**Mission d’appui à l’organisation et la facilitation de l’*Atelier de concertation pour la définition des priorités d’investissement***

***des Subventions FM (MS/PNLSH et PLAN) pour le VIH en Guinée***

Mach-houd Kouton

25 mars - 5 avril, 2019

Conakry, Guinée



*Il faudrait que tu sois un peu*

*plus précis sur cette deuxième étape…*

*Crédit : Sidney Harris*

[Contexte 2](#_Toc5949545)

[Objectifs et résultats attendus du processus de revue et de l’appui 3](#_Toc5949546)

[1. Objectif général du processus de reprogrammation 3](#_Toc5949547)

[2. Objectifs de l’appui à l’atelier de concertation 3](#_Toc5949548)

[3. Résultats attendus 3](#_Toc5949549)

[Préparation de l’appui 4](#_Toc5949550)

[Déroulement de l’atelier 4](#_Toc5949551)

[1. Vue d’ensemble 4](#_Toc5949552)

[2. Journée de restitution des études et analyses. 6](#_Toc5949553)

[3. Journées de détermination des axes prioritaires 7](#_Toc5949554)

[CONCLUSION 10](#_Toc5949555)

Annexe 1 : Axes et interventions prioritaires

Annexe 2 : Agenda définitif

Annexe 3 : Liste des participants

# Contexte

Cette mission, ainsi que l’atelier s’inscrivent dans le processus de redéfinition – reprogrammation des investissements VIH du Fonds Mondial en Guinée.

En 2017, lors de la reconduction des subventions du Fonds mondial VIH sur la période 2018-2020, le cadre stratégique national était en cours d’élaboration et un dialogue national centré sur les priorités n’avant pas pu avoir lieu. Afin de ne pas retarder le processus et assurer la continuité des services, les subventions VIH ont été approuvés par le Conseil d’Administration en T1 2018 avec l’engagement de faire une revue multipartite du financement du Fonds mondial et par la suite, une modification des activités prioritaires, y compris du cadre de performance, budget et liste de produits de santé.

La condition inscrite dans l’accord de subvention est comme suit : ‘*Le récipiendaire principal s'engage par la présente à organiser une revue multipartite du programme et par la suite à modifier le programme, le cadre de performance joint à la section B de l'annexe 1 de cette confirmation de subvention ainsi que le budget résumé de la section C de l'annexe 1 de cette confirmation de subvention, qui devront être en forme et en substance satisfaisants pour le Fonds mondial. En particulier, les modifications du programme devront être définies dans un plan détaillé, assorti d'un calendrier, qui sera mis en œuvre par le récipiendaire principal pour améliorer la cascade de soins liés au VIH. Les modifications convenues du programme, du cadre de performance et du budget résumé seront officialisées au moyen d'une modification à la présente confirmation de subvention, au plus tard le 30 juin 2019’.*

Cette mission vient en appui à la concertation entre les parties prenantes nationales, avec l’appui des partenaires techniques et financiers.

L’ensemble du processus vise à affiner les interventions à mettre en place pour atteindre le maximum d’impact avec la redéfinition des approches, stratégies et interventions pour les prochains mois à l’horizon 2020 (fin de la période couverte par la subvention actuelle.). Ce processus permet également de préparer la prochaine phase de dialogue pays pour l’écriture de la demande de subvention.

# Objectifs et résultats attendus du processus de revue et de l’appui

## Objectif général du processus de reprogrammation

S’accorder sur les priorités du Programme et les investissements du Fonds mondial pour un maximum d’impact à partir des analyses faites pendant le premier trimestre 2019 (Cascade et épidémiologie ; Dépistage différencié ; problématique des perdus de vus ; géocartographie de l’épidémie, populations clé et des services VIH ; évaluation des 28 sites avec plus grande cohorte et les sites PTME prioritaires).

## Objectifs de l’appui à l’atelier de concertation

L’objectif de la présente mission était d’appuyer la préparation méthodologique et d’assurer l’animation de *l’Atelier de concertation pour la définition des priorités d’investissement des Subventions FM (MS/PNLSH et PLAN) pour le VIH en Guinée.*

En appui au programme VIH, le consultant avait notamment pour tâches de :

* Appuyer la revue des analyses de la mise en œuvre du programme pour le premier trimestre 2019 en vue de l’atelier : Cascade et épidémiologie ; Dépistage différencié ; problématique des perdus de vus ; géo cartographie de l’épidémie, populations clé et services VIH ;
* Appuyer l’élaboration du programme et de la méthodologie de l’atelier de revue et de reprogrammation.
* Faciliter les travaux de l’atelier de restitution des résultats des analyses et de définition des priorités programmatiques.
* Rédiger le rapport de l’atelier notamment les priorités définies.

## Résultats attendus

Dépistage

L’analyse des données relatives à la prévention, particulièrement des populations clés et populations vulnérables et au dépistage (nombre de personnes testés par stratégie, nombre de cas positifs, cascade) fournira des informations de base fiables pour revoir et s’accorder sur une **stratégie du dépistage ciblé** en fonction du type de population, sexe, âge, zone géographique, dans un centre de santé et dans la communauté.

Cette stratégie mettra en place les interventions plus adaptés au contexte et aux besoins du pays par type de population, en assurant la couverture des populations clés et vulnérables avec le but de cibler davantage le dépistage, d’arriver au premier 90 et de référer tous les patients dépistés positifs.

Prise en charge

Les informations générées par l’analyse permettront de développer les priorités des investissements du Fonds mondial afin d’avoir un modèle différencié de provision de services ARV de qualité (second et troisième 90), qui augmente la rétention et l’adhérence au traitement.

L’objectif est de recueillir des ajustements et propositions d’amélioration dans les services de PEC (aussi spécifiquement pour les populations clés) et PTME.

# Préparation de l’appui

La phase de préparation s’est déroulée à distance et sur site avec :

* Phase d’imprégnation et de revue documentaire :
	+ La phrase d’imprégnation a consisté en échanges dans un premier temps avec l’équipe du secrétariat du Fonds Mondial afin de mieux comprendre le contexte de l’atelier et celui du financement en cours VIH par le Fonds Mondial. Lors de cette phase, l’équipe a partagé les documents pertinents avec le consultant :
		- Documents relatifs à la subvention (Note de continuation de programme – Secrétariat du FM, Analyse et réorientation de la subvention – PNLSH, PUDR, etc.).
		- Documents relatifs aux études achevées à ce moment-là, soit :
			* Etude épidémiologique et de couverture des interventions
			* Analyse des stratégies de dépistage pour définir une stratégie nationale de dépistage différenciée.

Le consultant a été intégré dans les conférences téléphoniques de suivi avec les consultants, les bénéficiaires principaux dans le pays et l’équipe du secrétariat du Fonds Mondial. Il a eu également de nombreux échanges bilatéraux avec les partenaires nationaux ainsi qu’avec les consultants. Cette phase a permis de mieux définir le déroulement de l’atelier de revue et une projection du programme, établi et transmise par le PNLSH qui a en outre désigné un point focal en la personne de M. Arnold Ahiatsi. Un plan de travail a été établi à cette occasion comportant un chronogramme des activités.

* Phase de préparation sur site. Durant cette phase, le consultant a travaillé avec l’équipe du PNLSH, bénéficiaire principal du Fonds Mondial, avec des échanges continus avec les consultants et l’équipe du Fonds Mondial. Elle a permis d’affiner le programme de l’atelier et faire une première revue des rapports des études pour les traduire en présentations pertinentes. Plusieurs réunions ont été organisées avec l’équipe du PNLSH ainsi qu’avec l’équipe du FM une fois qu’elle était sur place.

# Déroulement de l’atelier

## Vue d’ensemble

Il est ressorti du travail de préparation que l’atelier devait se dérouler en deux phases distinctes :

* + **Restitution des études et présentation des enjeux clés de la reprogrammation des financements**. Basée principalement sur la restitution des études coordonnées par les consultants, cette séance de restitution d’une durée d’une journée, devait réunir une centaine de participants de toutes les parties prenantes : Ministère de la santé, Bénéficiaires principaux, sous – bénéficiaires, associations de PVVIH, de populations clés, représentants des partenaires d’appui principaux (OMS, ONUSIDA, UNICEF, etc.). Il a été notamment convenu de convier les responsables des principaux sites de prise en charge en dehors de Conakry à cette journée et au reste de l’atelier. Cette journée était donc destinée à :
		- Partager :
			* Les résultats épidémiologiques et stratégiques des trois études déjà menées avec l’ensemble des parties prenantes afin de disposer d’une masse critique de personnes et d’institutions informées de l’évolution de l’épidémie, de la couverture des interventions et des stratégies les plus efficientes. Parmi ces institutions et organisations figurent celles qui vont mettre en œuvre à différents niveaux, celles qui vont appuyer la mise en œuvre et à moyen termes, toutes seront impliquées dans le prochain dialogue pays.
			* Les états d’avancement des projets pilotes (traitement préventif à l’Isoniazide) ou de sujets spécifiques (dépistage des enfants), etc.
		- Partager les constats et recommandations relatifs au suivi – évaluation à partir des présentations :
			* De l’analyse du Système National d’Information Sanitaire, objet d’un atelier organisé par ONUSIDA du 27 au 29 mars 2019 à Conakry.
			* Des insuffisances constatées lors des phases de recueil de données des études commanditées.

Le processus de reprogrammation a montré les insuffisances en matière de collecte et d’analyse des données. C’est là également un enjeux clé pour le pilotage des interventions qui seraient à mettre en œuvre à l’issu de l’atelier.

Parmi les participants à cette journée de restitution ont été sélectionné les participant à la deuxième partie de l’atelier en privilégiant une majorité de techniciens, impliqués dans la mise en œuvre, ainsi que les représentants des institutions d’encadrement (Direction de la santé communautaire, Bureau des Statistiques du Ministère de la santé, etc.) et des partenaires techniques et financiers.

* + **Affinage et élaboration des stratégies et approches en matière de dépistage et traitement différencié.** D’une durée de deux jours, réunissant un groupe restreint , cette partie de l’atelier s’est basées principalement sur les résultats de l’étude épidémiologie et de couverture, ainsi que de l’analyse des stratégies de dépistage comme base. Elle a consisté en partie en un travail d’affinage car un atelier sur les stratégies de dépistage dans les régions s’est tenu en février 2019 à Boké, précédé d’une première restitution des résultats provisoires de l’étude en décembre 2018 à Conakry.

Cette partie de l’atelier devait se dérouler sous forme de présentations axés sur des thématiques ou des enjeux complémentaires, et de travaux de groupe par thématique (notamment sur les stratégies clés de dépistage) afin de formuler les axes majeurs de la prochaine phase de mise en œuvre des financements.

## Journée de restitution des études et analyses.

Cette journée a été ouverte par un panel composé de :

* Coordinateur du PNLSH, Dr Youssouf Koita
* Secrétaire exécutif de l’Instance de Coordination Nationale, Dr Kekoura,
* Secrétariat du Fonds Mondial : Nicolas Cantau
* Ministère de la santé : Dr Guilavogui

130 participants ont été enregistrés (incluant le staff de support) (voir liste des participants en annexe).

La journée a été organisée autour de 4 sessions :

1. Restitution des études :

Ce sont les trois études phares qui ont été présentées :

* Etude épidémiologique et de couverture des interventions
* Etude sur les approches et stratégies de dépistage différencié
* Etude sur les perdus de vue.

Au travers de ces études, c’est une photographie très détaillée de l’épidémie et de la réponse qui était proposée aux participants pour discussion mais surtout pour clairement et précisément illustrer la démarche « population et localisation ».

De ces études, il ressort de très nombreux éléments d’analyse parmi lesquels (pour des détails, voir données présentations) :

* Une épidémie avec une incidence qui semble en baisse, de même que la prévalence, mais un nombre de personnes vivant avec le VIH qui augmente du fait de la démographie.
* Une couverture disparate des interventions :
	+ 50% des PVVIH connaitraient leur statut (modèle Shyni90)
	+ Couverture faible des interventions pour des populations clés comme les travailleurs des mines et élevée pour les populations clés « non cachées »
	+ Couverture élevée des interventions à Conakry
	+ Couverture par ARV faible dans les régions de Nzérékoré, Kankan ou Boké.
	+ En matière de dépistage :
		- Une « productivité » plus forte du dépistage à l’initiative du soignant (dans les services hospitaliers ou les services de prise en charge de la tuberculose)
		- La nécessité de renforcer le dépistage dans le cadre de la PTME et le dépistage des enfants
	+ Un taux de rétention à 12 mois de seulement 69,4% chez les femmes et 57,5% chez les hommes.

Il est donc clairement apparu la nécessité pour avoir un réel impact, de mettre l’accent sur :

* Des problématiques comme le dépistage et la rétention (qualité des interventions)
* Dans le dépistage, sur la PTME et surtout les différentes modalités et lieux du Conseil dépistage à l’initiative du soignant + augmenter l’offre et la diversité des services pour des populations clés comme les miniers.
* Pour l’accès aux ARV : la différenciation de l’accès aux traitements d’une part pour rapprocher les traitements des personnes et d’autre part pour alléger les files actives des plus importants centres de PEC.
* Les principaux centres de dépistage et prise en charge que sont les 28 sites à « grande cohorte » et les 66 plus importants sites de PTME. La concentration des efforts dans ces sites devraient permettre de mettre à l’échelle le dépistage index, améliorer la rétention, avoir un effet d’entrainement sur d’autres centres grâce par exemple au tutorat clinique de centres plus petits, etc.
* Des régions :
	+ Pour la saturation des interventions ciblant des populations clés
	+ Pour l’ensemble des interventions de dépistage et de traitement différencié.

Avec cette session, encore une fois, l’atelier se plaçait très clairement dans l’optique du ciblage.

La centaine de participants a pu débattre et entendre un message clair et fondé sur des évidences soit les éléments indispensables pour opérer des choix, pour ceux des participants invités à rester durant les deux jours de travaux en groupe restreint, selon le principe que « choisir c’est renoncer ». Renoncer par exemple au dépistage des jeunes en populations générale, au profit du dépistage des jeunes appartenant à des groupes de populations clés ou au CDIS dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose. Les échanges ont été intenses et ont permis aussi d’apporter des clarifications, notamment de la part du Bénéficiaire Principal « Population clés » en l’occurrence Plan : le faible nombre de dépistage enregistré sur les unités mobiles au premier trimestre 2018 était dû au retard dans le démarrage de cette activité, le second semestre étant nettement plus efficient.

1. Présentation d’enjeux clés en lien avec les résultats des études :
	1. Prise en charge des enfants avec la restitution de la réunion de haut niveau tenue à Dakar en janvier 2019 et la présentation des actions à haut impact pour le dépistage et la prise en charge des enfants, mais également la PTME.
	2. Prévention, dépistage et prise en charge du VIH chez les personnes atteintes de la TB. L’occasion de mettre l’accent sur les « gaps » de couverture des centres de traitement de la TB en matière de dépistage (centres en création, centres existants, personnels déjà en poste) ainsi que de présenter l’introduction du traitement préventif à l’Isoniazide.
	3. Présentation des constats quant au système d’information sanitaire. Suite à l’atelier organisé la semaine précédente par ONUSIDA, des recommandations et un plan de travail ont été élaborés pour le renforcement du SNIS. Une présentation a donc été faite lors de cette journée avec en sus, les présentations des constats et pistes d’amélioration issues des études épidémiologiques et de couverture.

Cette journée, destinée surtout à baliser le chemin de la réflexion et de la détermination des interventions prioritaires s’est achevée par la présentation de deux dynamiques majeures en cours :

* La spatialisation de l’épidémie et des services qui est menée par l’Université de Genève et qui permettra aux acteurs nationaux de disposer d’un outil performant de prise de décision et de suivi des interventions. A l’heure actuelle, l’équipe est en cours de collecte des informations relatives aux services et à l’épidémie.
* Les études sur la qualité des services dans les 28 sites de PEC les plus importants et dans les 66 principaux sites de PTME. Ces études sont attendues avec impatience car elles permettront de mieux cibler les interventions, même si d’ores et déjà, le pays dispose avec les autres études, d’éléments probants pour donner une direction.

La restitution étant le prélude aux travaux de groupe, l’équipe avait déterminé les participants devant prendre part aux 3 jours d’atelier. 72 participants étaient ainsi retenus pour les jours 2 et 3 ; Cependant, au vu de l’engouement et de l’intérêt manifesté, l’équipe a estimé préférable de laisser ouvert la participation aux jours 2 et 3.

## Journées de détermination des axes prioritaires

Initialement prévu sur une journée, la détermination des axes et interventions prioritaires s’est déroulée sur deux jours.

Ces deux jours en groupe restreint devaient permettre de définir / affiner des stratégies

Un peu plus de la moitié des participants au jour un avait été sélectionné par le groupe de travail du PNLSH avec l’appui du consultant pour les jours 2 et 3.

Ont été privilégié les acteurs investis directement dans la mise en œuvre, notamment les personnes travaillant dans les principaux sites de PEC ou de PTME, les membres des associations de PVVIH ou de populations clés, les représentants des bénéficiaires principaux et sous – bénéficiaires. Au final, 90 personnes ont pris part au jour 2 et 97 au jour 3. A l’évidence, cela montre le succès de la première journée et l’envie de s’investir dans la réflexion / action.

Les deux journées étaient structurées autour de présentations et de travaux de groupe.

Jour 2

Les travaux prévus en jour 2 portaient en grande partie sur la différenciation du dépistage. Les participant ont été répartis dans 4 groupes correspondant aux approches les plus productives avec le plus grand potentiel de développement :

* Dépistage Coïnfection TB / VIH et dépistage des donneurs de sang.
* Optimisation du conseil / dépistage diagnostique - Intégration dans les services IST.
* Optimiser le dépistage prénatal / dépistage des enfants. / Intégration dans les services de planning familial.
* Prévention / dépistage auprès / avec les populations clés et entourage.

Au sein de chaque groupe, des questions transversales étaient posées, notamment concernant les cibles, les régions prioritaires et la question des ressources humaines.

L’équipe du PNLSH avec le consultant a procédé à la répartition dans les groupes en fonction des domaines de compétences et en veillant à distribuer les membres d’une même organisation / institution, entre différents groupes.

Les groupes étaient structurés autour de :

* Deux référents techniques : idéalement les personnels du PNLSH en charge de la thématique considérée. Ceci dans un objectif d’appropriation. Le référent technique est chargé d’apporter un éclairage lorsque de besoin.
* Un animateur : désigné par le groupe
* Un rapporteur désigné par le groupe
* Au minimum un partenaire technique international (UNICEF, ONUSIDA, Plan, etc.)

L’équipe avait préparé pour chaque groupe un guide d’animation comportant l’objectif du groupe, le déroulement de la séance ainsi que des questions de relance.

Les travaux de groupe ont été précédés de la présentation des résultats de l’atelier de Kindia en termes de stratégies de dépistage. Il est apparu assez vite que de nouvelles approches mais aussi des populations avaient été rajoutées à celles existantes, mais les travaux de Kindia n’avaient pas permis de de-prioriser des approches et stratégies déjà mises en œuvre. Ceci n’était semble-t-il pas dans les consignes données aux groupes.

De plus, l’atelier de Conakry a bénéficié de la restitution des travaux sur le dépistage qui apporte des éléments de preuve pour établir une priorité entre différentes stratégies, différentes régions, voir, de mettre certaines stratégies / groupe de côté.

 Au final, les travaux de groupe ont été très animés et se sont déroulés bien au-delà du temps initialement prévu pour cela.

Le groupe d’organisation – facilitation a décidé de laisser se dérouler les discussions puisque c’était une demande pressante des groupes. En effet, si l’objectif à court terme est de déterminer des interventions prioritaires, cela passe nécessairement par une bonne compréhension des enjeux. Dans les groupes, tous les participants ne sont pas au même niveau de compréhension des dits enjeux même si l’écrasante majorité adhère à la nécessité de prioriser des interventions par région et par population.

Chaque groupe a présenté un compte-rendu avec les interventions clés qui ont été retenues et qui ont par la suite été discutées avec le groupe élargi.

Que ce soit dans le cadre des groupes ou lors de la discussion en plénière, les discussions sur les interventions permettent de reposer le cadre : quelles interventions à haut impact, pour quelle (s) population (s), dans quelle (s) région (s) et avec qui ?

Lors des présentations des travaux de groupe, il est apparu que chaque groupe avait également abordé les enjeux autour de la quantification / gestion des intrants (tests de dépistage et médicaments ARV), du suivi-évaluation, initialement prévus pour le jour 2. De plus, un atelier organisé par ONUSIDA venait de déboucher sur une feuille de route pour renforcer le système d’information sanitaire et l’ensemble du dispositif de suivi – évaluation. Cette feuille de route a donc été présentée mais il n’apparaissait plus prioritaire d’avoir des travaux de groupe sur ces thématiques.

Par ailleurs, il ressortait des questionnements par rapport à la prise en charge et spécifiquement à la qualité de la prise en charge, notamment l’accès aux examens de charge virale.

D’autre part, l’étude sur les perdus de vue avait mis l’accent sur les obstacles financiers dans l’accès aux soins.

En partant de ces deux éléments, l’équipe a immédiatement revu l’agenda du jour 3 avec la constitution de deux groupes ad ‘hoc pour faire :

* Un résumé des discussions et points d’achoppement du jour 2
* Travailler sur les cibles prévisionnelles en matière de dépistage et de traitements.

Jour 3

Trois thématiques ont été abordées lors de cette journée :

* L’accès à la charge virale et plus généralement aux examens de laboratoire. Au final, ce sont les résultats de la mesure de la CV qui disent en partie la qualité de la prise en charge par ARV. L’accès aux examens de charge virale est complexe en Guinée avec trois dimensions :
	+ La capacité des médecins à prescrire l’examen
	+ La demande par les PVVIH (avec de forts enjeux de création de la demande)
	+ La disponibilité des appareils de mesure et des intrants.
* Les conditions d’accès aux services, telles que relevées par les PVVIH au travers de l’observatoire OCASS. Cette présentation qui a suscité beaucoup de débats, aura eu le mérite de mettre en avant :
	+ Les pratiques dans certains centres de prise en charge et les réponses qui peuvent y être apportées, notamment en ce qui concerne les coûts des services à la charge des usagers.
	+ La volonté des personnes vivant avec le VIH de promouvoir des approches et stratégies qui rapprochent les traitements des personnes (PODI, Groupes communautaires de traitement, etc.).
	+ Le besoin de renforcer l’éducation thérapeutique des personnes sous ARV et la recherche des perdus de vue.

Cette présentation met en lumière l’importance de ce dispositif d’observatoire communautaire comme élément d’amélioration de la prise en charge et de défense des droits des PVVIH.

Il serait souhaitable d’étudier comment associer cet observatoire avec le projet de spatialisation des services. Ainsi il pourrait être envisagé que les observateurs déployés sur le terrain puissent renseigner la fonctionnalité des appareils de charge virale et ainsi avoir une situation en temps réel de source indépendante.

* La présentation des économies réalisées sur la subvention. Elle a permis de mieux rendre compte de ces économies réparties entre des activités reportées du fait du délai avant le début de la mise en œuvre et les économies pour cause de baisse des prix des intrants ou d’annulation de certaines activités.
* La présentation du dispositif relatif à la quantification et la gestion des intrants. Cette question est au cœur des retours faits par l’ensemble des participants et aussi des études menées. Les situations de ruptures (locales ou totales) dans les intrants de dépistage sont communément citées dans les difficultés auxquelles les prestataires doivent faire face.
* La présentation d’une projection des cibles en matière de dépistage et de traitement. Ces projections ont été réalisées par un groupe ad ‘hoc et avaient surtout vocation à servir de base à une discussion sur les hypothèses à considérer pour arriver à des projections réalistes devant servir de base notamment à la quantification des intrants. Les discussions sont toujours en cours notamment sur les scénarios pour avoir des cibles tout à la fois ambitieuses et réalistes.

A la fin des discussions, la FPM a présenté les prochaines étapes devant conduire à la reprogrammation de la subvention avec une échéance en juin 2019.

|  |
| --- |
| **CHRONOGRAMME REPROGRAMMATION SUBVENTIONS VIH** |
| **ACTIVITE** | **AVRIL** | **MAI** | **JUIN** | **DATE SOUMISSION** |
| Réunion définition de priorités VIH (2-4 Avril) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Mise a jour **tableau de gap programmatique**  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **19 avril** |
| Mise a jour **Paysage financier**  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **19 avril** |
| Soumission **PF** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **19 avril** |
| **Revue** **LFA (PF et tableaux)** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **26 avril** |
| **Revue FM et échanges pays** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **3 mai** |
| Soumission **Liste de produits de sante** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **26 avril** |
| **Revue LFA LoHP** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **3 mai** |
| **Revue FM et échanges pays** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **10 mai** |
| Soumission **Budget** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **17 mai** |
| **Revue LFA** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **24 mai** |
| **Revue FM et échanges pays sur place** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **14 juin** |
| Validation finale par le CCM et soumission documents |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **21 juin** |

L’atelier a été conclue par le Président de l’Instance de Coordination Nationale qui a remis fortement l’accent sur l’importance de cet exercice de reprogrammation qui au final devrait permettre de mettre en place des interventions à haut impact et d’absorber les financements disponibles dans l’actuelle subvention.

# CONCLUSION

Cet atelier et l’ensemble du processus de reprogrammation dans lequel il s’inscrit, est une première en Guinée. Ceci a été abondamment souligné par les participants qui ont eu l’occasion d’avoir des discussions constructives sur la base d’évidences clairement pointées dans les études.

La commande des études est clairement un élément déterminant dans la réussite de ce processus à ce stade car cela permet de i) objectiver les différentes composantes allant de l’évolution de l’épidémie à la couverture des interventions ii) de disposer de recommandations précises et pratiques quant aux stratégies et approches les plus pertinentes. Ce type d’approche à l’avantage d’aller au-delà de la revue de programme en mettant en place une analyse indépendante et qui ne se présente pas comme un exercice de jugement de l’action des organisations de mise en œuvre mais plutôt comme un travail de facilitation de la mise en œuvre pour avoir un maximum d’impacts. C’est sous cet angle que peut s’expliquer la présence importante des parties prenantes lors de l’atelier et la très bonne tenue des débats ainsi que l’importance de la participation.

Cet atelier s’inscrit très clairement dans la réponse à la recommandation du TRP d’avoir une revue et une reprogrammation des intervention à la lumière des évidences produites par les études et de l’analyse de la mise en œuvre des interventions.

Les participants, dont une partie des personnels de mise en œuvre autant communautaires que du système public de soins, ont défini des interventions, des régions et des populations prioritaires ce qui était l’objectif attendu. Les axes et interventions prioritaires sont contenus dans l’annexe à ce document.

Deux études d’importance sont en cours ou vont bientôt commencer : l’étude relative aux plus importants sites de PTME ainsi que l’étude sur la qualité des soins dans les 28 plus importants sites de prise en charge par ARV. Elles permettront d’affiner encore plus les interventions.

Il est à souligner que l’exercice de priorisation et de focalisation est en tension avec la logique de service public de beaucoup d’acteurs nationaux qui commande d’offrir les mêmes prestations sur l’ensemble du territoire. Pourquoi concentrer les efforts sur 66 sites de PTME et non pas étendre celles-ci au plus de 1 000 services de santé potentiellement impliqués dans le suivi des femmes enceintes ? Cette question, tout à fait légitime, a été posée tout au long de l’atelier. La réponse tout au long de l’atelier a consisté en l’amélioration des interventions et donc avoir le maximum d’impacts avec les moyens disponibles, pour mobiliser des financements au moins de la même importance auprès du Fonds Mondial que la subvention actuelle. Au-delà du financement alloué par le FM, cette question a été l’occasion de rappeler que, même si le Fonds Mondial est le principal financeur des activités de lutte contre le sida, il n’est pas le seul, avec une attente très importante d’une part sur la mobilisation d’autres bailleurs, et d’autre part, sur le financement national de la lutte. Il a été très utilement rappelé que le présent exercice s’inscrit dans un moment important pour la Guinée, avec en prévision :

* Un exercice de revue des progrès du Plan de rattrapage dont la rédaction a été coordonnée par ONUSIDA
* La revue à venir du Cadre Stratégique National. Dans cette optique, les projections pour les interventions financées par le Fonds Mondial permettront de mesurer les gaps programmatiques et de définir les gaps de financements.

La mobilisation des financements, particulièrement nationaux est cruciale et les précisions données quant à la volonté du gouvernement d’augmenter le budget alloué à la santé et donc le financement de la lutte contre le sida est à ce titre très importante.