



GAVI Alliance

# Formulaire de demande de soutien pour les réponses aux conditions des pays

Pour soutien à:

Soutien aux campagnes de prévention

Soumis par

Le Gouvernement de  
**Guinée**

Date de soumission: **24 janvier 2014**

**Délai de soumission: 27 janvier 2014**

Sélectionnez l'année de début et de fin de votre Plan pluriannuel complet (PPAC)

Année de début 2011

Année de fin 2015

Formulaire mis à jour en 2013

(À utiliser avec les directives de Novembre 2013)

**Veillez soumettre la proposition en utilisant la plateforme en ligne**

<https://AppsPortal.gavialliance.org/PDExtranet>

Renseignements auprès de: [proposals@gavialliance.org](mailto:proposals@gavialliance.org) ou de représentants d'une agence partenaire de GAVI. Les documents peuvent être partagés avec les partenaires et les collaborateurs de GAVI et le grand public. La Proposition et ses pièces jointes doivent être soumises en anglais, français, espagnol ou russe.

Note: Veuillez vous assurer que la demande a bien été reçue par le Secrétariat de GAVI avant expiration du délai.

Le Secrétariat de GAVI n'est pas en mesure de renvoyer les documents et pièces jointes soumis aux pays. Sauf accord spécial, les documents sont partagés avec les partenaires de GAVI Alliance et le grand public.

## **CLAUSES ET CONDITIONS GÉNÉRALES DU SOUTIEN DE GAVI ALLIANCE**

### **FINANCEMENT UTILISÉ UNIQUEMENT POUR LES PROGRAMMES APPROUVÉS**

Le pays du candidat ("Pays") confirme que tous les financements fournis par GAVI Alliance seront utilisés et appliqués pour la seule fin de réalisation du/des programme(s) approuvés décrits dans la demande de soutien du pays. Toute modification substantielle du/ des programme(s) approuvé(s) doit être examinée et approuvée à l'avance par GAVI Alliance. Toutes les décisions de financement concernant la demande de soutien sont du ressort du Conseil de GAVI Alliance et sont subordonnées aux procédures du CEI et à la disponibilité des fonds.

### **AMENDEMENT À L'APPLICATION**

Le Pays avisera GAVI Alliance dans son Rapport annuel de situation s'il souhaite proposer un changement à la description du/des programme(s) dans sa demande de soutien. GAVI Alliance apportera les documents nécessaires à l'appui du changement approuvé et la demande du Pays sera amendée en conséquence.

### **RESTITUTION DE FONDS**

Le Pays accepte de rembourser à GAVI Alliance tous les montants de financement qui n'auront pas été utilisés pour le/les programme(s) décrits dans sa demande de soutien. Le remboursement du pays est réalisé en dollars US, et, sauf accord spécifique, dans un délai de soixante (60) jours après que le Pays a reçu la demande de remboursement de GAVI Alliance et viré sur le(s) compte(s) indiqué(s) par GAVI Alliance.

### **SUSPENSION/ FIN**

GAVI Alliance peut suspendre tout ou partie de son financement au Pays si elle a des raisons de soupçonner que les fonds ont été utilisés à d'autres fins que pour les programmes décrits dans la présente demande de soutien du Pays, ou dans tout amendement à la demande approuvée par GAVI Alliance. GAVI Alliance se réserve le droit de mettre fin à son soutien au pays pour le(s) programme(s) décrits dans sa demande en cas d'utilisation abusive attestée des fonds de GAVI Alliance.

### **ANTICORRUPTION**

Le Pays confirme que les fonds fournis par GAVI Alliance ne seront pas offerts à un tiers et qu'il ne cherchera pas non plus à retirer des cadeaux, 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 procédera à des vérifications annuelles des comptes et les partagera avec GAVI Alliance comme demandé. GAVI Alliance se réserve le droit, de procéder elle-même ou de faire procéder par un agent à des contrôles ou autres évaluations de la gestion financière afin de s'assurer de l'obligation de rendre compte des fonds alloués au pays.

Le pays tiendra des archives comptables précises justifiant de l'utilisation des fonds de GAVI Alliance. 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 Alliance. En cas de litige sur une éventuelle malversation de 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 Alliance en rapport avec tout contrôle des comptes.

### **CONFIRMATION DE LA VALIDITÉ LÉGALE**

Le pays et les signataires pour le gouvernement confirment que sa demande de soutien et son rapport annuel de situation sont exacts et corrects et représentent un engagement juridiquement contraignant pour le pays, en vertu de ses lois, à réaliser les programmes décrits dans cette demande et amendés, le cas échéant, dans le rapport annuel de situation.

### **CONFIRMATION DU RESPECT DE LA POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET DE RESPONSABILITÉ DE GAVI ALLIANCE**

Le pays confirme qu'il a pris connaissance de la politique de GAVI Alliance sur la transparence et la responsabilité et qu'il respecte ses obligations.

### **UTILISATION DE COMPTES BANCAIRES COMMERCIAUX**

Il incombe au pays de vérifier avec toute la diligence requise l'adéquation des banques commerciales utilisées pour gérer le soutien sous forme d'apport de fonds de GAVI. Le pays confirme qu'il assumera l'entière responsabilité du remplacement du soutien de GAVI en apport de fonds 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 Alliance occasionné par la présente demande ou en rapport avec elle qui n'aura pas été réglé à l'amiable dans un délai raisonnable sera soumis à un arbitrage à la demande de GAVI Alliance ou du pays. L'arbitrage sera conduit conformément au Règlement d'arbitrage de la CNUDCI alors 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.

Les langues de l'arbitrage seront l'anglais ou le français.

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

GAVI Alliance ne pourra être tenue pour responsable auprès du pays de toute réclamation ou perte en rapport avec les programmes décrits dans cette 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 sa soumission.

## 1. Spécification de l'application

Veillez spécifier quel type de soutien de GAVI vous souhaitez demander

Type de soutien	Vaccin	Année de départ	Année de fin	Deuxième présentation préférée[1]
Soutien aux campagnes de prévention	Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ	2014	2014	

[1] Si pour diverses raisons, le premier vaccin préféré n'est disponible qu'en quantité limitée ou n'est pas disponible à court terme, GAVI prendra contact avec le pays et ses partenaires en vue d'explorer les alternatives possibles. Un pays ne sera pas obligé d'accepter sa deuxième ou troisième préférence. Néanmoins, GAVI analysera avec lui l'ensemble des facteurs (comme les conséquences sur le calendrier d'introduction, les capacités de la chaîne du froid, la charge de morbidité, etc.) susceptibles d'influencer la sélection du vaccin le plus adapté. Si un pays n'indique pas de deuxième ou troisième préférence, on supposera qu'il préfère reporter l'introduction du vaccin jusqu'à ce que la présentation préférée soit disponible. Il convient toutefois de noter que ce choix risque de retarder l'introduction réelle dans le pays.

## **2. Table des matières**

### 1. Spécification de l'application

### 2. Table des matières

### 3. Résumé analytique

### 4. Signatures

#### 4.1. Signatures du Gouvernement et des organes nationaux de coordination

##### 4.1.1. Le Gouvernement et le Comité de coordination interagences pour la vaccination

##### 4.1.2. Organe national de coordination - Comité de coordination interagences pour la vaccination

##### 4.1.3. Tableau des signatures pour le Comité de Coordination pour l'Immunisation

#### 4.2. Groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV)

##### 4.2.1. Le Groupe GTCV pour la vaccination

### 5. Données sur le programme de vaccination

#### 5.1 Informations de référence

##### 5.1.1 Enseignements tirés

##### 5.1.2 Planification et budgétisation des services de santé

##### 5.1.3 Activités préparatoires

##### 5.1.4 Genre et équité

##### 5.1.5 Qualité des données

#### 5.2. Données de référence et objectifs annuels (SVN-vaccination systématique)

#### 5.3. Données de référence et objectifs annuels pour la/les campagne(s) de prévention

##### 5.3.1 Données de référence et objectifs annuels de la campagne de vaccination (Antiméningococcique de type A)

### 6. Vaccins nouveaux ou sous-utilisés (VNS systématique)

### 7. Campagne de prévention SNVs

#### 7.1. Évaluation de la charge morbide des maladies correspondant à la campagne (si disponible)

#### 7.2 Demandé pour Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ soutien de campagne

##### 7.2.1 Résumé pour Antiméningococcique de type A soutien de campagne

##### 7.2.2 Allocation de soutien pour les coûts de fonctionnement de la campagne Antiméningococcique de type A

### 8. Approvisionnement et gestion

#### 8.1 Approvisionnement et gestion de la vaccination systématique avec les vaccins nouveaux ou sous-utilisés

#### 8.2 Approvisionnement et gestion pour les campagnes de prévention SNV

##### 8.2.1 Approvisionnement et gestion pour la campagne Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ

#### 8.3 Gestion vaccinale (GEEV/GEV/EGV)

#### 8.4 Gestion des déchets

9. Recommandations et commentaires supplémentaires de l'Organe national de coordination (CCIA/CCSS)

10. Liste de documents joints à la présente demande

11. Annexes

Annexe 1 - Soutien systématique aux VNS

Annexe 2 - Soutien systématique aux VNS - Deuxième présentation préférée

Annexe 3 - Campagne(s) préventive(s) SNV

Tableau Annexe 3.1 C Tableau récapitulatif pour le vaccin Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ

Tableau Annexe 3.1 D Chiffres estimés pour Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 1)

Annexe 4

Tableau Annexe 4A: Coûts des fournitures

Tableau Annexe 4B: Frais de transport comme pourcentage de la valeur

Tableau Annexe 4C: Faible revenu - Co-paiement minimum du pays par dose de vaccin co-financé

Tableau Annexe 4D: Taux et facteurs de pertes

Tableau Annexe 4E: Volume conditionné maximal du vaccin

12. Formulaire bancaire

### 3. Résumé analytique

Veillez fournir un résumé de la proposition de votre pays, contenant notamment les informations suivantes:

- Pour chaque demande spécifique, soutien systématique aux nouveaux vaccins ou campagne SNV :
  - Durée du soutien
  - Montant total du financement
  - Caractéristiques du(des) vaccin(s), le cas échéant, et le motif du choix de la présentation
  - Mois et année d'introduction prévus du vaccin
- Données de référence pertinentes, et notamment:
  - Données sur la couverture DTP3 et rougeole (telles que figurant sur le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF)
  - Nombre de naissances, cibles et couverture vaccinale du vaccin
- État de préparation du pays
  - Synthèse du rapport d'évaluation de la GEV et rapport d'étape sur la mise en œuvre du plan d'amélioration
- Nature des parties prenantes ayant participé à l'élaboration de cette proposition
  - Comité de coordination interagences (CCIA)
  - Partenaires

La Guinée fait partie des pays à risque d'épidémies de méningite, et l'introduction du vaccin conjugué contre *Neisseria meningitidis* (Nm) A est prévue en 2014. À ce titre, la Guinée est éligible pour soumettre en septembre 2013 une requête à GAVI, l'alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, pour le financement intégral des vaccins et du matériel d'injection et pour un montant forfaitaire de coûts opérationnels (0,65\$/personne vaccinée) qui devrait en couvrir l'intégralité, y compris pour la réalisation d'enquêtes de couverture post-vaccinale. Le dossier de requête à GAVI doit détailler la stratégie complète d'introduction du vaccin. Afin d'étayer la demande de la Guinée et d'en argumenter les éléments, une évaluation du risque de méningite a été conduite dans le pays en juin 2013, en utilisant l'outil de priorisation des districts pour la vaccination contre le Nm A (DPT, district prioritisation tool), développé par le siège de l'OMS (HQ) et l'équipe de soutien inter-pays pour l'Afrique de l'Ouest (IST-WA).<?xml:namespace prefix = "o" ns = "urn:schemas-microsoft-com:office:office" />

Le gouvernement de la Guinée, conformément à son Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2011-2015 envisage d'organiser une campagne de vaccination de masse au cours du quatrième trimestre de 2014 avec le MenAfriVac afin de prévenir la survenue d'épidémies au niveau des Districts à risque. Il s'agit des Districts de :Gaoual,Koundara,Labé, Lélouma, Tougué, Mali, Koubia, Faranah, Dinguiraye, Dabola, Kissidougou, Kankan, Kouroussa, Kérouané, Mandiana, Siguiri et Beyla avec une population totale estimée à 5 102 277 dont 3 571 594 personnes âgées de 1 à 29 ans, soit 3 928 753 doses de vaccins MenA nécessaire.

**En termes de chaîne de froid**, les capacités de stockage disponibles à tous les niveaux permettent l'introduction du MenAfriVac en 2014 en Guinée. La dernière évaluation de la mise en œuvre du plan d'amélioration issu de EVM 2011, réalisé en octobre 2012 montre que la capacité actuelle de stockage des vaccins au niveau central a augmenté de 40 m<sup>3</sup> en positif soit au total 120 m<sup>3</sup> disponibles. Au niveau régional, trois (3) chambres froides positives ont été mises en place; au niveau District, plus de la moitié des centres de santé dispose des réfrigérateurs solaires d'une capacité de 50-60 litres. Tous les 407 Centres de Santé disposent d'une chaîne de froid fonctionnelle (solaire ou à pétrole)

**Concernant la sécurité des injections**, toutes les injections se feront avec des seringues autobloquantes (SAB) qui seront collectées dans des boîtes de sécurité (BS) conformément aux directives nationales. Tous les districts mettront à jour un plan de gestion des déchets décrivant la collecte, le transport, la sécurisation et l'élimination des BS. Pour les districts qui disposent d'incinérateurs de Montfort ou électrique, la destruction se fera localement : autrement le transport sera assuré vers un lieu d'incinération privé (usines comme les

usines d'Alumine de Fria ou les cimenteries) les hôpitaux et districts voisins.

La Guinée a acquis plusieurs expériences des campagnes de vaccinations antérieures contre la polio, fièvre jaune et rougeole, et a tiré des leçons sur l'introduction des nouveaux vaccins (Fièvre jaune, Pentavalent). Dans le cadre de la présente campagne, les axes stratégiques principaux seront :

- Le renforcement de la communication/mobilisation sociale surtout dans son volet communication de proximité avec l'implication des leaders locaux ;
- La formation de tous les acteurs sur les différentes composantes de la campagne de vaccination ;
- L'approvisionnement efficace en vaccins et intrants et le suivi de leur utilisation ;
- Le renforcement de la pharmaco vigilance en particulier la surveillance des MAPI et leur prise en charge correcte ;
- Le renforcement de la surveillance cas par cas, en tenant compte des expériences de la rougeole, de la fièvre jaune et de la polio et tirant les leçons des premiers pays ayant introduit MenAfriVac.

**En termes de données de référence** pour les 17 districts à vacciner, le nombre de naissances attendues pour l'année 2014 est estimé à 204 091 enfants.

La population cible visée est de **3 571 594** personnes âgées de 1 à 29 ans soit 70% de **5 102 277** représentant la population totale des 17 Districts à risque. La quantité totale requise de vaccins est de **3 928 753** doses. L'objectif attendu étant de 100% de couverture vaccinale.

La campagne sera organisée en une phase dans le dernier trimestre de l'année 2014.

Le montant global du plan s'élève à **4, 954,003.52 USD** soit 1,38 USD par personne vaccinée réparti en cout opérationnel (**2, 321,536 USD**) et coût d'investissement de (**2, 632,467.52 USD**) pour l'achat de vaccin, matériel de vaccination et transport.

Ce document a été élaboré par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en collaboration avec ces Partenaires notamment L'OMS et L'UNICEF. Il a été adopté par le CCIA en réunion ordinaire du 5 septembre 2013.

## 4. Signatures

### 4.1. Signatures du Gouvernement et des organes nationaux de coordination

#### 4.1.1. Le Gouvernement et le Comité de coordination interagences pour la vaccination

Le gouvernement de Guinée souhaite consolider le partenariat existant avec GAVI afin de renforcer son programme national de vaccination infantile systématique, et demande précisément par la présente le soutien de GAVI pour :

Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ campagnes préventives

Le Gouvernement de Guinée s'engage à développer les services nationaux de vaccination sur une base durable, conformément au plan pluriannuel global présenté avec le présent document. Le Gouvernement demande à GAVI Alliance et à ses partenaires d'apporter une assistance financière et technique pour soutenir la vaccination des enfants telle qu'elle est présentée dans cette demande de soutien.

A noter que toute demande non signée par les ministres de la Santé et des Finances, ou de leurs fondés de pouvoir, ne sera pas examinée ou recommandée pour approbation par le Comité d'examen indépendant (CEI). Ces signatures figurent dans les documents N° : 1 et 2 à la section 10. Pièces jointes.

Ministre de la Santé (ou représentant autorisé)		Ministre des Finances (ou représentant autorisé)	
Nom	Dr KEITA Naman, Ministre	Nom	Mr. YANSANE Kerfala, Ministre
Date		Date	
Signature		Signature	

*Le présent rapport a été établi par (Ces personnes pourront être contactées par le Secrétariat GAVI si des informations complémentaires à cette soumission sont nécessaires):*

Nom entier	Fonction	Téléphone	E-mail
Dr. SOUMAH Camille Tafsir	Coordonnateur national du PEV	+224 664381833	camille_tafsir@yahoo.fr
Dr. DIALLO Ahmed Tidiane	Point focal PEV/UNICEF	+224 664396019	atidiallo@unicef.org
Dr. DIALLO Rouguiatou	Point focal PEV/OMS	+224 622931320	diallor@who.int
Dr. KEITA Sakoba	Chef de Division Prévention	+224 622931390	keita_sakoba@yahoo.fr

#### 4.1.2. Organe national de coordination - Comité de coordination interagences pour la vaccination

Les institutions et les partenaires (dont les partenaires de développement et les ONG) qui apportent leur soutien aux services de vaccination sont coordonnés et organisés par le biais d'un mécanisme de coordination interagences (CCIA/CCSS). Le CCIA, CCSS ou comité équivalent est chargé de coordonner et d'orienter l'utilisation du soutien SNV systématique et/ou de campagne de GAVI. Veuillez indiquer les informations sur le CCIA, CCSS ou comité équivalent dans votre pays dans le tableau ci-dessous.

##### Profil du CCIA, CCSS ou comité équivalent

Nom du comité	Comité de Coordination Interagence (CCIA)
Année de constitution du comité actuel	2001
Structure organisationnelle (p. ex. sous-comité, comité autonome)	Comité autonome
Fréquence des réunions	Une fois par trimestre

Les termes de référence ou les principes directeurs du CCIA, y compris des informations sur sa composition, le quorum, le processus de résolution des litiges et le calendrier des réunions, figurent en annexe (Document N° : 4) .

#### Fonctions principales et responsabilités du CCIA/CCSS:

Le CCIA a pour mission de contribuer à la définition des grandes orientations et des objectifs généraux du Programme Elargi de Vaccination (PEV). A ce titre, le CCIA est notamment chargé de: <?xml:namespace prefix = "o" />

- Appuyer la Ministère de la Santé dans la mise en oeuvre des stratégies visant à atteindre les objectifs de développement du Millénaire dans le secteur santé;
- Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de la politique nationale du Programme Elargi de Vaccination ;
- Coordonner, harmoniser et veiller à la cohérence de l'ensemble des interventions des différents partenaires ;
- Adopter les plans d'action annuels du Programme Elargi de Vaccination et les budgets y afférents ;
- Contribuer à la mobilisation des ressources nécessaires aux activités du Programme Elargi de Vaccination;
- Coordonner et suivre la mise en œuvre des activités des différents volets du Programme Elargi de Vaccination ;
- Suivre la réalisation des plans d'action ;
- Participer à l'évaluation de la mise en œuvre du Programme Elargi de Vaccination ;
- Le CCIA est composé des services techniques du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, de certains Départements ministériels, des Institutions bi/multilatérales, des organisations de la Société Civile (OSC) nationales et internationales intervenant dans le secteur santé.

Veuillez décrire le type de soutien proposé par les différents partenaires dans la préparation de cette demande :

Soutien technique et financier des partenaires impliqués dans le cadre de la vaccination (Rotary, OMS, UNICEF, USAID, JICA, Croix Rouge, HKI)

Renforcement de la coordination des interventions des partenaires

Renforcement du Plaidoyer et de la mobilisation des ressources

Suivi/Evaluation de la mise en œuvre des campagnes et du processus d'introduction dans le PEV de routine <?xml:namespace prefix = "o" />

#### 4.1.3. Tableau des signatures pour le Comité de Coordination pour l'Immunisation

Nous soussignés, membres du CCIA, du CCSS ou comité équivalent [1] nous sommes réunis le **10/09/2013** pour examiner cette proposition. Lors de la réunion, nous avons adopté cette proposition sur la base des pièces justificatives annexées. Le compte rendu de cette réunion est joint à la présente (Document numéro 5). Les signatures confirmant la demande figurent dans le document 6 (veuillez utiliser la liste des signatures dans la section ci-dessous).

Pour de plus amples informations sur les CCIA, reportez-vous à l'annexe D des Directives.

Fonction	Titre / Organisation	Nom	Veuillez signer ci-dessous pour confirmer votre participation à la réunion au cours	Veuillez signer ci-dessous pour confirmer l'approbation du compte rendu de

			de laquelle la demande a été examinée.	la réunion au cours de laquelle la demande a été examinée.
<b>Président</b>	Ministère de la Santé	Dr. BALLO Younoussa, Secrétaire Général		
<b>Secrétaire</b>	Ministère de la Santé	Dr. SOMPARE Djénou, chef section Immunisation		
<b>Membres</b>	Ministère de la Santé	Dr. YANSANE Mohamed Lamine, Coseiller Politique sanitaire		
	Ministère de la Santé	Dr. SOUMAH Camille Tafsir, Coordinateur PEV		
	Ministère de la Santé	Dr. CAMARA Robert, Directeur national Prévention et santé communautaire		
	Ministère de la Santé	YOMBOUNO Samah, Logisticienne PEV		
	Ministère de la Santé	BALDE Hadiatou		
	Ministère de la Santé	KOUROUMA Mamady		
	Ministère des Finances	Mr. DIALLO Elhadj Mamadou Aliou		
	Ministère de la Coopération	Mr. LENO Marcel		
	Ministère de l'Agriculture	Mr. CAMARA Kanfory		
	Ministère de l'Environnement	Mr. CAMARA Fodé Lounceny		
	Ministère de la Pêche	Dr. SYLLA Abdoulaye		
	Ministère de l'Administration du Territoire	Mr. LELANO Etienne Sewa		
	Ministère des Affaires Sociales, Promotion féminine et enfants	Mme NABE Binta		
	Représentant de l'OMS en Guinée	Dr. René Zitsamelé-Coddy		
	Représentant de l'UNICEF en Guinée	Dr Mohamed AYOYA		
	USAID	Dr BALDE Marouf		
	Rotary	Mr. DIAKITE Moussa Kémoko		
	ADeSaME (Association pour le Développement de la Santé de la Mère et de l'Enfant)	Dr. SYLLA Mohamed Salif		
CAM	Mr. SYLLA Boubacar			
Ministère de l'Enseignement supérieur	Mr. BAH Oury			

En soumettant cette proposition, nous confirmons que le quorum est atteint. **Oui**

Le compte rend des trois dernières réunions du CCIA figure en annexe (DOCUMENT N° : 7) .

#### 4.2. Groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV)

Un GTCV a-t-il été établi dans votre pays ? **Non**



## 5. Données sur le programme de vaccination

### 5.1 Informations de référence

Veillez compléter le tableau ci-dessous, à l'aide des données disponibles. Prière d'indiquer la source et la date des données. Si possible, utilisez les données les plus récentes et joignez le document source.

- Veuillez vous reporter au plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC) (ou plan équivalent) et joindre une copie complète, avec un résumé analytique (DOCUMENT NUMÉRO 10). Veuillez joindre également l'outil de calcul des coûts du PPAC (DOCUMENT NUMÉRO 11).
- Please attach relevant Vaccine Introduction Plan(s) as DOCUMENT NUMBER : 12
- Veuillez vous référer aux deux plus récents rapports conjoints OMS/UNICEF de notification des activités de vaccination
- Veuillez vous référer aux documents relatifs à la stratégie du secteur de la santé, aux documents budgétaires et à d'autres rapports, enquêtes, etc. le cas échéant.

Veillez utiliser les plus récentes données disponibles et spécifier la source et la date.

	Chiffre	Année	Source
Population totale	11 813 841	2013	RGP/JRF 2012
Taux de mortalité infantile	91	2013	RGP/JRF 2012
Nourrissons survivants[1]	429 552	2013	RGP/JRF 2012
RNB par habitant (US\$)	400	2013	Comptes nationaux de santé 2010
Dépenses totales de santé	26 %	2013	Comptes nationaux de santé 2010
Dépenses gouvernementales de santé en % des dépenses globales	8 %	2013	Comptes nationaux de santé 2010

[1] Nourrissons survivants = nourrissons ayant survécu les 12 premiers mois de la vie

#### 5.1.1 Enseignements tirés

##### Soutien pour les nouveaux vaccins de routine

##### Soutien pour campagne de prévention

Si des campagne avec des vaccins de type **Antiméningococcique de type A** ont déjà été conduites dans votre pays, veuillez décrire les enseignements tirés des précédentes introductions, en particulier concernant: capacité de stockage, protection contre une congélation accidentelle, formation du personnel, chaîne du froid, logistique, couverture et taux d'abandon, taux de perte, etc., et préciser les mesures prises ou envisagées pour corriger les lacunes constatées.

Enseignements tirés	Mesures
SO	SO

#### 5.1.2 Planification et budgétisation des services de santé

Veillez fournir des informations concernant le cycle de planification et de budgétisation dans votre pays

Le Ministère de la Santé a formulé une politique de santé renfermant les principales priorités d'interventions constituant une réponse à une situation sanitaire préalablement établie. Cette politique de santé est déclinée dans un plan national de développement sanitaire (PNDS) qui constitue son prolongement. Pour faciliter la mise en œuvre du PNDS il a été élaboré des programmes quinquennaux de développement sanitaire<?xml:namespace prefix = "o" />

Ces programmes sont valorisés en fonction des différents coûts des activités. Ce plan est assorti d'une programmation financière pluriannuelle à horizon mobile. Les sources de financement sont définies par

## rapport aux engagements de l'Etat, des Partenaires et de la contribution des ménages

Une des priorités de la politique est la lutte contre les maladies transmissibles, maternelles et néonatale La composante vaccination occupe une place prépondérante. C'est ainsi que le Ministère de la santé en collaboration avec ses partenaires a, élaboré un plan pluri annuel complet (PPAC) pour une durée de cinq ans. Ce PPAC est assorti d'une programmation financière annuelle.

Au début de chaque année fiscale, les besoins sont estimés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (Centres de santé, DPS, DRS et Coordination centrale). Ces besoins sont consolidés et un arbitrage est organisé pour l'adoption du budget pour l'année en cours. L'exécution du budget est suivie par différents outils et ajuster au milieu de l'année et une évaluation de l'exécution est faite en fin d'année pour orienter la préparation du budget de l'année suivante.

Veuillez indiquer le nom et la date du document de planification pertinent pour la santé

Le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2003- 2012 qui est arrivé à expiration a été évalué avec l'appui technique et financier de l'UE en 2012 et le prochain PNDS 2014-2023 est en cours de préparation. Pour des questions de conformité et de cohérence un document officiel a été adressé aux institutions pour leur signifier que le nouveau PNDS tiendra compte des grandes orientations stratégiques en matière de vaccination.

Le PPAC (ou le plan pluriannuel mis à jour) est-il conforme au document proposé (calendrier, contenu, etc.) ?

Oui, le PPAC est aligné sur les documents de planification nationaux et ceux du secteur de la santé. Le nouveau PPAC couvre la période 2011-2015 et prend en compte les grands axes du PNDS en matière de vaccination.

Le gouvernement de la Guinée, conformément à son Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2011-2015 envisage d'organiser une campagne de vaccination de masse au cours du quatrième trimestre de 2014 avec le Men AfriVac afin de prévenir la survenue d'épidémies au niveau des districts à risque. Ils s'agit des districts de : Gaoual, koundara, Labé, Lélouma, Tougué, Mali, Koubia, Faranah, Dinguiraye, Dabola, Kissidougou, kankan, Kouroussa, Kérouané, Mandiana, Siguiiri et Beyla avec une population totale estimée à 5 102 277 dont 3 571 594 personnes âgées de 1 à 29 ans soit une quantité de vaccin Men A de 3 928 753 doses.

<?xml:namespace prefix = "o" />

### Campagne de Vaccination Supplémentaire

|       | Existant       |
|-------|----------------|
|       | Futures Années |
|       | 2010           |
|       | 2011           |
|       | 2012           |
|       | 2013           |
|       | 2014           |
|       | 2015           |
| Polio | 2 155 982      |
|       | 2 222 818      |
|       | 2 291 725      |
|       | 2 362 768      |

|             |           |
|-------------|-----------|
|             | 2 436 014 |
|             | 2 511 531 |
| TMN         |           |
|             | 0         |
|             | 0         |
|             | 2 520 897 |
|             | 0         |
|             | 0         |
|             | 0         |
| Rougeole    |           |
|             | 0         |
|             | 0         |
|             | 1 947 966 |
|             | 0         |
|             | 0         |
|             | 2 134 801 |
| Méningite A |           |
|             | 0         |
|             | 0         |
|             | 0         |
|             | 0         |
|             | 3 571 594 |
|             | 0         |

**.Introduction des Nouveaux Vaccins et vaccins sous-utilisés :**

De 2002 en 2008, la Guinée a introduit le vaccin contre la fièvre jaune (2002), l'hépatite B(2006) et le pentavalent (2008) dans la vaccination de routine.

Le pays se propose conformément aux recommandations régionales et aux orientations contenues dans le GIVS d'introduire en 2015 le vaccin à pneumocoques PCV-13 sous sa forme liquide mono doses, le vaccin oral à rota virus sous la forme liquide mono dose, le Men Afrivac et le HPV.

**Tableau 6 : Calendrier de vaccination PEV avec l'introduction du PCV-13, VPI ; Men Afrivac , le rotavirus et le HPV**

Vaccins

Ages d'administration

**BCG;**

**A la naissance**

VPO

A la naissance

DTC1-HepB1-Hib1; VPO1; Pneumo1 ;,

6 semaines

DTC2-HepB2-Hib2; VPO2 ; Pneumo2 ; Rota1

10 semaines

DTC3-HepB3-Hib3; VPO3 ; VPI; Pneumo3 Rota 2;

14 semaines

VAR ;

9 mois

VAA

9 mois

Vitamine A

6 – 59 mois

MenAfricvac

12 mois

HPV

9- 13 ans

Veillez indiquer le cycle national de planification et budgétisation pour la santé

Au début de chaque année fiscale, les besoins sont estimés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (Centres de santé, DPS, DRS et Coordination centrale). Ces besoins sont consolidés et un arbitrage est organisé pour l'adoption du budget pour l'année en cours. L'exécution du budget est suivie par différents outils et ajuster au milieu de l'année et une évaluation de l'exécution est faite en fin d'année pour orienter la préparation du budget de l'année suivante.

Veillez indiquer le cycle national de planification pour la vaccination

Le processus de planification suit le découpage administratif (Pyramide sanitaire) sur la base des orientations du PPAC qui couvre la période de 2011-2015.<?xml:namespace prefix = "o" />

Au début de chaque année, les districts sanitaires élaborent leur PTAs qui sont consolidés au niveau des régions. Ces plans sont reçus au niveau central pour consolidation et transmis au Ministère de l'Economie et Finance pour arbitrage qui a son tour soumet à l'Assemblée nationale pour adoption.

### 5.1.3 Activités préparatoires

Veillez donner un aperçu de toutes les activités **préparatoires** pour l'introduction du(des) nouveau(x) vaccin(s)

- Plaidoyer et sensibilisation des autorités, <?xml:namespace prefix = "o" />
- Constitution des commissions techniques de travail
- Elaboration du document de soumission et du plan d'introduction
- Présentation et adoption au CCIA du document de soumission et du plan d'introduction;
- Micro planification et budgétisation des activités pour l'introduction;
- Elaboration des modules de formation;
- Organisation des ateliers de formation;
- Approvisionnement en intrants des formations sanitaires;
- Mobilisation sociale et communication;
- Renforcement de la Logistique des chaines de froid et des vaccins à tous les niveaux
- Monitoring, suivi, supervision
- Evaluation post campagne
- Elaboration du rapport

### 5.1.4 Genre et équité

Veillez décrire les obstacles géographiques, socio-économiques et/ou sexospécifiques qui entravent l'accès aux services de vaccination, et indiquer les mesures qui ont été prises pour atténuer leurs effets. Précisez si ces questions sont abordées dans le(s) plan(s) d'introduction.

Il n'y a pas d'obstacles au genre et à l'équité dans la mise en œuvre des campagnes de vaccination conformément aux lois en vigueur dans le pays<?xml:namespace prefix = "o" />

Les activités avancées organisées par les Districts permettent d'assurer la vaccination et l'administration des autres interventions à hauts impacts aux enfants vivant dans les zones d'accès difficiles. Ces activités avancées couvrent aussi les communautés marginalisées sans structures sanitaires et permettent de résoudre les problèmes de barrières géographiques et socioéconomiques réduisant ainsi les problèmes d'équité.

Veillez examiner si les questions d'équité (facteurs socio-économiques, géographiques et sexospécifiques) sont prises en compte dans le processus d'élaboration des stratégies de mobilisation sociale, entre autres, en vue d'améliorer la couverture vaccinale. Précisez si ces questions sont abordées dans le(s) plan(s) d'introduction.

Pour la campagne les questions de genre et d'équité ne constituent pas un problème en Guinée, filles et garçons sont vaccinés indistinctement et sans discrimination.

Veillez indiquer si des données ventilées par sexe ont été collectées puis utilisées dans les systèmes de rapports concernant la vaccination systématique.

Oui ; les outils de collecte prendrons en compte les spécificités liées au genre (sexe, âge).

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, la planification de l'introduction des vaccins dans votre programme national de vaccination systématique, les campagnes de vaccination et le financement des activités à cet effet.

Le Pays est dans un processus de transition démocratique depuis 2010.<?xml:namespace prefix = "o" />

Les élections législatives sont prévues en septembre 2013 et la prochaine élection présidentielle en 2015. Malgré cette transition, les activités de vaccination suivent leur cours normal avec l'organisation des campagnes de masse (polio, rougeole, Vit A, Fièvre jaune, méningite etc.) et la vaccination de routine

### **5.1.5 Qualité des données**

Veillez joindre le rapport de synthèse de l'évaluation de la qualité des données, si une évaluation a été menée au cours des 36 derniers mois (DOCUMENT N° : 13), ainsi qu'un plan d'amélioration de la qualité des données et un rapport d'étape sur la mise en œuvre de ce plan, le cas échéant (DOCUMENT N° : 14, DOCUMENT N° : 15).

## 5.2. Données de référence et objectifs annuels (SVN-vaccination systématique)

Aucun soutien systématique SNV n'est demandé

### 5.3. Données de référence et objectifs annuels pour la/les campagne(s) de prévention

#### 5.3.1 Données de référence et objectifs annuels de la campagne de vaccination (Antiméningococcique de type A)

La cohorte pour Antiméningococcique de type A est la population entre 1 et 29 ans

**Tableau 5.3.1 Chiffres de référence de la campagne préventive SNV pour Antiméningococcique de type A**

|   | Année de référence | Données de référence et objectifs |
|---|--------------------|-----------------------------------|
|   | 2013               | 2014                              |
| Nombre total de naissances                                      | 0                  | 487 203                           |
| Population totale âgée de 1-29 ans                              | 0                  | 3 571 594                         |
| Population cible à vacciner avec Antiméningococcique de type A  | 0                  | 3 571 594                         |
| Antiméningococcique de type A (campagne) couverture (%) [1]     | 0 %                | 100 %                             |
| Taux de perte (%) pour Antiméningococcique de type A (campagne) | 10                 | 10                                |
| Facteur de perte du Antiméningococcique de type A               | 1,11               | 1,11                              |

[1] Nombre de personnes vaccinées par rapport au total de la population cible

## 6. Vaccins nouveaux ou sous-utilisés (VNS systématique)

Aucun soutien systématique SNV n'est demandé

## 7. Campagne de prévention SNVs

### 7.1. Évaluation de la charge morbide des maladies correspondant à la campagne (si disponible)

| Maladie                   | Titre de l'évaluation | Date               | Résultats  |
|---------------------------|-----------------------|--------------------|--|
| Méningite à Meningococque | Évaluation de risques | 17 au 21 juin 2013 | <p>De 2005 à 2010, des épidémies ont été enregistrées dans les districts sanitaires de Lola, N'Nzérékoré, Tougué, Faranah et Labé pour un total de 831 cas et 139 décès soit une létalité de 16,7%. De 2011 à 2012, 488 cas suspects et 39 décès de méningite ont été enregistrés par le système d'alerte précoce soit un taux de létalité de 6%.</p> <p>Le district sanitaire de Dinguiraye pour l'année 2011, de la première à la 17<sup>ème</sup> semaine épidémiologique, 121 cas suspects et 7 décès ont été enregistrés dont 12 cas ont été confirmés au <i>Neisseria meningitidis</i> de type A (NmA).</p> <p>En 2013 ; de la première à la 10<sup>ème</sup> semaine, le pays a enregistré 85 cas suspects de méningite dont 13 décès avec une létalité de 15,29 %.</p> <p>Ces cas ont été transférés dans les formations sanitaires des districts concernés (Koundara, Kankan, Siguiri, Faranah, Kérouané, Dabola, Kissidougou, N'Nzérékoré, Dinguiraye, Kouroussa, Yomou).</p> <p>Il ressort de l'examen des 29 échantillons examinés au compte de Siguiri 05 cas positifs répartis comme suit : 02 cas Nm A et 03 cas de Nm W135.</p> <p>L'organisation de cette campagne de vaccination de masse se justifie pour la Guinée qui est un pays situé dans la "ceinture méningitique" Africaine.</p> <p>En vue de l'introduction du vaccin conjugué contre le Nm A en Guinée, une évaluation du risque de méningite a été menée par l'OMS avec l'outil de priorisation des districts (DPT). Cet outil d'aide à la décision repose sur des méthodes mixtes, quantitatives et qualitatives. Il utilise des données de surveillance et des informations sur les épidémies passées, et intègre les spécificités locales de la méningite et de ses facteurs de risque, l'opinion des experts locaux et l'opportunité d'étendre le front d'immunité contre le Nm A au niveau régional.</p> <p>En conclusion, 17 Districts sanitaires sur 38 ont été identifiés pour bénéficier de la campagne de vaccination préventive avec le MenAfrivac en 2014 (Voir document de l'évaluation du risque en attaché)</p> |

## 7.2.Demandé pour Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ soutien de campagne

### 7.2.1. Résumé pour Antiméningococcique de type A soutien de campagne

Quand le pays compte-t-il introduire ce vaccin? **octobre 2014**

Veuillez fournir un résumé du PPAC et/ou des Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ sections du plan d'introduction se référant à l'introduction du Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ. Enumérez les points clés liés au processus décisionnel (données prises en compte, etc.) et précisez les plans de mobilisation sociale et de micro-planification, y compris les stratégies visant à cibler les zones difficiles à atteindre et touchées par l'insécurité.

Comme la plupart des pays de l'Afrique Subsaharienne est caractérisée par un faible niveau de production avec un PIB par habitant de 400 dollars US en 2011, un haut niveau d'endettement, des taux élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infantile.

Le gouvernement guinéen s'est engagé devant la communauté internationale à faire face aux défis de réduction du niveau de pauvreté, d'améliorer le niveau de vie de sa population et d'atteindre un niveau de développement satisfaisant.

Pour matérialiser cette volonté, le gouvernement guinéen a souscrit aux objectifs du millénaire pour le développement à travers la **stratégie globale de réduction de la pauvreté** et le **Millenium Challenge Account**.

Dans cette perspective, une place prépondérante est accordée aux secteurs sociaux.

De plus, ayant compris l'urgence de la situation, le gouvernement a mis un accent particulier sur les principaux fléaux sanitaires de l'heure qui minent le développement et à long terme risqueraient de compromettre tous les efforts ainsi déployés.

C'est dans ce cadre que le pays déploie d'énormes efforts pour améliorer les indicateurs de santé à travers la mise en œuvre des plans cohérents et intégrés de lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose.

Dans le souci de recherche de synergie d'intervention, le gouvernement, conscient de l'apport de la vaccination dans les efforts déjà en cours pour l'atteinte des OMD, a adhéré à la stratégie mondiale de la vaccination «GIVS», lors de la 58ème Assemblée Mondiale de la Santé.

Cette stratégie a comme objet principal de faire de la vaccination une stratégie efficace non seulement pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile en ciblant plus de personnes ; mais aussi de contribuer au renforcement du système sanitaire dont les interventions futures doivent privilégier l'intégration.

Pour concrétiser cette stratégie, les partenaires de la vaccination (OMS, Unicef et GAVI) ont mis à jour les directives et outils de planification stratégique au niveau pays dans un contexte d'intégration et de renforcement des systèmes de santé avec un accent particulier sur une meilleure gestion des ressources financières.

La République de Guinée à l'instar des autres pays s'est appropriée des directives et outils pour élaborer le premier PPAC couvrant la période 2001-2005 et le second couvrant la période 2007-2011.

La mise en œuvre de ces Plans a permis des améliorations en matière de couverture vaccinale à travers la stratégie Atteindre Chaque District (ACD), surveillance des maladies évitables par la vaccination système d'approvisionnement en vaccins et logistiques, expériences sur l'introduction des nouveaux vaccins et vaccins sous utilisés (VAA, Pentavalent)

Malgré ces progrès le PEV est confronté encore à certains défis. Pour y faire face et conformément aux orientations du GIVS et des recommandations régionales, profitant des opportunités offertes par GAVI la Guinée avec l'appui des partenaires se propose d'élaborer un nouveau plan pluriannuel

2011-2015

Ce document est le fruit des réflexions et échanges avec les principaux acteurs du secteur de la santé et autres secteurs connexes à divers niveaux. Il sert désormais non seulement de guide pour les planifications annuelles futures du programme, mais aussi de support pour l'intégration des activités d'autres programmes et le renforcement du système de santé. C'est aussi un important outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Le présent plan pluriannuel complet s'articule autour des principaux axes suivants :

- Ø L'analyse de la situation du système sanitaire et du programme élargi de vaccination dans le contexte actuel du pays.
- Ø L'identification des principaux problèmes qui entravent la bonne marche du programme
- Ø Le choix des objectifs, stratégies, activités pertinentes et résultats attendus.
- Ø L'élaboration des indicateurs, l'identification des ressources requises en termes de disponibilité et de gap à combler.
- Ø L'identification des stratégies possibles pour assurer une meilleure gestion des ressources disponibles et combler les déficits financiers identifiés.
- Ø Les recommandations et perspectives pour l'avenir du programme.

A travers ce plan, le PEV se propose de contribuer à la réduction de la mortalité infantile en réalisant une couverture vaccinale nationale de 90% pour chaque antigène et d'au moins 80% au niveau des districts sanitaires (GIVS).

Au cours de la période couvrant ce plan, la Guinée se propose d'améliorer les performances actuelles du PEV de routine, d'intégrer les vaccins Pneumocoque et Rota virus et la campagne préventive contre la méningite en vue de l'introduction du vaccin MenAfrivac dans le PEV de routine.

En ce qui concerne la lutte contre la maladie, le plan propose l'éradication de la poliomyélite en Guinée d'ici fin 2013, l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal ainsi que le contrôle de la rougeole.

Les stratégies retenues sont conformes aux stratégies constitutives de Vision et Stratégie Mondiale pour la Vaccination (GIVS) et sont adaptées au contexte de la Guinée. Elles mettent l'accent sur l'intégration d'autres interventions de santé visant à promouvoir la survie de l'enfant. Il s'agit notamment de la supplémentation en Vitamine A, la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, le déparasitage des enfants, la promotion de l'accouchement propre et de l'allaitement maternel exclusif.

Un plan d'action annuel est produit chaque année suite à une micro planification prenant en compte les zones à haut risque et d'accès difficile pour la mise en œuvre et le suivi des activités.

L'organisation de la campagne préventive sera soutenue par la mise en œuvre du plan de mobilisation sociale à tous les niveaux, assorti d'un plaidoyer fort. Ce plan tiendra compte des axes stratégiques suivants:

- Plaidoyer: information, sensibilisation des autorités administratives, politiques, religieuses à tous les niveaux
- Mobilisation sociale: implication des médias (Radios nationale, privée et rurale, télévision nationale et privée)
- Communication pour le changement de comportement: Communicateurs de proximité, relais communautaires, vaccinateurs,

Veuillez fournir des données cohérentes sur la capacité de la chaîne du froid et l'aptitude du pays à recevoir

les nouveaux vaccins, en tenant compte des besoins en matière de formation, de chaîne du froid et de logistique. Expliquez comment l'expansion de la chaîne du froid (si besoin est) sera financée et quand elle sera achevée. Indiquez si les approvisionnements pour la campagne auront un quelconque impact sur la procédure d'expédition des vaccins et comment un problème éventuel sera traité, le cas échéant.

<?xml:namespace prefix = "v" ns = "urn:schemas-microsoft-com:vml" /><?xml:namespace prefix = "o" />En termes de chaîne de froid, La dernière évaluation de la mise en œuvre du plan d'amélioration issu de EVM 2011, réalisé en octobre 2012 montre que la capacité actuelle de stockage des vaccins au niveau central a augmenté de 40 m<sup>3</sup> en positif soit au total 115 m<sup>3</sup> volume brute disponibles.

Au niveau régional, trois (3) chambres froides positives ont été mises en place; le tableau ci-dessous résume le niveau de mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV.

## **Capacité de stockage**

### **Recommandations**

#### **Etat de mise en œuvre**

Améliorer la capacité de stockage au niveau central et régional,

Réhabilitation d'une chambre froide positive de 10m<sup>3</sup> et de 15m<sup>3</sup> par l'Unicef.

Acquisition et installation d'une chambre froide de 40 M<sup>3</sup> en 2013 par l'Unicef

Installation de 4 chambres froides par l'UNFPA avec 4 générateurs dans les régions de Nzérékoré, Kankan, Labé et Conakry.

Difficulté de faire fonctionner d'une manière régulière par absence/insuffisance d'électricité et de moyens pour l'achat du carburant.

Réparer immédiatement la chambre froide négative en remplaçant les unités de refroidissement

Acquérir et installer un Groupe Electrogène de 75KVA avec démarrage automatique

La chambre froide négative réparée et fonctionne avec une température entre -15° à -20°C

Un groupe électrogène de 100 KVA mis à la disposition du ministère par l'UNICEF en fin 2012.

4 Générateurs de 25 KVA mis à la disposition du ministère par le UNFPA pour le fonctionnement des 4 chambres froides installées dans les régions de Nzérékoré, Kankan, Labé et Conakry.

Remplacer progressivement des réfrigérateurs à pétrole par des réfrigérateurs solaires.

Mise en place progressive de réfrigérateurs solaires sans batterie depuis 2011(90 Réfrigérateurs de marque Electrolux modèle Sun Danzer acquis par l'UNICEF ont été distribué et installé dans les différentes régions sanitaires du pays)

Procéder à une amélioration structurelle du présent magasin central abritant les chambres froides et celles des réfrigérateurs de conservation des vaccins

2 grands ventilateurs ont été installés sur l'avant du magasin en face des groupes frigorifiques et sont actuellement fonctionnels.

## **Contrôle de la Température**

### **Recommandations**

#### **Etats de mise en œuvre**

Introduire un système de contrôle continu de température à tous les niveaux de la chaîne de froid

4 Multi Logs commandés en 2012 pour les chambres froides centrales mais non encore installés

500 Fridge Tags et 2000 Freeze Tags commandés en 2011 et 2012 mis à la disposition de 8 régions et de 38 Districts et des 407 centres de santé.

Un stock de 500 Fridge Tags 2 reçu en 2013 est en cours de distribution.

Joindre les données des moniteurs de température accompagnant les vaccins aux rapports de réception des vaccins (Q-Tag) et les soumettre à l'UNICEF dans les 72 heures après la réception des vaccins.

Cette activité est réalisée mais la transmission des rapports connaît encore des retards.

Utiliser des accumulateurs de froid conditionnés comme étape transitoire pour réduire les risques de congélation des vaccins en attendant la mise en application effective des directives de l'OMS sur l'utilisation des « accumulateurs a eau froide »

Utilisation d'accumulateurs congelés pour le transport du VPO et accumulateurs conditionnes pour les autres vaccins a tous les niveaux

Doter le niveau central en matériel informatique pour la connexion des enregistreurs

Le Kit informatique a été mis en place en 2013 mais non encore connecté au Multi LOG.

## **Transport**

Mettre en place de matériel de transport pour la distribution des vaccins,

100 glacières, 800 porte-vaccins et 1000 accumulateurs de 0,4 litres déjà disponibles et distribués dans les Districts Sanitaires

Mise en place des moyens de transport pour les stratégies avancées,

85 motos en 2011 et 50 motos en 2012 acquis par l'UNICEF pour la mise en œuvre des stratégies avancées et des activités de nutrition ; 50 motos achetées sur fonds RSS/GAVI sont en cours de distribution.

En décembre 2013 Vingt (20) motos, 250 vélos achetées par Rotary pour les stratégies avancées.

Effectuer l'inventaire des équipements de transport (en particulier au niveau périphérique).  
L'absence de moyens de transport pour mener des stratégies avancées est un obstacle majeur a l'atteinte des objectifs

Un inventaire de la chaîne de froid et de transport a été réalisé en 2012 et réactualisé en 2013 assorti d'un plan de réhabilitation.

## **Gestion de stock**

### **Recommandations**

#### **Etats de mise en œuvre**

Réviser et standardiser les outils de gestion (registre manuel de gestion des stocks, bons de commande et livraison des vaccins, formulaires de rapports mensuel de vaccination) en tenant compte des exigences du SMT et DVD\_MT :

Numéro de lots et date de péremption du vaccin

Etat de la PCV

Nom du fabricant

Origine ou la destination du vaccin

Données sur les taux de perte et les taux d'abandon à insérer dans les rapports mensuels.

Quantités de déchets et les mécanismes d'élimination des déchets à insérer dans les rapports mensuels.

Outils non révisés et standardisés

Cependant, les bons de commande et de livraison des intrants comprenant le numéro de lot, date de péremption et état de PCV sont utilisés au niveau régional et district. Les bons de commandes et livraison issus du SMT sont utilisés par le niveau central.

Le DVD-MT est disponible dans toutes les Régions et District Sanitaire. Faible utilisation de l'outil par le District Sanitaire. Toutes les régions l'utilisent mais la promptitude est faible par insuffisance d'électricité et connexion internet

## **Formation et Supervision**

### **Recommandations**

#### **Etats de mise en œuvre**

Former le personnel à tous les niveaux sur la gestion des vaccins et de la chaîne de froid. La formation devrait inclure le cours MLM (Cours de gestion du niveau intermédiaire)

- Renforcer le processus de supervision des formations sanitaires en impliquant les personnes capables de faire la supervision aux différents niveaux en formant le personnel nécessaire à la technique de supervision

Cours MLM non encore réalisé au niveau régional et district. Cependant l'équipe du niveau central a reçu cette formation.

Tous les acteurs impliqués dans la gestion du PEV ont reçu la formation en gestion des vaccins et chaîne du froid

En 2011: Formation des formateurs (Niveau central, régional, District par une consultante et 2 cadres du niveau central en 4 pools: Conakry, Kankan, Mamou et Kindia

Ensuite Formation des responsables des Centres de santé et de leurs chargés du PEV par chaque région sanitaire. Un atelier de formation est prévu en février 2014 pour 12 superviseurs du niveau central et 16 du niveau intermédiaire (DRS) sur la supervision formative avec l'appui de l'AMP/GAVI.

## **Maintenance**

### **Recommandations**

#### **Etats de mise en œuvre**

Mettre en place des équipes de maintenance au niveau central et régional

Approvisionner les structures en pièces de rechange

3 agents sont identifiés pour la maintenance des équipements sur l'ensemble du pays. Une session de recyclage/formation est programmée pour 20 agents dont 4 au niveau central (dont le responsable de la logistique) et 2 par région (8 régions) pour le mois de février 2014. Cette session de formation permettra de renforcer la capacité du système de maintenance au niveau central et déconcentré (régions et districts sanitaires)

Les pièces de rechange sont mises en place pour les réfrigérateurs à pétrole et les réfrigérateurs solaires (brûleurs, mèches, batteries, régulateurs, Freeze tag, Fridge Tag,...)

La capacité actuelle de la chaîne de froid et l'aptitude du pays à recevoir de nouveaux vaccins se résume comme suit :

Le contexte logistique se rapporte à l'analyse des capacités de stockage disponibles aux niveaux du système de santé : central, régional, district et centre de santé, à la lumière des résultats de l'inventaire des équipements de la chaîne du froid réalisé en 2012 et actualisé en 2013.

### I.1. Au niveau central

La Coordination du PEV Guinée dispose de cinq (05) chambres froides positives au niveau central avec une capacité globale de stockage en positif de **115 m3**, volume brut. Cette capacité sera étendue, car il est prévu l'installation d'une chambre froide supplémentaire en début 2015 ou à défaut, l'utilisation de la chambre froide de la Région de Conakry installée en 2013 par l'UNFPA afin de combler le déficit qui sera enregistré après l'introduction des nouveaux vaccins en 2015.

### Evolution de la capacité de stockage au niveau central

Le Graphique ci-dessus montre l'évolution de l'augmentation de la capacité en volume net de stockage au niveau central qui passe de 12,8 m3 en 2011 à 31 m3 en 2013 et enfin à 41m3 en 2014 avec l'utilisation de la chambre froide de la région de Conakry.

### Volume de stockage des vaccins MenAfrivac au Niveau central

|                            |
|----------------------------|
| <b>Population Totale</b>   |
| <b>Population Cible</b>    |
| <b>Besoin vaccin</b>       |
| <b>Capacité requise</b>    |
| <b>Capacité Disponible</b> |
| <b>GAP</b>                 |
| <b>5 102 277</b>           |
| <b>3 571 594</b>           |
| <b>3 928 753</b>           |
| <b>9 510</b>               |
| <b>31 000</b>              |
| <b>-21 490</b>             |

Le tableau ci-dessus montre que le volume de stockage actuel est largement suffisant pour le stockage du vaccin Men Afrivac pendant la campagne de 2014.

### <?xml:namespace prefix = "w" ns = "urn:schemas-microsoft-com:office:word" />**Capacité de stockage au niveau central par rapport à l'introduction des nouveaux vaccins**

Le tableau ci-contre montre que la capacité de stockage du niveau central est largement suffisante jusqu'en 2014 sauf en 2015 en prévision d'introduction de nouveaux vaccins contre le pneumo, le rota virus et le HPV. En outre, compte tenu du rapprochement entre le PEV et le bureau de la région de Conakry se trouvant dans la même enceinte, le Pays peut utiliser la chambre froide de 40m3 installée par l'UNFPA sans toutefois acquérir une autre chambre froide supplémentaire.

### I.2. Au niveau régional

## Capacité de stockage au niveau régional

L'état de la chaîne de froid au niveau intermédiaire dans les 5 régions sur 8 concernées par la campagne MenAfrivac est caractérisée par les paramètres suivants :

- Trois régions (KANKAN, LABE et NZEREKORE) disposent chacune d'une chambre froide positive de 20 m<sup>3</sup>, soit une capacité nette de stockage en vaccins de 5 405 litres.
- Deux régions (BOKE, FARANAH) ne disposent pas de chambre froide ; les capacités existantes dans ces deux régions sont théoriquement insuffisantes pour le stockage de l'ensemble des vaccins MenAfrivac en 2014. La solution idéale pour ces régions est le renforcement des capacités de stockage de 6 Districts Sanitaires en déployant la plupart des réfrigérateurs Electrolux marque TCW1152 qui sont au niveau central pendant la campagne.

### I.3. Au niveau district

#### Etat des lieux:

Selon les données de l'inventaire de la chaîne du froid effectué en 2012 et réactualisé en 2013, les dépôts PEV de district sont équipés de réfrigérateurs solaires (Dulas, TCW 2000 DC), de 76 et 85 litres en volume net.

#### Capacité de stockage au niveau district

Le Tableau ci-dessus montre les différents GAP par rapport aux volumes requis et disponible dans les dix-sept (17) Districts Sanitaires concernés par la campagne Men Afrivac.

Onze(11) sur 17 Districts Sanitaires peuvent contourner la difficulté vu leur proximité par rapport aux chambres froides régionales tandis que les six (6) Districts Sanitaires des régions de BOKE et de Faranah doivent être renforcés en équipement supplémentaire en y déployant les réfrigérateurs Electrolux TCW1152 de volume 169 litres chacun qui sont au niveau central.

#### Solutions préconisées:

- Dans les régions de Kankan, Labé et Nzérékoré: Utilisation des chambres froides des dépôts régionaux come tampon pour stocker le vaccine MenAfrivac des districts et
- Dans les régions de Boké et Faranah: renforcement de la capacité de 6 districts en équipement supplémentaire en y déployant les réfrigérateurs Electrolux TCW1152 de volume 169 litres chacun qui sont au niveau central

### I.4. Au niveau centre de santé (CS)

#### Etats des lieux :

Tous les Centres de Santé concernés par la campagne Men Afrivac, disposent d'au moins un réfrigérateur fonctionnel.

L'inventaire a montré que les centres de santé sont équipés de 473 réfrigérateurs dont :

- 310 réfrigérateurs Sibir qui fonctionnant au Kérosène soit 64%.
- 163 réfrigérateurs Dulas et Sundazer fonctionnant en énergie solaire soit 34%.

Il faut noter que ces réfrigérateurs type SIBIR, modèle V170 EK et Dulas dont les capacités nettes de stockage en vaccin sont respectivement de 55 litres et 85 seront suffisants pour le stockage des vaccins pour la routine et pendant la campagne.

### I.5. Au niveau site de vaccination

Sur 17 districts concernés par la campagne, l'inventaire a montré une disponibilité de 1194 portes vaccins. Cependant le besoin sera 3272 portes vaccins en raison de deux portes vaccins par site

de vaccination soit un gap de 2078 portes vaccins qui sera comblé avec le financement de fonds de la campagne.

## CONCLUSION

La pleine réussite de la campagne Men Afrivac, dépendra fortement du bon déroulement des activités logistiques, notamment :

- ✓• Le renforcement des capacités de stockage à tous les niveaux ;
- ✓• la réception et le stockage des vaccins et consommables de vaccination dans des conditions optimales à tous les niveaux (central, districts et formations sanitaires);
- ✓• l'approvisionnement à temps des districts et formations sanitaires en vaccins et matériels d'injection ;
- ✓• la disponibilité à temps des ressources matérielles et financières nécessaires pour la mise en œuvre du plan logistique
- ✓• le respect des directives édictées pour garantir la sécurité vaccinale
- ✓• la mise en œuvre diligentes des directives et instructions données en matière de gestion des déchets piquants.

Ainsi, le PEV pourrait contribuer effectivement à la diminution des charges de morbidité et mortalité liées à la méningite à méningocoque A.

Veillez indiquer dans quelle mesure les activités de la campagne contribueront au renforcement des services de vaccination systématique. Reportez-vous aux activités qui seront réalisées dans le cadre de la planification de la campagne, afin d'évaluer la mise en œuvre des activités visant à renforcer les services de vaccination systématique, mais aussi la qualité et le niveau de couverture vaccinale atteints lors de la campagne.

Plaidoyer et sensibilisation des autorités: cette activité permettra de renforcer les connaissances, les aptitudes et les pratiques de la population en matière de vaccination;

- Micro planification et budgétisation des activités pour l'introduction: permettra l'identification des zones d'accès difficile et des stratégies possibles pour les atteindre afin de minimiser la proportion de personnes non vaccinées;
- Organisation des ateliers de formation: renforcement des capacités des vaccinateurs, superviseurs sur la gestion du PEV de routine;
- Approvisionnement en intrants des formations sanitaires: permettra de maintenir une disponibilité des intrants et matériels de vaccination au niveau des sites de vaccination;
- Mobilisation sociale et communication: permettra d'identifier les cibles, les stratégies, les messages et les canaux de communication en vue de l'élaboration d'un plan de communication intégré en faveur du PEV;
- Renforcement de la Logistique des chaînes de froid et des vaccins à tous les niveaux
- Monitoring, suivi, supervision; permettra d'améliorer la qualité de la vaccination dans les Districts

Veillez produire les documents pertinents à l'appui des estimations relatives à la taille de la population cible de la campagne (DOCUMENT N° : 18).

### 7.2.2. Allocation de soutien pour les coûts de fonctionnement de la campagne Antiméningococcique de type A

**Tableau 7.2.2:** calcul de la subvention pour soutenir les coûts de fonctionnement des campagnes

| Année de Antiméningococcique de type A soutien | Population cible vaccinée (Tableau 5.3) | Contribution de GAVI par personne cible en US\$ | Total en \$US |
|--|---|---|---------------|
| 2014   | 3 571 594                               | 0,65  | 2 321 536     |

[1] L'allocation sera basée sur un don maximum de 0,65 US\$ par personne dans la population cible

Veillez indiquer comment l'allocation d'introduction sera utilisée pour faciliter la mise en œuvre opportune et efficace des campagnes de vaccination des populations cibles avant et au moment de l'introduction du nouveau vaccin (reportez-vous au PPAC et au plan d'introduction du vaccin).

L'allocation d'introduction sera utilisée pour l'acquisition des intrants, le renforcement des capacités des acteurs et du système et l'accroissement de l'utilisation de la vaccination.

Les vaccins et le matériel d'injection seront achetés par le biais de l'UNICEF-Guinée ainsi que le renforcement de la chaîne de froid au niveau opérationnel avec mise en place de contrat de maintenance et le volet mobilisation sociale et la cérémonie de lancement.

Les autres coûts opérationnels à savoir: la formation et le recyclage des équipes régionales et de district et les vaccinateurs en gestion du PEV, la supervision, la production des modules de formation, autres outils de gestion et l'évaluation de la campagne seront assurés par l'OMS, l'Etat et les autres partenaires, ainsi que l'approvisionnement

### Coût (et financement) de la Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ campagne en \$US

| Catégorie de coût   | 'Full needs for new vaccine introduction in US\$ | Financé avec l'allocation d'introduction de GAVI en \$US |
|---|--|--|
|   | 2014   | 2014   |
| Formation   | 265 124  | 254 244  |
| Mobilisation sociale, éducation, formation et communication, et plaidoyer | 20 740   | 19 324   |
| Équipement et entretien de la chaîne du froid                             | 315 500  | 314 194  |
| Véhicule et transport   | 310 370  | 309 363  |
| Gestion du programme  | 262 641  | 255 373  |
| Surveillance et suivi   | 120 264  | 120 264  |
| Ressources humaines   | 166 584  | 166 492  |
| Gestion des déchets   | 25 150   | 23 612   |
| Assistance technique  | 45 200   | 30 000   |
| Planification   | 70 840   | 59 622   |
| Mesures incitatives pour les bénévoles                                    | 644 766  | 643 016  |
| Autre (veuillez préciser)   |  |  |
| Production des cartes de vaccination et supports de collecte              | 130 251  | 126 032  |
| <b>Total</b>  | <b>2 377 430</b>                                 | <b>2 321 536</b>   |

Dans le cas où le soutien de GAVI ne couvre pas l'intégralité des besoins, veuillez décrire les autres sources de financement et les montants envisagés, si disponibles, pour couvrir vos besoins

Le Gap de 55 894 USD sera mobilisé par l'état et les autres partenaires comme le Rotary, l'OOAS et la JICA. A ce titre, l'Etat a prévu dans son budget de 2014 l'achat des vaccins contre les épidémies

(méningite, cholera, ...) à hauteur de 428 571 \$ US. Une requête sera adressée aux différents partenaires cités pour un appui financier de la campagne de vaccination contre la méningite à méningococque A.

## 8. Approvisionnement et gestion

### 8.1 Approvisionnement et gestion de la vaccination systématique avec les vaccins nouveaux ou sous-utilisés

Aucun soutien systématique SNV n'est demandé

### 8.2 Approvisionnement et gestion pour les campagnes de prévention SNV

#### 8.2.1 Approvisionnement et gestion pour la campagne Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ

a) Veuillez indiquer comment le soutien va fonctionner et sera géré, y compris pour l'approvisionnement en vaccins (GAVI attend de la plupart des pays qu'ils se procurent le vaccin et les fournitures d'injection par le biais de l'UNICEF):

b) Veuillez décrire les procédures de gestion financière applicables au soutien opérationnel pour les campagnes de vaccination préventive, y compris les procédures d'achat y afférentes.

c) Veuillez indiquer si la campagne se déroulera en plusieurs phases. Dans l'affirmative, précisez comment s'organiseront ces différentes phases.

f) Veuillez décrire comment la couverture du nouveau vaccin sera surveillée et déclarée (se référer au PPAC et/ou au plan d'introduction de la campagne FJ)

### 8.3 Gestion vaccinale (GEEV/GEV/EGV)

En vertu des nouvelles directives, il est obligatoire pour un pays de réaliser une évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) avant de demander un soutien pour l'introduction d'un nouveau vaccin. L'évaluation doit avoir été réalisée au cours des 36 mois précédant la demande. Veuillez noter que cette évaluation est recommandée mais non obligatoire pour les demandes de soutien opérationnel aux campagnes/activités de vaccination supplémentaires (AVS).

Le pays a-t-il eu une Evaluation de l'efficacité de la gestion des vaccins (EVM) par le passé? **Oui**

Quand l'EVM a-t-elle été réalisée? **avril 2011**

Veuillez joindre une copie du rapport d'évaluation de la GEV le plus récent (DOCUMENT N° : 20,21,22), du plan d'amélioration y associé (DOCUMENT N° : 21) et du rapport d'étape sur la mise en œuvre de ce plan (DOCUMENT N° : 22). Le plan d'amélioration doit comprendre un calendrier, un budget de ressources allouées à ces activités et les éventuels déficits de financement, mais aussi des indicateurs de S&E afin d'évaluer les progrès accomplis.

Le pays prévoit-il de réaliser une Evaluation de l'efficacité de la gestion des vaccins (EVM) à l'avenir? **Oui**

Quand la prochaine Evaluation de l'efficacité de la gestion des vaccins (EVM) est-elle prévue? **avril 2014**

### 8.4 Gestion des déchets

Veuillez décrire le plan national de gestion des déchets issus des activités de vaccination (y compris les campagnes). Précisez les règles de sécurité à observer pour la manipulation, les conditions de stockage et de transport, et la stratégie adoptée pour l'élimination des déchets vaccinaux.

#### Dans le cadre de la gestion des déchets,

- **La collecte des déchets de la campagne au niveau district** : Des sacs poubelles devront être prévus pour collecter les flacons vides, capuchons d'aiguilles et emballages vides de seringues. Les boîtes de sécurité pleines et les sacs poubelles seront ramenés journalièrement des CS vers le district, par les équipes de superviseurs. <?xml:namespace prefix = "o" />

A la fin de la campagne, les superviseurs veilleront à ce que toutes les boîtes résiduelles au niveau des CS soient acheminées au district et stockées dans un endroit sécurisé.

- **Le ramassage des déchets par le niveau central** : afin d'assurer le ramassage optimal des boîtes de sécurité avec une grande marge de réussite, les sorties débiteront deux (02) semaines après la fin de la campagne pour une durée de **10 jours**. ce délai est nécessaire pour permettre le transport des déchets sur les sites d'incinération.
- **La destruction des déchets** : le volume de déchets piquants et non piquants qui seront générés est très important. En effet, nombreux sont les Districts Sanitaires qui ne disposent pas d'incinérateurs.

Afin d'assurer une élimination complète, sans résidus dangereux pour la population après la campagne, il est nécessaire que cette opération soit faite avec des incinérateurs très performants.

les déchets de la campagne seront incinérés localement dans les districts disposant des incinérateurs De Monfort ou électrique.

Les autres districts ne disposant d'incinérateurs, les déchets de la campagne seront transportés vers les hôpitaux et districts voisins selon un plan de gestion préalablement défini Les contacts seront pris avec ces prestataires, dès que le plan proposé sera adopté par le Comité National d'organisation ou le CCIA.

- **La gestion des situations d'urgence post-vaccinales** : Un aspect très important de la campagne est la surveillance des manifestations indésirables post-injections (MAPI). afin d'assurer une meilleure surveillance des MAPI et leur prise en charge, notamment les cas graves, un minimum de médicaments tels que l'adrénaline et l'hydrocortisone et du coton hydrophile seront mis à disposition des formations sanitaires pour être ensuite distribué aux sites de

vaccination.

Le bilan de la gestion des MAPI sera fait par les comités de gestion des MAPI installés à tous les niveaux.

## 9. Recommandations et commentaires supplémentaires de l'Organe national de coordination (CCIA/CCSS)

Recommandations et commentaires de l'Organe national de coordination (CCIA/CCSS)

Le CCIA recommande à la coordination du PEV de poursuivre la mise en œuvre des recommandations pertinentes relatives à la phase préparatoire de la campagne qui sont entre autres: plaidoyer, mobilisation sociale, communication, la logistique de la chaîne de froid et la formation des acteurs. Accélérer l'élaboration du plan opérationnel budgétisé de la campagne préventive

Il recommande l'actualisation du PPAC

Le CCIA invite le PEV à fournir plus d'efforts pour remplir le critère d'éligibilité pour introduire les nouveaux vaccins, de finaliser le plan d'élimination de la rougeole et la création du Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV).

Le CCIA invite le Gouvernement à être à jour dans le paiement des co-financement pour les nouveaux vaccins.

Le CCSS recommande de diligenter la révision de la politique sanitaire, l'élaboration du PNDS.

## 10. Liste de documents joints à la présente demande

### 10.1. Liste de documents joints à la présente demande

| Document numéro | Document   | Section | Obligatoire   | Fichier   |
|-----------------|--|---------|---|---|
| 1               | Signature du Ministre de la Santé (ou de l'Autorité déléguée) de la Proposition  | 4.1.1   |    | Signature Ministres Santé et Finances.docx<br>File desc:<br>Date/time: 13/09/2013 11:24:56<br>Size: 236403                        |
| 2               | Signature du Ministre des Finances (ou de l'Autorité déléguée) de la Proposition | 4.1.1   |    | Signature Ministres Santé et Finances.docx<br>File desc:<br>Date/time: 13/09/2013 11:25:45<br>Size: 236403                        |
| 4               | Terms of Reference for the ICC   | 4.1.2   |    | SO.doc<br>File desc:<br>Date/time: 13/09/2013 13:49:56<br>Size: 26112   |
| 5               | Compte-rendu réunion du CCIA/CCSS avalisant la Proposition                       | 4.1.3   |    | PV réunion CCIA 10 09 13.docx<br>File desc:<br>Date/time: 13/09/2013 11:26:59<br>Size: 623189                                     |
| 6               | Signatures du CCIA ou du CCSS ou l'équivalent dans la Proposition                | 4.1.3   |  | Signatures membres CCIA 10 09 13.doc<br>File desc:<br>Date/time: 13/09/2013 11:27:55<br>Size: 199680                              |
| 7               | Compte-rendus des trois dernières réunions du CCIA/CCSS                          | 4.1.3   |  | Réunion CCIA 07 05 13 et 03 05 12.doc<br>File desc:<br>Date/time: 13/09/2013 13:30:57<br>Size: 1617920                            |
| 10              | Plan Pluriannuel Complet - PPAC  | 5.1     |  | PPAC GUINEE version finale 13 05 2011 Révisé 2013.doc<br>File desc:<br>Date/time: 13/09/2013 13:32:24<br>Size: 1108992            |
| 11              | Outil d'analyse financière du PPAC   | 5.1     |  | SO.doc<br>File desc:<br>Date/time: 13/09/2013 13:57:29<br>Size: 26112   |
| 12              | Plan d'introduction d'un nouveau vaccin (si non inclus dans le PPAC)             | 5.1     |  | PLAN DE MISE EN OEUVRE DE LA CAMPAGNE MENAFRIVAC GUINEE 2014.doc<br>File desc:<br>Date/time: 13/09/2013 13:35:31<br>Size: 3289600 |

|    |  |       |   |  |
|----|--|-------|---|--|
| 18 | Campaign target population documentation | 7.x.1 | X | <p>PLAN DE MISE EN OEUVRE DE LA CAMPAGNE MENAFRIVAC GUINEE 2014.doc</p> <p>File desc:</p> <p>Date/time: 13/09/2013 13:37:54</p> <p>Size: 3289600</p> |
| 20 | EVM report                               | 8.3   | ✓ | <p>GEV_REWISE 2010.doc</p> <p>File desc:</p> <p>Date/time: 13/09/2013 13:43:58</p> <p>Size: 7894528</p>  |
| 21 | Un plan d'amélioration basé sur le GEV   | 8.3   | ✓ | <p>Plan d'action recommandation GEV.xlsx</p> <p>File desc:</p> <p>Date/time: 13/09/2013 13:45:32</p> <p>Size: 11800</p>                              |
| 22 | EVM improvement plan progress report     | 8.3   | ✓ | <p>Rapport de l'evaluation GEV.doc</p> <p>File desc:</p> <p>Date/time: 13/09/2013 13:46:30</p> <p>Size: 131072</p>                                   |
| 23 | Résumé de la réponse aux conditions      | 3     | ✓ | <p>Lettre éclaircissement campagne Men A 2014 2.doc</p> <p>File desc:</p> <p>Date/time: 24/01/2014 08:31:09</p> <p>Size: 1029632</p>                 |

## 11. Annexes

### Annexe 1 - Soutien systématique aux VNS

Aucun soutien systématique SNV n'est demandé

## **Annexe 2 - Soutien systématique aux VNS - Deuxième présentation préférée**

Pas de SVN - vaccination systématique - deuxième présentation préférée demandée cette année

## Annexe 3 - Campagne(s) préventive(s) SNV

### Annexe 3.1 - Campagne(s) préventive(s) SNV (Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ)

Tableau Annexe 3.1 C: Tableau récapitulatif pour CAMPAGNE Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ

|  | Données de         |    | 2014      |
|--|--------------------|----|-----------|
| Population totale visée par la campagne  | Tableau 5.3.1      | #  | 3 571 594 |
| Couverture vaccinale   | Tableau 5.3.1      | %  | 100,00 %  |
| Nombre de personnes devant être vaccinées  | Tableau 5.3.1      | #  | 3 571 594 |
| Nombre de doses par personne   | Paramètre          | #  | 1         |
| Estimation du facteur de perte vaccinale   | Tableau 5.3.1      | #  | 1,11      |
| Vaccine stock on 31st December <span style="background-color:#D9D9D9">&gt;{0}&lt;/span&gt; * (see explanation footnote)</span> | Tableau 5.3.1      | #  | 0         |
| Nombre de doses par flacon   | Paramètre          | #  | 10        |
| Nombre de seringues autobloquantes nécessaires   | Paramètre          | #  | Yes       |
| Nombre de seringues de reconstitution nécessaires  | Paramètre          | #  | Yes       |
| Nombre de réceptacles de sécurité nécessaires  | Paramètre          | #  | No        |
| Prix par dose de vaccin  | Tableau Annexes 4A | \$ | 0,554     |
| Prix unitaire des seringues autobloquantes   | Tableau Annexes 4A | \$ | 0,0465    |
| Prix unitaire des seringues de reconstitution  | Tableau Annexes 4A | \$ | 0,037     |
| Prix unitaire des réceptacles de sécurité  | Tableau Annexes 4A | \$ | 0,58      |
| Frais de transport en % de la valeur des vaccins   | Tableau Annexes 4B | %  | 10,00 %   |
| Frais de transport en % de la valeur du matériel   | Paramètre          | %  | 10,00 %   |

**Tableau Annexe 3.1 D: Nombre estimé de matériel de sécurité des injections associé au Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ et budget de cofinancement correspondant (page 1)**

|          |   | <b>Formule</b>   | <b>GAVI</b>  |
|----------|---|--|--------------|
|          |   |  | <b>2014</b>  |
| <b>B</b> | <b>Nombre de personnes devant recevoir la première dose de vaccin</b>   | Table 5.2.1  | 3 571 594    |
| <b>C</b> | <b>Nombre de doses par personne</b>                                     |  | 1            |
| <b>D</b> | <b>Nombre de doses nécessaires</b>                                      | B x C  | 3 571 594    |
| <b>E</b> | <b>Estimation du facteur de perte vaccinale</b>                         | Table 5.2.1  | 1,11         |
| <b>F</b> | <b>Nombre de doses nécessaires y compris pertes</b>                     | D x E  | 3 964 470    |
| <b>G</b> | <b>Stock régulateur des vaccins</b>                                     | (F – F of previous year) * 0.25  | 0            |
| <b>I</b> | <b>Total doses de vaccin nécessaires</b>                                | ((F + G) / Taille du paquet du vaccin) + 1) * Taille du paquet du vaccin | 3 964 970    |
| <b>J</b> | <b>Nombre de doses par flacon</b>                                       | Vaccine parameter  | 10           |
| <b>K</b> | <b>Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires</b>    | (D + G) x 1.11   | 3 964 470    |
| <b>L</b> | <b>Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires</b> | I / J * 1.11   | 440 112      |
| <b>N</b> | <b>Coût des vaccins nécessaires</b>                                     | I x g  | 2 196 594    |
| <b>O</b> | <b>Coût des seringues autobloquantes nécessaires</b>                    | K x ca   | 184 347,86   |
| <b>P</b> | <b>Coût des seringues de reconstitution nécessaires</b>                 | L x cr   | 16 285       |
| <b>Q</b> | <b>Coût des réceptacles de sécurité nécessaires</b>                     | M x cs   | 0            |
| <b>R</b> | <b>Frais de transport des vaccins nécessaires</b>                       | N x fv   | 0            |
| <b>S</b> | <b>Frais de transport du matériel nécessaire</b>                        | (O+P+Q) x fd   | 20 064       |
| <b>T</b> | <b>Total financement nécessaire</b>                                     | (N+O+P+Q+R+S)  | 2 417 290,86 |

**Note: Il n'y a pas de cofinancement pour les campagnes de prévention avec le SVN**

## Annexe 4

### Tableau Annexe 4A: Coûts des fournitures

| Vaccin   | Présentation | 2014  | 2015  | 2016  |
|--|--------------|-------|-------|-------|
| Antiamaril, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ                    | 10           | 0,880 | 0,880 | 0,880 |
| Antiamaril, 5 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ                     | 5            | 0,880 | 0,880 | 0,880 |
| Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ | 10           | 0,554 | 0,554 | 0,554 |
| Antipneumococcique (VPC10), 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE        | 2            | 3,500 | 3,500 | 3,500 |
| Antipneumococcique (VPC13), 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE        | 1            | 3,500 | 3,500 | 3,500 |
| Antirotavirus, 2calendrier -doses                                | 1            | 2,390 | 2,390 | 2,390 |
| Antirotavirus, 3calendrier -doses                                | 1            | 3,500 | 3,500 | 3,500 |
| Antirougeoleux seconde dose, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ   | 10           | 0,307 | 0,322 | 0,336 |
| DTC-HepB-Hib, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE                      | 1            | 2,109 | 2,099 | 2,080 |
| DTC-HepB-Hib, 10 dose(s) par flacon, LIQUIDE                     | 10           | 2,109 | 2,099 | 2,080 |
| DTC-HepB-Hib, 2 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ                   | 2            | 2,109 | 2,099 | 2,080 |
| HPV bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE                      | 2            | 4,550 | 4,550 | 4,500 |
| HPV quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE                  | 1            | 4,550 | 4,550 | 4,500 |
| RR, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ                            | 10           | 0,550 | 0,578 | 0,606 |

| Approvisionnement                      | Formulaire             | 2014  | 2015  | 2016  |
|--|------------------------|-------|-------|-------|
| Réceptacle de sécurité                 | RÉCEPTACLE DE SÉCURITÉ | 0,580 | 0,580 | 0,580 |
| Seringue autobloquante                 | SERINGUE               | 0,047 | 0,047 | 0,047 |
| Seringue de reconstitution antiamaril  | SERINGUE               | 0,037 | 0,037 | 0,037 |
| Seringue de reconstitution pentavalent | SERINGUE               | 0,037 | 0,037 | 0,037 |

**Note:** PMP - prix moyen pondéré (à utiliser pour toutes les présentations: pour DTP-HepB-Hib, il s'applique à 1 dose liquide, 2 dose lyophilisées et 10 dose liquides. Pour la fièvre jaune, il s'applique à 5 dose lyophilisées et 10 doses lyophilisées)

### Tableau Annexe 4B: Frais de transport comme pourcentage de la valeur

| Antigène vaccinal             | Type de vaccin  | Pas de seuil | 500 000\$ |   |
|-------------------------------|-----------------|--------------|-----------|---|
|                               |                 |              | <=        | > |
| Antiamaril                    | FJ              | 7,80 %       |           |   |
| Antiméningococcique de type A | MENINACONJUGATE | 10,20 %      |           |   |
| Antipneumococcique (VPC10)    | PNEUMO          | 3,00 %       |           |   |
| Antipneumococcique (VPC13)    | PNEUMO          | 6,00 %       |           |   |

|                             |          |         |         |        |
|-----------------------------|----------|---------|---------|--------|
| Antirovirus                 | ROTA     | 5,00 %  |         |        |
| Antirougeoleux seconde dose | ROUGEOLE | 14,00 % |         |        |
| DTC-HepB-Hib                | HEPBHIB  |         | 25,50 % | 6,40 % |
| HPV bivalent                | VPH2     | 3,50 %  |         |        |
| HPV quadrivalent            | VPH2     | 3,50 %  |         |        |
| RR                          | OR       | 13,20 % |         |        |

**Tableau Annexe 4C: Faible revenu - Co-paiement minimum du pays par dose de vaccin co-financé**

|               |
|---------------|
| <b>Vaccin</b> |
|---------------|

## Tableau Annexe 4D: Taux et facteurs de pertes

Le tableau ci-dessous montre les taux de perte des différents vaccins (vaccination systématique et campagnes) pour 2014.

| Vaccin   | dose(s) par flacon | Taux de perte maximum * | Taux de perte de référence ** |
|--|--------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Antiamaril, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ                    | 10                 | 40 %                    |                               |
| Antiamaril, 5 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ                     | 5                  | 10 %                    |                               |
| Antiméningococcique de type A, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ | 10                 | 10 %                    |                               |
| Antipneumococcique (VPC10), 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE        | 2                  | 10 %                    |                               |
| Antipneumococcique (VPC13), 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE        | 1                  | 5 %                     |                               |
| Antirotavirus, 2calendrier -doses                                | 1                  | 5 %                     |                               |
| Antirotavirus, 3calendrier -doses                                | 1                  | 5 %                     |                               |
| Antirougeoleux seconde dose, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ   | 10                 | 40 %                    |                               |
| DTC-HepB-Hib, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE                      | 1                  | 5 %                     |                               |
| DTC-HepB-Hib, 10 dose(s) par flacon, LIQUIDE                     | 10                 | 25 %                    | 15 %                          |
| DTC-HepB-Hib, 2 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ                   | 2                  | 10 %                    |                               |
| HPV bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE                      | 2                  | 10 %                    |                               |
| HPV quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE                  | 1                  | 5 %                     |                               |
| RR, 10 dose(s) par flacon, LYOPHILISÉ                            | 10                 | 15 %                    |                               |

Commentaires :

\* Source : Taux de perte recommandés par l'OMS

\*\* Source : Rapports de situation annuels et études pays, approuvés par l'OMS, l'UNICEF et le Secrétariat de GAVI

Remarque : les taux de perte pour les projets de démonstration du vaccin anti-VPH sont identiques à ceux du vaccin

## Tableau Annexe 4E: Volume conditionné maximal du vaccin

Merci de noter que ce tableau est utilisé uniquement pour référence et inclue à la fois des vaccins soutenus par GAVI ainsi que des vaccins non soutenus.

| Produit de vaccination       | Désignation | Formule du vaccin | Mode d'administration | Nbre de doses dans le calendrier | Présentation (doses/flacon, prérempli) | Vaccin en volume conditionné (cm3/dose) | Diluants en volume conditionné (cm3/dose) |
|------------------------------|-------------|-------------------|-----------------------|----------------------------------|--|---|---|
| BCG                          | BCG         | lyophilized       | ID                    | 1                                | 20                                     | 1,2                                     | 0,7                                       |
| Diphtheria-Tétanus-Pertussis | DTP         | liquid            | IM                    | 3                                | 20                                     | 2,5                                     |   |
| Diphtheria-Tétanus-Pertussis | DTP         | liquid            | IM                    | 3                                | 10                                     | 3                                       |   |
| Diphtheria-Tétanus           | DT          | liquid            | IM                    | 3                                | 10                                     | 3                                       |   |
| Tétanus-Diphtheria           | Td          | liquid            | IM                    | 2                                | 10                                     | 3                                       |   |
| Tétanus Toxoid               | TT          | liquid            | IM                    | 2                                | 10                                     | 3                                       |   |
| Tétanus Toxoid               | TT          | liquid            | IM                    | 2                                | 20                                     | 2,5                                     |   |

|                                    |          |              |      |   |         |      |      |
|------------------------------------|----------|--------------|------|---|---------|------|------|
| Tetanus Toxoid UniJect             | TT       | liquid       | IM   | 2 | Uniject | 12   |      |
| Measles                            | Measles  | lyophilized  | SC   | 1 | 1       | 26,1 | 20   |
| Measles                            | Measles  | lyophilized  | SC   | 1 | 2       | 13,1 | 13,1 |
| Measles                            | Measles  | lyophilized  | SC   | 1 | 5       | 5,2  | 7    |
| Measles                            | Measles  | lyophilized  | SC   | 1 | 10      | 3,5  | 4    |
| Measles-Rubella freeze dried       | MR       | lyophilized  | SC   | 1 | 1       | 26,1 | 26,1 |
| Measles-Rubella freeze dried       | MR       | lyophilized  | SC   | 1 | 2       | 13,1 | 13,1 |
| Measles-Rubella freeze dried       | MR       | lyophilized  | SC   | 1 | 5       | 5,2  | 7    |
| Measles-Rubella freeze dried       | MR       | lyophilized  | SC   | 1 | 10      | 2,5  | 4    |
| Measles-Mumps-Rubella freeze dried | MMR      | lyophilized  | SC   | 1 | 1       | 26,1 | 26,1 |
| Measles-Mumps-Rubella freeze dried | MMR      | lyophilized  | SC   | 1 | 2       | 13,1 | 13,1 |
| Measles-Mumps-Rubella freeze dried | MMR      | lyophilized  | SC   | 1 | 5       | 5,2  | 7    |
| Measles-Mumps-Rubella freeze dried | MMR      | lyophilized  | SC   | 1 | 10      | 3    | 4    |
| Polio                              | OPV      | liquid       | Oral | 4 | 10      | 2    |      |
| Polio                              | OPV      | liquid       | Oral | 4 | 20      | 1    |      |
| Yellow fever                       | YF       | lyophilized  | SC   | 1 | 5       | 6,5  | 7    |
| Yellow fever                       | YF       | lyophilized  | SC   | 1 | 10      | 2,5  | 3    |
| Yellow fever                       | YF       | lyophilized  | SC   | 1 | 20      | 1,5  | 2    |
| Yellow fever                       | YF       | lyophilized  | SC   | 1 | 50      | 0,7  | 1    |
| DTP-HepB combined                  | DTP-HepB | liquid       | IM   | 3 | 1       | 9,7  |      |
| DTP-HepB combined                  | DTP-HepB | liquid       | IM   | 3 | 2       | 6    |      |
| DTP-HepB combined                  | DTP-HepB | liquid       | IM   | 3 | 10      | 3    |      |
| Hepatitis B                        | HepB     | liquid       | IM   | 3 | 1       | 18   |      |
| Hepatitis B                        | HepB     | liquid       | IM   | 3 | 2       | 13   |      |
| Hepatitis B                        | HepB     | liquid       | IM   | 3 | 6       | 4,5  |      |
| Hepatitis B                        | HepB     | liquid       | IM   | 3 | 10      | 4    |      |
| Hepatitis B UniJect                | HepB     | liquid       | IM   | 3 | Uniject | 12   |      |
| Hib liquid                         | Hib_liq  | liquid       | IM   | 3 | 1       | 15   |      |
| Hib liquid                         | Hib_liq  | liquid       | IM   | 3 | 10      | 2,5  |      |
| Hib freeze-dried                   | Hib_lyo  | lyophilized  | IM   | 3 | 1       | 13   | 35   |
| Hib freeze-dried                   | Hib_lyo  | lyophilized  | IM   | 3 | 2       | 6    |      |
| Hib freeze-dried                   | Hib_lyo  | lyophilized  | IM   | 3 | 10      | 2,5  | 3    |
| DTP liquid + Hib freeze-dried      | DTP+Hib  | liquid+lyop. | IM   | 3 | 1       | 45   |      |

|                                     |              |              |      |   |     |      |      |
|-------------------------------------|--------------|--------------|------|---|-----|------|------|
| DTP-Hib combined liquid             | DTP+Hib      | liquid+lyop. | IM   | 3 | 10  | 12   |      |
| DTP-Hib combined liquid             | DTP-Hib      | liquid       | IM   | 3 | 1   | 32,3 |      |
| DTP-HepB liquid + Hib freeze-dried  | DTP-Hib      | liquid       | IM   | 3 | 10  | 2,5  |      |
| DTP-HepB liquid + Hib freeze-dried  | DTP-HepB+Hib | liquid+lyop. | IM   | 3 | 1   | 22   |      |
| DTP-HepB-Hib liquid                 | DTP-HepB+Hib | liquid+lyop. | IM   | 3 | 2   | 11   |      |
| DTP-HepB-Hib liquid                 | DTP-HepB-Hib | liquid       | IM   | 3 | 10  | 4,4  |      |
| DTP-HepB-Hib liquid                 | DTP-HepB-Hib | liquid       | IM   | 3 | 2   | 13,1 |      |
| DTP-HepB-Hib liquid                 | DTP-HepB-Hib | liquid       | IM   | 3 | 1   | 19,2 |      |
| Meningitis A/C                      | MV_A/C       | lyophilized  | SC   | 1 | 10  | 2,5  | 4    |
| Meningitis A/C                      | MV_A/C       | lyophilized  | SC   | 1 | 50  | 1,5  | 3    |
| Meningococcal A/C/W/                | MV_A/C/W     | lyophilized  | SC   | 1 | 50  | 1,5  | 3    |
| Meningococcal A/C/W/Y               | MV_A/C/W/Y   | lyophilized  | SC   | 1 | 10  | 2,5  | 4    |
| Meningitis W135                     | MV_W135      | lyophilized  | SC   | 1 | 10  | 2,5  | 4    |
| Meningitis A conjugate              | Men_A        | lyophilized  | SC   | 2 | 10  | 2,6  | 4    |
| Japanese Encephalitis               | JE_lyo       | lyophilized  | SC   | 3 | 10  | 15   |      |
| Japanese Encephalitis               | JE_lyo       | lyophilized  | SC   | 3 | 10  | 8,1  | 8,1  |
| Japanese Encephalitis               | JE_lyo       | lyophilized  | SC   | 3 | 5   | 2,5  | 2,9  |
| Japanese Encephalitis               | JE_lyo       | lyophilized  | SC   | 3 | 1   | 12,6 | 11,5 |
| Japanese Encephalitis               | JE_liq       | liquid       | SC   | 3 | 10  | 3,4  |      |
| Rota vaccine                        | Rota_lyo     | lyophilized  | Oral | 2 | 1   | 156  |      |
| Rota vaccine                        | Rota_liq     | liquid       | Oral | 2 | 1   | 17,1 |      |
| Rota vaccine                        | Rota_liq     | liquid       | Oral | 3 | 1   | 45,9 |      |
| Pneumo. conjugate vaccine 7-valent  | PCV-7        | liquid       | IM   | 3 | PFS | 55,9 |      |
| Pneumo. conjugate vaccine 7-valent  | PCV-7        | liquid       | IM   | 3 | 1   | 21   |      |
| Pneumo. conjugate vaccine 10-valent | PCV-10       | liquid       | IM   | 3 | 1   | 11,5 |      |
| Pneumo. conjugate vaccine 10-valent | PCV-10       | liquid       | IM   | 3 | 2   | 4,8  |      |
| Pneumo.                             | PCV-13       | liquid       | IM   | 3 | 1   | 12   |      |

|                             |       |        |      |   |     |       |  |
|-----------------------------|-------|--------|------|---|-----|-------|--|
| conjugate vaccine 13-valent |       |        |      |   |     |       |  |
| Polio inactivated           | IPV   | liquid | IM   | 3 | PFS | 107,4 |  |
| Polio inactivated           | IPV   | liquid | IM   | 3 | 10  | 2,5   |  |
| Polio inactivated           | IPV   | liquid | IM   | 3 | 1   | 15,7  |  |
| Human Papilomavirus vaccine | HPV   | liquid | IM   | 3 | 1   | 15    |  |
| Human Papilomavirus vaccine | HPV   | liquid | IM   | 3 | 2   | 5,7   |  |
| Monovalent OPV-1            | mOPV1 | liquid | Oral |   | 20  | 1,5   |  |
| Monovalent OPV-3            | mOPV3 | liquid | Oral |   | 20  | 1,5   |  |

## 12. Formulaire bancaire

Conformément à la décision sur le soutien financier prise par GAVI Alliance, le Gouvernement de Guinée demande par la présente qu'un paiement soit effectué par transfert bancaire électronique de la manière suivante:

|  |   |                   |  |
|--|---|-------------------|--|
| <b>Nom de l'établissement (titulaire du compte):</b> | Comité de Coordination Inter Agence pour le Programme Elargi de Vaccination (CCIA/GUINEE) |                   |  |
| <b>Adresse:</b>                                      | BP 585 - Conakry (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique)                         |                   |  |
| <b>Ville, pays:</b>                                  | Conakry, République de Guinée   |                   |  |
| <b>N° de téléphone:</b>                              | +224 664381833  | <b>N° de fax:</b> |  |
|  | <b>Monnaie du compte bancaire:</b> Francs guinéens (GNF) et USD                           |                   |  |
| <b>Au crédit de:</b>                                 |   |                   |  |
| <b>Intitulé du compte bancaire:</b>                  | Comité Inter Agence pour le Programme Elargi de Vaccination (CCIA)                        |                   |  |
| <b>N° du compte bancaire:</b>                        | 09842/076878 001 18   |                   |  |
| <b>Nom de la banque:</b>                             | Banque Internationale pour le Commerce et l'Industrie de Guinée (BICIGUI)                 |                   |  |

Le compte bancaire va-t-il être utilisé exclusivement par ce programme? False

Qui est l'auditeur du compte? Auditeur externe

Signature du membre du gouvernement ordonnateur

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Nom:</b> Dr. BALLO Younoussa   | <b>Timbre</b> |
| <b>Fonction:</b> Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique |               |
| <b>Signature:</b>   |               |
| <b>Date:</b> 05/09/2013   |               |

| ÉTABLISSEMENT BANCAIRE    |   | BANQUE CORRESPONDANTE<br>(aux États-Unis) |                         |
|---------------------------|---|---|-------------------------|
| <b>Nom de la banque:</b>  | Banque Internationale pour le Commerce et l'Industrie de Guinée (BICIGUI) | <b>Nom de la banque:</b>                  | BNP PARIBAS, New York,  |
| <b>Nom de la branche:</b> | Agence Prestige, République   |   | New York branch 919     |
| <b>Adresse:</b>           | République, Conakry, Guinée   |   | 3rd Ave, 3rd Floor      |
| <b>Ville, pays:</b>       | Conakry, République de Guinée   |   | New York, N.Y 10022 USA |
| <b>Code Swift:</b>        | BICIGNCXAXXX  |   | BNPAUS3N                |
| <b>Code guichet:</b>      |   |   |                         |
| <b>N° ABA:</b>            |   |   |                         |

|               |  |  |
|---------------|--|--|
| N° téléphone: |  |  |
| N° fax:       |  |  |

Je certifie que le compte N° 09842/076878 001 18 est détenu par CCIA auprès du présent établissement bancaire

Le compte doit être signé conjointement par au moins 2 (nombre de signataires) des signataires autorisés suivants:

|   |                  |  |
|---|------------------|--|
| 1 | <b>Nom:</b>      | Dr. BALLO Younoussa  |
|   | <b>Fonction:</b> | Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique |
| 2 | <b>Nom:</b>      | Dr. René Zitsamelé-Coddy   |
|   | <b>Fonction:</b> | Représentant de l'OMS en Guinée                                      |
| 3 | <b>Nom:</b>      |  |
|   | <b>Fonction:</b> |  |

|   |
|---|
| <b>Nom du représentant de la banque ordonnateur</b> |
|   |
| <b>Signature:</b>                                   |
|   |
| <b>Date:</b>  |
| <b>Timbre:</b>                                      |
|   |

