

1. Brève description du processus

La présente évaluation interne a été élaborée par le Responsable pays, avec l'assistance technique d'un expert technique, qui en a dressé la première version. Elle a ensuite été communiquée aux principales parties prenantes du Secrétariat de GAVI et des sièges régionaux et centraux de l'OMS et l'UNICEF, pour commentaire et contribution avant finalisation. Il se fonde sur le Rapport annuel de situation (RAS) présenté par le pays et sur d'autres documents pertinents.

Le rapport annuel de situation a été élaboré par le Directeur du PEV du ministère de la Santé, le point focal PEV de l'OMS, le point focal PEV de l'UNICEF et le point focal RSS du ministère de la Santé.

Le CCSS (Comité de coordination du secteur de la santé) s'est réuni sous la présidence du ministre de la Santé le 12 mai 2014 pour homologuer le Rapport annuel de situation de 2013. Les partenaires présents étaient l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, des ONG, des représentants d'autres ministères et diverses institutions, comme l'Institut national de la santé publique. Le RAS a été dûment signé par les membres du CCSS.

2. Réalisations et contraintes

Réalisations: Selon le Rapport annuel de situation, le pays a atteint ses objectifs de couverture PEV. En 2013, la couverture vaccinale administrative systématique du Penta 3 et du vaccin l'antirougeoleux a été respectivement de 98% et 89%, au-delà des cibles du PPAC de 96% et 80% respectivement. La couverture du vaccin BCG a été de 95%, pour un objectif attendu de 96%. Des progrès doivent encore être effectués pour une couverture antipoliomyélitique 3 de 96% contre les 80% attendus. Les taux d'antiamaril et de VAT 2 sont encore bas: Antiamaril de 73% pour un objectif prévu de 81% et VAT 2 de 28% pour un objectif prévu de 80%. De plus, il est indiqué que le total de nourrissons survivants a augmenté par rapport au dernier MICS4 (2010), où le taux de mortalité infantile est estimé à 60/1 000 naissances. Le nombre de nourrissons à recevoir le Penta 3 a été de 50 424 contre un nombre attendu de 54 424 (92% de l'objectif atteints). Le taux d'abandon Penta 1 / Penta 2 en 2013 est de 15%.

Contraintes: le programme n'a pas atteint certains de ses objectifs pour la couverture antiamaril et le VAT, principalement en raison d'une rupture de stock de 120 jours pour le vaccin antiamaril. La faible couverture du VAT pour les femmes enceintes est due à l'absence ou à la perte de carnets de vaccination. On a rapporté des difficultés concernant le VAT en matière d'enregistrement des données dans les centres de santé et de compte-rendu insuffisant aux centres de santé de la situation vaccinale des femmes enceintes, qui ont en fait reçu plusieurs vaccins pendant des grossesses précédentes. Le taux de perte a augmenté en 2013: il est passé de 17% à 25% pour le BCG et de 10% à 12% pour le penta, en raison de retards dans le lancement des stratégies avancées, à cause de la faible mobilisation des populations en faveur des activités de vaccination.

Couverture par sexe: Les hommes et les femmes ont un accès égal à la vaccination. Le MICS 4 2010 a rapporté une couverture vaccinale de 85% des hommes et de 81% des femmes et n'a pas montré d'inégalités en fonction du sexe. Les données administratives ne permettent pas encore de disposer des données de couverture ventilées par sexe. Pour répondre à ce problème, le ministère de la Santé revoit les formulaires de collecte de données en vue d'une ventilation par sexe et mène une enquête de base sur les indicateurs relatifs aux mères, aux enfants et aux nouveaux-nés, alors que l'Institut national de la santé publique réalise un examen des outils de collecte des données et de compte-rendu dans le cadre de l'Initiative H4+ (FNUAP, OMS, UNICEF, ONU Femmes).

De plus, en 2013, les gestionnaires de données régionaux ont été formés à la nouvelle version du DVD-MT et du SMT; un forum d'harmonisation national des données s'est tenu en 2012 et, enfin, en 2012, l'Institut national de la Santé publique a commencé à contrôler les établissements

de soins régionaux.
Le pays prévoit de valider le Plan stratégique national d'informations de santé.

3. Gouvernance

Le CCIA s'est réuni à deux reprises en 2013, sous la présidence du ministre de la Santé et avec la participation de 37 membres. La première réunion, au début 2013, visait à valider le PPAC 2013-2017 et à reprogrammer la subvention RSS 2013-2014 de GAVI. Les parties prenantes ont mentionné des préoccupations, en particulier quant à la capacité du pays à assurer sa contribution financière pour atteindre les objectifs du PPAC.

La réunion du CCSS d'homologation du rapport annuel de situation a été présidée par le ministre de la Santé; il a réuni 43 participants et 13 d'entre eux ont signé le procès-verbal. Certains membres siègent à la fois dans le CCIA et dans le CCSS. Selon le procès-verbal, les membres du CCSS ont joué leur rôle en avançant des préoccupations pertinentes et en proposant des recommandations, qui sont suivies par des stratégies et des activités planifiées. La société civile est représentée au CCSS par 4 OSC: l'Association pour le Bien-Être Familial, la Chambre de Commerce d'Industrie de l'Agriculture et Services, le Rotary Club, et Plan Guinée-Bissau.

4. Gestion des programmes

Le PEV représente un énorme défi, en raison des capacités en ressources humaines. Le CEI de suivi de 2012 a encouragé le pays à rechercher davantage d'assistance technique et a recommandé au Secrétariat de GAVI et aux partenaires de l'Alliance de le soutenir.

En ce qui concerne les objectifs et les cibles du programme, des préoccupations ont été avancées par les parties prenantes lors de la dernière réunion du CCIA: un objectif ambitieux de 80% pour le VAT2 en comparaison aux résultats actuels de 38%, programme de vaccination recevant de l'assistance de plusieurs partenaires. Le gouvernement de Guinée-Bissau n'a pas de plan stratégique financièrement viable.

Le pays n'a introduit aucun nouveau vaccin depuis 2008. La Guinée-Bissau a proposé au CEI de février 2012 d'introduire le VPC en 2013 et l'antitrotavirus en 2014. Ces introductions ont été reportées à 2014 et 2015 respectivement, afin de mettre en place la logistique de la chaîne du froid, avec un financement par des fonds RSS de GAVI.

5. Réalisation des programmes

La dernière GEV a identifié des faiblesses dans la capacité de la chaîne du froid et la gestion des vaccins et a fait plusieurs recommandations. Bien que la chaîne du froid centrale à Bissau soit considérée un des meilleurs entrepôts de la région, le pays doit encore améliorer la gestion de la température. La performance régionale est plus faible qu'au niveau central et le niveau des centres de santé a montré des performances extraordinaires par rapport au niveau régional.

Il n'existe aucun plan d'activités d'amélioration, mais un petit nombre d'activités prioritaires prévues pour 2014-2015 répondent aux recommandations. Peu d'activités sont budgétisées dans l'actuel RSS pour améliorer la capacité de stockage et l'équipement de la chaîne du froid. Une nouvelle évaluation GEV est prévue pour la deuxième moitié de 2014 et pourrait servir de point de référence et d'évaluation des besoins pour la nouvelle proposition RSS, dont la présentation est attendue en septembre. L'introduction des vaccins est planifiée dans le PPAC et dans le plan annuel.

6. Qualité des données

La qualité des données représente une préoccupation pour les parties prenantes. Il n'y a généralement pas de différence entre les données administratives et les estimations UNICEF/OMS, à l'exception de 2012, où il y a une divergence de 10% entre les données administratives pour le Penta3 (90%) et les données OMS/UNICEF (80%). Le JRF n'est pas encore disponible pour comparer les estimations OMS/UNICEF de couverture Penta 3 en 2013 avec ce qui a été rapporté.

Des mesures sont en cours pour améliorer la qualité des données; parmi elles, une enquête de base sur la santé des mères, des enfants et des nouveaux-nés et, dans le cadre de l'Initiative H4+, un examen des outils de collecte et de compte-rendu des données. Le pays prévoit de dresser un plan stratégique cohérent pour le système national d'information. De plus, GAVI prévoit de soutenir une évaluation indépendante de la qualité des données en 2015.

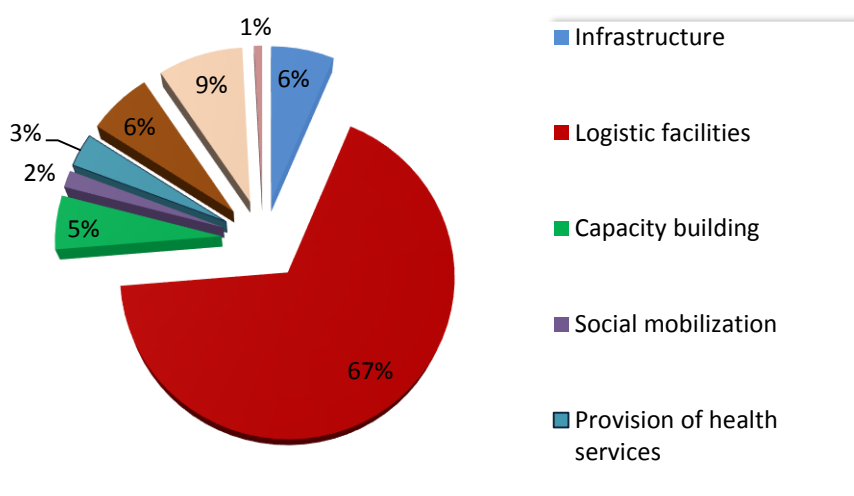
7. Renforcement des systèmes de santé

La demande RSS de la Guinée-Bissau a été approuvée en 2008. La proposition initiale (plan de 5 ans) couvrait la période de 2008-2012 pour un montant de 1 428 000 USD. La capacité à mettre en œuvre était très faible et seul un tiers des activités ont été mises en œuvre jusqu'en 2010. Le pays donne plusieurs raisons pour expliquer comment les activités RSS ont été faiblement mises en œuvre: instabilité politique, capacité institutionnelle insuffisante, insuffisance des ressources humaines pour mettre en œuvre une stratégie avancée, supervision irrégulière et problèmes sociaux, politiques et économiques, ainsi qu'une proposition ambitieuse avec trop d'objectifs.

En 2012, le CEI a recommandé que la Guinée-Bissau reprogramme le fonds RSS et soumette une proposition révisée et praticable à même de répondre de façon réaliste aux actuels défis du pays. Ce dernier a demandé à se concentrer sur un ou plusieurs domaines prioritaires qui aideraient au renforcement de la préparation du système PEV (p. ex. la chaîne du froid).

La reprogrammation de la subvention RSS visait surtout le renforcement de la gestion centrale du PEV et de 11 directions régionales de la santé, le renforcement des capacités opérationnelles de 31 aires de santé à Bolama, Quinara, Tombali et SAB et à porter les capacités de stockage de tous les vaccins à 100% au niveau central, régional et des aires de santé jusqu'en 2015.

Budget RSS reprogrammé:



Le solde de la subvention RSS de 1 081 864 USD a été reprogrammé en 2013 pour 3 ans (2013-2015). Le pays a requis que les fonds soient acheminés via l'OMS. Même si le nouveau plan de travail devait avoir commencé au T4 2013, le premier décaissement (582 752 USD) a eu lieu en février 2014, en raison d'un retard dans les clarifications et dans les préparations du protocole d'accord entre GAVI et l'OMS. Le retard dans la réception des fonds a causé des retards dans les activités comme le placement de commandes pour l'approvisionnement en équipements de la chaîne du froid, qui n'a commencé qu'au début de juin 2014.

En raison du retard dans la mise en œuvre des activités RSS, en particulier le renforcement de la capacité de la chaîne du froid, l'introduction du PCV et de l'antitrotavirus est retardée. Ainsi que le mentionne la section 5, le pays prévoit l'introduction du PCV en novembre 2014 et celle de l'antitrotavirus en juillet 2015.

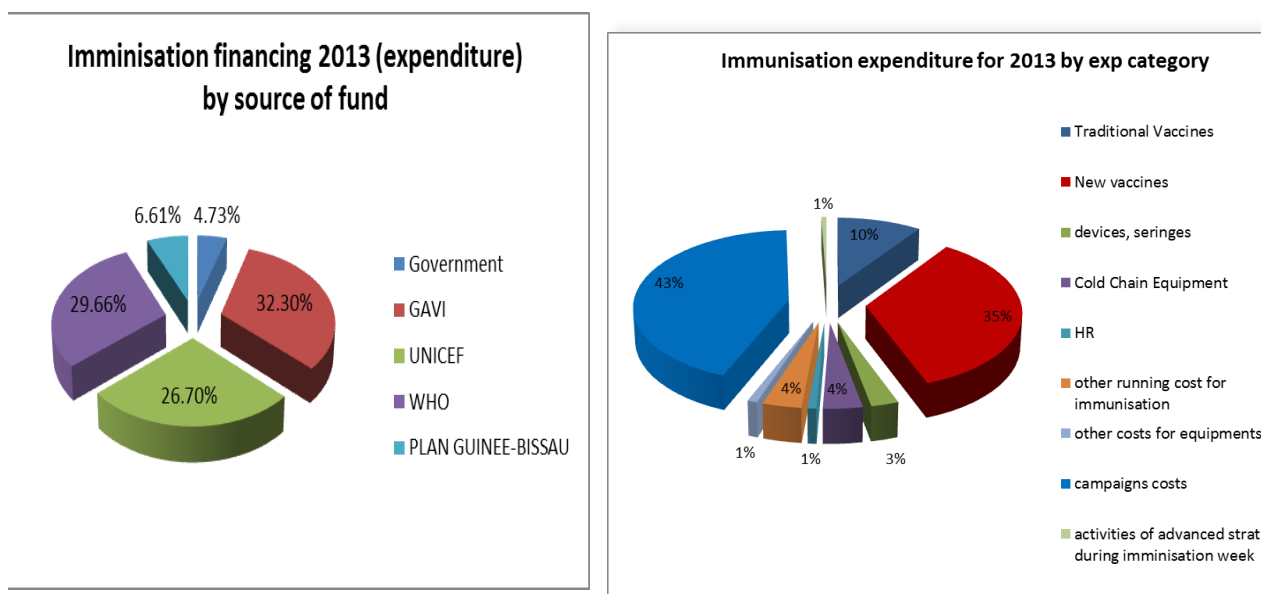
8. Utilisation des subventions en espèces non-RSS de GAVI

Le dernier versement en espèces (SSV) au pays a eu lieu en 2008. De plus, il n'y a eu aucune subvention d'introduction car aucun nouveau vaccin n'a été introduit depuis 2008. Le premier versement en espèces a été fait en février 2014 et provenait de la subvention RSS.

9. Gestion financière

Conformément au protocole d'accord signé entre GAVI, l'OMS et le ministère de la Santé, les fonds sont versés au Bureau pays de l'OMS, qui est chargé de gérer les subventions en espèces de GAVI et qui s'appuie sur le système de gestion financière de l'OMS. Partant, aucune évaluation de la gestion financière n'a été menée et aucun audit ne sera nécessaire. L'OMS soumettra régulièrement des rapports financiers.

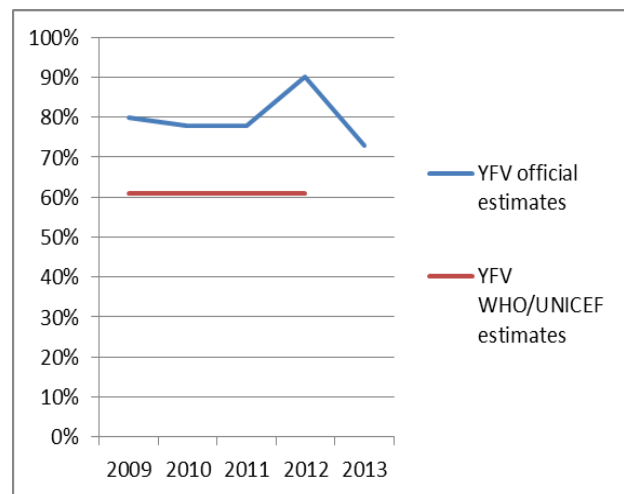
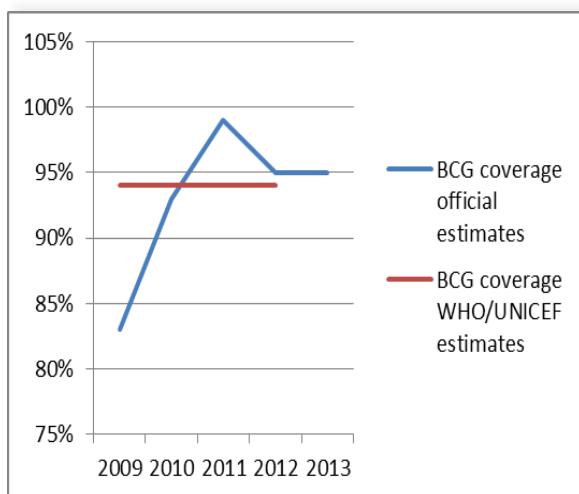
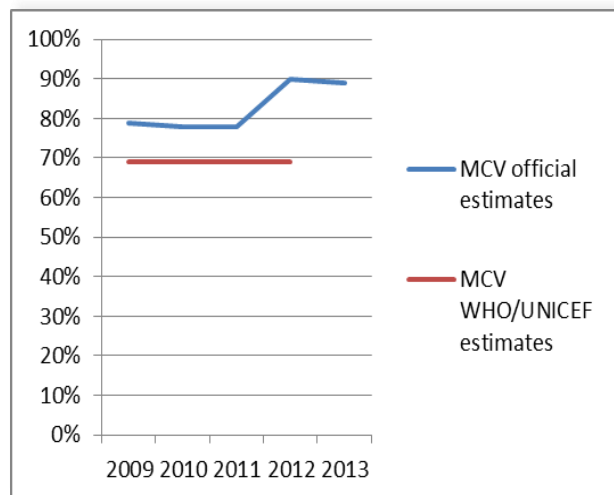
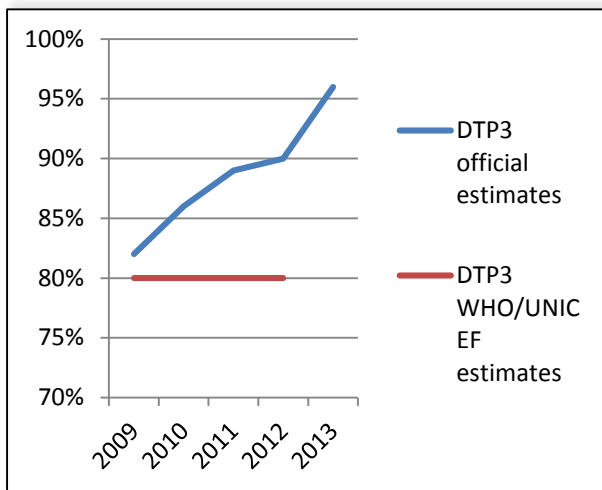
Le pays dépend principalement de ressources externes pour financer les activités de vaccination. En 2013, le gouvernement n'a contribué aux dépenses totales qu'à hauteur de 4,7%, la principale dépense concernant les vaccins nouveaux et sous-utilisés et les ressources humaines, alors que les dépenses en vaccins traditionnels ne représentent que 10% des dépenses totales, comme indiqué plus loin.



10. Objectifs du SVN

Sur la base des estimations officielles, le pays a amélioré sa couverture DTC3 depuis 2001 et a atteint une couverture stable depuis 2009. La différence entre les estimations OMS/UNICEF et les données officielles pour le DTC3 ne dépasse pas les 10%.

Si l'on considère que les tableaux ci-dessous montrent une variation entre les données officielles et les estimations OMS/UNICEF, ceci reflète les défis en matière de qualité des données que le pays cherche à relever par un certain nombre de mesures.

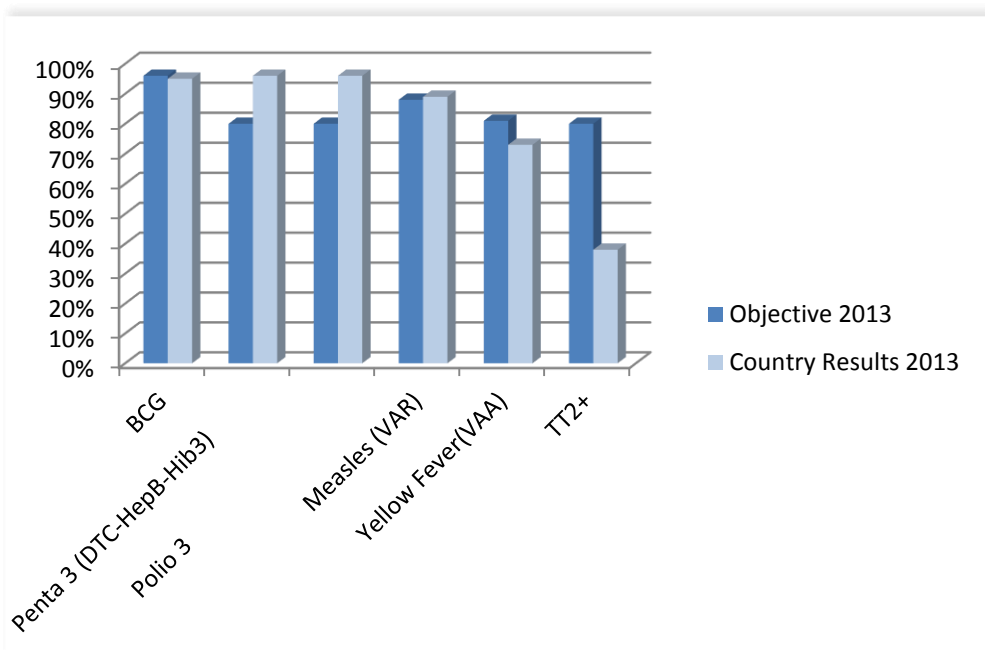


En 2013, le pays a visé la vaccination de 55 606 nourrissons sur une cohorte des naissances de 61 991. Le taux d'abandon a été estimé à environ 15%. Le taux de perte semble être faible, mais aucune recherche opérationnelle n'estime le taux de perte. Le pays devrait ajuster son taux pour les flacons à 10 doses, afin d'éviter des ruptures de stock.

En outre, il a rapporté une faible mobilisation sociale et de la population pour les activités de vaccination et il y a donc un besoin d'améliorer les stratégies avancées. Alors qu'il améliore le côté de l'offre, le pays devrait renforcer les activités de génération de la demande, essentielles pour l'amélioration de la couverture.

Les estimations nationales officielles montrent que les objectifs sont atteints pour tous les antigènes, excepté pour la fièvre jaune, et le TT2, comme le montre le tableau ci-dessous.

Couverture vaccinale en 2013 (données nationales officielles)



Pentavalent: Il y a une différence entre la quantité reçue par le pays et la quantité approuvée dans la lettre de décision pour le penta (166 000 reçus - 183 500 approuvés). Le pays n'a connu aucune rupture de stock pour cet antigène en 2013. L'objectif pour 2015 est de 59 260 nourrissons, ce qui est -1% par rapport au résultat de 2013.

Antiamaril: Il y a une différence entre les doses reçues par le pays selon le rapport et le nombre de doses dans la lettre de décision. En 2013, il y a eu 16 000 doses approuvées et le pays en a reçu 12 700. Les 3 300 doses cofinancées par le ministère de la Santé n'ont été reçues qu'en mai 2014. Dans le RAS 2012, le pays a rapporté un stock de clôture en décembre 2012 de 63 780 doses. Ceci a été expliqué par des stocks excessifs de 2011 transférés en 2012 et par la quantité approuvée pour 2012 dans la lettre de décision: 51 800. De plus, le pays a sous-estimé le taux de perte du vaccin anti-amaril 10 doses (utilisant une estimation de seulement 12% contre un maximum de 40% recommandé). Le pays a connu 120 jours de rupture de stock pour ce vaccin.

PCV et antirotavirus: L'introduction de ces deux antigènes a été retardée pour plusieurs raisons, dont l'une était le retard de la subvention RSS, qui était sensée renforcer la chaîne du froid et la capacité de stockage. Il y a eu du retard dans la réception des fonds dans le pays en raison de retards dans la signature du protocole d'accord et du temps nécessaire pour acheminer ces fonds via l'OMS.

Campagne antiméningococcique A: La campagne antiméningococcique A est prévue pour 2016. Le ministère de la Santé présentera une demande en 2016.

Objectifs et demande pour 2015

	Couverture réelle 2013	Couverture cible 2014	Objectif 2015	Source des données/Commentaires
Pentavalent (DTC-HépB-Hib, 10 doses)	92.5%	99%	59 260	RAS 2013
Fièvre jaune (Antiamaril, 10 doses)	73%	88%	54 870	RAS 2013
Antipneumococcique PCV	0%	99%	59 260	introduction en nov. 2014
Rota	0%	99%	39 507	introduction en juillet 2015

Le pays prévoit l'introduction du PCV en novembre 2014 et celle de l'antitrotavirus en juillet 2015. En conséquence, les objectifs/cibles annuels fixés dans le RAS 2013 ne seront pas atteints en raison de retards dans l'introduction. De plus, le pays devrait traiter de certaines questions comme le faible taux de mobilisation de la population, l'absence d'activités de proximité et les conclusions de la GEV qui ne sont pas suivis d'effet.

L'UNICEF apporte un soutien au pays afin d'améliorer la communication et la mobilisation de la population. En outre, l'actuel RSS est sensé combler les lacunes de la chaîne du froid et mettre en œuvre les activités pertinentes du plan d'amélioration EGEV.

11. Financement et viabilité du PEV

Contexte: Le pays a été confronté à de nombreuses crises politiques et socioéconomiques, souffre encore du coup d'état d'avril 2012 et est toujours assez instable, puisqu'il a depuis mi mai 2013 un gouvernement de transition représentant tous les partis. En 2013, le budget national ne contenait pas d'allocation adéquate pour des vaccins, car la priorité était de réaliser et garantir un budget pour les élections présidentielle et parlementaire. Le nouveau président a été élu en mai 2014.

Budget pour les vaccins et la vaccination En ce qui concerne le budget, les vaccins et la vaccination se trouvent dans deux lignes budgétaires dans le budget national; dans le budget de l'investissement public, dans une ligne destinée à soutenir l'approvisionnement de vaccins et une seconde pour les frais de fonctionnement, incluant aussi l'acquisition de médicaments.

Le pays est confronté à des défis pour obtenir des financements selon les lignes budgétaires, en raison de la crise politique et du manque de ressources fiscales (la pêche et les noix de cajou constituent le principal revenu du pays). Le PPAC 2013-2017 est aligné sur les buts et objectifs définis dans le plan national de développement de la santé.

Le pays a connu des défauts de cofinancement fréquents depuis 2008. Le ministère de la Santé a rempli ses engagements pour 2013 en payant le cofinancement en janvier 2014.

Dans une situation de ressources financières intérieures restreintes et de manque de ressources humaines adéquates, le programme de vaccination dépend fortement du soutien technique et financier extérieur, y compris pour l'acquisition de vaccins traditionnels. En 2013, les vaccins traditionnels ont été financés et acquis en totalité par l'UNICEF. Pour 2014 et 2015, le pays compte sur le soutien des partenaires pour s'assurer les vaccins traditionnels. De plus, le budget national ne permet pas de couvrir les lacunes constatées dans le renforcement de la capacité des ressources humaines et dans l'acquisition d'équipements.

Cependant, le gouvernement déploie des efforts pour respecter son engagement de cofinancement et le niveau d'engagement politique est élevé. Le pays a demandé de l'assistance technique pour élaborer des stratégies de viabilité financière et pour plaider en faveur de fonds supplémentaires pour la vaccination, étant donné les changements intervenus au sein du gouvernement après les élections générales. La Guinée-Bissau est considérée un pays à faibles performances, prioritaire en termes de financement de la vaccination; il est suivi de près et soutenu activement par GAVI Alliance.

Cofinancement: La Guinée-Bissau est un pays à faible revenu et par conséquent le niveau de cofinancement par dose de chaque vaccin est de 0,20 USD.

12. Recommandations pour les renouvellements

Thème	Recommandation
SNV	<u>Renouvellement des demandes des vaccins ci-après pour 2015, sans changement de la présentation</u> <ul style="list-style-type: none"> • Pentavalent • Antiamaril

- PCV13

13. Résumé des mesures proposées

Thème	Mesure	Responsable	Calendrier
<i>RSS</i>	Le décaissement du montant déjà approuvé de 372 905 USD pour 2014 sera effectué sur la base d'un rapport programmatique et financier provisoire à présenter à fin octobre 2014 et qui indique la mise en œuvre des activités et l'utilisation de 2/3 des financements libérés (586 752 USD décaissés en février 2014).	Secrétariat de GAVI	T4 2014
<i>GEV et plan d'amélioration</i>	Communication par le pays du rapport GEV et du plan d'amélioration à GAVI	Responsable pays/UNICEF/ministère de la Santé	T4 2014
<i>Viabilité financière</i>	Plaidoyer en faveur de l'allocation de ressources nationales au paiement des vaccins traditionnels.	GAVI/UNICEF/OMS	
<i>Suivi des stocks</i>	Un suivi des stocks est requis pour éviter des stocks excessifs et l'expiration ou des ruptures de stock des vaccins, comme cela est arrivé pour le vaccin anti-amaril en 2012 et 2013.	VI/Responsable pays/ministère de la Santé/Bureau pays de l'UNICEF	T3 2014 et après