

Formulaire pour les propositions des pays

Campagne de suivi pour la vaccination antirougeoleuse/antirougeoleuse-antirubéoleuse

présenté par
Le gouvernement de GUINEE-BISSAU

Date de soumission : 7 septembre 2017

Date limite de soumission : 8 septembre 2017

Veillez adresser votre demande au moyen du formulaire prévu à cet effet.

Pour toute demande de renseignements, veuillez vous adresser à : proposals@gavi.org ou aux représentants d'une institution partenaire de Gavi. Les documents pourront être portés à la connaissance des partenaires de Gavi, de ses collaborateurs et du public. Les propositions et les pièces jointes doivent être soumises en français.

Remarque : assurez-vous que la demande a bien été reçue par le Secrétariat de Gavi au plus tard le jour de la date limite de soumission.

Le Secrétariat de Gavi ne sera pas en mesure de retourner au pays les documents et pièces jointes que celui-ci lui aura préalablement soumis. Sauf indication contraire, ces documents pourront être portés à la connaissance des partenaires de Gavi et du public.

CLAUSES ET CONDITIONS DU SOUTIEN DE GAVI

FINANCEMENT UTILISÉ UNIQUEMENT POUR DES PROGRAMMES APPROUVÉS

Le pays présentant la demande (« le pays ») confirme que tous les fonds débloqués par Gavi au titre de la présente demande seront alloués et utilisés dans le seul but de mettre en œuvre le(s) programme(s) décrit(s) dans la demande de soutien du pays. Toute modification substantielle du/des programme(s) approuvé(s) doit être révisée et approuvée au préalable par Gavi. Toutes les décisions de financement inhérentes à cette demande sont du ressort du Conseil d'administration de Gavi et subordonnées aux procédures du CEI et à la disponibilité des fonds.

MODIFICATION DE LA PRÉSENTE PROPOSITION

Le pays avertira Gavi par le biais de son rapport de situation annuel s'il souhaite proposer des changements à la description du/des programme(s) dans la présente demande de soutien. L'Alliance documentera toute modification qu'elle aura approuvée et la proposition du pays sera modifiée.

REMBOURSEMENT DES FONDS

Le pays accepte de rembourser à Gavi tous les fonds qui ne sont pas utilisés pour le(s) programme(s) décrit(s) dans la présente demande. Le remboursement s'effectuera en dollars des Etats-Unis, à moins que Gavi n'en décide autrement, dans les soixante (60) jours après réception par le pays de la demande de remboursement de Gavi. Les fonds remboursés seront versés sur le(s) compte(s) désigné(s) par Gavi.

SUSPENSION / RÉSILIATION

Gavi peut suspendre tout ou partie de ses financements au pays si elle a des raisons de soupçonner que les fonds ont été utilisés dans un autre but que pour les programmes décrits dans la présente demande ou toute modification de cette demande approuvée par Gavi. Gavi se réserve le droit de mettre fin à son soutien au pays pour les programmes décrits dans la présente demande si des malversations de fonds sont confirmées.

LUTTE CONTRE LA CORRUPTION

Le pays confirme que les fonds alloués par Gavi ne seront en aucun cas offerts par lui à des tiers, et qu'il ne cherchera pas non plus à tirer des présents, des paiements ou des avantages directement ou indirectement en rapport avec cette demande qui pourraient être considérés comme une pratique illégale ou une prévarication.

CONTRÔLE DES COMPTES ET ARCHIVES

Le pays réalisera des vérifications annuelles des comptes et les transmettra à Gavi, comme requis. Gavi se réserve le droit de se livrer par elle-même, ou au travers d'un agent, à des contrôles des comptes ou des évaluations de la gestion financière afin d'assurer l'obligation de rendre compte des fonds décaissés au pays. Le pays tiendra des livres comptables précis justifiant l'utilisation des fonds de Gavi. Le pays conservera ses archives comptables conformément aux normes comptables approuvées par son gouvernement pendant au moins trois ans après la date du dernier décaissement de fonds de Gavi. En cas de litige sur une éventuelle malversation des fonds, le pays conservera ces dossiers jusqu'à ce que les résultats de l'audit soient définitifs. Le pays accepte de ne pas faire valoir ses privilèges documentaires à l'encontre de Gavi en rapport avec tout contrôle des comptes.

CONFIRMATION DE LA VALIDITÉ JURIDIQUE

Le pays et les signataires pour le gouvernement confirment que sa présente demande de soutien, et son rapport annuel de situation, sont exacts et correctes et représentent un engagement juridiquement contraignant pour le pays, en vertu de ses lois, à mettre en œuvre les programmes décrits dans la présente demande, si applicable, dans le rapport annuel de situation.

CONFIRMATION DU RESPECT DE LA POLITIQUE DE GAVI SUR LA TRANSPARENCE ET LA RESPONSABILITÉ

Le pays confirme avoir pris connaissance de la politique de Gavi sur la transparence et la responsabilité et qu'il en respectera les obligations.

UTILISATION DE COMPTES BANCAIRES COMMERCIAUX

Il incombe au gouvernement du pays éligible de vérifier, avec toute la diligence requise, l'adéquation des banques commerciales utilisées pour gérer le soutien en espèces de Gavi. Le pays confirme qu'il assumera l'entière responsabilité du remplacement du soutien en espèces de Gavi qui serait perdu en raison d'une faillite de la banque, de fraude ou tout autre événement imprévu.

ARBITRAGE

Tout litige entre le pays et Gavi occasionné par la présente demande, ou en rapport avec celle-ci, qui n'aura pas été réglé à l'amiable dans un délai raisonnable, sera soumis à un arbitrage à la demande de Gavi ou du pays. L'arbitrage sera conduit conformément au Règlement d'arbitrage de la Commission pour le droit commercial international (CNUDCI) en vigueur. Les parties acceptent d'être liées par la sanction arbitrale, comme règlement final de ce différend. Le lieu de l'arbitrage sera Genève (Suisse). La langue de l'arbitrage sera l'anglais ou le français.

Pour tout litige portant sur un montant inférieur ou égal à 100 000 US\$, un arbitre sera désigné par Gavi. Pour tout litige portant sur un montant supérieur à 100 000 US\$, trois arbitres seront nommés, comme suit : Gavi et le pays désigneront chacun un arbitre et les deux arbitres ainsi nommés désigneront conjointement un troisième arbitre qui présidera.

Gavi ne pourra être tenue pour responsable auprès du pays de toute réclamation ou perte en rapport avec les programmes décrits dans la présente demande, y compris et sans limitation, toute perte financière, conflit de responsabilités, tout dommage matériel, corporel ou décès. Le pays est seul responsable de tous les aspects de la gestion et de la mise en œuvre des programmes décrits dans la présente demande.

Table des matières

1	Spécification de la proposition	5
2	Résumé	5
3	Signatures des membres du gouvernement et des organes nationaux de coordination	6
	3.1 Le gouvernement	6
	3.2 Organe national de coordination / Comité de coordination interagences pour la vaccination.....	7
4	Informations relatives au programme de vaccination	8
	4.1 Genre et équité	8
	4.2 Couverture vaccinale.....	8
5	Objectifs et planification des AVS antirougeoleuses, et augmentation de la couverture par la vaccination antirougeoleuse systématique	10
6	Soutien financier	9
	6.1 Soutien financier du gouvernement aux AVS antirougeoleuses précédentes.....	11
	6.2 Soutien gouvernemental aux dernières activités de vaccination antirougeoleuse/antirougeoleuses-antirubéoleuses	11
	6.3 Soutien proposé dans le cadre des prochaines AVS antirougeoleuses.....	12
7	Approvisionnement	14
8	Dispositions spécifiques à la gestion fiduciaire	15
9	Liste des pièces obligatoires à joindre à la présente proposition	18

1. Spécifications de la proposition

Veillez vérifier [X] le vaccin à utiliser :¹

[X] Antirougeoleux, 10 doses/flacon, lyophilisé

[] Antirougeoleux-antirubéoleux, 10 doses/flacon, lyophilisé

Q1. Veillez préciser la date (semaine/mois et année) de démarrage de la campagne de suivi :
1ere semaine/Novembre/2018

2. Résumé

Globalement, 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 77-78% depuis 2010 dans les 73 pays qui reçoivent le soutien de Gavi. Les autres défis comprennent la viabilité financière et programmatique pour les pays, la détermination du groupe d'âge cible et la garantie de qualité des campagnes. Des préoccupations existent également quant aux campagnes étant coûteuses, nuisant aux ressources des activités de vaccination de routine et pouvant créer des incitations monétaires perverses. Les activités contre la rougeole sont également prévues indépendamment des autres interventions de vaccination avec des processus de planification, de budgétisation et de mise en œuvre inadéquates.

En effet, la Guinée-Bissau a souscrit à l'initiative mondiale pour l'élimination de la rougeole en l'an 2020 et c'est dans ce cadre qu'elle a effectué des campagnes de vaccination de masse contre la rougeole. La dernière campagne nationale de vaccination contre la rougeole et de la distribution de vitamine A et le Mebendazole s'est tenue du 4 au 9 décembre 2015. Pendant la campagne, le vaccin contre la rougeole a été administré aux enfants âgés de 9 à 59 mois, vitamine A aux enfants âgés de 6 à 59 mois et mébendazole aux enfants âgés de 12 à 59 mois

Une approche globale est essentielle pour permettre d'obtenir une réduction durable de la morbidité et de la mortalité dues à la rougeole et à la rubéole. Une vaccination de routine exécutée en temps opportun, tous les ans, avec un taux de couverture élevé et uniforme dans chaque pays, est la condition indispensable pour obtenir des taux élevés et durables d'immunité dans les populations.

À cet égard, le Conseil d'administration de Gavi de Décembre 2015 a approuvé la nouvelle stratégie de lutte contre la rougeole et la rubéole de Gavi, afin d'assurer la cohérence du programme de vaccination associée rougeole-rubéole, visant principalement à améliorer la couverture par la vaccination de routine et mettant particulièrement l'accent sur la lutte contre la rougeole et la rubéole. La vaccination de routine sera complétée, le cas échéant, par des campagnes de meilleure qualité, mieux planifiées, plus ciblées et contrôlées de façon indépendante.

L'objectif de Gavi est de soutenir une approche plus globale de la lutte contre la rougeole et la rubéole, sur une durée plus longue. Au lieu d'offrir des soutiens à des campagnes et des vaccinations de routines en tant qu'activités planifiées, budgétisées et mises en œuvre séparément, Gavi encourage les pays à planifier et à mettre en œuvre un ensemble d'activités intégrées pour la lutte

¹ Pour plus d'informations sur les vaccins :

http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PQ_vaccine_list_en/en/

Remarque: Le CEI peut examiner les demandes précédentes pour Gavi.

contre la rougeole et la rubéole. Les pays seront désormais tenus de financer eux-mêmes la première dose de vaccin contre la rougeole dans leur programme national de vaccination, et d'avoir une planification budgétisée à long terme pour les activités liées à la rougeole et à la rubéole, afin d'assurer la viabilité financière et programmatique.

Des campagnes de vaccination préventive et l'introduction de nouveaux vaccins, tels que le vaccin antirougeoleux-rubéoleux, peuvent être utilisés comme des opportunités stratégiques pour améliorer la vaccination de routine, par exemple en soutenant la microplanification pour identifier les populations mal desservies. Ces opportunités doivent être alignées avec les besoins et les priorités pour la vaccination systématique exprimées par les pays pour veiller à ce qu'ils comblient les lacunes ou traitent les problèmes reconnus. Il est donc recommandé que, au fur et à mesure que les pays développent leurs applications pour le soutien de la lutte contre la rougeole et la rubéole, ils coordonnent et harmonisent ces demandes avec leurs demandes de soutien RSS. Des évaluations conjointes et des examens du soutien devraient être utilisés pour assurer de tels liens. Cela permettra d'harmoniser les intrants pour la rougeole, la rubéole et le RSS, d'éviter les licenciements possibles et de maximiser l'effet des activités pour la lutte contre la rougeole et la rubéole sur le renforcement de l'ensemble du programme de vaccination.

Gavi soutiendra les **campagnes périodiques de suivi pour la lutte contre la rougeole** au niveau national ou infranational, pour les pays éligibles à un soutien de Gavi qui n'ont pas encore mis en place une vaccination antirougeoleuse et antirubéoleuse, avec un accent sur les enfants âgés de 5 ans tout au plus. Il convient de noter que le calendrier, la tranche d'âge cible, et la portée géographique doivent être fondés sur des données épidémiologiques et une modélisation chaque fois que cela est possible.

Pour les pays admissibles au soutien de Gavi qui ont introduit un vaccin antirougeoleux-antirubéoleux, un soutien est disponible pour **les campagnes périodiques de suivi pour la vaccination antirougeoleuse-antirubéoleuse**. Il convient encore une fois de noter que le calendrier, la tranche d'âge cible, et la portée géographique doivent être fondés sur des données épidémiologiques et une modélisation si disponible. Compte tenu de toutes ces considérations, la Guinée-Bissau a organisé sa première campagne de masse de rougeole du 15 au 29 mai 2006, ciblant les enfants âgés de 6 mois à 14 ans, ayant un taux de couverture de 93 %. Après chaque 3 ans le pays a organisé la campagne de masse de suivi de rougeole en 2009, 2012 et 2015, ciblant des enfants de 9 – 59 mois avec des couvertures vaccinales administratives de 110% en 2009, 89% en 2012 et 86% en 2015. Suite à l'analyse de certains résultats jugés faibles en 2015, plusieurs régions comme Bolama et le SAB qui représente à lui seul le tiers de la population de Guinée-Bissau, ont estimé que leur cible est surestimée. Pour les besoins d'analyse, le comité technique a également calculé la couverture vaccinale en utilisant la population officielle révisée par l'Institut National de la Santé Publique (INASA) et l'Institut National de Statistique (INE) qui est de 1 530 653 habitants en 2015. Cette population est obtenue à partir de l'extrapolation du recensement général de la population réalisé en 2009 en utilisant le taux d'accroissement naturel. La population cible induite (15%) par cette population INASA et INE est estimée à 240,039 enfants de 9 à 59 mois pour la campagne de suivi de 2018. Dès lors un arbitrage du Ministère de la Santé s'impose afin que le pays retienne une population unique pour toutes ses activités.

Q2. Veuillez fournir un résumé précisant la tranche d'âge concernée, l'étendue ou la progression géographique, le calendrier de la campagne planifiée. Il conviendra en outre de justifier ces plans sur la base d'estimations précises de l'état d'avancement actuel du programme de vaccination (couverture systématique, AVS précédentes, plans pour l'introduction de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux dans le cadre de la vaccination systématique) et de la surveillance épidémiologique de la rougeole dans le pays. Le résumé doit également mettre en évidence les activités mises en œuvre dans le cadre de la préparation des AVS et destinées à renforcer le programme de vaccination systématique, tel qu'il est indiqué dans les directives pour les demandes de soutien.

Dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies de lutte accélérée contre la rougeole en Guinée Bissau, une campagne de vaccination de rattrapage contre la rougeole a été conduite à l'échelle nationale du 15 au 29 mai 2006. Cette campagne avait ciblé tous les enfants âgés de 6 mois à 14 ans et avait pour but d'abaisser l'incidence et la mortalité qui sont associées à la rougeole en réduisant de façon significative la population de sujets vulnérables à cette maladie. Le nombre d'enfants ciblés était de 694.297 et vaccinés 588.533, coût par enfant vacciné été de \$1.01, malgré le coût opérationnel par enfant vacciné été de \$0.66. L'évaluation de la qualité et la couverture de cette campagne a été menée et les résultats ont montrés que 93 % des enfants ciblés ont été vaccinés .

En 2009, la première campagne de suivi a été conduite à l'échelle nationale du 3 au 7 juillet ciblant tous les enfants de 9 à 59 mois. La couverture vaccinale administrative était de 101%

En 2012, la 3ème campagne de suivi a été conduite à l'échelle nationale du 2 au 6 décembre ciblant tous les enfants de 9 à 59 mois. La couverture administrative nationale atteinte été de 101%. L'enquête de couverture a été conduite par une équipe de l'INASA, la couverture vaccinale était de 98%.

En 2015, le pays a organisé une autre campagne nationale de suivi contre la rougeole conduite en une phase à l'échelle nationale (pour toutes les 11 régions du pays et 114 aires de santé), ciblant tous les enfants de 9 à 59 mois , avec une couverture vaccinale de 86%. Cependant, la même année, le rapport conjoint OMS-UNICEF 2015 faisait état de 54 cas de rougeole notifiés dans le pays dont 26 cas déjà vaccinés, soit 48% des cas.

C'est dans ce contexte marqué aussi par un taux de couverture par la vaccination antirougeoleuse dans le PEV systématique de 92% en 2016 et 95% en 2017 que, conformément à la résolution AFR/RC61/WP/1 du 61e Comité régional de l'OMS relative à l'élimination de la rougeole en 2020, la Guinée Bissau a planifié en 2018, l'organisation d'une campagne nationale de suivi contre la rougeole, portant sur l'ensemble du pays, la tranche d'âge concernée étant celle de 9 à 59 mois.

Cette campagne sera mise à profit pour récupérer les enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés dans le cadre du PEV systématique. Ainsi, Lors de la mise en œuvre de la campagne, le message diffusé à l'intention de la communauté tenait compte du rappel du calendrier vaccinal pour permettre aux parents et gardiens d'enfants de poursuivre avec la vaccination de routine.

Dans tous les cas, il convient de souligner que les différentes campagnes organisées en Guinée Bissau remettent toujours en question la taille de la population cible, c'est pourquoi il est urgent de procéder à un arbitrage sur la population à utiliser à tous les niveaux afin d'avoir une population nationale unique. Les partenaires du PEV devraient accompagner le Ministère de la Santé dans cet exercice.

3. Signatures des membres du gouvernement et des organes nationaux de coordination

3.1 Le gouvernement

Le gouvernement de la Guinée-Bissau souhaite renforcer le partenariat existant avec GAVI afin de réduire la mortalité imputable à la rougeole et d'améliorer le programme national de vaccination systématiques des nourrissons. Il demande ainsi le soutien de GAVI pour le vaccin antirougeoleux/antirougeoleux-antirubéoleux (10 doses par flacon, lyophilisé) en vue de mener des activités de vaccination supplémentaires.

Le gouvernement de la Guinée-Bissau s'engage à renforcer durablement les services nationaux de vaccination, conformément au plan pluriannuel complet et au plan d'action annexés au présent document. Le gouvernement demande à GAVI et à ses partenaires d'apporter une assistance financière et technique pour soutenir le programme de vaccination, tel qu'énoncé dans la présente demande.

Le gouvernement de la Guinée-Bissau reconnaît et accepte les clauses et conditions du soutien de GAVI incluses dans ce formulaire de demande de soutien aux campagnes de suivi pour la vaccination antirougeoleuse/antirougeoleuse-antirubéoleuse.

Veillez noter que la présente proposition ne sera ni examinée ni approuvée par le Comité d'examen indépendant (CEI) de Gavi si elle n'est pas munie de la signature des ministres de la Santé et des Finances, ou de leurs représentants autorisés.

Ministre de la Santé (ou représentant autorisé)		Ministre des Finances (ou représentant autorisé)	
Nom	Eng. Carlito Barai	Nom	Dr. João Aladje M. Fadia
Date		Date	
Signature		Signature	

La présente proposition a été élaborée par (ces personnes peuvent être contactées dans le cas où le Secrétariat de Gavi aurait des questions concernant cette proposition) :

Nom complet	Fonction	Téléphone	Courriel
1. Mário Gomes Tamy	Directeur du PEV	00245955284216	mariogomes61@yahoo.com.br
2. Jean Pierre Umpeça	Institut national de Santé publique	00245966657487	umpecamendy@yahoo.com.br
3. Khadidiatou Gomis	Consultante logistique UNICEF à la Direction du PEV	00245955251786	dijatou68@gmail.com
4. Evangelino Quade	Direction des maladies transmissibles et non transmissibles	00245966730003	evanquade@hotmail.com
5. Neusa Barbosa	Technicien à la	00245966656631	nebarsa@hotmail.com

Samy	Direction du PEV		
6. Sidu Biai	Point focal PEV/OMS	00245955136809	biaisi@who.int
7. Fernando Menezes	Point focal PEV/UNICEF	00245966747122	fmenezes@unicef.org
8. Julio Sa Nogueira	Consultant National OMS	00245966681632	jcsnogueira@hotmail.com
9. Jose Gomes	Directeur Adjoint PEV	00245966619061	josegomes961@yahoo.com.br
10. Miguel Costa Moreira	Logisticien PEV	00245955523232	miguel.moreira63@hotmail.com
11. Domingos Ndeti	Informaticien PEV	00245955410475	domingosaveclas@hotmail.com
12. Nadile Armando Sanca	Logisticienne	00245955799927	nadilesancasancanadile@gmail.com
13. Antonio Ramos da Silva	Consultant national UNICEF gestion des données	955881972	toniramos7041964@gmail.com
14. Quecuta Nhaga	Gestionnaire des données PEV	955315932	quenhas1970@yahoo.com.br
15. Papa Malick Sylla	Consultant OMS	00245955760109	pmsylla72@hotmail.com

3.2 Organe national de coordination / Comité de coordination interagences pour la vaccination

Nous, membres du Comité de coordination interagences pour la vaccination (CCIA), du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) ou d'un comité équivalent², nous sommes réunis ce jour, **04 septembre 2017** pour examiner la présente proposition. Lors de la réunion, nous avons approuvé cette proposition sur la base des pièces justificatives annexées à la demande.

Le compte rendu de la réunion au cours de laquelle la proposition a été avalisée figure en annexe comme document numéro **9.8**

Nom/Titre	Agence/Organisation	Signature
Eng. Carlito Barai	Ministère de la Santé	
Dr. Ayigan Kossi Akla	OMS	
Dr. Joao Aladje M. Fadia	Ministère de Finances	
Dra. Christine Jaulmes	UNICEF	
Dr. Sadna na Bitá	AGUBEF	
Dr. Isabel Garcia Almeida	Rotary Club	
Dr. Agostinho M'barco N'dumba	DGPPS	
Dr. Van Hanegem Menezes Moreira	DGASS	

² Comité de coordination interagences, Comité de coordination du secteur de la santé ou comité équivalent compétent pour avaliser la présente proposition dans le pays en question.

Sra. Nhima Cisse	Institut des Femmes et des Enfants	
Dr. Alassane Drabo	Plan International Guinée-Bissau	
Eng. Sola Inquilin Na Bitchita	Ministère de l'Administration Territoriale	
Sr. Braima Camara	Chambre de Commerce de l'Industrie et des Services (CCIAS)	
	Banque Mondiale	
	Union Européen	

4. Informations relatives au programme de vaccination

4.1 Genre et équité

Q4.1 Veuillez décrire les éventuels obstacles à l'accès, à l'utilisation, et à l'approvisionnement des services de vaccination au niveau des districts (ou équivalent); obstacles liés à la géolocalisation, à des facteurs socio-économiques, et/ou à l'équité en terme de genre. Veuillez décrire les actions prises afin d'atténuer ces obstacles et mettre en lumière ou ces questions sont abordées dans le plan d'action.

Expliquez comment les questions liées à l'équité (géographique, socio-économique, et/ou de genre) sont prises en compte dans le processus d'élaboration des stratégies de mobilisation sociale, entre autres, en vue d'améliorer la couverture vaccinale.

Veuillez décrire quelles enquêtes nationales sont en place de manière récurrente dans le pays afin de mesurer les obstacles liés au genre et à l'équité.

Veuillez indiquer si des données ventilées par sexe ont été collectées puis utilisées dans les systèmes de rapports concernant la vaccination systématique et/ou les campagnes.

Si cela est disponible, veuillez fournir des informations complémentaires et des documents concernant les données de couverture sous-nationales, par exemple : comparaison de districts urbains/ruraux, ou districts avec un taux de couverture bas/élevé, etc. Veuillez mettre en lumière ou ces questions sont abordées dans le plan d'action.

Le pays se trouve-t-il actuellement en situation de fragilité (par exemple : insécurité, conflit, post-conflit, réfugiés et/ou personnes déplacées, catastrophes environnementales récentes, actuelles ou potentielles : inondations, tremblements de terre ou sécheresses) ? Dans l'affirmative, veuillez indiquer dans quelle mesure ces problèmes pourraient avoir un impact sur votre programme de vaccination, les campagnes de vaccination et le financement des activités à cet effet, et comment le pays prévoit de surmonter cette situation afin d'atteindre un taux de couverture élevé.

Selon les estimations OMS-Unicef (WUENIC), l'analyse des données de couverture a montré une croissance continue de la couverture nationale en Penta 3 de 45% en 1999 jusqu'à 80% en 2009, cependant depuis ces années il existe une stagnation.

Le taux d'abandon DTC1-DTC3 est passé de 35% en 1999 à 13% en 2009. Les couvertures vaccinales en VAR stagnent à 69% depuis 2009.

Selon l'EDS/MICS de 2014 la couverture nationale en DTC3 estimée à 82,9%.

Sur le plan de l'équité en vaccination, mesuré à travers la couverture au penta3, il existe une grande différence entre les régions sanitaires du pays. Elle passe de 72,8% à Gabú à 98,2% à Cacheu.

En outre, il existe des disparités entre les quintiles de bien être socio-économiques (15,9%), les niveaux d'éducation des mères (15,5%), ainsi que le lieu de résidence des enfants (7,4%). Cependant il n'existe pas de disparité selon la sexospécificité.

La figure 1 ci-dessous montre les données de couvertures vaccinales 2016 selon les régions.

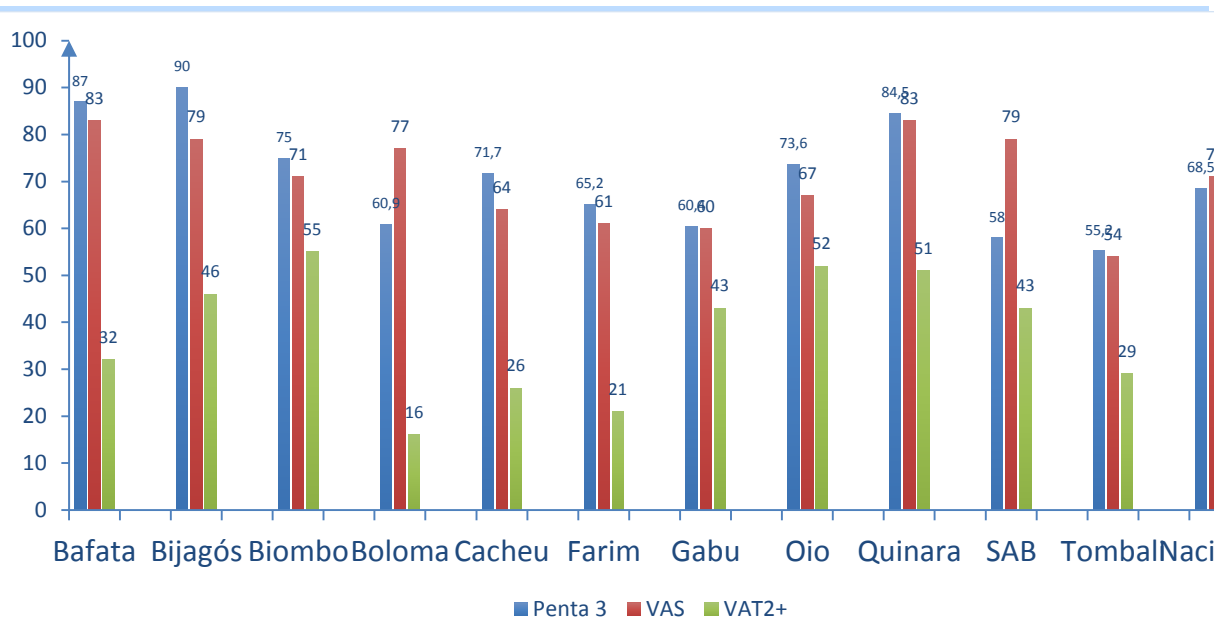


Figure 1: couvertures vaccinales administratives 2016 par région en Guinée Bissau

La couverture nationale au penta 3 est estimée à 68,5%. Une région sur 11 a atteint 90% de couverture au penta3. Les régions de Cacheu, Bolama, Farim, Gabu, Tombali et SAB sont en deçà de 80% de CV.

Concernant le VAR, la couverture administrative au niveau national a été de 71%. Une seule région a atteint une couverture vaccinale de 80% (Quinara).

La couverture vaccinale au VAT2+ a été de 39% au niveau national. Huit régions sur 11 ont eu moins de 50% de couverture vaccinale VAT2+.

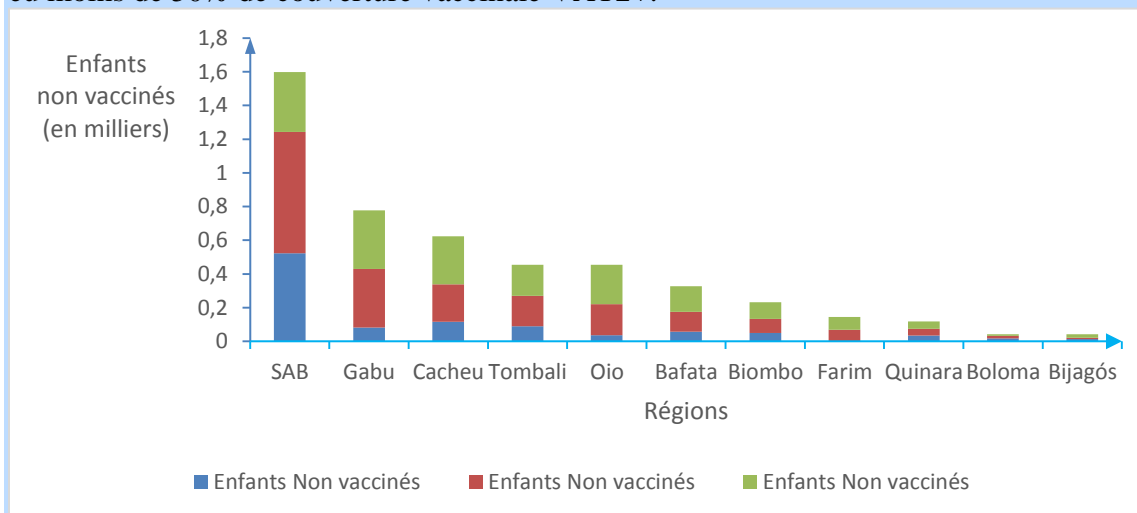


Figure 2: Répartition des enfants non vaccinés selon les régions en 2016 (Données administratives).

Le nombre d'enfants non vaccinés au penta1, Penta3 est respectivement de 10 062 et 19 936. Celui pour le VAR est de 18 050 enfants. Au niveau national, 1/5 des enfants ne sont pas atteints par les services de vaccination. Cet écart est plus accentué pour le secteur de Bissau et les régions de Bolama, Cacheu, Tombali et Gabu.

Dans ces mêmes régions et à Farim, 2/5 des enfants n'ont achevé leur série de penta. Les mêmes proportions sont retrouvées pour la vaccination anti rougeoleuse.

Les régions prioritaires identifiées pour l'année 2017 découlent de cette analyse; il s'agit de SAB, Gabu, Tombali et Cacheu.

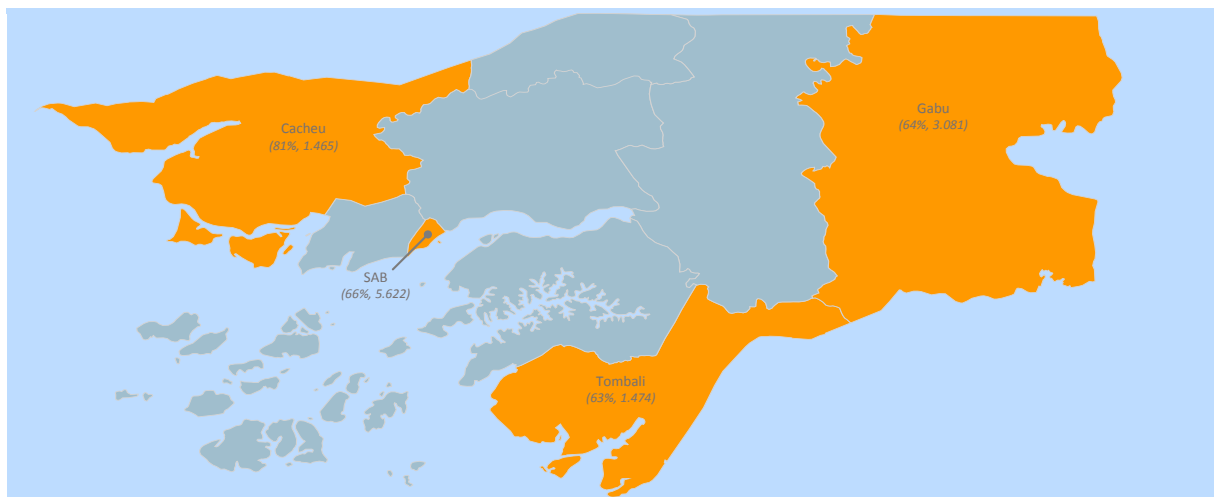


Figure 3: carte de priorisation des régions selon l'équité en immunisation

Les goulots d'étranglement dans ces quatre régions sont les suivants:

Région de Tombali

Trois groupes de communautés d'accès difficiles ont été identifiés dans la région de Tombali et représentent environ 13% de la population totale de la région. Les migrants représentent 10,2% des communautés défavorisées/d'accès difficile, les nomades (4%) et les populations dispersées/éloignées (85,8%). Ces dernières sont localisées dans environs 27 villages de la région et constituées de groupes ethnique de la sous régions. Les occupations professionnelles les plus fréquentes sont les la pêche et l'agriculture.

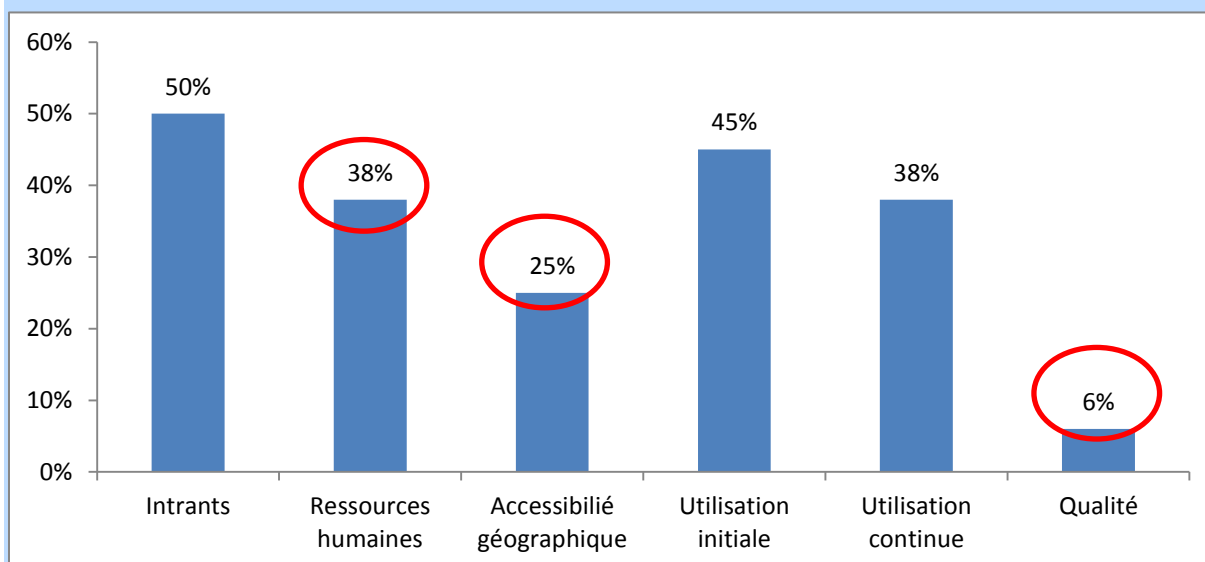


Figure 4: Goulots d'étranglements de la vaccination au Pentavalent dans la région de Tombali_juin 2017

Les goulots d'étranglements identifiés pour la vaccination des nourrissons concernent les ressources humaines, l'accessibilité géographique difficile et les insuffisances dans la qualité des services de vaccination. S'y ajoute le goulot d'étranglement de l'utilisation continue peu satisfaisante concernant les consultations prénatales et la vaccination anti tétanique.

. L'accessibilité géographique est de 25%. La proportion de séances de vaccination en

stratégie avancée est de 53% pour la vaccination des nourrissons et de 35% pour les consultations prénatales ; ceci informe sur l'insuffisance dans l'intégralité des services lors des stratégies avancées. Les missions de stratégies mobiles sont quasi inexistantes au niveau de la région. De plus la qualité des services est inférieure ou égales à 10% pour tous les services de vaccination et de soins prénatales. Les activités de planification, de monitoring, de réunions communautaires sont inexistantes tant au niveau du district que celui des aires de santé. Sept aires de santé sur les Huit ont connu des ruptures de BCG, de Penta et ou de VAR.

Région de Cacheu

Six communautés défavorisées /difficiles d'accès ont été identifiées dans la région de Cacheu et représentent 7603 soit 3,84% de la population totale. Les pauvres en zone urbaines et péri-urbaines, les groupes ethniques et les populations dispersées constituent la majorité des communautés défavorisées/ difficiles d'accès. On retrouve plus de 68% de population de la région dans un rayon de plus de 5 kilomètres d'une structure de santé. Les périodes de cueillette de la noix d'acajou qui va du mois de mars à juin entraînent des déplacements massive de population entre les différentes régions du pays et entraîne souvent une faible fréquentation des services de santé.

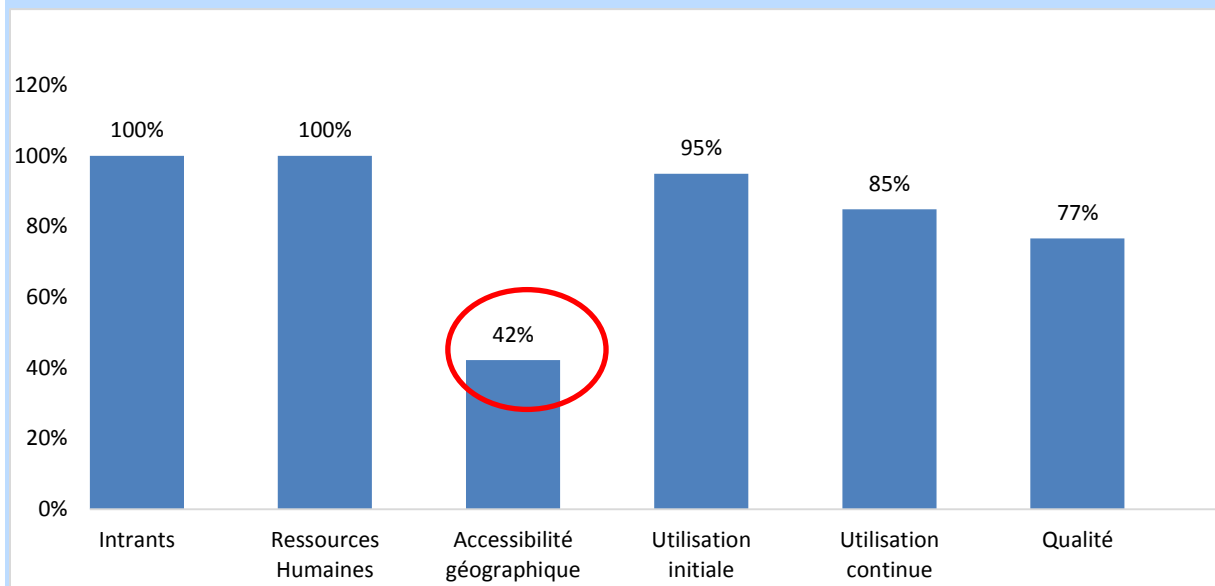


Figure 5: Goulots d'étranglement de la vaccination au Pentavalent au Cacheu_ juin 2017

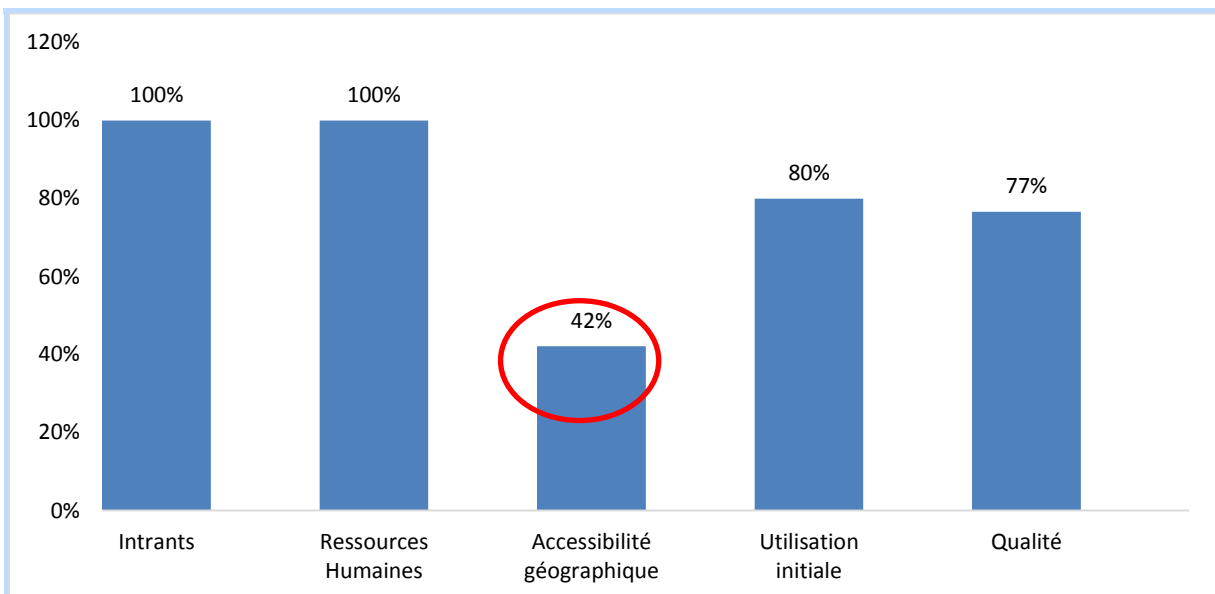


Figure 6: Goulots d'étranglement de la vaccination au VAR dans la région de Cacheu_juin 2017

L'accessibilité géographique est le principal goulot d'étranglement retrouvé pour la vaccination des nourrissons. Cependant 11 aires de santé sur les 19 ont rapporté des couvertures vaccinales au penta 1 et au penta 3 anormalement élevées contrastant avec une accessibilité géographique en deçà de 30 % pour plus de 7 aires sanitaires, cela serait en partie dû à la faible qualité des données. En plus de cette situation la demande des services est perturbée pendant les périodes de cueillette de la noix d'acajou..

Concernant les visites de consultations prénatales, les goulots identifiés sont l'accessibilité géographique difficile, les insuffisances dans l'utilisation continue et la qualité des services.

A partir de cette situation, on serait tenté de conclure que l'utilisation des services de vaccination serait perturbée par ces différents facteurs limitants. C'est pourquoi les solutions devraient prendre en compte une insuffisance de l'utilisation des services en plus de l'accessibilité géographique difficile. Ainsi, les solutions identifiées et retenues après priorisation sont la systématisation de la microplanification inclusive, la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles de vaccination, la communication et la promotion du PEV et l'instauration d'un monitoring de qualité dans la région

Région de Gabú

Les populations défavorisées et d'accès difficiles à Gabu ont été estimées à 87 895 soit 34% de la population totale de la région. Ces populations sont retrouvées dans plus de 90 localités. Les populations dispersées et éloignées représentent plus 67% des communautés d'accès difficiles en raison d'un réseau hydrographique très développé dans les contre fort du Fouta-Djallon qui rend ainsi la majorité des localités difficile d'accès pendant toute l'année voire inaccessibles pendant l'hivernage (Mai à Octobre).

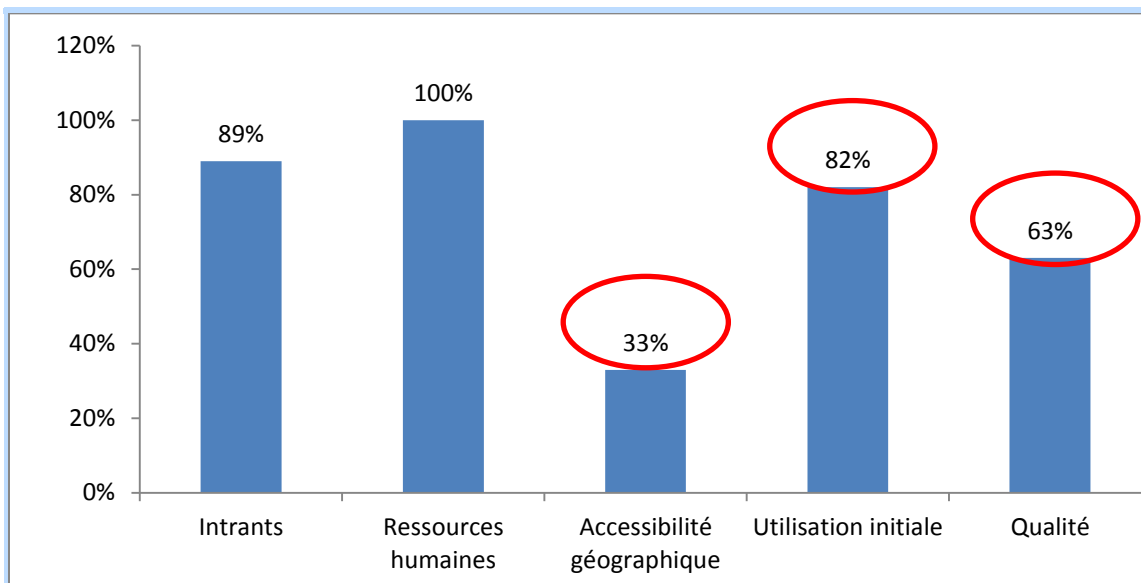


Figure 7: Goulots d'étranglement de la vaccination au Penta dans la région de Gabú _juin 2017

Les goulots d'étranglements identifiés dans la région de Gabú sont l'accessibilité géographique difficile, les insuffisances dans l'utilisation continue et la qualité des services de vaccination et de soins prénatals. La géographie escarpée de certaines zones et le réseau hydrographique sont des difficultés majeures de cette région. Ceci a des répercussions sur la logistique roulante mais aussi sur le personnel en termes de distance à parcourir. Les routes sont coupées par des cours d'eau pendant la saison des pluies dans plusieurs zones sanitaires. La faiblesse de la planification et de mise en œuvre des activités avancées et l'inexistence d'équipes mobiles de vaccination entraînent une offre de service limitée. Par ailleurs l'implication de la communauté dans les domaines de la logistique (ex rendre disponible une pirogue pour la traversée d'une rivière, motivation du personnel communautaire) est insuffisante voire inexistante.

Les solutions identifiées et retenues après priorisation sont la systématisation de la micro planification inclusive, la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles de vaccination, la communication et la promotion du PEV et l'instauration d'un monitoring de qualité dans la région

Région de SAB

Les populations défavorisées et d'accès difficiles identifiées à SAB sont chiffrées à 158 857 soit 32% de la population totale de la région. Ces populations sont retrouvées dans 35 quartiers et cités.

Dans cette région, les principaux goulots d'étranglement sont les intrants et les ressources humaines.

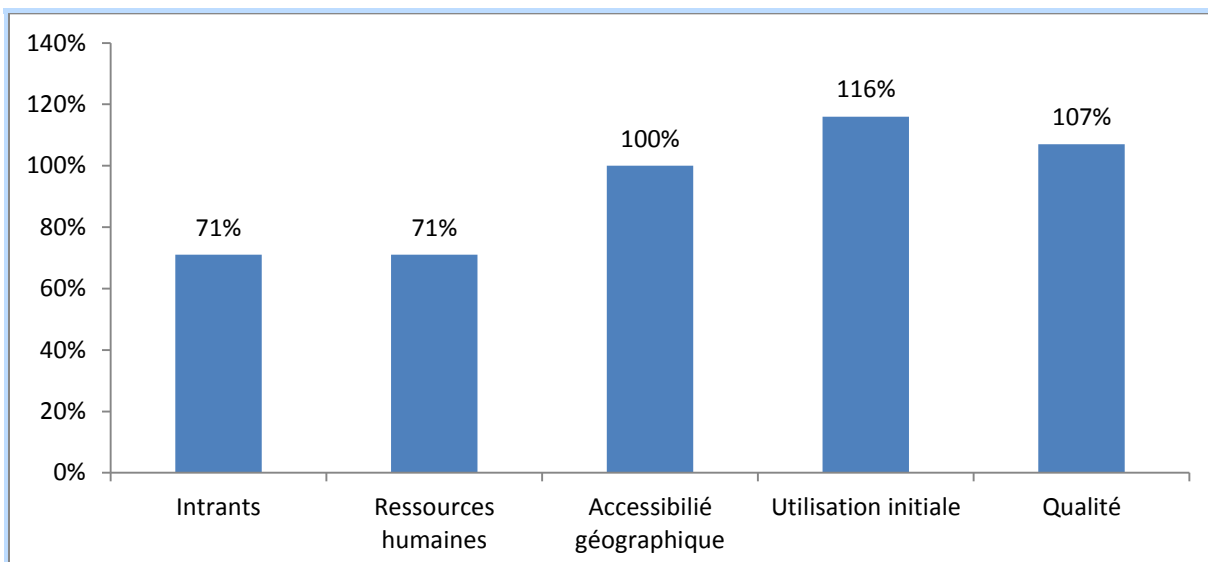


Figure 8: Goulots d'étranglement de la vaccination au VAR dans la région de SAB_mars 2017

Globalement, les mesures correctrices préconisées à tous les niveaux sont les suivantes :

- Niveau central :

- Elargir l'approche équité dans les sept autres régions du pays en veillant à la qualité des données des aires et régions.
- Harmoniser les données démographiques (INASA, SIVE, ASC) au niveau central
- Constituer un pool d'expert en analyse de l'équité en immunisation plus
- Renforcer le leadership dans la gestion des programmes de vaccination à tous les niveaux
- Former les médecins chefs et responsable PEV sur le DVD-MT et SMT
- Orienter les responsables des aires sanitaires sur le monitoring et la micro planification PEV
- Doter en les régions en logistique roulante et les structures de santé secondaires en réfrigérateurs
- Elaborer et disséminer le bulletin mensuel de rétro-information du PEV
- Mettre en place un mécanisme de motivation de la performance à tous les niveaux

- Niveau Région

- Renforcer le leadership dans la gestion des programmes de santé
- Elaborer les documents de planification (PTA intégrant ACE, supervision et monitoring, DQS,...)
- Planifier et mettre en œuvre les activités de stratégie mobile
- Renforcer la supervision formative des prestataires sur la vaccination
- Renforcer le suivi des sorties en stratégie avancées

- Adopter des stratégies réussies d'intégration des activités de survie de l'enfant
- Pérenniser l'exercice d'analyse de l'équité au niveau régional
- Niveau aires sanitaires
 - Systématiser la microplanification des activités
 - Mettre en œuvre les activités planifiées en lien avec la communauté
 - Vacciner tous les jours dans les centres de santé et visiter au moins une fois les enfants des populations défavorisées
 - Intégrer les activités de survie de l'enfant (campagne de vaccination, stratégies avancées, journées accélération)
 - Assurer la continuité des services même lors des campagnes de vaccination
 - Créer des mécanismes de suivi communautaire des enfants Cible du PEV et des femmes enceintes.
 - Systématiser les réunions avec la communauté pour une meilleure adhésion aux activités de survie de l'enfant
 - Faire la restitution des résultats de la couverture vaccinale aux membres de la communauté durant la réunion de coordination mensuelle.
- Niveau communautés
 - S'approprier des programmes de survie de l'enfant par des agents de santé communautaires engagés et responsabilisés
 - Identifier dans les ménages de responsabilités des enfants manquants par des ASC, leaders communautaires et associations des femmes et des jeunes
 - Appuyer les aires de santé dans l'accès aux moyens de déplacement locales (mise à disposition de pirogues traditionnelles...)
 - Appuyer l'organisation des réunions de coordination des aires de santé
- Partenaires
 - Appuyer le financement des micro plans équité des régions et le plan de la direction du PEV
 - Appuyer l'analyse équité dans les régions restantes
 - Appuyer le renforcement des compétences des acteurs impliqués dans le PEV
 - Renforcer en logistique roulante, carburants et aux régions pour la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles de vaccination

4.2 Couverture vaccinale

Veillez fournir dans le tableau ci-dessous les données sur la couverture nationale annuelle pour la première et la deuxième dose du vaccin à valence rougeole (VVR1 et VVR2) qui ont été transmises dans les trois derniers formulaires conjoints de déclaration OMS/UNICEF.

Tableau 4.1. Couverture nationale par le VVR

Rapport conjoint OMS/UNICEF						
	Tendance de la couverture vaccinale nationale VVR1 rapportée			Tendance de la couverture vaccinale nationale VVR2 rapportée (le cas échéant)		
Année	2014	2015	2016	NA	NA	NA
Population totale de la cohorte cible	60 180	61 696	63 252	NA	NA	NA
Nombre d'enfants vaccinés	44 605	46 291	45 202	NA	NA	NA
Couverture VVR (%)	74 %	75 %	71 %	NA	NA	NA

Q4.2 Si une enquête de couverture nationale par le VVR1 a été réalisée durant les 3 dernières années, veuillez répondre aux questions suivantes (veuillez répéter les questions suivantes pour chaque enquête). Si aucune enquête n'a été réalisée, cochez cette case :

Veillez fournir dans le tableau ci-dessous les estimations de couverture nationale (ou sous-nationale, le cas échéant) pour les trois campagnes antirougeoleuses ou antirougeoleuses-antirubéoleuses les plus récentes. Veuillez également fournir les estimations produites à partir des enquêtes de couverture post-campagne, si disponibles.

Tableau 4.2. Couverture des campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses

Vaccin (antirougeoleux ou antirougeoleux-antirubéoleux)	Rapportée		
	3 - 7 juillet 2009	2 - 6 décembre 2012	4 - 9 décembre 2015
Année			
Cohorte cible	231 435	247 786	261 487
Population totale de la cohorte cible	1 542 902	1 651 904	1 732 882
Portée géographique (à l'échelon national et sous-national)	national	national	national
Nombre d'enfants vaccinés	208 608	220 826	218 651

Couverture de la campagne (%)	101%	89%	86%
Taux de perte (%) campagne antirougeoleuse/antirougeoleuse -antirubéoleuse	-	2%	-

Q4.3 Si une enquête de couverture nationale a été réalisée après chacune des trois dernières campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuse-antirubéoleuse, veuillez répondre aux questions suivantes (veuillez répéter les questions suivantes pour chaque enquête). Si aucune enquête n'a été réalisée pour les trois dernières campagnes, cochez cette case :

Date de l'enquête : 2016

Méthodologie (ESS/MICS, PEC a 30-grappes, LQAS, autre) :50 grappes

Taille de l'échantillon : 500 enfants

Nombre de grappes : 50 grappes

Nombre d'enfants 500:

Couverture: 89 %

5. Objectifs et planification des campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses, et augmentation de la couverture par la vaccination antirougeoleuse systématique

Tableau 5.1. Objectifs chiffrés concernant les campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses (assurez-vous que les objectifs sont conformes aux projections fournies à la section 7 et au plan d'action énoncé à la section 9) COMPLÉTEZ LES DEUXIÈME ET TROISIÈME COLONNES UNIQUEMENT POUR LES CAMPAGNES ECHELONNÉES.

	Objectif	Objectif (le cas échéant, pour les campagnes échelonnées*)	Objectif (le cas échéant, pour les campagnes échelonnées*)
	1ere semaine/Novembre/2018		
Cohorte cible	9-59 mois	NA	NA
Population totale de la cohorte cible (au niveau national)	240 039	NA	NA
% de la population visée pour les campagnes	15%	NA	NA
Nombre de personnes à vacciner dans le cadre des campagnes antirougeoleuses	240 039 (l'objectif de la campagne = au moins 228 037 enfants cibles vaccinés, c'est-à-dire au moins 95% de la population cible)	NA	NA

*Échelonnées : dans le cas où seule une partie du pays sera couverte (par exemple, 1/3 du pays chaque année pendant trois ans)

Tableau 5.2. Objectifs de couverture par la vaccination antirougeoleuse systématique pendant la durée du plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC) (assurez-vous que les objectifs sont conformes au PPAC)

		Objectif	Objectif	Objectif	Objectif
		2014	2015	2016	2017
Couverture systématique	VVR1	85%	90%	92%	95%
Couverture systématique (le cas échéant)	VVR2	NA	NA	NA	NA

6. Soutien financier

6.1 Soutien financier du gouvernement aux campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses précédentes

Le pays doit fournir des informations sur le montant total et le montant par personne ciblée du financement alloué par le gouvernement pour couvrir le coût des vaccins et les coûts opérationnels des campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses les plus récentes tout au moins. Ces informations doivent préciser les dépenses réelles ; à défaut, il conviendra d'indiquer le budget final. Veuillez également fournir des informations concernant le financement alloué par les partenaires.

Tableau 6.1. Quotes-parts pour le financement des dernières campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses

Rubrique	Catégorie	Financement du gouvernement (US\$)	Financement des partenaires (US\$)
Vaccins et matériel d'injection	Montant total	-	96 900
	Montant (\$US) par personne ciblée	-	0,36
Coûts opérationnels	Montant (\$US) total	-	283 416
	Montant par personne ciblée	-	1,08

Année de campagne: **2015**

Population cible estimée : **261 487 enfants de 9-59 mois**

Ces montants sont-ils basés sur le budget final ou les dépenses réelles ? **Ces montants sont basés sur les dépenses réelles.**

6.2 Soutien gouvernemental aux dernières activités de vaccination systématiques d'antirougeoleuse/antirougeoleuses-antirubéoleuses

Pour pouvoir bénéficier du soutien à la vaccination contre la rougeole et la rubéole, les pays doivent financer entièrement avec des ressources nationales la partie monovalente antirougeoleuse du VVR1 qui doit déjà être incluse dans leur calendrier de vaccination nationale. Dans le cas contraire, ils doivent nous faire part par écrit de leur engagements fermes à le financer. Si le pays n'a pas encore commencé à financer le VVR1 avec les fonds publics, le pays aura jusqu'en 2018 pour le faire. À compter de cette date, le pays devra autofinancer le VVR1 pour pouvoir continuer à recevoir le soutien de Gavi en matière de lutte contre la rougeole et la rubéole. La preuve de l'engagement du pays à financer entièrement les doses de VVR1 d'ici 2018 peut être démontrée dans le procès-verbal du CCIA et une lettre signée par le ministre de la Santé et le ministre des Finances.

Veillez fournir des informations sur le financement total, et le montant par enfant vacciné, alloué par le gouvernement aux activités de vaccination antirougeoleuse/antirougeoleuse-antirubéoleuse **systématique** mises en œuvre ces 3 dernières années. Veillez également fournir des informations sur le financement alloué par les partenaires.

Tableau 6.2. Quotes-parts pour le financement de la vaccination antirougeoleuse systématique

Année	Catégorie	Financement du gouvernement (US\$)	Financement des partenaires (US\$)
2014	Montant total	-	28 736
	Montant par enfant vacciné	-	0,64
2015	Montant total	-	73 330
	Montant par enfant vacciné	-	1,5
2016	Montant total	-	0*
	Montant par enfant vacciné	-	-

*En 2016, il n'y avait pas des commandes des vaccins rougeole parce qu'il restait des grands stocks de la campagne de décembre 2015 !

6.3 Soutien proposé dans le cadre des prochaines campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses

Le pays doit fournir des informations sur le montant (total et par personne ciblée) du financement alloué par le gouvernement pour couvrir le coût des vaccins et du matériel d'injection, ainsi que les coûts opérationnels des campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses pour lesquelles le soutien de GAVI est demandé. Si vous envisagez la mise en œuvre de campagnes échelonnées financées par diverses contributions, le tableau ci-après pourra être reproduit pour chaque phase. Si le soutien de Gavi n'est pas suffisant pour couvrir l'intégralité des besoins, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous le montant manquant et les autres sources de financement prévues pour compléter les fonds publics (reportez-vous au plan d'action et/ou au PPAC). Le soutien de Gavi ne se substitue pas au financement sur fonds publics. Chaque pays devra couvrir une partie des coûts inhérents à la vaccination contre la rougeole; les précédentes contributions du gouvernement aux campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses servent de référence.

Tableau 6.3a. Proposition de financement des prochaines campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses pour lesquelles le soutien de Gavi est demandé.

Rubrique	Catégorie	Financement du gouvernement (US\$)	Soutien d'autres donateurs (US\$)	Soutien de Gavi demandé (US\$)
Vaccins matériel d'injection*	Montant total	-	-	91 765
	Montant par personne ciblée	-	-	0,38
Coûts opérationnels**	Montant total	125 925		156 025
	Montant par personne ciblée	0,52		0,65

Population cible estimée : **240039 enfants de 9-59 mois**

* Afin de renforcer l'appropriation par les pays, des conditions de partage des coûts devront être introduites pour les campagnes de suivi périodiques pour le vaccin RR et antirougeoleux prévues pour une mise en oeuvre à partir de 2018, tel qu'énoncé dans la politique révisée de cofinancement de Gavi. Ce partage des coûts n'entrera pas en vigueur pour les campagnes de suivi dont la mise en oeuvre est planifiée pour 2017. Si la campagne est mise en oeuvre à partir de 2018, les pays à faible revenu devront cofinancer 2%, et les pays en transition (phase 1 et phase 2) devront cofinancer 5% du coût des vaccins utilisés dans ces campagnes.

** Cette subvention est actuellement de 0,65 USD par personne cible et ne changera pas pour les campagnes dont la mise en oeuvre est prévue pour 2017. Pour les demandes de soutien aux campagnes soumises à partir de janvier 2017 et pour les campagnes dont les **mises en oeuvre sont planifiées à partir de 2018**, cette subvention sera ajustée en fonction du stade de transition dans lequel se trouve le pays. Les pays recevront 0,55 USD par personne cible dans la phase de transition préparatoire (Phase 1) et 0,45 USD par personne cible pour la phase de transition accélérée (Phase 2). La somme sera également de 0,65 USD par personne cible, pour les pays avec de faibles revenus.

Veillez fournir une estimation précise des coûts opérationnels dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6.3b. Montant (et financement) des coûts opérationnels inhérents aux prochaines campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses

Poste budgétaire	Coût total prévu (US\$)	Financement du gouvernement (US\$)	Financement des partenaires (US\$)	Soutien opérationnel de Gavi (US\$)
Formation	59 831	-	-	
Mobilisation sociale, IEC et plaidoyer	48 411	-		48 411
Équipement et maintenance de la chaîne du froid	27 836	-		27 836
Véhicules et transport	40 018	-		40 018
Gestion du programme				
Surveillance et suivi				
Ressources humaines	70 293			67 326

Gestion des déchets				
Assistance technique				
Planification				
Primes et gratifications pour les bénévoles				
Fournitures et matériel				
Enquête de couverture vaccinale post-campagne	29 574			-
Renforcement des services de vaccination systématique				
Autre (veuillez préciser)				
➤ Cartes téléphoniques	1 196			
➤ Collecte et incinération des déchets	4 791			270
Total	281 950	125 925*		156 025

*Gap à combler par le pays

Afin d'obtenir cette subvention, dans le cadre de la demande, les pays doivent définir les activités qu'ils envisagent de mettre en place, le budget préliminaire précisant l'ensemble des frais non vaccinaux (conformément au plan national d'introduction de vaccins et/ou au plan d'action à l'aide des modèles correspondants) et les activités pour lesquelles la subvention sera utilisée. Un modèle de budget est disponible en ligne. Pour les activités non couvertes par la subvention, les pays indiqueront un budget et une autre source de financement.

Toute révision apportée au budget après l'approbation doit être signalée au Secrétariat de Gavi (au responsable pays). Pour les campagnes, le budget révisé après la micro-planification doit être soumis. Les budgets révisés serviront de fondement pour l'élaboration des rapports financiers et doivent être accompagnés d'un document décrivant et justifiant tout changement significatif (>20 %) dans tout poste de dépenses.

Les budgets peuvent être préparés en utilisant des paramètres standards et la population cible, complétés par les décisions budgétaires fondées sur l'expérience tirée des campagnes antérieures. Les pays doivent également justifier de l'utilisation des subventions dans leurs rapports de situation annuels envoyés à Gavi. Tous les soutiens en espèces feront l'objet de mesures de contrôle fiduciaire, tel qu'énoncé dans la politique de transparence et de responsabilité financière de Gavi.

À noter que la subvention ou le soutien aux coûts opérationnels ne peut servir à financer les obligations de cofinancement ou l'achat des vaccins. En cas de modification de la taille d'une population cible dans un pays, le montant de la subvention ne sera pas recalculé.

7. Approvisionnement

Les vaccins antirougeoleux/antirougeoleux-antirubéoleux et les fournitures associées soutenus par Gavi seront fournis par le biais de l'UNICEF sauf s'il en est disposé autrement par le pays.

En fonction de la taille estimée de la population cible, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous vos besoins en vaccins et matériels d'injection pour campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses. Dans le cas de campagnes échelonnées, veuillez reproduire le tableau ci-après et indiquer vos besoins pour chacune des phases prévues. Assurez-vous que toutes ces estimations sont conformes aux estimations présentées dans les tableaux 5.1 et 6.3a.

Tableau 7. Informations relatives aux approvisionnements par source de financement

		Proportion des fonds provenant du gouvernement	Proportion des fonds provenant des partenaires	Proportion des fonds provenant de Gavi
Date de livraison requise (vaccins et matériel d'injection)	4e semaine /Septembre /2018			
Date des campagnes	1ere semaine/Novembre/2018			
Taille de la population cible	240 039			
Taux de perte*	10%			
Quantité totale de doses de vaccin	253 122	0%	0%	100%
Nombre de seringues	253 122	0%	0%	100%
Nombre de seringues de reconstitution	25 312	0%	0%	100%
Nombre de boîtes de sécurité	2 784	0%	0%	100%

*A noter que le taux maximum de perte de vaccins autorisé pour le soutien de Gavi sera de 10 %. Ce taux est calculé en fonction de la taille de la population cible. Veuillez également noter que les campagnes ne nécessitent pas la constitution de stocks régulateurs.

8. Dispositions spécifiques à la gestion fiduciaire

Q8. Veuillez indiquer si les fonds destinés au soutien opérationnel, tel que spécifié à la section 6, peuvent être transférés au gouvernement ou à l’OMS et/ou l’UNICEF. Précisez également la date à laquelle le pays aura besoin de ces fonds. Veuillez joindre un formulaire de demande de virement bancaire dans le cas où les fonds devraient être transférés au gouvernement. A noter que l’OMS et/ou l’UNICEF peuvent exiger une contribution aux frais d’administration d’environ 7 % qui seront prélevés sur les fonds alloués au soutien opérationnel.

La Guinée-Bissau opte pour le transfert des fonds à travers :

- Le compte de l’Unicef pour le volet Mobilisation sociale
- Le compte de l’OMS pour les autres volets des coûts opérationnels

Date de réception des fonds : 1ere semaine/Juin/2018

Veillez fournir toutes les informations requises dans le tableau ci-dessous. Ces informations peuvent être envoyées dans un fichier séparé, si vous le souhaitez.

Informations à fournir par l'organisation / le pays bénéficiaire	
1. Nom et coordonnées de contact de l'/des organisation(s) bénéficiaire(s)	<p><i>Direction du PEV de la Guinée-Bissau</i> <i>Tél : 00245 966050001</i> <i>e-mail : mariogomes61@yahoo.com.br</i></p>
2. Expériences de l'organisation bénéficiaire du financement avec Gavi, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, le Fonds Mondial et dans le cadre d'opérations financées par d'autres donateurs (soutien financier octroyé, par exemple)	<p>OUI ou NON ?</p> <p>Si OUI, veuillez préciser l'intitulé du financement, les années et le montant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>OMS: plusieurs années d'expériences dans le cadre de l'appui au PEV et aux AVS</i> • <i>UNICEF: plusieurs années d'expériences dans le cadre de l'appui au PEV et aux AVS</i> • <i>GAVI plusieurs années d'expérience dans le cadre de l'appui au PEV et aux AVS</i> • <i>PLAN INTERNATIONAL plusieurs années d'expérience dans le cadre de l'appui aux AVS et au PEV</i> • <i>ROTARY dans le domaine de l'appui aux activités d'éradication de la polio</i> <p>et fournir les indications suivantes :</p> <p>pour les financements terminés :</p> <p>➤ Quelles ont été les principales conclusions concernant l'utilisation des fonds ?</p> <p><i>Selon la dernière évaluation de la capacité du Programme (ECP) menée par GAVI en mars 2017, au niveau du PEV on note essentiellement une absence d'audit externe des fonds GAVI et absence de mise en concurrence des fournisseurs pour les achats de biens et services.</i></p> <p>pour les financements en cours :</p> <p>➤ Evaluation la plus récente de la performance des mécanismes de gestion financière et de passation des marchés pour les programmes gérés ou en cours ?</p> <p><i>Evaluation par GAVI. Elle a eu lieu en mars 2017 couvrant les exercices des années 2013, 2014, 2015 et 2016</i></p> <p>➤ Problématiques et difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des mécanismes de gestion financière et de passation des marchés pour les programmes gérés ou en cours ?</p> <p><i>Jusque-là les problèmes rencontrés par le PEV dans la mise en œuvre des mécanismes de gestion financière et de passation des marchés sont ceux liés à la comptabilité manuelle en vigueur dans le service (lenteurs des procédures, absence de réconciliations</i></p>

	<i>bancaires, etc.). Les autres difficultés rencontrées résident dans la collecte des justificatifs</i>
3. Montant du financement proposé (US\$)	<i>Voir les tableaux 6.2 ; 6.3a & 6.3b</i>
4. Informations sur les mécanismes de gestion financière des campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses:	
➤ Les ressources seront-elles gérées via la procédure habituelle de gestion de la dépense publique ?	<i>L'évaluation de la capacité du Programme (ECP) faite en mars 2017 avait noté l'absence d'un système de gestion comptable et financière pour le suivi des financements GAVI. Cependant, pour la campagne de vaccination contre la rougeole en 2018, la gestion des fonds sera sous-tendue par les fondamentaux de la comptabilité des dépenses publiques en se référant toujours aux mécanismes de gestion qui régissent les fonds GAVI</i>
➤ L'organisation bénéficiaire dispose-t-elle d'un manuel de gestion financière ou d'un manuel opératoire décrivant le système de contrôle interne et les procédures opérationnelles de gestion financière ?	<i>Comme l'a noté l'ECP de mars 2017, il n'y a pas de manuel de procédures administratives et financières au PEV ; par contre le manuel est utilisé au niveau de la Direction Générale de l'Administration du Système Sanitaire (DGASS). IL s'agit du manuel des procédures comptables du Ministère de la Santé dont les orientations sont recommandées à tous les niveaux du système de Santé</i>
➤ Quelle est la procédure suivie pour la préparation et l'exécution budgétaire ?	<i>Avant la phase d'exécution, le budget est d'abord soumis à l'approbation du CCIA. IL n'y a pas de compte bancaire spécifique à la réception des fonds GAVI et les fonds sont décaissés par GAVI à l'OMS pour les coûts opérationnels et à l'UNICEF pour la mobilisation sociale. L'OMS et l'UNICEF décaissent les fonds aux structures du Ministère de la Santé, a travers de la Direction Generale du Système de la Sante (DGASS). Une fois les fonds versés dans le compte du DGASS les décaissements sont faite au PEV, le décaissement en vue de la mise en œuvre des activités est fait sur la base de deux signatures</i>
➤ Quel est le système comptable utilisé et s'agit-il d'un système informatisé ou manuel ?	<i>A la Direction du PEV le système est manuel</i>
➤ Au sein de l'organisation, quelle est l'organisation en termes de ressources humaines pour la gestion de la comptabilité, l'audit et le reporting financier ? (effectifs, qualifications, expériences)	<i>Les procédures de gestion de la comptabilité sont assurées par le responsable administratif et financier du PEV. Il est licencié en gestion des Entreprises et titulaire d'une maîtrise en administration publique. Comme l'a noté l'ECP de mars 2017, l'absence d'audit interne sur les comptes du PEV constitue une faiblesse du système.</i>
➤ Quelles sont les dispositions bancaires: Veuillez fournir les coordonnées du compte bancaire ouvert auprès de la banque centrale ou de la banque commerciale ainsi que la liste des signataires autorisés, avec leurs fonctions	<i>compte du DGASS : MINSAP-GAVI 120854.01.01.87, Banque : BAO, Adresse : Bissau (Guinée Bissau)</i> <i>trois signataires :</i> - <i>Van Hanegem Menezes Moreira (DGASS)</i> - <i>Samba Baldé (DAF-MINSAP)</i> - <i>Agostinho B. N'Dumba (DGPPS)</i>
➤ Quel est le schéma de flux	<i>Une fois la requête visée par le Ministre de la Santé pour</i>

des fonds en place, ou qui sera utilisé, pour assurer des décaissements de fonds, sans retard, aux entités de mise en œuvre du programme ou aux bénéficiaires ?	la mise en œuvre d'une activité, la signature des chèques en vue du décaissement, est faite par le directeur du PEV et le cosignataire qui est le Directeur de la Santé qui, s'il est absent est remplacé par le responsable administratif et financier du PEV.
➤ L'entité de mise en œuvre tient-elle à jour des registres adéquats des transactions financières (livres/journaux comptables), y compris les fonds reçus et dépensés, et les soldes en caisse et de banque ainsi que le registre détaillé des biens acquis ?	La direction administrative et financière du PEV tient des registres. La comptabilité est entièrement manuelle.
➤ A quelle fréquence l'entité de mise en œuvre établit-elle des rapports financiers intermédiaires ?	Les rapports financiers intermédiaires sont faits à la fin de chaque grosse activité. Les rapports d'activités et financières sont soumises a DGASS que lui transmet aux partenaires OMS et UNICEF
➤ Les états financiers annuels sont-ils audités par un cabinet d'audit externe ou une institution publique de contrôle externe (par exemple la Cours des Comptes/l'Inspection d'Etat, etc.) ?	Les fonds de l'Etat sont susceptibles d'être audités par la Cours de compte, par l'Inspection d'Etat ou par audit interne. Cependant, l'absence d'audit interne a été identifiée par l'ECP de mars 2017 comme point faible. Pour ce qui est des fonds de GAVI et autres partenaires ils sont audités par un cabinet externe
5. Informations sur les dispositions de gestion de la passation des marchés pour les vaccins et fournitures, et autre matériel et services associés, relatifs aux campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses proposées:	
➤ Quel est le système de passation des marchés utilisé ou à utiliser pour la campagne ? (procédures nationales de passation de marché ou procédures spécifiques)	C'est le système de passation des marchés en vigueur au Ministère de la Santé qui sera utilisé par la Direction du PEV lors de la campagne, en tenant compte des exigences de GAVI en matière de gestion des ressources financières allouées et des recommandations de l'ECP de mars 2017
➤ L'organisation bénéficiaire dispose-t-elle d'un plan de passation des marchés pour le programme ou en sera-t-il établi un pour la campagne ?	OUI ; pour la campagne, il s'agit des procédures gestion financière du Ministère de la Santé recommandées à tous les niveaux du système de Santé en plus des mécanismes de gestion des fonds GAVI
➤ L'organisation dispose-t-elle d'un mécanisme de gestion des plaintes ?	De manière continue et formelle, le PEV ne dispose pas de mécanisme de gestion des plaintes ; cependant, compte tenu des nombreuses ressources matérielles, humaines et financières à gérer lors des campagnes de vaccination à l'échelle nationale, une telle structure sera mise en place au sein de la direction administrative et financière du PEV lors des AVS contre la rougeole en 2018
➤ Quelle est l'organisation en termes de ressources	Le transfert des fonds se fera à travers :

<p>humaines pour la gestion de la passation des marchés ? L'entité de mise en œuvre dispose-t-elle dans ses effectifs d'un spécialiste expérimenté de la passation des marchés (qualifications, expériences) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le compte de l'Unicef pour le volet Mobilisation sociale ➤ Le compte de l'OMS pour les autres volets des coûts opérationnels <p>Le PEV chargé de la mise en œuvre a un service administratif et financier ayant à sa tête un licencié en gestion des Entreprises, titulaire d'une maîtrise en administration publique, détaché à la Direction du PEV par le Ministère de la Santé</p>
<p>➤ Y a-t-il des procédures de contrôle de qualité et quantité des biens, travaux et services livrés?</p>	<p>Les procédures de contrôle de qualité et quantité des biens sont respectées lors des passations de marchés. En plus du service administratif et financier du PEV qui s'occupe de ce travail, l'OMS ou l'UNICEF peuvent être sollicités dans certaines circonstances (qualité et quantité des intrants commandés dans le cadre du PEV systématique et des AVS)</p>

9. Liste des pièces obligatoires à joindre à la présente proposition

9.1 Formulaire de demande complété, signé par le CCIA, ou de l'organe équivalent, et signé par le/la Ministre de la Santé et le/la Ministre des Finances, ou leur délégué(e). La soumission d'une demande de soutien signée représente un engagement de la part du pays sur sa préparation et son aptitude financière pour des activités visant à renforcer la lutte contre la rougeole et pour la mise en œuvre de campagnes de haute qualité.

9.2 Rapport de réunion du CCIA, ou de l'organe équivalent, avalisant la proposition

9.3 Plan pluriannuel actuel et outil de calcul des coûts du plan pluriannuel pour l'analyse financière

9.4 Plan d'action détaillé et budget pour les campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses et les activités de renforcement de la vaccination de routine pour la première dose du vaccin à valence rougeole (VVR1), reposant par exemple sur le guide pratique de la planification et de la mise en œuvre des AVS antirougeoleuses publié par l'OMS, comprenant un certain nombre d'activités spécifiques :

- pour mettre en œuvre les campagnes ;
- qui seront entreprises dans le cadre de la planification et de la mise en œuvre des campagnes antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses en vue de renforcer les capacités du système de vaccination systématique et d'améliorer la prestation des services ;
- pour évaluer, dans le cadre d'une enquête fiable et indépendante, le niveau de couverture atteint grâce aux campagnes ;
- pour faire le point sur les activités de renforcement de la vaccination systématique mises en œuvre dans le cadre des campagnes ;

- s'il est prévu de ne couvrir qu'une partie du pays chaque année (progressivement), le plan d'action doit englober la période requise pour vacciner l'ensemble de la cohorte au niveau national.

9.5 Plan annuel du PEV et résumé des principales activités indicatives antirougeoleuses et antirubéoleuses, y compris les introductions et les campagnes VVR2 et antirougeoleuses-antirubéoleuses planifiées au cours des 5 années à venir

9.6 Un rapport d'évaluation sur la gestion efficace des vaccins (GEV), et le Plan d'Amélioration basé sur la GEV, et le rapport de situation du Plan d'Amélioration

9.7 Un plan national d'élimination de la rougeole (et de la rubéole), le cas échéant

9.8 Document spécifiant la taille de la population cible, ou validation par le CCIA de la taille de la population cible

9.9 L'engagement du pays à financer intégralement les doses du VVR1 requises pour 2018 peut être démontré à l'aide d'une décision consignée dans le procès-verbal du CCIA et d'une lettre signée par le ministre de la Santé et le ministre des Finances

9.10 Un formulaire de demande de virement bancaire, le cas échéant