

Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2018

Les textes en italique dans ce document sont donnés à titre de conseils et peuvent être supprimés lors de la préparation du rapport d'évaluation conjointe.

Gavi renouvelle son soutien au(x) programme(s) de vaccination d'un pays, sous réserve d'une évaluation annuelle de la performance. L'évaluation conjointe est une étape importante dans cet examen des performances. Il s'agit d'une évaluation annuelle, nationale et multipartite, menée par la haute direction du ministère de la Santé, de la progression de la mise en œuvre et de la performance du soutien de Gavi au pays et de sa contribution à l'amélioration des résultats en matière de vaccination.

Les évaluations conjointes nécessitent une préparation minutieuse. Il s'agit notamment :

- **Au plus tard le 15 mai : Soumission de la demande de renouvellement de vaccin** sur le portail pays (notamment en fournissant le rapport de niveau de stock de fin d'année, les objectifs, les taux de perte, etc.)
- **4 semaines avant l'évaluation conjointe :**
 - **Soumission de tous les documents de rapports requis** sur le portail pays ;
 - **Soumission de la demande de renouvellement HSS et POECF** (si une nouvelle tranche est requise) sur le portail pays, notamment du budget RSS pour la tranche demandée ;
 - **Les partenaires de Gavi (OMS, UNICEF et autres)** remettent un rapport d'avancement au regard de leurs étapes et des fonctions du PEF sur le portail partenaire.

Exigences en matière de rédaction de rapports

Les rapports suivants sont exigés à des fins de renouvellement et doivent être publiés sur le portail pays 4 semaines avant la JA :

- **Mise à jour du cadre de performance de la subvention (GPF)**
- **Rapports financiers, états financiers annuels et rapports d'audit** (pour tous les types de soutien financier direct)
- **Rapports sur toutes les campagnes/Activités de vaccination supplémentaires menées** (le cas échéant)
- **Rapport de stock de fin d'année** (doit être soumis le 15 mai, au moment de la soumission de la demande de renouvellement des vaccins)

Parmi les **autres informations de rapport essentielles** qui doivent être publiées sur le portail pays quatre semaines en amont de l'évaluation conjointe, on retrouve :

- Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination
- Exigences relatives aux données et aux enquêtes.
- La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)
- Inventaire mis à jour des ECF (en cas de soutien POECF)
- Rapport spécifique sur le vaccin contre le papillomavirus humain (le cas échéant)
- Évaluation de fin de subvention RSS (le cas échéant)
- Rapports d'évaluation post introduction (le cas échéant)
- Plans de transition Gavi et/ou anti-poliomyélite ou informations relatives à la cartographie des actifs (le cas échéant)
- Examens du Programme élargi de vaccination (PEV)/rapport de mise en œuvre du plan d'action (le cas échéant)

Remarque : Si les demandes de renouvellement et rapports requis ne sont pas soumis sur le Portail pays quatre semaines avant la réunion d'évaluation conjointe (à l'exception de la demande de renouvellement des vaccins qui doit être soumise au 15 mai), cela pourrait avoir un impact sur la décision de Gavi à renouveler son soutien, notamment un éventuel report et/ou la décision de ne pas renouveler ou de ne pas décaisser le soutien.

Évaluation conjointe (JA complète)

Pays	Republique de Guinée
JA complète ou JA mise à jour	<input checked="" type="checkbox"/> JA complète <input type="checkbox"/> JA mise à jour
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	17 au 21 Septembre 2018 Conakry, GUINEE
Participants/affiliation¹	MS, Gavi, OMS, UNICEF, cabinet Dalberg, CCIA, BMGF
Fréquence des rapports de résultats	Annuelle
Période fiscale²	1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2017
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	2016-2020
Groupe de transition Gavi/de cofinancement	autofinancement initial

1. DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

Les demandes de renouvellement ont été soumises sur le portail pays

Demande de renouvellement de vaccin (SVN) (Au plus tard le 15 mai)	Oui X	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien au RSS	Oui X	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien à la POECF	Oui X	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

Remarques sur la demande de vaccins

Commenter brièvement les estimations et remarques sur la demande de renouvellement/prolongation du vaccin et l'allocation du vaccin, telles que les triangulations des données de quantification, la couverture cible utilisée pour calculer les doses requises, les stocks disponibles, les ruptures de stock, les variations/tendances dans les stocks détenus et consommés, les changements significatifs (+/-5 %) dans le nombre de doses requises, etc.

Population	11 412 641 (projection population basée sur le RGPH 2014- INS)				
Cohorte de naissances	456 506				
Vaccin	DTC-HepB-Hib	Fièvre Jaune	VPI
Population dans la cohorte d'âge cible	410 855	410 855	410 855		
Population cible devant être vaccinée (première dose)	390 312	328 684	287 599		
Population cible devant être vaccinée (dernière dose)	312 250	328 684	287 599		
Taux de couverture implicite	70	64	70		
Dernier taux de couverture WUENIC disponible	45	43	45		
Dernier taux de couverture admin disponible	90	90	90		
Taux de perte	10	20	10		
Stock tampon	292 400	103 300	103 300		
Stock signalé	1 045 000	548 200	340 290		

¹ Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

² Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

Intérêt indicatif pour l'introduction de vaccins nouveaux ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir³

	Programme	Année d'application prévue	Année d'introduction prévue
Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi	PCV-13	2019	2020
	Rota Virus	2019	2020
	RR	2020	2021
	MenAfriVac	2019	2020
	Td	Non applicable	introduit en 2017
	HPV	2020	2021
	Ebola*		
	VAR2	2018	2019
	HEPATITE B (dose de naissance)	2020	2021

*(en attente de promulgation du vaccin Ebola)

2. RÉCENTS CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS ET RISQUES POTENTIELS POUR L'ANNÉE SUIVANTE

Commenter les changements intervenus depuis la dernière évaluation conjointe, le cas échéant, au niveau des **facteurs contextuels clés** qui affectent directement les performances du programme de vaccination et les subventions de Gavi (tels que les catastrophes naturelles, l'instabilité politique, les conflits, les populations déplacées, les régions inaccessibles, etc., ou les tendances macroéconomiques, les actions industrielles des travailleurs sanitaires, les épidémies ou les manifestations post-vaccinales indésirables graves et inattendues, etc.).

Pour les **pays fragiles ou qui font face à des situations d'urgence humanitaire ou accueillent des réfugiés⁴** : Veuillez indiquer si une certaine flexibilité dans la gestion de la subvention est demandée et spécifier si les demandes de renouvellement RSS ou de vaccin ont été ajustées.

Pour les pays en transition après avoir bénéficié de **l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite** : Veuillez décrire brièvement l'impact de la vaccination et des soins de santé primaires et indiquer si le pays a mis en place un plan de transition pour la poliomyélite. Si un plan de transition existe, veuillez fournir une brève description de ce plan. En l'absence d'un plan de transition, veuillez décrire les mesures prises en vue de se préparer à la transition de la poliomyélite. Veuillez également indiquer si les investissements de Gavi sont alloués/devraient être alloués aux fins de la transition de la poliomyélite.

a) Changements intervenus depuis la dernière évaluation

Durant la période 2017, le pays n'a pas enregistré de désastres naturels, d'instabilité politique et de populations déplacées pouvant affecter la performance du programme. Par ailleurs, on note l'existence de zones/aires de santé à accès difficile ; une augmentation significative de la part du budget de l'Etat en faveur du Ministère de la Santé passant de 3,76% en 2015 à 8,2% en 2017 avec un faible taux de décaissement de fonds. Au cours de la même période, le pays a enregistré la survenue d'épidémies de Rougeole dans 28 districts sanitaires sur 38 ayant fait l'objet de riposte à travers une campagne de masse de vaccination s'est déroulée en plusieurs phases à Nzérékoré (mars 2017) puis à Conakry (7 au 17 avril 2017) et enfin dans 22 autres districts sanitaires du pays (26 avril au 02 mai 2017). Sur le plan de l'éradication de la poliomyélite, la Guinée n'est plus en épidémie selon l'évaluation OBRA 3 (Janvier 2017). Cependant elle est classée parmi les pays vulnérables ; et c'est dans ce contexte que 4 campagnes de vaccination (3 JNV et 1JLV) ont été organisées en 2017. Des transferts de compétences dans les domaines de la surveillance épidémiologique, la prestation des services, la gestion des données, la logistique et la communication sont en cours de mise en œuvre par les partenaires (OMS, UNICEF, CDC ...) vers la partie nationale.

Sur le plan de la gouvernance, le processus de restructuration du CCIA a démarré et se poursuit grâce à l'appui de GAVI à travers le Cabinet Dalberg. A ce jour, les textes du CCCIA ont été révisés et validés par cette instance. Avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le 1^{er} Forum National sur la vaccination a été organisé en Octobre 2017. Ce Forum avait pour objectif principal d'examiner les progrès réalisés dans tous les domaines du PEV, d'analyser les faiblesses, d'affiner les stratégies et les interventions.

³ Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

⁴ Pour de plus amples informations, veuillez consulter <http://www.gavi.org/about/programme-policies/fragility-emergencies-and-refugees-policy/>

Ceci pour faire face aux goulots d'étranglement persistants et d'opérationnaliser la déclaration d'Addis-Abeba des chefs d'Etat sur le soutien à la vaccination.

Cette période a également connu les préparatifs et la réalisation de l'audit des programmes financés par Gavi à travers le recrutement d'un cabinet national d'audit (GESNY AFRICA) qui a appuyé le PEV dans la mise en place des conditions nécessaires à la réalisation de cet audit.

b) Catégorie du pays

La Guinée fait partie de la catégorie des pays en autofinancement initial.

Veillez apporter une approche prospective sur les autres événements qui pourraient se dérouler l'année suivante compte tenu de la situation actuelle, des vulnérabilités, des dépendances, des tendances et des changements prévus. Ces derniers concernent les événements qui, s'ils venaient à se produire, auraient des conséquences sur l'aptitude à pérenniser les bénéfices ou à avancer sur les différents domaines décrits dans le rapport. Par ex. certaines incertitudes dans les demandes peuvent aggraver le risque d'expiration de vaccins l'année suivante, une couverture actuellement en déclin peut augmenter le risque d'épidémies ou une planification en cours d'élections peut exiger la prise en compte d'éventuels troubles sociaux et problèmes de sécurité.

Sur la base des évaluations actuelles des risques du pays, veuillez prendre en compte les aspects suivants pour déceler les risques :

- *Les changements à venir dans le programme de vaccination (par ex. de nouvelles initiatives et des innovations) et le contexte du pays (sur le plan politique, économique, social, technologique, juridique ou environnemental) qui pourraient entraîner de nouveaux risques*
- *D'éventuels nouveaux obstacles à la réalisation des étapes et des objectifs cruciaux. Se demander « que se passerait-il si » pour se concentrer sur l'exception et non la règle.*
- *Les dépendances au regard des ressources financières, humaines et matérielles et des intervenants tiers, et la question de savoir si ceux-ci resteront disponibles. La dépendance au regard des estimations ou hypothèses qui pourraient ne plus être valables.*
- *Les problèmes survenus par le passé ou ayant touché d'autres acteurs, et l'éventualité que ceux-ci se (re)produisent.*

Veillez établir une liste des cinq risques les plus importants, au maximum (à savoir, des risques dont la probabilité est élevée et/ou dont l'incidence serait importante). Tenir compte du besoin de prendre des mesures proactives pour empêcher ces risques de se concrétiser ou les détecter rapidement lorsqu'ils surviennent afin de réagir efficacement. Par ailleurs, indiquer clairement si ces mesures d'atténuation des risques sont hiérarchisées dans le plan d'action (cf. section 6 ci-dessous).

ANALYSE DES RISQUES		
Domaines de Risque	Risques	Mesures d'atténuation
I. Changement dans le programme de la vaccination	Faible couverture empêchant l'introduction de nouveaux vaccins	Amélioration de la couverture vaccinale avec l'intégration de la vaccination systématique dans les postes de santé/structures privées et le renforcement de la santé communautaire
	Réticence de la population après l'épidémie d'Ebola	Impliquer davantage les communautés à la base dans la Micro planification ACE et la mise en œuvre des activités de vaccination
II. Obstacles à la réalisation des objectifs	Troubles sociopolitiques des périodes préélectorales	Anticipation sur la mise en œuvre des activités ponctuelles (campagnes, stratégies avancées, etc.) Plaidoyer auprès des responsables politiques (de la mouvance gouvernementale et du bloc de l'opposition) pour la suspension (ou trêve) des manifestations politiques durant la mise en œuvre des grandes interventions de santé publique. Une pareille trêve avait été obtenue entre les acteurs politiques en février 2016 lors de la Campagne de vaccination contre la rougeole.

III. Dépendances (ressources financières, humaines et matérielles)	Faible décaissement de la contrepartie nationale	Plaidoyer par la commission santé de l'assemblée nationale pour le décaissement de la contrepartie nationale ;
	Augmentation du coût des services avec la hausse du prix de carburant	Faire de la vaccination une priorité et augmenter le budget qui lui est alloué
	Insuffisance de personnels (en qualité et quantité)	Réactualiser les budgets en fonction de l'inflation Recruter les nouveaux fonctionnaires et les former sur la vaccination pratique
	Vétusté de certaines structures de santé et des équipements	Construction et/ou réhabilitation des infrastructures et équipements
IV. Problèmes survenus par passé	Survenue des épidémies (Ebola, Polio et rougeole)	Renforcer le niveau de surveillance et de riposte

3. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

La présente section doit principalement décrire les **changements apportés depuis la dernière évaluation conjointe**. Elle doit fournir une analyse succincte des performances du programme de vaccination, en se penchant plus particulièrement sur l'évolution/les tendances observées lors des deux ou trois années passées, et comprendre une analyse de la couverture et de l'équité vaccinales et un examen des principaux facteurs de couverture faible. TI

Les informations contenues dans cette section seront essentiellement issues de l'analyse recommandée en matière de couverture et d'équité et de tous les aspects pertinents du programme/de la fourniture de services, qui peuvent être trouvés dans les directives pour l'analyse de l'évaluation conjointe (<http://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>). Par ailleurs, l'exercice annuel de revue documentaire est considéré comme une source importante d'analyses et peut servir à renseigner le rapport de l'évaluation conjointe.

Il est recommandé aux pays de présenter les informations dans des tableaux, graphiques et cartes et d'indiquer en référence les sources des données.

3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

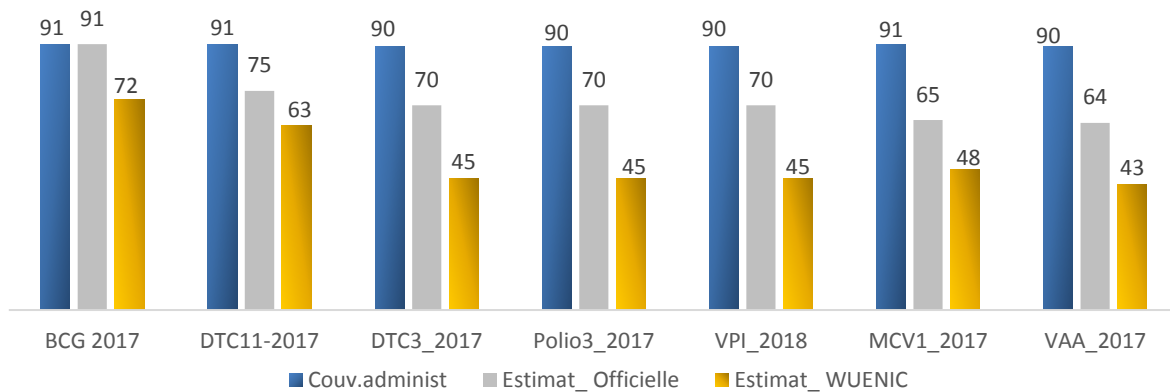
Veuillez fournir une analyse de la situation relative à la couverture et à l'équité en matière de vaccination dans le pays, **en vous axant sur les nouvelles données et analyses, les tendances et les changements, notamment les épidémies observées depuis la dernière évaluation conjointe**.

Fournir une analyse des tendances en matière de **couverture et d'équité** au sein des différentes zones géographiques, des statuts économiques, des populations et des communautés, notamment des **bidonvilles, des populations rurales isolées et des zones de conflit** (prendre en compte les groupes de populations sous-desservis par les systèmes de santé, tels que les habitants de bidonvilles, les nomades, les minorités religieuses ou ethniques, les réfugiés, les déplacés au sein du pays ou d'autres groupes mobiles ou migrants). Les informations pertinentes comprennent : une vue d'ensemble des districts/communautés qui disposent des taux de couverture les plus faibles et du nombre le plus élevé d'enfants sous-vaccinés, ou touchés par la charge de morbidité : nombre de cas et incidence de maladies à prévention vaccinale observés dans les systèmes de surveillance des régions/districts, etc. ;

Les pays sont fortement encouragés à inclure les cartes thermiques ou équivalents pour indiquer les tendances de couverture en matière de vaccination dans le temps. Des exemples de telles analyses sont disponibles dans les directives d'analyse pour l'évaluation conjointe (disponibles sur <http://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>)

En dépit des progrès en cours pour la relance du PEV de routine, les estimations de l'OMS et l'UNICEF indiquent que les taux de couverture sont restés stationnaires de 2015 à 2017. Ce graphique 1 ci-dessous illustre cette situation à travers les estimations de couverture vaccinale par antigène en 2017

Comparaison des estimations (Wuenic, Offic, Admin) de couverture vaccinale en Guinée par antigène en 2017

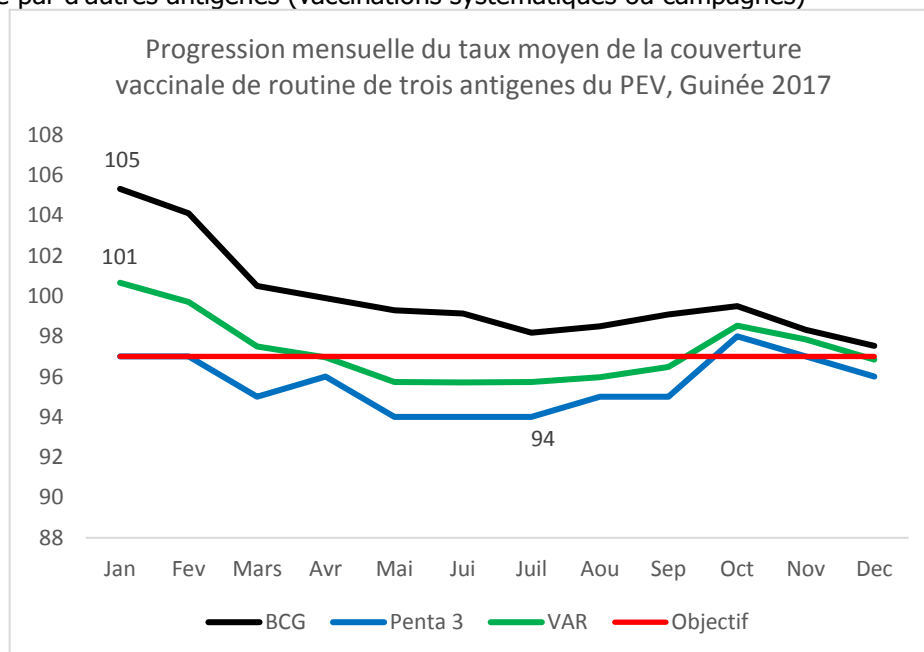


Au niveau national, les variations sont notables entre les Couvertures vaccinales administratives et Wuenic pour tous les antigènes d'une manière générale avec une faussée importante pour le Penta3/VPO 3 (90% vs 45%) et le MCV1 (91% vs 48%). Aussi, au cours de la même période, des écarts entre les antigènes qui s'administrent en même temps sont observées allant de 1% pour le VAA et le MCV1. Cela pourrait s'expliquer par la faible couverture géo-sanitaire, l'insuffisance dans la mise en œuvre de l'approche atteindre chaque enfant, notamment la supervision formative et le monitoring pour action. En effet, la vaccination en sites fixes se déroule seulement au niveau des 413 centres de santé publics sur les 1 468 centres et postes de santé que compte le pays.

Les établissements de soins du secteur privé et associatif ne sont pas souvent adaptés et sont peu préparés à offrir les services de vaccination. C'est dans ce cadre que des activités de vaccination systématique ont été intégrées dans certaines structures privées notamment dans la commune de Ratoma. Il est à noter qu'environ 40% de la population cible vit au-delà d'un rayon de 5 km des points de vaccination fixe (services préventifs) dont 22% au-delà de 15 km. Aussi, un tiers (1/3) des postes de Santé sont à plus de 50 Km d'un centre de santé avec une population souvent au-delà de 7 000 habitants (surtout dans les districts miniers de Kouroussa, Siguiri, Mandiana, Dinguiraye, Kérouané). Partant de ce constat, il a été programmé dans la nouvelle subvention RSS2 le renforcement des services de vaccination en stratégie fixe dans 1 468 formations sanitaires publiques, privées, confessionnelles.

Source Guinée Analysis JRF 2017 (données administratives)

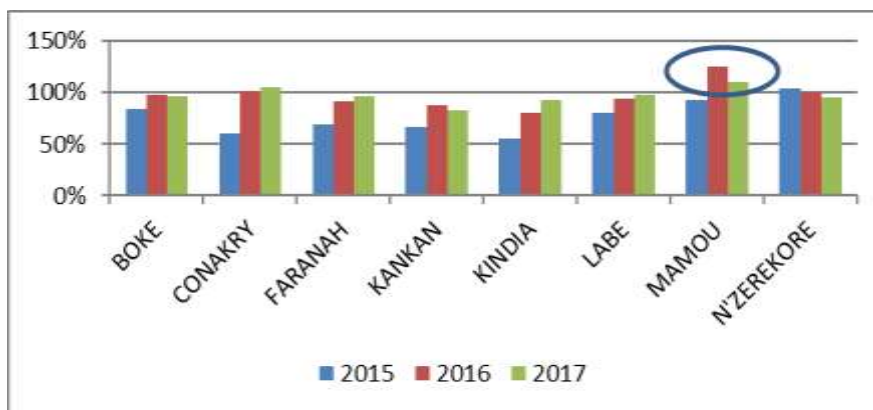
- Couverture par d'autres antigènes (vaccinations systématiques ou campagnes)



En 2017, on note globalement selon les données administratives une tendance régressive de la couverture vaccinale. En dépit de cette tendance, la CV en BCG reste au-dessus de l'objectif national fixé. En octobre 2017, l'analyse montre une hausse des CV grâce notamment à l'impact des activités intensives de vaccination durant la semaine mère enfant (AVI). Le mois de janvier 2017 a été marqué par un taux de CV supérieur à

100% pour le BCG et le VAR. Ce sur-rapportage des données de vaccination est dû à la sous-estimation de la population cible. A noter que la CV du Penta3 est inférieure à l'objectif de 95%. Au cours de cette année, et par manque de financement, les activités de soutien à la vaccination systématique ont été insuffisantes. Il s'agit d'une année de transition entre la fin du financement du Plan de relance post Ebola 2015-2017 et le démarrage tardif des activités de la subvention RSS2. On se rappelle que le déploiement des activités financées dans le cadre du programme de renforcement des systèmes de santé et de vaccination a accusé des délais du fait entre autres de la non complétude de certaines conditions suspensives contenues dans les Exigences en matière de Gestion des Subvention. Toutefois, la mise en place des mesures additionnelles de gestion des risques fiduciaires, convenues avec l'UNICEF, a permis d'engager depuis avril 2017 certains paiements directs et des engagements financiers pour l'acquisition d'équipements.

Couverture DTP3 de 2015-2017/Régions sanitaires



Globalement, les régions de Conakry, Faranah, Labé et Kindia enregistrent une progression continue des couvertures en DTP3 entre 2015 et 2017. En 2017, les CV dans toutes les régions sont proches de 100% sauf pour Kankan, conséquence de l'instabilité de la population dans des zones minières. A Mamou, les CV sont largement au-dessus de 100% atteignant un pic en 2016, conséquence de la sous-évaluation de la population dans la région. Sur la période, Conakry et Kindia sont les deux régions où les CV ont le plus progressé entre 2015 et 2016, grâce à l'impact des campagnes de sensibilisation sur les services de vaccination en période post-ébola.

Evolution de la Couverture de VAR1 (MCV1) par région de 2015-2017



Selon les directives, l'objectif d'élimination de la rougeole est de 95%. En 2017, sept (7) des 8 régions enregistrent des taux de couverture en VAR1 supérieurs à cet objectif. Sur la période 2015-2017, Conakry et Kindia ont enregistré une augmentation significative de leurs CV et à l'inverse de Nzérékoré qui a ses CV en baisse.

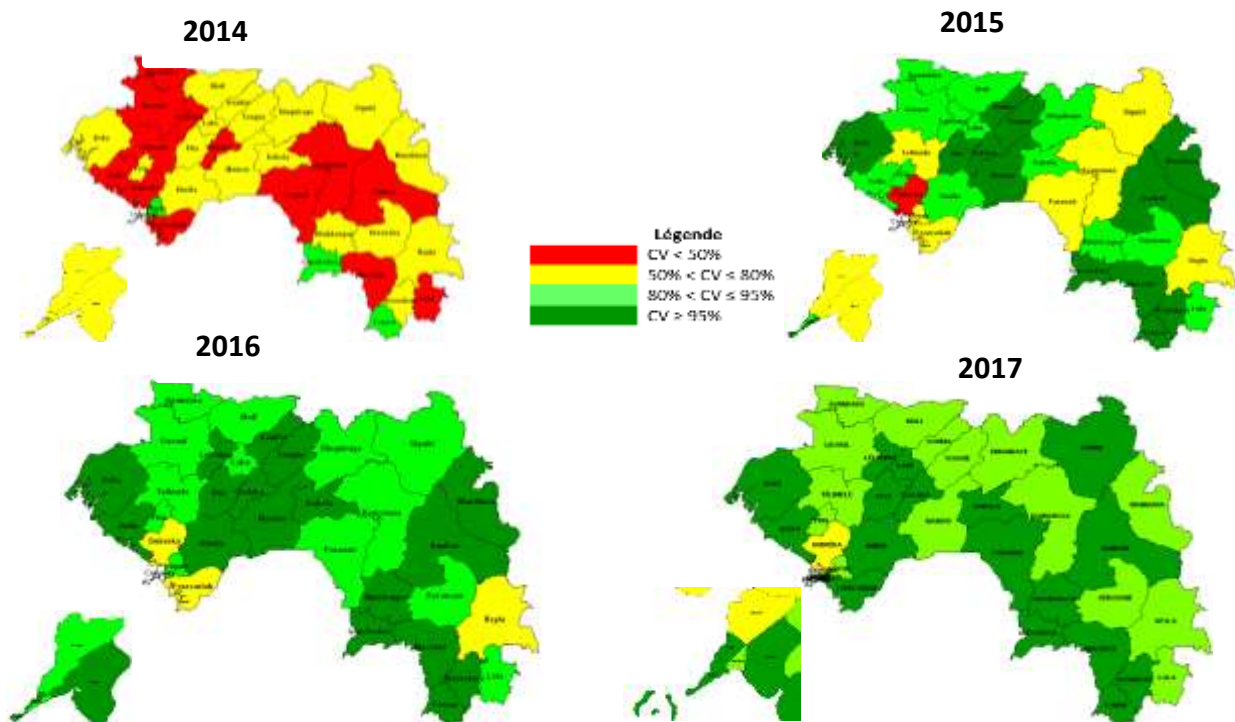
Classement des régions par nourrissons sous-vaccinés ou non vaccinés par DPT1 et DPT3

Régions san	Cible	Non vaccinés DTC1	Non vaccinés DTC3
BOKE	41,802	240	1,576
CONAKRY	64,470	-6512	3,743
FARANAH	36,441	-1941	1,192
KANKAN	76,780	6277	12,910
KINDIA	60,269	-748	4,367
LABE	38,489	-1702	1,082
MAMOU	28,299	-4848	3,044
N'ZEREKORE	64,305	-316	3,322

En 2017, toutes les régions, à l'exception de Kankan et Boké, ont vacciné en DTC1 au-delà de la cible. En effet, la différence négative signifie que le nombre d'enfants vaccinés est supérieur à la cible. Cela dénote une sous-estimation de la cible dans les régions de Conakry, Faranah, Kindia, Labé, Mamou et Nzérékoré.

A l'inverse, la cible attendue d'enfants vaccinés en DTC3 n'a pas été atteinte sauf pour Conakry et Mamou. Le nombre d'enfants non vaccinés en DTC3 est très élevé dans les régions de Kankan, Kindia et Nzérékoré.

Évolution des couvertures vaccinales administratives en Penta3, par district de 2014 à 2017, en Guinée



Entre 2014 et 2017, les données administratives montrent une diminution du nombre des districts à faible performance d'une année à l'autre. Ces performances sont restées faibles entre 2014 et 2016 et augmentent progressivement entre 2016 et 2017. Toutefois, eu égard aux écarts importants entre les données administratives et les données d'enquête, cette performance mérite une analyse assez approfondie surtout dans l'analyse et la gestion des données.

Analyses supplémentaires: Equité liée à la vaccination

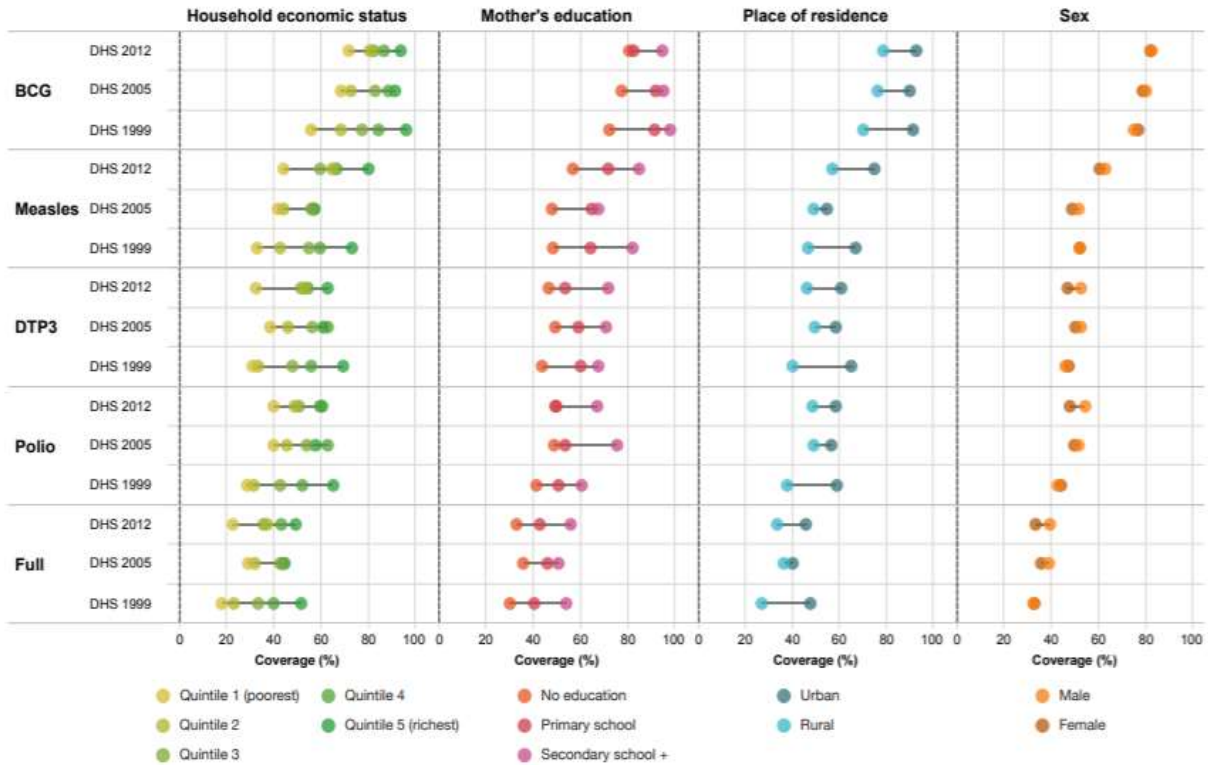
Différence et/ou ratio d'inégalités

Ventilation par statut économique des foyers (quintile 5-quintile 1), de l'éducation maternelle (secondaire ou supérieure-pas d'éducation), lieu de résidence (urbain-rural), sexe (homme-femme)

Analyses supplémentaires

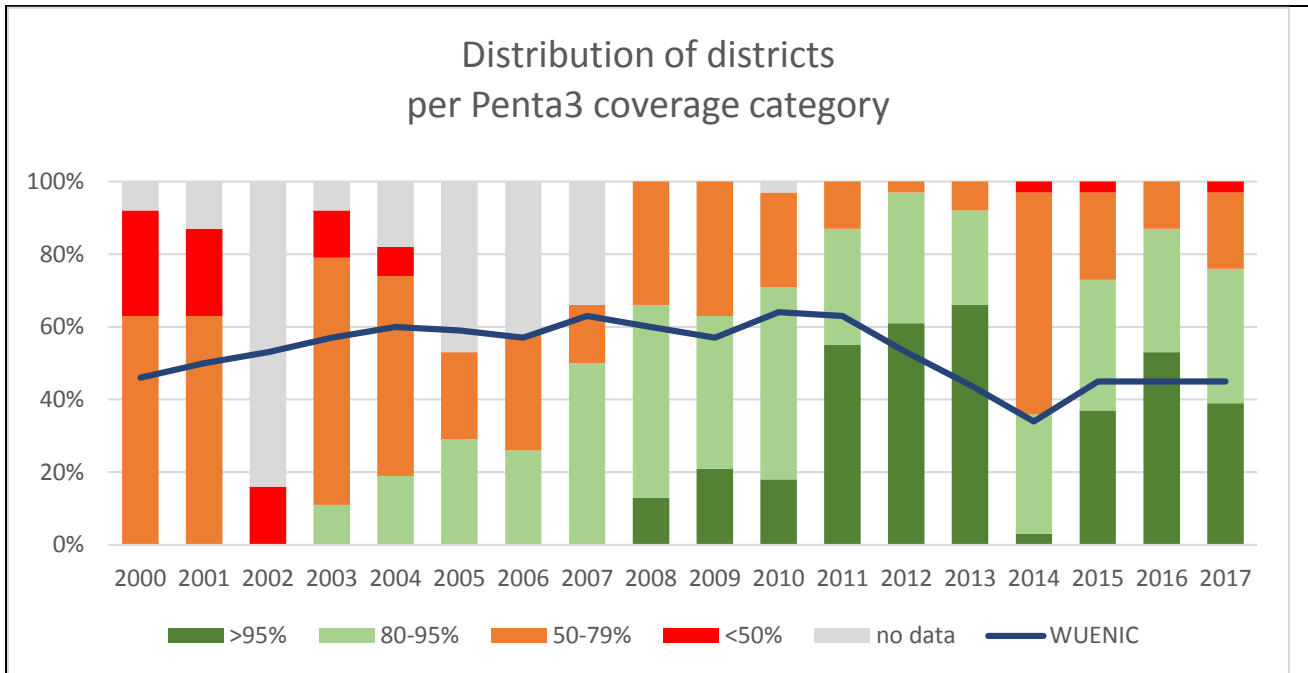
Tendances de la couverture au sein des groupes identifiés/suspectés comme vulnérables (groupes ethniques, religieux, habitants de bidonvilles, réfugiés, déplacés au sein du pays, etc.) Autres analyses disponibles tirées d'analyses récentes de l'équité.

Analyse de la couverture vaccination selon l'équité dans la vaccination en Guinée (www.who.healthequityanalysis)



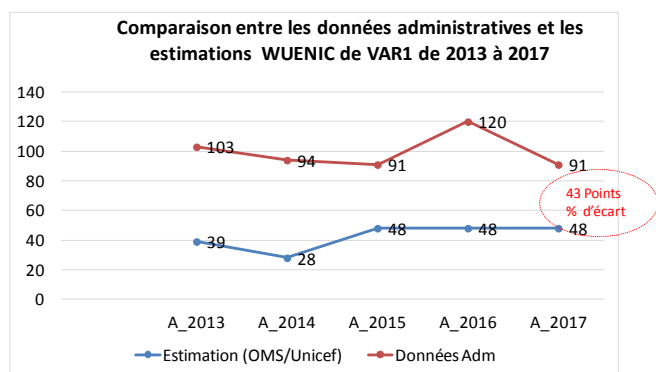
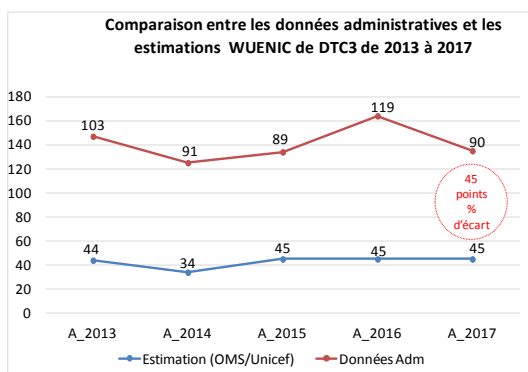
En analysant la proportion d'enfants totalement vaccinés en fonction du niveau de vie des ménages, pour ceux à faible niveau de vie, la CV varie entre 20 et 30% contre plus de 40% pour ceux ayant un niveau de vie élevé. Ainsi, plus le niveau de vie des familles s'améliore, plus la CV augmente. Concernant l'instruction de la mère, on note que, moins la mère est instruite moins son enfant reçoit des vaccins. Aussi, les enfants et femmes des ménages vivant en zone rurale, sont moins vaccinés compte tenu de l'accessibilité aux soins et la disponibilité des ménages (travaux de champs). Par exemple entre 2016 et 2017, l'analyse des données administratives montre une légère régression de la couverture du paquet de services notamment l'offre de vaccination en zone rurale et péri urbaine. Sur le plan genre, les deux sexes ont le même droit d'accès à la vaccination malgré les considérations culturelles.

L'analyse des données administratives montrent une dégradation de l'équité géographique entre 2016 et 2017 avec une augmentation des districts sanitaires moins performants tel que le montre le graphique ci-dessous.



La situation ci haut décrite serait liée au fait qu'environ 40% de la population cible vit au-delà d'un rayon de 5 km des points de vaccination fixe (services préventifs) dont 22% au-delà de 15 km. Aussi, un tiers (1/3) des postes de Santé sont à plus de 50 Km d'un centre de santé avec une population souvent au-delà de 7 000 habitants (surtout dans les districts miniers de Kouroussa, Siguiri, Mandiana, Dinguiraye, Kérouané). A tous ces facteurs, il faut ajouter par endroits, notamment en milieu urbain, le paiement illicite de la vaccination qui limite l'accès aux services de vaccination pour les plus pauvres.

Des efforts sont en cours par le gouvernement et les partenaires de l'alliance pour améliorer l'équité en matière de vaccination et cela sur plusieurs domaines qui permettront la prise en compte des stratégies opérationnelles pour atteindre les populations d'accès difficile dont les zones insulaires, les pauvres en zones urbaine et rurale éloignées, les habitants des collines et les vallées du Fouta, les groupes religieux, les populations en transhumance. Il s'agit notamment de la poursuite en 2018 de l'analyse de l'équité en immunisation entamée par l'Unicef en juin 2017 suite à l'atelier sous régional tenu à Dakar sur le renforcement des capacités des pays à l'analyse de l'équité dans l'immunisation. Il s'agira aussi de faire le monitoring décentralisé et périodique durant le dernier trimestre de 2017 et en 2018 pour analyser les goulots d'étranglements qui entravent l'amélioration du nombre (%) d'enfant complètement vacciné, la mise à disposition des structures de santé de 818 motos, la relance des stratégies avancées de vaccination et la formation en CAD des agents de vaccination dans le second semestre de 2018. Cette dotation des structures (Centres et postes de santé, secteur médical privé non lucratif) et l'amélioration de la couverture en chaîne de froid permettront sûrement de rapprocher les services de vaccination à des populations/ménages éloignées des structures de vaccination.



Nous constatons un écart significatif entre les données administratives et les estimations OMS/UNICEF comme l'indiquent ces graphiques ci-dessus. Cet écart est de 45 points pour le DTC3 et de 43 points pour le VAR1.

Les efforts sont en cours pour réduire cet écart à 5% comme préconisé dans le PPAC. Ces écarts dénotent une faible qualité des données à tous les niveaux, liée soit à une absence ou faible vérification des données avant leur transmission au niveau supérieur, soit à une insuffisance dans l'analyse des données reçues et leur validation.

3.2. Principaux facteurs de couverture et d'équité durables

*Veillez souligner les principaux facteurs relatifs aux systèmes et programmes de santé qui déterminent les niveaux de couverture et d'équité, indiqués dans la section ci-dessus, en vous axant sur les **évolutions et les changements survenus depuis la dernière évaluation conjointe**. Pour les districts/communautés identifiés comme ayant une faible performance, expliquer l'évolution des principales barrières à l'amélioration de la couverture.⁵ Si possible, veuillez établir ci-dessous une **liste des obstacles liés aux goulots d'étranglement au niveau de la couverture et de l'équité, par ordre de priorités** :*

- **Personnel sanitaire** : disponibilité, compétences et répartition du personnel sanitaire.
- **Chaîne d'approvisionnement** : intégration, principaux résultats du dernier plan de GEV et mise en œuvre du Plan d'amélioration de la GEV, ainsi que les avancées sur les cinq fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement.⁶
- **Fourniture de services et génération de la demande** : principaux résultats liés à l'amélioration de la qualité des services et aux stratégies d'engagement communautaire, aux stratégies d'intégration et de rentabilisation, à la demande de services de vaccination, aux calendriers de vaccination, etc.
- **Barrières liées à l'inégalité des sexes rencontrées par les soignants⁷** : Veuillez indiquer les barrières auxquelles sont confrontés les soignants pour faire vacciner les enfants et planifier ou mettre en œuvre les interventions (par l'intermédiaire de Gavi ou d'autres fonds), pour faciliter l'accès aux services de vaccination des femmes au bénéfice de leurs enfants. (Par exemple : la flexibilité des services de vaccination pour que ceux-ci s'adaptent aux horaires de travail des femmes, l'éducation sanitaire des femmes sur l'importance de la vaccination et la mobilisation sociale des pères, le nombre croissant de femmes travaillant dans le secteur de la santé, etc.)
- **Leadership, gestion et coordination** : en tirant profit des résultats de l'évaluation de la capacité du programme et/ou d'autres évaluations, veuillez décrire les principaux goulots d'étranglement liés à la gestion du programme de vaccination ; cela inclut la performance des équipes de PEV nationales/régionales et des équipes de santé chargées de gérer la vaccination (par ex., les défis liés aux structures, au personnel ou aux capacités), l'utilisation des données pour les analyses, la gestion et la supervision des services de vaccination ou les problèmes de gouvernance sectorielle plus larges.
- **Autres aspects critiques** : tout autre aspect identifié, par exemple basé sur le PPAC, l'examen du PEV, l'évaluation post-introduction, la GEV ou tout autre plan national, ou les principaux résultats issus des rapports d'évaluation indépendants disponibles⁸.

Personnel sanitaire : disponibilité et répartition du personnel sanitaire

La vaccination est assurée par un personnel permanent de l'Etat travaillant à temps plein d'une part et d'autre part des agents contractuels composés essentiellement d'Agents Techniques de Santé (ATS) et d'aides de santé. Les médecins sont quasiment absents dans l'offre de services de vaccination. Cette catégorie assure plutôt la fonction de gestion et d'appui au niveau des districts sanitaires, des régions et central. L'analyse du personnel montre une insuffisance en qualité et quantité, ainsi qu'une mauvaise répartition du personnel existant. Une proportion importante d'agents de santé sont concentrés dans les grandes villes et autour de Conakry pour servir moins de 30% des bénéficiaires. Aussi en 2017 pour pallier à cette insuffisance, le

⁵ Vous pourrez trouver des sujets de discussions pertinentes sur certains domaines stratégiques dans les Conseils pour la programmation, disponibles sur le site Web Gavi à l'adresse : <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/>

⁶ Vous trouverez plus d'informations à cette adresse : <http://www.gavi.org/support/hss/immunisation-supply-chain/>

⁷ Pour d'autres conseils liés aux programmes, consultez la page <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/#gender>. Les obstacles liés à l'inégalité des sexes sont les barrières (vis-à-vis de l'accès et de l'utilisation des services de santé) qui sont issues des normes sociales et culturelles concernant les rôles des hommes et des femmes. Les femmes ont souvent un accès limité aux services sanitaires, et sont donc dans l'incapacité de faire vacciner leurs enfants. Elles peuvent être confrontées à certains obstacles, notamment le manque d'éducation ou de pouvoir décisionnel, un faible statut socioéconomique, leur incapacité à sortir librement de chez elles, l'absence d'accès aux établissements médicaux, des échanges négatifs avec les professionnels de la santé, un manque d'implication de la part du père dans les questions de santé, etc.

⁸ Le cas échéant, les évaluations complètes du pays (pertinentes pour le Bangladesh, la Mozambique, l'Ouganda et la Zambie) et les évaluations d'assistance technique (conduites pour les pays prioritaires de niveau 1 et niveau 2 du PEF Gavi).

Évaluation conjointe (JA complète)

ministère de la fonction publique a mis à la disposition du ministère de la santé, environ 4 460 agents de santé toute catégorie confondue.

La Coordination nationale du PEV souffre d'un déficit de personnel comme souligné par l'analyse organisationnelle et institutionnelle conduite en 2016 par le Cabinet Deloitte. Certaines conclusions portent sur l'affectation du personnel supplémentaire au niveau de la Coordination. En attendant cette décision, le PEV bénéficie de l'appui de stagiaires et d'assistants. Pour garantir la qualité des prestations des services, les agents de santé recrutés ont reçu une formation/recyclage en soins de santé primaires. Une supervision formative a aussi été organisée par le niveau central et les équipes cadres des régions et des districts pour renforcer leurs capacités sur le terrain. En plus, des initiatives ont été menées grâce à l'appui de GAVI par le déploiement de 100 prestataires de santé en charge de la vaccination dans des zones à accès difficiles, formés en vaccination pratique et en gestion efficace des vaccins. Cette initiative a permis d'améliorer les couvertures vaccinales dans ces zones et mérite d'être poursuivie avec le soutien de la subvention RSS2. En perspectives, l'année 2018 prévoit dans la subvention du RSS2, la mise en place des staffs pour combler le déficit en personnel du PEV central, au niveau des DRS et des DPS. Il s'agit principalement des 21 points focaux qui seront affectés dans les 21 districts à très faibles performances et de 8 staffs NOB dont trois sont déjà en place dans les 8 régions pour aider les prestataires à analyser les goulots qui entravent les services de vaccination et y apporter des solutions adéquates. Le PEV central sera aussi doté en personnel pour le soutien aux activités.

Le tableau ci-dessous résume les principaux facteurs qui peuvent influencer les services de vaccination dans les domaines de l'équité et couverture, la génération de la demande et la coordination à différents niveaux.

Synthèse de l'analyse de performance au niveau de l'équité et de la génération de la demande		
Domaines	Problèmes prioritaires	Pistes de solution
Couverture et équité	<ul style="list-style-type: none"> Absence de cartographie de la cible attendue, vaccinée et à rattraper par localité (quartiers/secteurs / villages/districts) Faible intégration des activités de vaccination dans les structures privées 	<ul style="list-style-type: none"> Dénombrement qui intègre la cartographie de chaque niveau du système de santé avec prise en compte des stratégies spécifiques pour l'atteinte des populations difficile d'accès Mettre en place un cadre de collaboration avec les structures privées
Génération de la demande	<ul style="list-style-type: none"> Faible implication de la communauté dans la planification, mise œuvre et suivi des activités de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> Redynamiser les COSAH Mettre en place les ASC/RECOs Mettre en place une plateforme communautaire regroupant les groupements, les OSC, les religieux, médias, Tradipraticiens
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> Manque de plateforme de coordination des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de vaccination au niveau opérationnel 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des plateformes de coordination des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de vaccination à tous les niveaux

Logistique et chaîne d'approvisionnement

L'évaluation de la Gestion efficace des vaccins réalisée en 2016 a fait ressortir un score global de 37%. Des goulots d'étranglement importants empêchent l'atteinte des objectifs du programme en matière de chaîne d'approvisionnement. Il s'agit notamment de : a) l'insuffisance des capacités de stockage à tous les niveaux (central, régional, district et dans certains centres de santé); b) la vétusté et les pannes récurrentes des équipements de chaîne du froid ; c) l'absence de points focaux PEV au niveau des régions et des districts sanitaires ; d) l'insuffisance de formation et de supervision du personnel dans un contexte de nouvelles technologies introduites dans la gestion des vaccins et la chaîne du froid; e)

Évaluation conjointe (JA complète)

l'insuffisance des moyens de transport au niveau central pour la distribution des vaccins ; f) les faibles ressources pour le fonctionnement des équipements vétustes ; g) l'insuffisance de personnel qualifié pour la maintenance surtout dans les districts et régions sanitaires ; h) les ruptures de vaccins au niveau des districts et centres de santé ; i) les faiblesses du système de gestion de stocks et d'élaboration du rapport. De plus, le niveau régional n'est pas impliqué dans la chaîne d'approvisionnement. A ce jour, l'approvisionnement en vaccins de qualité jusqu'aux bénéficiaires et le renforcement de la chaîne du froid constituent les principaux défis auxquels le programme devrait faire face.

L'inventaire réalisé en 2016 a également révélé de nombreuses insuffisances dans le fonctionnement et la qualité des équipements de la chaîne du froid.

A l'issue de la GEV, un plan d'amélioration a été élaboré dont la mise en œuvre dont le taux de réalisation est résumé dans le tableau ci-dessous.

Niveau de réalisation des activités de la GEV planifiées par domaine fondamental

Domaine fondamental	Activités planifiées	Activités réalisées	Taux de réalisation	Activités en cours	Taux des activités en cours	Activité non encore réalisation	Taux
Remodelage/optimisation du système	11	3	27%	6	55%	2	18%
Gestionnaire du système logistique	7	0	0%	5	71%	2	29%
Données pour la gestion du système logistique	7	2	29%	2	29%	3	43%
Equiperment de la chaîne de froid	21	5	24%	8	38%	8	38%
Amélioration continue du système	1	0	0%	1	100%	0	0%
Total	47	10	21%	22	47%	15	32%

Parmi les activités réalisées, l'on peut noter au titre des domaines fondamentaux : **i) Conception du système** : Les capacités managériales et de gestion de deux cadres du niveau central et de 8 cadres du niveau régional ont été renforcées. L'implication des régions sanitaires dans la chaîne d'approvisionnement est en instance d'être réalisée. En ce qui concerne l'optimisation et la modélisation de la chaîne d'approvisionnement des vaccins, le processus est en cours. Après un pré-atelier organisé en 2017, un second est planifié en Novembre 2018. L'un des bâtiments abritant une partie des chambres froides centrales a été mis aux normes avec la réhabilitation de l'aire de chargement/déchargement des vaccins.

ii) Equipements de la chaîne du froid et maintenance : la capacité de stockage du niveau central a été renforcée par l'installation d'une chambre froide positive de 40m³. Au niveau district sanitaire, 38 réfrigérateurs solaires sans batterie (SDD) ont été installés dans 35 districts. Au niveau centre/poste de santé, 197 réfrigérateurs ont été installés. Le processus d'installation des chambres froides solaires au niveau régional est en cours. Chaque district sanitaire a été doté de 05 glacières de 20 litres et chaque centre de santé a reçu au moins 7 porte-vaccins. Des kits de maintenance et de protection individuelle sont disponibles et en instance de distribution. En 2018, Un technicien de maintenance sera recruté pour appui au niveau central et 08 techniciens de maintenance au niveau de 8 régions seront mis en place.

iii) Suivi de la température : la cartographie a été réalisée dans 03 des 07 chambres froides centrales. Des enregistreurs continus de température (MULTiLOG2) ont été acquis en 2017 et seront installés en novembre 2018. Les réfrigérateurs des districts sanitaires et centres/postes de santé ont été dotés de Fridge-Tags2. Des indicateurs de congélation sont disponibles pour le suivi de la température des vaccins pendant le transport.

iv) Distribution : depuis 2017, le parc automobile du niveau central a été renforcé par l'acquisition de 2 camions d'approvisionnement et de huit (08) véhicules de supervision. En 2018, Six (06) autres camions seront commandés (02 pour le niveau central et 04 pour les régions), 818 motos seront déployées au niveau opérationnel dont 408 ont été déjà reçues et 410 sont attendues en vue du renforcement des activités de stratégies avancées et de surveillance. Le circuit actuel de distribution des intrants n'intègre pas le niveau régional. Le niveau central approvisionne directement les districts sanitaires. Le processus de modélisation en cours permettra de redéfinir un circuit approprié.

Le tableau ci-dessous résume les principaux facteurs qui influent sur la en lien avec le CCEOP et outils de gestion logistique, la chaîne d'approvisionnement et la planification des activités de la logistique du PEV.

Identification et synthèse des activités logistique et vaccins		
Domaines	Problèmes prioritaires	Pistes de solution
CCEOP et outils de gestion logistique	<ul style="list-style-type: none"> • Non mise en place du comité logistique • Changement de représentant local du fabricant Haier Retard dans l'analyse et la transmission du SMT • Insuffisance de l'analyse croisée du DVD-MT et du SMT • Faible disponibilité des outils de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les attributions du comité de suivi du CCE OP et le rendre fonctionnel • Evaluer les capacités gestionnaires du représentant local de Haier • Transmettre à temps le SMT et le rapport d'analyse et faire une analyse croisée du DVD-MT et du SMT trimestrielle
Design de la chaîne d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la mise œuvre du processus de modélisation de la chaîne d'approvisionnement • Retard dans la prise de décision sur l'intégration/mutualisation du dépôt du PEV avec la PCG par le MS 	<ul style="list-style-type: none"> • Accélérer le processus de mise en œuvre de la modélisation • Faire le suivi pour la prise de décision sur l'intégration/mutualisation du dépôt
Planification des activités	<ul style="list-style-type: none"> • Faible taux d'exécution des activités planifiées dans le plan d'amélioration (10/47 activités réalisées en 2018, soit 21%) • Difficultés financières pour la mise en œuvre du plan de maintenance 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la résolution des conditions suspensives de Gavi en vue de débloquent les fonds RSS2 pour faciliter la mise en œuvre du plan d'amélioration et du plan de maintenance

v) Ressources humaines : En 2017, le ministère de la santé a affecté 4 460 fonctionnaires dans les structures de santé. Dans le cadre de la mise en œuvre du RSS2, 09 gestionnaires de données (1 au niveau central et 01 dans chaque région sanitaire) ont été recrutés et déployés sur le terrain. Cent cinq (105) agents vaccinateurs ont été recrutés localement dans les districts à faible performance grâce à l'appui financier de GAVI. Les 105 vaccinateurs ont également bénéficié d'une formation en vaccination pratique, y compris la gestion efficace des vaccins. En 2018, le programme sera renforcé par le recrutement/mise à disposition de 21 points focaux PEV pour les 21 districts prioritaires, 01 technicien de maintenance pour le niveau central, 8 médecins en charge de la vaccination dans chaque région sanitaire. En termes de formation, le personnel de santé de la région de Kankan a bénéficié d'une formation en gestion efficace des vaccins.

vi) Système d'information de gestion logistique : La plupart des insuffisances relevées par l'inventaire de 2016 ont été corrigées par la mise en place de réfrigérateurs solaires performants. Les outils de gestion des stocks ont été révisés et sont disponibles dans les structures sanitaires. En 2017, le programme a bénéficié de matériel informatique pour les niveaux central, régional et district sanitaire. La promptitude et la complétude des rapports et la qualité des données ont été améliorées avec le recrutement des gestionnaires de données en place depuis Mars 2018. Par ailleurs, des outils de gestion actualisés et validés ont été mis en place.

En dépit de ces acquis, il faut signaler que des difficultés d'ordre financier ont entravé la mise en œuvre du plan d'amélioration. En effet, l'évaluation de la mise en œuvre du plan réalisée en Juillet 2018 a montré que sur 47 activités planifiées au titre de l'année 2018 pour l'ensemble des domaines fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement, seulement dix (10) ont été réalisées, soit un taux de réalisation de 21%. Vingt-deux (22) activités soit 47% sont en cours de réalisation. Quinze (15) activités soit 32% n'ont pu être réalisées. Malgré l'existence d'un plan, le système de gestion des déchets biomédicaux reste faible en raison de l'insuffisance d'incinérateurs fonctionnels au niveau des districts, de la faiblesse du mécanisme de collecte, d'acheminement et d'élimination des déchets.

Barrières liées à l'inégalité des sexes et autres

Les facteurs qui pourraient entraver l'équité dans l'immunisation sont: la religion, les cultures, les préjugés, les mœurs qui discriminent le sexe féminin. Même si il n'y a pas de différence significative de couverture vaccinale entre les garçons et les filles selon les enquêtes MICS et EDS, l'analyse des refus à la vaccination met en exergue des perceptions selon lesquelles l'administration du vaccin entrainerait plus tard la stérilité chez la jeune fille. Aussi, les études antérieures

(enquête EDS 2005-2012) ont montré l'influence de l'analphabétisme de la mère sur l'état vaccinal de l'enfant et que la proportion des filles complètement vaccinées est inférieure à celle des garçons : 36 et 39% respectivement.

Par ailleurs, l'insuffisance d'analyse approfondie des dimensions de l'équité dans la vaccination et de prise en compte des stratégies opérationnelles pour atteindre les populations d'accès difficile, dont les zones insulaires, les pauvres en zones urbaine et rurale éloignées, les habitants des collines, des vallées et les populations dispersées du Fouta, les migrants, les groupes religieux, les populations en transhumance et celles des zones minières sont aussi des facteurs entravant l'équité.

La dotation des centres de santé en motos de SA, l'intégration de la vaccination dans les postes de santé satellites aux centres de santé communautaires, l'ajustement des horaires de l'offre de vaccination et l'incitation/motivation des équipes de vaccinateurs à visiter/vacciner les populations d'accès difficile ainsi que l'info-sensibilisation de la communauté par les défenseurs de la vaccination contribuerait à réduire considérablement le nombre d'enfants et de femmes enceintes non vaccinés ou sous vaccinés. Toutes ces approches opérationnelles doivent être soutenues par la supervision de qualité et la fourniture de vaccins et intrants de vaccination.

Génération de la demande de vaccination

Selon l'enquête de couverture vaccinale de 2016 couplée à l'évaluation post campagne VAR, 47% d'enfants de 12-23 mois ne sont pas complètement vaccinés. Les raisons de non vaccination de ces enfants sont principalement le manque d'informations (55,9%) et le manque de motivation (26,9%). D'autre part, l'enquête de 2018 sur les facteurs liés à la persistance de la rougeole dans le pays a souligné que **64 %** des **CS** ne disposent pas d'un plan de communication et d'outils de gestion des activités de communication, 10% des autorités ne sont pas impliquées dans la vaccination de routine et qu'environ 30% des parents ne reconnaissent pas la vaccination comme moyen de prévention de la rougeole. Au niveau du manque d'information, la « mère non informée » (40,7%) et l'ignorance de la nécessité de la vaccination (19,4%) sont les premières causes. Concernant le manque de motivation, le manque de confiance à la vaccination (8,8%) et les rumeurs (7,8%) sont les principaux motifs de non vaccination des enfants. D'autres facteurs non moins importants sont aussi incriminés notamment l'offre sous optimale de la vaccination et le faible niveau de l'engagement communautaire.

La situation décrite ci-dessus s'expliquerait par :

- La faible implication des parlementaires, des élus locaux, des autorités administratives à tous les niveaux, des leaders religieux, du secteur privé (les miniers, les opérateurs de téléphonie mobile, les Banques et Assurances), des medias publics et privés, des organisations de la société civile et des acteurs communautaires, des femmes leaders dans la mobilisation des populations en faveur de la vaccination ;
- L'insuffisance de supports de communication et de matériels de visibilité (banderoles, flyers, tabliers, gilets, affiches, mégaphones, boîtes à images);
- La méfiance des populations envers des intervenants extérieurs, étrangers à la zone ;
- L'insuffisance de coordination, de planification, de mise en œuvre et du suivi des activités de communication/mobilisation sociale autour des 3 stratégies de vaccination (fixe, avancée et mobile) niveau communautaire pour la vaccination de routine et les AVS ;
- L'insuffisance d'information de la population sur la date et l'horaire d'arrivée des équipes de vaccination,
- Le non-respect du calendrier de stratégies avancées dans la localité ciblée, une insuffisance de communication interpersonnelle lors des séances de vaccination au niveau du centre de santé ;
- L'insuffisance de documentation et de transmission des données de communication/mobilisation sociale.

Le calendrier vaccinal est méconnu par la majorité de la population et n'est pas largement vulgarisé. Par ailleurs, l'étude socio anthropologique menée par l'Université de Sonfonia dans les districts sanitaires de Ratoma, Matoto et Sigiri montre clairement les raisons suivantes de non vaccination du couple mère et enfant :

- Le vaccin rend stériles les filles empêchant ainsi la reproduction ;
- Le vaccin rend les enfants rebelles à l'autorité parentale ;
- Il diminue l'espérance de vie ;
- Le vaccin est un poison ;
- Les raisons politiques ;
- Les raisons religieuses ;
- Les causes culturelles
- L'insuffisance d'information des parents
- La dangerosité du vaccin ;
- Le vaccin rend l'enfant malade ;
- Le poids de l'analphabétisme et de l'ignorance de certains parents croyant souvent aux rumeurs ;
- La non implication des leaders politiques communautaires dans les campagnes de vaccination
- La non prise en compte de certaines listes de jeunes vaccinateurs fournies par les chefs de quartiers, notamment dans la commune de Matoto pendant les campagnes de vaccination.

On note également un déficit d'engagement communautaire en faveur des soins de santé primaires pour des raisons ci-après :

- La non appropriation des questions de santé par les collectivités selon le code des collectivités locales guinéennes et l'initiative de Bamako;
- La non prise en compte des 15% du budget des collectivités alloués au système de santé comme recommandé à la conférence des ministres de la santé tenue en 2008 à Ouagadougou.

Malgré toutes les insuffisances constatées, la confiance entre la communauté et le secteur de la santé revient peu à peu.

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

Leadership, gestion et coordination

Les instances de coordination existent à différents niveaux : a) central : le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS), le Comité Coordination Inter Agences (CCIA), ICN, GTS, le Comité Technique Central (CTC), Comité National de Certification (CNC) et Comité de suivi de plan de relance; b) régional : CRCSS et Comité Technique Régional de Santé (CTRS); c) préfectoral : CPCSS et Comité Technique Préfectoral de Santé(CTPS) /CTCS; d) sous préfectoral ou communal : CSPCSS/CCCSS. Ces instances ont continué à soutenir et à coordonner les interventions du PEV. Leur fonctionnalité reste cependant insuffisante en raison de leur faible capacité technique, de l'insuffisance du cadre de redevabilité et d'un soutien financier.

Un comité de suivi du RSS2 a été mis en place et tient des réunions hebdomadaires pour le suivi et l'évaluation de sa mise en œuvre. En effet, la subvention du RSS2, tout en ayant pour vocation d'améliorer la couverture et l'équité en matière de vaccination dans les DS les moins performants, a aussi pour vocation de contribuer au renforcement des piliers du système de santé (RH, SIS, chaîne d'approvisionnement qui ne relèvent pas de la seule gestion et suivi par le PEV).

D'autres organes d'appui tels que le GTCV et le Comité MAPI ont été mis en place. A ce jour les arrêtés de nomination sont disponibles. Le comité MAPI est déjà fonctionnel et a tenu sa première réunion le 5 septembre 2018 en vue de renforcer la surveillance des MAPI.

En 2017, une évaluation de la qualité programmatique et organisationnelle de la riposte à l'épidémie de rougeole qui a sévi de février à juin 2017 a été réalisée. Plusieurs recommandations ont été formulées telles que : (i) prendre en compte les micro-plans intégrés des CS, des DPS et DRS ; (ii) privilégier les canaux de communication à travers les agents de santé, les radios privées, les crieurs publics et les mobilisateurs sociaux; (iii) améliorer l'engagement communautaire ; (iv) augmenter le nombre d'équipes de vaccinateurs en milieu rural afin de réduire les distances entre les services de vaccination et la population bénéficiaire.

Certaines de ces recommandations sont en cours de mise en œuvre. En plus, des travaux de réflexion pour la formalisation de l'intégration du secteur privé dans les activités de vaccination à Conakry ont été effectués pour le rendre indépendant en termes d'équipement.

Par ailleurs, dans le cadre du RSS2, il a été planifié de conduire la Revue Externe du PEV qui a débuté en juillet 2018.

Il serait important de soutenir la fonctionnalité des instances de coordination du système de santé à tous les niveaux à travers l'organisation des rencontres et des revues périodiques. Ces actions permettront d'évaluer l'intégration et la complémentarité des interventions des différents acteurs. Il s'agira aussi de définir et suivre les cadres de redevabilité, de faire le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources additionnelles et d'évaluer l'efficacité et la pertinence des interventions de santé.

Gouvernance, Management et Coordination, Financement et prochaines étapes RSS2		
Domaine	Problèmes prioritaires	Pistes de solution
Gouvernance du PEV et Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre organisationnel à redynamiser au niveau des régions (sur le modèle de ce qui se fait au niveau central) • Faible visibilité sur les ressources humaines en termes de compétences, d'activités et de responsabilités au niveau central et périphérique 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfert de compétences au niveau régional à travers la mise en place d'un système de "peer mentoring" entre le niveau central et régional • Bilan de compétences, formation et recrutement de contractuels et de stagiaires pour couvrir les besoins
Redevabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Le cadre de performance et les indicateurs de performance opérationnels sont en cours d'élaboration • Grande proportion des ressources humaines avec un statut de stagiaire ou volontaire limitant leur motivation 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le cadre de redevabilité et un cadre de performance en impliquant les niveaux décentralisés • Motiver financièrement les ressources humaines au niveau décentralisé notamment les stagiaires
Programmation, planification et coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Une pléthore d'instances de coordination avec une faible visibilité des actions et décisions • Processus d'élaboration du PAO à revoir. Manque d'échanges sur les PAO entre le niveau central et le niveau périphérique 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un atelier d'élaboration du PAO avec les DRS, DS, etc. • Mutualisation et rationalisation des travaux entre les instances de gouvernance et de coordination du secteur de la santé

Gestion des finances publiques

La gestion des finances publiques souffre de l'absence d'un manuel de procédures administratives, financières et comptables consensuelles et prenant en compte tous les volets de la gestion. Cette faiblesse a été aussi relevée par l'audit réalisé par Gavi sur le financement octroyé entre 2015 et 2017. Il a été mis en exergue aussi l'absence d'outils de gestion des immobilisations du PEV, de dispositifs réglementaires applicables au PEV en matière de passation de marché, du déficit majeur de la formalisation de la procédure encadrant les consultations restreintes du PEV. Pour répondre à ce besoin, en 2018, l'équipe conjointe du ministère de la santé et de UNICEF avec l'appui de Gavi a porté la responsabilité de la revue critique et de mise à jour du manuel en impliquant les mesures additionnelles convenues dans le cadre de la subvention du RSS2 dont notamment : les outils en lien avec (i) la validation et suivi budgétaire, (ii) l'engagement des dépenses, (iii) l'enregistrement comptable des dépenses, (iv) les modalités de justification des dépenses (liste des pièces justificatives à produire pour chaque nature de dépense, délai de remontée des pièces, contrôles à effectuer et à formaliser à chaque niveau de la pyramide sanitaire...). Sur les aspects de gestion comptable, les outils de gestion pertinents ont été mis en place depuis 2017 par l'UNICEF dans le pays et des mesures additionnelles de suivi programmatique et de vérification ponctuelle sont mises en place au niveau des DRS et des DPS pour s'assurer qu'elles les utilisent de manière systématique et conforme aux normes. L'élaboration du manuel de procédures, débuté en 2017, est en phase de finalisation en septembre 2018, et sera suivi de la formation des utilisateurs.

3.3. Données

Fournir un examen succinct des principaux défis liés à la disponibilité en temps voulu, la qualité et l'utilisation des données sur la vaccination, **en vous axant sur les évolutions et les changements survenus depuis la dernière évaluation conjointe**. Cette section doit a minima couvrir les connaissances en matière de

Évaluation conjointe (JA complète)

données de couverture vaccinale (populations cibles, nombre d'enfants vaccinés) et de triangulation disponibles avec les données de la chaîne d'approvisionnement des vaccins, les données de surveillance des maladies à prévention vaccinale et les données sur les effets indésirables suite à la vaccination. Veuillez prendre en compte les aspects suivants :

- Statut du **système de vaccination et de santé** (par ex. DHIS2, systèmes parallèles, système de surveillance) et mises à jour sur un éventuel plan de renforcement national du HMIS.
- Informations relatives aux **dénominateurs**, par ex. tout écart entre un dénominateur national, les estimations de l'ONU et les objectifs des programmes, les recensements prévus, etc.
- Les principaux défis relatifs **à la disponibilité des données, à leur qualité et à leur utilisation**, en se reportant aux résultats de l'étude documentaire la plus récente, de toutes les évaluations récentes et de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données en matière de vaccination. Par exemple, avez-vous conscience des principales limites/faiblesses liées à la qualité des données et aux analyses de données que vous avez utilisées pour renseigner cette évaluation conjointe ?
- **La conformité** avec la qualité des données Gavi et les exigences en matière d'enquêtes (les exigences sont détaillées dans l'annexe de la JA et décrites en détails sur <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/#data>). Si vous n'êtes pas en conformité, expliquez pourquoi.
- Principaux **efforts/innovations/bonnes pratiques** axés sur le niveau de développement et les interventions visant à améliorer les données basées sur des preuves.

Les données du système de vaccination et de santé sont collectées sur le terrain à travers les outils primaires notamment : les Registres de vaccination, de gestion des stocks (vaccins et matériels de vaccination), la fiche de pointage, la fiche infantile, le carnet de santé de la mère, le canevas du rapport mensuel des activités de vaccination. Certaines données sont ensuite transcrites dans le DHIS2 (l'outil principal de gestion des données du Ministère de la santé) pour la plupart des centres de santé et districts sanitaires. A souligner que cet outil ne prend pas en compte pour le moment l'ensemble des indicateurs du DVD-MT et du SMT, l'utilisation parallèle de ces derniers reste encore en vigueur. Le rapportage des MAPI se fait à travers le DVD-MT, cependant la surveillance intégrée des maladies à potentiel épidémique (SIMR) et autres événements indésirables (décès maternels et infantiles) se fait par le SAP. Les données de surveillance sont harmonisées et analysées par les acteurs (ANSS, PEV, OMS, CDC) de façon hebdomadaire sous l'égide de l'agence nationale de sécurité sanitaire et publiées dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire de la GUINEE.

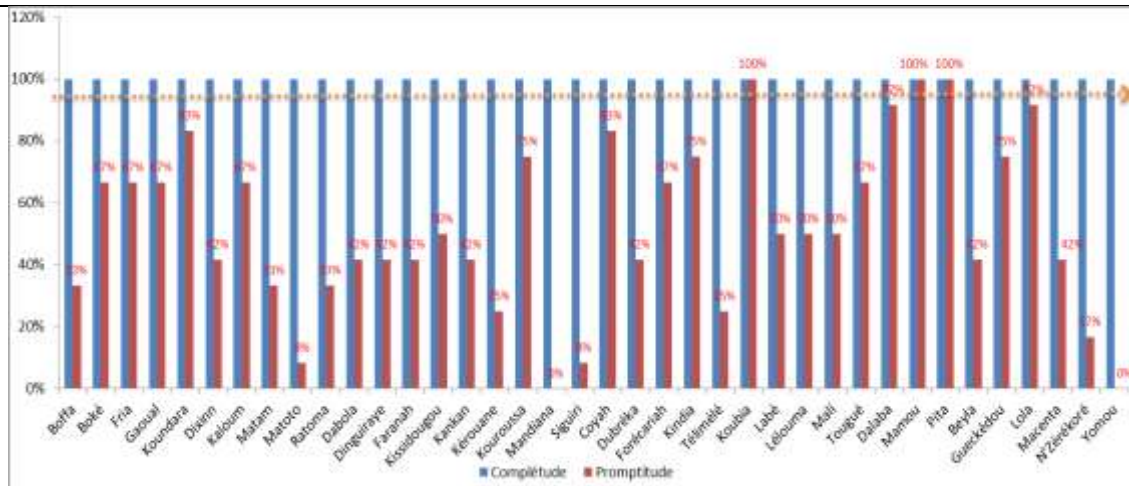
La fréquence de la transmission des données est mensuelle, les dates suivantes ont été retenues à cet effet :

- le 5 de chaque mois des centres de santé vers les districts ;
- le 10 de chaque mois des districts sanitaires vers les régions ;
- le 15 de chaque mois des régions vers le niveau central.

Ce système de rapportage des données fonctionne à tous les niveaux. Cependant des insuffisances sont constatées aussi bien dans la qualité des données que dans la complétude et la promptitude des rapports. Le DHIS2 est implémenté dans tous les districts et régions sanitaires. Une phase d'implémentation de cet outil dans les centres de santé est en cours. Cependant, on note une insuffisance, voire même une rupture des outils primaires (RUMER, Fiche de pointage, registre des intrants, registre de vaccination, fiche infantile, carnet de santé etc...) de collecte des données de vaccination dans les sites de vaccination. Cette situation est aggravée par le mauvais archivage des documents de vaccination.

Dans le DVD-MT la complétude des rapports est satisfaisante (100%) en 2017, tandis que la promptitude est de 52% au niveau national au 31 décembre.

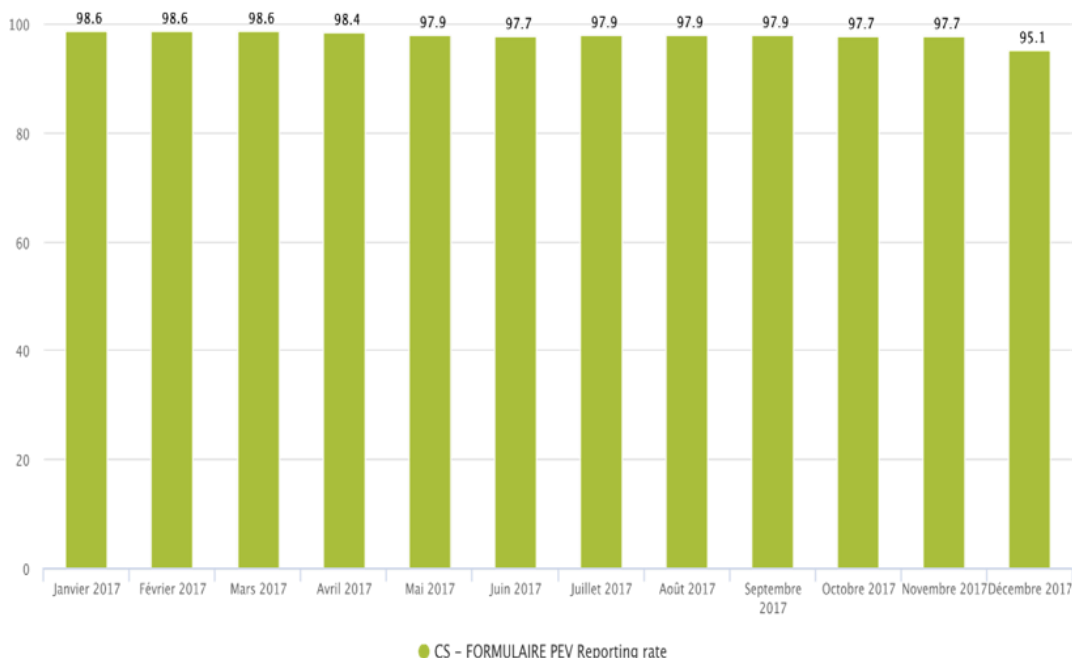
Tableau récapitulatif de la complétude et de la promptitude des rapports PEV par district sanitaire source : DVD-MT 2017



Les données de la population issues du recensement de 2014 sont utilisées avec une projection faite par l’institut National de la statistique. Cette projection utilisée conduit à des taux de couverture aberrants (supérieurs à 100%) par endroit et cependant, le dénominateur pour les journées nationales/locales de vaccination contre la poliomyélite tient compte du nombre d’enfants de 0-59 mois vaccinés au précédent tour. L’approche de triangulation des données de vaccination avec les chiffres populationnels dénombrés lors des JNVs ou soit par les recos avec l’initiative de commune de convergence, et ceux estimés par les nations unies sera introduite progressivement à différents niveaux avec l’appui et l’implication de MATD. Aussi, le programme a planifié dans le RSS2, dans le cadre d’une approche intégré de santé communautaire, le dénombrement de la population par aire de santé pour trouver un dénominateur proche de la réalité.

Le graphique ci-dessous montre qu’en 2017 que la complétude des rapports selon le DHSI2 est en dessous de 100% pendant la période voir graphique.

Complétude des rapports de vaccination en 2017 source DHSI2



L’évaluation indépendante de la qualité des données du PEV réalisée en 2014 par l’Agence de Médecine Préventive (AMP) a mis en évidence la discordance des données de vaccination entre les outils à différents niveaux avec une exactitude à 75% au niveau du centre de santé, 70% au niveau du district sanitaire. Le rapport de l’évaluation indépendante de la qualité des données de vaccination réalisée en 2017 indique les constats. Les résultats saillants de l’étude mettent en exergue un certain nombre de facteurs intervenant dans la décision de s’engager dans le processus permanent d’amélioration de la qualité des données. Au niveau communautaire

- L'incohérence entre les renseignements consignés dans des registres de vaccination et les informations validées dans la communauté chez 10 enfants ;
- La faible prise de conscience de l'intérêt de préserver le carnet de santé ou la carte de vaccination au sein des ménages ;
- Le niveau de motivation faible entraînant un engagement limité des acteurs responsables de la gestion des données de vaccination à améliorer la qualité des données ;

Niveau des structures de santé

- Faible maîtrise des procédures d'enregistrement des données sur les supports fournis à cet effet ;
- Mauvais enregistrement dans les outils de gestion de la vaccination limitant la possibilité de disposer des informations validées dans la communauté ou au district sanitaire ;
- Le système d'archivage est insuffisant ;

La supervision formative intégrée est irrégulière

- Les résultats du DQS montrent que les 18 districts sanitaires du pays visités présentent un nombre important d'enfants non vaccinés en Penta3 et VAR sur l'ensemble des enfants enquêtés. A souligner que la presque totalité des districts sanitaires présentent des couvertures vaccinales (CV) supérieures ou égale à 80% pour tous les antigènes monitorés. Ces CV sont contrariés par les résultats de l'enquête SARA selon laquelle, seul un 1 enfant sur 4 est complètement vacciné en Guinée. Le DQS sera intégré et impulsé par les Data Managers dans les districts sanitaires afin qu'une attention constante soit accordée à l'amélioration des pratiques de suivi et à la gestion des activités de vaccination.
- Les constats révélés sur le terrain et avec l'analyse des données administratives de vaccination de routine des districts sanitaires, l'estimation des couvertures vaccinales effectuée par les partenaires **(OMS Unicef) et les différentes enquêtes** réalisées dans le pays, il est ressorti à tous les niveaux une faible qualité des données de vaccination. Par exemple, les CV administratives >100% dans la quasi-totalité des districts sanitaires, l'écart de CV administrative et celle estimée WUENIC en 2017 est respectivement 45 points de % en DTC3 et 43 points de % en VAR, la survenue de 42 flambées de rougeole en 2017 contrariant une CV administrative de 91% en VAR1.... Conscient de ce fait, le Ministère de la santé, à travers le PEV et avec l'appui des partenaires a décidé d'élaborer un plan d'amélioration de la qualité des données de vaccination qui a pour objectif général d'amener au moins 95% des districts sanitaires à la transmission des données de vaccination de qualité au PEV en temps réel d'ici à fin 2020. Dans cette logique, une attention particulière sera accordée au facteur de vérification par antigène (rapport entre l'information vérifiée sur le terrain et celle rapportée à travers le DQS et le QDR fera une revue période approfondie du système de gestion des données à différents niveaux.

Ce plan a été élaboré conformément aux directives d'orientation du Plan d'Action Global sur le vaccin et la vaccination (GVAP), les objectifs du Plan stratégique régional pour la vaccination et le PPAC 2017-2021. A l'analyse de la situation en fonction des forces, faiblesses, opportunités et menaces à partir des composantes de la qualité des données, des problèmes vulnérables ont été identifiés. Pour relever ce défi, sept (7) domaines d'intervention ont été ciblés. Ces domaines, s'ils sont réalisés, pourront améliorer la qualité des données à tous les niveaux, notamment au niveau des districts sanitaires. En conséquence, un plan d'action budgétisé pour la période 2019-2020 a été élaboré. Pour la mise en œuvre effective des activités de ce plan, en plus du BND, les ressources seront mobilisées grâce à l'appui des partenaires techniques et financiers.

Des mesures sont définies pour la poursuite du développement et l'intégration des données du PEV dans le DHIS2 ; le renforcement de la supervision formative et du contrôle de qualité ; le renforcement des capacités du personnel de la Coordination nationale du PEV sur la gestion des données grâce une assistance technique de l'OMS. Au niveau régional 8 gestionnaires des données sont recrutés et apportent un appui technique aux gestionnaires régionaux. Le Ministère de la santé à travers le BSD avec l'appui de l'OMS est en train de mettre en place un comité fonctionnel d'amélioration de la qualité des données.

3.4. Financement de la vaccination

Veillez apporter un bref aperçu des principales questions touchant à la planification, la budgétisation, l'allocation, le décaissement et l'exécution des fonds de vaccination. Veillez prendre en compte les aspects suivants :

- **Disponibilité du cadre de financement de la santé et des plans et budgets opérationnels de vaccination annuels et à moyen terme, indiquant s'ils s'intègrent au plan/budget national plus global, leur lien avec les processus de micro-planification et leur cohérence avec ces derniers.**

- **Allocation de ressources suffisantes dans les budgets de santé nationaux au profit des programmes/services de vaccination**, que ce soit pour les vaccins Gavi ou autres, des frais opérationnels (intégrés) et des frais de fourniture de services. Expliquer dans quelle mesure la stratégie nationale de santé intègre ces coûts et toute mesure prise pour augmenter les ressources nationales allouées à la vaccination. En cas de manquement lié au cofinancement dans les trois années passées, décrire les mesures d'atténuation mises en œuvre pour éviter tout autre manquement de ce type à l'avenir.
- **Décaissement et exécution des ressources dans les délais** : dans quelle mesure les fonds alloués aux activités de vaccination (notamment les frais de vaccination ou autres) sont mis à disposition et alloués dans les délais, à toutes les échelles (par ex. celle du pays, de la province, du district) ?
- **Rapports adéquats** sur le financement de la vaccination et informations fiables sur le financement disponibles en temps opportun pour améliorer la prise de décisions.

Le budget du Ministère de la santé représente 5,6% du Budget national de développement (BND) en 2017. Il a connu une baisse en 2012 (1,98%), 2013 (1,75%) et 2014 (2,16%), suivi d'une hausse entre 2015 (3,22%), 2016 (4,90%) et 2017 (5,6%).

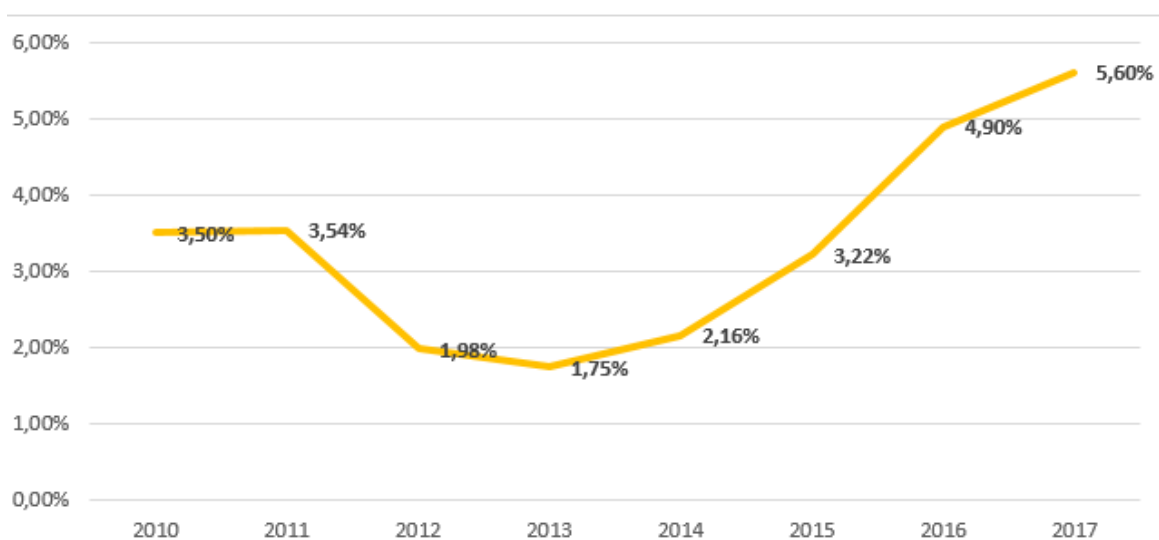


Figure 4: Evolution de la part du budget de la santé dans le BND entre 2010 et 2017, Guinée

L'allocation du budget du Ministère de la santé a enregistré une augmentation depuis 2013. A ce titre, l'Etat assure le financement pour l'achat des vaccins et le paiement du co financement Gavi. Par contre, le PEV en Guinée reste très tributaire des financements extérieurs pour son fonctionnement et la mise en œuvre des activités opérationnelles. En 2017, les besoins de financement du PEV étaient estimés à 22,6 millions de \$ et ceux couverts sont à 21,6 millions de \$. La part de l'Etat dans ces besoins était de 16% y compris le cofinancement. A noter que le montant du cofinancement pour l'achat de vaccins traditionnels (Fièvre jaune et DTC) était de 232 500 \$ en 2017 (source UNICEF). 84% du financement du PEV était couvert par les subventions des partenaires, principalement Gavi (33%), OMS (24%) et Unicef (23%) selon le PPAC révisé.

A moyen terme, les besoins de financement du PEV dans le PPAC montrent une baisse progressive du financement sécurisé par les différents contributeurs, alors que les besoins sont croissants. Ainsi l'écart de financement passe de 942 187 \$ en 2017 à 5,1 millions en 2020, soit une hausse de 82% du besoin de financement sécurisé. Cependant, les estimations faites dans le PPAC montrent une augmentation du cofinancement du budget de l'Etat pour l'achat de vaccins passant de 2% en 2017 à 5% 2020 alors qu'il y'a une baisse de la contribution du Gouvernement aux autres coûts (fonctionnement, RH, équipements, etc.).

Sur le plan programmatique, en 2017, il faut signaler que des difficultés d'ordre financier ont entravé la mise en œuvre du plan opérationnel du PEV dans son ensemble. En effet, l'évaluation de la mise en œuvre du plan réalisé en Juillet 2018 a montré que sur 126 activités planifiées entre Juin 2017 et Juillet 2018 pour l'ensemble des domaines fondamentaux du programme Elargi de vaccination, seulement neuf (09) ont été complètement réalisées, soit un taux de réalisation de 7% et 11 (onze) sont sur la bonne voie, soit 9%.

Vingt-sept (27) activités soit 21% sont en cours de réalisation. Soixante-quatorze (74) activités soit 59% n'ont pu être réalisées. La mise en commun des appuis financiers au niveau de la coordination du programme élargi de vaccination en tant que structure chargée de la coordination, de l'encadrement et de l'accompagnement technique des directions régionales et des districts sanitaires en vue d'améliorer la qualité de l'offre des services de vaccination reste un défi. Cette mise en commun devra représenter le cadre de versement de tous les appuis financiers alloués par les partenaires techniques et financiers du secteur santé et destiné à appuyer la mise en œuvre du plan de travail opérationnel de la coordination nationale du PEV en tant que structure d'encadrement du niveau opérationnel.

4. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI

4.1. Performance du soutien au vaccin

*Fournir une analyse succincte des performances des subventions Gavi, en vous axant sur les **vaccins introduits récemment (les deux dernières années)** ou qui devraient être introduits, les **campagnes**, les activités de vaccination supplémentaires les programmes de démonstration, les MAC et les changements de présentation des vaccins. La présente section devra présenter les informations suivantes :*

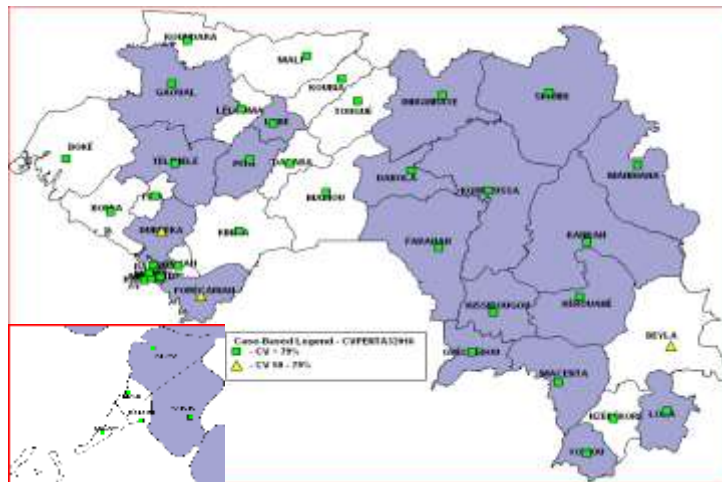
- **Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues**, tel que spécifié dans le cadre de performance des subventions (GPF), et des autres plans d'activité liés à la subvention. Le cas échéant, les raisons pour lesquelles les cibles spécifiées dans le GPF n'ont pas été atteintes, en identifiant les zones de sous-performances, les goulots d'étranglement et les risques.
- **Avancement global de la mise en œuvre** du soutien vaccinal Gavi.
- **Campagnes** : Fournir des informations sur la fréquence des campagnes et les principaux résultats de l'enquête post-campagne, notamment la couverture atteinte. Si la couverture atteinte était faible, en indiquer les raisons. Comment les subventions aux frais opérationnels ont-elles été allouées ? Expliquer dans quelle mesure la campagne a contribué à renforcer la vaccination de routine, par ex. en identifiant les enfants n'ayant reçu aucune dose et les enseignements tirés.
- Mettre à jour l'**analyse de la situation pour la rougeole et la rubéole** (en utilisant les données les plus récentes de surveillance et de couverture vaccinale pour la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale aux échelles nationales et infranationales⁹) et mettre à jour le **plan pour la rougeole et la rubéole sur 5 ans** (par ex. en indiquant les prochaines dates d'introduction du RR et du VVR2, les campagnes de suivi, etc.).
- **Décrire les principales actions en matière de soutien aux vaccins de Gavi dans l'année à venir** (par ex. la prise de décisions sur l'introduction de vaccins, les prochaines demandes, la planification et la mise en œuvre de mesures d'introduction/de campagnes) et les **besoins connexes en matière d'assistance technique**¹⁰.

⁹ Pour plus d'informations sur les analyses escomptées relatives à la rougeole et à la rubéole, vous pouvez consulter le document d'orientation et d'analyse de la JA.

¹⁰ Remarque : Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, il est inutile d'inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance au pays cible (TCA). La planification de la TCA sera renseignée par les besoins indiqués dans la JA. Les besoins en assistance technique devraient cependant décrire, dans la mesure alors connue, le type d'assistance requise (personnel, consultants, formations, etc.), le prestataire de l'assistance technique (partenaire principal/élargi), une mesure de l'assistance requise en quantité/durée, ses modalités (intégrée, infranationale, encadrement, etc.) et toute échéance ou calendrier pertinents. Il est rappelé aux équipes de JA d'adopter une approche rétrospective (assistance technique qui n'a pas été fournie en intégralité ou qui était inefficace par le passé) et prospective (prochaines introductions de vaccins, campagnes, grandes activités de RSS, etc.), en renseignant les priorités en matière d'assistance technique pour l'année à venir. Le menu d'appui en matière d'assistance technique est consultable à titre de référence.

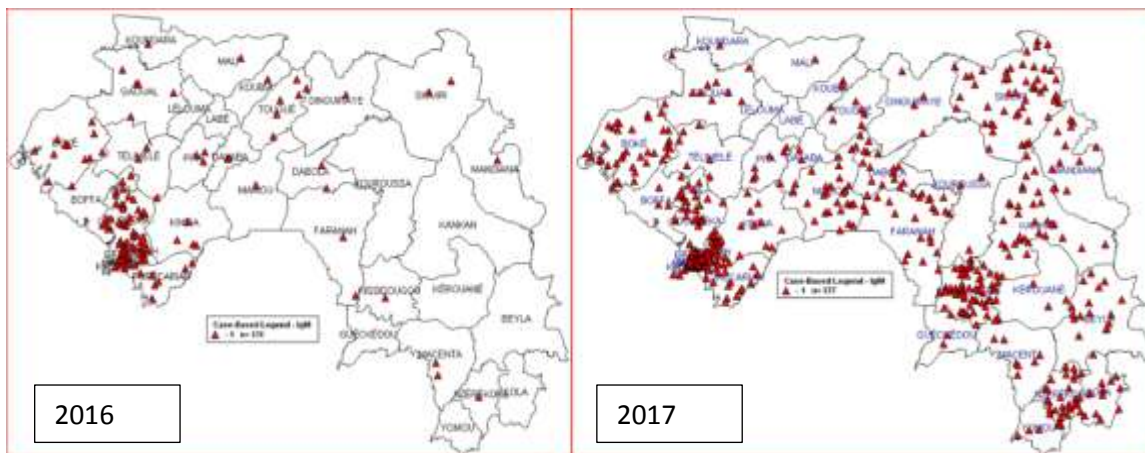
Durant ces 2 dernières années, le pays n'a pas introduit de nouveaux vaccins. Toutefois, l'appui de Gavi pour les 21 Districts Sanitaires a été complémentaire aux efforts du Ministère de la Santé et des autres partenaires dans le cadre de l'amélioration de la couverture vaccinale dans l'ensemble des districts sanitaires.

Carte : 21 Districts Sanitaires ciblés par l'appui Gavi



Depuis 2016, la Guinée a fait face à des épidémies récurrentes de rougeole. Le système de surveillance a notifié 7 545 cas suspects de rougeole en 2017 dont 316 cas positifs aux IgM. Tous les Districts Sanitaires ont notifié des cas suspects de rougeole avec prédominance dans les zones à forte agglomération populationnelle (Conakry, Guéckédou, Mamou, Kankan et Siguiri).

Distribution des cas suspects confirmés par District Sanitaire en Guinée, 2016 et 2017.

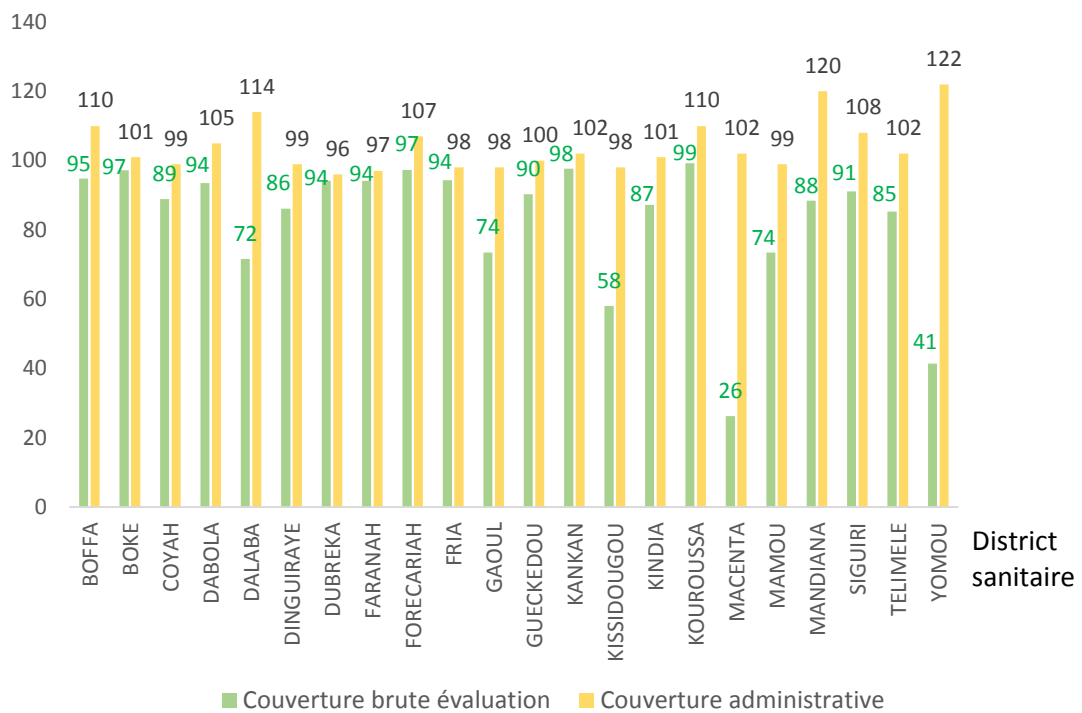


Par ailleurs, l'analyse montre que 71% des cas sont confirmés dans la tranche d'âge de moins de 5 ans, suivie de celle de 15 ans et plus (13%) et celle de 10 à 14 ans (11%). L'incidence spécifique des cas confirmés de rougeole varie de 55.8 (< 5 ans) à 10 (5-9 ans). Celle-ci est de 3.4 (10-14 ans).

Durant l'épidémie de rougeole en 2017, M&RI (Measles and rubella initiative) a apporté son soutien financier à la préparation et à la riposte à cette épidémie dans 22 DS. Selon les résultats administratifs, une couverture de 104% a été obtenue et tous les districts sanitaires ont atteint au moins 96% de couverture vaccinale.

Le graphique ci-dessous présente la comparaison entre les résultats administratifs et ceux issus de l'évaluation indépendante pour les 22 DS.

Comparaison entre les résultats administratifs et ceux issus de l'évaluation indépendante



Cependant, l'évaluation indépendante post-campagne riposte a indiqué une couverture vaccinale brute (carte et histoire) de 83,6% inférieure à l'objectif (95%). Seuls 4 districts (Boké, Forécariah, Kankan et Kouroussa) sur 22 avaient des couvertures vaccinales supérieures à 95%.

On observe des disparités entre les couvertures administratives et celles issues de l'évaluation indépendante dans certains DS: Yomou (122% vs 41%), Macenta (102% vs 26%), Kissidougou (98% vs 58%). De plus, l'évaluation indépendante ressort des disparités significatives entre DS: Macenta (26%), Yomou (41%), Kissidougou (58%), Gaoul/Mamou (74%) et Kouroussa (99%). Cette faible performance dans la plupart des DS ayant participé à la riposte s'explique par l'insuffisance de vaccination de la cible durant la riposte. L'une des conséquences est la récurrence des épidémies de rougeole dans le pays. Cet écart entre les couvertures administratives et les résultats de l'évaluation pourrait s'expliquer par la qualité de la campagne et par la non maîtrise du dénominateur.

De ce qui précède, la vaccination de routine, les AVS, les ripostes antérieures n'ont pas pu augmenter l'immunité collective de façon durable pour empêcher la circulation du virus. Ceci dans un contexte d'affaiblissement du système de santé consécutif à l'épidémie d'Ebola. Cette situation a augmenté le risque de transmission de la rougeole dans un contexte où de nombreux facteurs de risque persistent dans la plupart des districts sanitaires du pays, notamment : (i) la forte densité de la population en milieu urbain surtout à Conakry (1 775 130), à Siguiiri (896 663), Boké (501 504), Kindia (475 694), Dinguiraye (219 880); (ii) la persistance des cas de refus/réticences à la vaccination dans certaines localités; (iii) la faible accessibilité et d'utilisation des services de santé entraînant de faibles couvertures vaccinales des enfants cibles; (iv) la faible performance du système de surveillance des cas de rougeole avec un taux global de notification de moins d'1 cas /100 000 habitants/an; (v) la faible mise en œuvre d'une plateforme de vaccination dans la deuxième année de vie et l'absence d'une deuxième dose de rougeole dans la routine. A ces facteurs de risques sus énumérés s'ajoutent la faible motivation et l'insuffisance qualitative du personnel de santé entravant ainsi l'offre de services de vaccination.

4.2. Performances du soutien RSS de Gavi (pour les pays concernés)

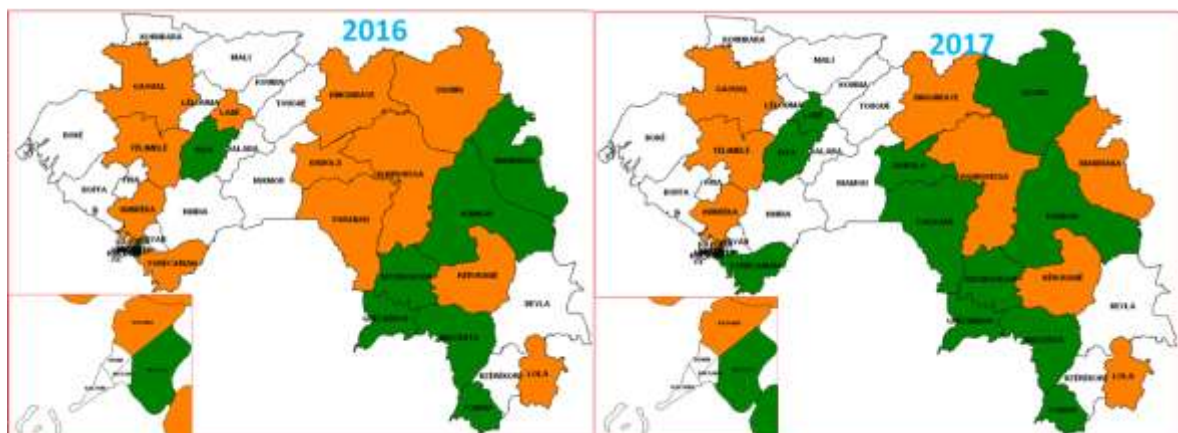
Fournir une analyse succincte des performances du soutien Gavi pour le RSS pendant la période d'établissement des rapports.

- **Avancement de la mise en œuvre de la subvention RSS** au regard des objectifs et du budget, et importants écarts par rapports aux plans (par ex. retards de mise en œuvre, faibles taux de dépenses, etc.), à l'aide du tableau ci-dessous.
- **Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues**, tel que spécifié dans le cadre de performance des subventions (GPF), et les résultats clés. Par ex. en comparant le nombre d'enfants vaccinés

supplémentaires et d'enfants sous-vaccinés dans les districts recevant l'appui de la subvention RSS aux autres districts non bénéficiaires du soutien. Quels indicateurs dans le GPF ont été affectés par les activités mises en œuvre ?

- **Comment le soutien Gavi permet d'atténuer les principaux facteurs à l'origine des faibles taux de vaccination :**
 - en contribuant à améliorer les performances globales du programme de vaccination/ de la structure de fourniture de services appuyant les stratégies de vaccination et du secteur de la santé ;
 - en ciblant les districts et/ou groupes de population aux niveaux de couverture plus faibles (y compris dans les bidonvilles urbains, les zones rurales isolées et les zones de conflit) ;
 - en éliminant les principales barrières à la couverture et à l'équité visées à la section 3 ci-dessus.
- Indiquer si la **sélection des activités reste pertinente, réaliste et correctement hiérarchisée** à la lumière de l'analyse de la situation qui a été menée et des taux d'absorption financière et de mise en œuvre.
- Donner des informations sur les **plans visant à traiter les goulots d'étranglement au niveau de la mise en œuvre**, notamment les réallocations planifiées du budget (veuillez joindre le budget révisé).
- Le cas échéant, décrire brièvement la manière dont a été utilisé le **financement basé sur la performance** dont le pays a bénéficié, et ses résultats. Quels indicateurs du Cadre de performance des subventions (GPF) seront utilisés pour suivre les progrès ?
- Décrire brièvement la manière dont le soutien RSS de Gavi **contribue aux stratégies du secteur de la santé adoptées par le pays**, s'aligne sur celles-ci et se coordonne avec elles. Mentionner les synergies avec d'autres types de partenaires de développement.
- (Le cas échéant, veuillez mentionner toute autre initiative pertinente non soutenue par Gavi et qui aborde les principaux facteurs de faible couverture.)

Comparaison des performances des 21 districts sanitaires entre 2016 et 2017 selon les 3 indicateurs : Couverture Vaccinale DTC3 > 80%, VAR1 > 80% et % d'enfants non vaccinés au DTC3 < 5%



Critères de performance dans 21 Districts sanitaires	
	District ayant atteint 3 indicateurs
	District n'ayant atteint 3 indicateurs
	Districts non RSS2

Se basant sur l'objectif d'accroître de 52% en 2015 à 80% en 2021 la fonctionnalité des districts sanitaires, en particulier dans certains districts cibles et considérant les 3 indicateurs (**Couverture Vaccinale DTC3 et VAR1 > 80% et pourcentage d'enfants non vaccinés au DTC3 < 5%**), on note globalement une amélioration de la performance du PEV entre 2016 et 2017, 43% de ces districts sanitaires (9/21) avaient une performance appréciable (Couverture Vaccinale DTC3 > 80%, VAR1 > 80% et % d'enfants non vaccinés au DTC3 < 5%) en 2016 contre 51,1% des DS en 2017 (12/21). Cette performance est justifiée par l'amélioration de la disponibilité des intrants de vaccination (vaccins, outils de gestion, chaîne du froid) et celles de ressources humaines (augmentation de l'effectif du personnel impliqué dans la vaccination, renforcement des capacités). Toutefois, 9 districts sanitaires (Dubreka, Dinguiraye, Gaoual, Kérouané, Kouroussa, Mandiana, Telimélé, Ratoma, Lola) n'ont pas amélioré les indicateurs. Cette contreperformance s'expliquerait par les difficultés d'accès et les mouvements pendulaires des populations dans les zones minières, certaines populations dans les aires de santé contigües faiblement prises par les services de

vaccination, l'insuffisance des supervisons formations de qualité, faible niveau de financement des micros plans des districts, la faible application du cadre de redevabilité...

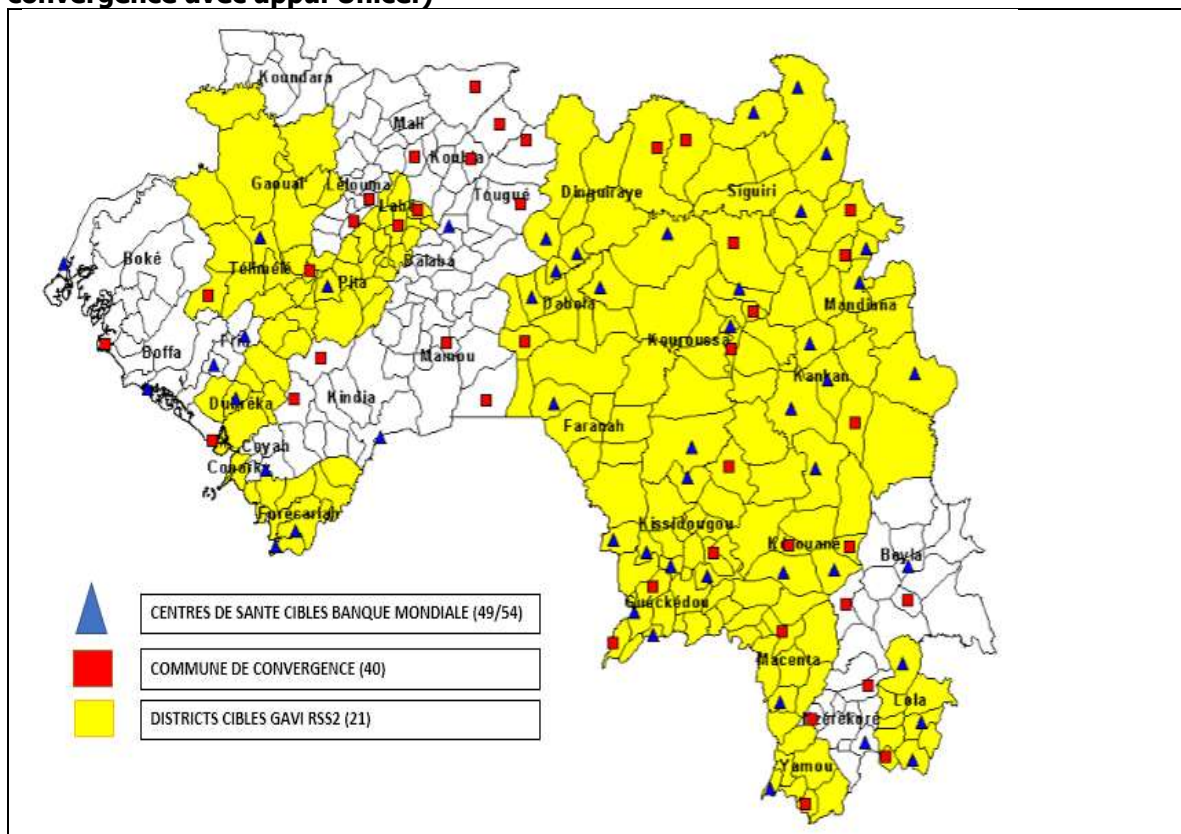
Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues,

Pour atténuer les principaux facteurs de risque à l'origine des faibles taux de vaccination, le soutien Gavi pourrait se focaliser a priori : (i) sur le financement des micro plans des districts sanitaires avec accent sur le monitoring (enfant complètement vacciné, real time monitoring) (ii) l'opérationnalité des districts (mise en place (du cadre de redevabilité qui inclut aussi la coordination du PEV au niveau Central), (iii) l'engagement communautaire, (iv) le plaidoyer soutenu auprès du gouvernement pour accroître la part du budget du PEV dans le financement de l'état etc. En vue d'améliorer les performances globales du programme de vaccination, les services devraient appuyer les stratégies de vaccination dans les secteurs publics et privés;

Les activités mise en œuvre dans le PAO 2017 ont été pertinentes mais focalisées sur la logistique de chaine de froid et l'approvisionnement en vaccins. Toutefois, le retard de mise à disposition des ressources financières dans le cadre du RSS2 a impacté en partie l'offre de vaccination dans les zones à faible accès.

S'agissant de la résolution des goulots d'étranglement identifiées dans la mise en œuvre de l'exercice 2017, l'équipe mettra à jour le plan des réallocations budgétaire de l'annexe B avant fin 2018. Par ailleurs, le Ministère de la santé (MS) a inscrit le FBR (financement basé sur les résultats) comme une stratégie d'amélioration (PNDS 2015-2024) de la performance du système de santé dans ses démarches vers la CSU (couverture sanitaire universelle). Le projet Pilote du MS, a démarré au niveau du district de Mamou en 2016. Les résultats de ce projet pilote montrent un avantage comparatif encourageant. Ce qui a motivé le MS et ses partenaires à mettre la composante FBR dans certains projets tels que le RSS2. Il est prévu des sessions de formation des ECD et les CCS sur l'approche de financement basé sur les résultats (FBR) dans les 21 districts cibles par le RSS2 au cours du quatrième trimestre 2018 et en perspective de démarrage pour 2019. Les outils FBR seront examinés et validés pour son application dans le secteur (manuel de procédures, indicateurs et le costing). Il est à noter que plusieurs cadres du MS ont été formés à Cotonou pour la mise en œuvre du FBR.

Carte des interventions des partenaires (RSS2, Banque Mondiale, 40 Communes de convergence avec appui Unicef)



En 2017, les appuis financiers apportés par GAVI RSS2 ont été focalisés dans 21 districts sanitaires dits à faible performance (Couverture Vaccinale DTC3 et VAR1 < 80% et pourcentage d'enfants non vaccinés au DTC3 > 5% et l'absence des Partenaires techniques et financiers). Depuis le second semestre de 2017, des initiatives de synergie et de complémentarité sont en place mais nécessitent d'être consolidées pour adresser les besoins du terrain. En 2018, le Gouvernement en collaboration avec l'UNICEF ont mis en place un programme de convergences dont l'objectif primordial est d'améliorer la disponibilité des vaccins pour la couverture effective en complément des appuis d'autres partenaires financiers et la responsabilisation des élus locaux, les champions de la vaccination, les leaders communautaires, religieux, d'organiser des rencontres de dialogues communautaire en faveur de la vaccination. De même la banque mondiale appuie le gouvernement à mettre en place le projet pilote de FBR dans le système de santé pour renforcer la redevabilité des acteurs dans le domaine de vaccination. De plus, un équipement important dans le cadre des soins de santé primaire pour soutenir les services de santé a été mise en place par la banque mondiale dans plus de 54 sous-préfectures du pays pour améliorer l'offre des soins. Ces efforts devront être mis à contribution dans le cadre de la mutualisation des ressources visant à l'amélioration de la prestation des services de vaccination dans son ensemble en tant que composante essentielle du système de santé.

Un des objectifs du Gavi RSS2 était d'augmenter de 53% en 2015 à au moins 80% en 2021, la couverture des enfants complètement vaccinés dans les 21 districts sanitaires cibles. Une revue de ces DS initialement prioritaire est envisagée au cours du 1^e semestre 2018 e à la lumière des résultats attendus de l'EDS-5, de la revue externe du PEV, l'analyse des données à travers le JRF et l'analyse sur l'équité pour un meilleur ciblage des districts qui requièrent de l'équité dans l'offre de vaccination notamment en milieux urbains.

Objectif 1	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Accroître de 52% en 2015 à 80% en 2021 la fonctionnalité des districts sanitaires, en particulier les 21 districts cibles
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	21 districts sanitaires à faibles performances
% d'activités menées/ utilisation du budget	10 activités réalisées/40. En dépit du faible taux d'engagement budgétaires du RSS2 au S1 2018, certaines activités ont réalisées avec le l'appui d'autre programme
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse organisationnelle et des ressources humaines du programme élargi de vaccination (PEV) en cours, • Revue externe du PEV finance sur le RSS2 et compte par les autres ressources de l'OMS et de l'UNICEF ; • Réunions du CCIA • Appui institutionnel aux CTRS dans les régions sanitaires finance sur les RSS2 en fin aout 2018 • Révision du manuel de procédures de gestion financière du Ministère de la Santé et la formation des acteurs • Appui institutionnel au PEV • Participation à l'assemble Nationale de la sante à travers la commission santé aux activités du PEV et à la mobilisation des ressources de l'Etat en faveur du PEV sur financement des ressources régulières de l'UNICEF
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique) ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer l'élaboration des plans d'action opérationnels annuels intégrés des 21 districts et des 8 régions sanitaires • Réaliser une étude sur le recouvrement des couts et la fonctionnalité des COSAH • Organiser 4 réunions trimestrielles par an du Groupe Technique du Conseil sur la Vaccination (GTCV) avec l'assistance technique de l'IST et de l'OOAS • Organiser des réunions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources au niveau national, régional, préfectoral • Réaliser les supervisions formatives dans les régions, districts et aires de santé

Objectif 2 :	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Augmenter de 53% en 2015 à au moins 80% en 2021 la couverture des enfants complètement vaccinés dans les 21 districts sanitaires cibles
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	21 districts sanitaires dits à faible performances
% d'activités menées/ utilisation du budget	<ul style="list-style-type: none"> 6 activités réalisées/15. Ces activités ont été toutes financées sur le RSS2 à concurrence de 20% de dépenses de janvier à Septembre 2018.
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<ul style="list-style-type: none"> Formation de certains prestataires sur la vaccination pratiques Supervisions de certains districts Doter 818 points de vaccination, y compris le nouveau à accès difficile en motos 125cc de tout terrain pour les stratégies avancées Finalisation du processus de Recrutement de 21 points focaux PEV au niveau des districts appuyés par Gavi. Le processus de recrutement n'a entraîné des coûts Former des agents de santé sur la gestion du PEV au niveau des centres de santé Organiser des séances de vaccination en stratégies avancées Appui au système d'enregistrement des naissances et notification des données de surveillance épidémiologique (reprographie des outils)
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique) ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> L'organisation et la mise en œuvre des micros plans ACE dans les 21 districts sanitaires Former les agents de santé sur la mise en œuvre de l'approche ACD dans les 21 districts cibles de Gavi Organiser des séances de vaccination en stratégies avancées dans les 861 sites de vaccination Former les ECD et les CCS sur l'approche de financement base sur les résultats (FBR) dans les 21 districts cibles du RSS2 Elargir l'approche FBR dans 8 districts cibles dans le cadre de l'amélioration des indicateurs du PEV Organiser au niveau régional la formation en gestion de niveau intermédiaire du PEV (cours MLM) Déploiement de 21 points focaux PEV au niveau des districts
Objectif 3 :	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Porter le score moyen de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) de 37% en 2016 à au moins 80% en 2019 et maintenir cette performance jusqu'en 2021
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> Population pendulaire dans les 18 districts sanitaires abritant les zones minières Population péri urbaines/des agglomérations urbaines, insulaires, et celles vivant dans les zones à accès difficile
% d'activités menées/ utilisation du budget	<ul style="list-style-type: none"> 11 activités réalisées/35. Ce niveau de réalisation des activités est en réalisation avec les dépenses encourues de Janvier à Septembre 2018 (25%) qui concernent spécifiquement les achats directs du matériel et équipement.
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<ul style="list-style-type: none"> Formation d'un cadre du PEV sur la Chaîne du Froid Solaire organisée par le centre LOGIVAC Tenue des réunions trimestrielles du Comité Technique Logistique National Formation des gestionnaires des centres de santé/postes de santé en Gestion Efficace des Vaccins Dotation du niveau central en deux Chambres froides de 40m3 Maintenance curative et préventives de certains frigos solaires Dotation des DPS et DRS en Kits de maintenance curative de la chaîne de froid Dotation du Ministère de la santé de 05 véhicules 4x4 de supervision (coordination PEV 04, et BSD 01)

	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition du matériel dans le cadre du CCE OP (246 frigos solaires achetés sur le cofinancement d 20% et 846 matériel solaire achetés sur financement CCE OP) • Acquisition de 1200 indicateurs de congélation pour le transport des vaccins • Fournitures de carburant au PEV central pour le fonctionnement des chambres froides • Installation du data logger • Recrutement et mise ne fonction d'un P3 logistique
<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les besoins connexes en assistance technique¹¹)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une étude de modélisation de la chaîne d'approvisionnement • Former 100 gestionnaires de districts et régions, y compris le pool national de formateurs sur la Gestion Efficace des Vaccins • Equiper les régions et Districts en glacières suffisantes pour un approvisionnement maximum • Doter 1361 sites en frigo solaires • Assurer la supervision formative • Poursuivre la formation sur la gestion efficace des vaccins (GEV) • Construire un entrepôt et les services d'administration de la coordination nationale du PEV
Objectif 4 :	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	D'ici 2021, au moins 95% des parents de la population cible dans les 21 districts sanitaires retenus acceptent et demandent les services de vaccination
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Population pendulaire dans les 18 districts sanitaires abritant les zones minières • Population péri urbaines/des agglomérations urbaines, insulaires, et celles vivant dans les zones à accès difficile
% d'activités menées/ utilisation du budget	<ul style="list-style-type: none"> • 2 activités réalisées/17. Ces réalisations correspondent aux dépenses encourues (10%) depuis début Janvier avec le recrutement et mise en fonction des consultants C4D
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux réunions d'IEC (information, éducation, communautaire) autour de chaque point de stratégie avancée pour une meilleure prise en compte des questions de vaccination dans le paquet d'information fourni aux femmes en âge de procréer • Processus de contractualisation avec les OSC (38 districts sont dotés d'un réseau des OCS) processus initie sans couts • Recrutement et mise en fonction depuis début Janvier 2018, des 9 consultants C4D dont 1 au niveau
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les besoins connexes en assistance technique ¹²)	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un atelier national sur l'élaboration d'un plan multi-média et de révision des modules de communication sur la vaccination • Elaborer des messages spécifiques en faveur de l'introduction de chacun des nouveaux vaccins (Français et 5 langues nationales) • Organiser les réunions de sensibilisation (38 districts et 8 régions) avec les confessions religieuses, tradi-praticiens pour leur adhésion à la vaccination deux fois par an

¹¹ Remarque : Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, il est inutile d'inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance au pays cible (TCA). La planification de la TCA sera renseignée par les besoins indiqués dans la JA. Les besoins en assistance technique devraient cependant décrire, dans la mesure alors connue, le type d'assistance requise (personnel, consultants, formations, etc.), le prestataire de l'assistance technique (partenaire principal/élargi), une mesure de l'assistance requise en quantité/durée, ses modalités (intégrée, infranationale, encadrement, etc.) et toute échéance ou calendrier pertinents. Il est rappelé aux équipes de JA d'adopter une approche rétrospective (assistance technique qui n'a pas été fournie en intégralité ou qui était inefficace par le passé) et prospective (prochaines introductions de vaccins, campagnes, grandes activités de RSS, etc.), en renseignant les priorités en matière d'assistance technique pour l'année à venir. Le menu relatif au soutien en matière d'assistance technique est consultable à titre de référence.

¹² Remarque : Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, il est inutile d'inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance au pays cible (TCA). La planification de la TCA sera renseignée par les besoins indiqués dans la JA. Les besoins en assistance technique devraient cependant décrire, dans la mesure alors connue, le type d'assistance requise (personnel,

	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le plaidoyer auprès des députés (commission santé) pour leur engagement dans les activités de vaccination dans leurs circonscriptions • Organiser des réunions annuelles de plaidoyer (par niveau) auprès de l'association des pédiatres, des medias, des sociétés de téléphonie mobile et secteur privé pour leur implication en faveur de la vaccination • Former les membres de groupements féminins sur la sensibilisation et la mobilisation en faveur de la vaccination. • Partage périodique d'information sur la vaccination avec les maires des communes urbaines et les sous-préfets pour renforcer leur adhésion et obtenir leur appui à la vaccination de routine. • Réunions de plaidoyer de haut niveau auprès des leaders religieux à Conakry • Former 91 journalistes et animateurs (2 x 33 DS et 5 x 05 Communes de Conakry) en collaboration avec les directeurs des radios • Produire des spots radio en français et dans 5 langues nationales (Soussou, Malenke, Poular, Kpele et Kissi) • Produire des spots TV en français et dans 5 langues nationales (Soussou, Malenke, Poular, Kpele et Kissi) • Etablir un contrat avec 7 stations TV pour la diffusion des messages en faveur de la vaccination de routine • Former 08 cadres de l'unité communication du PEV et du MS en communication stratégique • Former un point focal communication dans chacune des 8 régions, chacun des 38 districts sanitaires et des 412 centres de santé
Objectif 5 :	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Réduire l'écart entre les données administratives et les données d'enquête de couverture vaccinale du Penta3 de 30 points en 2015 à 5 points en 2021
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> • 21 districts prioritaires
% d'activités menées/ utilisation du budget	<ul style="list-style-type: none"> • 6 activités réalisées/15
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<ul style="list-style-type: none"> • Révision/adaptation des outils de gestion des données en vue de leur intégration au DHIS2 • Reproduction des outils de gestion des données révisés du programme de survie et développement de l'enfant • Production et diffusion des bulletins trimestriels nationaux et régionaux sur la survie de l'enfant • Evaluation conjointe • Prise en charge d'un Assistant Technique Data Manager NOB pour le niveau central • Prise en charge de 09 assistants NOA en gestion de données sont recrutés et pris en charge • Contre monitoring des activités dans les 21 districts prioritaires
Principales activités planifiées pour la période à venir	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement d'un IP Data Manager pour l'intégration des indicateurs du PEV dans le DHIS2, appui au réseau de Data Managers dans les

consultants, formations, etc.), le prestataire de l'assistance technique (partenaire principal/élargi), une mesure de l'assistance requise en quantité/durée, ses modalités (intégrée, infranationale, encadrement, etc.) et toute échéance ou calendrier pertinents. Il est rappelé aux équipes de JA d'adopter une approche rétrospective (assistance technique qui n'a pas été fournie en intégralité ou qui était inefficace par le passé) et prospective (prochaines introductions de vaccins, campagnes, grandes activités de RSS, etc.), en renseignant les priorités en matière d'assistance technique pour l'année à venir. Le menu relatif au soutien en matière d'assistance technique est consultable à titre de référence.

(indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les besoins connexes en assistance technique ¹³	<p>DRS et la mise en place/animation du CAQD (comité d'amélioration de la qualité des données)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des missions d'audit de la qualité des données de vaccination et de surveillance du niveau central vers les districts et régions. • Appuyer le bilan financier des centres de santé (une fois par an pour les deux premières années et une fois tous les deux ans) • Former les équipes cadres des niveaux central, régional et préfectoral sur l'utilisation des outils de gestion et d'évaluation des données
--	--

4.3. Performances du soutien à la POECF de Gavi (pour les pays concernés)

Si votre pays reçoit un soutien à la POECF de Gavi, apporter une rapide mise à jour des informations relatives aux éléments suivants :

- **Performances** des indicateurs POECF – réalisations au regard des cibles convenues, tel que spécifié dans le cadre de performance des subventions ;
- **Statut de la mise en œuvre** (nombre d'équipements installés/installations en attente, commentaires des utilisateurs sur la formation en entretien préventif, efficacité du réfrigérateur, etc.) y compris tous problèmes/enseignements tirés ;
- **Contribution** de la POECF aux performances du système de vaccination ;
- **Prochains besoins des pays en matière d'assistance technique** aux fins de la mise en œuvre du soutien POECF¹

Remarque : un inventaire des ECF doit accompagner la demande de renouvellement de soutien à la POECF.

La Guinée bénéficie d'un soutien à la POECF et le processus de mise en place est en cours. Il est attendu dans les prochains jours: 848 réfrigérateurs, 05 Arkteks et 2 000 enregistreurs continus de température.

Le tableau ci-dessous résume les principales informations qui concernent les montants demandés pour l'année suivante.

Montant total de la subvention POECF	15 390 320 \$US	
Durée de la subvention POECF (de... à...)	Mars 2017 à Décembre 2019	
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien à la POECF (tranche suivante) est demandé	2019	
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien à la POECF	Aucune demande de renouvellement pour le soutien CCEOP n'est envisagée. Toutefois, le pays va soumettre d'ici fin mars 2019, la demande du montant supplémentaire de \$ 5.060.022 de fonds additionnels au titre du renforcement des systèmes de santé (RSS) du pays pour acheter des équipements inscrits dans le plan du CCEOP pour les années 2019 et 2020 et qui n'ont été acquis sur la subvention initiale du CCEOP.	
Investissement conjoint du pays	Ressources du pays	

¹³ Remarque : Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, il est inutile d'inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance au pays cible (TCA). La planification de la TCA sera renseignée par les besoins indiqués dans la JA. Les besoins en assistance technique devraient cependant décrire, dans la mesure alors connue, le type d'assistance requise (personnel, consultants, formations, etc.), le prestataire de l'assistance technique (partenaire principal/élargi), une mesure de l'assistance requise en quantité/durée, ses modalités (intégrée, infranationale, encadrement, etc.) et toute échéance ou calendrier pertinents. Il est rappelé aux équipes de JA d'adopter une approche rétrospective (assistance technique qui n'a pas été fournie en intégralité ou qui était inefficace par le passé) et prospective (prochaines introductions de vaccins, campagnes, grandes activités de RSS, etc.), en renseignant les priorités en matière d'assistance technique pour l'année à venir. Le menu relatif au soutien en matière d'assistance technique est consultable à titre de référence.

	Ressources partenaires (Banque mondiale)	\$US 126,240 Achat matériels Chaine du froid
	Ressources RSS Gavi	Co-investissement 2018 :2 187 269 \$US 2019: 769 181 \$US

4.4. Performances de gestion financière

Fournir un examen succinct des performances en termes de gestion financière des subventions en liquidités de Gavi (pour toutes les subventions en liquidités, telles que les RSS, le financement basé sur la performance, les subventions d'introduction des vaccins, les subventions des coûts opérationnels de campagne, les subventions de changement, les subventions de transition, etc.) Veuillez prendre en compte les aspects suivants :

- **Absorption** financière et taux d'utilisation de toutes les subventions de soutien en liquidités Gavi listées séparément¹⁴ ;
- **Conformité** aux rapports financiers et aux exigences en matière d'audits pour chaque subvention (en indiquant dans une liste séparée la conformité à chaque subvention de soutien en liquidité, tel qu'indiqué ci-dessus) ;
- Problèmes issus des engagements d'examen (par ex. audits de programmes de liquidités ou évaluations des capacités du programme menés par Gavi, audits externes annuels, audits internes, etc.) et liés à l'avancement de la mise en œuvre d'une recommandation ;
- **Systèmes** de gestion financière¹⁵.

En 2017, les activités opérationnelles du PEV ont été financées par les partenaires techniques et financiers (PTF) soit **58 138 513 978 GNF** en 2016 contre **38 223 882 451 GNF en 2017**. Cette augmentation de la subvention globale du PEV s'explique par la réalisation de 9 tours de campagne en 2016 contre 4 en 2017. Les subventions des coûts opérationnels de campagne pour les quatre (04) passages en 2017 sont estimées à **28 712 724 200 GNF**. Pour les quatre passages de campagne et de riposte contre la rougeole, le PEV a reçu une subvention globale de 33 223 583 640 GNF ; soit 28 712 724 200 GNF pour les coûts opérationnels contre 4 510 859 440 GNF pour les activités de la mobilisation sociale (*source rapport annuel du PEV 2017*). Les subventions d'introduction de nouveaux vaccins sont inexistantes en 2017).

Bilan global de l'utilisation des fonds GAVI RSS2 du 21 Septembre 2017 au 31 Juillet 2018

Sur un montant total de **15,107,479 USD** convenu dans l'accord tripartite, 50% (7,553,740) de ce montant ont été transférés à l'UNICEF et reçus le 21 septembre 2017 (*date d'activation du Grant dans le système de l'Unicef*).

Graphique : Bilan global de l'utilisation des fonds GAVI RSS2 du 21 Septembre 2017 au 31 Juillet 2018

¹⁴ Si, dans votre pays, des montants significatifs de subventions de Gavi sont gérés par des partenaires (par ex., UNICEF et OMS), il est également recommandé d'examiner les subventions par ces agences.

¹⁵ Si des modifications ont été apportées ou sont prévues vis-à-vis des modalités de gestion financière, veuillez les indiquer dans cette section.



Les dépenses programmées (dépenses effectives et engagements) sur le montant reçu sont de l'ordre de 3,995,698.36 dollars US, soit 55% et le solde non encore dépenses est de 3,558,041.64 (47%). Les achats des matériels, équipements et fournitures des services représentent 76% du montant total sur le poste des dépenses programmées (**détails dans l'annexe 1**).

Conformité aux rapports financiers et aux exigences en matière d'audit pour chaque subvention (en indiquant dans une liste séparée la conformité à chaque subvention de soutien en liquidité, tel qu'indiqué ci-dessus).

Systemes de gestion financière : en attendant la mise en place des mesures suspensives, les fonds de l'accord tripartite sont sous la gestion de l'UNICEF conformément aux modalités qui ont été définies dans l'accord tripartite.

Fonds	Accords	Rapportage	Processus de décaissement	Acteurs	Passation marché
RSS2	Accords de subvention	Procédures Unicef	<ul style="list-style-type: none"> Achats directs à travers le central d'achat ou les fournisseurs agréés Paiement direct des activités sur demande officielle du ministère de la santé dans le cadre de l'accord tripartite Mise à disposition des fonds de façon trimestrielle 	MSHP (BSD, PEV, DRS)	<ul style="list-style-type: none"> Procédures Unicef pour les achats réalisés par l'UNICEF vu que le PEV ne dispose pas encore d'un manuel des procédures

4.5. Planification de la transition (le cas échéant, par ex. si le pays se trouve dans une phase de transition accélérée)

Si votre pays est en cours de transition pour mettre fin au soutien de Gavi, veuillez spécifier si votre pays a mis en place un plan de transition. En l'absence de plan de transition, veuillez décrire les plans nécessaires au développement d'une ou plusieurs action(s) en vue de se préparer à la transition.

- Si un plan de transition a été mis en place, veuillez fournir un bref aperçu des éléments suivants :
 - Progression de la mise en œuvre des activités planifiées ;
 - Goulots d'étranglement au niveau de la mise en œuvre et mesures correctives ;
 - Respect du calendrier : les activités sont-elles menées dans les délais ou reportées et, en cas de reports, veuillez indiquer la date de réalisation prévue ;
 - Subvention de transition : veuillez spécifier et expliquer les changements importants proposés pour les activités financées par Gavi à travers la subvention de transition (par ex., abandon d'une activité, ajout d'une nouvelle activité ou modification du contenu/budget d'une activité) ;
 - Si des changements sont requis, soumettre une version révisée consolidée du plan de transition.

Selon la classification de Gavi, la République de Guinée fait partie de la catégorie des pays à «Autofinancement initial» du programme de vaccination avec un Revenu National Brut (RNB) par habitant qui est inférieur ou égal à 1 045 USD. Ainsi, la contribution de l'Etat au cofinancement de ces vaccins est de 0.20 USD par dose.

Le pays n'est pas encore arrivé au stade de planification de la transition. Cependant des activités de plaidoyer sont en cours de mise en œuvre pour voter une loi en faveur de la vaccination et par conséquent augmenter le budget de la santé alloué au PEV.

Un accord tripartite a été signé entre le Gouvernement, GAVI Alliance et l'UNICEF dans le cadre de la gestion de la subvention RSS2 et soutien à la vaccination pour la période 2017-2021. Cette subvention permet de maintenir les acquis antérieurs et cible 21 districts sanitaires prioritaires à faible performance sélectionnés suivant des critères bien définis, répartis dans 8 Régions.

Pour rappel, les critères utilisés pour classer les DS à faible performances sont les suivants:

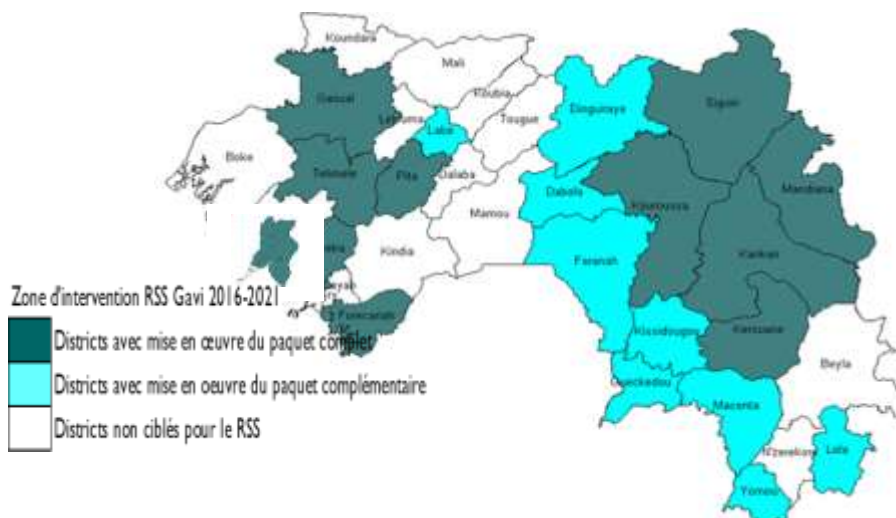
1. CV Penta 3/VAR <80 % ;
2. % d'enfants 12-23 mois n'ayant reçu aucune dose de vaccin en routine ;
3. Absence de PTF dans les districts.

Pour le soutien de Gavi, ces 21 districts sanitaires ont été subdivisés en deux catégories selon la complémentarité des interventions à mener :

a) Catégorie 1 (12 DS) : Mise en œuvre du paquet complet (Plan GEV, renforcement des capacités du personnel, mécanisme de coordination, monitoring...), ce sont : Kankan, Mandiana, Kouroussa, Kérouané, Siguiri, Forécariah, Dubréka, Telimele, Gaoual, Matoto, Ratoma et Pita.

b) Catégorie 2 (9 DS) : les districts pour lesquels sera fourni le paquet complémentaire (vaccins/logistique) aux interventions proposées par les PTF présents dans ces localités. Il s'agit entre autres de la Banque Mondiale (Projet d'Amélioration des Services de Santé Primaires), du FM (soutien au renforcement du système de santé à travers le Sida, le Paludisme et la Tuberculose), de la Coopération Allemande (Projets d'amélioration de la couverture en santé maternelle et infantile dans les zones vulnérables), de la Coopération Française (renforcement de capacité diagnostique biomédicale des établissements de santé), de l'USAID (Projet de surveillance et de la sécurité internationale en santé). Ces districts sont : Labé, Dabola, Dinguiraye, Faranah, Kissidougou, Gueckedou, Macenta, Lola et Yomou.

Zones d'intervention de GAVI-RSS2



Notons qu'une réévaluation est actuellement en cours pour revoir la classification des districts sanitaires prioritaires qui devront bénéficier de la subvention RSS2.

Sur le plan pérennité, cette subvention s'inscrit dans la continuité et l'extension des interventions précédentes de Gavi. En 2017, l'Etat a recruté et engagé 4 460 agents de santé tout profil confondu.

Les initiatives actuelles de l'Etat sont entre autres: le recrutement graduel de 2 000 agents de santé par an; la mise en œuvre du compact national, l'accroissement de la subvention en faveur des structures sanitaires; l'engagement à rehausser progressivement la part du budget alloué au secteur de la santé de 4% en 2016 à 10 % d'ici 2020; l'alimentation conséquente de la ligne budgétaire et le décaissement effectif des fonds

pour la vaccination. Il est également prévu de renforcer le cadre consultatif avec les PTF et l'appropriation progressive par l'Etat des ressources domestiques du financement du secteur de la Santé. Toutes ces initiatives de collaboration vont dans le sens de la pérennité des investissements.

4.6. Assistance technique

- *Décrire l'approche stratégique à adopter pour la fourniture d'une assistance technique permettant d'améliorer la couverture et l'équité, dans le but d'atteindre les enfants sous-vaccinés et non vaccinés (par ex. soutien intégré, soutien infranational, soutien des partenaires élargis, etc.)*
- *Sur la base des rapports relatifs aux étapes et aux fonctions du PEF, fournir un résumé des progrès des partenaires dans la fourniture de l'assistance technique.*
- *Souligner les progrès et difficultés liés à la mise en œuvre du plan de TA.*
- *Indiquer tout amendement/changement apporté à l'assistance technique que vous prévoyez actuellement pour le reste de l'année.*

Assistance Technique UNICEF PEF 2017

- 1 assistant technique NOC (spécialiste du renforcement du système de Santé) recruté en 2017 qui a assuré l'appui à la Planification stratégique et la redevabilité, l'inter-sectorialité du PEV et l'appui au fonctionnement des instances de coordination (Inter-sectorialité) PEV/RSS : (i) 100% des réunions des comités techniques régionaux de la santé (CTRS) dans les 8 régions sanitaires et 38 districts ont été tenues, (ii) mise en place des cadres de redevabilités dans 13 communes à faible couvertures vaccinale des régions de Kankan et Faranah ; (iii) Appui à la planification nationale et décentralisée en utilisant les outils harmonisés de planification ; (iv) appui à l'élaboration de 8 plans d'action opérationnel régionaux de santé intégrés et du Plan d'action opérationnel conjoint du secteur santé.
- 1 assistance technique P3 responsable de la chaîne de froid et logistique a appuyé l'organisation de la chaîne de distribution des vaccins et des intrants, renforcé le Système de contrôle et de surveillance de la température et contribué à mettre en œuvre le plan d'amélioration de la GEV, appui au renforcement des capacités en gestion logistique : (i) 178 agents de santé et prestataires ont été formés en gestion efficace des vaccins (GEV), 7. 240 agents vaccinateurs formés en vaccination pratique y compris la gestion efficace des vaccins ; (ii) Disponibilité et partage du SMT : le SMT a été disponible. Cependant, des retards ont été accusés dans sa mise à jour et dans le partage avec les partenaires. Une analyse est faite et partagée ;
- L'UNICEF a également bénéficié de 5 assistances techniques NOB (1 basé à Conakry et 4 dans les bureaux de zone) qui ont appuyé la mise en œuvre de l'approche Atteindre chaque enfant (ACE) avec la prise en compte des groupes spécifiques et des populations difficiles à atteindre. Ils ont aussi contribué à la mise en œuvre des stratégies innovantes pour la réduction des iniquités. Appui technique et financier a la mise en œuvre des supervisions formatives dans les communes de convergences notamment ceux d'accès difficile des régions Labé, Kankan et Faranah (16 CS) avec un fort plaidoyer auprès des autorités administratifs et locales en faveur de la vaccination, le rattrapage des fiches en souffrances, la cartographie des zones d'accès difficile, la mise à jour des points de stratégies avancées. Appui à la réalisation des micro planifications et mise en œuvre des stratégies avancées dans les communes de convergence.

Assistance technique PEF OMS 2017 :

- Mise en place du GTCV en prélude de l'introduction de nouveaux vaccins: 2 assistants techniques (1 P3 et 1 NOB) ont été recrutés pour élaborer et faire valider les TDRs des membres du groupe. L'arrêté portant création du GTCV a été également élaboré et signé.
- 1 assistant technique a été recruté pour suivre l'élaboration et la signature de l'arrêté portant création du Comité National des Experts MAPI ainsi que la validation du Guide de surveillance des MAPI. Les documents techniques validés par le CCIA et ces arrêtés ministériels de ces comité et groupe permettront aux membres de tenir les différentes réunions techniques dans le cadre de la gouvernance du système de vaccination.
- Sur le plan de la logistique, 2 experts (1 national et 1 international) ont été recrutés par l'OMS et un plan opérationnel de gestion des déchets biomédicaux a été élaboré, disponible et non validé.
- Le processus de recrutement de 9 gestionnaires des données pour le renforcement de la qualité des données de vaccination a débuté en 2017 et a été effectif en février 2018. Ces 9 Data Managers travaillent actuellement sur l'amélioration de la qualité des données (complétude/promptitude,

cohérence interne des données, l'élaboration et la mise en œuvre de micros -plan d'amélioration de la qualité des données de vaccination dans les districts sanitaires etc...).

Assistance JSI 2017

L'assistance technique additionnelle a été fournie par JSI au PEV en 2017 et assuré par 1 Conseiller Technique et 1 Technicien en logistique PEV basés à la Coordination du programme. 4 domaines d'intervention ont été ciblés et les activités planifiées ont été exécutées. Ces domaines sont :

- Appui de la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District/ Atteindre Chaque Communauté (RED / REC) dans 3 régions
- Renforcement des capacités du personnel y compris ceux récemment recrutés dans la région de Conakry, en vue d'une gestion appropriée de la vaccination de routine,
- Amélioration du système de suivi de la vaccination et l'utilisation des données de qualité pour la prise de décision
- Mise en œuvre du plan d'amélioration de la gestion des vaccins et du système logistique.
- En plus, JSI a appuyé le niveau central dans la planification et la mise en œuvre d'autres activités selon la demande du PEV (AVS, surveillance, évaluation risque TMN et DQS, etc..).

Assistance Technique RSS2/TCA

Le processus de recrutement des assistances techniques a débuté en 2017 et s'est poursuivi en 2018 (dont certains sont en cours), ce sont notamment :

UNICEF

Au cours de l'année 2018, l'assistance technique fournie par UNICEF s'est investie dans le processus de transfert des compétences au niveau national, régional et district. La participation active aux instances de coordination au niveau national pour assurer le suivi de la mise en œuvre des exigences en matière de gestion des subventions issues de l'évaluation des capacités des programmes ; ce qui a permis la mise en place des 2 comptables au sein de l'équipe PEV central (dès le mois de septembre 2018), l'évaluation des comptables régionaux avec la mise en place d'un plan de renforcement des capacités, l'élaboration du manuel de gestion financière des fonds du ministère de la sante avec l'implication de l'IGF et de la DAF du ministre de la sante ; le processus de sélection et recrutement des 21 points focaux. Un G6 comptable RSS2 recrutée par UNICEF est déployée au PEV pour renforcer l'unité comptable du PEV. Un plaidoyer de haut niveau a permis l'appropriation du CCE OP avec un engagement du ministère de la sante dans la prise en charge des frais de dédouanement et la réhabilitation des sites devra recevoir le matériel de chaîne de froid. Le processus de facilitation de l'audit de la subvention de RSS1 réalisée en 2018, la mise à disposition des outils de gestion comptables dans les DRS/DPS depuis 2017 suivi des vérifications ponctuelles et des visites programmatiques. Un appui technique et financier à l'élaboration des documents stratégiques en l'occurrence le plan d'élimination de la rougeole, le plan CAR 2019 et le plan d'introduction du VAR 2 en PEV terme, la revue externe du PEV et l'évaluation conjointe. Au niveau de la communication, une assistance à la mise en place du processus de contractualisation avec les OSC, les chaînes de radio télévisées nationales et de proximité et un appui au processus de mise en place d'un mécanisme de coordination et de suivi des activités de communication pour la promotion de la sante a été une opportunité pour redynamiser les structures de participation communautaire.

Ces résultats ont été obtenus avec l'appui des ressources humaines fournies dans le cadre de l'assistance technique en 2018 dont 2 P3 (1 spécialiste immunisation et 1 spécialiste Chaîne de froid/logistique), 7 NOB (5 immunisations, 1 technicien de maintenance et 1 C4D), 8 NOA C4D et 1 G6 comptable

OMS :

- 1 P3 (revue externe du PEV)
- 1 NOC (revue externe du PEV)
- 1 NOB Data manager
- 8 NOA Datas managers

A souligner qu'en dépit des progrès (Documents stratégiques du PEV élaborés, mise en place des groupes techniques, mise en œuvre de l'approche Atteindre chaque enfant (ACE) prenant en compte les populations difficiles à atteindre et du plan d'amélioration de la GEV) des difficultés liées à la mise en œuvre du plan de TA ont émaillé le cours normal du plan d'AT. Il s'agit entre autres :

- Des difficultés de mobilisation des Assistants technique au niveau international
- Du délai court du temps de consultation pour les internationaux

- De la sous-estimation de certains coûts
- Du retard de mise à disposition des fonds TCA-Gavi
- De l'interférence des activités opérationnelles (campagnes de masse de vaccination...)
- Appropriation lente des exigences en matière de gestion des fonds

5. MISE À JOUR DES RÉSULTATS ISSUS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE

Fournir le statut des actions stratégiques hiérarchisées, identifiées dans la précédente évaluation conjointe,¹⁶ et toute autre recommandation significative du Comité d'examen indépendant ou du Panel d'examen de haut niveau (le cas échéant).

Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe	Statut actuel
1. Rendre effective l'indépendance vaccinale (achat des vaccins/ intrants/OG par l'État + cofinancement)	En cours
2. Mettre en œuvre le PIC	
3. Impliquer la société civile dans la communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale en faveur du PEV/ en mettant en place un cadre de coordination	En cours
4. Améliorer la gouvernance, le leadership et le management des services de vaccination à tous les niveaux	En cours
5. Répartir de façon équitable les RH sur toute l'étendue du territoire	Réalisé: près de 4460 nouveaux agents recrutés et affectés dans les régions et districts sanitaires
6. Insérer la vaccinologie dans les curricula de formation des agents de santé	En cours de Réalisation avec l'appui de l'OMS
7. Renforcer la logistique : CdF, transport (Camions, véhicule 4x4, Motos), Monitoring de T° de la CdF	En cours
8. Réviser, harmoniser et diffuser les outils de gestion du PEV à tous les niveaux	Réalisé
9. Renforcer le SNIGS y compris la Gestion/qualité des données de vaccination	En cours
10. Assurer un meilleur suivi et encadrement des agents de santé à travers des missions de supervision régulières	Réalisé
11. Améliorer la couverture sanitaire y compris l'extension des services de vaccination en incluant le secteur privée, confessionnel, services de santé militaires, Poste de santé	En cours
Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)	Statut actuel

Si les résultats n'ont pas été abordés et/ou les actions consécutives à ces résultats n'ont pas été mises en place, veuillez fournir une rapide explication et clarifier s'ils seront considérés comme des priorités dans le nouveau plan d'actions (voir section 6 ci-dessous).

6. PLAN D' ACTIONS : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN RESSOURCES/SOUTIEN IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE

*Résumer brièvement les **principales activités à mettre en œuvre l'année suivante** grâce à la subvention Gavi, notamment, le cas échéant, toute introduction de vaccins dont la demande a déjà été approuvée, la*

¹⁶ Veuillez vous reporter à la section « Hiérarchisation des besoins des pays » du rapport d'évaluation conjointe de l'année précédente

préparation de nouvelles demandes, la préparation de demandes d'investissement pour d'autres vaccins et/ou des plans relatifs aux subventions du RSS et de la POECF.

Dans le cadre de ces activités planifiées, et en se basant sur les analyses fournies aux sections précédentes, veuillez décrire les cinq **principales constatations prioritaires et actions à mettre en œuvre afin d'améliorer l'impact du soutien de Gavi ou d'atténuer les risques futurs pouvant toucher les performances du programme et des subventions.**

Veuillez indiquer si des modifications au soutien de Gavi seront nécessaires, telles que :

- Des modifications des cibles du pays, telles qu'elles ont été précédemment établies, soit dans le cadre du Grant Performance Framework (GPF) ou dans le cadre de la demande de renouvellement du SVN soumise au 15 mai ;
- Des plans pour modifier toute présentation ou type du vaccin ;
- Des plans pour utiliser les possibilités disponibles de réallocation des fonds budgétés, afin de se concentrer sur les zones prioritaires identifiées.

Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année suivante :

Objectif 1 : Accroître de 52% en 2015 à 80% en 2021 la fonctionnalité des districts sanitaires, en particulier les 21 districts cibles

1. Appuyer le fonctionnement des instances de coordination à tous les niveaux (CCSS, CRCSS, CPCSS, CTC, CTRS, CTPS/CTCS, CTSPS et les revues annuelles conjointes du secteur santé);
2. Soutenir la mise en place des cadres de redevabilité du système de santé au niveau central et déconcentré;
3. Soutenir la mise en place d'un cadre de mobilisation des ressources domestiques en vue de la création d'un fonds commun pour le RSS et la vaccination en tenant compte de l'équité;
4. Soutenir le recrutement et le renforcement des capacités en mettant en place un système de motivation attractif et de fidélisation du personnel de santé.
5. Rendre fonctionnel le groupe technique consultatif sur la vaccination (GTCV) et le comité MAPI

Objectif 2 : Augmenter de 53% en 2015 à au moins 80% en 2021 la couverture des enfants complètement vaccinés dans les 21 districts sanitaires cibles

1. Soutenir l'introduction des services de vaccination fixe, accessible et de qualité dans 300 nouveaux sites de vaccination (postes de santé, structures privées associatives, confessionnelles, garnisons) et appuyer les activités de stratégies avancées et mobiles;
2. Assurer la mise en œuvre effective et la supervision de l'approche ACD/ACC/ACE dans les 21 districts sanitaires cibles en tenant compte de la dimension de l'équité dans la vaccination;
3. Soutenir l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine tout en renforçant la surveillance des MAPI et des maladies évitables par la vaccination.

Objectif 3 : Porter le score moyen de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) de 37% en 2016 à au moins 80% en 2019 et maintenir cette performance jusqu'en 2021

1. Mettre en œuvre le plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV) élaboré en 2016;
2. Renforcer la chaîne d'approvisionnement en quantité et en qualité (Chaîne du froid, logistique) soutenue par un système d'information logistique robuste et un système de maintenance fonctionnel et décentralisé;
3. Construire un dépôt central et un nouveau siège de la coordination du PEV.
4. Doter les centres de santé de la zone ciblée en incinérateurs solaires de petite capacité.

Objectif 4 : D'ici 2021, au moins 95% de la population cible dans les 21 districts sanitaires retenus demandent les services de vaccination comme un droit

1. Organiser des séances de plaidoyer auprès des autorités, députés, leaders communautaires et religieux, société civile, opérateurs économiques pour leur implication et soutien aux activités de vaccination;
2. Appuyer l'intensification des activités d'information, de masse medias et de sensibilisation des communautés à la base afin d'augmenter leur niveau de connaissance et d'adhésion sur la vaccination;
3. En plus de l'analyse sur l'équité dans l'immunisation qui devrait être réalisée par l'UNICEF, il sera organisé une enquête socio-anthropologique en vue d'identifier les goulots d'étranglements liés à la vaccination en vue de transformation des paradigmes et perceptions péjoratives sociétales en vision positive sur la vaccination.

Objectif 5 : Réduire l'écart entre les données administratives et les données d'enquête de couverture vaccinale du Penta3 de 30 points en 2015 à 5 points en 2021

Évaluation conjointe (JA complète)

1. Soutenir les activités de collecte, d'analyse, de transmission, de diffusion, d'archivage et d'auto évaluation de la qualité des données (DQS) et de contrôle de qualité des données de santé (DQA) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en lien avec le Dhis2 et le DVD-MT ;
2. Appuyer la réalisation des activités de formation, de supervision intégrée, de monitoring décentralisé et de revues;
3. Réaliser des études et enquêtes pour l'évaluation des effets des interventions de santé et la compréhension des causes des goulots (Enquête CAP, Enquête d'Évaluation de couverture, Études socio-anthropologiques).
4. Mettre en place et rendre fonctionnel le comité d'amélioration de la qualité des données
5. Intégrer les données du PEV dans le DHIS2 et assure l'interopérabilité entre le DVD-MT et le DHIS2

Principal résultat/action 1	La mise en place d'un cadre de redevabilité qui intègre le mécanisme de performance des DRS/DPS avec redéfinition des rôles de l'assistance technique mise en place dans le cadre du RSS2 au niveau intermédiaire ;
Réaction actuelle	Pilote PBF sous le finement de la banque mondiale
Actions convenues du pays	- révision du cadre institutionnel des DRS et DPS en fonction de leurs missions de coordination
Produits/résultats escomptés	- Mise en place des outils d'évaluation de la fonctionnalité des districts - cadre de redevabilité qui intègre le mécanisme de performance des DRS/DPS mis en place
Calendrier associé	Avant fin 2019
Ressources/soutien nécessaires	Appui des partenaires techniques et financiers
Principal résultat/action 2	Organisation d'une campagne de suivi contre la rougeole en novembre 2019
Réaction actuelle	En attente d'approbation et financement par Gavi
Actions convenues du pays	Document validé par le CCIA et soumis dans le portail de Gavi
Produits/résultats escomptés	Au moins l'immunité de 95% des enfants cibles est renforcée contre la rougeole
Calendrier associé	Chronogramme élaboré et disponible
Ressources/soutien nécessaires	\$ 3 774 119
Principal résultat/action 3	Introduction du VAR2 dans la vaccination de routine en décembre 2019
Réaction actuelle	La demande de soutien de la Guinée a été soumise dans le portail de Gavi pour appui technique et financier.
Actions convenues du pays	Document validé par le CCIA et soumis à Gavi et la prise en compte des observations par Gavi par rapport à la demande de la Guinée
Produits/résultats escomptés	la deuxième dose du VAR est introduite dans la vaccination de routine
Calendrier associé	Chronogramme élaboré et disponible
Ressources/soutien nécessaires	\$ 422 841
Principal résultat/action 4	CCEOP
Réaction actuelle	Mise en œuvre du CCEOP (arrivée prochain de 848 réfrigérateurs et de 5 Arktek)
Actions convenues du pays	Dédouanement, paiement des frais de transit, mise en place d'un comité technique de suivi et l'agrandissement des portes.
Produits/résultats escomptés	Installation des réfrigérateurs suivis de la fonctionnalité et de la maintenance préventive
Calendrier associé	Mise en œuvre des prochaines étapes
Ressources/soutien nécessaires	\$15 390 320
Principal résultat/action 5	Améliorer la qualité des données du PEV
Réaction actuelle	Poursuivre la mise en place du DHIS2 en y intégrant les indicateurs clés du PEV
Actions convenues du pays	Recruter un IP Data Manager pour une transition au DHIS2 dans le cadre du TCA/OMS

Évaluation conjointe (JA complète)

Produits/résultats escomptés	<ul style="list-style-type: none"> • les indicateurs clés du PEV sont intégrés dans le DHIS2 ; • le CAQD est opérationnel ; • les Data Managers des DRS sont capacités sur le DHS2 • Les plan d'amélioration de la qualité sont élaborés et mis en œuvre dans les districts sanitaires • Au moins 50 points de % d'écart sont réduits entre les Cv autodéclarées et celles vérifiées /auditée;
Calendrier associé	Mai 2019-avril 2020
Ressources /soutien nécessaires	Fonds TCA/2019

7. PROCESSUS D'ÉVALUATION CONJOINTE, APPROBATION PAR LE FORUM DE COORDINATION NATIONAL (CCIA, CCSS OU ÉQUIVALENT) ET COMMENTAIRES COMPLÉMENTAIRES

- *Le Forum de coordination national (CCIA/CCSS ou organisme équivalent) répond-il aux exigences de Gavi (veuillez consulter <http://www.gavi.org/support/coordination/> pour les exigences) ?*
- *Décrire brièvement la façon dont l'évaluation conjointe a été examinée, discutée et approuvée pour le Forum de coordination national pertinent (CCIA, CCSS ou équivalent), y compris les principaux points de discussion, les participants, les principales recommandations et décisions et si le quorum a été atteint. Alternativement, partager le procès-verbal de la réunion soulignant ces points.*
- *Le cas échéant, fournir tout commentaire complémentaire du Ministère de la Santé, des partenaires de Gavi Alliance ou d'autres parties prenantes.*

Le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) pour le Programme Elargi de Vaccination de Guinée a été créé par arrêté Ministériel du 19 janvier 2001. En 2017, sur la base de ses TDR, le CCIA répondait aux exigences de Gavi en termes de composition, de mandat et de gouvernance. Dans un souci de performance et pour tenir compte des retours d'expérience de pays similaires, Gavi a fait une nouvelle demande de structuration de cette instance. Ainsi, courant 2017, des consultations ont débuté auprès de différents membres (PEV, Institutions, CCIA, etc.) et abouti à l'élaboration, validation d'un nouvel arrêté en 2018 et actuellement dans le processus de signature.

8. ANNEXE : Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

*Veuillez confirmer le statut des rapports à Gavi, en indiquant si les rapports suivants ont été téléchargés sur le Portail pays. **Veuillez noter que, dans le cas où les principales exigences en matière de rapports (signalées par un *) ne seraient pas respectées, le soutien Gavi ne sera pas évalué pour un renouvellement.***

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF – Grant Performance Framework) * Rapports sur tous les indicateurs obligatoires			
Rapports financiers *			
Rapports financiers périodiques			
État financier annuel			
Rapport d'audit financier annuel			
Rapport de niveau de stock de fin d'année (qui doit être fourni le 15 mai dans le cadre de la demande de renouvellement de vaccin) *			
Rapports de campagne *			
Rapport technique d'activité de vaccination supplémentaire			
Rapport sur les enquêtes concernant les couvertures des campagnes			
Informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination			
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes			
Revue documentaire annuelle de la qualité des données			

Évaluation conjointe (JA complète)

Plan d'amélioration des données (DIP)			
Rapport de progression sur la mise en œuvre des plans d'amélioration des données			
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)			
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)			
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)			
(POECF) : inventaire mis à jour des ECF			
Évaluation post-introduction (EPI)			
Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans			
Plan opérationnel pour le programme de vaccination			
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS			
Rapports spécifiques au VPH			
Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF			

Si toutefois l'un des rapports demandés n'est pas disponible au moment de l'évaluation conjointe, veuillez indiquer à quel moment le document/les informations manquant(es) sera (seront) disponible(s).

9. ANNEXE : synthèse des recommandations de l'évaluation conjointe

N°	Recommandation	Responsable	Deadline	Partenaires d'appui
1	Elaborer le plan opérationnel annuel du PEV 2019 avec budget détaillé	Coordination nationale du PEV	Avant fin 2018	Partenaires de l'Alliance
2	Elaborer les micro-plans budgétisés sur 13 districts avec le nombre d'enfants vaccinés plus important (inclus des stratégies urbaines ciblées)	Coordination nationale du PEV	Avant fin trimestre 1, 2018	Partenaires de l'Alliance
3	Engager le processus d'élaboration pour de la proposition complémentaire avec les fonds du plafond du RSS2			Partenaires de l'Alliance
4	Finaliser le processus de vérification des compétences des comptables des DRS et de communiquer au Secrétariat la situation sur d'éventuels recrutements qui seraient requis/	Secrétariat général de la santé	Avant fin septembre 2018	Partenaires de l'Alliance
5	Finaliser la revue externe du PEV et partager le rapport avec les partenaires et le consultant qui faciliter la préparation du PAO 2019 du PEV	Coordination nationale du PEV	Avant fin 2018	Partenaires de l'Alliance
6	Communiquer au secrétariat de Gavi, la décision sur l'option retenue pour la construction du magasin stockage et locaux du PEV	Coordination nationale du PEV	Avant fin 2018	Partenaires de l'Alliance
7	Finaliser et rendre opérationnelle la modélisation de la chaîne	Coordination nationale du PEV	Avant fin 2018	Partenaires de l'Alliance

d'approvisionnement avec révision des schémas de distribution des vaccins
Finaliser et rendre opérationnelle la modélisation de la chaîne d'approvisionnement avec révision des schémas de distribution des vaccins