

Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2019- Guinée

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, concernant 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 31 mars : Présentation du rapport de s**
- **tock de fin d'année**
- **Au 15 mai : Présentation de la demande de renouvellement** des vaccins sur le portail pays (comprenant la présentation des objectifs actualisés, des taux de perte, des demandes de changements, le cas échéant, etc.)
- **4 semaines avant l'évaluation conjointe :**
 - **Soumission** sur le portail pays **de tous les documents de rapport requis à des fins de renouvellement**, notamment :
 - **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) ;
 - **Soumission de la demande de renouvellement RSS et POECF** (si une nouvelle tranche est requise) sur le portail pays, notamment du budget de 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.

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

- *Les informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination (requisés pour tous les pays) ;*
- *Les exigences relatives aux données et aux enquêtes (requisés pour tous les pays) ;*
- *La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV) (requis pour tous les pays) ;*
- *L'inventaire mis à jour des ECF (requis uniquement pour les pays qui reçoivent un soutien POECF) ;*
- *Le rapport spécifique sur le vaccin contre le papillomavirus humain (le cas échéant) ;*
- *L'évaluation de fin de subvention RSS (le cas échéant) ;*
- *Les rapports d'évaluation post-introduction (le cas échéant) ;*
- *Les plans de transition Gavi et/ ou anti-poliomyélite ou informations relatives à la cartographie des actifs (le cas échéant) ;*
- *Les examens du Programme élargi de vaccination (PEV)/ rapport de mise en œuvre du plan d'action (le cas échéant) ;*
- *Le rapport de l'enquête de couverture post-campagne (le cas échéant) ;*
- *Toute autre information, telle que des engagements supplémentaires pris par une partie tierce dans le secteur privé.*

Remarque : Si les demandes de renouvellement et les 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 de 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	GUINEE
JA complète ou JA mise à jour¹	<input checked="" type="checkbox"/> JA complète <input type="checkbox"/> JA mise à jour
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	Du 25 au 30 Aout 2019 à Conakry- Guinée
Participants / affiliation ²	Ministère de la sante, Ministère des Finances, Ministère du Plan et de la Coopération, MATD, Gouvernorat de la ville de Conakry , Associations des Maires de communes de Guinée, Société Cicile – CNOSCG, INS, Commission santé de AN, Parlement des Enfants de Guinée, Comité National Polio, GTCV, SG Aff Religieuses, Ministère Communication, Ministère des actions sociales, Ministère de l'éducation, OMS, UNFPA, UNICEF, USAID , JICA , Rotary, Projet Banque Mondiale (PASSP), HKI, CDC,JHPIEGO, Dalberg , GAVI, BMGF, Stat View,UE, GIZ, AFD, OOAS,OIM,ONG nationales et Internationales
Fréquence des rapports de résultats	Annuelle
Période fiscale³	1e Janvier au 31 Decembre 2018
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	5 ans, soit de 2016 à 2020
Groupe de transition Gavi/de cofinancement	<i>Autofinancement initial</i>

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 <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que la demande de renouvellement de vaccins contient une demande de changement?	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> S/O <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien au RSS	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/> S/O <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien à la POECF	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/> S/O <input type="checkbox"/>

2. PORTEFEUILLE DE SUBVENTIONS DE GAVI

Soutien aux vaccins existants (à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

Introduit / Campagne	Date	Couverture 2017 (WUENIC) par dose	Objectif 2018		Valeur approx. USD	Observation
			%	Enfants		
DTC-HepB-Hib	--- 2008	DTC-HepB-Hib 1: 63%	95	413,959	868,500	Ce montant représente 76% du volume total des achats. Les appuis ont respecté le principe d'autofinancement initial (20% du pays et 80% Gavi)
		DTC-HepB-Hib 2: xx%	90	392,171		
		DTC-HepB-Hib3: 45%	85	370,384		
VAA	---2002	ND	85	305,022	434,000	Ce montant représente 83,2% du volume total des achats.
VPI	Novembre 2015	VPI 1: 45%	70	370,384	320,500	Ce montant représente 100% du volume total des achats. L'état n'a pas

¹ Des informations sur la différence entre JA complète et JA mise à jour sont disponibles dans le document *Directives sur le reporting et les renouvellements du soutien de Gavi*, <https://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>

² Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

³ Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

Évaluation conjointe (JA complète)

	Indicateur de résultats intermédiaires	Objectif	Réalisés
1.2a	% des 21 districts sanitaires ayant réalisé une supervision formative intégrée au cours des 3 derniers mois	100%	
1.2b	% des 38 districts sanitaires ayant réalisé une supervision formative intégrée au cours des 3 derniers mois	100%	
1.3a	% de districts sanitaires ayant tenu un Comité Technique Préfectoral de la Santé (CTPS) durant les 6 derniers mois dans les 21 Districts sanitaires (D	100%	
1.3b	% de districts sanitaires ayant tenu un CTPS durant les 6 derniers mois dans les 38 DS ;	100%	
Ob2 : Augmenter de 53% en 2015 à au moins 80% en 2021 la couverture des enfants complètement vaccinés dans les 21 districts sanitaires cibles			
2.1a	% de nourrissons survivants ayant reçu le Penta 3 en stratégie avancée dans les 38 districts sanitaires	95%	41%
2.1b	% de nourrissons survivants ayant reçu le Penta 3 en stratégie avancée dans les 21 districts appuyés par GAVI	95%	40%
2.2a	% de nourrissons survivants ayant reçu le Penta 3 en stratégie fixe dans les 21 districts appuyés par GAVI	95%	59%
2.2b	% de nourrissons survivants ayant reçu le Penta 3 en stratégie fixe dans les 38 districts sanitaires	95%	57,4%
2.3	% de points de stratégies avancées visités (prestations) par mois dans les 38 districts	95%	62% ⁹ .
Ob3 : 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			
3.1	Score de la Gestion Efficace des Vaccins	80%	ND
3.2a	Nombre de structures sanitaires disposant d'au moins un réfrigérateur avec un enregistreur continu de température fourni par la plateforme (CCEOP)	1346	226
3.2b	Nombre de Poste de Santé/structures privées et confessionnelles qui n'avaient pas d'équipements de chaînes de froid et qui en ont bénéficié grâce à la plateforme (CCOEP)	966	226
3.3	Pourcentage de formations sanitaires qui ont une chaîne de froid solaire fonctionnelle pendant les 3 derniers mois	100%	90%
Ob 4: 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.			
4.2	Nombre de plateformes communautaires opérationnelles en faveur de la vaccination	61	0
Ob5 : 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			
5.1	Pourcentage des districts sanitaires ayant fournis la totalité et dans les délais les rapports statistiques du PEV pour le dernier mois	95%	87%
5.2	Complétude des rapports au niveau des districts sanitaires pour le dernier mois	100%	100%
5.3	Pourcentage des structures de vaccination dont les données dans les sources primaires correspondent à celles transmises au niveau supérieur (contrôle de qualité)	95%	ND
Observations			
Les indicateurs relatifs aux objectifs 1 et 2 ont été réalisés de façon appréciable. En 2018, le plan d'amélioration de la GEV était en début de mise en œuvre. Nous notons que 62% des points de stratégies avancées ont été visités (prestations) selon les données collectées dans le rapport du RSS2 2018. Ces données sont déjà paramétrées dans le logiciel DHIS2. Pour la génération de la demande, 49/61 contrats avec les OSC ont été signés et leur opérationnalisation est programmée pour 2019. Bien que la complétude et la couverture administrative soient au-delà de 80%, il existe des écarts importants allant jusqu'à 40 points entre ces données de couverture et les données d'enquête. Par exemple, en 2018, l'écart entre les données administratives et celles de WENIC est de 55 points pour le penta3.			

⁹ Rapport RSS2 2018

Assistance ciblée par pays du PEF: Partenaires principaux et partenaires élargis au [insérer la date] (à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

	Année	Financement (USD x 1000)			Personne l en place	Jalons atteints	Observations
		Appr.	Versé	Util.			
UNICEF	2018 (TCAs)	66,096	66,096	20%	1 NoC RSS2	L'approche Atteindre chaque enfant (ACE) est mise en œuvre dans tous les districts sanitaire	Le déploiement de l'assistance technique en 2018 a été tributaire de la complétude par le pays, des mesures additionnelles de gestions des fonds.
	2018 (TCAs)	199,584	199,584	5%	4 NoB Immunisation	Renforcement du système de monitoring de la performance du PEV à travers des le DQS dans certaines aires de sante	
	2018 (RSS2)	??	??	18,189	1 NoB-	Cartographie de la chaine de froid mise à jour	
	2018	>>	??		1 G6 comptable	Plan HACT mis en place	

3. CHANGEMENTS RÉCENTS 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 adverses post-immunisation graves et inattendues, etc.).

Pour les **pays confrontés à de la fragilité, touchés par des situations d'urgence et accueillant des réfugiés**¹⁰: : Veuillez indiquer si une certaine flexibilité dans la gestion de la subvention est demandée et spécifier si les demandes de renouvellement du RSS ou de vaccins 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 insistant sur le personnel de santé et la surveillance. 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.

En 2018, le pays n'a pas connu d'événements majeurs sur le plan socio politique pouvant impacter les performances du programme. Cependant, sur le plan du financement du secteur de la santé, le taux de décaissement de la contrepartie de l'état reste faible bien que le budget alloué au secteur de la santé soit passé de 2.4% en 2010 à 7.4% en 2018. Par ailleurs, on note des contraintes liées au retard par le pays dans la mise en place des mesures additionnelles ayant influencé la programmation globale des activités de la subvention RSS2. Aussi, aucun décaissement n'a été initié en faveur du PEV central et du Bureau de stratégie et de développement (BSD), retard dû à la faible complétude des mesures de gestion des risques fiduciaires en vue de la consolidation des états financiers. Par ailleurs d'autres facteurs rentrent en ligne de compte, notamment, (i) l'insuffisance du cadre de redevabilité, (ii) l'insuffisance de la transparence des différents financements qui adressent les missions des DRS/DPS rendant non seulement les appuis fragmentés mais aussi le suivi des engagements difficiles et freine la performance liée aux prestations des services, (iii) la faible documentation et développement des stratégies innovantes pour la réduction des iniquités au niveau des districts sanitaires et des communautés et (iv), l'insuffisance des ressources humaines qualifiées et en nombre insuffisant.

¹⁰ Pour de plus amples informations, veuillez consulter <http://www.gavi.org/about/programme-policies/fragility-emergencies-and-refugees-policy/>

Sur le plan épidémiologique, le pays a enregistré 34 flambées de rougeole confirmées par le laboratoire avec 359 cas de rougeole IGM+. Les fiches d'investigation des cas positifs en 2018 indiquent que 88,6% de ces cas ne sont pas vaccinés ou ont eu un statut vaccinal inconnu. Cette récurrence de la rougeole montre la faible performance de la vaccination systématique confirmée par l'estimation WEUNIC (OMS/Unicef) en VAR qui est restée stationnaire à 48% de 2014 à 2018. L'enquête des facteurs de persistance des épidémies de rougeole réalisée en 2018 a aussi relevé le niveau en deçà des normes, de connaissance, attitude et pratiques de la population en matière de vaccination.

Bien que la Guinée ait été déclassée de la liste des pays en épidémie de poliomyélite, elle demeure cependant vulnérable.

4. Problèmes (risques) futurs potentiels

Veillez adopter 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, des changements prévus et des besoins à anticiper). P. ex. les défis potentiels en matière de sécurité dus à de prochaines élections, les risques de réticence à la vaccination, les ruptures de stock ou l'expiration de vaccins, ou des risques pour un retrait viable du soutien de Gavi.

Sur la base des évaluations actuelles des risques du pays, veuillez 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 7 ci-dessous).

1. Le pays envisage cette année et l'année prochaines, l'organisation des consultations électorales nationales. Cette situation laisse présager un risque de troubles dans une ambiance de défiance entre les acteurs politiques pouvant entraîner la persistance des mouvements de protestations. Un plan de contingence national est nécessaire à cet effet.
2. Le taux de décaissement des fonds alloués par l'état au secteur de la sante reste faible. Il y'a lieu d'améliorer ce taux de décaissements des budgets alloués aux activités du PEV à plus 18%.
3. Le PEV en Guinée reste très tributaire des financements extérieurs. L'Etat assure le co-financement et investit dans l'achat des vaccins dits traditionnels. Par contre, les couts opérationnels de vaccination sont essentiellement assurés par les financements extérieurs. Un plan stratégique des financements innovants est en cours d'élaboration pour prendre en compte ces besoins. En plus, il est à noter de la signature d'un partenariat PPP avec la Chambre des Mines de Guinée (CMG) en aout 2019 pour favoriser les activités de vaccination dans les zones minières.
4. La faiblesse des capacités des formations sanitaires en matière de surveillance à base communautaire et du système d'alerte précoce contribue au développement d'un climat favorable à l'émergence et à la persistance des foyers d'épidémies telles que la rougeole. De plus, il n'est pas à négliger la possibilité de transmission transfrontalière en rapport avec les maladies à potentiel épidémique. A cet effet, le pays prévoit l'introduction de la 2^{eme} dose de VAR dans son calendrier vaccinal et l'organisation d'une campagne de suivi pour permettre de réduire le risque potentiel de survenue des épidémies de rougeole.
5. Depuis l'instauration de la politique de la gratuité de certaines prestations (Soins obstétricaux, prise en charge du paludisme etc.), les centres de santé éprouvent des difficultés à supporter certaines dépenses de fonctionnement (dépenses incompressibles et autres dépenses) avec comme conséquence une forte dépendance aux financements extérieurs. Des efforts sont en train d'être fourni par le gouvernement pour financer certains couts de prestations dont la vaccination par les collectivités à travers l'ANAFIC (agence nationale de financement des collectivités).
6. La démarche de planification des stratégies fixes et avancées n'est pas très bien maitrisée par les équipes cadres des districts. Même avec les données démographiques aussi fouillées, les populations cibles de ces stratégies sont calculées à partir des moyennes proposées par le niveau central, ce qui faussent les réalités des prestations de service vaccinal au niveau périphérique. L'analyse de l'équité en vaccination et l'approche de dénombrement communautaire sont en cours dans le cadre du déploiement de la santé communautaire pour améliorer cette démarche.

5. 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 contenir une analyse de la couverture et de l'équité vaccinales et un examen des principaux facteurs de faiblesse de la couverture.*

Évaluation conjointe (JA complète)

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 de la qualité est considéré comme une source importante d'analyses et peut servir à documenter 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.

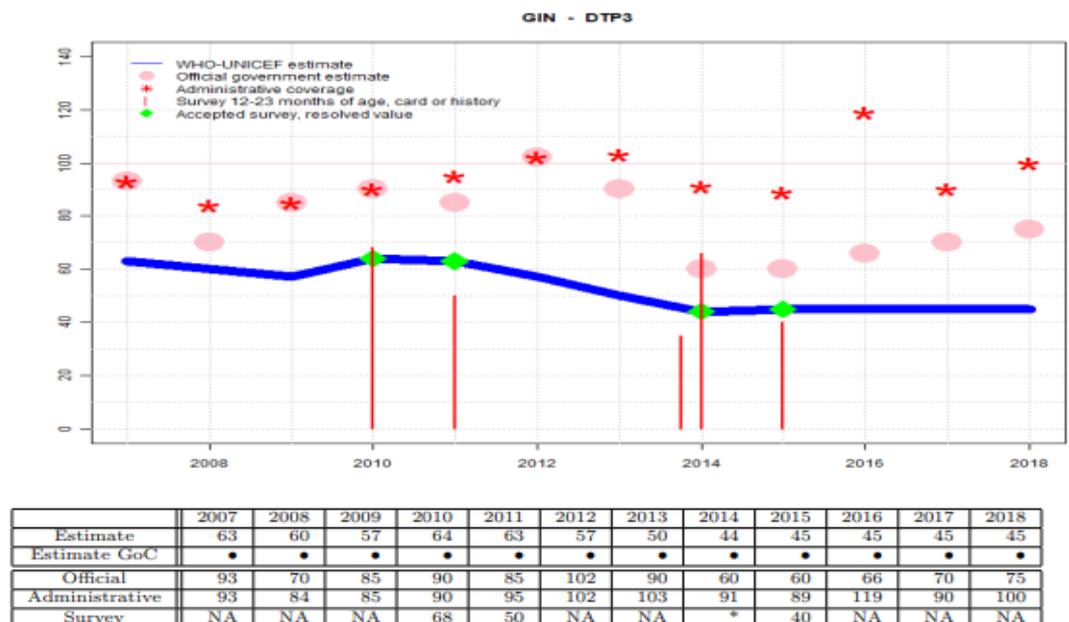
5.1. Couverture et équité en matière de vaccination

Veillez fournir une **analyse nationale et infranationale** 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 et les réponses aux épidémies observées depuis la dernière évaluation conjointe.**

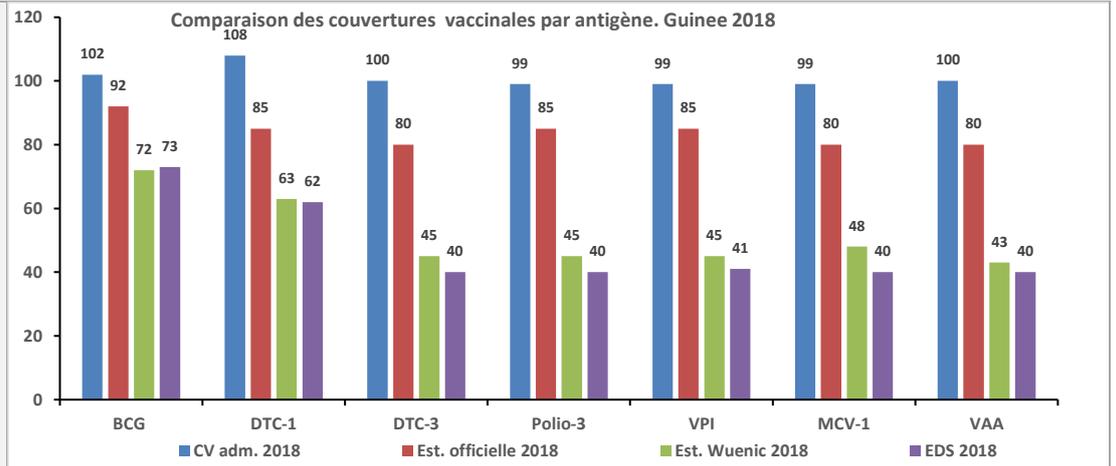
- Fournir une analyse des tendances en matière de **couverture et d'équité** au sein des différentes zones géographiques, des statuts socioéconomiques, dont les barrières sexospécifiques, des populations et des communautés, notamment **des bidonvilles, des populations rurales isolées et des zones de 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 présentent les taux de couverture les plus faibles et le nombre le plus élevé d'enfants sous-vaccinés, les taux d'abandon les plus importants ou ceux qui sont 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 **réalisations vis-à-vis des cibles convenues** dans le cadre national de suivi-évaluation (M&E) (et qui figurent dans le Cadre de performance des subventions (GPF - Grant Performance Framework)). Le cas échéant, les raisons pour lesquelles les cibles n'ont pas été atteintes, en identifiant les zones de sous-performance, les goulots d'étranglement et les risques.

Couverture:
DTC3, VAR2, etc.

La situation du pays pour l'année 2018 se présente comme suit avec des données harmonisées sur notre cadre de performance :

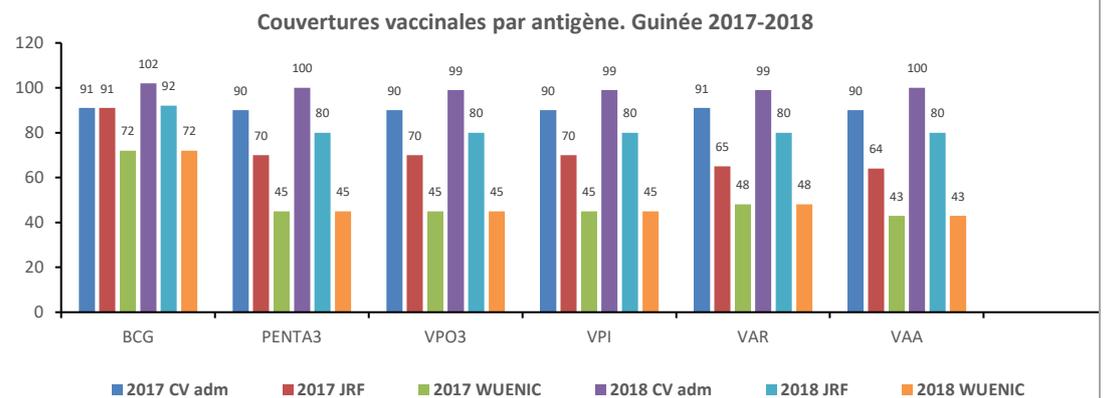


Évaluation conjointe (JA complète)



Au niveau national, en 2018 suivant le graphique ci-dessus, on note des variations importantes entre les couvertures vaccinales administratives et celles estimées (JRF et WUENIC) pour tous les antigènes. Les écarts sont constatés entre autres pour le DTC-3 (100% vs 45%), VPO-3 (99% vs 45%), VPI (99% vs 45%), MCV1 (99% vs 48%) et le VAA (100% vs 43%). Aussi, selon les résultats de l'EDS 2018, chez les enfants de 12-23 mois, des écarts ont été observés au niveau de tous les antigènes DTC-3 (100% vs 40%), VPO-3 (99% vs 40%), VPI (99% vs 41%), MCV1 (99% vs 40%) et le VAA (100% vs 40%).

En définitif, les tendances montrent une différence nette, en baisse entre les couvertures d'enquête et celles administratives. Il est de même entre les couvertures estimées et administratives.



Il ressort de ce graphique que les couvertures administratives ont connu une amélioration entre 2017 et 2018. Pour le Penta3, la couverture est passée de 90% à 100%. Selon le JRF, les couvertures ont connu une légère augmentation pour tous les antigènes, sans pourtant atteindre les objectifs. Cependant, les couvertures vaccinales selon le WUENIC sont stationnaires depuis 2015 en dépit des progrès menés en termes d'offres de services de vaccination.

Selon le DVD-MT de 2018, au niveau infranational, les couvertures vaccinales administratives varient d'un district à l'autre pour tous les antigènes. On note que 31 districts sur 38 ont atteint une couverture vaccinale de 90%, 5 districts ont des couvertures entre 80 et 90% (Dinguiraye, Koundara, Labé, Matam, Ratoma) et 2 districts ont des couvertures les plus basses comprises entre 50 et 80% (Dubréka 75% et Téliélé 80%). Aucun district n'a enregistré une couverture inférieure à 70%.

Tableau n° 1 : Nombre d'enfants non vaccinés par district en Penta et VAR en Guinée 2018

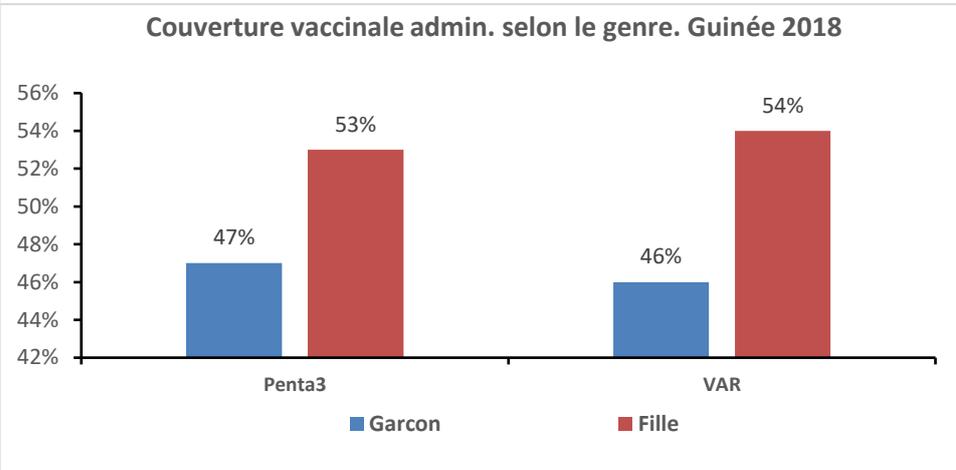
Districts	Penta1	Penta3	VAR	Districts	Penta1	Penta3	VAR
Boffa			260	Coyah			927
Boké			1 008	Dubréka	3 606	4 420	4 152
Fria			62	Kindia	281	1 022	823

Évaluation conjointe (JA complète)

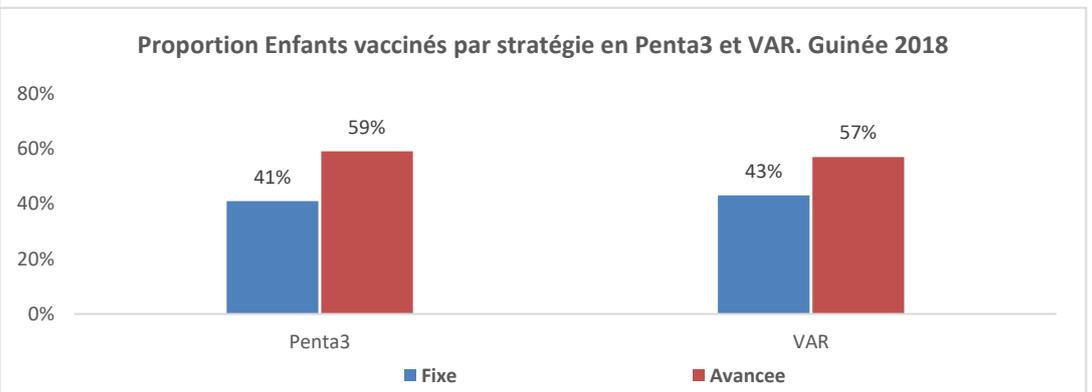
	Gaoual	784	407		Télimélé	2 283	2 390																																																																																											
	Koundara	319	713	573	Koubia	47	157	212																																																																																										
	Kaloum		9		Labé	378	1 360	2 006																																																																																										
	Matam	886	1 071	1 100	Lélouma		203	835																																																																																										
	Ratoma	1 813	3 203	1 541	Mali		757	1 195																																																																																										
	Dabola			260	Tougué		87	182																																																																																										
	Dinguiraye	427	908	1 115	Mamou			218																																																																																										
	Faranah		42	75	Pita		587	1 062																																																																																										
	Kérouané		344		Beyla		196	923																																																																																										
	Kouroussa		593		Lola		411	987																																																																																										
	Mandiana		15	1 049	Macenta			55																																																																																										
	Siguiri		488	2 722	N'Zérékoré			501																																																																																										
	<p>L'analyse de ce tableau indique que le plus grand nombre d'enfants (plus de 3000) non vaccinés pour le Penta3 se trouvent dans les districts sanitaires de Ratoma et Dubréka. A ces deux districts sanitaires, s'ajoutent les districts de Siguiri et Télimélé qui ont plus de 2000 enfants non vaccinés au Penta3.</p> <p>Pour l'antigène VAR, le plus grand nombre d'enfants (plus de 3000) non vaccinés sont dans le district sanitaire de Dubréka, suivi de 7 autres districts avec plus de 2000 enfants non vaccinés (voir tableau ci-dessous).</p>																																																																																																	
Couverture:	<p><i>P. ex. au niveau infranational:</i> <i>District 1: 5M d'enfants sous-vaccinés</i> <i>District 2: 1,2M d'enfants sous-vaccinés</i> <i>District 3: 2M d'enfants sous-vaccinés</i></p>																																																																																																	
Nombre absolu d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés																																																																																																		
Équité:	<p>Analyse supplémentaire d'Équité liée à la vaccination :</p> <p>Tableau : Caractéristiques sociodémographiques selon l'EDS V- 2018 pour les indicateurs traceurs</p>																																																																																																	
<ul style="list-style-type: none"> • Richesse (p. Ex. quintiles supérieurs/inférieurs) • Education (p. Ex. instruits/non instruits) • Hommes-femmes • Urbain-rural • Culture, autres groupes ou communautés systématiquement marginalisés, p. ex. de minorités ethniques et religieuses, enfants ou femmes dispensateurs de soins avec un statut socioéconomique faible, etc. 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Caractéristiques</th> <th style="width: 10%;">Penta3</th> <th style="width: 10%;">VAR</th> <th style="width: 10%;">ECV</th> <th style="width: 10%;">Aucun vaccin</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Sexe</td> </tr> <tr> <td>– Masculin</td> <td>42,2%</td> <td>41,8%</td> <td>20,3%</td> <td>22,2%</td> </tr> <tr> <td>– féminin</td> <td>37,9%</td> <td>37,0%</td> <td>17,1%</td> <td>22,4%</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Milieu de résidence</td> </tr> <tr> <td>– Urbain</td> <td>51,6%</td> <td>53,0%</td> <td>24,3%</td> <td>9,2%</td> </tr> <tr> <td>– Rural</td> <td>35,3%</td> <td>33,7%</td> <td>16,4%</td> <td>27,9%</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Niveau d'instruction</td> </tr> <tr> <td>Aucun</td> <td>36,2%</td> <td>36,8%</td> <td>17,3%</td> <td>25,9%</td> </tr> <tr> <td>Primaire</td> <td>42,8%</td> <td>40,1%</td> <td>14,8%</td> <td>19,4%</td> </tr> <tr> <td>Secondaire et plus</td> <td>57,3%</td> <td>52,0%</td> <td>28,7%</td> <td>7,7%</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Quintile de bien-être économique</td> </tr> <tr> <td>Plus bas</td> <td>26,2%</td> <td>27,3%</td> <td>11,1%</td> <td>37,9%</td> </tr> <tr> <td>Second</td> <td>38,6%</td> <td>31,6%</td> <td>16,6%</td> <td>25,9%</td> </tr> <tr> <td>Moyen</td> <td>38,5%</td> <td>41,9%</td> <td>19,9%</td> <td>24,0%</td> </tr> <tr> <td>Quatrième</td> <td>47,3%</td> <td>43,0%</td> <td>21,5%</td> <td>10,4%</td> </tr> <tr> <td>Plus élevé</td> <td>54,6%</td> <td>59,4%</td> <td>27,2%</td> <td>8,1%</td> </tr> <tr> <td>Ensemble</td> <td>40,2%</td> <td>39,5%</td> <td>18,7%</td> <td>22,3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>L'EDS 2018, montre que la couverture vaccinale varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques. La proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (24,3% contre 16,4%). Les résultats selon les régions mettent en évidence des écarts avec une couverture vaccinale de base variant d'un minimum de 8 % à Labé à un maximum de 37 % à Conakry et 36 % à Kankan.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pour l'ensemble des variables observées, le pourcentage de garçons est supérieur à celui des filles (20,3% d'enfants complètement vaccinés chez les garçons contre 17,1% chez les filles) ; avec une différence sexo-spécifique la plus faible, de 8%; – Un grand nombre d'enfants vaccinés a été observé en milieu urbain (24,3% contre 16,4% en milieu rural) ; 								Caractéristiques	Penta3	VAR	ECV	Aucun vaccin	Sexe					– Masculin	42,2%	41,8%	20,3%	22,2%	– féminin	37,9%	37,0%	17,1%	22,4%	Milieu de résidence					– Urbain	51,6%	53,0%	24,3%	9,2%	– Rural	35,3%	33,7%	16,4%	27,9%	Niveau d'instruction					Aucun	36,2%	36,8%	17,3%	25,9%	Primaire	42,8%	40,1%	14,8%	19,4%	Secondaire et plus	57,3%	52,0%	28,7%	7,7%	Quintile de bien-être économique					Plus bas	26,2%	27,3%	11,1%	37,9%	Second	38,6%	31,6%	16,6%	25,9%	Moyen	38,5%	41,9%	19,9%	24,0%	Quatrième	47,3%	43,0%	21,5%	10,4%	Plus élevé	54,6%	59,4%	27,2%	8,1%	Ensemble	40,2%	39,5%	18,7%	22,3%
Caractéristiques	Penta3	VAR	ECV	Aucun vaccin																																																																																														
Sexe																																																																																																		
– Masculin	42,2%	41,8%	20,3%	22,2%																																																																																														
– féminin	37,9%	37,0%	17,1%	22,4%																																																																																														
Milieu de résidence																																																																																																		
– Urbain	51,6%	53,0%	24,3%	9,2%																																																																																														
– Rural	35,3%	33,7%	16,4%	27,9%																																																																																														
Niveau d'instruction																																																																																																		
Aucun	36,2%	36,8%	17,3%	25,9%																																																																																														
Primaire	42,8%	40,1%	14,8%	19,4%																																																																																														
Secondaire et plus	57,3%	52,0%	28,7%	7,7%																																																																																														
Quintile de bien-être économique																																																																																																		
Plus bas	26,2%	27,3%	11,1%	37,9%																																																																																														
Second	38,6%	31,6%	16,6%	25,9%																																																																																														
Moyen	38,5%	41,9%	19,9%	24,0%																																																																																														
Quatrième	47,3%	43,0%	21,5%	10,4%																																																																																														
Plus élevé	54,6%	59,4%	27,2%	8,1%																																																																																														
Ensemble	40,2%	39,5%	18,7%	22,3%																																																																																														

Évaluation conjointe (JA complète)

Pour le niveau d'instruction, la proportion d'enfants complètement vaccinés varie avec le niveau d'instruction des parents (28,7% pour le secondaire et plus contre 17,3% pour les parents avec aucun niveau d'instruction) ;
Plus le niveau économique est élevé, plus la proportion d'enfants complètement vaccinés est élevée (27,2% contre 11,1% chez les plus bas).



L'analyse des données administratives montre que la proportion des filles vaccinées est supérieure à celle des garçons pour le Penta3 et le VAR (53% contre 47% en Penta3 et 54% contre 46% en VAR) voir graphique ci-dessus. Par contre, les données d'enquête comparées à celles administratives selon le sexe indiquent que la proportion des garçons vaccinés est supérieure à celle des filles.



Par rapport aux 2 stratégies de vaccination les plus utilisées dans le pays, on note une proportion d'enfants vaccinés plus élevée en stratégies avancées pour le VAR et le Penta3.

5.2. Principaux facteurs de couverture et d'équité durables

*Veillez résumer brièvement les systèmes et programmes de santé qui déterminent les niveaux de couverture et d'équité, sur la base des principaux domaines indiqués ci-dessous, **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 et à l'amélioration de la viabilité des programmes¹¹. S'il n'y a pas de mises à jour, veuillez en indiquer la raison.*

- **Personnel sanitaire** : disponibilité, compétences et répartition du personnel sanitaire.
- **Chaîne d'approvisionnement** : intégration, planification et prévisions de l'approvisionnement, 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'approvisionnement¹². Cette section pourrait être

¹¹ 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/>

¹² Vous trouverez plus d'informations à cette adresse : <http://www.gavi.org/support/hss/immunisation-supply-chain/>

documentée par les tableaux de bord et les outils disponibles, par exemple le tableau de bord de gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccins, qui relie la Carte de score de maturité de la GEV et les indicateurs DISC (Tableau de bord de la chaîne d'approvisionnement en vaccins).

- **Prestation de services et génération de la demande**¹³ : principaux résultats liés à l'amélioration de la qualité des services et aux stratégies d'engagement communautaire, à l'accès, disponibilité et état de préparation des soins de santé primaires/ des services de vaccination, aux stratégies d'intégration et de rentabilisation, aux stratégies de génération de la demande de services de vaccination, aux calendriers de vaccination, etc.
- **Barrières liées à l'inégalité des sexes rencontrées par les soignants**¹⁴ : 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.).
- **Système de données/ d'information** : Forces et difficultés relatives aux données vaccinales (système de collecte et rapportage des données de routine, intégration au système d'information sanitaire, enquêtes régulières, enquêtes ciblées, qualité des données, utilisation des données, Liens avec les systèmes de surveillance) aux niveaux national et infranational.
- **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/ de district et des équipes de santé chargées de gérer la vaccination (par ex., les défis liés aux structures, au personnel ou aux capacités) : utilisation des données pour les analyses, gestion et supervision des services de vaccination ; coordination de la planification, prévision et budgétisation, coordination relative aux aspects réglementaires, et 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 de la couverture et de l'équité, l'évaluation post-introduction, la GEV ou tout autre plan national, ou les principaux résultats issus des rapports d'évaluation indépendants disponibles¹⁵.

Personnel sanitaire : au cours des prochaines années, le Ministère de la Santé en collaboration avec celui de la Fonction Publique compte recruter environ 5 000 nouveaux agents y compris les relais communautaires (RECOs) pour renforcer le système de santé en particulier au niveau communautaire. Ces nouvelles ressources permettraient de renforcer le système d'encadrement, d'offre de service, de demande et ainsi contribuer au développement des activités de vaccination au niveau décentralisé. Par ailleurs, pour pérenniser les effectifs au niveau des collectivités locales, le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD) poursuit le processus de mise en place de la fonction publique locale à court terme.

La chaîne d'approvisionnement des vaccins n'est pas intégrée à la chaîne nationale d'approvisionnement. Après une analyse, les facteurs d'intégration ne sont pas réunis notamment en ce qui concerne le site d'implantation. La planification et les prévisions de l'approvisionnement sont faites au troisième trimestre de l'année n-1 à travers l'outil "Forecast" en collaboration avec les partenaires. Un plan d'approvisionnement est élaboré en début d'année en tenant compte des cibles à vacciner, des objectifs de couverture vaccinale et des taux de perte assignés. Cette planification n'est pas toujours respectée en raison des interférences liées aux campagnes de vaccinations souvent reportées et de la non disponibilité des fonds à temps pour assurer les approvisionnements des districts et des centres de santé en vaccins et matériels de vaccination.

¹³ Pour des conseils liés à la génération de la demande, consultez la page <https://www.gavi.org/library/gavi-documents/guidelines-and-forms/programming-guidance---demand-generation/>

¹⁴ 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, l'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.

¹⁵ 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)

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) les pannes de certains 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) 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 et mis en œuvre dont le taux de réalisation est résumé dans le tableau ci-dessous.

Domaine fondamental	Activités						
	Nombre planifié	Nombre réalisé	% de réalisation	Nombre en cours de réalisation	% en cours de réalisation	Non réalisé	% Non réalisé
Remodelage/optimisation du système	11	6	55%	3	27%	2	18%
Gestionnaire du système logistique	7	4	57%	2	29%	1	14%
Données pour la gestion du système logistique	7	3	43%	2	29%	2	29%
Equipement de la chaîne de froid	21	12	57%	2	10%	7	33%
Amélioration continue du système	1	0	0%	0	0%	1	100%
Total	47	25	53%	10	21%	12	26%

Le taux de réalisation s'est nettement amélioré, passant de 10 activités réalisées soit 21% en 2017 à 25 soit 53% en 2018. 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 par l'installation des chambres froides solaires. En ce qui concerne l'optimisation et la modélisation de la chaîne d'approvisionnement des vaccins, le processus est en cours. Le second atelier planifié en Novembre 2018 a été réalisé. 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. Il a été mis en place une Unité de Gestion Logistique qui sert de plateforme au PEV pour les questions logistiques. L'outil de gestion des intrants du PEV (SMT) est analysé mensuellement et partagé avec tous les partenaires.

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. Une seconde chambre froide positive de 40 m³ est en instance d'installation. En 2018, 240 réfrigérateurs solaires sans batterie (SDD) ont été acquis pour le renforcement des capacités de stockage des districts et le remplacement des réfrigérateurs vétustes, en panne et non conformes aux normes au niveau des centres de santé. Le processus d'installation des chambres froides solaires au niveau régional est en cours. Quatre cent douze (412) glacières ont été réceptionnées pour le renforcement des capacités de transport des vaccins au niveau régional et district. Des kits de maintenance et de protection individuelle ont été mis à la disposition du niveau central, régional et district. Les chambres froides centrales ont été sécurisées avec l'installation de 4 régulateurs de tension. Dans le cadre du CCEOP, 848 réfrigérateurs et 5 glacières à longue durée de conservation (Arkteks) ont été réceptionnés, transportés et stockés

au niveau des dépôts des représentants locaux de deux fabricants et au niveau du PEV. Pour ce faire, 247 sur les 848 réfrigérateurs ont été installés en 2018. En plus, 240 réfrigérateurs solaires de grande capacité acquis sur fonds de l'UNICEF ont été également réceptionnés. Un technicien de maintenance a été recruté pour apporter un appui au niveau central.

iii) Suivi de la température: Un enregistreur continu de température (MULTiLOG2) a été installé dans les chambres froides centrales et la cartographie de toutes les chambres réalisées. Les réfrigérateurs des dépôts de districts sanitaires et des 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. Un système d'analyse de la température des chambres froides a été mis en place.

iv) Distribution: L'inventaire des immobilisations de Gavi et d'autres partenaires a été réalisé et le rapport est en cours de finalisation. Les 6 camions prévus pour le niveau central et régional seront commandés après réception du rapport de l'inventaire des immobilisations de Gavi et autres partenaires. Les 818 motos acquises en 2018 ont été déployées au niveau opérationnel. Le circuit actuel de distribution des intrants n'intègre pas le niveau régional. Le processus de modélisation en cours permettra de redéfinir un circuit approprié.

v) Ressources humaines : Neuf (09) gestionnaires de données ont été recrutés dont huit (08) déployés dans les régions sanitaires et un (01) au niveau central. Les 21 points focaux ont signé leur contrat et seront déployés incessamment dans les districts prioritaires. Un technicien de maintenance a été également recruté pour appui au niveau central. Huit (08) médecins en charge de la vaccination sont en poste dans chaque région sanitaire depuis 2018. En termes de formation, le personnel de santé a bénéficié d'une formation en gestion efficace des vaccins dans toutes les 8 régions sanitaires du pays.

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. Le niveau central, régional et district disposent de matériel informatique pour la gestion des données. Le SMT est utilisé pour la gestion des stocks au niveau central, le DVD-MT est utilisé pour le suivi des données de vaccination et de gestion des vaccins au niveau régional et district. Le DHIS2 est utilisé également au niveau des districts et de 178 centres de santé. 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, cependant leur utilisation nécessite un renforcement de capacité.

En dépit de ces acquis, il faut signaler que des difficultés d'ordre financier ont entravé la mise en œuvre du plan d'amélioration et du plan d'approvisionnement. En effet, 25 activités sur les 47 planifiées en 2018, soit 57% ont été réalisées, 10 soit 21% en cours de réalisation et 12 soit 26% non réalisées.

Le niveau de satisfaction des besoins des districts sanitaires est relativement faible compte tenu de l'insuffisance de financement et la non harmonisation de l'estimation des besoins entre les districts sanitaires et le niveau central (PEV).

Identification et synthèse des activités logistique et vaccins		
Domaines	Problèmes prioritaires	Pistes de solution
Installation des chambres froides régionales	<ul style="list-style-type: none"> Choix du scénario de l'installation Insuffisance de financement pour les travaux d'installation 	<ul style="list-style-type: none"> Formaliser le choix du scénario pour l'installation des chambres froides solaires (Hub ou région ?) Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour les travaux d'installation ;
Modélisation 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 Difficultés financières pour la mise en œuvre du plan de maintenance 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre dans les meilleurs délais la collecte et l'analyse des données. Faciliter les procédures de décaissements des fonds pour la mise en œuvre des activités du plan de
Mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV	<ul style="list-style-type: none"> Faible taux d'exécution des activités planifiées dans le plan d'amélioration (25/47 activités réalisées en 2018, soit 57%) due essentiellement à une insuffisance de financement 	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre la mise en œuvre du plan d'amélioration en mettant l'accent sur les activités prioritaires Evaluer la mise en œuvre du plan au niveau des régions et districts
Approvisionnement en intrants	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de mise en œuvre de plan d'approvisionnement due essentiellement à une insuffisance de financement Non harmonisation de l'estimation des besoins entre les districts et le niveau central 	<ul style="list-style-type: none"> Prévoir des fonds sur le budget national pour assurer l'approvisionnement en vaccins Former les districts en gestion efficace des vaccins

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.

Prestations de services

Dans l'ensemble du pays la vaccination de routine se fait selon 2 stratégies selon qu'on soit dans une grande ville ou en zone enclavée :

- La stratégie fixe est réalisée tous les jours ouvrables (lundi au samedi) dans les centres de santé pour tous les antigènes sauf le BCG, le VAA et VAR qui sont administrés 2 fois dans la semaine au cours desquels des messages sur l'importance de la vaccination sont diffusés.
- La stratégie avancée est réalisée selon le planning avec une moyenne de 2 sorties par mois et par aire de santé.

Toutes fois ces stratégies en vigueur ne permettent pas d'atteindre tous les enfants cibles du PEV.

En milieu urbain la prestation est confrontée à certains défis tels que l'émergence des structures privées dont la majeure partie n'offre pas les services de vaccination, la non maîtrise du flux de populations entre les quartiers et secteurs, d'autres facteurs socioculturels et politiques à l'origine des rumeurs, de mauvaises interprétations. Cette situation est en train de corriger avec l'installation des réfrigérateurs solaires dans une centaine de structures privées, associatives, confessionnelles et des forces armées pour élargir l'offre de vaccination de qualité en faveur de la population.

Quant aux zones enclavées comme les régions montagneuses, les îles, et des mines etc, la principale problématique réside dans la faible accessibilité (géographique, faible niveau de vie et d'instruction...) aux offres de services de vaccination en plus des facteurs déjà connus.

Les actions ciblant l'amélioration de la prestation des services de vaccination selon le PPAC 2016-2020 visent l'augmentation de 53% en 2015 à au moins 80% en 2021 et l'amélioration de la couverture des enfants complètement vaccinés dans l'ensemble du pays avec un accent particulier sur les 21 districts sanitaires à faible

performance . En revanche, les résultats de l'EDS V conduit en 2018 montre une couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés de 24 %, soit une baisse de 13 % comparée à l'année 2012, où cette couverture était à 37%.

La mise en œuvre du RSS2 constitue une opportunité pour améliorer les défis liés aux prestations de services de façon considérable en tenant compte des différentes spécificités. Cependant au cours de l'année 2018, l'effectivité de cette mise en œuvre n'a été possible qu'à partir du deuxième semestre et principalement au niveau intermédiaire lié du non-respect des conditionnalités pour le décaissement des fonds.

Au niveau central, des activités de supervision formative intégrée ont été réalisées avec l'appui de la Banque mondiale à travers le projet d'appui aux soins de santé primaire (PASSP), dans les districts sanitaires des régions de Labé et Faranah.

Les principales réalisations au niveau opérationnel ont porté sur :

a) le renforcement des capacités des agents de santé au niveau des formations sanitaires des 21 districts prioritaires sur la mise en œuvre de l'approche ACD de façon spécifique et sur la gestion du PEV en général ; la formation des gestionnaires des centres de santé/postes de santé en Gestion Efficace des Vaccins.

Le tableau ci-dessous montre le nombre d'agents formés par région.

Régions	Besoins existants dans les 21 Districts prioritaires	Nombre des personnes formées sur l'ACD/gestion PEV	Nombre des personnes formées GEV	Effets escomptés
DRS N'Zérékoré	490	294	261	Amélioration des compétences techniques des agents de santé en vue d'offrir les services de qualité en matière de vaccination.
DRS Kankan	864	929	130	
DRS Faranah	440	152	229	
DRS Mamou	360	77	114	
DRS Labé	328	111	162	
DRS Kindia	392	69	70	
DRS Boké	392	82	64	
DSVCO	226	104 (40 à Matoto et 60 à Ratoma)	29 (Ratoma)	
Total	3492	1818	1059	

b) la mise en œuvre des activités de stratégies avancées (SA) au niveau des **centres de santé**: sur un besoin total exprimé à 4 875 sites pour l'ensemble des districts sanitaires, 2 272 sites fonctionnels dont 1 891 ont été appuyées au troisième trimestre 2018 dans les DS cibles avec le financement du RSS2. Un Gap non couvert de 1 145 a été constaté. Ainsi, 26 581 séances de stratégies avancées dont 14 450 dans les 21 DS prioritaires ont été réalisées durant l'année 2018 ;

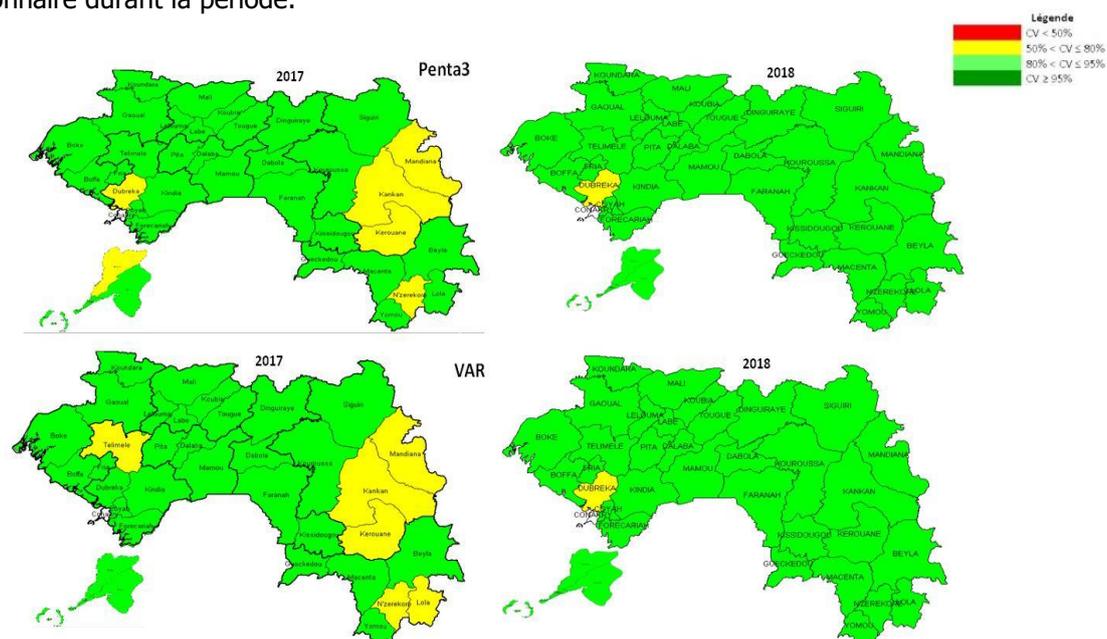
c) les supervisions formatives intégrées réalisées dans 5 districts sur le financement du RSS2 ; par ailleurs, certains districts comme Labé ont eu l'appui d'autres partenaires techniques et financiers comme la banque mondiale, l'Union Européenne, le GIZ..... ;

d) la prise de fonction de 5 consultants NOB vaccination en novembre 2018 a été mise à profit pour faire une analyse rapide du PEV afin d'identifier les goulots d'étranglements depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau de la région (PS, CS, DPS et DRS) ;

e) dans le cadre de l'intégration des activités, l'initiative pilote « 40 communes de convergence » lancée en avril 2018 par le Ministère de la santé et le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD) avec une composante essentielle sur le renforcement de la vaccination de routine a démarré en Juin 2018. Cette initiative a été matérialisé par : la formation de 190 ASC et de 1 855 relais communautaires (RECO) sur les pratiques familiales essentielles (PFE) dont la vaccination en vue d'apporter leur appui non seulement dans la mobilisation sociale mais également dans la recherche active et le rattrapage des enfants non ou insuffisamment vaccinés; le début du processus de dénombrement systématique des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes.

Évaluation conjointe (JA complète)

Tous ces acquis ont permis d'améliorer les CV administratives des DS de façon générale entre 2017 et 2018 comme le montre la figure ci-dessous qui illustre les CV en Penta 3 et VAR. Seul le district sanitaire de Dubréka est resté stationnaire durant la période.



Comparaison des couvertures vaccinales des districts sanitaires en Penta3 et VAR de 2017 et 2018.

En dépit de toutes ces réalisations, il reste toujours des goulots d'étranglements pour lesquels quelques solutions et stratégies ont été identifiées dans le tableau suivant.

Goulots d'étranglement	Solutions/stratégies
La mobilité de la population cible par endroit (contrôle des hors zones), et non maîtrise des cibles des aires de santé	-Réaliser le dénombrement avec codification unique jusqu'au niveau central selon un modèle standard validé par le Ministère de la Santé
Accessibilité géographique difficile pour certaines localités (régions montagneuses, les îles, mines ...)	-Actualiser la cartographie des zones d'accès difficiles en complément de l'analyse de l'équité -Mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles avec les ressources adéquates (humaines, matérielles et financières)
Faible accessibilité de la cible à vacciner en zone urbaine (émergence des structures privées)	-Poursuivre l'implication des structures privées/confessionnelles, les services de santé des armées dans la vaccination de routine -Développer des stratégies spéciales comme la vaccination dans les sites publics comme les marchés, débarcadères, gares...
Le déficit en infrastructures, équipements et en personnel	-Actualiser la cartographie sanitaire -Construire, rénover et équiper les structures sanitaires -Assurer le recrutement et la formation initiale et continue du personnel de santé
Insuffisance de réalisation des stratégies avancées malgré la disponibilité des motos dans les CS ;	-Faire un suivi rapproché du calendrier de MEO des activités de SA planifiés par le district
Insuffisance de supervision à tous les niveaux	-Respecter le calendrier de supervision et le cadre de redevabilité -Rendre disponibles les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la supervision
Le non- respect de la gratuité de la vaccination par endroit et insuffisance de motivation des agents PEV	-Accorder une prime /prix d'encouragement aux agents de PEV performants

Dans le cadre de la politique de la santé communautaire, il est nécessaire de capitaliser les interventions communautaires en vue de passer à l'échelle.

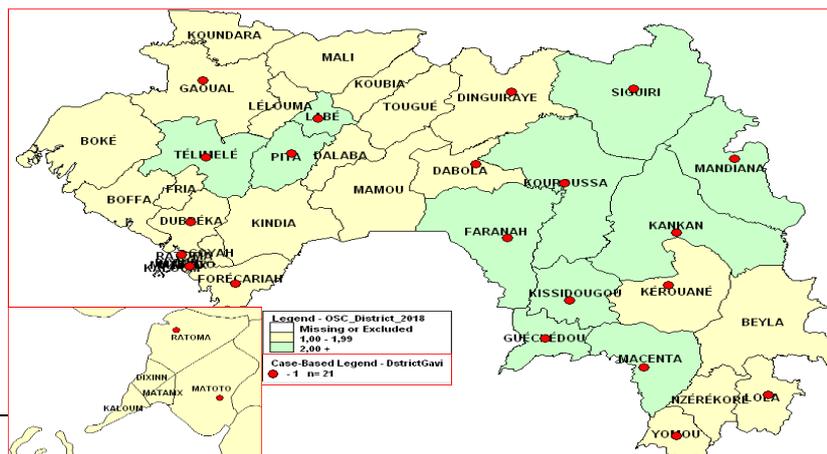
Résultats liés à l'engagement communautaire aux stratégies de génération de la demande de services de vaccination :

En s'inscrivant dans la logique de renforcement du système de budgétisation et de coordination des interventions de promotion de la demande des services de santé, les actions prioritaires ont porté sur :

- **Renforcement de la coordination et du suivi des interventions de promotion de la vaccination :** Un réseau des chargés de communication/mobilisation sociale des DRS, DPS/DCS a été mis en place pour la planification, le suivi et le rapportage des interventions de communication, mobilisation sociale et engagement communautaires en faveur de la vaccination + PFE. 46 points focaux communication sont désignés par notes de service dans tous les districts et régions sanitaires et contribuent au développement d'une bonne stratégie de promotion de la vaccination visant à faire adopter aux individus et aux autres acteurs, des attitudes et comportements favorables à la demande des services offerts.
- **Supports de promotion de la vaccination et outils de suivi :** les calendriers de vaccination (de la femme et de l'enfant) sont élaborés et disponibles pour renforcer le niveau de connaissances des populations sur les différents rendez-vous de vaccination. Egalement, des outils de collecte de données et de suivi des activités de communication à différents niveaux (DRS, DPS, CS) sont élaborés, quantifiés et disponibles au PEV pour documenter les différentes interventions.

Dans le cadre du développement et la diversification des partenariats pour la promotion et la génération de la demande des services de santé y compris la vaccination, des actions ont été menées à différents niveaux :

- **Au niveau national :** Un accord cadre de collaboration a été facilité et signé entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Information et de la Communication en vue de promouvoir les interventions visant à engager les communautés et les autres acteurs en faveur de la promotion des services de santé y compris la vaccination. Cet accord est assorti d'un plan d'action
- **Au niveau opérationnel :** 34 radios rurales/communautaires basées dans les différents districts sanitaires apportent un appui à la promotion de la santé y compris la vaccination. Un total de 64 microprogrammes/émissions ont été produits en langues nationales (Poular, Malinké, Sousou, Pkèlè, ...) et diffusés chaque mois par radio sur les pratiques familiales essentielles, la nécessité de la vaccination, le calendrier vaccinal, la conservation des carnets de vaccination etc.
- **Recrutement et déploiement des ASC/RECO :** l'initiative pilote de 40 communes de convergence et la nouvelle politique de santé communautaire ont été conjointement lancées en avril 2018 par le Ministre de la santé et de l'administration du territoire et de la Décentralisation (MATD). Au total 190 ASC et 1 855 relais communautaires (RECO) ont été recrutés, formés et déployés dans les 40 communes de convergence faisant partie des zones les plus enclavées pour promouvoir la santé communautaire avec un accent sur les services de vaccination. L'existence de ces relais jusqu'au niveau des villages est une opportunité pour atteindre les communautés les plus vulnérables.
- **Contractualisation avec des Organisations de la Société Civile (OSC/OBC) :** 49 OSC/OBC/CONSORTIUM ont été sélectionnées et des accords de partenariat signés à travers un processus décentralisé et participatif placé sous l'autorité des préfets. Des drafts de plans d'actions sont élaborés sur la base d'un diagnostic fait avec les centres de santé sur les obstacles liés à la demande des services de vaccination. La mise en œuvre des activités de promotion de la vaccination + PFE se fera après la formation des représentants des OSC/OBC/CONSORTIUM et la mise à disposition des fonds.



D'autres actions sont en cours en faveur de la promotion de la génération de la demande des services de santé y compris la vaccination à savoir :

Mise en place de cadre de redevabilité au tour du Service Préfectoral de Développement (SPD) : Il sera mis en place au niveau préfectoral (district) sous le leadership du préfet.

Approche : élargir le SPD aux autres acteurs impliqués dans la promotion de la santé pour en faire une plateforme multisectorielle de redevabilité au niveau préfectoral avec la participation des **acteurs internes** (DPS, DPE, DMR, DPJ, l'action sociale, le plan, l'habitat, l'agriculture, l'environnement, la pêche, ...) et des acteurs externes (OSC/OBC, médias et réseaux sociaux, secteur privé, syndicats, les maires, présidents de districts, chefs de quartiers/secteurs, chefs traditionnels et religieux, députés uninominaux).

Action immédiate : Plaidoyer du Ministre d'Etat, Ministre de la Santé auprès du Ministre de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation pour élargir la participation aux sessions du SPD aux acteurs externes (OSC/OBC, médias et réseaux sociaux, secteur privé, syndicats, les maires, présidents de districts, chefs de quartiers/secteurs, chefs traditionnels et religieux, députés uninominaux).

Implication des médias et réseaux sociaux pour la promotion de la sante y compris la vaccination

Stratégie : Opérationnaliser l'accord cadre de collaboration signé par le Ministre de la Santé et le Ministre de la communication à travers l'élaboration de plans d'action

Médias publics (DGRRG et DGRTG) : Sur la base des besoins des districts en termes de promotion de la santé et de renforcement de l'immunisation via les médias, développer et mettre en œuvre des plans d'action annuels

Médias privés (Radios communautaires, commerciales, TV, presse écrite) : Sur la base des besoins des districts en terme de promotion de la santé via les médias, développer et mettre en œuvre des plans d'action annuels au niveau de chaque district sanitaire. Le processus de partenariat doit être totalement inclusif. Les plans d'action seront signés par le DPS, les responsables des médias privés du district et le maire

Réseaux sociaux (sites d'information, facebook, blogueurs, u-report, ...) : Inclure les réseaux sociaux dans les plans de communication en faveur de la promotion de la santé y compris la vaccination

Implication des RECO/ASC dans la promotion de la vaccination et des autres interventions de santé : Les OSC/OBC travailleront en collaboration avec les RECO/ASC pour le rattrapage des perdus de vue et pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des différentes interventions de promotion de la santé y compris la vaccination dans la communauté.

Visibilité du PEV et de la vaccination : Elaborer et diffuser des affiches, des dépliants, des Tshirts, des casquettes, gilets, calendriers de vaccination, à tous les niveaux.

Implication des téléphonies pour la promotion de la sante y compris la vaccination

Organiser une grande réunion de plaidoyer auprès des compagnies téléphoniques (Orange, MTN et Celcom) avec la présentation des attentes du PEV en faveur de l'amélioration des indicateurs. Cette réunion devra déboucher sur des engagements pris par les compagnies téléphoniques dans la suite de la mise en œuvre des recommandations du forum national sur la vaccinaton.

GOULOTS ET PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

Goulots	Propositions de solution
Sur le plan structurel, faible redevabilité des responsables de santé à différents niveaux sur les interventions de promotion de la demande des services de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inscrire les activités de communication et d'engagement communautaire dans les indicateurs de performance des DPS et des chefs de centres/postes de santé
Faible appropriation des services de vaccination par la communauté	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contractualisation avec les OSC/OBC pour la promotion de ma vaccination+ PFE et le renforcement de leurs capacités
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etablir des partenariats avec les medias, les reseaux sociaux et les telephonies pour la promotion de la vaccination +PFE

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etablir des partenariats avec les ministères de la jeunesse et de l'éducation pour engager les structures de jeunes et les responsables de l'éducation à différents niveaux ainsi que les élèves en faveur de la promotion de la vaccination + PFE
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faible niveau de mobilisation et d'allocation des ressources pour la génération de la demande des services de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intégrer la vaccination dans le Plan Annuel d'Investissement des communes et redynamiser les COSAH ➤ Allouer au moins 15% du budget de la vaccination à tous les niveaux en faveur des interventions de promotion de la demande des services de vaccination
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insuffisance de données qualitatives sur la perception des communautés sur l'importance et l'utilisation des services de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser une enquête/étude sur le changement de comportement pour améliorer les interventions en faveur de la génération de la demande des services de vaccination

Barrières liées à l'inégalité des sexes rencontrées par les soignants :

Les barrières rencontrées par les soignants qui entraînent l'iniquité dans l'immunisation sont entre autres : la religion, les cultures, les préjugés, les mœurs. 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. 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, les migrants, les groupes religieux, les populations en transhumance et celles des zones minières sont aussi des facteurs entravant l'équité. Cette situation est en cours de correction avec la conduite de l'analyse de l'équité en vaccination dans 12 DS au courant de cette année 2019. Sur cette base, des micros plans existent pour la relance du PEV en vue de toucher les populations les plus marginalisées.

En plus de ces éléments s'ajoutent des problèmes énumérés dans le tableau ci-après.

Tableau : autres problèmes et pistes de solutions

Domaines	Problèmes	Pistes de solutions
Barrières liées à l'inégalité des sexes rencontrées par le	Problèmes liés à la maîtrise des cibles opérationnelles ;	Dénombrer la cible opérationnelle du PEV dans les 38 districts sanitaires
	Faible utilisation des services de vaccination (MAPI et Rumeurs);	Renforcer la sensibilisation et l'information des parents en faveur de la vaccination ; Augmenter le nombre de points de stratégies avancées.
	Absence de cartographies des enfants à vacciner et à rattraper ;	Localiser les enfants cibles par zone
	Faible proportion des structures privées et confessionnelles intégrées à la vaccination systématique ;	Poursuivre le processus d'intégration des structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles dans la vaccination
	Faible connaissance des parents sur l'importance de la vaccination ;	Renforcer la sensibilisation des parents sur l'importance de la vaccination
	Insuffisance des outils de collecte des données adaptés à la vaccination ;	Doter toutes les structures de vaccination en outils de gestion appropriés

Système de données / d'information

La promptitude des rapports mensuels de vaccination pose d'énormes problèmes au niveau national. Elle varie de 67% dans la région de Faranah à 100% dans les régions de Labé et Mamou. Quant à la complétude, elle est de 100% avec un retard de plus de 3 mois pour tous les districts, toutes les régions dans l'ensemble du pays.

Les **goulots d'étranglement** sont entre autres :

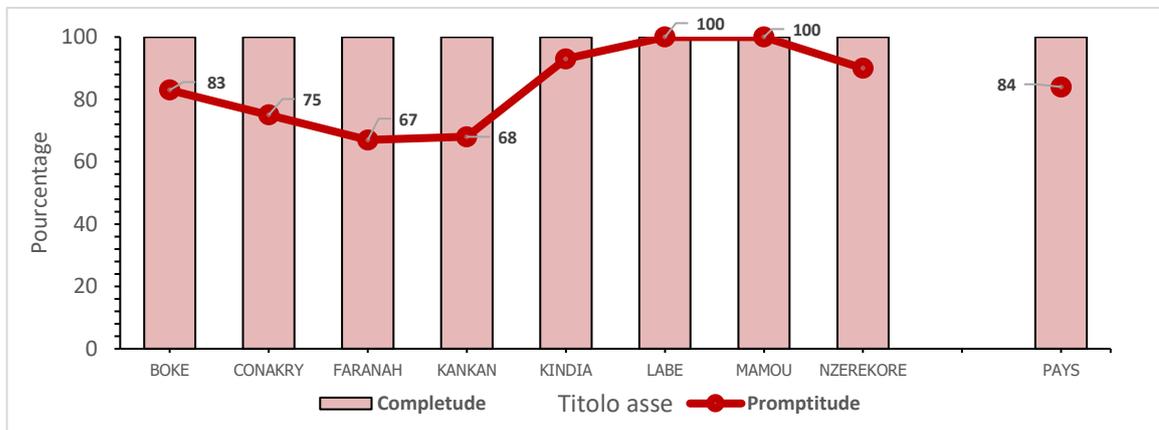
- Insuffisance de personnel formé dédié à la gestion des données surtout dans les structures privées ;

- Insuffisance dans l'application du cadre de redevabilité ;
- Faible suivi des recommandations ;
- Insuffisance d'outils de gestion des données de vaccination ;
- Faible intégration du secteur privé dans le SNIS ;
- Insuffisance de supervision formation couplée avec le DQS ;
- Interférence des activités ;

Actions prioritaires

- Rendre fonctionnel le comité qualité des données au national, régional et district (Création et mise en œuvre des TDR) ;
- Rendre disponible les outils de gestion dans toutes les structures intégrées ;
- Assurer la formation du personnel / Conduire les missions de supervision formative couplées au DQS ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de suivi évaluation du PEV
- Revue annuelle des données de vaccination/élaboration PAQD 2021-2025 ;
- Mettre en place une fonction publique locale pour le recrutement des agents de santé ;
- Assurer le suivi des résolutions des recommandations issues des revues trimestrielles avec une feuille de route.

Le graphique ci-dessous présente la promptitude et la complétude des rapports mensuels de vaccination (RMV) enregistrées en 2018 par région et au niveau national.



Graphique : Promptitude et complétude de rapports de vaccination par Région. Guinée 2018

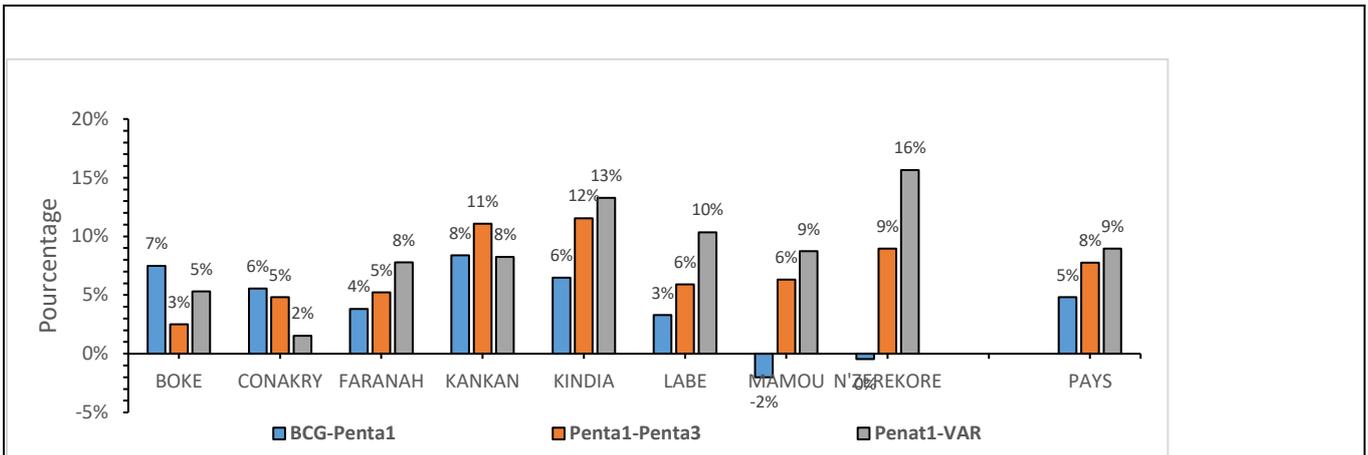
Au cours de l'année 2018, les 38 districts sanitaires utilisent le DHIS2 dans lequel les données de vaccination sont saisies mensuellement.

Situation sur la transition sur le DHIS2

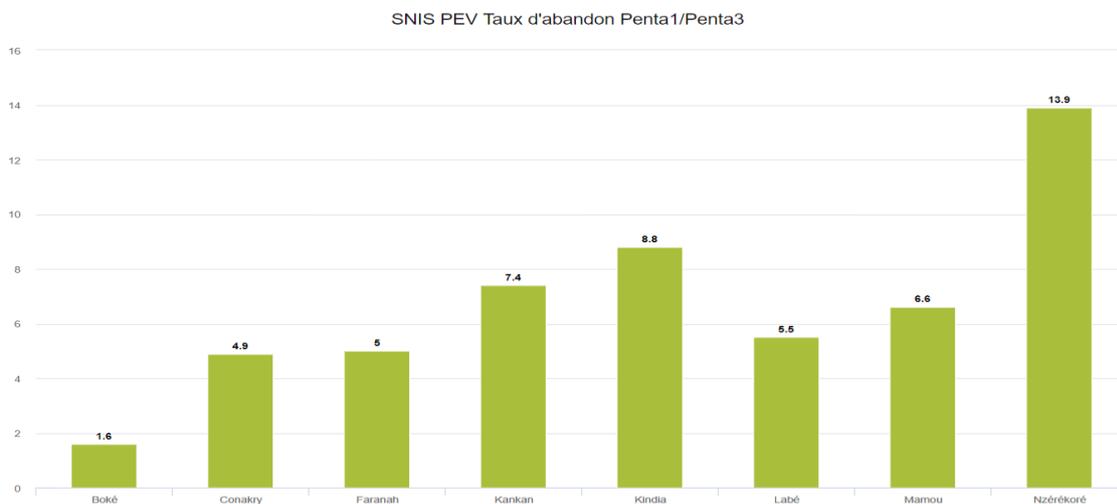
Au niveau des centres de santé, 178 sur 417, soit 43% saisissent les données de vaccination dans le DHIS2. Après l'évaluation de l'expérience dans les premiers centres, l'extension va se poursuivre jusqu'en 2020 pour couvrir tous les centres de santé.

Au niveau national, pour l'ensemble des antigènes administrés, le taux d'achèvement a été globalement satisfaisant avec un taux d'abandon allant de 5% pour le BCG/Penta1, 5% entre le Penta1/Penta3 et 9% entre Penta1/VAR.

Dans les régions, le taux d'abandon entre Penta1/Penta3 varie de 3% à Boké à 11% et 12% respectivement à Kankan et Kindia. Quant au taux d'abandon par rapport au Penta1/VAR, il varie de 2% à Conakry, 13% à Kindia et 16% à Nzérékoré. Cependant, des taux d'abandon négatifs entre le BCG et Penta1 ont été enregistrés dans les régions de Mamou et Nzérékoré.



Graphique : Taux d'abandon vaccinal par région et en Guinée en 2018



Graphique : Taux d'abandon Penta1-Penta3 selon DHIS2 en 2018

Selon de le DHIS2, le taux d'abandon spécifique (Penta1-Penta3) vari de 1,6% dans la région de Boké a 13,9% dans la région de Nzérékoré. Cependant l'analyse du taux d'abandon au niveau des districts montre que 9 districts sur 38 ont un taux d'abandon supérieur à 10%.

Consistance interne des données

a) Valeurs aberrantes

Le tableau ci-dessous présente la proportion des valeurs extrêmement aberrantes c'est-à-dire supérieures à 3 écart-types de la moyenne avec les districts concernés.

Tableau xx : Identification des valeurs aberrantes 2018

Valeurs extrêmement aberrantes (≥3 écarts-types du moyenne) 2018

Le programme et l'indicateur	Score National %	Districts avec des valeurs aberrantes extrêmes par rapport à la moyenne		
		No.	%	Noms des districts
Immunisation - VPO 3	1,1%	5	13,2%	Dabola, Kérouané, Kouroussa, Dubréka, Forécariah
Immunisation - DTC-HepB-Hib3	0,9%	4	10,5%	Kouroussa, Dubréka, Forécariah, Mamou
Immunisation - VAA	0,7%	3	7,9%	Fria, Dubréka, Forécariah
Immunisation - VAR	0,9%	4	10,5%	Forécariah, Labé, Lélouma, Tougué
Immunisation - VAR 1	0,9%	4	10,5%	Forécariah, Labé, Lélouma, Tougué

Immunisation - VAT2	0,2%	1	2,6%	Forécariah
Total (tous les indicateurs ensemble)	0,8%			

Au regard de ce tableau, au niveau national, les scores varient de 0,2% par rapport au VAT(Td) à Forécariah à 1,1% par rapport au VPO3 dans 5 districts (Dabola, Kérouané, Kouroussa, Dubréka, Forécariah).

Quant aux valeurs aberrantes extrêmes par rapport à la moyenne nationale, elles ont été enregistrées dans certains districts. Il s'agit de 5 districts par rapport au VPO3 (13,2%), de 4 districts par rapport au DTC-HepB-Hib3 (10,5%), de 3 districts par rapport au VAA (7,9%), 4 districts par rapport au VAR (10,5%) et un (1) district par rapport au VAT2(Td) (2,6%).

b) Cohérence de données d'une année à l'autre selon le DQR en 2018

Le graphique et le tableau ci-contre présentent la cohérence des données au cours des trois dernières années en comparant les doses administrées de 2018 et la moyenne des trois (3) dernières années 2015 à 2017 respectivement pour le VPO3, le DTC-hepB-Hib3, VAR et le VAA.

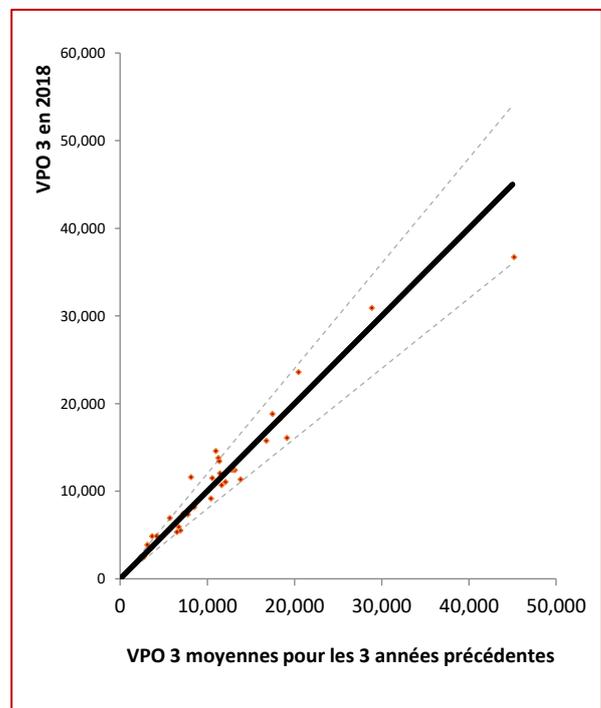
Cohérence des données VPO3

Année	2018
Tendance attendue	Constante
Comparer les districts au:	Résultat attendu
Seuil: % de différence maximum entre le ratio du district et le ratio national	20%
Ratio de la valeur national de 2018 par la valeur national moyenne pour les 3 années précédentes	116%
Nombre des districts avec les scores divergents	12
% des districts avec les scores divergents	32%

Noms des districts avec les scores divergents

Koundara, Matoto, Ratoma, Dabola, Faranah, Kouroussa, Siguiiri, Coyah, Dubréka, Forécariah, Beyla, Yomou

Graphique : Cohérence des données VPO3



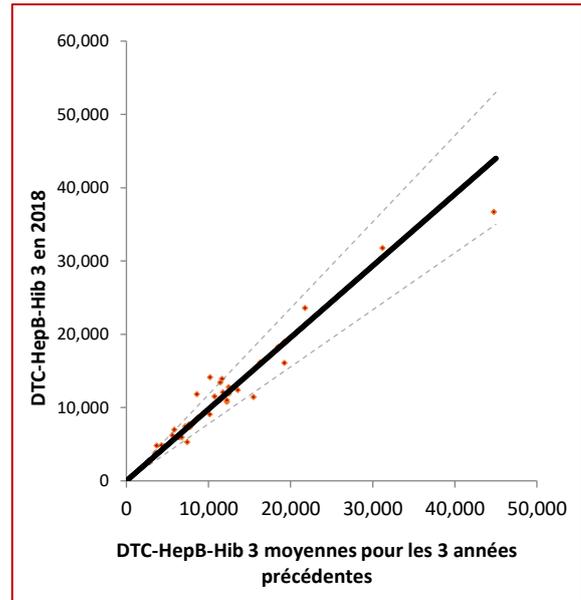
Par rapport aux données de VPO3, le tableau ci-dessus montre au total 12 districts sur 38 districts soit 32% qui ont enregistré des scores divergents avec un ratio de la valeur nationale de 2018 par la valeur moyenne pour les 3 dernières années (2015 à 2017) qui dépasse de plus de 116%. Il s'agit des districts de Koundara, Matoto, Ratoma, Dabola, Faranah, Kouroussa, Siguiiri, Coyah, Dubréka, Forécariah, Beyla, Yomou.

Cohérence des données DTC-HepB-Hib 3

Année	2018
Tendance attendue	Constante
Comparer les districts au:	Résultat national
Seuil: % de différence maximum entre le ratio du district et le ratio national	20%
Ratio de la valeur national de 2018 par la valeur national moyenne pour les 3 années précédentes	114%
Nombre des districts avec les scores divergents	10
% des districts avec les scores divergents	26%

Noms des districts avec les scores divergents

Matam, Siguiri, Coyah, Dubréka, Forécariah, Pita, Beyla, Guéckédou, Macenta, Yomou



Graphique 1 : Cohérence des données DTC-HepB-Hib3

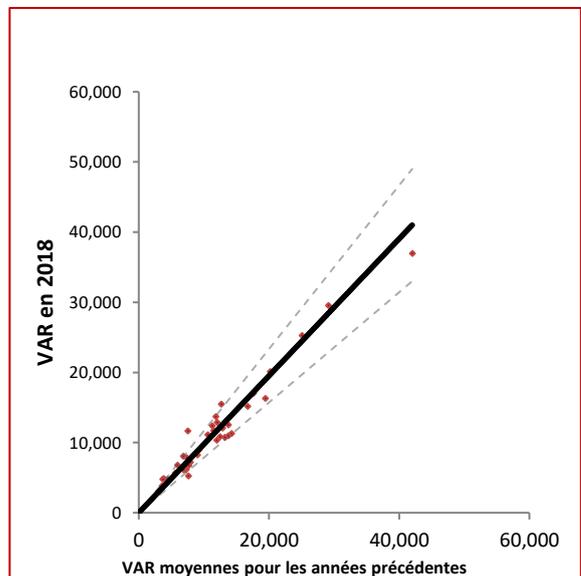
S'agissant des données DTC-HepB-Hib3 (Penta3) le tableau ci-dessus montre au total 10 districts sur 38 districts soit 26% qui ont enregistré des scores divergents avec un ratio de la valeur nationale de 2018 par la valeur moyenne pour les 3 dernières années (2015 à 2017) qui dépasse de plus de 114%. Il s'agit des districts de Matam, Siguiri, Coyah, Dubréka, Forécariah, Pita, Beyla, Guéckédou, Macenta, Yomou.

Cohérence des données VAR

Année	2018
Tendance attendue	Constante
Comparer les districts au:	Résultat national
Seuil: % de différence maximum entre le ratio du district et le ratio national	20%
Ratio de la valeur national de 2018 par la valeur national moyenne pour les 3 années précédentes	111%
Nombre des districts avec les scores divergents	10
% des districts avec les scores divergents	26%

Noms des districts avec les scores divergents

Matam, Matoto, Kouroussa, Coyah, Dubréka, Forécariah, Pita, Gueckédou, Macenta, Yomou



Graphique 2 : Cohérence des données VAR

Selon les données enregistrées en 2018 dans le DHIS2, on note également des données aberrantes dans certains districts (cellules colorées) par antigène. Voir tableau ci-dessous.

Tableau : Exemple de Districts présentant des valeurs aberrantes par antigène selon le DHIS2. Guinée 2018

Évaluation conjointe (JA complète)

Unit	Data	Jan 18	Feb 18	Mar 18	Apr 18	May 18	Jun 18	Jul 18	Aug 18	Sep 18	Oct 18	Nov 18	Dec 18
Mamou	SNIS BCG administree - Stock	1503.0	2076.0	2680.0	2226.0	2172.0	2439.0	2272.0	28345.0	2474.0	2499.0	2364.0	2458.0
Kankan	SNIS Unités reçues de vat	450.0	840.0	3760.0	8546.0	8350.0	7170.0	4890.0	9240.0	5910.0	6540.0	17720.0	5340.0
Mamou	SNIS VAR administree	1578.0	1857.0	2076.0	2158.0	2384.0	2103.0	2250.0	3447.0	2885.0	1764.0	2013.0	12406.0
Kankan	SNIS VAA administree	6175.0	5012.0	7374.0	6067.0	14904.0	6413.0	5876.0	9756.0	7103.0	4870.0	7422.0	6523.0
Boké	SNIS Unités reçues de vat	1250.0	780.0	2830.0	3760.0	2480.0	3323.0	10651.0	2910.0	3520.0	2918.0	3435.0	5270.0
Faranah	SNIS Unités reçues de vat	5930.0	8280.0	11870.0	2990.0	2093.0	3035.0	7010.0	6270.0	5945.0	3294.0	6867.0	5970.0
Mamou	SNIS Unités reçues de vat	490.0	450.0	1890.0	1120.0	1550.0	1580.0	2950.0	7950.0	1630.0	3250.0	1552.0	1650.0
Labé	SNIS Unités reçues de vat	2520.0	1860.0	1890.0	2410.0	3590.0	2390.0	2730.0	5340.0	2620.0	2690.0	5640.0	4040.0
Nzérékoré	SNIS Penta 1 administree	5739.0	7888.0	5776.0	5399.0	5733.0	5795.0	5779.0	9047.0	6005.0	5420.0	5690.0	5928.0
Kindia	SNIS Td2 FE administree	2269.0	1829.0	1861.0	2292.0	2953.0	2215.0	4750.0	5175.0	2403.0	2694.0	2416.0	2231.0
Kindia	SNIS Unités reçues de vat	250.0	100.0	5430.0	1070.0	2012.0	3140.0	1562.0	540.0	1750.0	3390.0	330.0	350.0
Mamou	SNIS VAA administree	1827.0	4776.0	2309.0	2351.0	2391.0	1962.0	2346.0	3471.0	2646.0	3334.0	2366.0	2263.0
Kindia	SNIS VAA administree	3342.0	3423.0	3729.0	4443.0	4515.0	3869.0	3672.0	7412.0	4119.0	4595.0	3909.0	4047.0

Pour les districts avec des problèmes de qualité des données des actions correctrices ont été envisagées entre autres :

- Mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données ;
- Utilisation de la plateforme DHIS2 pour le rapportage des données de vaccination ;
- Suivi de la mise en œuvre du plan d'urgence pour le relèvement des couvertures vaccinales ;
- Supervision des formations sanitaires avec audit de la qualité des données de vaccination,

Domaines	Forces	Difficultés	Pistes de solutions
Système de collecte	-Outils harmonisés existants ; -Existence d'outils électroniques (DVD-MT, SMT, DHIS2,) ;	-Faible disponibilité d'outils harmonisés au niveau des structures de vaccination ; -Faible maîtrise du DHIS2 ;	
Rapportage	-Existence du circuit d'information avec définition de délais de transmission pour chaque niveau ; -Existence d'outils électroniques (DVD-MT, SMT, DHIS2,) -Existence de formulaires de rapports PEV -Existence de canaux de transmission électroniques et dures, -Feedback au niveau opérationnel	-Faible respect des délais de transmission des rapports	
Intégration au système d'information	-Intégration des données du PEV au système national d'information sanitaire		
Recherche (enquêtes)	Réalisation de la revue externe du PEV		
Qualité des données	Réalisation de DQS, Réalisation de monitoring mensuel, semestriel		
utilisation des données	Planification et prise de décisions		
Liens avec les systèmes de surveillance	La surveillance du PEV est intégrée à la SIMR		

Leadership, gestion et coordination

Au niveau du Ministère de la Santé et au niveau central, 5 cadres de redevabilité sont identifiés :

1. Contrats de performance des 8 DRS signés le 8 février 2019 sous l'autorité du SG du MS et pilotés par le BSD ;
2. Modèle Polio de Siquiri mis en place en 2016 à la suite de l'épidémie de Polio. Il est multi-sectoriel et présidé par l'autorité politico-administrative concernée ;
3. Cadre de redevabilité de la Direction Nationale des Grandes Endémies et de la Lutte contre la Maladie (DNGELM) qui évalue les programmes de façon trimestrielle ;
4. Cadre de redevabilité dans les 40 communes de convergence avec des réunions trimestrielles qui sont présidées par l'autorité politico-administrative concernée ;
5. Cadre de performance du PEV trimestriel qui conditionne l'octroi des primes sur la base des objectifs réalisés.

Afin de renforcer la redevabilité à tous les niveaux, il est essentiel aujourd'hui de développer une approche intégrée avec différents niveaux de responsabilités. Les recommandations faites lors des ateliers de l'Évaluation conjointe 2019 sont d'harmoniser et démultiplier le modèle de redevabilité de Siquiri à un champs plus large et de poursuivre le processus d'évaluation des contrats de performance dans les DRS/DPS. Par ailleurs, il est important de mutualiser et de déployer au niveau des DRS (2 tests) l'approche basée sur les objectifs de performance actuellement développé au PEV central.

Au niveau opérationnel, les collectivités locales sont aujourd'hui impliquées dans leur gestion et leur financement. Le mécanisme actuel est le suivant :

- ✓ Les collectivités gèrent les fonds via un compte bancaire unique et dédié à la Mairie et disposent des outils de gestion comptable ;
- ✓ Le budget d'investissement est alloué aux collectivités via l'ANAFIC (Plan de Développement Local) par les partenaires et les fonds communaux ;
- ✓ En revanche, les collectivités ne disposent pas encore de budget de fonctionnement qui devrait être alloué par l'Etat ; A noter que l'Etat s'est engagé à rendre disponible les budgets de fonctionnement en 2020
- ✓ Aujourd'hui, l'UNICEF prend en charge les salaires des RECOs et ASC dans les 40 communes de convergences.

La recommandation est le besoin du renforcement au niveau des collectivités des mécanismes de redevabilité, de gouvernance, d'accompagnement et d'appropriation des outils de gestion. Par ailleurs, il est important que les centres et les postes de santé, qui sont des domaines de compétence des collectivités locales à plus s'impliquer dans l'élaboration du PDL.

Au niveau de la coordination du programme, il est à noter de l'existence d'un cadre organisationnel qui a abouti à l'élaboration des fiches de poste et de l'identification des objectifs de performance. Au niveau décentralisé, une évaluation du cadre organisationnel est prévue dans deux districts tests en fin 2019.

6. Financement de la vaccination¹⁶

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

- **Disponibilité d'informations opportunes et exactes pour la planification/ la budgétisation (p. ex. la quantification des besoins en vaccins et données de prix), disponibilité de 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 comment ils sont reflétés dans les cadres nationaux de financement de la santé publique.**
- **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, ainsi que des frais opérationnels et des frais de fourniture de services. Expliquer dans quelle mesure le plan/ budget national de santé intègre ces coûts, quels partenaires pourraient fournir du financement pour les vaccins traditionnels 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) ?**

¹⁶ D'autres informations et conseils sur le financement de la vaccination sont disponibles sur le site de Gavi: <https://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/#financing>

- **Rapports adéquats** sur le financement de la santé et de la vaccination et informations fiables sur le financement disponibles en temps opportun pour améliorer la prise de décisions.

<ul style="list-style-type: none"> • Le budget du Ministère de la santé représente 6% du Budget national de développement (BND) en 2018 soit un montant de 1 305 150 379 GNF sur un total de 20 155 542 568 GNF. Il a évolué en baisse de 1,98% en 2012, 1,75% en 2013 et 2,16% en 2014, suivi d'un accroissement de 4,9%, 5,6% et de 6% en 2016, 2017 et 8% 2018 respectivement. • En dépit de cette croissance du budget du ministère, 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 2018, les besoins de financement du PEV étaient estimés à 32 858 305 627 GNF et les dépenses exécutées sont de l'ordre de 16 796 727 277 GNF 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 et de 391 320 \$ en 2018. • 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 148 activités programmées pour l'année 2018 seulement 32 ont été entièrement réalisées, soit 22%, et 101 non réalisées (68%). Ce faible taux est dû aux difficultés d'ordre financier qui ont entravées la mise en œuvre du plan opérationnel du PEV dans son ensemble. 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. Malgré ces difficultés, la Coordination nationale du PEV a assuré la disponibilité permanente en intrants (vaccins et consommables), l'approvisionnement régulier des districts sanitaires en intrants de vaccination, l'appui à la mise en œuvre des activités de surveillance des maladies évitables par la vaccination, la tenue régulière des cadres de concertations et l'organisation des activités de vaccination intensive (JNV et JLV).

7. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI

7.1. 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 de RSS** au regard des objectifs, du budget et du plan de travail, et écarts importants par rapport aux plans (par ex. retards de mise en œuvre, faibles taux de dépenses, etc.), à l'aide du tableau ci-dessous.

Objectif 1	
Objectif de la subvention de 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	Bien que le niveau de dépenses soit à 4.7%, le taux de réalisation des différentes activités pour cet objectif est de 30% (12/40 activités). Ceci est expliqué par la contribution des financements d'autres programmes à la réalisation des revues du secteur de la santé, la tenue du comité technique de coordination du ministère de la santé, la tenue sans cout de certaines réunions de coordination ;
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse organisationnelle et des ressources humaines du programme élargi de vaccination (PEV) en cours, • Revue externe du PEV financé sur le RSS2 ;

Évaluation conjointe (JA complète)

<p>œuvre, notamment principaux succès et résultats/ activités non mises en œuvre ou retardées/ absorption financière</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue de 2/4 réunions du comité de coordination inter-agence (CCIA) et une réunion extraordinaire lors de l'évaluation conjointe (PV et les recommandations en annexe 2). • Appui institutionnel aux huit CTRS dans les régions sanitaires financés sur les RSS2 en fin août 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'Assemblée Nationale de la Santé à travers la Commission Santé aux activités du PEV et à la mobilisation des ressources de l'État en faveur du PEV sur financement des ressources régulières de l'UNICEF
<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget et les changements connexes de l'assistance technique)¹⁷</p>	<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 coûts 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 • Dans le cadre de la mise en place de l'assistance technique et du cadre de redevabilité au niveau du PEV central, le dispositif se met en place progressivement. • Réaliser les supervisions formatives dans les régions, districts et aires de santé
<p>Objectif 2 :</p>	
<p>Objectif de la subvention de RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p>	<p>Augmenter de 53% en 2015 à au moins 80% en 2021 la couverture des enfants complètement vaccinés dans les 21 districts sanitaires cibles</p>
<p>Groupes géographiques/ de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</p>	<p>21 districts sanitaires dits à faible performance</p>
<p>% d'activités menées/ utilisation du budget</p>	<p>Sur un total de 19 activités, 7 ont été réalisées complètement sur le financement du RSS2, une est en cours d'exécution et 11 sont à reprogrammer pour 2019. Les principales réalisations majeures sont.</p>
<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sur un total de 3492 prestataires devant être formés, 1818 ont été formés en ACD/vaccination pratique et 1059 en GEV • Dotation des 818 points de vaccination en motos, 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 • Sur 3036 points de stratégies avancées planifiées, 1891 ont été réalisées grâce au financement du RSS2, soit une couverture de 62% •
<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget et les changements connexes de l'assistance technique)¹⁷</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser l'analyse équité 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 basée sur les résultats (FBR) dans les 21 districts cibles du RSS2 • Élargir l'approche FBR dans 8 districts cibles dans le cadre de l'amélioration des indicateurs du PEV

	<ul style="list-style-type: none"> Organiser au niveau régional la formation en gestion de niveau intermédiaire du PEV (cours MLM) <p>Déploiement de 21 points focaux PEV au niveau des districts</p>
Objectif 3 :	
Objectif de la subvention de 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	Sur un total de 49 activités, 15 ont été réalisées complètement sur le financement du RSS2, une activité est en cours (modélisation de la chaîne d'approvisionnement) et 33 sont à reprogrammer pour 2019. Les principales réalisations majeures sont les suivantes.
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 d'une Chambre froide de 40m3 Maintenance curative et préventive de certains frigos solaires Dotation des DPS et DRS en 43 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) Acquisition du matériel dans le cadre du CCE OP (848 réfrigérateurs solaires, 05 ARKTEKs et 2000 Fridge-Tags sur financement CCEOP plus 20% cofinancé sur les fonds RSS2) et 240 acquis sur fonds UNICEF Acquisition de 1200 indicateurs (Freeze -Tags) de congélation pour le transport des vaccins Fournitures de carburant au PEV central pour le fonctionnement des chambres froides Installation du data logger (MULTiLOG2) Recrutement et mise en fonction d'un P3 logistique Equiper les régions et Districts en glacières suffisantes pour un approvisionnement maximum
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/ réallocation du budget et les changements connexes de l'assistance technique) ¹⁷	<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 (GEV) Dotation du niveau central d'une Chambre froide de 40m3 Doter 268 sites en frigo solaires Assurer la supervision formative Poursuivre la formation sur la gestion efficace des vaccins (Centre/ Poste de santé) Construire un entrepôt et les services d'administration de la coordination nationale du PEV Conduire une auto évaluation à mi-parcours

¹⁷ 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 ciblée au pays (TCA). La planification de la TCA sera documentée 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.

	<ul style="list-style-type: none"> • Doter les postes de santé en porte vaccins • Poursuivre la mise en œuvre du plan de maintenance
Objectif 4 :	
Objectif de la subvention de 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 49 OCS), processus initié sans coûts • Recrutement et mise en fonction depuis début Janvier 2018, des 9 consultants C4D dont 1 au niveau de chaque district
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget et les changements connexes de l'assistance technique) ¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un atelier national sur l'élaboration d'un plan multimédia 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, tradipraticiens pour leur adhésion à la vaccination deux fois par an • 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, Malinké, Poular, Kpele et Kissi) • Produire des spots TV en français et dans 5 langues nationales (Soussou, Malenke, Poular, Kpele et Kissi)

¹⁸ 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 ciblée au pays (TCA). La planification de la TCA sera documentée 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.

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 sante
--	---

Décrivez brièvement, dans le cadre 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 de RSS aux autres districts non bénéficiaires du soutien ou cibles nationales. Quels indicateurs dans le GPF ont été atteints/ affectés par les activités mises en œuvre ?
- Comment le soutien de Gavi permet d'atténuer les principaux facteurs à l'origine des faibles taux de vaccination ?
- Est-ce que 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 ?
- **Réallocations planifiées du budget** (veuillez joindre le budget révisé, en utilisant le modèle de budget de Gavi).
- 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 ?
- **Complémentarité et synergies avec le soutien d'autres donateurs** (p. ex. Fonds mondial, Facilité mondiale de financement).
- **Rôle des partenariats public-privé**, y compris les initiatives INFUSE et la contribution à la résolution des principaux facteurs qui régissent la couverture et l'équité. Veuillez relever la source (p. ex. RSS de Gavi, PEF et autres donateurs) et le montant du financement.
- **Partenariats avec le secteur privé et INFUSE** ainsi que les résultats clés (par exemple, augmenter le renforcement des capacités et le demande, améliorer les prestations de services et la gestion des données). Veuillez renseigner les sources (contribution du secteur privé, fonds de contrepartie Gavi, financement principal Gavi – RSS/ PEF) et le montant du financement.
- **Participation des organisations de la société civile (OSC)** à la prestation de services et à la modalité de financement (c'est-à-dire si le soutien est apporté par le RSS de Gavi ou financé par d'autres donateurs).

7.2. 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 problèmes liés aux vaccins qui ont pu être mis en évidence lors des renouvellements de vaccins**, tels que les problèmes de gestion des stocks (surstock, ruptures de stock, variations importantes de la consommation, etc.), les taux de perte, les hypothèses cibles, la tendance annuelle de la consommation, la triangulation des données de quantification, etc. et les **plans pour y remédier**.
- **Introductions et changements de SVN** : si le pays a récemment introduit ou changé de produit ou la présentation d'un vaccin existant, il est demandé de mettre en évidence la performance (couverture) et les leçons à tirer des introductions/ changements, les principaux problèmes de mise-en-œuvre et les prochaines actions pour y répondre.
- **Campagnes/ AVS** : fournir des informations sur les campagnes récentes (depuis la dernière JA) et les principaux résultats de l'enquête post-campagne, notamment la couverture atteinte. Si la couverture atteinte était faible, en indiquer les raisons. Présenter les autres principales leçons apprises et les prochaines actions pour y répondre. Si aucune enquête post-campagne n'a été menée, mettre en évidence les raisons du retard et les échéanciers prévus. Y a-t-il des remarques importantes concernant la manière dont le soutien aux frais opérationnels a été dépensé ? 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 niveaux national et infranational¹⁹) 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 ou les décisions de changer de produit vaccinal, de présentation ou de programme) et les changements connexes en matière d'assistance technique¹⁷.**

Depuis l'introduction du VPI en 2015, le programme élargi de vaccination n'a pas introduit de nouveaux vaccins, toute fois il faut rappeler qu'en Mai 2017, le processus de remplacement du VAT par le Td dans la vaccination de routine a été finalisé et c'est ainsi que depuis janvier 2018 son utilisation est effectif dans tout le pays.

Par rapport aux activités de vaccination supplémentaires, l'année 2018 a connu l'organisation de deux campagnes de vaccination contre la poliomyélite : une d'envergure nationale dans les 38 districts sanitaires et la seconde locale dans les régions de Conakry, Kindia, Kankan et Faranah qui ont été moins performantes au premier tour.

Les couvertures administratives étaient respectivement de **102,2%** et **103,6 %**. Pour chacune de ces campagnes, une enquête LQAS a été réalisée avec l'appui de l'OMS dont les résultats sont les suivants: Campagnes de vaccination contre la polio : sur les 38 districts sanitaires **24** avaient été jugés performants avec moins de 5% d'enfants non vaccinés et **14/38** moins performants avec une existence de zones insuffisamment couvertes justifiant l'organisation d'un deuxième tour.

2- JLV: Sur les 15 districts sanitaires qui étaient concernés par le 2ème passage, les couvertures vaccinales de 07 d'entre eux ont été jugés acceptables par l'enquête contre celles de **08 DS** inacceptables avec plus de 5% d'enfants non vaccinés.

A noter que l'organisation des journées locales de vaccination a été couplée à la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois.

Les principales raisons des faibles couvertures vaccinales au cours du LQS étaient : (i) l'absence des enfants à domicile, (ii) les réticences/ Refus, (iii) la non visite des ménages par les équipes de vaccination

A cela s'ajoute quelques constats issus de la supervision, dont l'insuffisance de suivi de proximité des équipes de vaccination dans certains centres de santé

Actions correctrices : Renforcer la communication et la mobilisation sociale à tous les niveaux avec l'implication de toutes les parties prenantes; renforcer la supervision de proximité; faire la situation des visites et capitaliser les acquis.

Les principales leçons apprises : tenue régulière des réunions par la cellule nationale de riposte contre la poliomyélite y compris des téléconférences avec les régions, OMS/IST et Unicef ;contribution des administrateurs territoriaux dans la mobilisation pour la vaccination et la gestion des refus (gouverneurs, maires, préfets, sous-préfets, chefs de quartiers et districts; contribution importante de la presse, le Ministère de l'Action Sociale pour la mobilisation et l'acceptation de la vaccination.

Dans le cadre du **renforcement de la vaccination de routine au cours des AVS**, les compétences de 10 053 environ d'agents vaccinateurs ont été renforcées; plusieurs enfants zéro dose ont été vaccinés en VPO avec des données réparties comme suit: 47 114 au tour 1 et 29 929 au tour 2; l'analyse des raisons de non vaccination des enfants par le LQAS, le renforcement de la communication à travers la diffusion de messages clés en faveur de la vaccination de routine. De plus l'occasion a été mise à profit pour renforcer la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

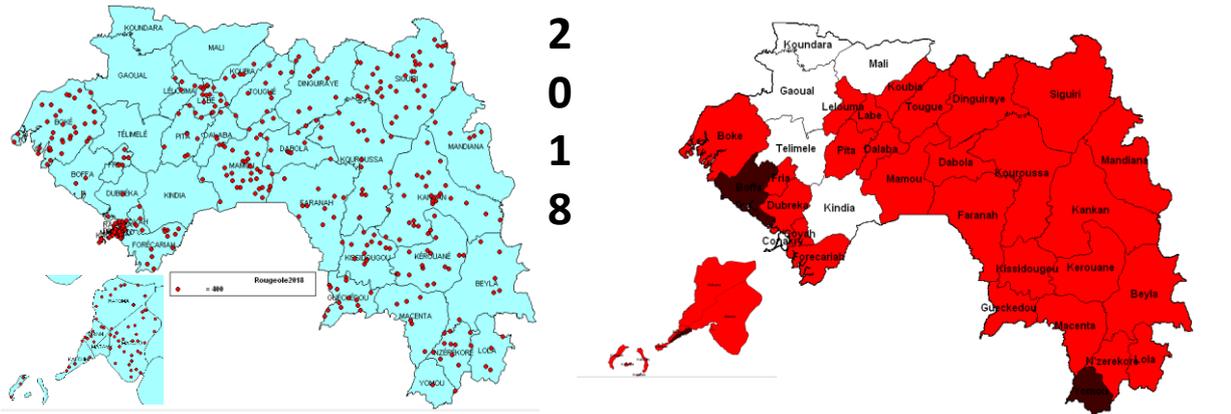
Dans le même contexte, une semaine Africaine de vaccination couplée à la semaine Santé-Mère - Enfant a été organisée par le Ministère de la Santé à travers le PEV et la Direction Nationale de la Santé familiale et de la Nutrition avec l'appui technique et financier des partenaires dans les 38 districts sanitaires du pays

¹⁹ 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.

du 1er au 6 août 2018. Cette activité d'intensification de la vaccination a permis de vacciner entre autre 43 108 d'enfants de 0 à 11 mois et 9 558 enfants de 12 à 23 mois en Penta3; 46 629 enfants de 0 à 11 mois et 8 912 enfants de 12 à 23 en VAR et 40 794 femmes enceintes en Td.

L'analyse de la situation pour la rougeole et la rubéole

Depuis 2016, la Guinée a fait face à des épidémies récurrentes de rougeole. Au cours de l'année 2018 1884 cas suspects de rougeole dont 530 cas confirmés aux IgM et 15 cas de rubéole positifs ont été enregistrés dans 33 districts sanitaires, avec une forte prédominance dans les districts de Boffa, Yomou et Matam. Les figures ci-dessous montrent la distribution géographique des cas



Distribution des cas suspects notifiés et confirmés de rougeole par District Sanitaire en Guinée en 2018.

En réponse à ces foyers d'épidémies, des ripostes locales ont été organisées par les districts concernés. Malgré la conduite de ces ripostes une immunité collective n'a pu être augmentée puisque que de nouveaux cas ont été confirmés par la suite démontrant ainsi la circulation du virus dans le pays.

Cette situation s'expliquerait par de nombreux facteurs de risque persistant dans la plupart des districts sanitaires du pays, notamment : (i) la forte densité de la population en milieu urbain surtout à Conakry, Siguiri, Boké et Kindia ; (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. Dans le même ordre d'idée une enquête sur les facteurs liés à la persistance de la rougeole en Guinée a été réalisée en vue de contribuer à son contrôle et élimination. c'est ainsi que les principaux facteurs étaient l'insuffisance de suivi des enfants perdus de vue; la non vaccination journalière des enfants contre la rougeole dans le souci de réduire le taux de perte; la méconnaissance de l'acte vaccinal comme moyen de prévention contre la rougeole par certains parents; l'insuffisance de la maîtrise du calendrier vaccinal par les parents d'enfants...

Par ailleurs conformément aux objectifs du GVAP 2011-2020 le pays a élaboré un plan stratégique d'élimination de la rougeole couvrant une période de 5 ans (2019 à 2023). Dans la même foulée, le processus de soumission des plans d'introduction du VAR 2 dans le PEV de routine et de l'organisation d'une campagne de vaccination de suivi contre la rougeole a débuté en 2018 et se poursuit en 2019.

Dans le même registre et en se référant au PPAC 2016-2020, en plus de la 2ème dose de VAR dans la vaccination de routine, le processus de soumission du Hepb et du Men A devait être réalisé en vue de leur introduction en 2019 en routine, mais malheureusement cela n'a pas été effectif pour des raisons de mobilisation des ressources financières pour le Hep B. Quant à la planification du Men A elle a été reportée pour l'année suivante.

7.3. 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 :

- **Performance** par rapport à cinq indicateurs obligatoires de la POECF et autres résultats intermédiaires s'y rapportant - réalisations vis-à-vis des cibles convenues, tel que spécifié dans le cadre de performance

des subventions (GPF), en analysant les réussites, les problèmes et les solutions permettant d'atteindre les objectifs.

- **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 (p. ex. comment la POECF contribue à l'amélioration de la couverture et de l'équité) ;
- **Changements d'assistance technique** lors de la mise-en-œuvre du soutien à la POECF¹⁷.

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

La Guinée s'est engagée à revoir son cadre de performance avec 3 indicateurs obligatoires et 02 indicateurs intermédiaires conformément au Cadre de performance du document de soumission.

Performance par rapport aux indicateurs obligatoires :

1. **Nombre d'établissements équipés qui remplacent (le cas échéant) l'ECF avec des ILR, SDD ou dispositifs passifs à long terme, de quelque modèle que ce soit, admissibles à la plateforme, quelle que soit la source de financement** : Dans la soumission à la POECF en 2016, il avait été prévu le remplacement des équipements chaîne du froid vétustes, en panne, et non conformes aux normes PQS, quel que soit le modèle. Ces équipements n'ont pas été pris en compte dans la première tranche du POECF mise en œuvre en 2018-2019. La performance relative à cet indicateur ne peut donc pas être mesurée.
2. **Nombre d'établissements auparavant sans équipement et maintenant dotés d'ECF admissible à la plateforme (c.-à-d. ILR, SDD ou dispositifs passifs à long terme)** : un total de 853 postes de santé a bénéficié d'équipements chaîne du froid dont 848 réfrigérateurs solaires SDD et 05 glacières à longue durée de conservation (ARKTEK) tous installés et fonctionnels. Deux modèles de réfrigérateurs ont été installés à savoir 638 pour le modèle TCW2043 SDD de marque BMS et 210 pour le modèle HTCD-160 SDD de marque Haier.
Le réfrigérateur TCW2043 SDD est doté d'un enregistreur continu de température à distance. Cependant 200 postes de santé sur les 638 de BMS ne disposent pas de réseau mobile permettant de connecter la sim-card du data logger du réfrigérateur. Cinquante cadres du ministère y compris les partenaires ont accès à la plateforme pour le suivi à distance de la température des équipements. Le réfrigérateur HTCD-160 SDD est muni d'un enregistreur continu de température qui doit être connecté à un ordinateur avec un logiciel devant être installé sur un ordinateur pour générer la température. Cependant, les postes de santé ne disposent pas d'ordinateurs pour générer la température de la période et l'enregistreur ne permet pas une lecture de la température sur les 30 jours
Les 200 réfrigérateurs de BMS et les 210 réfrigérateurs de Haier ont été dotés de Fridge-Tag pour faciliter le monitoring de la température.
3. **Nombre de supervision sur la maintenance réalisée sur le nombre de supervision prévue** : Depuis la fin de l'installation des réfrigérateurs dans le cadre de la POECF en Juillet 2019, La supervision de la maintenance est incluse dans la supervision mensuelle des districts. Pour s'assurer du fonctionnement et de la formation des utilisateurs, le comité de suivi du CCEOP a effectué une supervision spécifique dans 20 postes de santé.

Performance des indicateurs intermédiaires

1. **Etat de fonctionnement de l'équipement de la chaîne du froid** : A ce jour, 100% des réfrigérateurs installés dans le cadre du POECF sont fonctionnels. 34 districts sur 38, soit 89% disposent d'au moins 90 % d'équipement fonctionnel.
2. **Nombre de gestionnaires de santé formés et envoyés pour surveiller la chaîne d'approvisionnement et le taux d'activités de suivi signalées** :

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 ; 848 réfrigérateurs solaires et 05 Arkteks ont été prévus et installés. Selon la plupart des utilisateurs, la formation était insuffisante. Pendant les supervisions conduites par les membres du Comité de Suivi CCEOP (PMT), il a été constaté que certains utilisateurs ne savent pas lire la température de l'enregistreur continu du réfrigérateur HTCD-160 SDD. Le manuel sur l'utilisation du réfrigérateur fourni par le représentant local de Haier est en anglais, ce qui constitue un handicap pour les utilisateurs. Quant au réfrigérateur TCW2043 SDD, l'utilisateur n'a pas accès à la plateforme mais la température affichée par le data logger est visible sur le voyant lumineux. Les 2 modèles installés dans le pays donnent des températures comprises entre +2°C et +8°C.

- **Contribution** de la POECF aux performances du système de vaccination (p. ex. comment la POECF contribue à l'amélioration de la couverture et de l'équité) ; l'installation des 853 équipements chaîne du froid (848 réfrigérateurs + 05 Arkteks) qui a pris fin en Juillet 2019 a permis de rapprocher la vaccination de la population cible. L'utilisation de ces équipements permettra à coup sûr d'atteindre les populations vulnérables et celles vivant dans les zones les plus reculées et contribuera à relever la couverture vaccinale du pays avec la mise en œuvre de la vaccination au quotidien. Elle permettra également de réduire les ruptures de stocks de vaccins et les occasions manquées. Les prochaines évaluations de couverture vaccinale permettront de mesurer l'impact du POECF.

8. Performances de gestion financière

Fournir un examen succinct des performances en termes de gestion financière des subventions en espèces de Gavi (pour toutes les subventions en espèces, telles que le 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 espèces de Gavi listées séparément²⁰.
- **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 espèces, tel qu'indiqué ci-dessus) ;
- **État d'avancement des actions "show stopper"** hautement prioritaires découlant des Impératifs de gestion des subventions et d'autres questions (telles que l'utilisation abusive des fonds et l'état du remboursement) découlant des missions d'examen (par exemple, les audits de programmes en espèces de Gavi, les audits annuels externes, les audits internes, etc.);
- **Systèmes de gestion financière**²¹.

L'accord tripartite signé entre l'UNICEF, le Ministère de la santé et GAVI est d'un montant total de 15,107,479 USD. Le montant reçu par l'UNICEF au 18 Décembre 2018 est de 11,330,609.00 USD et il reste à recevoir 3,776,870.00 USD. Les dépenses cumulatives sur ce montant s'élèvent à 5,147,242.24, soit 45% par rapport au montant reçu. Le montant non encore dépensé est d'une valeur totale de 6,183,366.76 USD. Les achats des matériels, équipements et fournitures des services représentent plus de 60% du montant total sur le poste des dépenses programmées (cf. 6.3. Détails des dépenses encourues).

L'exécution financière au titre de l'accord tripartite a été effective en début Janvier 2018 par l'achat des équipements et matériels. A l'exception des 6 camions du PEV dont l'achat est programmé en 2019, tous les autres matériels et équipements prévus sur le RSS2 sont déjà achetés et en cours de distribution. Comme souligné précédemment, le transfert des fonds en cash du RSS2 au niveau du PEV central et du BSD n'a pu être effectif en 2018 compte tenu du retard dans l'exécution des mesures de gestion des risques fiduciaires. Toutefois, en 2018, la modalité de paiement direct a été réalisée à petite échelle avec des activités spécifiques qui se sont concrétisées lors de l'évaluation conjointe, le paiement des consultants OMS en appui à la revue externe du PEV et les Datas Managers, l'achat du carburant pour le fonctionnement des groupes électrogènes au niveau central, l'installation du MULTiLOG2 dans les chambres froides centrales et le transport des motos acquises dans le cadre du projet. Cependant, faisant suite aux requêtes officielles transmises par le Ministre de la santé en 2018, une analyse minutieuse par l'UNICEF a permis d'élaborer une note d'orientation de la modalité de paiement direct tenant compte de la phase de clôture budgétaire et de la nécessité qu'elle soit validée par le secrétaire Général du Ministère de la Santé. Elle sera opérationnelle au premier trimestre 2019. Au niveau des DRS, le transfert a été effectif corrélé de la mise en place des mesures HACT spécifiques. Les tableaux ci-dessous décrit la situation des dépenses jusqu'au 15 Décembre 2018.

1.1. Montant reçus par rapport à l'accord tripartite

Montant de l'accord tripartite (USD)	15,107,479.00
Montant reçu au 18 Décembre 2018 (USD)	11,330,609.00
Reste à recevoir (USD)	3,776,870.00

1.2. Résumé des dépenses

Description	Dépenses cumulatives
Dépenses programmables	4,902,135.47

²⁰ 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 l'utilisation des fonds par ces agences.

²¹ Si des modifications ont été apportées ou sont prévues vis-à-vis des modalités de gestion financière, veuillez les indiquer dans cette section.

Évaluation conjointe (JA complète)

Cout de support indirect (5%)	245,106.77
Total :	5,147,242.24
Montant reçu (USD) :	11,330,609.00
Montant non encore dépensé	6,183,366.76

1.3. Détail des dépenses encourues

Description	Dépenses engagées		Avances de fonds	Dépenses Cumulatives	Engagements
	2017	2018			
Frais de personnel et autres frais de personnel	0.00	604,332.19	0.00	604,332.19	0.0
Fournitures et produits de base	0.00	3,137,598.26	0.00	3,137,598.26	10,893.3
Services contractuels	0.00	115,506.16	0.00	115,506.16	53,838.6
Voyages	0.00	24,039.34	0.00	24,039.34	0.0
Transferts et subventions	0.00	144,560.13	773,241.77	917,801.90	0.0
Fonctionnement général + autres coûts directs	0.00	102,857.62	0.00	102,857.62	59,776.0
Total Programmable Cost	0.00	4,128,893.70	773,241.77	4,902,135.47	124,508.0
Coût d'appui indirect 5%	0.00	206,444.69	38,662.09	245,106.77	
Total	0.00	4,335,338.39	811,903.86	5,147,242.24	

1.4. Ventilation des dépenses encourues selon les 5 composantes du RSS2

Domaines/ Objectif	Montant global par année et niveau des dépenses par objectif					
	Année 1 (Juin 2017- Juin 2018)	Année 2 (Juillet 2018- Juillet 2019)	TOTAL	TOTAL DEPENS E 1e année	ECART GLOBAL	% DE DECAISSE- MENT
	En USD			En USD		En %
Objectif 1 - Coordination	1,996,591	1,860,036	3,856,628	181,268	3,675,359	4.70%
Objectif 2 – Prestations	2,202,858	2,771,317	4,974,175	2,235,976	2,738,200	44.95%
Objectif 3 – Logistique	4,616,625	2,352,670	6,969,295	1,961,618	5,007,677	28.15%
Objectif 4 – Communication	602,960	789,130	1,392,090	157,572	1,234,518	11.32%
Objectif 5 - Gestion Des données	781,511	511,661	1,293,172	224,703	1,068,469	17.38%
Coûts de gestion -	433,955	409,432	843,387	386,105	457,282	45.78%
Total général	10,634,501	8,694,246	19,328,747	5,147,242	14,181,505	26.63%

8.1. Suivi du plan de transition (s'applique 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 s'il 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 report, 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.*

--

8.2. Assistance technique (AT) (Progrès réalisés dans l'actuel plan d'aide ciblée au pays)

- *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 d'aide ciblée au pays.*
- *Indiquer tout amendement/ changement apporté à l'assistance technique que vous prévoyez actuellement pour le reste de l'année.*

--

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

<i>Fournir le statut des actions stratégiques hiérarchisées, identifiées dans la précédente évaluation conjointe²² 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</i>	Statut actuel
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
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 7 ci-dessous).

--

²² Veuillez vous reporter à la section « Hiérarchisation des besoins des pays » du rapport d'évaluation conjointe de l'année précédente

10. PLAN D'ACTION : 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 prochaine** grâce à la subvention de Gavi, notamment, le cas échéant, toute **introduction** de vaccins dont la demande a déjà été approuvée, la 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, etc.

Dans le cadre de ces activités planifiées, et en vous fondant 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 (en indiquant la justification et les principaux changements), 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 de vaccin ;
- Des plans pour utiliser les possibilités disponibles de réallocation des fonds budgétisés, afin de se concentrer sur les zones prioritaires identifiées.

Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année prochaine et modifications au soutien de Gavi nécessaires:	
<p>Tenant compte du contexte socio politique, épidémiologie et du financement du système de santé, en 2019, les actions cibleront principalement le renforcement de la coordination, la synergie et la complémentarité entre partenaires opérationnels, les actions visant l'augmentation de la couverture vaccinale de DTC-hEPb-hIB3 de 45% à 75% et la réduction des iniquités en développant des stratégies différenciées à l'échelle des districts prioritaires. Cet objectif ne pourra être atteint que dans le cadre d'une approche communautaire qui permettra d'améliorer l'offre de services en utilisant la vaccination comme une plateforme privilégiée à cet effet.</p> <p>Le pays va poursuivre le processus d'introduction des nouveaux avec la préparation de nouvelles demandes, la préparation de demandes d'investissement pour d'autres vaccins et/ou des plans renouvelés relatifs aux subventions du RSS et de la POECF, etc.</p>	

Ce tableau s'inspire des sections précédentes de l'évaluation conjointe et résume les principales conclusions et actions convenues, ainsi que les ressources et le soutien nécessaires, tels que les besoins connexes à l'assistance technique²³.

Principal résultat/ action 1	Accroître de 52% en 2015 à 80% en 2021 la fonctionnalité des districts sanitaires, en particulier les 27-districts prioritaires
Réaction actuelle	26% des structures évaluées en 2019 ont une « performance haute» (Rapport BSD du 22 Juin 2019),
Actions convenues du pays	<p>a) Appuyer la validation et la diffusion du rapport de l'analyse organisationnelle et des ressources humaines du programme élargi de vaccination (PEV)</p> <p>b) Plaidoyer pour la prise en compte des problèmes liés à la gestion du PEV et à la vaccination dans les plateformes de concertations telles que la présidence, la primature, le Parlement, le Ministère de la santé, le MATD en vue de la mobilisation des ressources supplémentaires en faveur</p>

En vous basant sur le plan d'actions ci-dessus, veuillez renseigner toute demande concernant une innovation ou une technologie spécifique qui peut être satisfaite par des entités du secteur privé ou des nouveaux entrepreneurs innovants.

²³ Les besoins indiqués dans l'évaluation conjointe documenteront la planification de l'aide ciblée au pays. Toutefois, 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 ciblée au pays (TCA). 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. Le menu relatif au soutien en matière d'assistance technique est consultable à titre de référence.

Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>c) Poursuivre/maintenir la fonctionnalité des cadres de coordination au niveau national et opérationnel (CTC, CCIA, GTCV, CTRS, CTPS, Organisation des téléconférences mensuelles avec les DRS/DPS) en vue du renforcement de la redevabilité, la complémentarité et la synergie d'actions entre les différents acteurs</p> <p>d) Rédiger les textes juridiques en rapport avec la vaccination - loi sur la vaccination</p> <p>e) Actualiser chaque année la cartographie des interventions et des financements du secteur de la santé</p> <p>f) Appuyer le processus d'élaboration des plans d'actions (PEV, BSD, DRS, plan de mobilisation des ressources domestiques en faveur du secteur de la santé)</p> <p>g) Mission Un soutien sera apporté aux équipes des 8 Gouvernorats pour faire un tour dans les 12 DS de la priorité 1 pour un dialogue avec les communautés et les acteurs de mise en œuvre en vue de l'amélioration de la performance du PEV</p> <p>h) Organiser des missions de contrôle/inspections régionales et préfectorales des structures</p> <p>i) Réviser le cadre institutionnel des DRS et DPS en fonction de leurs missions de coordination et d'appui</p> <p>j) Réviser la politique et le plan national de développement des ressources humaines</p> <p>k) Appuyer l'organisation d'une revue du secteur de la santé Appuyer la revue du secteur de la santé</p>
Produits/ résultats escomptés	Les structures à haute performance passent de 26% à 40% à fin 2019
Calendrier associé	Janvier – December 2019
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	Cadres du niveau national (DSR, PEV, DNGELM, RH, DAF), Appui LMC, OMS, UNICEF, Banque Mondiale
Principal résultat/ action 2	Augmenter de 53% en 2015 à au moins 80% en 2021 la couverture des enfants complètement vaccinés dans les 21 districts sanitaires cibles
Réaction actuelle	24% d'enfants de moins d'un an sont complètement vaccinés (EDS 2018)
Actions convenues du pays	<p>a) Soutien à l'organisation des activités de vaccination intensifiées (AVI) durant 3 semaines d'affilées dans les 12 DS prioritaires concernés par l'analyse de l'équité</p> <p>b) Organiser des supervisions formatives intégrées du PEV vers les DRS et des DRS vers les DPS/CS et DPS vers les CS sur le terrain en vue de renforcer les capacités des prestataires pour des services de vaccination efficaces et de bonne qualité y compris le paquet intégré (SR, SRAJ, PCIMNE, soins ess du NN; Nutrit, SONU, PF etc..)</p> <p>c) Soutien aux Stratégies de vaccination : financement et mise en œuvre des avancées dans les 27 DS prioritaires (priorité 2) ; ce soutien se fera durant les 6 derniers mois de 2019 et sera poursuivi en 2020 ;</p> <p>d) Institutionnalisation de l'interopérabilité entre la santé et l'état civil au niveau communal (enregistrement des naissances) dans les communes de convergence et autres communes des districts prioritaires Soutien à la relance des échéanciers dans les CS/PS (échéancier dure ou électronique) ;</p> <p>e) Soutien à la réduction des taux d'abandon- recherche active ;</p> <p>f) Développer un système de suivi des enfants non vaccinés dans tous les CS/PS par le biais d'un système de rappel du calendrier vaccinal de la population par téléphone ou autre NTIC ;</p> <p>g) Appuyer la recherche active et le rattrapage des perdus de vue au cours des SA, des AVI, de la recherche active des cas dans les sites de vaccination.</p> <p>h) Former les 26 CCS sur l'approche de financement base sur les résultats (FBR) dans les 2 districts sanitaires cibles en 2019 du RSS2 (Dinguiraye et Labe)</p> <p>i) Elargir l'approche FBR a tous les centres de santé des districts sanitaires de Dinguiraye et de Labe (26) avec 15 indicateurs d'évaluation trimestrielle</p> <p>j) Assurer les missions de monitoring et d'évaluation de la mise en œuvre de l'approche FBR</p> <p>k) Organiser des ateliers micro-plan sur l'équité dans les districts avec un plus grand nombre d'enfants non vaccines et/ou a faible performance</p>

Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>l) Appuyer la mise en œuvre des ateliers micro-plan sur l'équité dans les districts avec un plus grand nombre d'enfants non vaccinés et/ou à faible performance</p> <p>m) Organiser la journée locale de soutien des mères ayant observé les bonnes pratiques de vaccination (ECCV) de préférence au mois de Juin de chaque santé</p>
Produits/ résultats escomptés	NA- enquête de couverture programme en 2020 et le prochaine MICS en 2022
Calendrier associé	Janvier-Décembre 2019
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	Cadres du niveau national (DSR, PEV, DNGELM, RH, DAF), Appui LMC, OMS, UNICEF, Banque Mondiale
Principal résultat/ action 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
Réaction actuelle	ND. Auto GEV programmée au dernier trimestre de 2019
Actions convenues du pays	<p>a) Approvisionnement des DS en vaccins au niveau des centres de santé et des postes de santé disposant de l'équipement des chaînes de froid ;</p> <p>b) Suivi mensuel de la gestion des vaccins au niveau des districts (inventaires, supervision ...)</p> <p>c) Remplacement/Mise en œuvre du plan de maintenance des équipements de la CdF.</p> <p>d) Réaliser une étude de modélisation de la chaîne d'approvisionnement en termes de structures (dépôts sub nationaux ou régionaux) et de système de distribution (push ou pull) afin d'améliorer la disponibilité, l'efficacité et l'équité</p> <p>e) Réhabiliter l'aire de chargement et déchargement des vaccins pour sa mise aux normes</p> <p>f) Former 10 techniciens de maintenance (2 au niveau national et 1 par région) sur la Chaîne du Froid Solaire organisée par le centre LOGIVAC</p> <p>g) Etablir un contrat et assurer la maintenance des chambres froides centrales et régionales</p> <p>h) Assurer la formation de 69 convoyeurs à l'utilisation des outils de gestion de vaccins et le matériel de vaccination</p> <p>i) Achat et installation des extincteurs pour les niveaux régions et districts (3 par région et 2 par district)</p> <p>j) Doter le PEV de 2 camions de transport</p> <p>k) Doter les régions de 4 camionnettes pour les chambres froide de relais des régions</p> <p>l) Installer 25 incinérateurs et Réparer 4 incinérateurs en panne</p> <p>m) Construire un entrepôt et les services d'administration de la coordination nationale du PEV</p> <p>n) Assurer le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV</p> <p>o) Multiplication et ventilation des documents stratégiques</p> <p>p) Assurer les frais mensuels de connexion pour le PEV et le BSD</p> <p>q) Inventaire des IMO</p>
Produits/ résultats escomptés	Le score moyen de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) passe de 37% en 2016 à au moins 50% % en 2019
Calendrier associé	Janvier-Décembre 2019
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	Cadres du niveau national (DSR, PEV, DNGELM, RH, DAF), Appui LMC, OMS, UNICEF, Banque Mondiale
Principal résultat/ action 4	D'ici 2021, au moins 95% des parents de la population cible dans les 27 districts sanitaires retenus acceptent et demandent les services de vaccination
Réaction actuelle	ND. Une enquête CAP à petite échelle sera réalisée en fon 2019
Actions convenues du pays	<p>a) Former les membres de groupements féminins sur la sensibilisation et la mobilisation en faveur de la vaccination</p> <p>b) 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</p> <p>c) Institutionnalisation des dialogues communautaires sur la vaccination 'plus' et Soutenir les réunions d'IEC (information, éducation, communautaire) autour de chaque point de stratégie avancée pour une meilleure prise en compte des</p>

Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>questions de vaccination dans le paquet d'information fourni aux femmes en âge de procréer</p> <p>d) Réunions de plaidoyer de haut niveau auprès des leaders religieux à Conakry</p> <p>e) Former 91 journalistes et animateurs (2 x 33 DS et 5 x 05 Communes de Conakry) en collaboration avec les directeurs des radios</p> <p>f) Produire des spots radio en français et dans 5 langues nationales (Soussou, Malenke, Poular, Kpele et Kissi)</p> <p>g) Produire des spots TV en français et dans 5 langues nationales (Soussou, Malenke, Poular, Kpele et Kissi)</p> <p>h) Etablir un contrat avec 28 radio rurales, 28 radio privées et 1 radio nationale pour la diffusion des messages en faveur de la vaccination de routine</p> <p>i) Etablir un contrat avec 7 station TV pour la diffusion des messages en faveur de la vaccination de routine</p> <p>j) Former 08 cadres de l'unité communication du PEV et du MS en communication stratégique</p> <p>k) Former un point focal communication dans chacune des 8 régions, chacun des 38 districts sanitaires et des 412 centres de sante</p> <p>l) Produire un film documentaire sur la vaccination et les maladies cibles du PEV (an1 et an2 pour la production et la diffusion, an3-an5 pour la diffusion seulement)</p> <p>m) Développer des partenariats publics privés pour la prestation des services, de mobilisation des ressources et le plaidoyer (téléphonie)</p>
Produits/ résultats escomptés	80% des parents de la population cible dans les 27 districts sanitaires retenus acceptent et demandent les services de vaccination
Calendrier associé	Janvier-Décembre 2019
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	Cadres du niveau national (DSR, PEV, DNGELM, RH, DAF), Appui LMC, OMS, UNICEF, Banque Mondiale
Principal résultat/ action 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
Réaction actuelle	En 2018, l'écart entre les données administratives et celles WENIC en Penta3 est de 55 points
Actions convenues du pays	<p>a) Mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données</p> <p>b) Reproduction et disponibilité des outils de gestion (registres de vaccination, carnets de santé de l'enfant, fiches infantiles ; etc.) dans la totalité des points de vaccination (413 CS+ 846 PS/structures privées, associatives/Services de santé des armées = 1259) ;</p> <p>c) Supervision bimestrielle du niveau central sur le terrain durant les 6 premiers mois : déployer le staff du niveau central PEV et partenaires sur le terrain dans les DS prioritaires ; prévoir des fonds pour soutenir la supervision des DRS, DPS dans les 27 DS ; il s'agira aussi de planifier une supervision ciblée pour résoudre la problématique de la collecte et de la saisie des données de vaccination. En effet, il y a un réel besoin de formation des agents vaccinateurs pour un remplissage de qualité des outils de reporting des activités de vaccination. Cette supervision permettra de suivre le cadre de redevabilité en vue de procéder au suivi de l'évolution des performances avec l'élaboration et l'utilisation du tableau de bord qui sera dérivé /lié au DHIS2.</p> <p>d) Dénombrement des enfants couplé à un léger sondage (LQAS) de suivi des enfants vaccinés au DTC 3 et complètement vaccinés dans les 2 DS prioritaires (Ratoma et Siguiri). Ce dénombrement sera suivi d'une restitution communautaire des résultats avec la présence de tous les acteurs (préfets, maires, agents de santé, RECO, ASC etc) qui sera suivie de la planification/élaboration des micros plans ciblés pour organiser le rattrapage/AVI des enfants ;</p> <p>e) Organisation des Réunions mensuelles autour des 413 CS, dans les 38 DPS et trimestrielles pour les 8 DRS en vue de l'analyse des données et de suivi de la performance du PEV ;</p> <p>f) Elaboration d'une base de données de suivi du calendrier vaccinal des enfants complètement vaccinés selon les cibles du PEV en fonction de l'âge et des doses requises des dans les 12 DS de priorité 1. Cette base de données sera gérée par</p>

Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>les data managers en poste dans les DRS et en collaboration avec les gestionnaires des données régionaux et de districts sanitaires ;</p> <p>g) Organisation d'une évaluation de la performance des AVI (première phase du plan d'urgence) en janvier 2020 avec l'implication de l'UNICEF, OMS, GAVI, CDC, MS, INS ;</p> <p>h) Produire et diffuser les Bulletin trimestriels de retro information du PEV aux DRS, DPS, CS/PS.</p>
Produits/ résultats escomptés	Afin 2019, l'écart entre les données administratives et celles WENIC en Penta3 passera de 55 au moins 45 points
Calendrier associé	Janvier-Décembre 2019
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	Cadres du niveau national (DSR, PEV, DNGELM, RH, DAF), Appui LMC, OMS, UNICEF, Banque Mondiale

11. 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, joindre 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 pays dispose d'un CCIA fonctionnel en référence à une proposition d'arrêté de restructuration de Juin 2018 par le Ministère de la sante. Ce projet a été signé au courant de ce mois de septembre 2019 par le Ministre de la santé.

La clôture des travaux de l'évaluation conjointe conduite du 26 au 30 aout 2019 a été faite sous l'autorité du CCIA présidé par le conseiller principal du Ministre d'Etat, Ministre de la santé accompagné par les Représentants résidents de l'OMS et de l'UNICEF. Des recommandations pertinentes ont été formulées à l'endroit des différentes parties prenantes. A cette occasion, le conseiller, président de la séance a remercié au nom du ministre de la santé, l'ensemble des partenaires et en particulier ceux qui accompagnent la Guinée dans l'atteinte des objectifs lies a la vaccination.

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

*Veillez confirmer le statut des rapports à Gavi, en indiquant si les rapports suivants ont été téléchargés sur le Portail pays. **Veillez 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
Rapport de niveau de stock de fin d'année (à remettre au 31 mars)*			
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			
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			
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) (spécifier les vaccins)			
Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans			
Plan opérationnel pour le programme de vaccination			
Rapport d'évaluation de fin de subvention de RSS			
Résultat du programme de démonstration du vaccin anti-VPH			
Enquête de couverture			
Analyse des coûts			
Rapport d'évaluation de la santé adolescente			
Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF			

Évaluation conjointe (JA complète)

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).

--