibles
Mettre en œuvre le projet pilote MININUS SAN dans 3 régions (Bafata, Cacheu et Gabu)	Réalisé	
Organiser une campagne nationale de vaccination contre la polio	Réalisé	Réaliser une supplémentation en vitamine A intégrée et un déparasitage avec le mébendazole chez les enfants âgés de 0 à 59 mois
Faire le plaidoyer auprès des opérateurs	Non réalisé	

économiques du téléphone mobile de télécommunications pour augmenter le nombre de combinés et de lignes gratuits pour les services de santé		
Organiser la Semaine mondiale de la vaccination	Réalisé	
Organiser une réunion entre MINSAP / PEV, INAS et DG INE pour harmoniser les populations cibles	Réalisé	Une note officielle de MINSAP en collaboration avec INE sera envoyée aux partenaires.
Organiser des séances d'information et de sensibilisation avec les leaders communautaires (chefs religieux et traditionnels) et les administrations en faveur de la vaccination	Réalisé	
Organiser des réunions trimestrielles de mobilisation des ONG et des acteurs du secteur privé dans la vaccination	Non Réalisé	Le manque de ressources financières n'a pas permis la mise en œuvre de cette activité
Implication des ONG et des acteurs du secteur privé dans la vaccination	Réalisé	
Organiser des réunions de sensibilisation avec le ministère de l'économie et des finances sur la nécessité de créer un mécanisme simple pour financer l'achat de vaccins	Réalisé	

Engager un ingénieur technique froid pour la maintenance / réparation de réfrigérateurs de chambre froide et de niveau central	Non Réalisé	Malgré plusieurs tentatives du MINSAP, il n'a pas été possible de trouver un Technicien.
Organiser un inventaire annuel des matériaux froids et des équipements PEV	Réalisé	
Installer la nouvelle chambre froide achetée	Non Réalisé	Cette activité n'a pas été réalisée en 2017, mais se tiendra en septembre 2018

Il est à noter certaines activités non planifiées dans le plan opérationnel pour 2017 ont été réalisées. Ce sont :

- l'élaboration du PPAC 2018-2022.
- la vaccination systématique en stratégies fixe et mobile.
- la campagne intégrée de vaccination contre la supplémentation en vitamine A contre la poliomyélite et la déshydratation par le Mébendazole chez les enfants âgés de 0 à 59 mois en octobre 2017.
- le suivi avec le ministère des Finances pour mobiliser des fonds en vue de l'achat de vaccins traditionnels et de contreparties gouvernementales pour l'achat de vaccins nouveaux et sous-utilisés.
- l'analyse d'équité dans quatre régions sanitaires: Cacheu, Gabu, SAB et Tombali.
- l'inventaire de la logistique de la chaîne du froid et Plans de distribution et de maintenance et de réhabilitation élaborés
- la Revue externe du PEV.
- l'Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois et des enfants de 0 à 11 mois

- **Participation des différentes parties prenantes (y compris l'OMS, l'UNICEF, les OSC, les bailleurs) au système de vaccination**

Les achats de vaccins, de consommables, d'équipements chaîne du froid et logistique du PEV et les coûts de fonctionnement sont financés par des partenaires tels que l'UNICEF, l'OMS et GAVI. Plan International intervient principalement pendant les campagnes, spécialement dans les régions de Bafatá et Gabú.

L'OMS et l'UNICEF apportent un appui technique au PEV dans les domaines de la planification, de la mise en œuvre, du suivi, de l'évaluation et de la mobilisation des ressources. Il convient de noter que ces partenaires financent également certaines activités, telles que les stratégies avancées, les campagnes de vaccination et la surveillance épidémiologique.

En 2017, le niveau central a reçu de l'OMS un montant de 34 098 750 FCFA pour couvrir les activités programmées.

L'UNICEF a couvert des activités de mobilisation sociale dont les fonds ont été directement transférés aux Directions Régionales de la Santé. Les vaccins traditionnels et les consommables sont fournis par l'UNICEF.

En 2016, le soutien total de GAVI s'élevait à 372 700 dollars, soit 89% du coût des nouveaux vaccins. Ce Soutien aux Nouveaux Vaccins a permis d'acquérir le VAA, le Penta et le PCV13 ainsi que l'introduction du Rota en novembre 2015 et le VPI en juillet 2016. Les préparatifs préalables à l'introduction de chaque vaccin ont permis de renforcer les capacités des agents de santé en matière de gestion des antigènes suscités.

7.2 Performance des subventions octroyées par Gavi en termes de

- **Atteinte des cibles convenues**

La réalisation des objectifs fixés au cours des deux dernières années est résumée dans le tableau ci-dessous. On peut voir que le pays n'a pas atteint les objectifs, tant en termes de couverture que de taux d'abandon. (Tableaux 7 et 8).

Tableau 7 : Atteinte des objectifs de couverture vaccinale 2016 et 2017

	Objectifs 2016	Couverture / 2016	Objectifs 2017	Couverture / 2017
BCG	97%	83%	98%	87%
Penta3	95%	68%	96%	79%
VPO3	95%	69%	96%	79%
Rougeole	92%	71%	95%	66%
VAA	92%	64%	95%	72%
PCV 13-3	95%	67%	96%	79%
Rotavirus	95%	61%	96%	82%

(Source PEV)

Tableau 8 : Atteinte des objectifs de taux d'abandon 2016 et 2017

	Objectifs 2016	Taux abandon	Objectifs 2017	Taux abandon
Taux de abandon Penta 1/3	5%	19%	5%	13%
Taux abandon BCG /VAR	8%	19%	8%	29%

(Source PEV)

- **Situation globale de mise en œuvre, enseignements tirés et meilleures pratiques**

Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessus, la couverture vaccinale des différents antigènes a augmenté de 2016 à 2017, à l'exception de la rougeole. En 2016 et 2017, les progrès suivants ont été réalisés dans la mise en œuvre du programme: introduction du Vaccin Polio Inactivé (VPI) en 2016, 2 campagnes de masse (MenA 1-29 ans, campagne contre la polio 0-11 mois; la préparation d'outils de gestion, la préparation de fiches de données de routine, l'élaboration de plans pour la distribution de vaccins et de consommables, un suivi et surveillance de la température et plan de gestion des déchets

Leçons apprises

- l'implication des ONG nationales et internationales dans tous les processus de la campagne de vaccination a permis la résolution de plusieurs problèmes liés au refus et à d'éventuelles rumeurs;
- la surveillance quotidienne des données de campagne à tous les niveaux a permis de détecter à temps et de corriger les erreurs;
- l'implication de l'Association des jeunes et des femmes et des personnes influentes tout au long du processus de la campagne a contribué à accroître la sensibilisation de la communauté;
- l'implication des communautés (leaders communautaires, leaders religieux et traditionnels) dans les activités de vaccination, les réunions de planification et les sélections de stations de concentration au cours des stratégies avancées;

Meilleures pratiques

- Organisation de la Semaine d'Accélération de la Vaccination en 2016 a permis de rattraper de nombreux enfants;
- Implication des ASC dans la recherche active de la vue perdue pendant la vaccination de routine;

- **Progrès et résultats atteints spécifiquement avec le soutien du RSS et de la plateforme d'optimisation de l'ECF de Gavi**

Le soutien RSS/Gavi vient en appui au renforcement de la gouvernance du secteur de la santé; de la capacité opérationnelle des aires sanitaires en matière de vaccination; des capacités de la chaîne du froid et de l'optimisation de la gestion globale des vaccins. Le RSS/Gavi a permis d'améliorer l'approvisionnement et la qualité des vaccins en renforçant la Chaîne de froid. Le renforcement de la chaîne du froid, de la logistique roulante et du fonctionnement des stratégies avancées va permettre de booster les couvertures vaccinales et améliorer l'équité géographique.

Sur les activités prévues avant la fin de décembre 2016 lors de la dernière évaluation conjointe, 3 ont été partiellement réalisées dans le cadre du RSS1. Il s'agit des 3 stratégies avancées, d'une supervision par région et de la réhabilitation du bâtiment du PEV, ce qui donne un pourcentage d'exécution de 36%. Cependant, certaines activités importantes dans le fonctionnement du programme n'ont pas pu être réalisées: la Revue annuelle du PEV, la supervision du niveau central, le suivi et de l'évaluation du programme, l'enquête sur la qualité des données du Système national d'information sanitaire (SNIS), l'évaluation annuelle de la qualité des données, ainsi que la formation / recyclage des agents.

Utilisation et résultats obtenus avec le financement basé sur la performance (FBD)

Non applicable

7.3 Performance de la gestion financière en termes de

- Absorption financière et taux d'utilisation**

La Guinée Bissau reçoit depuis 2008 un soutien en vaccins et en espèces de Gavi. Cependant suite à de nombreux problèmes survenus dans la gestion de la subvention, la Guinée Bissau en Avril 2013 dans le cadre de la soumission d'une requête de reprogrammation à Gavi des activités RSS a sollicité dans le même temps l'appui de l'OMS à travers son bureau à Bissau pour être récipiendaire des fonds de la reprogrammation dont le montant total s'élevait à \$US 1, 081,864. Ce montant devait se répartir selon les modalités d'exécution à \$US 582,752 pour 2013, \$US 372, 905 pour 2014 et \$US 126 ,207 pour 2015. Il est à noter que la mise en œuvre des activités au cours de l'année 2014 a été sérieusement compromise par des questions d'ordre institutionnel et le climat d'attente qui a prévalu avant, pendant et après les élections générales. Le taux d'utilisation des fonds de GAVI a été inférieur aux attentes pour les facteurs suivants:

- Les mouvements constants des employés du Ministère de la santé (MINSAP), y compris les changements fréquents effectués par le ministre, ce qui entraîne un retard dans la prise de décision et la mobilisation de fonds;

Des 36 activités prévues en 2014 lors de la reprogrammation de fonds RSS1, 12 ont été réalisées dont la plupart sont liés à des achats d'équipements de chaîne de froid, de groupe électrogène, logistique roulante et ce qui représente (33%) de taux d'utilisation. Cet investissement a contribué à conserver des vaccins de qualité, et a permis de mener des stratégies avancées et le renforcement des capacités opérationnelles. Cependant, la situation des couvertures vaccinales ne s'est améliorée de façon notable. Il est à noter que dans les détails, le taux d'utilisation des fonds de GAVI a été inférieur aux attentes pour les facteurs suivants:

- Le blocage du compte MINSAP empêchant ainsi tout décaissement en 2016.

Tableau 9: Activités réalisées dans le cadre de la reprogrammation du RSS1

Acquisition	Quantités	Coûts totaux en \$US
Act.1.3.1. Renforcement des capacités au niveau central		
Véhicule de supervision (4X4)	1	25.371 ,84
Véhicule de livraison	1	25.371 .84
Ordinateur de bureau + accessoires	2	1.944,44
Ordinateur portable	1	3.500,00
Imprimantes	2	1.666,00
Achat chambre froide au niveau central	1	23.031,77
Réfrigérateurs DOMETIC	5	51.832,60
Réhabilitation bâtiment CECOME	1	67.000,00
Act1.3.2. Renforcement des capacités de 4 régions sanitaires (Gabu, Biombo, Cacheu, SAB)		
Véhicules de supervision pour Cacheu et Biombo (4X4)	1	25.371,84
Ordinateurs de bureau + accessoires	4	7777,76
Imprimantes	4	6664,00
Motos pour les aires sanitaires (Tombali, Boloma, Quinara)	7	25.870,00
Carburant	168L	236,00
Total		265.639,00

- **Conformité avec les rapports financiers et progrès dans les réponses aux exigences des audits**

Selon le rapport d'Evaluation des capacités programmatiques, **aucun audit des financements reçus de GAVI n'a été conduit de 2011 à 2016**. Selon le même rapport, il est à noter que les constatations suivantes:

- **Pas d'état de rapprochement bancaire pour le compte PEV ouvert à la BAO.**
- **Importante manipulation des espèces ;**
- **Problème de sécurisation des fonds disponibles avec l'Administrateur au PEV ;**
- **Inexistence d'une situation financière** (dépenses effectuées, solde restant) des cent milles Dollar US (100 000 USD)

- **Problèmes majeurs découlant des audits des subventions en cash ou des revues de suivi**

Le rapport de l'Evaluation des Capacités Programmatiques ²³ a fait un certain nombre de constatations au nombre desquels on peut retenir :

Au niveau de la DGASS

- Non-Respect par le Ministère de la Santé de plusieurs dispositions de l'Accord-Cadre ;
- Des erreurs de calculs ;
- Retard dans le reporting ;
- Ecart potentiels entre les montants rapportés et les supports justificatifs correspondants ;
- Egalité parfaite et improbable entre le montant des dépenses et celui des budgets ;
- Montant significatif des avances reçues de l'OMS (tous les bailleurs de fonds confondus) non justifiées à la période de l'évaluation (19/03/2017) ;
- Inexistence de compte bancaire spécifique à la réception des fonds GAVI : les fonds reçus de l'OMS au profit de la DGASS sont virés dans deux (2) comptes bancaires.

Au niveau du PEV

- Absence d'audit externe des financements Gavi
- Absence de situation financière pour les 100 000 USD d'avance reçues par le PEV en juin 2015 pour l'introduction de VPI 2015.
- Egalité parfaite et improbable entre les montants des dépenses et les budgets ;
- Absence de procédures de mise en concurrence des fournisseurs pour les achats de biens et services

Systèmes de gestion financière, y compris toute modification apportée aux dispositions antérieures

Différents partenaires techniques et financiers utilisent différents mécanismes pour mettre en œuvre leurs programmes. Ces mécanismes utilisent trois canaux principaux: la mise en œuvre directe, les paiements aux organisations internationales / ONG, ou le soutien direct au budget de l'État. Pour le secteur de la santé, le principal canal a été la DGASS, par le biais de la cellule de gestion (CG) -PNDS (au sein du Ministère de la Santé); Ce canal est utilisé par le Fonds Mondial et la Banque Mondiale. Suite à l'Evaluation des Capacités du Programme (ECP) réalisée en 2017, le CG-PNDS dispose d'une capacité de gestion financière supérieure à celle de la DGASS, direction financière du MINSAP, comprenant du personnel formé, des audits internes et des mécanismes de contrôle des procédures. Ceux-ci sont absents de l'administration financière du MINSAP.

Un assistant administratif dans l'administration financière du MINSAP relève directement du directeur général et non du Directeur financier comme les autres Comptables. Outre Excel, il existe un système informatique comptable permettant de suivre les flux de trésorerie liés au secteur de la santé, y compris les fonds de GAVI. De plus, il n'y a pas eu de vérification interne ou externe du MINSAP depuis 2011. Cependant, il y a eu une inspection du Ministère de l'Economie et des finances (MEF) par les Inspecteurs Généraux du MEF en 2017.

Au niveau du PEV, un Administrateur est responsable de toutes les questions financières. Toutefois, selon l'ECP en 2017, le manque de manuels de comptabilité, le manque de suivi et de contrôle, l'absence d'un système comptable et le manque de logiciel de comptabilité sont parmi les principaux obstacles de la gestion financière. Il est à noter que les Directions Régionales de la Santé sont confrontées aux mêmes problèmes.

En ce qui concerne la gestion financière des fonds de GAVI, ceux-ci ont été décaissés à l'OMS, qui est responsable de sa gestion. Des décaissements sont effectués à la DGASS, au PEV et aux Directions Régionales pour la mise en œuvre

²³ Rapport d'Evaluation des Capacités Programmatiques 2017

des activités. Cependant, la DGASS et le PEV qui sont les principaux bénéficiaires des fonds de l'OMS, ont des lacunes importantes dans leur comptabilité.

Pour toutes ces raisons, l'ECP a recommandé qu'à titre de mesure transitoire, les fonds de toutes les subventions en espèces de Gavi à la Guinée-Bissau soient décaissés à l'UNICEF dans le cadre d'un accord tripartite à conclure entre le MINSAP, l'UNICEF et Gavi.²⁴

7.4 Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

• Concrétisation de l'engagement de cofinancement

Le financement actuel du programme est fortement tributaire de l'extérieur. Cependant, il est à noter qu'il existe un budget sur 3 ans (2018-2020) d'un montant de 5, 663, 701,584 FCFA pour l'achat des vaccins. La contribution de l'Etat est estimée à 272, 926,584 FCFA soit 5%. Le reste (5,390, 775,000 FCFA) sera couvert par les Partenaires Techniques et Financiers. Des efforts de plaidoyer devraient se poursuivre pour assurer une garantie systématique d'un financement approprié pour les vaccins et les activités de vaccination à l'avenir.

Partie D : Objectifs du soutien demandé à Gavi²⁵



Sur la base de l'analyse et du contexte (partie B) ainsi que de la performance jusqu'à aujourd'hui (partie C) du système de vaccination du pays, cette partie D présente une requête pour un futur soutien de Gavi.

8. Planification d'un soutien futur : coordination, transparence et cohérence

8.1 Quelles mesures ont été prises pour atteindre la complémentarité et la cohérence du soutien de Gavi avec celui du gouvernement et des parties prenantes ? De quelle manière les divers forums (CCIA, CCSS, GTCV) ont-ils été impliqués dans l'élaboration de la JSP ?

De grands efforts ont été faits pour formuler une demande inclusive qui réalise la complémentarité avec les projets existants :

- En 2018, une cartographie des partenaires montrant les ressources des partenaires et leur utilisation dans le secteur de la santé a été réalisée. Cela a révélé que, outre GAVI, seuls l'UNICEF et l'OMS soutiennent la vaccination, avec un total de 326 000 euros par an en 2018 et 2019.
- En vue de mutualiser les ressources des différents partenaires et éviter les doublons, un groupe de travail RSS a été mis en place sous le leadership du Ministère de la santé et avec comme Secrétariat l'OMS. Malheureusement ce groupe ne se réunit pas régulièrement et devrait être redynamisé avec l'appui de GAVI dans le cadre de ce PSR.
- Dans le cadre d Renforcement du Système de Santé, le pays a reçu un financement de la Banque Mondiale et du Fond Mondial pour renforcer le Système d'information sanitaire et de surveillance des maladies. C'est dans ce cadre qu'un projet de monitoring à temps réel est en cours. Ainsi 200 tablettes supplémentaires ont été achetées.
- Dans le cadre la Gestion des déchets Biomédicaux, il est prévu l'installation des incinérateurs pris en charge par la BM ;
- L'OMS a fourni un appui technique au renforcement du système de santé en recrutant un conseiller technique spécialisé dans le renforcement des systèmes de santé; y compris l'appui à l'élaboration de documents stratégiques, des guides, de protocoles nationaux et au renforcement des capacités du personnel national dans les différents domaines thématiques, envoi du personnel du ministère de la santé aux réunions régionales et internationales pour une mise à jour et échange d'expériences.
- Pour les cinq prochaines années (2018-2022), l'appui de la Banque Mondiale consistera au:
 - renforcement institutionnel du Ministère de la santé (2,86 millions de USD) aux niveaux national, régional et local afin d'améliorer la gestion et d'accroître la transparence et la

²⁴ Exigences en matière de Gestion des Subventions ACP/GMR 2018

²⁵ La durée du financement de Gavi devra être discutée en consultation avec le secrétariat de Gavi pour s'aligner autant que possible sur la période stratégique du pays. En ce qui concerne la rougeole/la rubéole, la durée des introductions ou des campagnes prévues/attendues devra être de 5 ans, quelle que soit la durée de la stratégie nationale.

<p>responsabilisation du système de santé. Il comporte un élément d'analyse et de dialogue politique destiné à faciliter la mise en œuvre de réformes sectorielles majeures;</p> <ul style="list-style-type: none"> - développement des Ressources Humaines 3.23 million de USD: soutien à l'amélioration de la gestion des ressources humaines et des investissements stratégiques pour améliorer les capacités de formation, soutenir la formation décentralisée, améliorer les compétences des professionnels existants et mettre en œuvre des mécanismes pour renforcer les normes minimales de formation et pratique en formation initiale et continue; - financement basé sur la performance pour la fourniture d'un paquet de services essentiels de santé maternelle et infantile et de santé communautaire dans les structures de santé à tous les niveaux et chez les agents de santé communautaires. Cette composante combinera des investissements qui améliorent les structures de santé et des incitations qui augmentent les performances, la transparence et la responsabilité des professionnels tout au long de la chaîne de services. - Santé communautaire et mobilisation sociale 8,82 million de USD: vise à améliorer la demande de services de santé essentiels en matière de santé maternelle et infantile en facilitant le changement de comportement, la diffusion d'informations et le suivi des prestataires de services par le biais d'interventions communautaires. Les activités comprennent le recrutement, la formation et des primes d'encouragement pour les agents de santé communautaires. <ul style="list-style-type: none"> • L'Union européenne (3 millions d'euros) 2018-2020: Il comporte trois composantes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ renforcement des capacités en matière de planification, de gestion et de coordination des services de santé, l'accent étant mis sur la réforme du système de supervision central avec cycles de planification à plusieurs niveaux, suivi financier et élaboration de plans stratégiques; ✓ renforcement de la planification et de la gestion des ressources humaines pour la santé aux niveaux central et régional, y compris des cours de gestion pour les directeurs régionaux et les infirmières; ✓ améliorer la qualité des ressources humaines en renforçant la gestion pédagogique au niveau de l'école nationale de santé (ENS), l'évaluation de la qualité et la formation avancée des enseignants ainsi que le soutien à la spécialisation médicale dans les domaines de la chirurgie, de l'anesthésiologie et de gynéco-obstétrique. <p>Tous les documents de bases utilisés pour ce PSR ont été validés par la CCIA avant le Dialogue National, qui a eu lieu du 04 au 07 Juin 2018. Ce dialogue a impliqué diverses organisations de la société civile (OSC), des ONG, des partenaires internationaux, toutes les Directions Régionales de la Santé et les programmes du MINSAP. C'était donc un processus véritablement inclusif, assurant la cohérence et la participation de toutes les parties prenantes</p>
<p>8.2 Pour être éligible à un nouveau vaccin ou à un soutien financier par Gavi, les pays doivent démontrer que leur forum de coordination bénéficie d'une fonctionnalité de base (CCIA, CCSS ou organisme équivalent). Les conditions sont décrites dans le lien suivant : http://www.gavi.org/support/coordination/</p> <p>Dans quelle mesure les forums de coordination répondent-ils aux exigences de Gavi ? Quelles mesures ont été prises pour combler les lacunes ?</p>
<p>Malgré sa création le 12 septembre 2000 par Décret du Premier ministre, il y a un manque de fonctionnement du CCIA. Afin de renforcer le fonctionnement de cette structure de coordination, GAVI a fourni en 2017 une Assistance Technique pour soutenir la reformulation de son mandat.</p> <p>En 2013, le CCSS a été créé en tant qu'organe de coordination, de direction et de gestion du système de santé. Mais cet organe, malgré sa réactivation en 2015 et avec des termes de référence bien définis, ne fonctionne toujours pas, en raison d'un manque de responsabilité pour les réunions et la diffusion de l'information. Le Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV) / GTCV n'a pas encore été créé. Au cours du premier semestre 2019, avec le soutien d'un Assistant technique international, tous les documents de création du GTCV seront préparés et sa mise en œuvre débutera au second semestre 2019.</p>
<p>8.3 Comment le soutien de Gavi s'intègre-t-il dans le contexte global des stratégies nationales de santé et de vaccination ?</p>
<p><i>Synthétisez la façon dont le soutien de Gavi s'inscrit dans le contexte global des stratégies nationales de santé et de vaccination et les efforts pour atteindre les priorités de la couverture sanitaire universelle.</i></p>

Décrivez clairement de quelle façon le soutien de Gavi viendra compléter, tant financièrement que de façon programmatique, la réalisation de ces objectifs. Expliquez dans quelle mesure la stratégie et la politique de financement de la santé intègrent les coûts et les besoins récurrents liés aux vaccins et à la vaccination.

Toutes les activités proposées pour le soutien de GAVI sont prévues dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS III) 2018-2022 et dans le PPAC 2018-2022. La justification détaillée dans la section 11 illustre comment les activités sont alignées avec ces stratégies. En résumé, le soutien va permettre la mise en œuvre de stratégies dans les domaines suivants:

Renforcement de la gouvernance dans le secteur de la santé, y compris le PEV (prévu dans le PNDS III et le PPAC)

1. Coordination des interventions sanitaires en général, et en particulier de la vaccination avec la participation de toutes les parties prenantes
2. Supervision formative et évaluation des activités du PEV
3. Meilleure planification et gestion au MINSAP et au PEV.

Renforcement de la capacité opérationnelle de vaccination (prévue dans le PNDS III et le PPAC)

1. Améliorer la qualité des services de vaccination
2. Augmenter la demande de services de vaccination

Renforcement de la capacité de la chaîne d'approvisionnement de la chaîne du froid et optimisation de la gestion efficace des vaccins (prévue dans le PPAC)

1. Capacité de stockage des vaccins et des consommables
2. Gestion efficace des vaccins dans le PEV

Amélioration de la qualité et de l'utilisation des données (prévue dans le PNDS III et le PPAC)

1. Collecte systématique de données fiables, cohérentes et opportunes
2. Création d'un comité pour valider les données
3. Augmenter l'utilisation des données pour la planification et la gestion

9. Introductions de vaccins planifiées pendant la durée de la stratégie nationale de vaccination (par ex., PPAC)



Cette section présente des informations sur les futures introductions de vaccin et/ou campagnes pour lesquelles un soutien de Gavi est envisagé (y compris le soutien pour lequel le pays n'est pas encore éligible). Ceci ne représente pas un engagement du pays à introduire les vaccins mentionnés ci-dessous. Les informations de haut niveau, essentielles pour faire progresser la planification et la préparation, doivent être fournies ici.

Environ 18 mois avant l'introduction effective dans le programme de routine ou la campagne, d'autres informations spécifiques au vaccin seront requises pour obtenir l'approbation de Gavi. La demande de soutien pour les vaccins inclura : des preuves confirmant l'éligibilité, un plan opérationnel, un budget et des informations essentielles pour soutenir la mise en œuvre des subventions (p. ex., conditions d'approvisionnement et de cofinancement, données sur la population cible).

Considérations stratégiques appuyant les demandes de nouveaux vaccins (routine et campagnes)

9.1 Décrivez les **justifications** pour demander ce(s) nouveau(x) programme(s) de vaccination, y compris la charge de morbidité. Si celles-ci ont déjà été détaillées dans le Plan d'introduction ou le Plan d'actions, merci d'indiquer uniquement les sections.

Le Vaccin conjugué anti-méningocoque (MenAfriVac)

La Guinée-Bissau est un pays à risque de méningite car elle est limitrophe à des pays appartenant à la "Ceinture Africaine" de la Méningite. Ainsi de 2016 à 2018, un total de 83 cas suspects de méningite ont été notifiés par les structures sanitaires. Les résultats du laboratoire bien que parcellaires, font ressortir une prédominance de *Haemophilus influenzae* suivi de *S. pneumoniae*. Aucun cas de *N. meningitidis* n'a été identifié.

Tableau 10 : Cas suspects, investigués et confirmés de méningite chez les enfants de moins de 5 ans, 2016 - 2018

Année	Nombre de cas			Germes isolés
	Suspects	Investigués	Positifs	
2016	18	18	1	Haemophilus influenzae
			1	S. pneumoniae
2017	58	58	2	Haemophilus influenzae
			1	S. pneumoniae
2018	7	7	0	
Total	83	83	5	

Source: Laboratoire National de Santé Publique

Sur cette base dès 2016, le pays a organisé une campagne nationale de vaccination préventive contre cette maladie ciblant les sujets âgés de 1 à 29 ans, du 13 au 26 mai de la même année. La couverture attendue de 95% n'a pu être atteinte. Une couverture administrative de 90% a été enregistrée. Cette campagne qui a duré 14 jours a connu l'implication de 938 vaccinateurs; 709 Bénévoles; 696 Mobilisateurs sociaux; 162 Superviseurs de proximité; 18 Superviseurs nationaux; 22 Coordinateurs régionaux. Selon le rapport du PEV,- 2016), la principale difficulté rencontrée était la faible participation de la tranche d'âge de 15 à 29 ans avec une couverture de 83,4% (456,375 / 547,323) dans toutes les régions sanitaires sauf le SAB qui a enregistré 99,97% (148,487 / 148,537). 60 cas de MAPI mineurs et 5 cas graves ont été signalés et ont fait l'objet d'investigations.

Dans le PPAC-PEV 2018 -2022 actuel, l'introduction du nouveau vaccin conjugué anti-méningocoque (MenAfriVac) dans la vaccination de routine est prévue pour 2019, cependant, prenant en compte le retard à la mise en œuvre des activités, cette date sera probablement reportée en 2020 et la cible sera les enfants âgés de 15 à 18 mois. Une campagne de rattrapage ciblant les enfants âgés de 1 à 3 ans va précéder cette introduction.

Le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)

Le Papilloma Virus Humain (PVH) se transmet principalement par contact sexuel et au tout début de l'activité sexuelle des adolescentes. Deux types de PVH (16 et 18) provoquent 70% des cancers et des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Selon les données disponibles, le cancer du col de l'utérus survient en Afrique chez les femmes de faible statut socio-économique entre 30 et 49 ans. En 2012, environ 270 000 femmes sont décédées d'un cancer du col de l'utérus; plus de 85% de ces décès ont eu lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Le cancer du col de l'utérus constitue l'une des causes les plus importantes de mortalité en Guinée-Bissau. Il est également l'une des premières maladies qui tuent les femmes chaque année. Selon l'Organisation mondiale de la santé, c'est donc le deuxième cancer le plus fréquent dans le pays (6% des cas), après le cancer du sein (32% des cas). Entre 2009 et 2015, 11.422 femmes ont été examinées et 292 traitées par l'équipe médicale de l'ONG espagnole « Mujer y Madre » avec l'appui de l'UNFPA et du Ministère de la Santé.²⁶ 30 médecins et infirmiers ont été formés en cytologie et 8 techniciens de laboratoires en cytodiagnostics. Pour seulement cette année 2015, cette campagne a dépisté 10 cas sur un total de 206 cas suspects / diagnostiqués. Selon Globocan, l'incidence du cancer du col utérin est de 149/100 000 personnes par an ≥15 ans: (Source: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>46). L'analyse des échantillons se fait sur place tandis que les examens approfondis sont uniquement réalisés en Espagne, par manque de laboratoires spécialisés en Guinée-Bissau.

L'introduction du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) est prévue pour 2021, le groupe cible étant les filles de 9 à 14 ans et la recommandation de vacciner des cohortes de plusieurs âges lorsque le vaccin contre le HPV est introduit pour la première fois afin d'accroître

l'impact sur la population. 2 doses espacées de 6 mois puis la tranche d'âge de 9 à 13 ans avec 2 doses espacées de 6 mois.

Parties impliquées

- Engagement du gouvernement par le biais du ministère de la Santé et des Finances, de l'Éducation, d'Institut de la Femme et d'Enfant.
- Collaborations étroites entre directions PEV et de la santé de reproductive, UNFPA

Pour mise en œuvre des activités de vaccination

- Etablir collaborations étroites entre les directions régionales de sante et de l'éducation.
- Les stratégies de vaccination en milieu scolaire sont une occasion de collaborer avec le ministère de l'éducation, afin d'intégrer des messages de santé publique au sein des écoles.
- Pour la vaccination des filles non scolarisées faire une collaboration avec des leaders d'opinion et des chefs traditionnels, des ONG local, ASC.
- Une communication permanente entre les parties prenantes avant, pendant et après l'introduction du vaccin.
- La sensibilisation et la collaboration d'associations de médecins et d'infirmiers, de dirigeants nationaux, de parlementaires et d'autres parties prenantes pour garantir une couverture vaccinale contre le PVH élevée et la prise de conscience de la nécessité de renforcer le dépistage du cancer du col.

Gestion des Rumeurs et des Crises

- Elaboration d'un plan de communication de crise afin d'être en mesure de réagir rapidement et efficacement aux manifestations post vaccinales indésirables (MAPI), aux mouvements anti-vaccin et à toute allégation susceptible d'avoir un négatif sur l'acceptation du vaccin anti-HPV par le public.
- Une collaboration avec des leaders d'opinion et des chefs traditionnels crédibles pour dissiper les idées fausses et les rumeurs;

La deuxième dose de vaccin anti rougeoleux (VAR2)

La rougeole est une maladie infectieuse qui constitue un problème de santé publique en Guinée-Bissau. Dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies de lutte accélérée contre la rougeole, une campagne de vaccination de rattrapage contre la rougeole a été conduite à l'échelle nationale du 15 au 29 mai 2006. Cette campagne a ciblé tous les enfants âgés de 6 mois à 14 ans et avait pour but de faire baisser l'incidence et la mortalité qui sont associées à la rougeole en réduisant de façon significative la population de sujets vulnérables à cette maladie. Le nombre d'enfants ciblés était de 694.297 contre 588.533 enfants vaccinés, soit 85%. L'évaluation de la qualité et de la couverture post campagne conduite, a quant à elle révélé que 93 % des enfants ciblés ont été vaccinés.

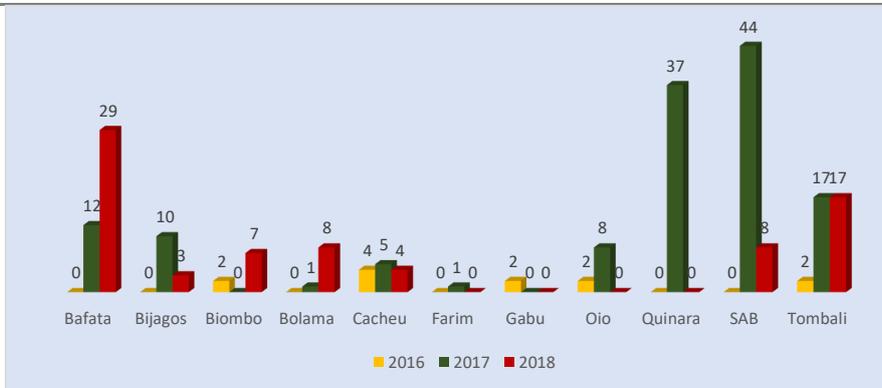
3 autres campagnes ciblant les enfants âgés de 9-59 mois ont été conduites en 2009 ; 2012 et 2015.

Il faut noter que la surveillance épidémiologique bénéficie de l'appui financier de l'OMS qui couvrent la supervision, le transport des échantillons des régions au laboratoire national de la santé publique et au laboratoire sous régional de l'Institut Pasteur de Dakar.

Malgré la faible performance de cette surveillance, depuis 2016 le pays n'a pas notifié de flambée épidémique de Rougeole. **(Figure 4)**

Figure 5: Distribution des cas suspects de Rougeole, 2016, 2017 et 2018 (semaines 1 -13, 2018)

²⁶ Rapport d'activités : Campagnes de prévention et de traitement du cancer du col en Guinée-Bissau/UNFPA 2015



Il est à signaler que de nombreuses insuffisances sont constatées au niveau du Laboratoire. Ainsi, en 2016 la plupart des échantillons collectés n'ont pas été testés dû à la rupture en stock des réactifs dans le pays. En 2017, 155 cas suspects de rougeole ont été notifiés dont 88 chez **des** enfants âgés de 1 à 4 ans (source: INASA). La plupart de ces cas (84%) sont survenus dans la région de SAB. Seulement 5 cas ont pu être confirmés.

Sur un total de 135 cas notifiés avec échantillons, 62 étaient de la tranche d'âge de 1-5 ans, soit 46%.

Depuis la semaine 2 de l'année 2018, sept des onze Régions sanitaires ont notifiés et investigués 76 cas suspects de Rougeole, mais les tests réalisés sur les échantillons collectés ont été négatifs pour la Rougeole, malheureusement le LNISP fait face une rupture de stock de réactif de test de Rubéole.

Le pays a l'intention d'introduire dans le calendrier vaccinal, la deuxième dose de vaccin anti rougeoleux (VAR2) en 2020 qui cible les enfants âgés de 15 à 18 mois avec pour objectif d'améliorer la couverture vaccinale.

9.2 Discutez des considérations liées au financement des programmes de vaccins nouveaux demandés, et plus particulièrement la façon dont le gouvernement entend financer les obligations de cofinancement supplémentaires. Veuillez mentionner si un défaut de paiement a eu lieu au cours des trois dernières années et, le cas échéant, décrivez les mesures d'atténuation qui ont été mises en œuvre pour éviter de nouveaux défauts à l'avenir.

Les ressources nécessaires pour mener à bien les actions envisagées dans le plan pour la période 2018-2022 s'élèvent à vingt-deux millions neuf cent soixante et un mille quatre cent trente-sept dollars (US \$ 22 961 437). Les besoins futurs en ressources sont dominés par la fourniture de vaccins de routine, dont le coût est estimé à dix millions trois cent trente-cinq mille neuf cent quarante-cinq dollars (10 335 945 dollars), soit 45% des besoins en ressources. Le poids de la gestion du programme est de 15% pour un total de trois millions trois cent quatre-vingt-onze mille sept cent cinq dollars, soit 3 391 705 \$ US. Le coût des nouveaux vaccins sur cinq ans sera d'environ 5,2 millions de dollars.

La réalisation des objectifs de couverture vaccinale définis dans le PPAC 2018-2022 est conditionnée par la disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles qui accompagnent la mise en œuvre des activités du PEV. La disponibilité des ressources exige, en plus de la libération efficace et opportune des contributions financières, la mobilisation de ressources supplémentaires pour réduire le déficit de financement. À cette fin, la viabilité financière du PEV s'articulera autour de trois stratégies principales: l'autosuffisance, la fiabilité des ressources et l'utilisation adéquate des ressources disponibles.

La Guinée-Bissau dépend toujours fortement des ressources extérieures, puisque environ 85% des

dépenses du secteur de la santé sont payées par les partenaires. Il est peu probable que le MINSAP atteigne l'autosuffisance financière dans les années à venir, bien qu'il ait augmenté le montant du financement de la vaccination au cours des dernières années. Une analyse de l'espace budgétaire au-delà de la période de 2018-2020 ne peut être réalisée de manière fiable en raison de l'instabilité politique et administrative ainsi que de la volatilité économique du marché de la noix de cajou, qui représente le revenu le plus important pour le gouvernement. Le développement de stratégies de mobilisation de ressources et leur mise en œuvre permettront de développer des mécanismes pour réduire les déficits de financement actuels et augmenter les contributions financières de l'État des partenaires de développement locaux, nationaux et traditionnels.

9.3 Détaillez les **enseignements tirés** des campagnes et introductions de routine antérieures, plus particulièrement pour : la capacité de stockage, la capacité de congélation complémentaire, la formation du personnel, la chaîne du froid, la logistique, la couverture, le taux de perte, les taux de couverture et d'abandon, et suggérer des points d'actions à aborder au cours des campagnes ou introductions à venir.

•Penta (2008), Fièvre jaune (2008), PCV13 (2015), Rota (2015)

• Avant l'introduction précédente, des plans d'introduction ont été rédigés, validés par la CCIA et Gavi et partagés par toutes les parties prenantes. Ce processus a assuré l'engagement des parties prenantes à suivre les plans.

Capacité de stockage : la capacité de stockage disponible en positif au niveau central a été renforcée pour l'introduction de nouveaux vaccins

Formation du personnel : formation en cascades des agents de santé. C'est-à-dire d'abord les techniciens du niveau central, puis ceux du niveau régional et après tout le niveau opérationnel ont été formés. Cette série de formations a permis d'améliorer les connaissances des vaccinateurs sur les vaccins.

Chaîne du froid/Logistique : Le réapprovisionnement des postes de vaccination pendant la campagne a été réalisé non seulement par les techniciens de chaîne de froid, mais aussi par les superviseurs qui transportent dans leurs véhicules des vaccins et du matériel de vaccination en réserve

Gestion des déchets biomédicaux : Un inventaire des incinérateurs fonctionnels a été réalisé dans les régions. Les incinérateurs défectueux ont été réparés avant les AVS.

Cérémonie officielle d'introduction des nouveaux vaccins en 2015 : large information du public avec une grande mobilisation, engagement et motivation des techniciens à fournir ce service.

9.4 Expliquez comment le soutien aux vaccins nouveaux sera utilisé pour **améliorer la couverture et l'équité** de la vaccination de routine, en détaillant la façon dont les activités proposées et le budget contribueront également à surmonter les principaux obstacles indiqués dans vos analyses de couverture et d'équité.

Dans le contexte de l'introduction de nouveaux vaccins, les activités ci-dessous seront conduites pour améliorer la couverture et l'équité. Ce sont :

1. La collecte des informations pour une bonne micro planification
2. L'orientation des responsables des aires sanitaires sur le monitoring
3. La planification et la mise en œuvre des activités de stratégie avancée
4. La planification et la mise en œuvre des activités de stratégie mobile
5. Le renforcement de la supervision formative des prestataires sur la vaccination
6. Le renforcement du suivi des sorties en stratégie avancées
7. L'adoption des stratégies réussies d'intégration des activités de survie de l'enfant
8. La pérennisation de l'exercice d'analyse de l'équité au niveau régional

9. La systématisation de la micro planification des activités
10. La mise en œuvre des activités planifiées en lien avec la communauté
11. La vaccination tous les jours dans les centres de santé et la visite au moins une fois par mois des enfants des populations défavorisées.

9.5 Résumez les **défis programmatiques** à relever afin d'assurer la réussite de la mise en œuvre du soutien aux vaccins demandé et décrivez les plans pour les résoudre. Parmi les principaux obstacles à prendre en compte, on peut citer :

- **le personnel sanitaire** : disponibilité et répartition ;
- l'état de préparation de la **chaîne d'approvisionnement** ;
- **la génération de la demande** / la demande pour les services de vaccination, les calendriers de vaccination, etc. ;
- **leadership, gestion et coordination** : en exploitant les constatations issues de la ECP (évaluation de la capacité du programme) et/ou toute autre évaluation, veuillez décrire les principaux goulots d'étranglement liés à la gestion des programmes de vaccination. Ceci inclut la performance des équipes du PEV régional/national (par ex. les difficultés liées à la structure, aux effectifs et aux capacités), la gestion et la supervision des services de vaccination ou des problèmes de gouvernance sectorielle plus larges ;
- **tout autre aspect** critique basé sur les plans ou les rapports du pays (par ex. le PPAC, l'examen du PEV, le PIE, la GEV) ou les principales constatations issues des rapports d'évaluation indépendante disponibles.

Le personnel sanitaire :

Il y a une urgence à couvrir les besoins en les insuffisances en Ressources humaines qualifiées. Au nombre de six (6), ce sont : Responsable la Planification, Suivi & Evaluation, Chargé de Logistique, Chargé de Communication, Responsable Gestionnaire des données, Agent Comptable pour le PEV et Assistante Administrative /Secrétaire Direction. Un plaidoyer sera fait auprès de Gavi pour le paiement des salaires de ces staffs pendant une période de 24 mois à l'issue desquelles, le MINSAP s'engage à les recruter à la fonction publique.

Les AT de l'OMS et de l'UNICEF seront d'un grand apport dans le transfert de compétences.

L'état de préparation de la chaîne d'approvisionnement

- Evaluation de la capacité de stockage de la chaîne du froid et garantir son fonctionnement dans toutes les structures sanitaires
- Gestion des vaccins
- Disponibilité des unités de chaînes
- Moyen de transport d'approvisionnement

La génération de la demande

- Mise en œuvre du Plan Intégré de Communication
- Implication des ASC et OSC

Leadership, gestion et coordination

Les principaux points d'amélioration suivants sont notés:

- Le personnel ne dispose pas de fiches de description de tâches (termes de référence),
- Insuffisance de leadership du Directeur du PEV: des insuffisances notées dans la

10. Description du soutien demandé pour chaque nouveau programme de vaccination

coordination de la mission ECP.

9.6 Décrivez les **synergies potentielles** au sein des introductions ou des campagnes prévues (par ex. si deux introductions sont prévues la même année, des synergies existent probablement au niveau de la formation et des événements de mobilisation sociale). Le cas échéant, indiquez vos commentaires sur la capacité et les systèmes appropriés pour l'introduction de plusieurs vaccins sur une année. Décrivez également la façon dont le pays va atténuer tout risque programmatique et financier associé à ces introductions multiples.

Les expériences acquises lors des précédentes introductions des vaccins (Fièvre jaune, Penta, PCV14 et Rota, VPI) seront mises à profit pour de nouvelles introductions. Les données et la documentation sur les nouveaux vaccins sont disponibles ; les meilleures pratiques et les enseignements des autres pays ayant introduit ces nouveaux vaccins sont entre autres des éléments qui orienteront les processus d'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine en Guinée-Bissau. Ces processus d'introduction seront également appuyés par le renforcement de la surveillance des maladies cibles du PEV, des PFA et des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI) et les capacités des laboratoires pour la confirmation.



Les besoins de planification plus spécifiques propres à chaque programme de vaccination mentionnés dans le tableau 1.2 sont décrits ici. Des détails plus complets sur les activités nécessaires pour préparer l'introduction du vaccin et/ou la campagne de vaccination (traitement des défis programmatiques et des goulots d'étranglement décrits ci-dessus) doivent figurer dans le plan de travail annuel du pays. Dans la description des besoins d'assistance technique (AT), il n'est pas nécessaire de mentionner les besoins budgétaires ou liés au fournisseur, car ceux-ci seront abordés et approuvés ultérieurement.

De plus, une requête spécifique au vaccin sera requise environ 12 à 18 mois avant l'introduction réelle dans le programme ou le début de la campagne.

Excluez ici les vaccins ayant déjà été approuvés par Gavi, même s'ils n'ont pas encore été introduits.

Routine VPH (<i>date d'introduction, par ex., MARS 2021</i>)	<p>Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible, la vaccination potentielle par cohorte multi-âge en année 1, déploiement régional potentiel, etc.).</p> <p>L'introduction se fera au niveau national, la première année, deux campagnes nationales seront organisées dans la cohorte des filles âgées de 9 à 14 ans. La</p>
--	--

	<p>campagne se déroulera en mai et novembre 2021. A partir de 2022, la population cible sera constituée de filles de 9 à 13 ans.</p> <p>Décrivez les étapes qui permettront de finaliser la stratégie d'introduction et permettront aux parties prenantes d'y participer</p> <p>L'implication de la Direction de la Santé de la Reproduction (DSR) dans le dépistage, le traitement palliatif et le traitement préventif; le Ministère de l'Education va soutenir l'identification des groupes d'âge des filles en coordination avec l'Institut des Femmes et les Enfants (IMC) et le Ministère de la Communication sociale. Suivant les orientations stratégiques mondiales et régionales et compte tenu des priorités nationales au vu de l'ampleur de la maladie et des avantages liés à l'introduction du vaccin concerné, la Direction du PEV va élaborer et soumettre une note conceptuelle au CCIA et/ou au GTCV pour avis et approbation par le Cabinet. L'expérience acquise pendant l'appui à l'introduction du PCV 13 et les autres antigènes précédemment cités pourra servir pour l'introduction du HPV.</p> <p>Quelle assistance technique sera nécessaire pour appuyer cette introduction, et quand ?</p> <p>Besoin d'assistance technique en 2021 pour élaborer un plan d'introduction</p>
<p>Men A (date d'introduction, par ex., Déc. 2020) (routine, mini-campagnes de rattrapage et campagnes de prévention)</p>	<p>Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous) <i>par ex., routine</i>²⁷ : <i>par ex., mini-campagne de rattrapage pour les cohortes non vaccinées</i>²⁸ : <i>par ex., campagnes de prévention de masse</i></p> <p>Une campagne de rattrapage ciblant les enfants âgés de 1-3 ans c'est à dire ceux nés après les dernières AVS de 2016. Cette campagne va précéder l'introduction de MenA dans le PEV de routine qui va intervenir dans le dernier trimestre de 2019. Ce sera une dose unique qui va concerner les enfants âgés de 15 à 18 mois.</p> <p>Suivant les orientations stratégiques mondiales et régionales et tenant compte de l'ampleur de la maladie et des avantages liés à l'introduction du vaccin concerné, la Direction du PEV va élaborer et soumettre une note conceptuelle au CCIA et/ou au GTCV pour avis et approbation par le Cabinet. L'expérience acquise pendant l'appui à l'introduction du PCV 13 et les autres antigènes précédemment cités pourra servir pour l'introduction du Men A</p> <p>Quelle assistance technique sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?</p> <p>Assistance technique pour l'élaboration du plan d'introduction en 2019</p>
<p>Rougeole/Rubéole (routine(s) et campagne(s) avec la date d'introduction, par ex., Déc. 2020)</p>	<p>Pour encourager une approche globale et à plus long terme du contrôle/de l'élimination de la rougeole/rubéole, le plan national pluriannuel joint à cette JSP doit inclure une analyse et une description des activités indiquées ci-dessous²⁹ :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les tendances de couverture vaccinale et les taux d'abandon pour le VVR1 et le VVR2 dans la routine (national et infranational) ; les résultats de la couverture des campagnes de vaccination contre la R ou la RR, y compris les enquêtes de couverture post-campagnes ; les enseignements tirés de la mise en œuvre des vaccinations de routine et des campagnes, et les efforts pour

²⁷ Pour l'immunisation de routine, veuillez indiquer s'il existe une possibilité d'introduire en même temps d'autres vaccins administrés sur la même plateforme, à savoir le VVR1, le VVR2 et le vaccin contre la fièvre jaune

²⁸ Pour certains pays, l'introduction d'une routine pour le MenA indique la nécessité d'une mini-campagne de rattrapage (voir les directives et documents de synthèse de l'OMS).

²⁹ Si le plan pluriannuel complet (PPAC) n'inclut pas cette information, elle devra être soumise sous forme d'addendum au plan.

	<p>couvrir les régions difficiles à atteindre et d'autres populations (par ex., les femmes en âge de procréer, les travailleurs de santé).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une surveillance (basée sur les cas et la surveillance sentinelle) de la performance pour une période minimale de 5 ans, aux niveaux national et sub-national, et tout plan d'amélioration via l'utilisation des fonds HSIS (si cela n'a pas été précédemment abordé dans les sections précédentes). • Les tendances et les schémas épidémiologiques (répartition par âge, géographique, etc.) pour la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, y compris les épidémies : vulnérabilité de la population et profil de risque de l'épidémie de rougeole. • Les activités prioritaires pour 1) le renforcement de la vaccination de routine (VVR1 et VVR2), y compris les efforts pour améliorer la couverture auprès des populations difficiles à atteindre et/ou les vaccins anti-rougeoleux et anti-rubéoleux de routine, et toute campagne au cours des 5 années à venir (de rattrapage ou de suivi) ; 2) le renforcement de la surveillance vis-à-vis de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et la confirmation du laboratoire (y compris via l'utilisation des fonds HSIS ; 3) les plans de préparation aux épidémies. <p>Fournissez une justification technique pour chaque type de soutien demandé pour la rougeole/la rubéole pour les 5 prochaines années</p> <p><i>par ex., campagne de suivi :</i> Une campagne de de suivi ciblant les enfants âgés de 9-59 mois sera conduite en début d'année 2020. Suivant les orientations stratégiques mondiales et régionales et compte tenu des priorités nationales et au vu de l'ampleur de la maladie, la Direction du PEV va élaborer et soumettre une note conceptuelle au CCIA et/ou au GTCV pour avis et approbation par le Cabinet. L'expérience acquise pendant l'appui à l'introduction du MenA.</p> <p><i>par ex., routine :</i> L'introduction du VAR2 dans le PEV de routine va intervenir dans le dernier trimestre de 2020 après la campagne de suivi. Ce sera une dose unique qui va concerner les enfants âgés de 15 à 18 mois, c'est à dire la cible que le MenA.</p> <p>Décrivez la population cible pour chaque type de soutien pour les 5 prochaines années</p> <p><i>par ex., campagne de suivi : La cible = enfants de 9-59 mois</i> <i>par ex., routine : cible = enfant âgés de 15-18 mois</i></p> <p>Concernant les goulots d'étranglement/défis particuliers mentionnés ci-dessus, quelle AT sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?</p> <p>...Assistance technique pour l'élaboration du plan d'introduction en 2020</p>
<p>Fièvre jaune (vaccination de routine et campagne(s))</p>	<p>Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous)</p> <p><i>par ex., routine ³⁰</i> <i>par ex., campagnes de prévention de masse</i> <i>Indiquez la population à risque et les critères du pays permettant d'établir des priorités, et s'ils ont été validés ou non</i></p>

³⁰ Il est demandé au pays d'envisager l'introduction de vaccins administrés en parallèle sur la même plateforme, à savoir MenA et VVR1 et de tirer parti du renforcement de la couverture

	Concernant les goulots d'étranglement/défis particuliers mentionnés ci-dessus, quelle AT sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?
--	---

...

11. Programmatique : description des investissements RSS prioritaires de Gavi

11.1 Informations relatives à l'allocation de Gavi

Sur la base des éléments ci-dessus, date cible pour la soumission du plan de travail opérationnel et du budget pour la contribution de Gavi	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi (SCM/PO) suite aux discussions avec le pays
Date cible d'arrivée des fonds pour la première année dans le pays	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi (SCM/PO) suite aux discussions avec le pays
Prochaine revue du portefeuille JSP (dernière année de la stratégie de vaccination)	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi (SCM/PO) suite aux discussions avec le pays



Cette section décrit les 3 à 5 objectifs et activités prioritaires identifiés pour le soutien financier de Gavi. La description indique la façon dont chaque objectif peut traiter les problèmes et les goulots d'étranglement identifiés dans la partie C et contribuer à des améliorations durables en termes de couverture et d'équité. Il est recommandé de tenir compte des objectifs spécifiques relatifs aux populations sous-vaccinées identifiées dans la partie B et d'explorer les investissements dans les domaines critiques tels que la chaîne d'approvisionnement en vaccins, la promotion de la demande et la participation de la communauté, le leadership, la gestion et la coordination ainsi que la qualité/disponibilité/utilisation des données.

11.2 Objectifs et activités prioritaires pour le soutien financier de Gavi



Veillez consulter le guide de programmation afin de cibler les interventions dans chacun des domaines d'intervention stratégique de Gavi i) leadership, gestion et coordination, ii) chaîne d'approvisionnement, iii) données et iv) promotion de la demande : documents des directives en matière de programmation.

 Pour chaque objectif :

- Fournissez un **échancier estimatif** pour réaliser l'objectif
- Décrivez de quelle manière le(s) objectif(s) cible(nt) les **populations/zones géographiques** identifiées dans la partie B. Le cas échéant, décrivez brièvement quelles population et/ou zones géographiques bénéficieront en priorité du soutien, comment elles ont été sélectionnées, ce qui a été fait jusqu'à présent pour ces populations/zones géographiques et ce qui est proposé pour le futur soutien de Gavi.
- Décrivez de quelle façon les objectifs et activités proposés s'attaquent aux **difficultés et goulots d'étranglement de la vaccination** identifiés dans la partie C (y compris les sujets tels que la chaîne d'approvisionnement, la création de la demande/mobilisation de la communauté, le leadership, la gestion et la coordination ainsi que la qualité/disponibilité/utilisation des données), et facilitent la réalisation des objectifs des plans stratégiques pluriannuels nationaux.

Pour faire une demande de soutien à la plateforme d'optimisation de l'ECF, veuillez inclure la plateforme d'optimisation de l'ECF parmi les activités ayant pour objectif une chaîne d'approvisionnement.

- Pour chaque objectif, indiquez environ **5 activités** qui contribueront à la réalisation de l'objectif ; expliquez la manière dont ces activités permettront de remédier aux défis spécifiques en matière d'équité et de couverture, et comment la mise en œuvre des activités sera classée par ordre de priorité (p. ex., au fil du temps, concentration/ciblage géographique ou de la population, etc.)
- **Considérations relatives à la pérennité :**
 - **Financement** : Justifiez les demandes liées au soutien par Gavi des principaux frais récurrents (par ex., les ressources humaines) indépendamment de la phase de transition du pays. Les pays se trouvant en phase de transition préparatoire ou accélérée ne peuvent pas utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents. Décrivez également les mesures prises pour garantir la disponibilité des ressources financières nécessaires à l'échelle nationale afin de financer entièrement les investissements récurrents et non récurrents nécessaires pour maintenir les résultats obtenus une fois que le soutien de Gavi prend fin.
 - **Intégration** : Décrivez dans quelle mesure les activités envisagées seront mises en œuvre par le biais de processus et de systèmes de routine. En cas d'investissements externes, veuillez justifier et décrire les mesures prises pour les intégrer dans les processus et systèmes de routine.
 - **Capacités institutionnelles** : le pays dispose-t-il du personnel, des structures, des capacités et des systèmes permettant de soutenir son programme de vaccination sans être excessivement dépendant des partenaires extérieurs et des prestataires de services ? Dans quelle mesure les investissements de Gavi contribuent-ils à renforcer ces capacités institutionnelles nationales ? En plus des quatre domaines stratégiques indiqués dans les [documents des directives en matière de programmation](#), il convient également d'être attentif, tout particulièrement dans les pays qui entament ou sont sur le point d'entamer la phase de transition accélérée, aux aspects de la capacité institutionnelle qui ne concernent pas la fourniture de services dans des domaines tels que : l'approvisionnement, la capacité technique à conseiller le gouvernement sur les introductions de vaccins nouveaux, ainsi que la réglementation et l'innocuité des vaccins.

Pour les pays en phase de transition accélérée, veuillez consacrer un objectif à ces activités spécifiques à la planification de transition appropriée.

- **Fournissez des indicateurs sur mesure** qui seront inclus dans votre cadre de performance des subventions afin de suivre chaque objectif. Ces indicateurs sur mesure doivent fournir une évaluation des résultats intermédiaires obtenus et de la mise en œuvre des activités. De plus amples informations sur les indicateurs de la chaîne d'approvisionnement sont fournies dans le guide de programmation et/ou ci-dessous.
- Mentionnez **jusqu'à 3 besoins prioritaires en matière d'assistance technique** anticipés par objectif pour l'année à venir. Veuillez indiquer si cette AT sera financée via le soutien du HSIS ou si elle nécessitera un investissement de Gavi par le biais du cadre de partenariat (PEF).

- Pour chaque objectif, fournissez un **budget total indicatif en US\$** pour la durée du soutien de Gavi.

Objectif 1 :	Renforcer la gestion et la coordination du Programme Elargi de Vaccination à tous les niveaux, le rendre plus efficace et efficient afin d'améliorer la couverture vaccinale et l'équité
Échéancier :	2018 – 2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	Les 11 régions sanitaires bénéficieront du soutien de Gavi
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faiblesse dans la Coordination, planification, ▪ Suivi/Evaluation des interventions de santé et gestion financière insuffisantes; ▪ Faible mobilisation des ressources financières domestiques pour la vaccination et pour les coûts opérationnels des régions sanitaires et les formations sanitaires ; ▪ Ressources humaines insuffisantes en quantité et en qualité pour mettre en œuvre le programme ; ▪ Faible absorption des ressources allouées et mauvaise exécution des activités prévues. ▪ Absence de loi et de réglementation pour la vaccination
Activités prioritaires (environ 5) :	<p>1. Renforcer les capacités du programme en matière de leadership, de logistique, de planification, de suivi et d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Installer et équiper un bureau de gestion et de planification stratégique au niveau de la DGASS et au niveau du PEV, y compris l'assistance technique • Recruter et assurer le salaire du personnel (3 personnes) chargé d'appuyer la DGASS • Recruter 6 Staffs pour renforcer les capacités du PEV • Équiper la salle du personnel avec l'équipement approprié (ordinateur, imprimante, internet, etc.) • Organiser un atelier de formation pour l'équipe du PEV et le bureau d'appui à la gestion des programmes - leadership, gouvernance, processus de planification axée sur les résultats - normes de processus budgétaires au niveau central, régional et AS, y compris les hôpitaux • Créer et distribuer le manuel de procédures financières et de gestion au sein du MINSAP pour améliorer la gestion transparente des ressources • Créer un mécanisme pour faciliter le déblocage et la gestion transparente des fonds alloués • Créer une loi sur la vaccination qui sera approuvée par l'ANP et divulguée aux directeurs régionaux, aux agents de santé et à la population

2. Réactiver CCSS et CCIA par l'intermédiaire des Secrétariats Permanents

- Recrutement du personnel au rôle des secrétariats permanents
- Equiper une salle de réunion et une salle du personnel de l'équipement approprié (ordinateur, imprimante, internet, tables, etc.)
- Réunions trimestrielles de la CCSS et de la CCIA, avec la participation des partenaires
- Soutenir l'installation et le fonctionnement du CCSS dans les 4 régions prioritaires et, si possible, dans toutes les régions
- Mettre en place le Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV) et organiser des réunions semestrielles
- Appui institutionnel à la DGPPS/DGASS/PEV

3. Mener une formation intégrée et un suivi régulier pour améliorer les compétences en prestation de services et de gestion en mettant l'accent sur la vaccination

- Développer un manuel de supervision formative intégrée
- Mener des supervisions formatives semestrielles du niveau central vers les régions et trimestriels des régions vers les Aires de Sanitaires
- Soutenir la préparation des plans opérationnels annuels dans toutes les régions, en mettant l'accent sur les quatre régions sanitaires
- Soutenir l'élaboration du PAO annuel du PEV
- Élaborer et mettre en œuvre des micro-plans annuels à différents niveaux
- Former les agents de santé des AS à la gestion à la planification axée sur les résultats dans les huit régions ciblées

4. Faire des évaluations conjointes annuelles à mi-parcours et finale pour suivre le processus de mise en œuvre des interventions.

- Demander un AT pour la préparation du plan de suivi et d'évaluation du PPAC
- Elaborer et mettre en œuvre le plan de suivi et d'évaluation PPAC 2018-2022
- Tenir des réunions annuelles d'évaluation du programme
- Procéder à une évaluation à mi-parcours du plan PPAC 2018-2022.
- Réaliser la revue externe du programme

5. Améliorer les capacités de prestation de services, de gestion, de coordination et de redevabilité à tous les niveaux

- Participer à la révision des programmes scolaires et de formation santé
- Fournir au PEV un meilleur accès à Internet
- Participation à des réunions internationales sur la vaccination,
- Développer des mécanismes de motivation et de fidélisation des agents de santé à leurs postes
- Installer et équiper un bureau de gestion et de planification stratégique au niveau de la DGASS et au niveau du PEV, y compris l'assistance technique

	<ul style="list-style-type: none"> • Créer et distribuer le manuel de procédures financières et de gestion au sein du MINSAP pour améliorer la gestion transparente des ressources • Assurer le suivi régulier des de la gestion et de la comptabilité des opérations
Justification :	<p>La fonctionnalité des cadres de concertations tels que le CCSS et le CCIA reste insuffisante en raison de leur faible capacité technique, d'un faible soutien financier. Dans le cadre de l'élaboration des Plans d'Action Opérationnels, l'analyse de la situation ne prend pas suffisamment en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les insuffisances relatives à l'équité et les disparités populationnelles et géographiques ; • les goulots d'étranglement et barrières relatifs à l'environnement, l'offre, la demande et la qualité des services • les performances du programme et les capacités réelles de mise en œuvre <p>Le constat ci-dessus s'expliquerait par une insuffisance de compétences techniques des ressources humaines en sante en matière de planification et suivi et Evaluation des interventions.</p> <p>En matière de financement du secteur de la santé, on note une forte dépendance du pays au financement extérieure en raison du faible niveau de financement du budget national, de la faible exploitation du potentiel financier du secteur privé et d'autres financements innovants tels que taxes sur les billets des transports (aériens, terrestres,...), alcool, tabac, téléphonies mobiles.</p> <p>Sur le plan ressources humaines, le rapport d'analyse de la situation des RHS de 2017 a montré, entre autres, que celles-ci sont mal distribuées et peu performantes. Les structures de santé rurales sont particulièrement frappées par une pénurie généralisée de professionnels de santé qualifiés. Tout ceci s'expliquerait par la faible utilisation des ressources humaines produites par les écoles de formations et à l'absence de mécanisme de mesures incitatives et de fidélisation des agents de santé.</p> <p>En réponse aux situations décrites ci-dessus, il serait important de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ améliorer la planification et la coordination : création d'un bureau de gestion et de planification stratégique à la DGASS (3 personnes) et au PEV / DGPPS (6 personne). ➢ soutenir la fonctionnalité des instances de coordination du système de santé à tous les niveaux à travers l'organisation des rencontres périodiques et des revues périodiques avec la mise en place de cadre de redevabilités ➢ Soutenir la mise en place du GTCV. <p>Comme mesures incitatives et innovantes, la mise en œuvre progressive de l'approche « Financement Basé sur les Résultats » (FBR) dans les 4 régions de catégorie 1, puis son extension aux autres régions après deux années d'expérimentation et évaluation vont sans nul doute contribuer à la motivation et à la fidélisation du personnel dans le but d'avoir de services de vaccination de qualité.</p> <p>En effet, ces expériences ont pour objectif d'améliorer les faibles performances du système de santé en augmentant et en remodelant les incitations pour les prestataires de soins, par un système de Financement Basé sur les Résultats. Aujourd'hui il est prouvé admis que le FBR améliore les services de santé et constitue une bonne voie pour</p>

	<p>l'atteinte des ODD. En général, on peut observer que la quantité et la qualité des soins et services de santé augmentent avec l'implémentation du FBR</p> <p>La vérification de la performance des prestataires est une partie vitale de la mise en œuvre d'un programme de FBR. Le système comprend quatre types de vérification :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la quantité de services fournis (vérification de la quantité). Cette vérification détermine si l'on peut retrouver les services déclarés dans les registres du prestataire, et elle donne lieu au paiement mensuel à l'acte des services; - Evaluation de la qualité technique des services fournis (évaluation de la qualité technique). Cette évaluation détermine si les formations sont capables de fournir des services répondant aux normes du MINSAP et détermine une partie du bonus ou malus qualitatif trimestriel que peuvent recevoir les formations sanitaires ; - Evaluation de la mesure dans laquelle les patients ont véritablement reçu les services et de leur satisfaction (enquête communautaire) : cette vérification a un double objectif. Tout d'abord, elle détermine si les patients déclarés existent véritablement et s'ils confirment avoir été traités dans la structure. De ce fait, cette évaluation constitue un outil de détection de la fraude (identification d'éventuels « patients fantômes »). D'autre part, elle détermine le niveau de satisfaction des patients quant aux soins qu'ils ont reçu, et constitue donc un outil d'évaluation de la qualité perçue des soins. Avec l'évaluation de la qualité technique, l'enquête communautaire constitue la seconde partie du bonus ou malus qualitatif que les formations peuvent recevoir ; - Contre-vérification des informations fournies par ces trois mécanismes (contrevérification), effectuée par une organisation indépendante. Cette contre-vérification évalue la qualité des données produites par le système FBR, mais assure aussi un suivi de la mise en œuvre de ce système
<p>Considérations relatives à la pérennité :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Législation sur la vaccination - Prise en charge progressive du financement de la vaccination par l'Etat - Formation des différents acteurs à tous les niveaux - L'AT qui va transférer les compétences <p>Par ailleurs, l'Etat s'est également engagé à recruter, et muter 400 -800 agents ; cela va permettre de combler l'insuffisance actuelle en ressources humaines en santé (RHS) et par conséquent de contribuer à soutenir l'offre et la demande des services de vaccination</p> <p>L'organisation périodique des Evaluations Conjointes Annuelles va permettre de tirer les leçons des erreurs commises et de coordonner les actions de tous les acteurs du système de santé.</p> <p>L'appui attendu de Gavi servira à contribuer à combler en partie le gap du financement pour le renforcement du système de santé et le soutien à la vaccination en vue de rehausser la couverture vaccinale de manière équitable</p>
<p>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</p>	<p>Indicateurs: Taux de réalisation des activités planifiées dans les Plans d'action opérationnels (PAO) intégrés des Régions Sanitaires % de Régions sanitaires ayant tenu un CCSS</p>

	% des DRS ayant réalisé une supervision formative intégrée -% des régions recevant 2 supervisions formatives par an et% des AS recevant 4 supervisions par an -% des régions ayant 4 réunions de CCSS régional par an - Nombre de réunions annuelles au niveau central : CCSS, CCIA et ECA - Rapports annuels préparés par le Bureau de la gestion et de la planification stratégique -% du budget alloué à la santé et% du budget MINSAP alloué au PEV	
Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF	BESOIN EN ASSISTANCE TECHNIQUE	
	Une assistance technique nationale et internationale est nécessaire pour: <ul style="list-style-type: none"> - définir des mécanismes de gestion transparente des ressources et créer des manuels pour les procédures de gestion financière. Cela viendra compléter une assistance technique prévue par la Banque mondiale pour améliorer la gestion des finances publiques au niveau central du PEV grâce à une formation continue. - la réactivation du CCSS: préparation du TdR du secrétariat permanent, recrutement de personnes ayant un profil adéquat, formation initiale jusqu'à la première réunion. Cela facilitera le travail de tous les partenaires impliqués dans le secteur de la santé. - former une équipe de MINSAP / PEV qui sera chargée de coordonner la supervision de la formation. - préparer le plan de suivi et d'évaluation du PPAC et la préparation du CCIA au cours des 2 premières années 	
Budget RSS indicatif :	Années 1 à 2	\$367,924US
	Années 3 à 5	\$391,363 US

Objectif 2:	Augmenter la couverture vaccinale des enfants vaccinés, en VAR de 77.1% en 2017 à au moins 95% et en Penta 3 de 77,9% à au moins 95% en 2022, de manière équitable dans les 8 régions sanitaires
Échéancier :	2018 à 2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	<p>Les 8 régions prioritaires de catégorie 1 et 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catégorie 1 avec 4 régions : (SAB ; Oio ; Tombali et Gabu.) • Catégorie 2 avec 4 régions (Bolama ; Cacheu ; Bijagos et Farim).
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines en quantité et en qualité insuffisante - Faible couverture géo-sanitaire des services de vaccination surtout dans les zones rurales - Difficulté d'accès géographique, notamment dans les régions OIO, TOMBALI, GABU, Cacheu, Bijagos et Bolama - Manque de ressources financières pour la prestation des services et plus spécifiquement pour atteindre les enfants non vaccinés et les zones d'accès difficile - Non maîtrise de la population cible - Parents et gardiens d'enfants ne sont pas bien informés sur les différents vaccins disponibles ni du nombre de doses que l'enfant doit recevoir pour être complètement vaccinés - Manque d'information et d'implication des leaders et groupements communautaires dans la promotion des activités de la vaccination - Insuffisance des matériels d'IEC adaptés - Manque de financement des stratégies de communication - Faible intégration des activités à fort impact sur la santé des enfants

Activités prioritaires (environ 5) :	<p>1. Renforcement des capacités des agents de santé en matière de gestion de la vaccination, approche ACC et PCIME, y compris la PCIME communautaire</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Plaider auprès du gouvernement pour une répartition et une répartition équitables des techniciens✓ Conduire la formation des agents de santé sur les normes et procédures de vaccination, (cours MLM élargi à PCIMNE, PF, SONU, Nutrition, PFE, SRAJ, ACE / ACC, Micro planification) en tenant compte des besoins de renforcement des capacités des prestataires✓ Former 37 formateurs de niveau central et régional (15+ 22) sur l'approche ACD / ACC/ACE✓ Former 232 techniciens de la santé (deux par domaine de santé) sur la mise en œuvre de l'approche ACD / ACC/ACE✓ Renforcer les connaissances des agents de santé au niveau régional sur la micro-planification <p>2. Renforcement des activités de vaccination systématiques par le biais de stratégies fixes, avancées et mobiles dans toutes les structures fournissant des services de vaccination.</p> <ul style="list-style-type: none">• Elaborer et mettre en œuvre des micros plans annuels à différents niveaux• Organiser des séances de vaccination en stratégies avancées et mobiles aux postes de vaccination une fois par axe et par mois• Mettre en œuvre la stratégie urbaine dans la région sanitaire de SAB• Assurer des moyens de transport pour la vaccination sur le terrain et la supervision de la formation dans toutes les régions sanitaires ciblées.• Organiser une formation et un suivi institutionnel et communautaire pour la mise en œuvre de l'ACC/ACE.• Organiser des journées d'accélération de la vaccination dans les zones sanitaires avec un nombre élevé d'enfants non vaccinés adaptant les accélérations complémentaires avant et après la saison des pluies dans les zones difficiles d'accès• Assurer la participation des leaders communautaires et religieux aux réunions de coordination régionales au niveau régional (CCSS) <p>3. Renforcement de la supervision formative des agents de santé et des agents de santé et communautaire dans la mise en œuvre de l'ACC / ACE.</p> <ul style="list-style-type: none">• Elaborer une grille de supervision intégrée prenant en compte les principes d'approche ACC/ ACE• Doter les AS des moyens de transport pour la supervision formative• organiser des visites de supervision formative semestrielles du niveau central vers les régions et trimestrielles du niveau régional vers les AS• Organiser des séances de restitution des rapports de supervision <p>4. Organiser les journées d'accélération dans les zones de santé où le nombre d'enfants non vaccinés est élevé</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Organiser des activités de vaccination intensifiées: semaine de récupération des enfants dans les AS à faible performance <p>5. Introduction de nouveaux vaccins dans le PEV systémique et la surveillance du MAPI et des maladies évitables par la vaccination.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Développer et mettre en œuvre des micro-plans pour différentes AVS (Activités de vaccination supplémentaires):<ul style="list-style-type: none">• Réintroduction du VPI – 2018• Anti-méningococcique A – 2020• HPV-2021• VAR2 2020
--	---

	Surveillance des MAPI pour les nouveaux vaccins qui seront introduits
Justification :	<p>La couverture vaccinale reste faible en Guinée Bissau en raison de la faible couverture géo-sanitaire et de l'insuffisance de mise en œuvre effective des interventions de vaccination (Routine et AVS). En effet, la vaccination en sites fixes se déroule seulement au niveau des 118 AS publics que compte le pays.</p> <p>Selon le PNDS III 2018-2022, seulement 34% de la population vit dans un rayon de 5 km d'un centre de santé et bénéficie de la stratégie fixe, 59% de la population devrait bénéficier de la Stratégie Avancée et 7% de la Stratégie Mobile. Il est à noter que plusieurs localités sont d'accès et cette situation est plus accentuée pendant la saison des pluies. Une autre caractéristique importante des conditions d'accès est la présence des zones insulaires. Par exemple, dans la région de Tombali, il y a 23 îles habitées. Le SAB est principalement une population urbaine / périurbaine avec toutes les caractéristiques de la vulnérabilité démographique et socio-sanitaire. Cette région sanitaire est peu performante en raison de la non prise en compte des aspects d'équité lors de la planification et du suivi de la mise en œuvre des interventions de vaccination. A cela s'ajoute la faible performance de la surveillance des maladies évitables par la vaccination et des MAPI du fait de l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et la faible coordination des interventions à tous les niveaux.</p> <p>L'augmentation de la couverture vaccinale, avec un accent sur l'équité, permettra non seulement d'améliorer l'état immunitaire de la population, mais aussi l'introduction de nouveaux vaccins dans le but de réduire la morbi - mortalité de l'enfant et de la mère.</p> <p>Ceci sera rendu possible à travers le renforcement des stratégies de vaccination existantes (fixe et avancée et mobile à partir du chef-lieu de la région) et la mise en œuvre des approches innovantes. Tenant également en compte la valeur ajoutée et de l'extension à l'échelle nationale des activités du ASC, déjà mentionnées au point (5.2.1, paragraphes 14-22) du présent PSR, ont été soulignés les suivants éléments stratégiques consistantes de liaison entre les Paquet Essentiel des Services et les activités des ASC dans chaque aire sanitaire;</p> <ul style="list-style-type: none"> o Dénombrement annuels des populations cibles de la responsabilité de chaque ASC; o Implication des ASC dans l'identification des enfants perdus de vue ; Collaboration des ASC à la préparation de stratégies avancées et mobiles par les personnels de santé; o Implication des ASC dans les activités de micro-planification dans chaque aire sanitaire. <p>Il est important de renforcer le système d'incitations à la performance, plus attractif pour les ASC</p> <p>Le choix des régions prioritaires s'est fait selon les critères ci-dessous avec pondération en plus des résultats de l'analyse d'équité ont servi pour la sélection des régions prioritaires. Ce sont :</p> <p>1- Couverture vaccinale (Penta 3 sur les 4 dernières années : 2014 ; 2015; 2016 et 2017)</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Couverture vaccinale 0-50 % : 5 b- Couverture Vaccinale 51-79% : 3 c- Couverture Vaccinale 80-90% : 1 d- Couverture Vaccinale 91% et plus : 0 <p>2- Enfants non vaccinés sur les 4 dernières années : 2014 ; 2015; 2016 et 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Non vaccinés/ 3ans supérieur ou égal à une cohorte 10% : 5 b- Non vaccinés/3ans inférieur à 10 % : 0 <p>3- Utilisation des services sur les 4 dernières années : 2014 ; 2015; 2016 et 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Mauvais accès (penta1<80%) et mauvaise utilisation (abandon>10%) : 5

Formatted: French (France)

Formatted: French (France)

b- Mauvais accès et bonne utilisation : 3

c- Bon accès et mauvais utilisation : 3

d- Bon accès e bonne utilisation : 0

4- Taux d'abandon sur les 4 dernières années : 2014 ; 2015; 2016 et 2017

a- Inférieur à 10% : 0

b- Supérieur ou égal à 10 % : 5

5- Présence de partenaire en appui à la vaccination

a- Absence de partenaires dans toutes les aires sanitaires : 5

b- Absence de partenaires dans au moins 50 % des aires sanitaires : 3

c- Absence de partenaires dans moins de 10 % des aires sanitaires : 1

Les 11 régions sanitaires ont été classées en trois catégories qui sont :

- **Catégorie 1** avec 4 régions : (SAB ; Oio ; Tombali et Gabu.)
- **Catégorie 2** avec 4 régions (Bolama ; Cacheu ; Bijagos et Farim).
- **Catégorie 3** sont avec 3 régions (Biombo ; Quinara et Bafata).

Sur les 11 régions sanitaires, 8 retiennent l'attention des autorités de par leurs faibles performances. Celles dites de catégorie 1 avec 4 régions : (SAB ; Oio ; Tombali et Gabu.) et celles de catégorie 2 avec 4 régions (Bolama ; Cacheu ; Bijagos et Farim). Ces 8 régions comptent au total 70 AS/CS. La nouvelle subvention RSS et soutien à la vaccination pour la période 2019-2023 va cibler prioritairement 8 Régions sanitaires à faible et moyenne performance.

Tableau 11 : Catégorisation des régions + Paquets de base et complémentaire par catégorie de DRS

Catégorie	RANG	REGION	PAQUET DE BASE	PAQUET COMPLEMENTAIRE
1	1	SAB	Coordination Vaccins/CDF/logistique Gestion des données Génération demande	Supervision 1 fois / trimestre Stratégie Avancée/Mobile Analyse d'équité
	2	GABU		
	3	OIO		
	4	TOMBALI		
2	5	BOLAMA		Supervision 1 fois/semestre Stratégie Avancée/Mobile en fonction de l'analyse d'équité
	6	CACHEU		
	7	BIJAGOS		
	8	FARIM		
3	9	BIOMBO		Supervision 1 fois/semestre
	10	QUINARA		
	11	BAFATA		

Selon les dernières estimations 2018 de l'Institut National de la statistique, la population totale de la Guinée-Bissau serait de 1 875 700 habitants. Celle des 8 régions de catégories 1&2 est de 1 428 575 habitants, soit 76% de la population totale avec une cible des enfants 0-11 mois égale à 69 401 enfants.

Tableau 12 : Population totale, population cible pour la vaccination et proportion en 2018

	Pop. Total 2018	0-59 mois (17%)	0-11 mois (3,7%)
Region Tombali	118,916	20,216	4,400
Region Gabu	260,098	44,217	9,624
Region Oio	207,596	35,291	7,681
Region.Bissau	516,315	87,774	19,104
Total Cat 1	1,102,925	187,498	40,809
Region Farim	58,060	9,870	2,148
Region Cacheu	229,553	39,024	8,493
Region Bijagos	26,527	4,510	981
Region Bolama	11,510	1,957	426
Total Cat 2	325,650	55,360	12,049
TOTAL Cat 1&2	1,428,575	242,858	52,858
Total GUINE-BISSAU	1,875,700	318,869	69,401
% Cat 1 & Cat 2	76%	76%	76%

	<p>Source : Institut National de la Statistique 2018-Guinée-Bissau</p> <p>Les stratégies à développer pour les atteindre plus efficacement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de l'approche ACD • Micro planification spécifiques village par village • Implication des leaders communautaires et religieux • ASC plus recyclés dans l'identification et la recherche des enfants • Elaboration et mise en œuvre d'un Plan de Communication interpersonnel spécifique à ces zones • Monitoring décentralisé chaque 6 mois <p>Les villages situés entre 5- 15 km à partir du CS seront couverts au moins une fois par mois par l'équipe de vaccination du CS en utilisant les Motos</p> <p>Ceux situés au-delà de 15 km à partir du CS seront visités au moins une fois par mois par l'équipe mobile du district en utilisant les véhicules 4x4</p> <p>L'organisation des activités de vaccination intensifiée (AVI) ; la mise en place de nouveaux outils de gestion dans les sites de vaccination contribueront au relèvement graduel de la couverture sanitaire.</p> <p>Toutes ces stratégies seront soutenues par le renforcement de la planification opérationnelle qui devrait prendre en compte de certaines spécificités, par le renforcement de la capacité des agents de santé sur la gestion efficace des vaccins, de la vaccination pratique. Les agents de santé communautaires seront formés conformément au manuel de formation des ASC, à une supervision formative et à des réunions mensuelles / trimestrielles régulières, l'accent étant mis sur l'amélioration de la qualité / gestion des données.</p> <p>De même, l'approche ACD/ACC/ACE permettra de mettre en œuvre un ensemble d'interventions ayant un fort impact sur la santé des enfants en tirant parti des mêmes possibilités et de la même complémentarité des ressources et de la résolution d'un ensemble de problèmes de santé. Par exemple, en plus de la supplémentation en vitamine A et de Le déparasitage au Mébendazole habituellement intégrée dans les campagnes de vaccination, ce sera également une opportunité idéale d'intégrer la vaccination dans les activités de distribution des MILDA du PNL.</p> <p>L'introduction des vaccins anti- méningococcique A, la 2^{ème} dose du vaccin anti-rougeoleux et le HPV contribuera à la baisse de la mortalité infantile liée aux maladies évitables par la vaccination. Sur ce, chaque introduction fera l'objet d'un plan opérationnel qui tiendra compte des directives développées</p> <p>En application des directives de l'OMS, le pays devrait conduire une campagne de rattrapage ciblant les enfants de 1-3 ans à la veille de l'introduction du MenA dans le PEV de routine, prévue pour 2020 dont la cible est représentée par les enfants âgés de 15 -18 mois.</p> <p>L'introduction du vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) est planifiée pour 2021 et va se poursuivre en 2022. La cible est représentée par les jeunes filles de 9-14 ans en 2 rounds tandis qu'à partir de 2022, la cible sera celle des filles âgées de 9-13 ans, également en 2 rounds.</p> <p>Ces processus d'introduction seront également appuyés par le renforcement de la surveillance des maladies cibles du PEV, des PFA et des Manifestation Adverses post immunisation (MAPI) et les capacités des laboratoires pour la confirmation</p>
<p>Considérations relatives à la pérennité :</p>	<p>Toutes les stratégies développées ci-dessus seront soutenues par le renforcement de la gestion au niveau de la région sanitaire et les AS à travers la mise en œuvre effective de l'approche ACD/ACC/ACE. La planification opérationnelle de cette approche devrait prendre en compte les spécificités liées : i) au genre, ii) aux zones géographiques et d'accès difficile, iii) à la démographie, iv)- aux aspects socioculturels (sectes religieuses, communautés réticentes...). La relance de la supervision formative intégrée, l'affectation des 815 agents de santé et leur formation, la tenue régulière des réunions mensuelles, l'amélioration de la qualité de gestion des données, la tenue des CCSS auront une valeur ajoutée importante pour rehausser le niveau de la couverture vaccinale.</p>

Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de couverture vaccinale en Penta 3 par Région • Taux de couverture vaccinale anti rougeoleuse par région • Proportion de régions atteignant la couverture vaccinale en Penta3 \geq 85% • Taux d'abandon Penta 1 - Penta3 • Taux VAR2 • Taux; HPV • Taux; MenA • % de micro-plans incluant des groupes marginalisés, • % d'activités de stratégies avancées et / ou mobiles conduites dans les zones d'accès difficiles 	
Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF	Besoin d'assistance technique (internationale et nationale) pour : <ul style="list-style-type: none"> • Formation en MLM • Mise en œuvre de l'approche ACC/ ACE • Appui à la Micro-planification (élaboration de guide) • Appui à l'élaboration d'un guide de supervision intégrée prenant en compte les principes de l'approche ACD / ACE • Appui à l'Introduction de nouveaux vaccins 	
Budget RSS indicatif :	Années 1 à 2	\$418 464 US
	Années 3 à 5	\$789,757 US

Modèle de chaîne d'approvisionnement <i>(applicable même si les pays ne font pas de demande pour la plateforme d'optimisation de l'ECF)</i>	D'ici la fin de 2022, augmenter de 57,3% en 2014 à 80% le score de la gestion efficace des vaccins à tous les niveaux
Objectif 3 :	
Échéancier :	2018 à 2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	Échelle nationale
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance qualitative et quantitative de la Chaîne du froid et de distribution ; ▪ L'insuffisance quantitative et qualitative de personnel pour la gestion des vaccins au niveau central, régional et AS ▪ Insuffisance de la Gestion Efficace des Vaccins ▪ Insuffisance de gestion des déchets ;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance d'infrastructures appropriées pour le programme PEV. ▪ Manque d'organisation du service logistique ▪ Insuffisance de matériels roulants et mauvaise gestion des véhicules disponibles ▪ Absence/Faible capacité de stockage des vaccins dans certaines régions et AS
<p>Activités prioritaires pour chacun des cinq fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement : <i>Décrivez les activités prévues ou en cours relatives aux fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement. Les réponses de cette section doivent être en lien avec le dernier plan d'amélioration de la GEV.</i></p>	
<p>1. Amélioration continue</p>	<p>1) Améliorer la Gestion Efficace des Vaccins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre le plan d'amélioration élaboré suite à l'évaluation externe de la GEV en 2019 et révisé suite à l'évaluation interne en 2021 ; • Mettre en place à l'échelle nationale, le projet Mininus San (système PUSH) avec une distribution trimestrielle du niveau central vers les sites de stockage (dépôts régionaux), et mensuelle des sites de stockage vers les PPS ; • Elaborer et mettre en œuvre les PON sur la gestion efficace des vaccins ; • Compléter les besoins des structures sanitaires en équipements de chaîne de froid, y compris en glacières et portes vaccins ; • Développer un plan gestion des déchets ; • Faire une cartographie des températures pour chacune des chambres froides ; • Equiper les chambres froides d'un système de contrôle de température à distance ; • Réhabiliter les dépôts de vaccins des régions prioritaires ;
<p>2. Gestion/Leadership</p>	<p>2) Renforcer les capacités techniques et managériales du personnel PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser une formation spécifique sur la GEV à tous les niveaux ; • Former 2 techniciens du niveau central et 11 du niveau régional sur la maintenance des équipements de la chaîne de froid ; • Faire un plaidoyer auprès des partenaires pour le financement de la mise en œuvre du plan de maintenance pendant la période de subvention à GAVI.
<p>3. Données pour la gestion</p>	<p>3) Améliorer la promptitude et la qualité des données logistique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une gestion informatisée de stock des vaccins (type SMT) au niveau des 11 sites de stockage ; • Assurer le suivi de la performance des équipements de la chaîne de froid à travers l'analyse des températures (activité conduite mensuellement par les BRM);
<p>4. Équipement de la chaîne du froid <i>(y compris la plateforme d'optimisation de l'ECF et la maintenance - voir ci-dessous pour les questions supplémentaires)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment le pays s'assurera-t-il que certains aspects du maintien de la chaîne du froid seront garantis (par ex., maintenance préventive et corrective, suivi de la fonctionnalité, techniciens, 	<p>4) Améliorer la qualité et les conditions de stockage ainsi que le transport des vaccins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Installer la chambre froide positive de 30m³ au dépôt central • Finaliser le déploiement des 10 réfrigérateurs SDD TCW 40 dans les sites désignés dans le plan de distribution ; • Acquérir 114 équipements chaîne du froid PQS pour les PPS et les sites de stockage; • S'assurer que tous les réfrigérateurs avec vaccins soient équipés d'un système de contrôle continu de température (30 DTR) ; • Acquérir un second groupe électrogène de 100 KVA pour assurer l'énergie électrique en continu au niveau central ;

<p>financement de la maintenance, approvisionnement des pièces détachées, etc.) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence le pays s'engage-t-il à effectuer la maintenance préventive et corrective (avec le soutien des partenaires) ? • Comment le pays surveillera-t-il la bonne exécution de la maintenance préventive et corrective ? • Indiquez les sources de financement pour les activités de maintenance planifiées • Comment le pays mettra-t-il au rebut l'équipement obsolète et irréparable, remplacé par un nouvel équipement ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir 1 camion 10 Tonnes pour l'approvisionnement des régions, 3 véhicules 4X4 pour les supervisions, et 2 véhicules 4X4 pour les régions sanitaires d'OIO et FARIM pour les stratégies mobiles, et un bateau motorisé pour les activités de vaccination dans la zone insulaire • Mettre en œuvre le plan de maintenance avec l'acquisition de kits d'outillage et de kits de pièces de rechanges ; • Mise en œuvre du plan de gestion des déchets, avec notamment l'installation d'un incinérateur au niveau de deux régions en addition de celui au niveau central ; • Acquérir 20 glacières pour l'approvisionnement des DRS/CS, et 12 glacières pour les équipes mobiles ; <p>Comment le pays s'assure-t-il que certains aspects du maintien de la chaîne du froid seront garantis (par ex., maintenance préventive et corrective, suivi de la fonctionnalité, techniciens, financement de la maintenance, approvisionnement des pièces détachées, etc.) ?</p> <p>La maintenance préventive est la maintenance régulière des équipements permettant de réduire les risques de faible performance de l'équipement. Le pays a développé un plan de maintenance en 2017, dans lequel les activités suivantes sont détaillées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau central à travers DSIES via le comité technique créé par arrêté ministériel et composé du DPEV, du DSIES jouera le rôle de coordinateur dans l'appui aux 03 Bureaux Régionaux de Maintenance (BRM) : (01) à Bafatá (axe Est), (01) à Oio (axe Nord) et à (01) Quinara (axe Sud). - Les BRM opéreront au niveau des hôpitaux, des DRS et des zones de santé et des structures privées situées dans leur zone de responsabilité. - Pour le suivi des activités de maintenance, le comité se réunit au moins tous les six (6) mois <p>À quelle fréquence le pays s'engage-t-il à effectuer la maintenance préventive et corrective (avec le soutien des partenaires) ?</p> <p>La fréquence de la maintenance préventive et curative à laquelle le pays est engagé est trimestrielle. Les techniciens de maintenance assureront tous les 03 mois le suivi systématique du fonctionnement des équipements frigorifiques dans leurs zones de responsabilité respectives à travers le suivi des températures.</p> <p>Comment le pays surveillera la bonne exécution de la maintenance préventive et corrective ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau régional, l'équipe régionale de santé sera responsable du suivi des activités de maintenance lors des réunions de coordination mensuelles. Le BRM participera à cette activité. • Au niveau périphérique, la personne responsable du PEV devra envoyer des informations mensuelles sur la fonctionnalité du matériel chaîne du froid de son CS. • Ces informations seront regroupées dans un rapport récapitulatif établi par le Point focal PEV au niveau régional, qui l'analysera lors des réunions de coordination et fera part de ses commentaires à tous les utilisateurs. Si l'analyse des rapports révèle des préoccupations liées au fonctionnement de l'équipement, des actions correctives en conséquence.
--	--

Indiquez les sources de financement pour les activités de maintenance planifiées

Tenant compte des difficultés financiers que traverse le pays, dans un premier temps, il est demandé à Gavi d'appuyer ce volet puis en même temps qu'un plaidoyer sera fait auprès des autres partenaires pour la poursuite de l'action.

Comment le pays mettra-t-il au rebut l'équipement obsolète et irrécupérable, remplacé par un nouvel équipement ?

En ce qui concerne le traitement des équipements mis au rebut, le pays va éliminer les équipements obsolètes et irrécupérables et les remplacer par de nouveaux équipements comme indiqué dans le plan de maintenance comme suit:

- L'équipement récupérable pour une autre utilisation (réfrigérateurs, vaccinations contre la peste, etc.) doit être réformé conformément aux directives de DGML du Ministère de l'Economie et des Finances (N° 1108 / MEF / CAB / DGML / DM / SM 0910/2003 - la remise à neuf du matériel usagé et des équipements administratifs) et les équipements non récupérables seront détruits conformément aux normes recommandées et aux normes environnementales.
- Les éléments à recycler sont les suivants: pièces métalliques, matières plastiques, huiles, fluides (CFC, HCFC, HFC, SO₂, agents dilatants), mousse et mercure.

Cette destruction doit être conforme aux normes et procédures de destruction des substances dangereuses pour l'environnement établies par le pays. En l'absence de ces normes et procédures, celles recommandées par l'OMS pour le démantèlement de chaque composant seront adoptées

Le niveau central à travers la Direction du Service Immunisation et de Surveillance Epidémiologique jouera le rôle de coordinateur et agira à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à l'appui des Bureaux Régionaux de Maintenance (BRM) (03). (01) à Bafatá (axe Est), (01) à Oio (axe Nord) et à (01) Quinara (axe Sud). Ces BRM opéreront au niveau des hôpitaux, des DRS et des zones de santé et des structures privées situées dans leur zone de responsabilité.

La fréquence de la maintenance préventive et curative à laquelle le pays est engagé, au niveau central, la coordination sera assurée par un comité technique créé par arrêté ministériel et composé du DPEV, du DSIES. Ce comité peut être étendu à toute personne ressource jugée utile. Pour le suivi des activités de maintenance, le comité se réunit au moins tous les six (6) mois et chaque fois que nécessaire.

Au niveau régional, l'équipe régionale de santé sera responsable du suivi des activités de maintenance lors des réunions de coordination mensuelles. Le BRM participera à cette activité.

Au niveau périphérique, la personne responsable du PEV devra envoyer des informations mensuelles sur la fonctionnalité du matériel chaîne du froid de son CS. Ces informations seront regroupées dans un rapport récapitulatif établi par le Point focal PEV au niveau régional, qui l'analysera lors des réunions de coordination et fera part de ses commentaires à tous les utilisateurs. Si l'analyse des rapports révèle des préoccupations liées au fonctionnement de l'équipement, des actions correctives en conséquence.

Quant aux techniciens de maintenance, ils veilleront tous les 03 mois au suivi systématique du fonctionnement des équipements frigorifiques dans leurs zones de responsabilité respectives.

	L'État fera un plaidoyer auprès des partenaires y compris Gavi pour le financement et la mise en œuvre du plan de maintenance pendant la période de subvention à GAVI.
<p>5. Conception du système (tous les pays doivent répondre)</p> <p><i>Si le pays fait une demande pour la plateforme d'optimisation de l'ECF, indiquez également dans quelle mesure ces considérations en matière de conception du système ont eu un impact sur le choix d'ECF pour lequel le soutien de la plateforme d'optimisation de l'ECF est demandé.</i></p>	<p>Conception du système :</p> <p>L'inventaire des équipements chaîne du froid a été réalisé en mai 2017 suivi de l'élaboration d'un Plan de maintenance des équipements. La mise à jour de cet inventaire en Mai 2018 a fait ressortir que sur 174 équipements, seuls 110 fonctionnent bien, 17 sont à réparer, 36 endommagés et 11 non installés. Parmi ceux-ci, 99 sont conformes aux normes PIS et 66 seulement aux normes PQS (qualité de performance et de sécurité). Une (01) chambres froides positives (+2 - +8 ° C) est à installer.</p> <p>- Réhabilitation</p> <p>Toutes les structures avec des équipements de froid de plus de 10 ans, équipements solaire avec batterie et les structures avec des équipements non-PQS ;</p> <p>- Extension</p> <p>Toutes les structures sans équipement de la chaîne du froid</p> <p>- Expansion</p> <p>Toutes les structures nécessitant une capacité de stockage supplémentaire. Pour le pays, ce critère s'applique au dernier niveau de distribution et au niveau central;</p> <p>Tout le pays n'a pas accès à un réseau électrique en dehors de la région de SAB. De ce fait, le Programme Elargi de Vaccination est confronté à des difficultés principalement liées aux multiples ruptures d'électricité. Ce qui explique le choix d'équipements de froid a Energie solaire</p> <p>En ce qui concerne la gestion des déchets biomédicaux due au manque d'incinérateurs fonctionnels au niveau régional et à l'absence de mécanisme d'incinération, de collecte et d'acheminement des déchets, il convient de mentionner un projet de la Banque mondiale qui prévoit l'acquisition et l'installation d'incinérateurs.</p> <p>Dans le souci de remédier aux faibles performances de la chaîne d'approvisionnement, et dans la perspective de l'introduction des nouveaux vaccins dans les 5 prochaines années (MenA et HPV), les propositions de renforcement de la chaîne d'approvisionnement logistique des vaccins sont proposées ci-dessous :</p> <p>Former les agents de santé sur la Gestion Efficace des Vaccins ;</p> <p>Renforcer les capacités de stockage des vaccins à tous les niveaux ;</p> <p>Renforcer la chaîne de distribution des vaccins et autres intrants par la mise en œuvre du projet "Mininus San" à toutes les régions</p> <p>Assurer la maintenance régulière des équipements chaîne du froid et autres équipement à tous les niveaux ;</p> <p>L'élaboration d'un plan de gestion des déchets des régions sanitaires facilitera l'élimination correcte des déchets à risque infectieux</p> <p>Une partie des fonds du RSS (167 917 \$ soit 20% du cout total des équipements soumis au CCEOP) permettra l'acquisition du matériel de transport tel que les</p>

	glacières, les indicateurs de gel ainsi que la mise en œuvre des plans d'amélioration de la GEV, de réhabilitation et de maintenance.
Justification (par ex., par la GEV et d'autres documents justificatifs, audit, résultats de la PCA, examen du PEV, etc.)	<p>L'évaluation récente de la GEV réalisée en 2014 a montré que le score est très au deçà de 80% recommandé par l'OMS³¹ ; ceci en raison de l'insuffisance du volume de la chaîne du froid et de la faiblesse de la chaîne de distribution. A cela il faut ajouter l'insuffisance dans le monitoring de la température.</p> <p>Un inventaire des équipements chaîne du froid a été réalisé courant 2017 suivi de l'élaboration d'un Plan de maintenance des équipements. La mise à jour de cet inventaire courant Mai 2018 a fait ressortir que sur 174 équipements, seuls 110 fonctionnent bien, 17 sont à réparer, 36 endommagés et 11 non installés. Parmi ceux-ci, 99 sont conformes aux normes PIS et 66 seulement aux normes PQS (qualité de performance et de sécurité). Deux chambres froides positives (+2 - +8 ° C) ne sont pas encore installées.</p> <p>Actuellement, tout le pays n'a pas accès à un réseau électrique en dehors de la région de SAB. De ce fait, le Programme Elargi de Vaccination est confronté à des difficultés principalement liées aux multiples ruptures d'électricité. Il dispose d'un groupe électrogène qui assure le relai en cas d'interruption du courant et cela peut durer plusieurs heures.</p> <p>En ce qui concerne la gestion des déchets biomédicaux due au manque d'incinérateurs fonctionnels au niveau régional et à l'absence de mécanisme d'incinération, de collecte et d'acheminement des déchets, il convient de mentionner un projet de la Banque mondiale qui prévoit l'acquisition et l'installation d'incinérateurs.</p> <p>Dans le souci de remédier à cette faible performance et dans la perspective de l'introduction des nouveaux vaccins dans les 5 prochaines années (Men A et HPV), des solutions ci-dessous sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la formation des agents de santé sur la Gestion Efficace des Vaccins ; ▪ le renforcement des capacités de stockage des vaccins à tous les niveaux ; ▪ la maintenance régulière des équipements chaîne du froid et autres équipement à tous les niveaux. ▪ L'élaboration d'un plan de gestion des déchets des Centres de Santé/régions sanitaires facilitera l'élimination correcte des déchets à risque infectieux ; l'installation des incinérateurs ayant été prise en charge par la Banque Mondiale. <ul style="list-style-type: none"> • le renforcement de la chaîne de distribution des vaccins et autres intrants par la mise en œuvre du projet "Mininus San". Ce projet pilote débuté en 2017 a ciblé 3 régions sanitaires (Bafata, Cacheu et Gabu) a été supporté financièrement par le MINSAP, l'OMS et l'UNICEF. Le manque de ressources financières n'a pas permis l'évaluation mais les rapports de suivi de la mise en œuvre du projet pilote existent (déc. 17, jan 18 et fév. 18). Cependant, de l'analyse de ces rapports, il ressort la nécessité de renforcer la gestion des stocks de vaccins, afin de mieux gérer les risques liés au stockage de vaccins. • Une évaluation de ce projet courant le premier trimestre 2019 appui l'appui d'une AT internationale va permettre de tirer toutes les leçons. Cependant, l'élaboration du CCEOP a tenu compte de ce projet et de son passage à l'échelle par la mise en œuvre des activités telles que : <ul style="list-style-type: none"> ➤ assurer la distribution trimestrielle des vaccins du niveau central aux dépôts régionaux via le système Push, permettant ainsi un bon approvisionnement tout au long de l'année ➤ assurer une distribution mensuelle de vaccins du niveau régional aux zones de santé via le système "Push"

³¹ Rapport GEV 2014

- > former les points focaux du PEV, les responsables de la santé et les membres du comité technique en GEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement et mettre en œuvre un programme de supervision de la formation pour assurer le bon fonctionnement du PEV
- > procéder à l'acquisition et l'installation de réfrigérateurs dans tout le pays pour répondre aux besoins de stockage et remplacement des anciens réfrigérateurs / sans capacité de stockage adéquate. Développer un plan de suivi des pertes de vaccins.
- > assurer la formation des techniciens de maintenance de la Chaîne du Froid
- > assurer, par le biais d'une agence d'assurance et à un coût raisonnable, tous les biens du programme: vaccins et consommables, équipement CdF et autres bâtiments à tous les niveaux.
- > Une partie des fonds du RSS (167 917 \$ soit 20% du cout total des équipements soumis au CCEOP) permettra l'acquisition du matériel de transport tel que les glacières, les indicateurs de gel ainsi que la mise en œuvre des plans d'amélioration de la GEV, de réhabilitation et de maintenance. Les dispositions seront prises par le MINSAP pour faciliter l'enlèvement des équipements dès leur entrée dans le pays
- > La maintenance régulière des équipements chaîne du froid et autres équipement à tous les niveaux. Compte tenu des difficultés de mobilisation de fonds par le pays, il a été proposé à Gavi de prendre charge le volet.
- > L'achat des équipements pré qualifiés, l'acquisition des enregistreurs continus de température et des pièces de rechange permettront d'améliorer la durabilité de la chaîne d'approvisionnement.
- > L'Evaluation de la GEV sur financement disponible de Gavi ne pourra pas se faire courant 2018 et le sera courant le premier trimestre 2019 et sera assorti d'un Plan d'amélioration

L'inventaire de la logistique roulante a fait ressortir les différents besoins :

Véhicules/ Bateau :

Pour le niveau central :

- un besoin de 3 véhicules pour la supervision et le suivi des activités a été identifié
- un besoin d'un camion pour l'approvisionnement identifié
- Pour la zone insulaire, un besoin de bateau hors-bord identifié

Niveau DRS :

- 2 véhicules de supervision pour 2 DRS (OIO & Farim).

Motos

De 2014 à ce jour, l'UNICEF a doté les DRS de 130 motos et les ONGs de 117 motos soit un total de 247 motos pour la mise en œuvre des activités de vaccination et de supervision.

Selon l'inventaire actualisé, les besoins en motos pour les régions prioritaires sont de 23 motos pour la mise en œuvre des stratégies avancées et la supervision dans les Aires de Santé des régions de catégorie 1 & 2 prenant en compte les éventuels remplacements dans 3 à 4 ans. En attendant, un accent sera mis sur la maintenance prise en compte dans le budget élaboré :

- ✓ L'achat de 22 kits de rechanges à raison de 2 kits par région
- ✓ Elaboration et ventilation de carnet de bord pour le suivi du matériel roulant

	<p>En matière de système d'information de la gestion logistique, il faut dire que la Guinée-Bissau, utilise une combinaison de formulaires version papier et format Excel au niveau des régions et des Centres de santé. Au niveau central sont utilisés le DVDMT et le SMT pour la collecte, analyse et transmission de données et le format Excel pour l'inventaire des équipements CDF. Il est donc nécessaire d'améliorer le système d'information de gestion logistique (SIGL) et le pays, de concert avec ses partenaires, s'emploie à adopter un système d'information de gestion logistique (eSIGL) électronique interopérable et complémentaire à DHIS2, qui est déjà utilisé en Guinée-Bissau. Le pays n'ayant pas encore adopté de système eSIGL complet, la plate-forme ViVa est un système moins coûteux et facilement disponible à adopter pour la gestion de l'approvisionnement en vaccins parce qu'il offre aux équipes du PEV d'identifier facilement les situations de sur stockage et de sous-stockage et redistribuer les stocks pour répondre aux besoins et réduire les pertes en conséquence.</p> <p>En ce qui concerne la Gestions des Déchets Bio Médicaux, un Projet de la Banque Mondiale va installer les 2 incinérateurs dans les régions de l'est et du sud du pays et acquérir et installer 3 autres dans les régions Nord, Est et Sud du pays</p>
<p>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</p>	<p><i>Voir le guide de programmation</i></p> <p>Remplacement/réhabilitation d'ECF dans les sites équipés : pourcentage de structures sanitaires existants avec des équipements NON PQS et équipements PQS (obsoletes ou non fonctionnels) qui doivent être remplacés par des équipements ILRs, SDD ou glacière de longue durée (prend en compte les sites ayants des équipements volumineux) ;</p> <p>Expansion d'ECF dans les sites équipés : pourcentage de structures sanitaires existants ayant besoin d'être équipés avec des équipements ADDITIONNELS afin de faire face à l'introduction des nouveaux vaccins <i>et/ou</i> servir une population croissante;</p> <p>Extension d'ECF dans les sites sans équipement : pourcentage de structures sanitaires devant offrir un service de vaccination mais à équiper avec un équipement de froid;</p> <p>Maintenance des équipements de chaîne de froid : Pourcentage de structures sanitaires disposant d'au moins un réfrigérateur fonctionnelle avec un enregistreur continu de température.</p> <p>Risque de congélation: Proportion de glacières/porte-vaccins PEV "grade A" vs glacières/porte-vaccins PEV non "grade A"</p> <p>Inventaire des équipements de la chaîne du froid : Pourcentage des structures sanitaires avec un inventaire actualisé semestriellement;</p> <p>Gestion Efficace de vaccins : Proportion des plans d'approvisionnement mis en œuvre dans les régions "Mininus San" versus régions non "Mininus San" ; Proportion de structures sanitaires sans rupture de stock de vaccins dans les régions "Mininus San" versus régions non "Mininus San" ; Pourcentage d'activités de plan d'amélioration réalisées; Pourcentage de supervisions orientées réalisées ;</p> <p>Gestion de données : Pourcentage des dépôts régionaux utilisant un outil informatisé de stock des vaccins (type SMT) et parmi ceux-ci pourcentage soumettant mensuellement ;</p>

Formatted: Highlight

Formatted: Highlight

Formatted: Highlight

Formatted: Highlight

Formatted: Highlight

Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF	Besoin d'assistance technique: Recruter une assistance technique internationale pour : <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du Projet Mininus San • Appui à la mise en œuvre du Plan d'amélioration de la GEV • conduite d'une étude de suivi de la température des vaccins au niveau de la chaîne de distribution et de stockage • Elaboration d'une politique nationale de Gestion des déchets bio médicaux 	
Budget indicatif avec soutien du RSS et de la plateforme d'optimisation d'ECF (voir tableau 2.2) :	Années 1 à 2	\$ 890,800 US
	Années 3 à 5	\$ 1, 151,823 US

Objectif 4 :	D'ici à 2022, 90%,^{32 33} des mères et gardiens d'enfants de moins d'un an, y compris les populations spéciales, connaissent l'importance de la vaccination et fréquentent les services de vaccination
Échéancier :	2018 à 2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	L'ensemble des interventions visant à promouvoir une demande accrue de services de vaccination couvrira toutes les régions sanitaires. Les populations cibles sont: - Parents et tuteurs des enfants âgés de 1 an ou moins, familles, chefs communautaires et religieux, guérisseurs; - Agents de santé communautaires (ASC) et superviseurs d'ONG et de techniciens de la santé.
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none"> • Faible confiance dans les services de vaccination, • Faible engagement des représentants de la communauté et des défenseurs de la société civile dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et la responsabilisation du secteur de la santé à tous les niveaux (local, régional et central). • Couverture et la fonctionnalité limitées des structures et des plates-formes communautaires,

^{32 33} Enquête CAP, Unicef 2018

³³ PPAC 2018-2022

	<ul style="list-style-type: none"> • Faible durabilité des actions de mobilisation sociale pour la vaccination de routine et lors des campagnes médiatiques, • Insuffisance des ressources humaines qualifiées pour la communication pour la vaccination, • Absence de Loi en faveur de la vaccination, • Manque de financement du plan de communication pour la vaccination, • Manque de supervision, suivi et évaluation des actions de communication.
Activités prioritaires (environ 5) :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informer et influencer les institutions, la société civile, les individus, les familles et les leaders d'opinion à adopter des comportements en faveur de la vaccination systématique <ul style="list-style-type: none"> • Développer le plaidoyer au plus haut niveau pour faire de la vaccination de routine une priorité nationale; • Mettre en œuvre le plan de communication stratégique pour la vaccination de routine. • Renforcer les capacités des agents de santé et des partenaires d'exécution (ONG, Médias, Guérisseurs, OBC, ASC, • Former les membres des groupes de femmes sur la sensibilisation et la mobilisation en faveur de la vaccination • Produire et mettre à jour des supports de communication pour la vaccination (messages, dépliants, affiches, bannières, albums en série, DVD, calendrier national de vaccination, bulletins d'information rétro du PEV, panneaux d'affichage, Roll Up • Former 06 techniciens de l'unité de communication du PEV et MINSAP dans les stratégies de communication pour la vaccination • Former un point focal de la communication dans 11 régions sanitaires, 118 AS • Former 55 plateformes communautaires sur la mobilisation sociale en faveur de la vaccination, 2 membres par plateforme (2 x 5x11) 2. Renforcer la participation des institutions, des communautés et des réseaux sociaux pour influencer les comportements favorables à la vaccination des enfants de moins d'un an <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser la cartographie des institutions communautaires et sociales et des réseaux participant à la communication pour la vaccination • Établir un cadre de communication intégré avec d'autres institutions publiques (justice, éducation et médias) • Établir des comités sectoriels de mobilisation sociale pour la vaccination • Établir des partenariats stratégiques avec différents réseaux d'organisations de la société civile, réseaux de téléphonie mobile (MTN et ORANGE), médias (radios), ASC, guérisseurs (PROMETRA) associations féminines pour promouvoir la vaccination • Organiser 46 réunions de sensibilisation (11 régions et 114 aires de santé) et des confessions religieuses, des guérisseurs (médecine traditionnelle) pour participer à la vaccination (2x / an) • Soutenir les plates-formes de Femmes Champions de la Vaccination, les OBC pour organiser des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaires dans les 11 RS, 118 AS une fois par an. 3. Développer des actions pérennes en matière de CIP pour changer les comportements et les attitudes en vue d'augmenter la demande de services de vaccination <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les compétences des animateurs ASC et ONG en CIP dans le contenu du PEV, y compris les pratiques familiales essentielles (PFE) • Former les professionnels de la santé afin de s'approprier les contenus de vaccination des mères au niveau des consultations prénatales et postnatales et des stratégies avancées (SA) • Former les agents de communication du PEV à la planification et à la gestion de la communication pour la vaccination • Former 91 Journalistes et animateurs (2p x 33) de radios (communautaires, privées et publiques)

	<ul style="list-style-type: none"> • Produire des spots radio dans 10 langues nationales (Créole, Balanta, Bijagós, Fula, Félupe, Manjaco, Mandingue, Mancanha, Nalu, Pepel) • Produire des spots télévisés dans 10 langues nationales (Créole, Balanta, Bijagós, Fula, Félupe, Manjaco, Mandingue, Mancanha, Nalu, Pepel) • Produire et diffuser un film documentaire sur les avantages de la vaccination et des maladies ciblant le PEV auprès du public • Elaborer et diffuser des messages spécifiques en faveur de l'introduction de nouveaux vaccins (10 langues nationales, dont le créole) dans les radios (communautaires, privées et publiques) • Diffuser régulièrement des messages (spots et programmes) sur la vaccination de routine dans les radios (communautaires, privées et publiques) • Utiliser le théâtre, les comédiens et les artistes traditionnels pour promouvoir les services de vaccination de routine et les campagnes <p>4. Impliquer les leaders nationaux et locaux dans la mise en œuvre d'activités de communication intégrées pour la vaccination de routine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaider auprès des membres, des comités de gestion de la santé pour leur participation aux activités et campagnes de vaccination de routine • Organiser des réunions de plaidoyer annuelles (par niveau) avec l'association de pédiatrie, les mères vaccinées, les médias, la téléphonie mobile et le secteur privé pour leur implication dans la vaccination. • Organiser des sessions impliquant des dirigeants, des célébrités, des Ambassadeurs de bonne volonté, la 1ère Dame, des athlètes, des artistes, des notables, des prédicateurs, etc. engagement à la promotion de la vaccination. <p>5. Renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies de communication pour la vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser un atelier national sur le développement d'un plan multimédia et revoir les modules de communication sur la vaccination • Renforcer les capacités de coordination, de planification et de suivi de la stratégie de communication • Identifier et renforcer la capacité d'un point focal de la communication pour la vaccination dans chaque région sanitaire • Identifier et créer des comités de mères pour la vaccination à tous les niveaux (local, régional et central) • Établir un contrat avec 33 radios communautaires, 5 radios privées et 1 radio nationale pour la diffusion de messages en faveur de la vaccination systématique • Établir un contrat avec 2 chaînes de télévision (TGB et RTPA) pour la diffusion de messages en faveur de la vaccination systématique • Partager périodiquement des informations sur les bonnes pratiques de vaccination avec tous les partenaires du PEV. • Tenir des réunions de coordination du sous-comité sur la mobilisation sociale pour la vaccination afin d'évaluer l'efficacité des stratégies de communication adoptées • Organiser périodiquement une étude CAP sur la vaccination (2020, 2022) • Effectuer périodiquement (2x / an) les activités de suivi et d'évaluation des actions de communication pour la vaccination • Produire et diffuser périodiquement des rapports sur les activités de communication pour la vaccination
Justification :	<p>Le pourcentage des enfants complètement vaccinés avant 12 mois³⁴ est l'indicateur spécifique de la performance d'un programme élargi de vaccination. Selon l'enquête de couverture vaccinale de 2017, 16.5% des enfants de 12-23 mois (plus de 10 000 enfants) ne sont pas complètement vaccinés.</p> <p>Les raisons de non vaccination de ces enfants sont principalement le manque de confiance ; la peur des effets secondaires (vaccins rendent l'enfant sain malade), l'ignorance.</p>

³⁴ Rapport Enquête de Couverture Vaccinale 2017

La situation décrite ci-dessus s'expliquerait par :

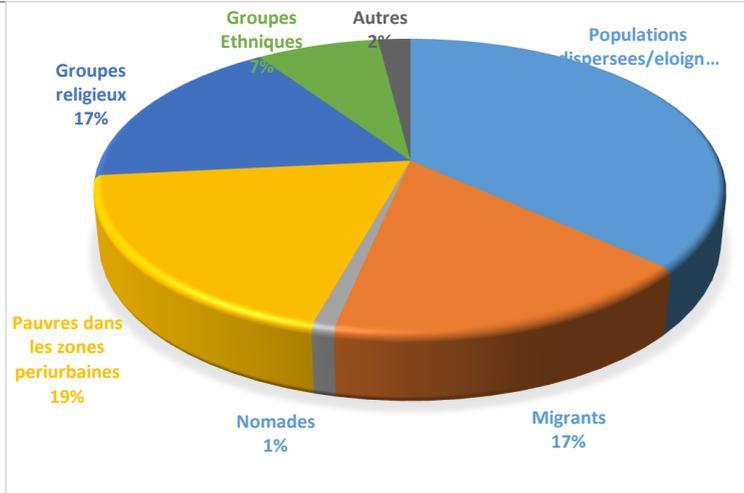
- la faible implication des acteurs communautaires dans la mobilisation des populations en faveur de la vaccination ;
- l'insuffisance de coordination des activités de communication
- La faible demande des services de vaccination est également due aux rumeurs persistantes, à certaines croyances erronées.

L'étude comportementale reconnaît également l'importance d'améliorer la continuité de la demande de services en améliorant la prestation de services de santé, en programmant et en appliquant des techniques de communication appropriées. Pour les professionnels de la santé il est important de comprendre les besoins et les perceptions des communautés à fournir des informations appropriées sur la prévention des maladies évitables par la vaccination. Le Service de vaccination et de surveillance épidémiologique (SIVE) a élaboré une stratégie nationale de communication pour la vaccination de routine avec la participation de toutes les parties concernées, avec le soutien des partenaires de l'OMS, de l'UNICEF et de GAVI.

Dans le cadre du Dialogue national pour la vaccination qui a réuni des experts du ministère de la Santé, de la société civile et les partenaires de santé, notamment l'OMS, l'UNICEF et GAVI a été reconnu que la communication et la mobilisation sociale est l'un des piliers fondamentaux pour la vaccination de routine et les campagnes de soutien à la mise en œuvre de la stratégie de communication sont essentielles au succès du PEV. Par conséquent, la nouvelle subvention de GAVI pour la vaccination et le renforcement du système de santé (SSR) permettra de surmonter ces difficultés Un accent particulier sera mis sur les populations spéciales qui sont essentiellement des populations des zones éloignées et défavorisés dans la planification et la mise en œuvre des activités la vaccination. Ces populations ont été identifiées grâce à une analyse d'équité en immunisation qui a été réalisée dans les 11 régions sanitaires du pays en deux phases : dans 4 régions en 2017 et dans 7 autres régions en 2018. Par ailleurs, le rapport de la revue externe du PEV 2017 a ressorti que les principales raisons socioculturelles associées à la non-vaccination des enfants sont : l'ignorance, la croyance et l'inaccessibilité des zones enclavées. Les groupes les plus vulnérables par rapport à l'accès à la vaccination seraient les villages enclavés dans les zones géographiques d'accès difficiles (en particulier dans les îles, montagnes, rivières, les régions marécageuses).

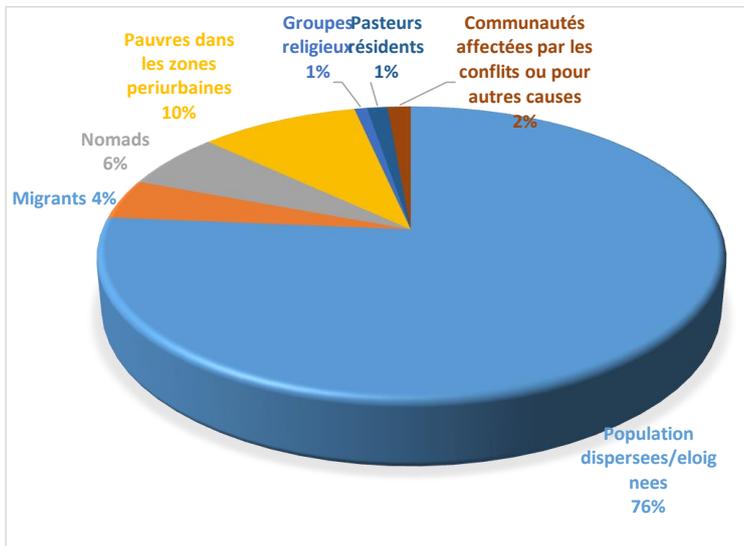
L'analyse d'équité conduite en 2017 a concerné les 4 régions sanitaires de Gabu, Cacheu, Tombali et SAB. Au total 269 482 personnes ont été dénombrées dans les communautés dites spéciales de ces 4 régions (voir figures 5,6 et 7 ci-dessous).

Figure 6: Population spéciale ou accès difficile (SAB, Gabu, Tombali et Cacheu) – Enquête 2017



La seconde phase de l'analyse d'équité en immunisation conduite courant Aout-Septembre 2018 a concerné les 7 autres régions sanitaires (Bafata, Bolama, Bijagos, Quinara, Biombo, Oio et Farim

Figure 7 : Population spéciale ou accès difficile (Oio, Farim, Biombo, Bafata, Bolama, Bijagos et Quinara) – Enquête 2018



Selon le même rapport, sur les 37157 personnes identifiées comme ayant un accès difficile aux services de vaccination dans les 7 régions socio sanitaires, 28371 (76,4%) sont des personnes vivant dans des zones isolées et éloignées des Centre de santé, principalement dans la région d'Oio avec 16009 , Quinara avec 4867 et Bafata 4730. Les

pauvres qui vivent dans les zones périurbaines, en particulier dans la région d'Oio avec 3 528 personnes) constituent le deuxième groupe en importance de communautés difficiles à atteindre. Les communautés nomades, composées essentiellement d'éleveurs vivant dans les régions d'Oio et de Bafata, comptent 2640 personnes. Il convient de noter que les populations d'accès difficile dans la région de Oio sont qu'elles habitent de petites zones entourées de rizières et qu'elles ne sont accessibles qu'à pied pendant la saison des pluies.

Un récapitulatif des populations spéciales en Guinée-Bissau est présenté dans la figure 7 ci-dessous

Figure 8: Populations spéciales ou a accès difficile en Guinée-Bissau (Analyse d'Equité 2017 et 2018)

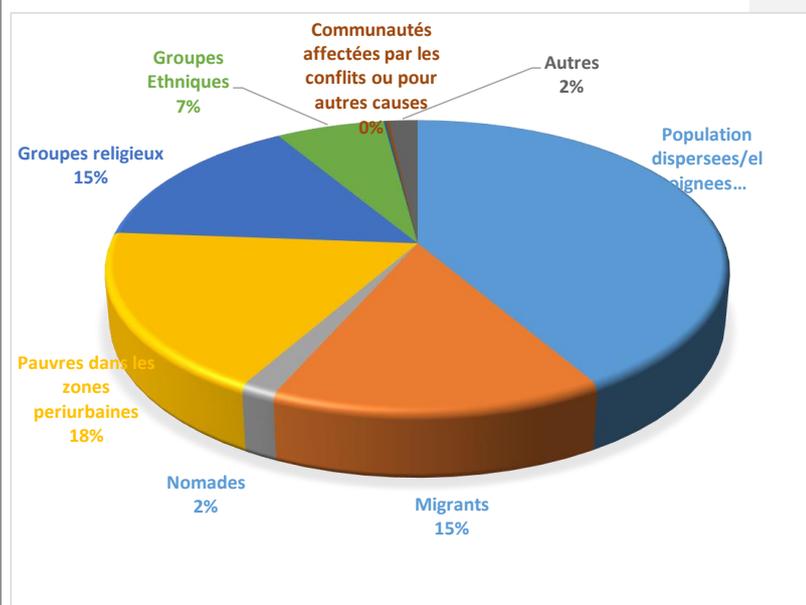


Tableau 13 : récapitulatif des populations spéciales en Guinée-Bissau

Goupes/Communautés	Analyse d'équité - 2017	Analyse d'équité - 2018	Total
Populations dispersées/éloignées	99003	28371	127374
Migrants	44636	1633	46269
Nomades	2682	2305	4987
Pauvres dans les zones périurbaines	51506	3528	55034
Groupes religieux	46255	285	46540
Groupes Ethniques	20115		20115
Autres	5307		5307
TOTAL	269504	36122	305626

Les principales cibles en matière de promotion de la demande sont les suivants:

- les parents et tuteurs d'enfants âgés de 0-23 mois, de familles, de responsables communautaires et religieux, de guérisseurs;
- Agents de santé communautaires (ASC) et superviseurs d'ONG et techniciens de la santé. Les stratégies innovantes à mettre en œuvre sont :

- Mise en place et appui au fonctionnement des Comités Sectoriels de Mobilisation Sociale
- Former 5 plates-formes communautaires par région chaque année sur la mobilisation en faveur de la vaccination en raison de 2 membres par plateforme
- Appuyer les plates-formes à organiser les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaires
- Réaliser des forums communautaires chaque semestre avec les représentants des autorités, des femmes, des jeunes pour discuter des résultats de chaque CS et de goulots
- Coordination, Supervision and Monitoring

A ce jour les OSC, ne bénéficient pas d'appui financier spécifique. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche ACD, les ASC et les OSC seront impliquées dans la micro planification et la mise en œuvre des activités.

Une AT internationale est demandée pour appui au renforcement de la capacité de la société civile en matière de vaccination de routine y compris le réseautage.

Considérations relatives à la pérennité :

Pour assurer la durabilité des stratégies de communication pour la vaccination de routine et les campagnes, il est nécessaire de:

- Adoption de Loi en faveur de la vaccination et contribution au financement du plan de communication pour la vaccination de routine et les campagnes gouvernementales;
- Soutien et assistance pour des campagnes de communication continues pour la vaccination par les ONG, les organisations communautaires, les dirigeants

	communautaires, les entreprises privées, les médias et les personnalités publiques;	
	<ul style="list-style-type: none"> • Conduite d'une enquête CAP en 2022 pour évaluer la mise en œuvre et l'impact de la stratégie de communication et de mobilisation sociale pour la vaccination de routine et de campagne • Elaboration de plans et modules de formation pour les ASC sur les compétences du CIP et l'utilisation des supports de communication fonctionnels. • Elaboration de plans et mécanismes de suivi et d'évaluation de la performance de la communauté par rapport à la vaccination de routine et aux campagnes fonctionnelles 	
Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :	Indicateurs de processus: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nombre de structures partenaires mettant en œuvre une stratégie de communication pour la vaccination de routine et les campagnes fonctionnelles et participant à une meilleure coordination, suivi et évaluation; ➢ Nombre d'études CAP sur la vaccination effectuée; ➢ Nombre de rapports d'activités de communication pour la vaccination produits et diffusés; ➢ Nombre de réunions de coordination du Sous-comité sur la mobilisation sociale; ➢ Nombre de plans d'action communautaires élaborés et mis en œuvre via les plateformes communautaires; Indicateurs de résultat <ul style="list-style-type: none"> ➢ % des mères et pères qui peuvent dire où, quand et combien de fois il est nécessaire d'emmener l'enfant à la vaccination; ➢ Nombre de plateformes communautaires opérationnelles en faveur de la vaccination ➢ Pourcentage de parents/gardiens d'enfants de la population cible qui acceptent et demandent la vaccination 	
Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF	Besoin d'assistance technique: Une assistance technique nationale et internationale est nécessaire pour : <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la mise en œuvre de la stratégie de communication pour la vaccination et la documentation des meilleures pratiques. • Soutenir la Direction du PEV dans la mise en œuvre de son PIC • Conduire une enquête CAP en 2022 	
Budget RSS indicatif :	Années 1 à 2	\$ 227,571US
	Années 3 à 5	\$ 226,588 US

Formatted: Highlight

Objectif 5 :	Réduire l'écart entre les données administratives et les données d'enquête de couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés de 15% (80% - 65%) ³⁵ en 2017 à 5% en 2022 dans toutes les régions
Échéancier :	2018 à 2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	Cet objectif couvre les 11 régions sanitaires
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'enquête sur la qualité des données - Problème de connexion internet au niveau des DDS, ralentissant la saisie et le rapportage des données sur DHIS2 - Un certain nombre d'indicateurs du PEV ne sont pas encore intégrés dans le DHIS2 - Les données de vaccination dans le secteur privé lucratif ne sont pas rapportées. - Outils non révisés et harmonisés - Rupture en outils de gestion PEV - Insuffisance d'outils informatique - Insuffisance en ressources humaines qualifiées - Non maîtrise du dénominateur - Analyse irrégulière des données - Manque de rétro-information à tous les niveaux.
Activités prioritaires (environ 5) :	<p>1) Soutenir les activités de collecte, d'analyse, de transmission, de diffusion, d'archivage et d'autoévaluation de la qualité des données (DQS) et de contrôle de la qualité des données de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et le DVD-MT;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des activités de formation, de supervision intégrée, de suivi décentralisé et d'évaluation; • Réviser les outils de gestion des données du PEV (prendre en compte les nouvelles introductions); • Former les agents de santé du PEV sur l'utilisation des outils de gestion des données révisés; • Participer aux réunions de coordination régionale; • Engager un AT pour développer des outils et des procédures d'audit des données (PON) pour la validation des données et suivre leur mise en œuvre; • Organiser un atelier de formation pour le niveau régional et AS sur l'analyse des données de vaccination; • Analyser systématiquement les données du rapport de vaccination / surveillance épidémiologique et produire et diffuser des produits d'information; • Equiper tous les 11 points focaux en de gestion de données, en matériel informatique; • Former 22 gestionnaires de données des 11 régions sanitaires à l'utilisation du DVD-MT et du DHIS2 et d'autres outils de gestion révisés;

³⁵ Rapport Enquête de Couverture Vaccinale 2017

	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des ateliers trimestriels des points focaux pour l'harmonisation des données de surveillance et de vaccination 2) Renforcer / soutenir la surveillance des maladies évitables par la vaccination; • Acquérir des kits de prélèvement d'échantillons et des réactifs de laboratoire et garantir les moyens de transport pour confirmation; • Renforcer la recherche active, l'investigation appropriée et le suivi des maladies évitables par la vaccination, y compris la Surveillance à Base Communautaire (SBC); • Intégrer la validation des données de surveillance sur les maladies évitables par la vaccination lors des réunions de suivi trimestrielles; • Établir des sites sentinelles pour le suivi des maladies évitables par la vaccination dans les 4 régions prioritaires; • Former l'équipe centrale du PEV et les 11 points focaux régionaux sur la surveillance dans le domaine de l'épidémiologie de terrain enseignée par l'INASA. 3) Planifier et mettre en œuvre le calendrier des réunions trimestrielles de suivi des données avec les 11 gestionnaires/ Points Focaux des données PVA et la surveillance épidémiologique; • Organiser les réunions trimestrielles de l'équipe nationale de Suivi/Evaluation du PEV; 4) Assurer une supervision formative semestrielle du niveau central vers les 11 régions sanitaires du pays; • Assurer la qualité des données (correctes, complètes, cohérentes, cohérentes et opportunes) et une bonne conservation des rapports PEV dans la session de supervision de la formation; • Organiser une évaluation semestrielle des activités du PEV 5) Etudes, recherches opérationnelles et enquêtes; • Réaliser une enquête sur la qualité des données • Élaborer et mettre en œuvre le plan d'amélioration de la qualité des données Réaliser un sondage sur la qualité des données; • Former le ERS et le RAS dans le domaine des enquêtes LQAS et DQS; • Effectuer des enquêtes de couverture post campagne
Justification :	<p>Les données de qualité produites en temps réel sont indispensables pour la prise de décision et la planification des programmes. De nos jours, la qualité des données fournies par le niveau périphérique ne permet pas de répondre à cette exigence.</p> <p>La mauvaise qualité des données de vaccination obtenues selon l'enquête de couverture vaccinale 2017 serait due au non-respect de l'intervalle requis pour l'administration de chaque antigène. Par exemple, le vaccin Polio0 devrait être administré de la naissance à 14 jours, mais son administration reste supérieure à 1 an, comme d'autres antigènes. Les antigènes devant être administrés aux 6ème, 10ème, 14ème et 9ème mois sont administrés avant la période fixée selon les directives nationales en matière de vaccination et après la fin de leur premier anniversaire. Il y a donc un problème de qualité des données d'une part, et d'autre part, la qualité technique des prestataires de services de vaccination est mis en cause. Toutes les régions sanitaires ont administré le Vaccin anti Rougeoleux avant 9 mois et ont continué l'administration après la fin de leur premier anniversaire, ainsi que l'enquête communautaire sur la couverture efficace des antigènes.</p> <p>A ce jour, des efforts sont déployés pour que la gestion des données, y</p>

	<p>compris les outils prennent en considération l'introduction des nouveaux vaccins).</p> <p>Dans le souci d'amélioration de la gestion des données à tous les niveaux, il est nécessaire de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ doter les structures en outils de gestion des données pour harmoniser le traitement des données, ▪ former le personnel à l'utilisation de l'outil de collecte et d'analyse des données à l'aide de l'outil informatique, ▪ Mettre en place et suivre l'utilisation des logiciels de gestion intégrée des données (Dhis2, DVD-MT...) afin de faciliter la collecte, l'analyse, l'interprétation, le contrôle de qualité et la diffusion des données selon les directives nationales. ▪ assurer les supervisions formatives et intégrées prenant en compte la vaccination pour renforcer les compétences du personnel en charge de la gestion des données. ▪ l'appui à la réalisation du monitoring semestriel décentralisé permettra de vérifier la disponibilité et la qualité des données produites. ▪ La réalisation d'enquêtes/études permettra de mieux comprendre des causes des goulots entravant l'utilisation des services de santé y compris la vaccination par les bénéficiaires ; mais aussi de mieux définir des interventions stratégiques à haut impact contribuant à réduire la morbidité et la mortalité des enfants et des mères. <p>L'appui à la mise en œuvre effective des activités susmentionnées contribuera sans nul doute à l'atteinte de l'objectif fixé, en raison de leur faisabilité technique et de l'appui financier apporté par plusieurs partenaires.</p>
<p>Considérations relatives à la pérennité :</p>	<p>Pour que les interventions visant à améliorer la gestion des données du PEV soient durables, il est nécessaire d'établir les actions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adoption de Loi en faveur de la vaccination et contribution au financement du PPAC 2018-2022 du PEV par le gouvernement à travers le budget national; • Soutien et assistance pour des actions continues et continues par les partenaires du développement du secteur de la santé (SIS intégré aux institutions productrices et utilisatrices de données telles que l'INE, l'INASA, le PSB, CARITAS, les entreprises de TIC "MTN" et "ORANGE") ; • conduite des études sur la qualité des données pour évaluer la mise en œuvre et l'impact des stratégies de vaccination; • Mise en œuvre des plans et des mécanismes de suivi et évaluation des performances dans le domaine de la gestion des données.
<p>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de préparation et achèvement (Complétude/Promptitude) des rapports mensuels du PEV; • Nombre d'audits de données efficaces; • Proportion des différences entre Penta3 administratif versus Penta3 ECV; • Nombre de réunions de validation des données tenues; • Proportion d'Agents de Santé formés à la gestion des données; • Taux de PFA non polio.
<p>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</p>	<p>BESOIN D'ASSISTANCE TECHNIQUE</p> <p>Une assistance technique nationale et internationale est nécessaire pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration des outils d'évaluation de la qualité des données et le suivi de leur mise en œuvre; • Conduite de l'enquête sur la qualité des données • Conduite de l'enquête post-vaccination . Assurance qualité des données au niveau opérationnel, . Analyse trimestrielle des données selon l'équité,

	. Décentralisation du DHIS-2 . Gestion du portail Gavi . Lien entre le DHIS-2,	
Budget RSS indicatif :	Années 1 à 2	\$ 339, 570 US
	Années 3 à 5	\$ 143,187 US

12. MECANISME DE SUIVI/EVALUATION

Formatted: Highlight

Pour une mise en œuvre efficace et en temps requis, le PPAC/RSS2, devra bénéficier d'un suivi rapproché et redevable devant les plus hautes autorités du Ministère de la Santé Publique qui sera confié à un Comité de suivi du PPAC/RSS2. Ce Comité Technique de suivi aura entre autres pour tâches :

- Analyser régulièrement le cadre de performance de PEV 2018 – 2022. Identifier les raisons du déclin des niveaux de couverture vaccinale, identifier les goulots d'étranglement et suggérer des mesures destinées à revitaliser les activités de vaccination systématique ;
- Analyser les politiques et stratégies nationales de vaccination en cours (PEV de Routine, AVS et Surveillance épidémiologique) ;
- Identifier les stratégies devant être mobilisées dans des conditions particulières, par exemple a) dans les zones mal desservies, b) la vaccination en situation de catastrophe naturelle ;
- Proposer au besoin les réaménagements nécessaires pour les politiques et stratégies vaccinales.

Un plan annuel de mise en œuvre découlant de ce plan pluriannuel et du RSS2 sera élaboré et des indicateurs définis pour chaque domaine du PPAC/RSS2, pour permettre une évaluation annuelle qui sera conduite par le PEV et ses partenaires.

Le Comité de suivi se réunira une fois tous les deux mois et soumettra, à travers son Président, le PV de chacune de ses réunions au Ministre en personne. En outre, le Comité de suivi présentera trimestriellement des rapports de progrès au CCIA/CCSS à chacune de ses réunions. Une fois par semestre, le CCIA/CCSS et le Comité de suivi tiendront une réunion au cours de laquelle les performances du PEV seront suivies au niveau national selon les indicateurs ci-dessous, et partagées :

- Hebdomadairement, au cours des réunions de coordination du PEV.

- Mensuellement aux unités régionales PEV et régions sanitaires, via les rapports de revue des données.

- Trimestriellement, aux membres du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA)/ Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS).

- Semestriellement, lors des réunions de monitoring et d'évaluation du PEV.

ANNEXES

ABREVIATIONS

ACD / ACE	Atteindre Chaque District/Communauté/Enfant
ANP	Assemblée Nationale Populaire
AS	Aire de Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
BRM	Bureau Régional de Maintenance
CAP	Connaissances Attitudes Pratiques
CCIA	Comité de Coordination inter Agence
CCSS	Comité de Coordination du Secteur de la santé
CdF	Chaine du Froid
DQS	Data Quality Services
CIP	Communication Inter Personnelle

CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de Santé
DGASS	Direction Générale de l'Administration du Système Sanitaire
DHIS2	District Health Information Software version2
DVD-MT :	District Vaccine Data Management Tool
ENV	Enfants non Vaccinés
ECV	Enquête de Couverture Vaccinale
ERS	Equipe Régionale de la Santé
FBR	Financement Base sur les Résultats
Gavi	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
HPV	Papilloma Virus Humain
INASA	Institut National de la Sante
INE	Institut National de la Statistique
JSP	Justification de Soutien au Programme
LQAS	Lot Quality Assurance Survey
MAPI	Manifestations Adverses Post Immunisation.
MenA	Vaccin Conjugé anti-méningococcique A
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MINSAP	Ministère de la Santé Publique
ODI	Overseas Development Institute
OGE	Budget National
OPV	Vaccin Polio Oral
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCV 13	Vaccin anti Pneumococcique 13
PiMi	Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile
PIC	Plan Intégré de Communication
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNDRHS	Plan National de Développement des Ressources Humaines
POECF	Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du Froid
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet
PSB	Projet de Santé de Bandim
RAS	Responsable Aire de Santé

RH	Ressources Humaines
RSS	Renforcement du Système de Sante
SAB	Seringue auto Bloquante
	Secteur Autonome de Bissau
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPI	Vaccin antipoliomyélique inactivé

Tableau 14 : Communautés défavorisées/ difficiles d'accès dans la région de Tombali_

Groupes / communautés	Nombre de personnes *	Caractéristiques de ces groupes / communautés	Localités/ lieux où sont situés ces groupes / communautés
Migrants	1548	Pêcheurs de Guinée Conakry Fulas de Guinée Conakry Emigrants de Guinée Conakry Pêcheurs vivant dans les campings, Fulas de Conakry, Timine de Sara-Leoa Naneas de Conakry Les pêcheurs ethniques de Guinée Conakry pêcheur de Guinée Conakry	Îles Catabam à Biana et Catabam Ntunda, Mampata Forea, Nghadoro, Afia Bunho, Sintcham Serifo Gamela Ilheu de Colbert Pepel, Calima Sintchur toma, Guiledje, Bendugo e Salero Cadico/Acampamento Catesse e canamine
Nomades	600	Population de la région frontalière de Guinée Conakry pendant la période de campagne de la noix de cajou	Afia, Cuntabane, Candambel, mampata forea, Mampata Bacirco, Sintcham Aliu

Populations dispersées / éloignées	12979	Population guinéenne vivant dans les Zones sanitaires des îles de Komo, paysans guinéens zones d'accès difficile sur 30 km Population d'agriculteurs guinéens vivant dispersés et séparés dans la zone sanitaire du Catio (40 km) Nalus, Balantas (vivant dans le accès difficile au centre), Balantas (population vivant sur l'île sans moyen de transport) Pêcheurs Population guinéenne résidant sur l'île de Melo Balantas dans le lointain plus de 35 km du CS	Uedequeia, Fatima, Catabam, Catungo, Camtom Unal, Ngaduro e puelcana Botche Bissa, Flac Nghol, Catchaque e Cabulom Gamela, Cafara, cascunda Tambacumba, Ilheu de Colbert Pepel Cadico/Acampamento Ile de Melo Botchi Djati, Botchi Cul, Botchi Nbunghe, Tchintchi Dari, Botchi Sansa
Total	15 127		

Tableau 15 : Communautés défavorisées/ difficile d'accès dans la région de Gabu

Groupes / communautés	Nombre de personnes *	Caractéristiques de ces groupes / communautés	Localités/ lieux où sont situés ces groupes / communautés
Pauvre dans les zones urbaines et périurbaines	20562	Population sans routes et réseau de communication; 75% sont des vendeurs; paysans.	Em quase toda a área sanitária de Beli; Bairros da cidade de Gabú; cercado pelos rios Dandula, Dalabá e Tabadora; na tabanca Sta. Mamudo e Bairro Nema.
Groupes religieux	5002	Ce sont des individus qui portent le voile et qui cachent les enfants (Négligeable); Gabú la majorité sont musulmans; un groupe islamique insignifiant.	Tabanca de Borro, Lindi Hafia, Cobolo; nos arredores de quase todas tabancas; nos Bairros de Leibala, Nema 2 e Engenharia; Capebonde e Famiredje

Migrants	844	Paysans qui se déplacent par temps de pluie à la recherche de terres fertiles;	Wali; Nhanta Faran, Buba, Capedje, M. Bussura, Madina Djarga, Parmanguel; Quewedje, Colebe, Senta-Sare
Nomades	2013	Groupe insignifiant de Poupées venant de Guinée Conakry sont des bergers de bétail; Les éleveurs pratiquent une agriculture de subsistance; Paysans	Vivem nas matas (Lalas); Cancodi, Doniora, sta. Barros e Bagaia; Farina, Candamani, Cancodi Saliu, Cumuda; Quewedje, Colebe, Famiradje; Sta. Cuia, Fasse, Braima Cantentem; Vivem em Sta. Canhe mas desloca periodicamente para as zonas de Bafatá;
Populations dispersées / éloignées	59504	Les éleveurs et les paysans à la saison des pluies;) Population très éloignée du centre (grande majorité) - agriculture de subsistance; population éloignée du centre de santé; travail du sol (Mpampam); coupure des voies de communication en saison des pluies; bergers de bétail; Tribu des agriculteurs mandinga, horticulteurs; la proximité de la région de Gabú; déplacer périodiquement à l'autre rive de la rivière Tchetché.	Ore-Bode, Ore-Mounde, Dinga Bantaghe e Copa; toda a área sanitária de Beli; Sta. Djote; Cancoli Binafa, Dinhor, Wassado, Ierosali, Cancube; Cabuca, Cubeba, Nhalem e Balaquebo; Codeça, Cubecunda, Afia Djalo, Sta. Ibil e Mamadu Bentem; Boe Caium; Afia e Madina Boe; zonas do rio Cabuca; zonas humidas; Sta. Suquel, Madina Mamasaliu, Sta. Dadi, Aliu Djau, Cumbenque; Madina Mussandim, Salquenhe; Djoel, Madina Bocar, Cudum e Yero Fatima; Nhapo, Sta. Pate, Cupuda, Iero Fololo, Samba Djalo, Sta Aladje Bubacar, Idae; Salmana; Sancaba, Teghor, Madina Aladje, Baco Madina, Sintchur Cada, Sta. Dembur, Cocare, Cataba Alfa, Sta Sabu, Daifa Badjeba.
Total	87 895		

Tableau 16 : Communautés défavorisées/ difficile d'accès dans la région de OIO

Groupes / communautés	Nombre de personnes *	Caractéristiques de ces groupes / communautés	Localités/ lieux où sont situés ces groupes / communautés
	Nombre de personnes*	Caractéristiques de ces groupes / communautés	Lugares/ localizações onde se encontram estes grupos/ comunidades
Pauvre dans les zones urbaines et périurbaines	3528	Personnes n'ayant pas les moyens financiers de se procurer le vaccin	Belel-Oio, Mandjica, samba culo, madina djendo, Ionfarim, sintcham laia, ponta Djabi, bulazinho
Migrants	136	Voyageurs à la recherche d'un emploi	Npaba Mansaba, ponta nova e cantchungozinho Candjadja, fajonquito, sansanbato, Canico, Cantaco, Bantassu, Nhani, Bissadjal e Tancrual .
Nomades	110	Éleveur de bétail Bergers vivant au bord des lacs	Nas Lalas Bolanhas de Lamoi , Bantandjam, Bironque e Manbonco Ndjoboia
Populations dispersées / éloignées	16009	Rivières et lacs Agriculteurs La saison des pluies entrave la stratégie avancée	Nsunte, Tama, Berra, Bissunaga e Naga de Baixo Brufa, Libar, Cuntuba, Bitcha, lador e Farol Tchale, Nquida, Quisanguee Uengue Outra Banda de Agri- Bissau, bumal, e Maxina Cussentche, Binif, Falam, Olom, Suare cunda, Darssalam, Nhimbe, Nghanhe, Tchalana 3 e Polibaque Nghantcha, Caie, Nrua, Udi Nghasson, Bissa, Ponta Wna, Ponta Arut, Ponta Domingos sambu e Culicunda
	19 783		

Tableau 17 : Communautés défavorisées/ difficile d'accès dans la région de SAB

Groupes / communautés	Nombre de personnes *	Caractéristiques de ces groupes / communautés	Localités/ lieux où sont situés ces groupes / communautés
Pauvre dans les zones urbaines et périurbaines	29 801	Paysans, vendeurs de charbon, pêcheurs; Population paysanne et pêcheuse Vendeurs ambulants	Djolo, São Paulo e Plack 1; Porto de canoa, Bandim zona 1; Cuntum Madina; Cupol; Quelelé - Zona 10
Groupes religieux	41 184	Musulmans et catholiques; Communautés de Conakry sénégalaises, guinéennes et nigérianes; Population du groupe ethnique nania; Ababos; Moins de 5 km	Mesquita; Bandim1- zona 7; Zona de Madina; Hafia e Cruzamento de Guimetal; Zona 6
Migrants	42 140	Les commerçants; Les migrants de Guinée-Conakry; Paysans et vendeuses; Communauté de Guinée-Conakry; Fulas de Guinée Conakry; Population de Conakry guinéen d'ethnie Fula; Mères commerçantes; Population vivant dans les casernes.	Zona de Cundoc; Arredores de PIME; Em toda área sanitária; Belém e Mindará; Zona de bolanha e Cuntum Madina; Mpantcha de Baixo e Lala Quema; Cruzamento de Guimetal; Zona 9, 10 e 11;
Groupes ethniques	15 147	Paysans et pêcheurs; Fulas, Mandingues, Manjacos, Balantas; Fulas de Guinée-Conakry; Population du groupe ethnique nania	Cunhut; Em toda área sanitária; Bandim 2- zona 2; Cuntum Madina; Hafia e Cruzamento de Guimetal; Zona 3
Nomades	0	Les populations voisines venant vaccinées et qui par la suite ne continuent pas dans cette CS (AS)	Míssira, Varela, Bandim e Cuntum;

Version : juillet 2017

Populations dispersées/ éloignées	25 278	Population rurale dont les mères sont des enfants; Papiers, fulas, mandingue, manjacos, balantas; Population qui doit traverser la rivière;	Ndame Teté e Ndamé Lerut; Djolo, São Paulo e Plack 1; Ilhéu do Rei;
Communautés / zones affectées par des conflits ou d'autres causes	0		
Autre (préciser): Population ayant des problèmes d'accessibilité; Éducation	5 307	Population sans niveau de scolarité et d'alphabétisation	Bissack; Achada, Varela, Presidência, Gã Coté e Chão de Papel
Total	158 857		

Version : juillet 2017

Carte de catégorisation et de choix des Régions Sanitaires prioritaires en Guinée-Bissau dans le cadre du RSS2/PEV/Gavi

