

Demande de soutien au programme

Le présent document est destiné à accompagner les plans nationaux de santé et de vaccination, les budgets et les autres documents de rapportage (par exemple, le cadre de performance et le plan de travail et budget opérationnels) présentés à Gavi dans le cadre du suivi de routine.

Partie A : Actuel soutien de Gavi et enseignements

1. Informations concernant le pays

Pays	Guinée
Années couvertes par le plan national de santé	2015 – 2024
Années couvertes par le Plan de Relance et de Résilience du Système de santé	2015 – 2017
Années de la stratégie de vaccination (p. ex PPAC):	2016 – 2020
Dates de début et fin de l'exercice financier national	1 ^{er} Janvier au 31 décembre
Budget total annuel de vaccination (année dernière):	ND
Dates de début et fin de la planification du travail opérationnel	Juin – Novembre
Date visée pour la finalisation du plan de travail annuel	31 Décembre
Date visée pour l'arrivée des fonds dans le pays	Janvier 2017
Prochaine revue du portefeuille (année de la stratégie d'immunisation)	2020

2. Portefeuille de soutien de Gavi existant

En vaccins (routine, AVS)	MenA campagne (2014), Penta, Fièvre jaune et VPI
Financier (RSS, soutien opérationnel aux campagnes, AIV)	RSS1 (\$2, 134,500, 2012 - 2016) Soutien opérationnel pour MenA (\$2, 321,536, 2014 – 2015) Plan de Relance du PEV (\$6, 050,152, 2015) AIV (\$356,500, 2015)

3. 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

Couverture du vaccin anti rougeoleux (première dose) au niveau national (VAR1)	62.8 % (Enquête de couverture vaccinale 2016)
Portée de la couverture de routine: Couverture du Penta 3 au niveau national (Penta 3)	66 % (Enquête de couverture vaccinale 2016)
Équité géographique de la couverture vaccinale: pourcentage de districts, ou de zones administratives équivalentes, avec une couverture Penta 3 supérieure à 80%.	73% (JRF, 2015)
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	32.4 % pour le quintile le plus pauvre et 62.2% pour le quintile le plus riche soit 29.8 points de pourcentage d'écart (EDS, 2012)
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	43% pour les mères d'éducation primaire et 56% pour le secondaire, soit un écart de 13 points de pourcentage (EDS, 2012)
Qualité des données: écart de pourcentage entre la couverture administrative nationale Penta 3 et l'estimation de la revue	38% écart de pourcentage 2015 (estimation OMS/UNICEF, 2015)
Score composite national de la dernière Gestion efficace des vaccins (GEV) (score annuel et agrégé)	37% (Rapport GEV 2016)
Taux d'abandon entre le Penta 1 et le Penta 3	9 écarts de pourcentage (Estimations OMS et UNICEF, 2015) : DTC1=60 et DTC3=51

Investissement dans la vaccination de routine par enfant	<i>Pré-rempli par le Secrétariat</i>
Autres informations pertinentes (à compléter selon les besoins)	<i>Pré-rempli par le Secrétariat</i>

4. Performance antérieure des subventions, difficultés de mise en œuvre et enseignements (3-4 pages)

Afin de compléter les données rapportées dans le cadre de performance actualisé et dans les rapports financiers, veuillez expliquer tous les problèmes rencontrés, tels que des objectifs insuffisamment atteints, les problèmes de mise en œuvre associés et les principaux enseignements tirés du reporting de la période précédente.

Veuillez commenter brièvement les questions de vaccination (SVN) et soutien au renforcement des systèmes de santé et de vaccination (RSS, soutien opérationnel aux campagnes, Allocation d'introduction des Vaccins (AIV):

- Activités prévues et réalisées;
- Dépenses engagées excessives ou insuffisantes;
- Participation des principales parties prenantes au cours de la dernière année de mise en œuvre
- Le cas échéant, l'utilisation des paiements de RSS basés sur la performance
- Statut ou conclusions des évaluations de la qualité des données ou des examens menés depuis le dernier reporting à Gavi.

Au cours des cinq dernières années, la République de Guinée a bénéficié de GAVI une subvention pour le Renforcement du Système de Santé (RSS 1) couvrant la période 2010-2016. Cette subvention est cogérée par le Ministère de la Santé et le bureau pays OMS. Elle inclut un appui complémentaire pour la relance post Ebola du Programme élargi de vaccination -PEV- (géré par UNICEF) pour la période 2015-2016.

1) Performance dans la mise en œuvre des subventions antérieures

1.1 RSS 1

Le montant total accordé à la Guinée par Gavi au compte de la subvention « Renforcement du Système de Santé » (RSS1) était de 2 134 200 USD. Les deux principaux objectifs cibles de cette subvention ont été faiblement atteints avec une couverture vaccinale en 2015 de 66% en Penta 3 et de 63.5% en VAR¹; une faible accessibilité des soins essentiels avec 8 établissements sanitaires (ES) sur 10 (81%) qui disposent des services de vaccination. Cependant seulement 7% des ES sont capables d'offrir le paquet complet de prestations de services (SARA, 2015). Les principales activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du RSS1 sont entre autres : acquisitions de la chaîne de froid, la de la logistique, médicaments et intrants en soins obstétricaux de base et complet (50 réfrigérateurs solaires ; 50 motos, 5 véhicules de supervision, 2 ambulances, Achat de kits SOUB, kits SOUC, dotation des structures en médicaments et kits césariens) ; appui au renforcement institutionnel, et de la coordination à tous les niveaux (organisation des sessions de comité technique régional et préfectoraux de santé -CTRS et CTPS-, visites de supervision du niveau central, intermédiaire et de district).

L'évaluation conjointe du cadre de performance du RSS1 conduite en 2015, a mis en exergue un faible niveau de réalisation des activités planifiées (48%) et d'exécution financière (38%). Les raisons de cette faible performance sont entre autres : (i) la faiblesse du leadership national dans la gestion des subventions, (ii) le manque de définition claire des rôles et responsabilités des acteurs de mise en œuvre et de gestion, (iii) la rupture répétée des vaccins et intrants ; (iv) la faible capacité d'approvisionnement, (v) l'insuffisance de capacité de gestion administrative et financière, (vi) et le contexte lié à la Maladie à Virus Ébola (MVE) qui sévissait dans le pays depuis fin 2013. A l'issue de l'évaluation conjointe, une demande de prolongation et de reprogrammation des fonds alloués au RSS1 avait été recommandée.

1.2 Plan de relance du PEV (pendant et post Epidémie de maladie à virus Ebola)

Dans le cadre de la relance du PEV dans le contexte Ebola, la Guinée a bénéficié d'un appui financier complémentaire de la part de Gavi de 6 050 152 USD à court et à moyen terme (18 mois : juillet 2015-décembre 2016).

La performance de ce plan s'est avérée appréciable à l'issue de l'évaluation de la mise en œuvre: 69% d'exécution programmatique et 70% d'exécution financière au 31 mai 2016. Les principales réalisations ont concerné le renforcement de la logistique et de la chaîne du froid (2 camions, 100 motos, 159 frigos solaires) ; le recrutement de 100 agents de santé affectés dans les zones difficiles d'accès et de faible couverture vaccinale ; la conduite de la campagne de suivi contre la rougeole, l'évaluation de la couverture vaccinale, l'évaluation de la gestion efficace des vaccins. Toutefois, la persistance de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) et l'organisation de séries de campagnes de vaccination contre la poliomyélite ont eu un impact sur la vaccination de routine par endroit. Malgré la persistance des derniers foyers de la Maladie à Virus Ebola en fin 2015 et début 2016, le pays a fait des avancées significatives dans la réponse simultanée à l'épidémie de Poliomyélite qu'il convient de souligner². Ainsi,

¹ Rapport d'enquête de couverture chez les enfants de 12 à 23 mois, 2016

² Rapport 2ème évaluation indépendante de la réponse à l'épidémie de PVDVc 2 en Guinée, Polio Global Initiative 19 août 2016

des campagnes de vaccination nationales dans ce contexte difficile, ont permis d'avoir accès aux enfants non vaccinés, surtout au niveau de certaines zones à faible couverture ou encore de foyer d'épidémie de polio (Haute Guinée : Siguiri, District de Faranah).

Les domaines d'activités à faible taux de réalisation RSS1/Plan de relance PEV, concernent la surveillance épidémiologique, la gestion de la chaîne logistique, le renforcement de l'unité de gestion du niveau central du PEV, la gestion des données de vaccination et surveillance, le renforcement des capacités des personnels de santé, la supervision et le suivi-évaluation du projet.

Parmi les activités dont le coût a été sous-estimé, figurent l'achat des camions d'approvisionnement (montant prévu pour quatre camions n'a pu couvrir que deux camions) ; la communication pour le développement et l'appui institutionnel.

2) Evaluation de la gestion de la qualité des données de vaccination

Il a été constaté par les parties prenantes que la qualité des données de vaccination remontées par le niveau périphérique et la complétude des rapports sont faibles. L'évaluation de la qualité des données réalisée par l'AMP en 2014 a fait des constats ci-après :

- La complétude est dans l'ensemble bonne à tous les niveaux (CS 100%, District 97% et Région 90%) ;
- La promptitude par contre, n'est pas toujours bonne (53% CS, 48% District et de 6-73% région) ;
- Les rapports des centres de santé vers les districts seraient exhaustifs à 70% sur la période évaluée, 80% pour les rapports des districts au niveau régional, et 25% pour les régions ;
- Dans 75% des CS, il n'y a des différences significatives entre les données Penta3 rapportées et celles recomptées ;
- Le sur-rapportage a été noté dans 4 des 20 centres visités (20%) ;
- L'exactitude serait bonne dans 7 districts sur 10 (70%) avec un district en sous-rapportage et un autre en sur-rapportage.

Cette faible performance pourrait être liée non seulement à la faiblesse du leadership au niveau central, à l'insuffisance d'équipements et de matériels de travail adéquats et aux faibles capacités de traitement, d'analyse et d'utilisation des données de vaccination à tous les niveaux.

3) Leçons apprises/enseignements tirés

Au titre des leçons apprises dans la mise en œuvre du RSS1 et du Plan de relance, il est à noter que :

- a. Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de relance du PEV et du RSS1, plusieurs acteurs (organisations de la société civile, Partenaires Techniques et Financiers (UNICEF, OMS, AMP, USAID, UNFPA, POSSAV) communautés, ONG...) ont apporté leur contribution à l'exécution des activités des différentes subventions telles que la mobilisation sociale, la mobilisation des ressources matérielles, financières et humaines. Ceci a permis de développer un partenariat solide et efficace entre les différentes parties prenantes.
- b. L'établissement de partenariat multisectoriel (Ministère de la santé/PEV – Unicef - POSSaV) dans la gestion de projet à dimension multiple s'est révélé comme un modèle de réussite et de bonne performance du plan de relance PEV (recrutement d'assistants techniques internationaux et nationaux, utilisation des outils comptables et financier et le dispositif approvisionnement approprié...). Ceci a favorisé l'acquisition rapide des intrants, de la logistique et l'offre des services de vaccination à la population dans un contexte contraignant de crise Ebola.
- c. La réalisation du test d'acceptabilité de la vaccination par la communauté et l'applicabilité des directives de l'OMS en matière de prévention des Infections (PI) ont favorisée l'adhésion de la population et la mise en œuvre des activités de riposte à l'épidémie de rougeole dans les districts de Gaoual et Koundara dans le contexte de crise sanitaires (Ebola) en 2014 et en 2015.
- d. La faible capacité de gestion (personnel en nombre insuffisant, profil peu adapté et faiblement qualifié pour des tâches requises) et de coordination des équipes cadres des districts (aucun district n'a pu réaliser ses 4 sessions ordinaires de comité technique préfectoral de santé en 2015), des régions (aucune région n'a tenu toutes ses 2 sessions ordinaires de comité technique régional de santé en 2014 et 2015) et de la coordination du PEV (personnel posté insuffisant, organigramme inadéquat au volume de travail et faiblement meublé à ce jour) n'a pas facilité un accompagnement adéquat des agents de santé au niveau opérationnel. En conséquence, l'atteinte du niveau de performance escompté est restée non satisfaisante.
- e. Le manque d'intégration des services de vaccination dans les secteurs privés et hôpitaux publics a limité l'accès et l'utilisation des services lors de la mise en œuvre du plan de relance du PEV
- f. Le faible niveau de compétences techniques et l'insuffisance de suivi du personnel dans les formations sanitaires n'a pas facilité la mise en œuvre convenable des activités de vaccination.
- g. L'absence de mécanisme national de « Fonds commun » pour la prise en charge intégrée du Paquet Minimum d'Activités (PMA) a affecté l'utilisation des fonds disponibles dans le pays pour faire face aux obligations d'achats des vaccins traditionnels, de co-financement et de la mise œuvre des autres activités opérationnelles de renforcement du système de santé y compris la vaccination.
- h. L'absence de procédures harmonisées de gestion administrative, comptable et financière ainsi que les directives claires de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), du Plan de

Relance et de Résilience du Système de Santé (PRRSS), des Plans d'action opérationnels (PAO) et du Plan de Relance du PEV (PRPEV) a influé sur l'efficacité et l'efficience de ces plans au niveau national, régional et district.

5. Pérennité financière (et, le cas échéant, planification de la transition)

Pour les domaines de soutien existants de Gavi qui représentent des investissements importants dans des frais récurrents, veuillez expliquer brièvement les progrès réalisés dans leur planification/soutien financier après la fin du soutien de Gavi.

Le cas échéant, veuillez décrire les progrès de la mise en œuvre des activités de transition planifiées, ainsi que les modifications du plan de transition requises pour les prochaines années, y compris les justifications et les coûts/financements proposés.

Selon la classification de Gavi, la République de Guinée fait partie de la catégorie des pays à « **Autofinancement initial** » du programme de vaccination. C'est dire les pays dont le Revenu National Brut (RNB) par habitant est inférieur ou égal à 1045 USD³. Pour ce faire, ils contribuent au cofinancement de ces vaccins en raison de 0.20USD par dose.

Dans la logique de pérenniser les acquis des subventions de Gavi, le pays élaborera un plan de transition avec l'appui de ces partenaires sera élaboré. La mise en œuvre de ce plan va requérir du financement de l'Etat qui tient compte de l'accroissement annuel de deux (2) points de pourcentage de la part du budget alloué au secteur de la santé dans le budget national de développement jusqu'à atteindre 10% à l'horizon 2019 et 15% en 2024. Aussi, le recouvrement partiel des coûts par structure de prestation et services et le soutien complémentaire apporté par les PTF (UNICEF, OMS, Banque Mondiale, UNFPA UE, GIZ, USAID, Fonds Mondial...) contribueront également à la mise en œuvre du plan de transition. L'amélioration continue de la gouvernance du système de santé sera un gage pour la réussite de ladite transition. A ce jour, le pays est en phase d'initiation et de préparation marquée par des consultations entre les différentes parties prenantes à cet effet.

La nouvelle subvention RSS 2 et soutien à la vaccination pour la période 2017-2021 permettra de maintenir les acquis des subventions antérieures et va cibler prioritairement 21 districts sanitaires à faible performance répartis dans 8 Régions. Les critères utilisés pour la sélection de ces 21 districts sont :

- CV Penta 3/VAR <80 % ;
- % d'enfants 12-23 mois n'ayant reçu aucune doses de vaccin en routine ;
- Absence de PTF dans les districts.

Pour le soutien de Gavi au compte de cette demande, ces 21 districts sanitaires ont été subdivisées en deux catégories selon la complémentarité des interventions à mener :

- a) Catégorie 1 (12 DS) :** Mise en œuvre du paquet complet (Plan GEV, renforcement des capacités du personnel, mécanisme de coordination, monitoring...), ce sont : Kankan, Mandiana, Kouroussa, Kérouané, Siguiri, Forécariah, Dubréka, Telimele, Gaoual, Matoto, Ratoma et Pita.
- b) Catégorie 2 (9DS):** les districts pour lesquels l'on fournira le paquet complémentaire (vaccins/logistique) aux interventions proposées par les PTF présents dans ces localités. Il s'agit entre autres de la Banque Mondiale (Projet d'Amélioration des Services de Santé Primaires), du FM (soutien au renforcement du système de santé à travers le Sida, le Paludisme et la Tuberculose), de la Coopération Allemande (Projets d'amélioration de la couverture en santé maternelle et infantile dans les zones vulnérables), de la Coopération Française (renforcement de capacité diagnostique biomédicale des établissements de santé, de l'USAID (Projet de surveillance et de la sécurité internationale en santé). Ces districts sont : Labé, Dabola, Dinguiraye, Faranah, Kissidougou, Gueckedou, Macenta, Lola et Yomou.

Sur le plan pérennité, la présente proposition s'inscrit dans la continuité et l'extension des interventions précédentes. Les initiatives actuelles de l'Etat (le recrutement graduel de 2000 agents de santé par an, la mise en œuvre du compact national, l'accroissement de la subvention en faveur des structures sanitaires, l'engagement à rehausser progressivement la part du budget alloué au secteur de la santé de 4% en 2016 à 10 % d'ici 2020, l'alimentation conséquente de la ligne budgétaire et le décaissement effectif des fonds pour la vaccination). L'Etat entend également renforcer le cadre consultatif et consultatif avec les partenaires techniques et financiers. Aussi, l'appropriation progressive par l'Etat des ressources domestiques du financement de la santé (mobilisation des ressources financières auprès du secteur minier, taxes sur la téléphonie mobile, le tabac, les produits pétroliers...). Toutes ces initiatives de collaboration vont dans le sens de la pérennité des investissements et contribueront à combler les besoins en médicaments et vaccins de routine, la fourniture de kits césarienne, l'entretien et le fonctionnement de la chaîne du froid, des véhicules et motos affectés au personnel de santé.

Partie B : Aperçu du plan d'action pour la durée de la stratégie nationale d'immunisation

³ General Guideline for application in 2016, Gavi.

6. Introductions de vaccins prévues pour la durée de la stratégie nationale d'immunisation

Cette section doit comprendre tous futurs vaccins actuellement à l'étude par le pays (y compris les campagnes récurrentes). Ce document est une indication des plans nationaux et ne constitue pas un engagement du pays à introduire les vaccins mentionnés ci-dessous.

6.1. Vaccins dont l'utilisation dans le programme de vaccination est prévue, y compris dans les campagnes récurrentes

Vaccin	Mois / année d'introduction ou AVS	Commentaires, y compris la présentation préférée	Routine ou campagne	
1	Vaccin contre les infections à pneumocoques (PCV 13)	Mars 2018	4 doses par flacon	routine
2	Vaccin contre les infections diarrhéiques a rota virus (Rota)	Octobre 2018	1 dose par flacon	routine
3	Vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque A (Men A)	Mars 2019	10 doses par flacon	routine
4	Vaccin contre le papilloma virus humain (HPV)	Juin 2019	1 dose par flacon	routine
5	Vaccin contre la poliomyélite le type 2 (mOPV Type 2)	Décembre 2016	20 doses par flacon	AVS
6	Vaccin contre le tétanos/diphtérie (Td)	Janvier 2017	10 doses par flacon	routine
7	Vaccin contre la rougeole/rubéole (RR)	Juin 2020	10 doses par flacon	routine

6.2 Demande de changement de la présentation du vaccin

Vaccin	Mois / année de changement	Commentaires, y compris la présentation préférée
Non Applicable (N/A)		

6.3 Introductions de nouveaux vaccins et campagnes récurrentes

Si les introductions et les campagnes proposées ne sont pas incluses dans les stratégies nationales, Gavi peut demander des informations supplémentaires.

- Pour les introductions et les AVS planifiées pour les 2 prochaines années, veuillez indiquer les exigences de cofinancement annuel additionnel et résumer brièvement, pour chaque vaccin ou AVS, les principaux défis programmatiques à affronter avant l'introduction (par exemple, l'élargissement de la chaîne du froid). Les activités préparatoires à l'introduction du vaccin doivent figurer dans le plan de travail annuel du pays.
- Pour les introductions et les AVS planifiées pour les 3-5 prochaines années, veuillez indiquer le vaccin et l'année d'introduction estimée, la justification de l'inclusion, une description de la consultation interne (GTCV, CCIA, MS) et le processus de prise de décision, y compris son échéancier, des considérations de pérennité programmatique et financière et l'identification des besoins d'assistance technique au cours des prochaines années.

Vaccin 1	Année d'introduction estimée	Cofinancement annuel estimé
Vaccin contre les infections à pneumocoques (PCV 13)	2018	209 939 USD (2018)
Principaux défis programmatiques à affronter avant l'introduction de chaque vaccin ou AVS et étapes/échéances associées pour préparer l'introduction:	<p>Pour l'introduction du PCV 13, il est à noter les défis programmatiques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible capacités de stockage aux niveaux intermédiaire et périphérique <p>La capacité de stockage disponible en positif au niveau central est suffisante pour l'introduction de ce vaccin en 2018. Cependant, elle reste insuffisante pour les niveaux intermédiaires et périphériques. Pour ce faire, la Guinée envisage le remodelage de son système d'approvisionnement d'ici fin 2016 en réalisant une étude/évaluation sur la chaîne du froid. Les résultats de cette évaluation et l'acceptation du document de la soumission à la plateforme des équipements de la chaîne du froid permettront de faire face aux défis liés à l'insuffisance de capacité de stockage et d'approvisionnement au niveau intermédiaire et périphérique. En attendant les résultats de cette étude, la solarisation des 3 chambres froides disponibles à Kankan, Labé et Nzérékoré et leur utilisation comme dépôts sub-nationaux pourrait permettre l'amélioration du système de distribution. Au niveau district et centre de santé,</p>	

les capacités de stockage seront renforcées à partir de 2017 en tenant compte des introductions futures (PCV13, Rota, Men A, HPV). Dans la mise en œuvre du plan de relance, 175 réfrigérateurs solaires SDD ont été installés et ce processus se poursuivra à partir de 2017 dans le cadre de la nouvelle soumission à Gavi.

- **Faible capacités du pays à assurer de façon pérenne l'achat des vaccins traditionnels et le co-financement reste un grand défi à relever** (cf. chapitre 5, pérennité financière).

- **Insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux.**

Dans le cadre de la gestion des déchets biomédicaux, le pays dispose de 25 incinérateurs installés et 26 non installés. Le gros défi est l'installation et le fonctionnement de l'ensemble de ces incinérateurs. En tenant compte de la dangerosité des déchets biomédicaux (DBM), la stratégie nationale de la gestion des déchets biomédicaux (GDBM) prévoit la dotation de chaque centre de santé en incinérateurs solaire. En dehors des incinérateurs type Red line, les autres sont quasiment inadaptés à nos conditions (consommation élevée en carburant, maintenance non aisée, ne respectent pas l'environnement, exigence d'électricité difficile à satisfaire). Les incinérateurs fournis par la chine en période d'épidémie ne répondent pas aux attentes et ne sont toujours pas mis en fonctionnement. Les incinérateurs sont essentiellement dans les hôpitaux et la vaccination se passe dans les communautés donc au niveau centre de santé.

Avant l'introduction du vaccin PCV 13, les étapes suivantes sont nécessaires :

- **Comités de coordination** : la mise en place des comités de coordination fonctionnels à tous les niveaux du système de santé est indispensable pour la conduite de toute campagne ou introduction de nouveaux vaccins au moins 6 mois avant le démarrage.
- **Planification et surtout Micro planification** : l'implication des différents intervenants et partenaires à toutes les étapes de la planification de l'introduction est fondamentale ; L'élaboration des micros plans par les districts (PS, CS et ECD) en impliquant les ASC qui ont une connaissance approfondie de leur zone et les membres des COSAH permet une meilleure répartition des ressources et évite les ruptures de stocks d'intrants.
- **Supervision** : la qualité de la supervision de proximité a un impact sur la performance des équipes de vaccination et de coordination ; cette qualité dépend de la qualité des superviseurs recrutés, de leur formation mais surtout de leur suivi et évaluation régulière.
- **Gestion des déchets** : Un plan de gestion de déchets avec la mise à contribution entre autres des hôpitaux pour la destruction des déchets issues des activités de vaccination renforce la gestion sécurisée des déchets, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ce plan est critique.
- **Monitoring** : l'organisation systématique du monitoring avant (niveau de préparation), pendant (enquête rapide de convenance) et après (monitoring de la couverture) y compris les enquêtes de couverture vaccinales, sont indispensables pour le suivi et la correction des insuffisances au cours de la mise en œuvre.
- **Ressources** : la mise à disposition à temps et en quantité suffisante des ressources permet une bonne exécution des activités ; d'où la nécessité d'accélérer la mise à disposition des directives et procédures de mise à disposition et d'utilisation des ressources.
- **Communication** : l'implication des autorités administratives, politiques, coutumières et religieuses et d'autres acteurs surtout au niveau communautaire compétents dans le domaine de la communication permet d'améliorer l'adhésion des communautés aux activités de vaccination ;
- **La capitalisation** et la généralisation des bonnes pratiques issues des campagnes passées.

	<p>- Formation : celle-ci doit être conduite dans le temps avec des outils adaptés et par des formateurs qui auront été préalablement formés.</p>
<p>Pour les plans à long terme, justification de l'introduction, description du processus de prise de décision, enseignements tirés des introductions passées et besoins d'assistance technique</p>	<p>1) Justification : sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination. Parmi les autres maladies transmissibles, 6%⁴ des enfants de moins de 5 ans présentent des symptômes d'infection respiratoire aigüe. Ces pathologies représentent la deuxième cause de mortalité chez les moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité dans cette tranche d'âge. L'introduction du PCV 13 permettra de réduire efficacement les risques de mortalité liée aux pneumocoques.</p> <p>2) Processus de prise de décision : 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 Coordination du PEV va élaborer et soumettre une note conceptuelle au CCIA et/ou au GTCV pour avis et approbation par le Cabinet. Une communication en conseil de ministres sera faite pour information.</p> <p>3) Enseignements tirés des introductions antérieures (DTC-HepB-Hib et VPI) sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la bonne préparation, au moins 6 mois avant l'introduction du VPI et du penta dans le PEV de routine et l'accompagnement des PTF ont été un gage certain à la réussite de cet évènement à tous les niveaux ; - l'organisation d'une évaluation post introduction a permis de tirer les bonnes leçons et corriger les insuffisances pour les prochaines introductions ; - l'utilisation des flacons de 10 doses contrairement aux flacons mono-dose a facilité la gestion du vaccin pentavalent au niveau des sites de vaccinations. <p>Dans ce cadre, le pays aura besoin d'un accompagnement technique notamment dans les domaines de la micro-planification, de l'élaboration/révision des outils.</p>

Vaccin 2	Année d'introduction estimée	Cofinancement annuel estimé
<p>Vaccin contre les infections à rotavirus (Rota)</p>	<p>2018</p>	<p>ND</p>
<p>Principaux défis programmatiques à affronter avant l'introduction de chaque vaccin ou AVS et étapes/échéances associées pour préparer l'introduction:</p>	<p>Les défis programmatiques avant l'introduction du vaccin Rota et les étapes/échéances associées pour préparer l'introduction restent identiques à ceux du PCV 13.</p> <p>Les étapes d'introduction précédemment citées dans l'introduction du PCV13 sont identiques pour l'introduction du Rota.</p>	
<p>Pour les plans à long terme, justification de l'introduction, description du processus de prise de décision, enseignements tirés des introductions passées et besoins d'assistance technique</p>	<p>1) Justification : les diarrhées virales restent une des principales causes de morbidité et de mortalité infantiles en Guinée. Elles représentent 16% des maladies transmissibles⁵ chez les enfants de moins de 5 ans et constituent la troisième cause de mortalité infantile. L'introduction du vaccin contre le Rotavirus permettra de réduire la mortalité infantile due aux diarrhées virales.</p> <p>2) Processus de prise de décision : 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 Coordination du PEV va élaborer et soumettre une note conceptuelle au CCIA et/ou au GTCV pour avis et approbation par le Cabinet. Une communication en conseil de ministres sera faite pour information.</p> <p>3) Leçons tirées : Les enseignements tirés de l'introduction du PCV 13 permettront d'améliorer le processus d'introduction du Rota.</p>	

⁴ Source: PNDS

⁵ Source: PNDS 2015-2024

	Dans ce cadre, le pays aura besoin d'un accompagnement technique notamment dans les domaines de la micro-planification, de l'élaboration/révision des outils.
--	---

Vaccin 3	Année d'introduction estimée	Cofinancement annuel estimé
Vaccin contre les infections à méningocoque A (Men A)	2019	60 559 USD
Principaux défis programmatiques à affronter avant l'introduction de chaque vaccin ou AVS et étapes/échéances associées pour préparer l'introduction:	<p>Pour l'introduction du MenA, les défis programmatiques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un gap de 7 934 litres pour l'introduction du Men A, ce qui nécessitera : (i) l'installation d'une chambre froide additionnelle de 40 m3 au niveau central, (ii) la solarisation des 3 dépôts sub-nationaux et (iii) le renforcement des capacités de stockage au niveau district et centres de santé ; ▪ Accumulation de sujets susceptibles (enfants de 1 à 5 ans) entre la campagne préventive organisée en aout 2015 et la date prévue pour l'introduction du MenA, pour lesquels l'organisation d'une campagne dans les 17 districts sanitaires de la ceinture méningitique. <p>Son introduction obéira aux étapes décrites précédemment (cf.PCV13 et Rota) .</p>	
Pour les plans à long terme, justification de l'introduction, description du processus de prise de décision, enseignements tirés des introductions passées et besoins d'assistance technique	<p>1) Justification : la Guinée fait partie de la ceinture méningitique avec 17 districts à risque sur 38. De ce fait, elle se trouve confrontée aux épidémies de méningites à méningocoque. Durant les trois dernières années, le pays a enregistré 85 cas de méningite avec une létalité de 15,29 % (2013), 582 cas dont 96 décès (2014) avec franchissement du seuil épidémique dans deux districts sanitaires (Mandiana et Siguiri) et, 131 cas dont 23 décès en 2015⁶. Face à cette situation, une riposte a été réalisée pour les deux districts en juin 2014. Pour les 15 autres, une campagne de vaccination préventive contre la méningite à méningocoque A a été conduite en aout 2015. La situation épidémiologique de la semaine 1 à la semaine 37 de 2016 est de 109 cas de méningite dont 62 décès⁷. Vu ce contexte, il s'avère important d'introduire le vaccin MenA dans le PEV de routine en Guinée. Selon les directives de l'OMS, il est recommandé d'introduire le Men A dans le PEV de routine 3 à 5 ans après la dernière campagne de masse.</p> <p>2) Processus de prise de décision : 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 Coordination du PEV va élaborer et soumettre une note conceptuelle au CCIA et/ou au GTCV pour avis et approbation par le Cabinet. Une communication en conseil de ministres sera faite pour information.</p> <p>3) Leçons apprises : 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>	

Vaccin 4	Année d'introduction estimée	Cofinancement annuel estimé
Vaccin contre le Papilloma virus humain	2019	ND
Principaux défis programmatiques à affronter avant l'introduction de	La solarisation des 3 dépôts sub-nationaux et le renforcement des capacités de stockage au niveau district et centres de santé lors de l'introduction du PCV 13 permettront d'avoir des capacités suffisantes de stockage du HPV au niveau	

⁶ Source : Plan de mise en œuvre de la campagne contre la méningite

⁷ Source : rapport hebdomadaire de la semaine 37 du DPLM, 2016.

<p>chaque vaccin ou AVS et étapes/échéances associées pour préparer l'introduction:</p>	<p>intermédiaire et périphérique. Le défi demeure dans la mise en place d'une phase transitoire d'introduction au niveau de deux districts sanitaires (démonstration), l'un dans la région de Conakry (Kaloum) et l'autre dans la région de Mamou (Pita) avant le passage à l'échelle. Cette phase destinée à tester et maîtriser les stratégies et les coûts d'introduction de ce vaccin dont la cible n'est pas la cible habituelle du PEV et qui implique d'autres secteurs jusque-là insuffisamment impliqués dans la mise en œuvre des activités de vaccination de routine.</p> <p>Les étapes d'introduction précédemment citées dans l'introduction du PCV13, Rota et MenA sont identiques pour l'introduction du HPV.</p>
<p>Pour les plans à long terme, justification de l'introduction, description du processus de prise de décision, enseignements tirés des introductions passées et besoins d'assistance technique</p>	<p>1) Justification : 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, quelques 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. En Guinée, au centre de cancérologie de l'Hôpital National Donka, il représente 50% de tous les cancers et constituent un véritable problème de santé publique. Il a été diagnostiqué entre 2014 et 2015, respectivement 177 et 186 cas. La recrudescence des infections génitales entraînant les cas de cancer du col de l'utérus chez les femmes et le faible niveau de dépistage des lésions précancéreuses, les perspectives de traitement de cette maladie à un stade très avancé étant assez médiocres et l'existence de deux vaccins qui protègent contre les PVH 16 et 18 justifient l'introduction de ce vaccin chez les filles de 9 à 13 ans avant le premier rapport sexuel en Guinée. L'introduction du vaccin HPV comportera une phase de démonstration (2019 - 2021) au niveau de deux districts et une phase de mise à échelle. La phase pilote concernera 10% de la population des filles dans deux districts sanitaires. Les leçons tirées de cette démonstration seront mise à profit pour le passage à l'échelle.</p> <p>2) Processus de prise de décision : 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 Coordination du PEV va élaborer et soumettre une note conceptuelle au CCIA et/ou au GTCV pour avis et approbation par le Cabinet. Une communication en conseil de ministres sera faite pour information.</p> <p>3) Leçons apprises : 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>

Vaccin 5	Année d'introduction estimée	Cofinancement annuel estimé
<p>Vaccin contre la poliomyélite le type 2 (mOPV Type 2)</p>	<p>2016</p>	
<p>Principaux défis programmatiques à affronter avant l'introduction de chaque vaccin ou AVS et étapes/échéances associées pour préparer l'introduction:</p>	<p>Il ne s'agit pas d'une nouvelle introduction, mais plutôt l'utilisation de ce type de vaccin afin de contribuer à l'arrêt de la circulation du Polio virus dérivé de souche vaccinale (cVDPV type 2). Cette utilisation concernera seulement deux Districts Sanitaires (Kankan et Siguiri).</p> <p>Les principaux défis programmatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'obtention de l'autorisation par la directrice générale de l'OMS la libération du mOPV type 2 ; ▪ La gestion du vaccin pendant et après l'organisation des AVS (utilisation séparée pendant les AVS et le retrait après les AVS). <p>Les étapes d'utilisation obéiront à celles habituellement suivies pour l'organisation des AVS dans le pays.</p>	
<p>Pour les plans à long terme, justification de l'introduction, description du processus de</p>	<p>1) Justification : Depuis septembre 2015, le pays fait face à une épidémie due au virus de la polio dérivé de la souche vaccinale de type 2. En réponse à cette épidémie, sept (7) journées Nationales et locales de vaccinations ont été organisées, ainsi que deux évaluations indépendantes. En l'absence de</p>	

prise de décision, enseignements tirés des introductions passées et besoins d'assistance technique	<p>preuves évidentes de l'arrêt de la circulation du polio virus, la mission d'évaluation (OBRA 2) a recommandé l'utilisation du vaccin mono valent de type 2 à échelle réduite dans deux districts sanitaires pour les futures AVS d'ici à la fin de l'année 2016.</p> <p>2) Processus de prise de décision : 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, le Ministère de la santé va élaborer et soumettre une requête à l'OMS pour l'acquisition et autorisation d'utilisation du mOPV lors des AVS.</p> <p>3) Les enseignements tirés (Etiquetage, communication spécifique, approvisionnement, gestion du stock...) de l'introduction du bivalent (bOPV) orienteront le processus d'utilisation du mOPV lors de AVS.</p> <p>Le dispose sur place d'une assistance technique (consultants OMS/Unicef) qui appuiera la mise en œuvre de cette intervention.</p>
--	--

Vaccin 6	Année d'introduction estimée	Cofinancement annuel estimé
Vaccin contre le tétanos/diphtérie (Td)	2017	
Principaux défis programmatiques à affronter avant l'introduction de chaque vaccin ou AVS et étapes/échéances associées pour préparer l'introduction:	<p>Il s'agit d'un remplacement du VAT par le Td dans le PEV de routine et les AVS. La routine cible les femmes enceintes, les AVS ciblent les femmes en âge de procréation.</p> <p>Le principal défi programmatique est l'enregistrement de ce vaccin au niveau de la direction nationale des pharmacies et des laboratoires.</p> <p>Les étapes d'introduction obéiront à celles habituellement suivies par les autres précédemment citées.</p>	
Pour les plans à long terme, justification de l'introduction, description du processus de prise de décision, enseignements tirés des introductions passées et besoins d'assistance technique	<p>1) Justification : La Guinée fait partie des pays qui n'ont pas encore éliminé le tétanos maternel et néonatal. Selon le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité de la République de Guinée, 61 cas suspects dont 20 décès de tétanos maternel et néonatal ont été enregistrés entre la première et la 37^{ème} semaine de 2016⁸. Depuis toujours, le pays utilise le vaccin monovalent antitétanique VAT pour prévenir cette maladie. Suite aux recommandations des récentes études (OMS), le pays se propose d'utiliser désormais le vaccin bivalent Tétanos - Diphtérie (Td). Ce dernier a une valeur ajoutée dans l'immunisation de la population dans la mesure où il comporte deux antigènes dont la fraction diphtérique qui confère une grande immunité. Lorsque le nombre de doses recommandé du vaccin Td est administré aux gens, il les protège dans pratiquement 100 pour cent des cas contre le tétanos et dans plus de 95 pour cent des cas contre la diphtérie. De plus, le vaccin réduit la virulence de ces maladies chez ceux qui pourraient en être atteints. Un autre avantage de ce vaccin (Td) est qu'il peut être utilisé en campagne de masse.</p> <p>2) Processus de prise de décision sera fait à travers la diffusion d'une note décision ministérielle autorisant l'utilisation du Td en remplacement du VAT sans aucune modification du programme de vaccination.</p> <p>3) Les enseignements tirés des précédents remplacements et introductions seront mis à profit pour la réussite dudit remplacement.</p> <p>Le dispose sur place d'une assistance technique (consultants OMS/Unicef) qui appuiera la mise en œuvre de cette intervention.</p>	

⁸ Rapport hebdomadaire de l'ANSS Guinée, S37, 2016.

Vaccin 7	Année d'introduction estimée	Cofinancement annuel estimé
Vaccin contre la rougeole/rubéole (RR)	2020	
Principaux défis programmatiques à affronter avant l'introduction de chaque vaccin ou AVS et étapes/échéances associées pour préparer l'introduction:	<p>Il s'agit d'un remplacement du VAR par le RR (Rougeole-Rubéole) et de l'introduction d'une deuxième dose vers l'âge de 15 mois dans le PEV de routine.</p> <p>Les défis programmatiques de cette introduction profitera des acquis obtenus durant les précédents introductions ou remplacements notamment celui du PCV13.</p> <p>Avant l'introduction du vaccin RR, les étapes suivantes sont nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comités de coordination : la mise en place des comités de coordination fonctionnels à tous les niveaux du système de santé est indispensable pour la conduite de toute campagne ou introduction de nouveaux vaccins au moins 6 mois avant le démarrage. - Planification et surtout Micro planification : l'implication des différents intervenants et partenaires à toutes les étapes de la planification de l'introduction est fondamentale ; L'élaboration des micros plans par les districts (PS, CS et ECD) en impliquant les ASC qui ont une connaissance approfondie de leur zone et les membres des COSAH permet une meilleure répartition des ressources et évite les ruptures de stocks d'intrants. - Supervision : la qualité de la supervision de proximité a un impact sur la performance des équipes de vaccination et de coordination ; cette qualité dépend de la qualité des superviseurs recrutés, de leur formation mais surtout de leur suivi et évaluation régulière. - Gestion des déchets : Un plan de gestion de déchets avec la mise à contribution entre autres des hôpitaux pour la destruction des déchets issues des activités de vaccination renforce la gestion sécurisée des déchets, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ce plan est critique. - Monitorage : l'organisation systématique du monitorage avant (niveau de préparation), pendant (enquête rapide de convenance) et après (monitorage de la couverture) y compris les enquêtes de couverture vaccinales, sont indispensables pour le suivi et la correction des insuffisances au cours de la mise en œuvre. - Ressources : la mise à disposition à temps et en quantité suffisante des ressources permet une bonne exécution des activités ; d'où la nécessité d'accélérer la mise à disposition des directives et procédures de mise à disposition et d'utilisation des ressources. - Communication : l'implication des autorités administratives, politiques, coutumières et religieuses et d'autres acteurs surtout au niveau communautaire compétents dans le domaine de la communication permet d'améliorer l'adhésion des communautés aux activités de vaccination ; - La capitalisation et la généralisation des bonnes pratiques issues des campagnes passées. - Formation : celle-ci doit être conduite dans le temps avec des outils adaptés et par des formateurs qui auront été préalablement formés. 	
Pour les plans à long terme, justification de l'introduction, description du processus de prise de décision, enseignements tirés des introductions passées et besoins d'assistance technique	<p>1) Justification : La rougeole est une maladie virale grave extrêmement contagieuse. Elle reste l'une des causes importantes de décès des enfants de moins de 5 ans. Il existe depuis plus de quarante ans un vaccin sûr très efficace qui protège un enfant contre la rougeole pour moins d'un dollar. La mortalité due à la rougeole a diminué de façon remarquable, mais les efforts pour la lutte contre la rougeole et la rubéole ont également fait face à des défis. Bien que la couverture de routine de la première dose du vaccin à valence rougeole (VVR1) ait augmenté globalement de 73% en 2000 à 83% en 2009, cette couverture a stagné et est restée à 78% depuis 2010 dans les 73 pays qui reçoivent le soutien de Gavi. Les autres défis comprennent la</p>	

	<p>viabilité financière et programmatique pour les pays, la détermination du groupe d'âge cible et la garantie de qualité des campagnes.</p> <p>2) Processus de prise de décision : 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, le Ministère de la santé va élaborer et soumettre une requête à l'OMS pour l'acquisition et autorisation d'introduction du RR. Au préalable une campagne de suivi utilisant le RR et ciblant les enfants de 9 – 59 mois sera conduite sur toute l'étendue du territoire en 2019, soit 3 ans après de celle 2016. Son introduction dans le PEV de routine sera faite en 2020.</p> <p>3) Les enseignements tirés des précédents remplacements et introductions seront mis à profit pour la réussite dudit remplacement.</p> <p>Le dispose sur place d'une assistance technique (consultants OMS/Unicef) qui appuiera la mise en œuvre de cette intervention.</p>
--	--

7. Soutien financier indicatif en USD (RSS, soutien opérationnel aux campagnes, AIV): *Le soutien au renforcement des systèmes de santé et de vaccination peut être ajusté d'année en année*

OBJECTIFS RSS	MONTANT PAR ANNEE (USD)					TOTAL PAR OBJECTIF
	2017	2018	2019	2020	2021	
Accroître de 52% en 2015 à 80% en 2021 la fonctionnalité des districts sanitaires, en particulier les 21 districts cibles	0.5	0.7	0.5	0.5	0.4	2.6
Augmenter de 53% en 2015 à au moins 80% en 2021 la couverture des enfants complètement vaccinés dans les 21 districts sanitaires cibles	1.8	3.9	1.9	1.7	1.5	10.8
Porter le score moyen de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) de 37% en 2016 à au moins 80% en 2019 et maintenir cette performance jusqu'en 2021.	1.5	1.5	0.5	0.5	0.5	4.5
De 2017 à 2021, contribuer à 20% pour l'acquisition des équipements de la chaîne du froid dans le cadre du CCEOP	2.2	0.8	0.1	0	0	3.1
Réduire la proportion des enfants non vaccinés pour des raisons de manque d'information des parents ou gardiens d'enfants de 55.9% en 2015 à au moins 10% en 2021 en vue d'une bonne utilisation des services de vaccination	0.7	0.7	0.5	0.5	0.6	3
Réduire l'écart entre les données administratives et les données d'enquête de couverture vaccinale du Penta3 de 30 points en 2015 à 5 points en 2021	0.6	0.7	0.4	0.4	0.4	2.5
S/TOTAL 1	5	7	5.5	5	4	26.5
Forfait introduction nouveaux vaccins	0.5	1	1	0.5	0.5	3.5
AVS	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	2.5
80% Gavi pour la plateforme CCEOP						12.4
S/TOTAL 2						18.4
TOTAL SOUMISSION						44.9

Investissements programmatiques

8. Description des interventions prioritaires pour la durée de la stratégie nationale d'immunisation directement attribuables aux investissements de Gavi

8.1. Veuillez résumer brièvement comment le soutien de Gavi s'insère dans le contexte global de la stratégie nationale de la santé, des priorités et du plan de vaccination du pays et est complémentaire aux contributions des sources nationales (gouvernement) et internationales (autres donateurs).

Le pays dispose depuis 2014 d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2024) avec 03 orientations stratégiques (OS) qui sont :

OS1 : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences ;

OS2 : Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie ;

OS3 : Améliorer la performance du système national de santé.

Les trois premières années de ce plan sont consacrées à la relance et à la résilience du système de santé post Ebola. Les trois résultats prioritaires du plan de relance et de résilience du système de santé (PRRSS 2015-2017) sont les suivants : **(i)** Elimination d'Ebola et autres maladies à potentiel épidémique (rougeole, méningite, Fièvre jaune, poliomyélite, rubéole) à travers la Prévention et Contrôle des Infections, Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte et l'application de Règlement Sanitaire International ; **(ii)** Renforcement du système de santé de District (Amélioration des prestations des services : PMA, PCA, interventions à haut impact de la mère et de l'enfant) ; **(iii)** Renforcement du système de gestion et la Gouvernance.

En ce qui concerne la vaccination, le Plan Pluriannuel Complet (PPAC 2016-2020) a pour objectif d'atteindre d'ici à fin 2020, la couverture vaccinale pour tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les 38 districts sanitaires durant la période. De façon spécifique, il s'agit de :

- Augmenter la couverture vaccinale et réduire le taux d'abandon ;
- Soutenir l'introduction de nouveaux vaccins⁹ ;
- Conduire des Activités de vaccination supplémentaires (AVS) ;
- Améliorer la Qualité des données de vaccination ;
- Assurer la disponibilité des vaccins, matériels d'injection et des équipements de la chaîne du froid ;
- Assurer la Surveillance des maladies évitables par la vaccination ;
- Renforcer la communication et la mobilisation sociale dans le domaine de la vaccination ;
- Améliorer la Gestion du programme PEV.

Le soutien demandé à Gavi s'intègre dans les objectifs stratégiques 1, 2 et 3 du PNDS, dans les trois résultats prioritaires 1, 2 et 3 du PRRSS et au renforcement de tous les domaines du PEV repris dans les objectifs du PPAC. La relance du PEV de routine constitue également la première priorité de la feuille de route du Ministère de la santé pour l'année 2016.

Le Gouvernement s'est engagé à rehausser progressivement la part du budget alloué au secteur de la santé de 4% en 2016 à 10 % d'ici à 2020. Aussi, les partenaires se sont engagés à soutenir le Gouvernement guinéen pour la réalisation des objectifs du PEV à travers la mise en œuvre du PNDS et du PPAC.

En vue d'assurer une complémentarité dans le financement du PRRSS, il a été organisé le 07 juin 2016, un atelier d'harmonisation des financements des partenaires et du gouvernement. Cet atelier a permis d'identifier les engagements financiers du gouvernement guinéen et des partenaires techniques et financiers (PTF) au niveau du pays dans le domaine du renforcement du système de santé post Ebola. Cet atelier a été suivi par celui du Dialogue-Pays qui s'est tenu du 08 au 10 Juin 2016 avec la participation de tous les partenaires sectoriels, le secteur privé, la Société civile, l'Assemblée Nationale et les PTF. Il a permis d'élaborer le projet de demande de proposition consolidée du soutien au renforcement du système de santé et le soutien aux services de vaccination à soumettre à Gavi. La signature du compact national est aussi un garant de l'engagement des partenaires et du gouvernement dans le co-financement de la santé en général et la vaccination en particulier.

L'Etat et les partenaires (USAID, UNICEF, UE, GIZ, OMS, CDC, Fonds mondial, UNFPA, BM) contribuent au renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS), le leadership et la gouvernance.

Pour la disponibilité des vaccins (traditionnels et cofinancés), matériel d'injection et outils de gestion, l'Etat Guinéen, au titre de l'initiative de l'indépendance vaccinale (renforcement de capacité d'immunisation), contribue à hauteur de 1,6 million USD en 2016, 313 500 USD pour le co-financement et 118 000 USD pour l'achat des vaccins traditionnels du PEV au compte premier semestre 2016. Ce processus d'engagement de l'Etat pour le renforcement de capacité d'immunisation (Inscrit dans le CDMT 2017-2019) sera poursuivi et va augmenter

⁹ Td, PCV 13, RR, Rota, Men A, HPV, Vaccin Ebola, mOPV Type 2

durant la mise en œuvre de la proposition, soit une prévision de 2,6 millions USD en 2017, 3.7 millions USD en 2018 et 4.9 millions USD en 2019. En plus de la subvention de Gavi, le projet PASSP/BM consacrerait une partie de fonds à l'achat de vaccins et médicaments essentiels.

Pour la logistique et la chaîne du froid, en plus des équipements et du matériel roulant acquis sur financement Fonds Gavi, il est à noter que certains partenaires tels que CDC (48 réfrigérateurs) ont annoncé leur contribution. Le Gap à couvrir, à savoir l'acquisition de 966 réfrigérateurs, 2 chambres froides (1 de 40m³ et 01 de 60m³), la construction d'un nouveau site devant abriter la coordination PEV, la construction des dépôts régionaux et préfectoraux, sera supporté en partie par Gavi. L'Etat s'engage à accroître le nombre d'établissements de soins, ainsi que des partenaires tels que les fonds de l'Union Européenne (Projet PASA dans la région forestière), la KfW (à partir de 2017) et d'autres fonds (BAD, Fonds et Saoudien etc.) sont engagés dans la construction/réhabilitations des centres de santé, Hôpitaux régionaux et hôpitaux de district. La maintenance des infrastructures, des équipements de la chaîne du froid et du matériel roulant est actuellement assuré par Gavi, FM, GIZ, USAID, EU et l'Etat au titre 3 (Biens et services) du budget national développement santé (BND). Le BND prendra progressivement la relève de cette maintenance avant la fin de la proposition. Il s'engage à recruter chaque année du personnel spécialisé en maintenance au sein des nouveaux fonctionnaires affectés à la santé (50 sont recrutés en 2016 parmi les 3000 nouveaux).

L'Etat s'engage à recruter par année 2000 agents de santé sur trois ans, constitués de divers corps de métier pour la santé. Aussi, la BM contribue au recrutement de 50 agents techniques de santé pour chacun des 9 districts sanitaires des régions de Faranah et Labé et 530 agents communautaires. L'UNFPA a contribué au recrutement de 100 sages-femmes et Gavi a contribué au recrutement de 100 agents de santé pour le soutien à la vaccination. Les besoins additionnels seront soumis à Gavi et autres PTF. L'Etat Guinéen intégrera progressivement les agents recrutés sous financement des partenaires à la fonction publique. L'approche du financement basé sur les résultats (FBR) est en cours de mise en œuvre dans le pays avec l'appui de la BM (9 districts dont Faranah 4 et Labé 5), de la GIZ (8 districts dont Mamou 3 et Kindia 5), la coopération de Pays Bas à travers l'ONG KIT (Phase pilote à Mamou qui a débuté en juillet 2016).

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.

8.2. Objectifs et interventions prioritaires pour le soutien financier de Gavi au renforcement des systèmes de santé et de vaccination selon la stratégie nationale de santé et le plan de vaccination du pays

Pour chaque objectif indiqué dans le cadre de performance:

- Veuillez présenter un budget indicatif (montant total requis pour 3-5 ans pour chaque objectif).
- Veuillez indiquer comment l'objectif élimine les goulots d'étranglement du système de santé afin d'accroître substantiellement la couverture vaccinale et l'équité et d'atteindre les résultats de la vaccination escomptés. Veuillez fournir un résumé du problème à traiter (*par exemple, le score de la GEV est inférieur à 80% en raison de la distribution et du volume de la chaîne du froid*).
- Veuillez indiquer les principales activités (2-3 interventions prioritaires par objectif) qui permettront d'atteindre l'objectif.
- Veuillez fournir une justification brève expliquant pourquoi ces activités sont prioritaires pour atteindre des objectifs améliorés, y compris la justification du ciblage de certaines zones géographiques et populations. Indiquez également les activités et le soutien financier complémentaire ou essentiels provenant d'autres sources qui contribuent à atteindre l'objectif.

Objectif 1 :	Accroître de 52% en 2015 ¹⁰ à 80% en 2021 ^{11 12} la fonctionnalité ¹³ des districts sanitaires, en particulier les 21 districts cibles	
Budget indicatif:	2.6 Millions USD	
Goulots d'étranglement du système de santé à surmonter:	Activités	
▪ Faible coordination des interventions des différents	1. Appuyer le fonctionnement des instances de coordination à tous les niveaux (CCSS,	

¹⁰ PNDP pp49,63

¹¹ PRRSS pp38,42

¹² PPPAC pp61

¹³ L'évaluation de la fonctionnalité du district portera sur les éléments suivants : leadership/coordination, planification, gestion des ressources et Suivi-Evaluation.

<p>acteurs sur le terrain ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faiblesse dans la planification, le suivi et Evaluation des interventions de santé ; ▪ Faible mobilisation des ressources financières domestiques pour la vaccination et pour les couts opérationnels des districts sanitaires et les formations sanitaires ; ▪ Faible gestion des ressources financières mises à disposition par les PTF ; ▪ Insuffisance en qualité et en quantité du personnel de santé, gestionnaires et agents de soutien. 	<p>CRCSS, CPCSS, CTC, CTRS, CTPS/CTCS, CTSPS et les revues annuelles conjointes du secteur santé) ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Soutenir la mise en place des cadres de redevabilité du système de santé au niveau central et déconcentré ; 3. Soutenir la mise en place d'un cadre de mobilisation des ressources domestiques en vue de la création d'un fonds commun pour le RSS et la vaccination ; 4. Soutenir le recrutement et le renforcement des capacités en mettant en place un système de motivation attractif et de fidélisation du personnel de santé.
<p>Justification:</p>	<p>De nombreux instances de coordination sont mis en place à différents niveaux (central : CCSS, CCIA, ICN, GTS, CTC, CNC et Comité de suivi de plan de relance ; régional : CRCSS et CTRS ; préfectoral : CPCSS et CTPS ; sous préfectoral ou communal : CSPCSS/CCCSS) afin de soutenir et mieux coordonner la relance et la résilience du système de santé guinéen. La fonctionnalité de ces cadres suscitées reste insuffisante en raison de leur faible capacité technique, d'absence de cadre de redevabilité et d'un faible soutien financier.</p> <p>Selon le PNDS 2015-2024, le processus d'élaboration des PTA est essentiellement axé sur les ressources disponibles et ciblées (venant des partenaires), et non sur une vision systémique des problèmes spécifiques au district. L'analyse telle que conduite (i) ne permet pas d'identifier les insuffisances relatives à l'équité et les disparités populationnelles et géographiques ; (ii) n'examine pas de manière systématique les goulots d'étranglement et barrières relatifs à l'environnement, l'offre, la demande et la qualité des services et interventions (iii) ne permet pas d'avoir des cibles et des objectifs réalistes prenant en compte les performances du programme et les capacités réelles de mise en œuvre et (iv) conduit à un budget non basé sur des cibles et objectifs réalistes, les capacités d'absorption et l'espace fiscale. 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 d'avions, alcool, tabac, téléphonies mobiles. C'est pourquoi les ménages paient le plus lourd tribut en finançant à hauteur de 62,20% les dépenses de santé en 2010.</p> <p>Sur le plan ressources humaines, le rapport d'analyse de la situation des RHS de 2012 a montré, entre autres, que celles-ci sont mal distribuées et peu performantes. Les structures de santé rurales et celles des préfectures pauvres sont particulièrement frappées par une pénurie généralisée de professionnels de santé qualifiés. Le même rapport a souligné une faible productivité des RHS, une prestation de qualité douteuse, une insatisfaction des usagers et des dirigeants et une démotivation des agents de santé à tous les niveaux du système de santé, particulièrement dans les zones défavorisées. Tout ceci serait lié : à la faible utilisation des ressources humaines produites par les écoles de formations et à l'absence de mécanisme de motivation et de fidélisation des agents de santé.</p> <p>En réponse aux situations décrites ci-dessus, il serait important de 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. Ces actions permettront d'évaluer l'intégration et la complémentarité des interventions des différents acteurs. Ça sera aussi l'occasion de : définir et suivre les cadres de redevabilité, de faire le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources additionnelles et d'évaluer l'efficacité et la pertinence des interventions de santé.</p> <p>La formation des différents acteurs à la planification opérationnelle et à la gestion des districts permet d'améliorer la qualité des PTA. La contractualisation de avec les institutions de formations nationales et internationales serait tout à fait indiqué. Le suivi</p>

	<p>post formation et/ou coaching seront d'un atout important pour la pérennité des acquis de cette formation.</p> <p>Le plaidoyer auprès du secteur privé et de l'Assemblée Nationale permettre de mobiliser des fonds en faveur du secteur de la santé d'une part et d'appliquer des stratégies innovantes de mobilisation de ressources. La mise en œuvre de ces différentes approches sera favorisée par l'élaboration d'un plan de mobilisation des ressources. A terme, l'objectif visé est la création d'un fonds commun pour le financement de la santé y compris la vaccination. Pour illustrer cette démarche, la Guinée vient de faire signer le compact national qui engage les partenaires et l'Etat à : respecter et appuyer le développement du leadership et la prise en compte des priorités nationales ; accepter la nécessaire coordination et les procédures de gestion et mettre à disposition les ressources suivant les principes de la nouvelle gouvernance en santé.</p> <p>Pour une meilleure gestion des ressources financières, les audits annuels seront effectués et des rapports financiers périodiques élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte¹⁴.</p> <p>Le développement d'un dispositif de gestion efficace des RHS, la décentralisation de la gestion des RHS, le redéploiement et recrutement des RHS, le développement du partenariat pour la disponibilité des RHS, la supervision formative à tous les niveaux, la mise en place d'un système de gestion des performances des RHS et la mise en place d'un système de motivation/fidélisation des RHS dans les zones rurales et difficiles sont entre autres des actions qui permettront d'améliorer la disponibilité des RHS de qualité et l'équité dans leur distribution¹⁵.</p> <p>Pour toutes actions correctrices suscitées, la présente demande mettra un accent particulier sur la performance des 21 districts sanitaires cibles. Elle sera complémentaire aux financements de la BM, OMS, Unicef, GIZ, KfW, UE, AFD, USAID, FM dans les autres districts.</p>
--	---

Objectif 2 :	Augmenter de 53% ¹⁶ en 2015 à au moins 80% en 2021 la couverture des enfants complètement vaccinés ¹⁷ dans les 21 districts sanitaires cibles ¹⁸
Budget indicatif:	16.8 Millions USD
Goulots d'étranglement du système de santé à surmonter:	Activités
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible couverture géo-sanitaire des services de vaccination surtout dans les zones rurales ; ▪ Insuffisance de mise en œuvre des activités de vaccination (Routine et AVS) ; ▪ Faible performance du système de surveillance des maladies évitables par la vaccination et les MAPI 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soutenir l'introduction des services de vaccination fixe, accessible et de qualité dans 300 nouveaux sites de vaccination (postes de santé, structures privées associatives, confessionnelles, garnisons) et appuyer les activités de stratégies avancées et mobiles; 2. Assurer la mise en œuvre effective de l'approche ACD/ACC/ACE dans les 21 districts sanitaires cibles ; 3. Soutenir l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine tout en renforçant la surveillance des MAPI et des maladies évitables par la vaccination.
Justification:	<p>La couverture vaccinale reste faible en Guinée 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 410 centres de santé publics que compte le pays. Par contre, les établissements de soins du secteur Privé et associatif ne sont pas souvent adaptés et sont peu préparés à offrir les services de vaccination. Il est à noter qu'environ 40% de la population cible vit au-delà d'un rayon de 5 km des points de vaccination fixe (services préventifs) dont 22% au-delà de 15 km¹⁹. Aussi, un tiers (1/3) des postes de Santé sont à plus de 50 Km d'un centre de santé avec une population souvent au-delà de 7 000 habitants (surtout dans les districts miniers de Kouroussa, Siguiri, Mandiana, Dinguiraye, Kérouané...).</p> <p>Les populations vulnérables des zones urbaines/périurbaines (Matoto, Ratoma, Siguiri, Kankan, Nzérékoré), des zones interurbaines (le triangle Conakry, Dubréka, Coyah), les</p>

¹⁴ Processus de mise en œuvre du fonds commun

¹⁵ Plan stratégique de développement des RHS pp20

¹⁶ Rapport d'enquête de couverture chez les enfants de 12 à 23 mois, 2016

¹⁷ Enfant complètement vacciné = enfant ayant reçu BCG, 3 doses de polio, 3 doses de Penta, VAR et VAA. Cet indicateur sera mesuré par le biais d'une enquête de couverture vaccinale.

¹⁸ PPAC p62, PNDS 2015-2014 p51, PRRSS p41, PPAC p62

¹⁹ RPGH 2014

zones d'ombre (îlots de Benty, les plateaux de Malanta et de Diatifèrè...), des zones minières des districts sanitaires de Siguiri, Kouroussa, Kérouané, Mandiana, Forécariah..., les débarcadères de Conakry, Dubréka, Forécariah et les populations les plus pauvres vivant dans les zones de pauvreté (Dinguiraye, Kérouané, Kouroussa, Forécariah, Télimélé, Mandiana... sont faiblement couvertes en raison de la faible prise en compte de l'aspect équité lors de la planification et du suivi de la mise en œuvre des interventions de vaccination. Un autre problème non moins important de la vaccination en Guinée est la faible qualité des AVS liée à une insuffisance dans la planification, la conduite et le suivi-évaluation.

Malgré l'existence des maladies meurtrières pour les enfants la pneumonie et la diarrhée constituent respectivement la 2^{ème} et la 3^{ème} cause de mortalité des enfants de moins 5 ans après le paludisme²⁰, le pays ne parvient à introduire de nouveaux vaccins contre ces maladies depuis 2011 en raison de sa faible performance dans le PEV de routine. 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, de la faible coordination des interventions et le sous-équipement des structures en charge de la surveillance à tous les niveaux.

L'augmentation de la couverture vaccinale, avec un accent sur l'équité, permettant 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. Ceci sera rendu possible à travers le renforcement des stratégies de vaccination existantes (fixe et avancée dans les centres de santé et mobile à partir du chef-lieu du district) et la mise en œuvre des approches innovantes. Des approches innovantes porteront sur l'intégration de la vaccination en fixes dans 300 nouveaux sites (postes de santé, structures privées associatives, confessionnelles, garnisons) et la création de 1500 points de stratégie avancée de vaccination autour de ces nouveaux sites, appuyés par 600 agents de santé communautaires qui seront formés pour vacciner dans les gros villages d'accès difficile et satellites aux nouveaux sites. Les villages situés au-delà de 15 km seront couverts au moins une fois par trimestre par l'équipe mobile du district en utilisant les véhicules 4x4 acquis dans le cadre de la riposte contre la maladie à virus Ebola.

L'organisation des activités de vaccination intensifiée (AVI) ; la semaine santé mère-enfant ; l'approche de convergence et d'intégration (Communauté Amis des Enfants) ; la solidarité vaccinale entre les aires de santé ; la mise en place de nouveaux outils de gestion notamment les registres de vaccination dans les sites de vaccination et des registres d'enregistrements des cibles au niveau communautaire contribueront aussi au relèvement graduel de la couverture sanitaire.

Toutes ces stratégies seront soutenues par le renforcement de la gestion du district sanitaire 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 basée sur l'approche plan de résolution de problèmes (PRP), le renforcement de la capacité de 2000 agents de santé/ASC en poste sur la gestion efficace des vaccins (GEV, MLM,...), la tenue régulière des réunions mensuelles, l'amélioration de la qualité de gestion des données, la tenue des CTPS, des synthèses sous préfectorales de monitoring auront une valeur ajoutée importante pour rehausser le niveau de la couverture vaccinale. Lors de la mise en œuvre des différentes interventions aux points de prestation, un accent sera mis le respect des normes (accueil, déontologie, la sécurité vaccinale, la gratuité de la vaccination...) afin de garantir la qualité et d'augmenter l'utilisation des services de vaccination.

La mise en œuvre de toutes ces stratégies suscitées en faveur de l'offre et le renforcement de la gouvernance et du leadership du district contribueront au relèvement graduel de la couverture vaccinale (Penta3) de 5 points de pourcentage par an conformément aux projections du PPAC²¹. Ainsi, l'atteinte de la couverture vaccination supérieur à 70% permettra l'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV de routine. L'introduction des vaccins anti rota virus, anti-pneumococcique, anti- méningococcique A et la 2^{ème} dose du vaccin anti-rougeoleux 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 à cet effet et au préalable chaque nouveau vaccin sera enregistré auprès de l'agence nationale de réglementation (ANR). Les expériences acquises lors des précédentes introductions des vaccins (Fièvre jaune, Penta, Hépatite B, VPI) et le SWITCH (remplacement du VPO trivalent par le bivalent) seront

²⁰ Annuaire statistique, 2012

²¹ PPAC 2016-2020 p 59

	<p>mises à profit pour de nouvelles introductions. Les données et la documentation sur les nouveaux vaccins dont dispose le pays, 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. 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>La réalisation systématique de la cartographie au niveau de chaque CS, le recrutement local des différents acteurs (vaccinateurs, mobilisateurs et superviseurs de proximité...), la supervision indépendante, le suivi du déploiement effectif des acteurs et l'utilisation des résultats du monitoring indépendant/LQAS pour corriger les insuffisances permettront de conduire les AVS de qualité en vue d'accroître l'immunité.</p> <p>La mise en œuvre progressive de l'approche « Financement Basé sur les Résultats » (FBR) dans les 21 districts sanitaires cibles, l'octroi de primes pour les agents des zones enclavées contribueront à la motivation et à la fidélisation du personnel dans le but d'avoir de services de vaccination de qualité. Dans les autres 17 districts sanitaires, le pays veillera à ce que le même paquet d'activités soit mis en œuvre avec l'appui des autres PTF (OMS, BM, Unicef, GIZ, UE...) en complément de l'appui apporté par Gavi.</p>
--	--

Objectif 3 :	Porter le score moyen de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) de 37% en 2016 à au moins 80% en 2019 et maintenir cette performance jusqu'en 2021.
Budget indicatif:	20 Millions USD
Goulots d'étranglement du système de santé à surmonter:	Activités
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance qualitative et quantitative de la Chaîne du froid et de distribution ; ▪ Insuffisance de la gestion efficace des vaccins ▪ Insuffisance de gestion des déchets ; ▪ Insuffisance d'infrastructures appropriées pour le programme PEV. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en œuvre le plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV) élaboré en 2016 ; 2. Renforcer la chaîne d'approvisionnement en quantité et en qualité (Chaîne du froid, logistique) soutenue par un système d'information logistique robuste et un système de maintenance fonctionnel et décentralisé ; 3. Construire un dépôt central et un nouveau siège de la coordination du PEV. 4. Doter les centres de santé de la zone ciblée en incinérateurs solaires de petite capacité.
Justification:	<p>L'évaluation récente de la GEV réalisée entre décembre 2015 et janvier 2016 a montré que le score est très au deçà de 80% recommandé par l'OMS²² ; ceci en raison de l'insuffisance du volume de la chaîne du froid et de la faiblesse de la chaîne de distribution.</p> <p>Les résultats de l'inventaire réalisé en 2016 montrent que seulement 65% des 619 équipements marchent bien contre 21% qui sont en panne et 14% marchent avec nécessité de réparation. Aussi, seuls 47% des équipements répondent aux normes PQS²³ (performance quality and safety).</p> <p>En outre, plusieurs années durant, le programme élargi de vaccination est confronté à difficultés liées essentiellement au déficit d'électricité, insuffisance de personnels en quantité et qualité, l'état inapproprié des locaux de la coordination nationale, la non fonctionnalité des dépôts régionaux, la faiblesse du système de maintenance à tous les niveaux. Les postes de santé et les établissements de soins du secteur Privé et associatif cibles pour l'implémentation de la stratégie fixe de vaccination ne sont pas en général</p>

²² Rapport GEV 2016

²³ Rapport inventaire 2016

	<p>adaptés pour une gestion efficace des vaccins et la conduite des activités de vaccination²⁴.</p> <p>Il faut enfin souligner que le système de gestion des déchets biomédicaux est faible en raison de l'insuffisance d'incinérateurs fonctionnels au niveau des districts, de la faiblesse du mécanisme de collecte, d'acheminement et d'élimination des déchets.</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 (PCV 13, Rota Virus, MenA, RR et HPV) des solutions ci-dessous sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la construction/réhabilitation des centres et postes de santé ; ▪ la formation des agents de santé sur la gestion efficace des vaccins ; ▪ le renforcement des capacités de stockage des vaccins à tous les niveaux ; ▪ le renforcement de la chaîne de distribution des vaccins et autres intrants ; ▪ la maintenance régulière des équipements chaîne du froid et autres équipement à tous les niveaux ; ▪ la construction d'un nouveau siège pour la coordination nationale du PEV, ▪ la mise en œuvre des différents plans élaborés ; ▪ l'élaboration d'un plan de gestion des déchets des districts sanitaires facilitera l'élimination correcte des déchets à risque infectieux. <p>En d'autres termes, la demande de soumission à Gavi inclut l'acquisition par l'Etat des équipements chaîne du froid à hauteur de 3.1 millions \$ soit 20% du cout total des équipements soumis au CCEOP. Une partie des fonds du RSS permettra l'acquisition de 2 chambres (une de 40 et une 60 m3) froides pour le renforcement des capacités de stockage du niveau central en vue de l'introduction des nouveaux vaccins et l'acquisition du matériel de transport tel que les glacières, les porte-vaccins, les indicateurs de gel ainsi que la mise en œuvre des plans d'amélioration de la GEV, de réhabilitation et de maintenance.</p>
--	---

Objectif 4 :	D'ici 2021, au moins 95% de la population cible dans les 21 districts sanitaires retenus demandent les services de vaccination comme un droit ²⁵ .	
Budget indicatif:	3 Millions USD	
Goulots d'étranglement du système de santé à surmonter:	Activités	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible implication des autorités, des ASC et des acteurs communautaires dans les activités de communication pour la vaccination ; ▪ Insuffisance de communication et de mobilisation sociale en faveur des activités de vaccination ; ▪ Insuffisance de prise en compte des groupes spécifiques, marginalisé, d'accès difficile et des croyances par les activités de communication pour la vaccination. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser des séances de plaidoyer auprès des autorités, députés, leaders communautaires et religieux, société civile, opérateurs économiques pour leur implication et soutien aux activités de vaccination ; 2. Appuyer l'intensification des activités d'information, de masse medias et de sensibilisation des communautés à la base afin d'augmenter leur niveau de connaissance et d'adhésion sur la vaccination ; 3. Organiser une enquête socio-anthropologique en vue d'identifier les goulots d'étranglements liés à la vaccination.
Justification:	<p>Le pourcentage des enfants complètement vaccinés²⁶ avant 12 mois est l'indicateur spécifique de la performance d'un programme élargi de vaccination. Selon l'enquête de couverture vaccinale de 2016, 47% des enfants de 12-23 mois (plus de 140 000 enfants) ne sont pas complètement vaccinés. Les raisons de non vaccination de ces enfants sont principalement le manque d'informations (55,9%) et le manque de motivation (26,9%). Au niveau du manque d'information, la « mère non informée » (40,7%) et l'ignorance de la nécessité de la vaccination (19,4%) sont les premières causes. Concernant le manque de motivation, le manque de confiance à la vaccination (8,8%) et rumeurs (7,8%) sont les principaux motifs de non vaccination des enfants.</p> <p>La situation décrite ci-dessus s'expliquerait par :</p>	

²⁴ PNDS 2015-2024

²⁵ Une enquête CAP est planifiée d'ici fin 2016 pour déterminer la valeur de base ; puis une autre chaque année pour mesurer les progrès vers l'atteinte de l'objectif.

²⁶ Enfant complètement vaccine = enfant ayant reçu le BCG, 3 doses de Polio (VPO3), 3 doses de penta (penta3), le VAR et le VAA.

- la faible implication des parlementaires, des élus locaux, des autorités administratives à tous les niveaux, du secteur privé, des organisations de la société civile et des acteurs communautaires dans la mobilisation des populations en faveur de la vaccination ;
- l'insuffisance de coordination des activités de communication au niveau communautaire pour la vaccination de routine et les AVS ;
- la proportion élevée de femmes sans niveau d'instruction (67% et leur faible exposition au média (25%) lors des campagnes d'information ;
- la proportion élevée de refus lors des AVS (19%).

Il faudrait aussi rappeler que cette situation a été aggravée par la survie de l'épidémie de la maladie à virus Ebola, qui a fortement entaché la confiance de la communauté envers les agents de santé, impactant négativement la fréquentation des services de santé y compris ceux de la vaccination.

Au regard des problèmes suscités, les activités ci-après sont envisagées :

- faire le plaidoyer auprès des personnes ayant la capacité de renforcer les connaissances, les aptitudes et les pratiques des communautés sur la nécessité de faire vacciner les enfants est une étape clé de la relance des activités du PEV ;
- organiser des réunions de plaidoyer à plusieurs niveaux de la pyramide administrative et politique ainsi qu'au niveau des collectivités pour obtenir un faisceau d'influence favorable à la vaccination ;
- intensifier les activités d'information et de sensibilisation des communautés à la base afin d'augmenter leur niveau de connaissance et d'adhésion sur la vaccination.

Les approches stratégiques de mise en œuvre sont :

- utilisation des parrains qui ont contribué à la riposte contre la Maladie à virus Ebola (Ministres, Gouverneurs, Préfets, Sous-Préfets, Maires, Députés) pour la sensibilisation des communautés en faveur de la vaccination de leurs enfants ;
- Redynamisation des comités régionaux et préfectoraux de mobilisation sociale, dotés de missions précises et une affectation de ressources dans le cadre de la mise en œuvre du programme de communication ;
- intégration des interventions de l'ensemble des acteurs de la promotion de la vaccination et ceux des autres pratiques familiales essentielles avec comme thématique centrale la prévention sous forme de campagnes et activités de communication à base communautaire ;
- redynamisation des plateformes communautaires héritages de la riposte contre Ebola (Comités de veille villageoise, les comités de surveillances en ceintures contre Ebola), des groupements sociaux, des agents de santé communautaires permettra de renforcer la communication en faveur de la vaccination et de rétablir la confiance entre la population et son système de santé ;
- Utilisation adaptée des médias de masse avec des accords de partenariat, dans les programmes de promotion de la vaccination comprenant un plan média et de suivi. Ceci doit s'opérer à travers la négociation avec les patrons de presse et la formation des journalistes ;
- innovations de communication structurée pour atteindre les jeunes/adolescents seront initiées avec le développement d'alliances avec les opérateurs de téléphonies pour favoriser l'envoi de SMS en faveur des mères et parents sur la vaccination ;
- mise en place des structures de coordination qui assureront la supervision des activités de communication à tous les niveaux ;
- l'établissement d'un partenariat avec l'agence guinéenne de publicité, les réseaux sociaux et tout autre canal de communication pour le renforcement de la visibilité du programme et des partenaires impliqués ;
- la création d'alliance avec les représentants des communautés à travers des plans opérationnels précisant ce qui est attendu d'eux et comment s'y prendre dans des initiatives ciblant le changement social à travers le dialogue communautaire ;
- la création d'un partenariat effectif avec les représentants de la société civile porteurs de dynamiques endogènes, avec planification, financement, mise en œuvre, suivi et évaluation de la communication en appui à la vaccination ;
- l'implication des jeunes dans la promotion de la vaccination au niveau des écoles (élèves adoptants primaires) et le mouvement associatif, sous forme de memorandum d'entente avec les services techniques concernés, sous la supervision des autorités scolaires sera initiée et renforcée ;
- **Mise en œuvre du mécanisme de motivation et renforcement de capacités des différents acteurs en faveur d'un changement de comportement :**
 - *les cibles primaires (mères, pères et gardiens d'enfants) considérés comme les acteurs principaux, bénéficieront en tant que tel de tout le paquet de communication interpersonnelle et médiatique justifiant la vaccination des enfants ;*

	<ul style="list-style-type: none"> ○ les pères en tant que pairs éducateurs seront considérés comme des « champions » ou « parrains » de la vaccination dans les communautés religieuses et joueront le rôle de leadership dans la promotion de la vaccination auprès de leurs pairs ; ○ des signes de reconnaissance sous forme de félicitation et de cadeau (casquettes T-shirt, pagnes et autres matériels) seront accordés aux mamans qui ont terminé la série de vaccination avant le premier anniversaire en tant que « promotrices » et des « modèles positifs » ; ○ les grands-mères et les belles mères ont un grand rôle de conseil à jouer de par leurs influences et leurs pouvoirs sur les hommes et les jeunes mères) dans la promotion de la vaccination et des PFE ; ce qui justifie que les agents communautaires devront collaborer avec ces belles-mères pour les outiller et les rendre aptes à sensibiliser efficacement leur fils/fille/belle-fille ; ○ pour une meilleure efficacité des interventions des acteurs il sera entrepris une formation en communication interpersonnelle de l'ensemble des intervenants de la communication y compris les agents PEV ; ○ pour une meilleure planification des activités de communication, la réussite de leur mise en œuvre et leur suivi, le renforcement des capacités de l'ensemble des acteurs en Communication Interpersonnelles (CIP) et médiatique est indispensable. <p>▪ définition d'un cadre de Suivi – évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ développement des mécanismes de suivi communautaire pour permettre d'apprécier les résultats, adresser les contraintes, identifier les opportunités pour améliorer les performances ; ○ mesure des indicateurs de connaissances attitudes et pratiques à travers les revues, les enquêtes CAP et les données de gestions (SNIS) ; ○ intégration des questions pertinentes de vaccination au niveau des questionnaires EDS pour une meilleure appréciation des indicateurs de communication sur le PEV ; ○ utilisation des indicateurs les plus représentatifs pour reprogrammation des actions de communication en appui au PEV pour un meilleur changement de comportement en faveur de la vaccination. <p>Le soutien demande à GAVI permettra la mise en œuvre de l'ensemble des actions décrites ci-dessus.</p>
--	--

Objectif 5 :	Réduire l'écart entre les données administratives ²⁷ et les données d'enquête de couverture vaccinale ²⁸ du Penta3 de 30 points en 2015 à 5 points en 2021
Budget indicatif:	2.5 Millions USD
Goulots d'étranglement du système de santé à surmonter:	Activités
<ul style="list-style-type: none"> • Faible qualité des données • Faible disponibilité des outils de qualité pour la collecte et l'analyse des données de la vaccination au niveau périphérique et intermédiaire • Faible promptitude et complétude des données. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soutenir les activités de collecte, d'analyse, de transmission, de diffusion, d'archivage et d'auto évaluation de la qualité des données (DQS) et de contrôle de qualité des données de santé (DQA) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en lien avec le Dhis2 et le DVD-MT ; 2. Appuyer la réalisation des activités de formation, de supervision intégrée, de monitoring décentralisé et de revues ; 3. Réaliser des études et enquêtes pour l'évaluation des effets des interventions de santé et la compréhension des causes des goulots (Enquête CAP, Enquête d'Evaluation de couverture, Etudes socio-anthropologiques).
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>Selon le DVD-MT, la promptitude dans la transmission des rapports du PEV de routine au niveau de la coordination nationale était de 33% en 2015. L'évaluation indépendante de la qualité des données du PEV réalisée en 2014 par l'Agence de Médecine Préventive (AMP) a mis en évidence la discordance des données de vaccination entre les outils à différents niveaux (Exactitude : 75% centre de santé, 70% District sanitaire). L'enquête réalisée en 2016 a montré une surestimation des couvertures vaccinales (CV) administratives lors de la</p>

²⁷ Mécanisme de collecte, analyse, transmission et retro information

²⁸ Mécanisme de contrôle de qualité/vérification

campagne rougeole dans 28 districts sanitaires sur 38. La même enquête a révélé un écart de 30 points entre les données administratives de routine et celles de l'enquête ciblant le Penta3 en 2015.

Les ressources humaines chargées de la gestion des données sont insuffisantes et peu qualifiées à tous les niveaux. Au niveau district sanitaire, la gestion des données est à la charge d'une seule personne (gestionnaire de données). Au niveau des centres de santé (CS), les données sont gérées par le chef de centre. Malheureusement, ce personnel ne dispose pas des capacités techniques requises en matière de traitement des données et les outils et équipements mis à leur disposition ne permettent toujours pas qu'il fasse un travail de qualité.

Il convient de noter une faible réalisation d'études et d'enquêtes sur la vaccination et le renforcement du système de santé. Toutefois, même si les études et enquêtes sont réalisées, la mise en œuvre de leurs recommandations reste faible.

Dans le souci d'amélioration de la gestion des données à tous les niveaux, il est nécessaire de:

- 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 et informatique rendu disponible dans les centres de santé à travers un financement de l'OMS,
- 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. Cette supervision est assurée par les cadres de tous les niveaux et selon le calendrier défini dans les directives nationales (une fois par mois pour le niveau district sanitaire, une fois par trimestre pour le niveau régional et une fois par semestre pour le niveau central).
- Faire réaliser des auto-évaluations de la qualité des données régulières (DQS) et des missions d'audits de contrôle de qualité des données (DQA) là où ce sera nécessaire,
- l'appui à la réalisation du monitoring semestriel décentralisé permettra de vérifier la disponibilité et la qualité des données produites. Cette plateforme est un espace de rencontre et de dialogue entre les différents acteurs (communautés, agents de santé ; élus locaux, partenaires, autorités politiques et administratives...). Elle permet également de partager les données et d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs. L'appui financier de Gavi pour la mise en œuvre de cette intervention sera complémentaire aux financements d'autres partenaires évoluant sur le terrain (USAID, UE, GIZ, Unicef, OMS, BM, Fonds mondial...).
- les revues périodiques d'analyse et d'interprétation des données permettront aussi d'approfondir le contrôle de qualité de façon spécifique des données de surveillance et du PEV de routine. Elle se réalise tous les trois mois et regroupe les cadres des régions et districts sanitaires appuyés par le niveau central et les partenaires. Elles sont essentiellement financées par l'OMS. Cette revue devra aboutir à l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des données qui devra être suivi régulièrement.
- La réalisation d'enquêtes/études permet 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. Le rythme de réalisation des différentes enquêtes prévues est défini dans le cadre de performance en annexe.

Un cadre de monitoring est développé pour orienter le suivi de la mise en œuvre des interventions de la demande et d'évaluer la performance et l'effet du programme. Il s'agira essentiellement de faire le suivi régulier de la mise en œuvre des activités, réaliser des revues périodiques, produire des rapports de progrès, conduire des évaluations à mi-parcours et finales et réaliser des études et enquêtes. Le cadre de monitoring en annexe donne plus de détails sur ce point et comporte un narratif et un cadre de performance.

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.

9. Gestion financière :

Veillez décrire par exemple: performance de l'utilisation des subventions en espèces et insuffisance des ressources financières; modifications par rapport aux dispositions de gestion financière précédentes; principaux problèmes découlant de l'évaluation de la capacité du programme, des audits des programmes de soutien en espèces ou des missions de suivi; degré de respect des conditions de gestion financière.

La subvention Gavi/RSS de 2009 a permis d'acquérir des biens et services dans le domaine du renforcement du système de santé. Plus spécifiquement il a facilité l'achat de 2 ambulances, 50 motos, 50 réfrigérateurs solaires, 5 véhicules de supervision, des matériels de Soins Obstétricaux d'Urgence Complets (SOUC), de Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB), des Médicaments et consommables pour 5 districts sanitaires.

Toutefois, les taux de réalisation des activités planifiées (48%) et d'exécution financière (38%) sont demeurés en-deçà des attentes (Rapport mission conjointe, 2015).

L'audit des programmes de soutiens en 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
- Contrôle interne et audit externe²⁹.

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.

Le renforcement du système de cogestion des comptes Gavi entre le Ministère de la santé et l'OMS, l'implication de l'UNICEF (avec recrutement d'assistants techniques nationaux et internationaux dans la gestion du reliquat du fonds RSS1 en 2015), le Comité de suivi du plan de relance PEV/RSS ainsi que la définition des rôles et tâches de l'équipe de gestion, la désignation d'un coordinateur du projet (Bureau de stratégie et développement) et 2 comptables dédiés du Ministère de la santé ont levé certains goulots majeurs et ainsi amélioré la transparence de la gestion financière et la performance (70%) de la subvention RSS en date du 31 mai 2016.

Les résultats de l'évaluation du programme nous permettront de mieux définir tous les mécanismes de gestion à mettre en place.

10. Pérennité financière et transition :

10. 1. Veillez décrire comment le gouvernement assurera la pérennité des résultats et des investissements (Ressources humaines, maintenance des équipements, etc.) du programme obtenus grâce au soutien de GAVI.

Le Gouvernement entend mettre l'accent sur la mise en œuvre des stratégies mieux informées, sur des investissements appropriés, sur la gestion financière améliorée des ressources et sur l'appréciation continue et périodique des programmes pour assurer la pérennité des résultats et des investissements (Ressources humaines, maintenance des équipements, etc.) du programme obtenus grâce au soutien de GAVI.

A noter que l'Etat s'est engagé dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2015-2024, du plan de relance du système de santé post Ebola 2015-2017 et le développement de la couverture sanitaire universelle (CSU). Aussi, l'état s'est engagé pour la gratuité des soins en faveur des femmes enceintes et entend augmenter le budget de la santé de 2 points de pourcentage par an à partir de 2015 afin d'atteindre progressivement 10% du budget national en 2019 (CDMT santé, 2016) et 15% en 2024. Cet effort budgétaire de l'Etat permettra de renforcer la disponibilité des médicaments essentiels pour la prise en charge des enfants et des femmes en âge de procréer à mieux financer entre autres, la maintenance des équipements des hôpitaux et de la chaîne du froid, la supervision, la motivation/fidélisation du personnel à travers l'amélioration des salaires, du cadre de travail, du suivi de plan de carrière, de l'approche financement basé sur les performances (FBP) et de l'organisation des instances de coordination centrales, régionales et préfectorales (CCSS, CTC, CTRS, CTPS).

Par ailleurs, l'Etat s'est également engagé à recruter, former et muter 2000 agents de santé chaque année (dont la majorité sera affectée aux structures sanitaires de l'intérieur du pays) jusqu'à compléter les besoins du système de santé publique. Cet exercice permettra de combler l'insuffisance actuelle en ressources humaines (RHS) et par conséquent assurer une gestion efficace des vaccins, une maintenance préventive et curative des bâtiments et équipements, une mise en œuvre optimale des activités de vaccination notamment des stratégies locales efficaces pour atteindre les individus et les collectivités dans les zones peu ou mal desservies.

Dans la perspective du moyen et long terme, le Ministère a envisagé le développement de stratégies visant à rendre plus robuste le système de financement de la santé, à savoir : (1) promouvoir la mutualisation du risque

²⁹ République de Guinée, *Rapport d'audit des programmes de soutien en espèces (APS) 2009-2014, janvier 2015*

maladie dans le cadre d'une politique nationale de protection sociale en partenariat avec le Ministère en charge de l'Action sociale, (2) la mise en place de « Fonds d'Achat » autour des établissements de soins pour tester et développer un système de contractualisation assurant aux formations sanitaires un accès aux ressources contre des prestations de qualité accessibles à différentes clientèles cibles à des conditions négociées, et (3) la mise en place d'un dispositif d'allocation des ressources mobilisées pour le secteur afin de garantir la pertinence des dépenses et l'équité.

La décentralisation visant la responsabilisation des collectivités pour la gestion des services sociaux de base contribuera à une meilleure gestion des postes et centres de santé.

L'ensemble de ces mesures contribueront à la mise en place d'un financement durable pour soutenir l'offre et la demande des services de vaccination.

10. 2. Comment le processus mené par le gouvernement a assuré la transparence et la cohérence en matière de cofinancement, de soutien des partenaires et d'autres donateurs?

L'implication des partenaires sectoriels, des PTF et de la société civile dans l'élaboration et la soumission de la demande de subvention à Gavi a contribué à assurer la transparence et la cohérence en matière de cofinancement, de soutien des partenaires et d'autres donateurs et de dégager les responsabilités de chaque acteur dans le financement.

11. Besoins nationaux prioritaires

Résumez les besoins et mesures stratégiques prioritaires pour les une à deux années à venir susceptibles d'améliorer considérablement la couverture vaccinale, l'équité d'accès aux vaccins et la viabilité financière; le calendrier de mise en œuvre des mesures proposées et le type d'assistance technique requise, le cas échéant – Reportez-vous aux

ASSISTANCE TECHNIQUE

Programmatic area	Activity	Output	GRADE	Source of the need
Leadership, management and coordination	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planification stratégique Redevabilité 2. Intersectorialité PEV/RSS 3. Supervision intégrée 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les plans nationaux et sub-nationaux RSS et PEV sont élaborés et mis en œuvre 2. Le cadre de redevabilité sont défini et suivi à tous les niveaux 3. Les mécanismes de gouvernance et de coordination sont fonctionnels à tous les niveaux (GTS, CTRS, CTPS...) 4. La supervision intégrée est redynamisée et opérationnelle; 	NOC	UNICEF
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plaidoyer /Lobbying/Mobilisation ressources locales 2. Gestion et fidélisation des RH (focus zones reculées) 3. Intégration, intersectorialité & RSS 4. Couverture Sanitaire Universelle (Fonds communs) 5. Coordination de la gestion des dossiers de financement signés par le Ministère de la Santé au profit du PEV avec les PTF entre le Ministère des Finances et/ou la Direction du Budget et le Ministère de la Santé. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les contributions de l'Etat à l'achat des vaccins sont augmentées 2. Le décaissement effectif des fonds alloués par les PTF au PEV dans le cadre des accords de financement et des projets est fait à temps. 3. Les rapports sur l'utilisation des fonds reçus des différents PTF sont élaborés et transmis à temps. 4. Mécanismes de coordination du système de vaccination sont fonctionnels, 5. Des ressources additionnelles sont mobilisées, 6. La législation en faveur de la vaccination est adoptée. 7. Le texte portant création du CCIA est révisé et adopté 	P4 (Appui au BSD/Dir PEV)	UNICEF
Coverage & Equity	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en place GTCV/NITAG (préparation introduction nouveaux vaccins) 2. Appui à la mise œuvre du Plan MAPI 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le GTCV/NITAG est fonctionnel 2. Les plans d'introduction des nouveaux vaccins pour 2018 sont élaborés 3. Le Plan MAPI existant est adapté et mis en œuvre selon les besoins 	Consultants (3 internationaux et 3 nationaux) pour 2 mois	WHO
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appui à la mise en œuvre de l'approche Atteindre chaque enfant (ACE) 2. Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans intégrant des stratégies spécifiques et innovantes de réduction des iniquités 3. Activation des Plateformes du système communautaire 	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'approche Atteindre chaque enfant (ACE) est mise en œuvre dans tous les districts sanitaires 2. Les écarts liés aux iniquités sont réduits 3. Les Plateformes du système communautaire sont fonctionnelles 	1P3 et 4 NOB immunization (1P3 au niveau central et 2 NOB au BZO, 1 NOB au BZE et 1 NOB au BZS)	UNICEF

Programmatic area	Activity	Output	GRADE	Source of the need
Supply chain	Appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux	Un plan opérationnel de gestion des déchets biomédicaux (par niveau) est élaboré	1 P3 et 1 NOB au niveau central	WHO
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appui au Système d'approvisionnement (gestion des vaccins, logistique & CdF) 2. Appui à la Maintenance (décentralisée) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appui au Système d'approvisionnement (gestion des vaccins, logistique & CdF) 2. Appui à la Maintenance (décentralisée) 	1 P3 (CCL) au niveau central et NOB au niveau central & 3 G6 (Maintenance) au niveau régional (1 Mainteneur pour 2 Régions)	UNICEF
Demand promotion	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appui à l'engagement des plateformes, alliances communautaires et OSC 2. Appui à l'élaboration des stratégies spécifiques pour les cibles marginalisées (zones minières, agglomérations, zones transfrontalières, zones d'ombres....) 3. Appui à la production et la diffusion des supports adaptés pour populations spécifiques 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les plateformes, alliances communautaires et OSC sont fonctionnelle 2. Les stratégies spécifiques pour les cibles marginalisées (zones minières, agglomérations, zones transfrontalières, zones d'ombres....) sont développées et mises en œuvre 3. Les supports adaptés sont produits et diffusés pour populations spécifiques à tous les niveaux 	1 P3 1 NOC (niveau central) et 8 NOA (1 Par région)	UNICEF
Monitoring an evaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring décentralisé 2. Qualité des données /Assurance qualité 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les performances des services de vaccination sont analysées et un plan de résolution des goulots est mis en œuvre 2. L'écart entre les données administratives et celles issues des enquêtes de couverture vaccinales est réduit 	1 P3 1 NOB (niveau central) 1 NOA par Région (N=8)	WHO
	Revue du PEV	Les performances du PEV sont évaluées	4 Consultants (2 Internationaux et 2 Nationaux)	WHO

**Non applicable pour les pays dans leur dernière année de soutien GAVI*

Partie C : Documentation nationale

Les documents ci-après sont généralement présentés à GAVI dans le cadre du suivi de routine du soutien de GAVI et ne doivent pas être renvoyés. Cependant, ils devraient être mentionnés tout au long de la présente demande de soutien au programme, afin d'aider à documenter les discussions et les décisions sur le soutien futur de GAVI.

Documents rétrospectifs	Documents prospectifs
<p>Vue générale du soutien et de la mise en œuvre des subventions de GAVI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation conjointe de l'année précédente • Cadre de performance • Plan de travail et budget opérationnels • Rapports financiers <p>Données sur le statut du programme et défis à relever</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revue du PEV • Evaluations de la couverture et de l'équité de la vaccination • Evaluations de la GEV et avancement des améliorations apportées • Etudes des données de couverture et/ou de leur qualité (études de couverture, EDS ou enquête MICS) • Une explication des zones et populations géographiques spécifiques (populations difficiles à atteindre et marginalisées ou zones à faible couverture) qui seront ciblées au moyen du soutien de RSS de GAVI <p>Données sur le fonctionnement du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audits du programme et audits financiers • Evaluation de la capacité du programme 	<p>Stratégies, plans et budgets nationaux pour la santé et la vaccination (par exemple, le PPAC), y compris le cas échéant le plan de transition</p>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Cadre de Monitoring et d'Evaluation de la demande RSS2 GAVI-Guinée

1.1 Mécanisme de Suivi et Evaluation

Le Ministère de la santé, à travers le Bureau de Stratégie et de Développement (BSD), est le principal responsable en charge du suivi de la mise en œuvre des activités déclinées dans la présente demande de soutien adressée à GAVI pour la période 2017-2021. Il est techniquement appuyé par la Coordination nationale du programme Elargi de Vaccination (PEV).

Un plan National de Suivi et Evaluation du PEV sera élaboré afin d'orienter la mise en œuvre des activités de suivi et évaluation. Ce plan comportera entre autres: (i) la description des rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans le suivi et évaluation, (ii) le mécanisme de collecte, d'analyse et remontée des données, (iii) le calendrier de rapportage, (iv) le plan d'évaluation, (v) la matrice des indicateurs, (vi) le mécanisme de retro information, (vii) le plan d'évaluation, (viii) l'agenda de recherche, (ix) le plan d'action du plan de suivi et Evaluation.

Le cadre de performance et le plan opérationnel de travail faciliteront le suivi de la mise en œuvre des interventions de la demande. Le cadre de performance comporte les indicateurs et leur définition, les valeurs et années de référence des indicateurs, la fréquence de rapportage et les cibles à atteindre (Cf. Cadre de performance ci-joint). Quant au plan opérationnel, il comporte les objectifs à atteindre, le chronogramme d'activités, le coût de l'activité et l'entité responsable de sa mise en œuvre.

Des revues trimestrielles, semestrielles et annuelles seront effectuées par le BSD, le PEV et les partenaires. Elles seront mises à profit pour évaluer les progrès réalisés dans le sens de l'atteinte des résultats escomptés et d'identifier les principaux problèmes de mise en œuvre des activités de la demande. Ceci permettra l'évaluation de la performance, le réajustement des plans d'action opérationnels. Un rapport de progrès trimestriel sera transmis (portail et fichier électronique) au Secrétariat de GAVI. Il comportera essentiellement la description du niveau d'exécution des activités et d'atteinte des indicateurs contenus dans cadre de performance et le niveau d'utilisation des ressources financières allouées.

Sur le plan institutionnel, le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) pour le PEV jouera le rôle de superviseur dans la mise en œuvre de la subvention. Il devra aussi s'assurer que les fonds alloués sont gérés de façon transparente. L'augmentation annuelle de la couverture vaccinale, la mise à jour des données de mortalité et de morbidité des maladies évitables par la vaccination, la réduction des taux de perte en vaccins et d'abandon entre Penta 1 et Penta 3, la réduction de l'écart entre les données de couverture administrative et celles issues des enquêtes d'évaluation sont autant d'indicateurs de proximités que le CCIA pourra utiliser pour suivre régulièrement les performances du PEV et la prise de décision. Le rapport de progrès sera régulièrement porté à la connaissance des membres du CCIA.

1.2 Cadre de performance de la demande RSS2



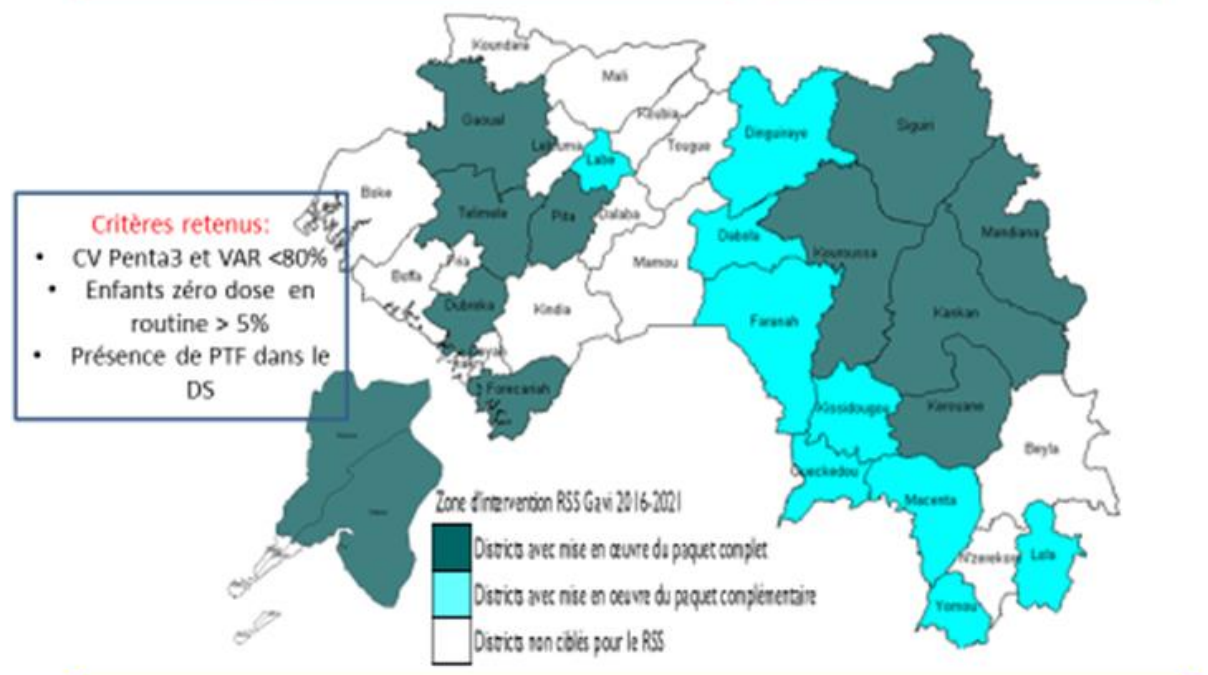
Microsoft Excel
97-2003 Worksheet

ANNEXE 2 : Critères de choix des 21 districts sanitaires de la demande RSS2 GAVI-Guinée

Annexes 3 : Couvertures vaccinales selon l'enquête de couverture vaccinale 2016

REGION	PREFECTURE	COUVERTURE VACCINALE			% ENFANTS ZERO DOSE > 5%			DISTRICTS SELECTIONNES
		PENTA 3	VAR	VAA	REGION	PREFECTURE	% enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin en routine	
Boké	BOFFA	93,5	92,4	90,0	Boké	BOFFA	1,9	1
	BOKE	81,4	78,6	41,0		BOKE	1,4	
	FRIA	88,6	87,1	85,4		FRIA	1,4	
	GAOUAL	61,3	58,6	47,2		GAOUAL	9,5	
	KOUNDARA	92,9	88,6	86,4		KOUNDARA	0,5	
Total Boké		82,8	81,0	61,7	Total boké	3,0		
Conakry	DIXINN	62,5	58,1	75,0	Conakry	DIXINN	4,3	2
	KALOUUM	75,8	72,5	79,1		KALOUUM	3,8	
	MATAM	78,7	75,2	78,7		MATAM	2,9	
	MATOTO	60,9	58,6	60,0		MATOTO	7,1	
	RATOMA	62,9	57,6	63,8		RATOMA	6,2	
Total conakry		64,8	64,4	66,4	Total conakry	4,9		
Faranah	DABOLA	68,4	65,9	86,1	Faranah	DABOLA	5,9	4
	DINGUIRAYE	80,0	78,3	72,0		DINGUIRAYE	9,4	
	FARANAH	63,1	62,4	56,1		FARANAH	10,0	
	KISSIDOUGOU	53,3	47,1	54,1		KISSIDOUGOU	14,8	
	Total faranah		64,6	63,4		64,4	Total faranah	
Kankan	KANKAN	73,5	73,5	69,3	Kankan	KANKAN	10,4	8
	KEROUANE	45,8	42,4	49,7		KEROUANE	15,7	
	KOUROUSSA	39,8	35,7	40,8		KOUROUSSA	20,0	
	MANDIANA	30,6	45,8	72,9		MANDIANA	7,6	
	SIGUIRI	48,1	44,8	43,8		SIGUIRI	10,4	
Total kankan		52,5	48,9	54,2	Total kankan	12,8		
Kindia	COYAH	78,3	78,1	57,2	Kindia	COYAH	1,0	13
	DUBREKA	61,8	57,6	49,1		DUBREKA	15,6	
	FORECARIAH	6,9	8,1	19,9		FORECARIAH	41,9	
	KINDIA	70,6	70,6	70,2		KINDIA	0,5	
	TELIMELE	62,3	60,7	59,1		TELIMELE	7,3	
Total kindia		56,4	55,0	52,6	Total kindia	13,2		
Labé	KOUBIA	86,2	85,9	78,8	Labé	KOUBIA	7,6	16
	LABE	56,8	55,8	31,8		LABE	17,6	
	LELOUMA	88,6	87,1	87,7		LELOUMA	4,3	
	MALI	78,5	76,8	73,1		MALI	3,3	
	TOUGUE	78,8	74,5	88,9		TOUGUE	2,8	
Total labé		73,5	75,9	64,2	Total labé	7,1		
Mamou	DALABA	89,7	89,1	91,0	Mamou	DALABA	1,9	17
	MAMOU	92,2	90,0	86,1		MAMOU	0,0	
	PITA	71,0	67,4	67,5		PITA	8,4	
Total mamou		84,1	82,1	80,4	Total mamou	3,4		
Nzérékoré	BEYLA	91,9	49,1	58,1	Nzérékoré	BEYLA	3,8	18
	GUECKEDOU	67,6	64,8	75,7		GUECKEDOU	7,6	
	LOLA	59,8	56,1	53,6		LOLA	16,0	
	MACENTA	58,9	53,7	45,8		MACENTA	6,4	
	NZEREKOR	85,1	84,8	87,8		NZEREKOR	6,7	
Total Nzérékoré		79,6	78,4	83,2	Total Nzérékoré	7,9		
TOTAL		66,0	63,5	62,8	Guinée	8,1		

Zone intervention RSS_Gavi 2016



PAQUET COMPLET: Plan GEV, Renforcement des capacités du personnel, mécanisme de coordination, monitoring...

PAQUET COMPLEMENTAIRE AUX INTERVENTIONS DES PARTENAIRE: vaccino/logistique

Annexe 3 : Cartographie des intervenants pour le financement du système de santé de la Guinée pour la période 2017-2019

BAILLEURS	TOTAL PAR BAILLEURS (en milliers USD)	Zone Géographique
1- Gouvernement (BND)	598,937	Tout le pays
Pilotage et soutien du Système de santé	3,133	
Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence	203,824	
Promotion de la sante de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées	89,788	
Amélioration de l'accès physique aux infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité	112,588	
Développement des Ressources humaines	189,479	
Développement du système d'information sanitaire et de la recherche	125	
2- UNICEF (ressources régulières et autres ressources qui ne viennent pas de PASA, FM, GAVI, BM, BID)	15,800	Tout le pays
Assistance technique et administrative		
Renforcement des capacités	1,500	
Produits et équipements sanitaires	6,000	
Infrastructures et autres équipements	6,000	
Support de communication	600	
Suivi et évaluation	1,700	
Planification et administration	-	
3- UNFPA	-	Tout le pays
4- OMS	-	Tout le pays
5- UE	64,550	
PASA (co-financement 10FED et AFD) investissements (construction/réhabilitation/équipement : DRS, DPS, Hôpitaux, magasin PCG), achat de médicaments, appui institutionnel	18,950	Nzérékoré
PASA 2 (financement de 11FED; priorités et activités à définir en 2017)	45,600	Nzérékoré + autres régions à déterminer
6- USAID Surveillance et sécurité sanitaire internationale, Santé de la mère et de l'enfant, Renforcement et modernisation du SNIS, de la gouvernance	103,319	
7- FONDS MONDIAL RSS	28,375	Tout le pays
VIH	22,282	
Paludisme	6,093	
Tuberculose	-	
Renforcement et modernisation du SNIS	2, 000	
8- PLAN GUINEE	-	

BAILLEURS	TOTAL PAR BAILLEURS (en milliers USD)	Zone Géographique
9- KFW	17 000	
Construction des centres de santé et réhabilitation des hôpitaux et médicaments	17 000	Les régions de Faranah, Labé, Boké
10- BID	29,714	
Construction et équipement de Donka et hôpitaux de district	29,714	
11- Fonds saoudien	19,067	
17- GIZ	15 000	
Santé de la reproduction et de la famille	15 000	Labé, Mamou, Faranah, Kindia
19- Banque Mondiale (PASSP)		Labé + Faranah + Mamou
Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires	19,500	Labé + Faranah + Mamou
Appui à la surveillance santé humaine et animale	30 000	Tout le pays
20- AFD		
Projet laboratoires	10,481	

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AIV :	Allocation pour l'introduction des nouveaux vaccins
ACD/ACC/ACE :	Atteindre Chaque District/Communauté/Enfant
AVS :	Activités de Vaccination Supplémentaires
BSD :	Bureau des Stratégies et Développement
CCIA :	Comité de Coordination Inter Agence
CCSS :	Cadre de Concertation du Système de Santé
CDC :	Centres for Disease Control and Prevention
CDF :	Chaîne de froid
CDMT :	Cadre des Dépense à Moyen Terme
CS :	Centre de Santé
CSU :	Couverture Sanitaire Universelle
CTC :	Cadre Technique de Coordination
CTPS :	Cadre Technique Préfectoral de Coordination
CTRS :	Cadre Technique Régional de Coordination
DHiS2 :	District Health Information Software
DVD-MT :	District Vaccine Data Management Tool
DQS :	data quality self-assessment
EDS :	Enquête Démographique de Santé
FM :	Fonds Mondial
FBR :	Financement Basé sur la Performance
GAVI :	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GEV :	Gestion Efficace des Vaccins
GIZ :	Coopération allemande
GNF :	Francs Guinéens
GTCV :	Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination
HPV :	Papilloma Virus humain
ICN:	Instance de Coordination Nationale
iHRIS :	Integrated Human Resource Information System
LQAS :	Lot quality assurance sampling
MenA :	Vaccin Conjugé anti-méningococcique A
mOPV :	Vaccin Polio Oral monovalent
MVE :	Maladie à Virus Ebola
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non gouvernementale
OS :	Objectifs d'orientation
PAO :	Plan d'Action Opérationnel
PCA :	Paquet Complémentaire d'Activités
PCV :	Pastille de Contrôle du Vaccin
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PMA :	Paquet minimum d'Activités
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
POSSAV :	Plateforme des Organisations de la Société Civile pour le Soutien à la Santé et à la Vaccination
PPAC :	Plan Pluri-Annuel Complet
PRSS :	Plan de Relance du Système de Santé
PRPEV :	Plan de Relance du Programme Elargi de vaccination
PTF :	Partenaire Technique et Financier
RSS :	Renforcement du Système de Santé
RHS :	Ressource Humaine en Santé
Rota :	Vaccin anti- rotavirus
SARA :	Service Availability and Readiness Assessment
SIGL :	système d'information sur la gestion logistique.
SOUC :	Soins Obstétricaux d'Urgence Complémentaires
SOUB :	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SNIS :	Système National Information Sanitaire
SNV :	Soutien aux Nouveaux Vaccins
Td :	Toxine tétanique +diphthérique
UE :	Union Européenne
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID :	Agence des Etats Unis pour le Développement International
VAA :	Vaccin Anti-Amaril
VPI :	Vaccin anti-poliomyélitique inactivé
VPOb:	Vaccin Poliomyélitique Oral bivalent