Formulaire de demande de financement

Période d'allocation 2020-2022

Se reporter aux Instructions relatives à « l'examen complet » pour remplir ce formulaire.

Examen complet

Résumé

Pays	République de Guinée
Composante(s)	TB/VIH
Date de début prévu de la ou des subvention(s)	1er janvier 2021
Date de fin prévue de la ou des subvention(s)	31 décembre 2023
Récipiendaire(s) principal(ux)	Ministère de la Santé Plan international Guinée
Devise	USD
Montant de la demande de financement dans les limites de l'allocation	63,553,827
Montant de la demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée[1]	4,639,833
Montant de la demande de fonds de contrepartie[2] (le cas échéant)	

Le Fonds mondial

[1] Les demandes hiérarchisées de financement au-delà de la somme allouée ne peuvent être déposées que conjointement avec la demande de financement. Pour élaborer une demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée, remplir le document-type au format Excel qui sera transmis par le Secrétariat du Fonds mondial.
[2] Cette section ne concerne que les candidats dont la lettre d'allocation indique que des fonds de contrepartie leur ont été assignés.

Section 1 : Contexte lié à la demande de financement

1.1 Principaux documents de référence concernant le contexte du pays

Documents de référence	Référence du lien/de la pièce jointe	Section(s) ou numéro(s) de page correspondants
Plan National de développement Sanitaire (PNDS), 2015-2024	Annexe-1_Plan_national_developpement_sanitaire_2015-2024_guinee_fin.pdf	Section-1 Section- 2 (Module 10)
Cadre Stratégique National de Lutte Contre Le Sida, 2018-2022	Annexe-2_SECNLS_CSN_2018-2022_Version_Finale_171218.docx	Section-1, Section -2, Section-4
Budget Cadre stratégies National, 2018	Annexe-2.1__GUIN_CSN_PMO_Budget_02_Sept_2018.xlsm	Section-1, Section -2, Section-4
Plan Stratégique National de Lutte Antituberculeuse En Guinée, 2021-2025	Annexe-3-PSN TB Guinée draft 2 Version du 27 décembre 2019.pdf	Section-1, Section -2, Section-4
Plan Stratégique de Santé Communautaire 2018-2022	Annexe-4_PlanStrategique_SanteComm_VFF_230419_250419.docx	Section-1 (engagement et ripostes communautaires), section-2 (Module 11)
Plan stratégique 2017-2024 de la chaine nationale d'approvisionnement des produits de la sante publique	Annexe-5_UGL _Plan stratégique 2017-2024_version 23 Octobre 2017.docx	Section-1 (système de laboratoire), Section-2, (Module 9)
Plan Opérationnel de Suivi Évaluation du Cadre Stratégique national 2018-2022	Annexe-6_Plan de Suivi Évaluation CSN 2018-2022 VF_160818.doc	Section-1, Section -2 (module 11)
Plan directeur de biologie médicale 2018-2022	Annexe-7_Plan Directeur de la PNBM_Validé par la CS_Sept 2018.pdf	Section-1 (système de laboratoire), Section-2, (Module 9)
Analyse des données du RGPH3, thème : perspectives démographiques, 2017	Annexe-8_RGPH3_perspectives_demographiques.pdf	Section-1 (contexte pays)
Rapport de la revue externe du Plan Stratégique National 2016-2020 du PNLAT-Guinée 17 au 28 juin 2019	Annexe-9_Rapport Final Revue Externe PNLAT- Guinée+ED.docx	Section-1, Section -2, Section-4
La Problématique des perdus de vue durant la Prise en Charge du VIH/Sida, 2019	Annexe-10_Rapport_PDV_Guinée_1601.docx	Section-1 (réponse du programme VIH), section-2 (Module-1)
Rapport de la revue interne du plan Stratégique National 2016-2018 du PNLAT	Annexe-11_Rapport de revue interne_VF.pdf	Section-1, Section -2, Section-4
GUINEA 2019 HIV draft estimates - epi data 1990–2018	Annexe-12_HIV2019DraftEstimates_Guinea_13May2019.xls	Section-1 (contexte épidémiologique)
Plan national d'accélération de l'élimination de la transmission mère enfant du VIH et de la prise en charge Pédiatrique 2019-2021	Annexe-13_Guinée_Plan accélération PTME et PECP_VF corrigée.pdf	Section-1 (Réponse du programme VIH), section-2 (Module-2)
Stratégies de réplication des facteurs clés de succès du projet Dreams dans deux centres de santé en Guinée, 2019	Annexe-14_Stratégies pour répliquer les facteurs de succès à Conakry et Nzérékoré.pdf	Section-1 (Réponse du programme VIH), section-2 (Module-2)
Une pratique prometteuse du projet DREAM : Le réseau modèle de soins pour éliminer la transmission verticale du VIH en Guinée, 2018	Annexe-15_Pratique prometteuse PTME _projet DREAM.pdf	Section-1 (Réponse du programme VIH), section-2 (Module-2)

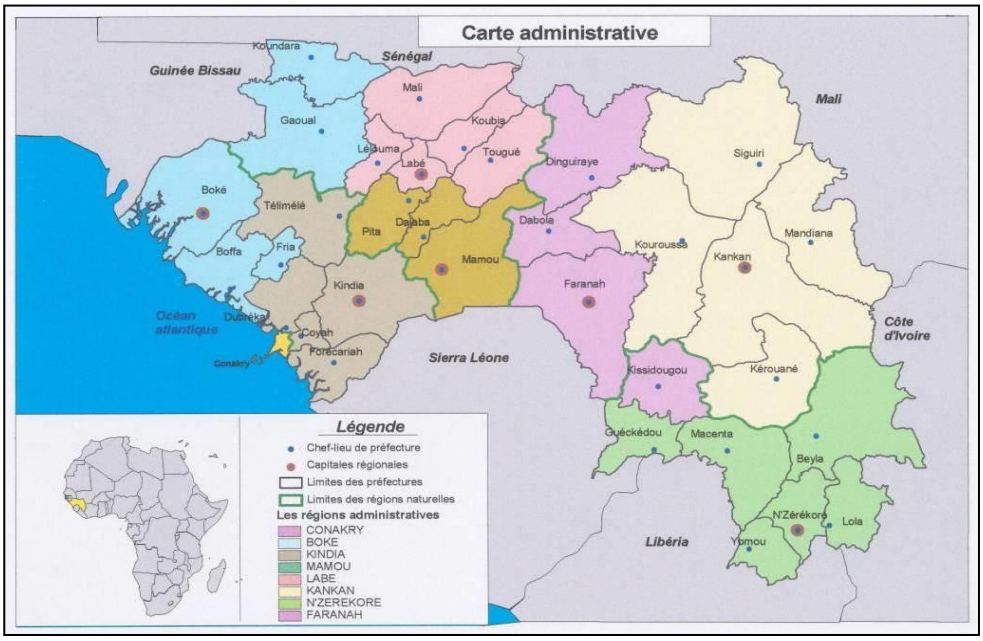
Documentation et capitalisation des bonnes pratiques et des opportunités pour les acteurs communautaires pour assurer la prestation de services de santé dans des environnements fragiles en Guinée	Annexe-16_Etude COE_Rapport documentaire_ Guinée	Section-1 (l'engagement et les ripostes communautaires), Section-2 (Module-8, Module-11)
Rapport de l'atelier quantification des intrants utilises dans la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose (TB) et du paludisme, 2019	Annexe-17_Résumé Analytique Rapport Quantification Nationale Intrants FM_vf_22-12-2019.docx	Section-1 (enseignements tirés), Section-2 (Module-9, module-10)
Rapport de l'atelier quantification des intrants utilises dans la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose (TB) et du paludisme, 2019	Annexe-18_Rapport Quantification Nationale Intrants FM_vf_22-12-2019.docx	
Plan d'accélération de la prise en charge pédiatrique du VIH en Guinée 2017-2020	Annexe-19_Plan d'accélération Guinée PECP Version PNPCSP 19.04.2017. BK final.docx	Section-1 (enseignements tirés), Section-2 (Module-1, Module-2)
Plan d'amélioration des 54 sites PTME, 2019	Annexe-20_Plan d'amélioration des 54 sites PTME.xlsx	Section-1 (Réponse du programme VIH), section-2 (Module-2)
Rapport synthèse de la mission de recensement des besoins des 52 sites PTME du 11 Mai au 07 Juin 2019	Annexe-21_Rapport du recensement des besoins des sites 52 PTME dans les 4 régions du projet.docx	
Rapport synthèse de la mission de recensement des besoins des 14 sites PTME Prioritaire du 27 Mars au 17 Avril 2019	Annexe-22_Rapport de la synthèse du recensement des besoins des 14 sites PTME à grande cohorte.docx	
Guinée : Une stratégie nationale différenciée en matière de conseil et de dépistage du VIH, 2018	Annexe-23_Differentiated HIV testing strategy_0104_FR.docx	Section-1 (Réponse du programme VIH), section-2 (Module-3)
Rapport annuel de la riposte au Sida, 2018	Annexe-24_Epidemiologie et riposte Rapport annuel de la riposte au Sida 2018 - 05-08-2019.docx	Section-1 (épidémiologie)
Plan national d'accélération de l'élimination de la transmission mère enfant du VIH et de la prise en charge pédiatrique, 2019-2021	Annexe-25_Guinée_Plan accélération PTME et PECP_VF corrigée.pdf	Section-1 (Réponse du programme VIH), section-2 (Module-2)
Plan d'accélération du cadre national stratégique de lutte contre le SIDA 2018-2022 pour l'atteinte des trois 90 en République de Guinée	Annexe-26_Plan d'accélération Guinée	Section-1 (Réponse du programme VIH), Section-2 (Module-1)
Étude de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) auprès des Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), 2017	Annexe-27_Rapport_etude_nationale_estimation_taille_PS_HSH_Guinée 2017.pdf	Section-1 (épidémiologie), Section-2 (Module-4 : Prévention)
Ordonnance No 056/2009/PRG/SGG portant amendement de la loi L/2005/025/AN du 22 Novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/Sida en République de Guinée	Annexe-28_Loi sur le VIH en Guinee.pdf	Section-1 (enseignements tirés), Section-2 (Module-3, Module-8)
États Généraux de la Santé document des Groupes techniques pour l'Organisation des sessions, 2019	Annexe-29_Rapport État Généraux du Système de santé Guinée Octobre 2019. docx.docx	Section-1 (inégalités, obstacles, enseignements tirés), section-2 (Module-8, Module 9, module 10)
Plan d'intégration TB/VIH en Guinée dans les centres de dépistage et de traitement de la tuberculose, 2019	Annexe-30_PNLAT-Plan d'intégration CDT Final	Section-1 (enseignements tirés), Section-2 (Module-1, Module-3, Module-5, Module-6, Module-7)

Enquête Démographique et de Santé, (EDS V) 2018	Annexe-31_EDS_2018	Section-1, Section-2 (Module-2, Module-4, Module-12)
Rapport de priorisation des interventions TB et VIH,2020	Annexe-32_Priorisation Interventions TB_VIH Periode 2021-2023	Section-1 (réponses programmes VIH et TB, enseignements tirés, Section-2 (2.1 et les modules du 2.2 sauf le Module 13)
Rapport de l'atelier genre et droit de l'homme	Annexe-33_Rapport de l'atelier genre	Section-1 (inégalités et obstacles, enseignements tirés), Section 2 (inégalités et obstacles dans chaque module)
Rapport dialogue pays	Annexe-34-Rapport_dialogue pays	Section-1 (inégalités et obstacles, enseignements tirés), Section 2 (tous les modules), Section-3, Section-4
Revue épidémiologique et programmatique, et analyse de cascades en Guinée, mai 2019	Annexe 35 - Revue épidémiologique Guinée - rapport final	Section-1 (épidémiologie), Section-2 (2.1 : priorisation)
Problématique des perdus de vue durant la Prise en Charge du VIH/Sida.	Annexe 36 - Annexe-37_Rapport_PDV_Guinée_1601	Section-1 (réponse programme VIH, enseignements tirés), Section 2 (Module 1, Module 2)
Cartographie et modélisation géospatiale (accessibilité physique) des services liés au VIH en Guinée	Annexe 37 – différentes Cartes d'accessibilité services VIH en Guinée, mars 2020, UG.	Section-1 (Réponse programme VIH, enseignements tirés), Section-2 (Module 10)
Rapport de l'atelier de réflexion et de dialogue de la société civile sur le renforcement du système communautaire	Annexe-38_Rapport de l'atelier dialogue pays -plateforme PNOSC-VIH-TB	Section-1 (Ripostes communautaires, enseignements tirés), Section-2 (Module 11)
Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (SARA), GUINEE, 2017	Annexe-39_Rapport SARA 2017.pdf	Section-1 (inégalités/ obstacles, enseignements tirés), Section-2 (demande de financement hiérarchisée)
Étude biocomportemenale chez les HSH	Annexe-40_Rapport Final Escomb HSH 2017	Section-1, Section-2
Rapport d'évaluation des sites de prise en charge médicale	Annexe-41_Evaluation Capacités 29 sites PEC Guinée	Section-1 (inégalités/ obstacles, enseignements tirés), Section-2 (demande de financement hiérarchisée)
Plan d'amélioration des 29 sites de prise en charge médicale	Annexe-42_RevueProgramme_PlansAmélioration17 Sites_FM_Fév 2020	Section-1 (inégalités/ obstacles, enseignements tirés), Section-2 (demande de financement hiérarchisée)

1.2 Résumé du contexte du pays

1. Description succincte du contexte du pays

La République de Guinée est située en Afrique de l'Ouest. Elle a une superficie totale de 245. 857 km². Sur le plan administratif, elle est subdivisée en huit (8) régions dont la capitale Conakry qui a un statut de collectivité décentralisée. Elle compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry, et 304 communes rurales.



Carte 1 : Carte administrative de la République de Guinée

Estimée à 12 559 623 habitants en 2020 (Analyse des données du RGPH3, thème : perspectives démographiques, 2017), la population de la Guinée est majoritairement rurale à 64%. Le pays est à prédominance musulmane, avec 85 % de la population. Le français, langue officielle de la Guinée, est la principale langue de communication dans les écoles, l'administration publique et les médias. Cependant, plus de 24 langues nationales dont le Maninka, le Poular, le Soussou, le Guerzè, le Toma et le Kissi sont largement parlées comme dialectes d'échanges entre les populations. L'économie guinéenne est largement tributaire de l'agriculture et de la production minière. Le pays est le deuxième plus grand producteur mondial de bauxite et possède des réserves de diamants et d'or.

Le taux brut de natalité est estimé à 33,60‰ avec un indice synthétique de fécondité estimé à 4,8 enfants par femme en 2018, et un taux d'accroissement naturel de 2,6 % par an (Enquête Démographique et de Santé, (EDS V) 2018). La population est majoritairement jeune, avec 46% âgés de moins de 15 ans. L'espérance de vie est de 56,1 ans. On note une persistance de la pauvreté, avec un niveau de pauvreté qui est passée de 55,2% en 2012 à 59,3% en 2017, malgré une croissance économique de l'ordre de 6,2% et un important taux de scolarisation de 89% en 2018. Selon l'EDS 2018 et l'enquête MICS 2016, les mortalités maternelle, infantile et infanto-juvénile restent élevées, avec respectivement 550 décès pour 10000 naissances vivantes, 67‰ et 111‰. Sur l'ensemble des formations sanitaires du pays, 97% disposent de tests et de traitements du paludisme en 2017, 78% offrent des soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base, 71% offrent des services de soins préventifs et curatifs pour l'enfant, et 68% des soins prénatals.

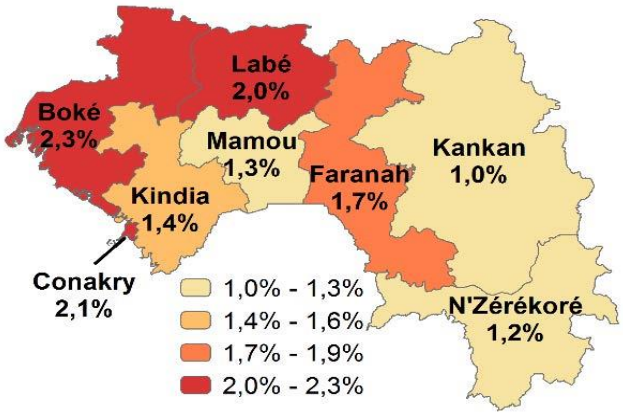
Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le budget national est en baisse depuis plusieurs années. Cependant celle de la santé est en hausse, elle était de 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012, est passée à 7,3 % en 2019. Selon les critères du Fonds mondial, la République de Guinée est classée parmi les pays à contexte d'intervention difficile, et la mise en œuvre des subventions est placée sous mesures de sauvegarde additionnelle.

2. Contexte épidémiologique et autres informations pertinentes relatives aux maladies

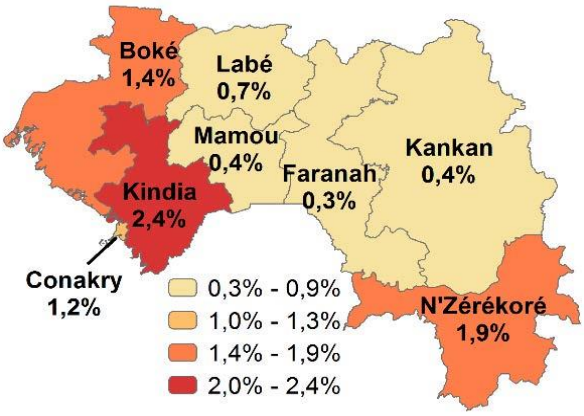
2.1 Contexte épidémiologique du VIH

La Guinée, avec **une prévalence du VIH de 1,5%** en population générale, est classée parmi les pays ayant une épidémie **de type généralisé** (Enquête Démographique et de Santé, (EDS V) 2018). On note une tendance à la féminisation et une tendance à la baisse, entre 2012 et 2018. En effet, la prévalence en population générale est passée de 1,7% en 2012 puis à 1,5 en 2018 soit une réduction de 11,76% au cours des deux dernières enquêtes EDS. Cette tendance n'est pas toujours à la diminution, mais varie en fonction de la tranche d'âge, du sexe, et de la région. En effet, tandis qu'on note une tendance à la baisse chez les femmes entre 2012 et 2018 (de 2,5% à 1,6%), la tendance est plutôt à la hausse chez les hommes de 15 à 49 ans (soit de 1,2% à 1,3%) représentant ainsi une augmentation de 8,33%.

L'évolution dans les régions montre une tendance généralement à la baisse entre 2012 et 2018, sauf à Boké, Kindia et Nzérékoré. Les régions les plus touchées sont au nombre de 4 où les femmes sont plus touchées que les hommes : Boké (2,3%), Conakry (2,1%), Labé (2%), Faranah (1,7%) et les régions de Nzérékoré et Kindia où la prévalence est respectivement de 1,9% et 2,4% chez les hommes.



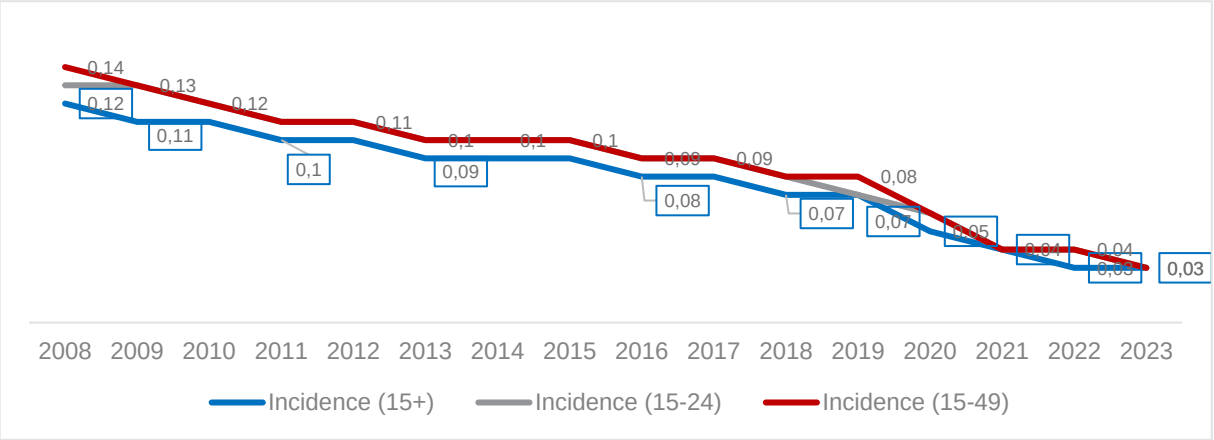
Carte 2 : Prévalence du VIH Femmes (15-49ans)



Carte 3 : Prévalence du VIH Hommes (15-49 ans)

S'agissant du nombre de personnes vivant avec le VIH, l'analyse de l'évolution montre une tendance à la hausse chez les adultes et à la baisse chez les enfants. En effet, le nombre d'adultes est passé de 98 000 patients en 2008 à 120 000 patients en fin 2018, soit une augmentation de 22% ; tandis que le nombre d'enfants vivant avec le VIH a connu une diminution de 17% en passant de 12 000 en 2008 à 10 000 en 2018. En 2018, les régions qui abritent le plus grand nombre d'adultes de 15-49 ans infectés sont : Conakry (14 315), Kindia (14198), Nzérékoré (11991) et Boké (10979)

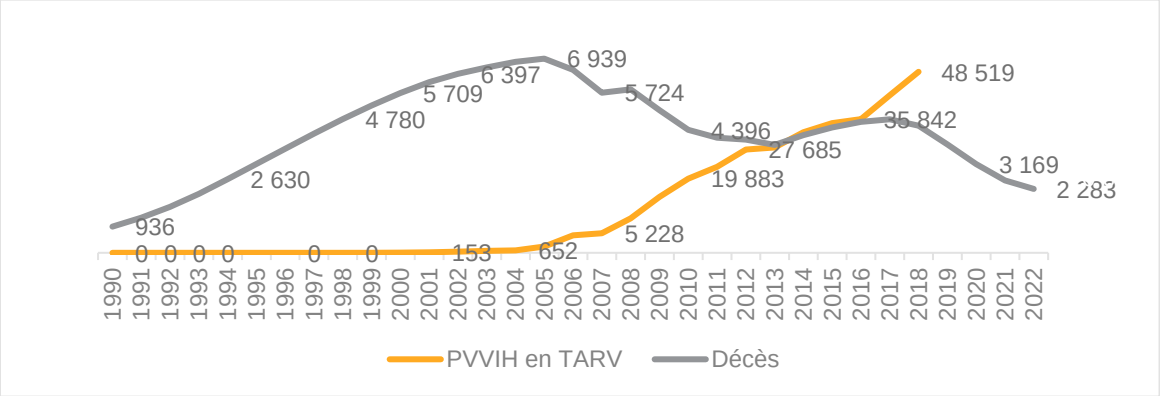
Concernant l'incidence du VIH, la tendance est à la baisse en population générale et ainsi que dans les sous-groupes. Cette tendance se traduit par une baisse des nouvelles infections se traduit par une baisse dans toutes les tranches d'âge. Ainsi, chez les enfants de moins de 15 ans, elle est passée de 1996 en 2008 à 1279 en 2018 soit une réduction de 36%. Cette réduction est de 30% chez les enfants de 1-4 ans.



Graphique-1 : Tendance évolutive de l'incidence du VIH par groupe d'âge entre 2008 et 2023.

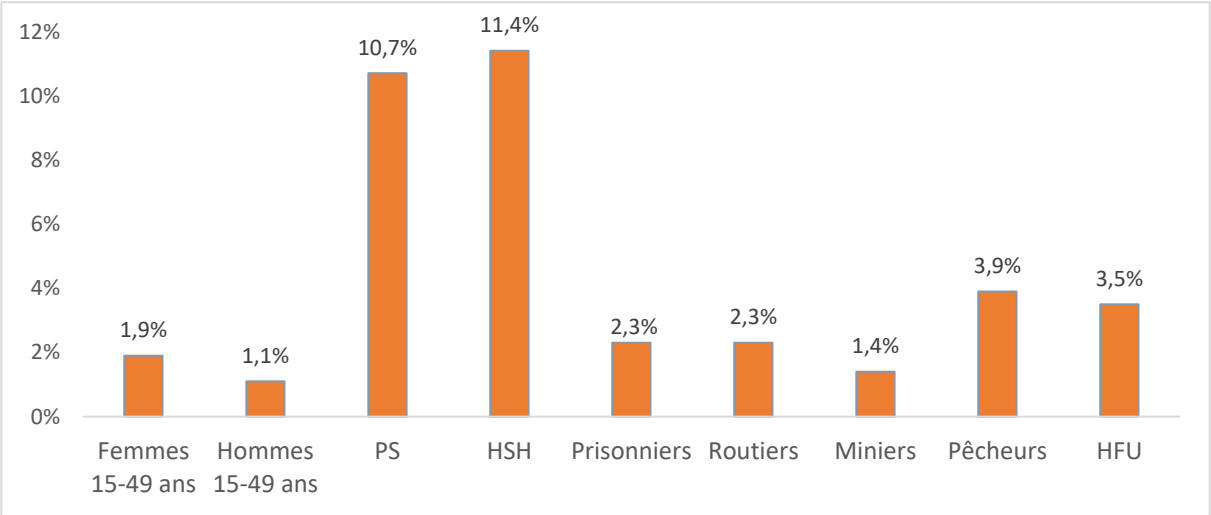
Les Nouvelles infections restent tout de même important, soit 6600 en 2018 dont 20% d'enfants de la tranche d'âge de 0 à 14 ans (1279) et de 80% d'adultes (5327). Les groupes à risque qui constitue 75% des nouvelles infections sont estimées à 4927.

Pour ce qui est de la mortalité liée au VIH, selon les projections du Spectrum (GUINEA 2019 HIV draft estimates - epi data 1990–2018), le nombre de décès parmi les personnes vivant avec le VIH a globalement diminué de 22% pendant les dix dernières années, en passant de 5 500 décès en 2008 à 4 300 décès en 2018. Cette diminution du nombre de décès a été plus importante chez les enfants de 0-14 ans avec une diminution de 32% contre 25% respectivement chez les femmes et les hommes. Mais, elle est plus faible dans les tranches d'âge de 15 à 49 ans 20% et 15-24 ans. La réduction dans les deux sexes est la même entre 2008 et 2018 (22%).



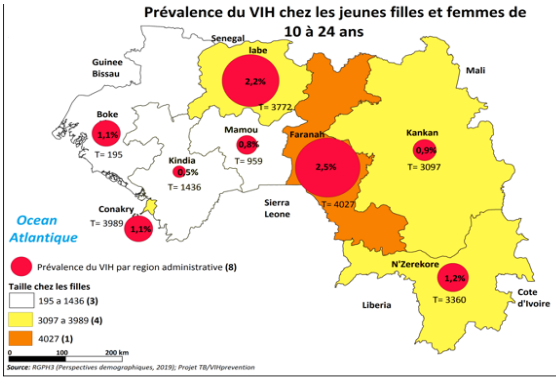
Graphique-2 : Évolution du nombre de décès dus au Sida, telle qu'estimée par le modèle Spectrum

Prévalence dans les populations clés : La dernière enquête de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB 2017) a mesuré un taux de prévalence chez les PS de 10,7%, plus de cinq fois la prévalence chez les femmes de la population générale, et chez les HSH de 11,4%, plus de dix fois la prévalence chez les hommes de la population générale. La prévalence chez certaines autres populations, telles que les prisonniers (2,3%), les routiers (2,3%), les miniers 1,4%, les pêcheurs (3,9%) et les hommes et femmes en uniforme (3,5%) est aussi plus élevée que chez la population générale, bien que les différences ne soient pas très grandes. Les différentes enquêtes chez les populations clés et vulnérables semblent indiquer que la prévalence est en baisse au cours des 10 dernières années. (Étude de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) auprès des Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), 2017)

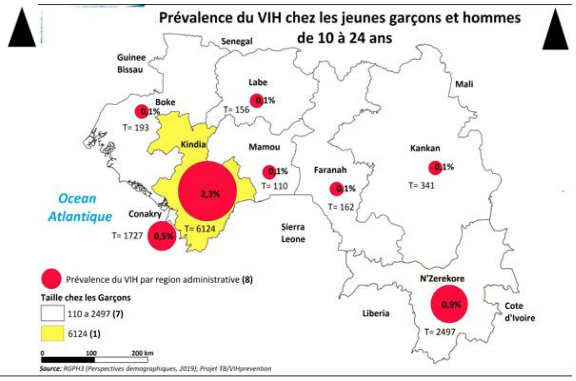


Graphique-3 : Prévalence du VIH chez les populations clé et vulnérables, 2017

Les jeunes de 15-24 ans représentent 19,3% de la population guinéenne (Enquête Démographique et de Santé, (EDS V) 2018). Les résultats de EDS 2018 ont montré que seulement 21% des jeunes de 15 à 24 ont une connaissance complète sur les VIH/SIDA en Guinée. Aussi des prévalences assez élevées pour les filles de 15-24 ans dans les régions de Faranah (2.5%), Labé (2.2%), N'Nzérékoré (1.2%), Conakry (1.1%) et Kankan (0.9%) et chez les jeunes garçons à Kindia (2.3%) et N'Nzérékoré (0.9%) (Cf. carte ci-dessous)



Carte 9 : Prévalence du VIH chez les jeunes filles et femmes de 10 à 24 ans



Carte 9 : Prévalence du VIH chez les jeunes garçons et hommes de 10 à 24 ans

Les connaissances attitudes et comportement sexuel varient en fonction de chaque groupe à risque.

a) Les comportements au niveau des populations clés et groupes vulnérables.

On note que plus de 70% des populations clés PS et HSH est concentrée dans trois régions : Conakry, Kindia et Boké (Étude de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) auprès des Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH).

Concernant les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes (HSH)leur taille était estimée des HSH à 1423 [ESCOMB 2017], parmi lesquels 5,8% des HSH sont en couple hétérosexuel et 23,5% ont au moins un enfant alors que 33,9% ont entretenu des rapports hétérosexuels. Les comportements à risque subsistent au sein de cette population, puisque seulement 38,33% des HSH interrogés déclaraient utiliser systématiquement des préservatifs et 20,2% des lubrifiants lors des rapports homosexuels [ESCOMB 2012]. L'accès aux services et soins de santé dans le cadre du VIH est très faible et les discriminations et stigmatisations sont courantes : seulement 47,4% ont partagé leur statut d'HSH avec au moins un membre de leur famille et 38,1% ont déjà été victimes de violences à cause de leur statut [ESCOMB 2012].

S'agissant des Professionnelles du sexe (PS), dont la taille des PS a été estimée à 14728 en 2017 sur l'ensemble du territoire [ESCOMB 2017]. Le phénomène touche majoritairement la population jeune ayant moins de 25 ans [CSN 2013- 2017] et le principal facteur causal semble être d'ordre économique [ESCOMB 2012]. Les PS restent un foyer épidémique important dans la propagation des IST et du VIH. Elles demeurent en constante interaction avec les autres couches sociétales : 7,7% des PS sont mariées et 43,6% des PS célibataires ont des enfants [ESCOMB 2012]. En outre, entre 2007 et 2012, il a été observé une augmentation, dans cette population, de la fréquence des IST passant de 26% à 30,8% [CSN 2013-2017] dues à la multiplicité des partenaires : 03 clients en moyenne par jour avec une fréquence de 16% pour les rapports anaux et dans 30,1% des cas, plus d'un partenaire lors d'un rapport sexuel [ESCOMB 2012]. Cependant, même si les connaissances et pratiques des PS en matière de prévention des IST/VIH/SIDA se sont considérablement améliorées (81,6% disposaient d'information sur le VIH et 90,1% déclaraient avoir utilisé le préservatif) [CSN 2013- 2017], la disponibilité et l'accessibilité aux services et aux soins reste à améliorer. Seulement 67,2% des PS ont eu accès à des services et soins de santé pour le traitement d'une IST en 2011 [ESCOMB 2012], et 18,9% se sont vues proposées un test de dépistage du VIH lors de ces consultations [ESCOMB 2012].

D'autres populations restent vulnérables dans le contexte de l'épidémie du VIH et de la Tuberculose en Guinée : il s'agit principalement des pêcheurs, des routiers, des hommes en uniforme, des miniers, des prisonniers, diabétiques, les OEV, les Tuberculeux, les PVVIH et des UDI. En 2017 la prévalence du VIH au sein de chacune de ces populations était de 3,8% chez les pêcheurs, 2,3% chez les routiers, 3,5% chez les hommes en uniforme et 2,5% chez les prisonniers. Les connaissances et pratiques ainsi que l'accès aux services et soins de santé dans le cadre de l'infection à VIH restent des enjeux majeurs. En dépit d'une utilisation moyenne de préservatifs lors du dernier rapport sexuel au cours des 12 derniers mois : 34,79% (pêcheurs), 54,9% (routiers), 67,5% (miniers), 61,3% (hommes en uniforme) et 69,4% (prisonniers), les connaissances sur les moyens de prévention du VIH dans ces populations demeurent faibles. Elles étaient respectivement de 11,8% chez les pêcheurs, 13,2% chez les routiers, 26,1% chez les miniers, 30,9% chez

les hommes en uniforme et 11,4% chez les prisonniers. La fréquence des IST restent supérieure à 5% dans ces populations : 40,2% chez les pêcheurs, 10,8% chez les routiers, 7,2% chez les miniers, 5,4% chez les hommes en uniforme et 13,2% chez les prisonniers. En outre, l'accessibilité au test VIH reste à améliorer car, seulement 38,7% des pêcheurs, 33,7% des routiers, 38,4% des miniers, 45,4% des hommes en uniforme et 26,1% des prisonniers ont effectivement été testés pour le VIH en 2012 [ESCOMB 2012]. En l'absence d'études réalisées, l'information sur la situation du VIH chez les UDI demeure très peu disponible.

b) Les comportements au sein de la population générale

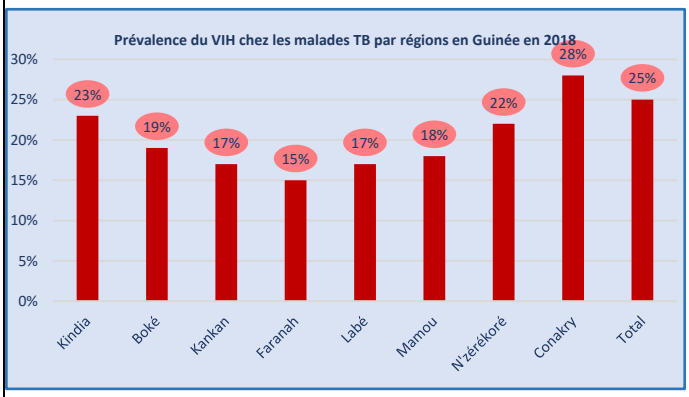
Au sein de la population générale, pour les **connaissances, attitudes et comportement,** les résultats de l'EDS 2018, confirment le multipartenariat dans les rapports sexuels au sein de la population guinéenne. Environ 1,4% des femmes et 11,2% des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Ce multipartenariat s'accompagne d'une précocité des rapports sexuels (17% des filles et 6% chez les garçons avant 15 ans et 62% des filles et 32% des garçons avant l'âge de 18 ans). Les rapports sexuels à risque est nettement plus faible chez les femmes que chez les hommes (14 % contre 32 %), tandis que l'usage du condom est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (52 % contre 23 %). Dans les zones rurales, l'accès à l'information sur la SSR/VIH, la faible disponibilité des services de santé adaptés et l'analphabétisme sont entre autres des facteurs déterminants de l'infection à VIH parmi les jeunes. (Enquête Démographique et de Santé, (EDS V) 2018), page 268-290).

Par ailleurs, les données des programmes indiquent que les jeunes se retrouvent également parmi les populations clés, avec des problématiques différentes de celle des adultes. Pour ce qui est de la prévalence des IST, on s'aperçoit que 11,2% d'hommes et 34,2% de femmes ont déclaré avoir eu au moins un symptôme d'IST au cours des 12 derniers mois.

- Pourcentage ayant une connaissance "complète" du sida chez les 15- 49ans (21% femmes versus, 29% hommes)
- Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les 15-49 ans : femmes et les hommes de 15-49 ans, respectivement 43% et 49%
- Pourcentage ayant des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH chez les 15-49 ans (63% femmes, 63% hommes)
- Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé durant les derniers rapports sexuels chez les 15-49 ans (18% femmes, 21% hommes)
- Pourcentage ayant reçu le résultat du dernier test effectué au cours des 12 derniers mois chez les 15-49 ans (9,0% femmes, 5,2 femmes)
- Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois chez les 15-49 ans (1% chez les femmes 13% hommes) Extrait Enquête Démographique et de Santé, (EDS V) 2018), page 299

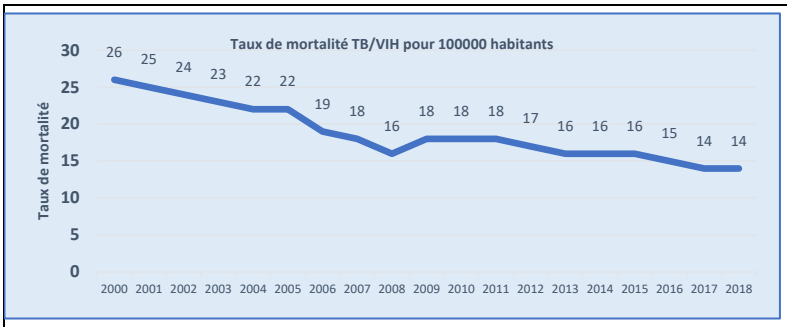
2.2 Situation épidémiologique de la tuberculose

2.2.1 Situation épidémiologique globale de la tuberculose



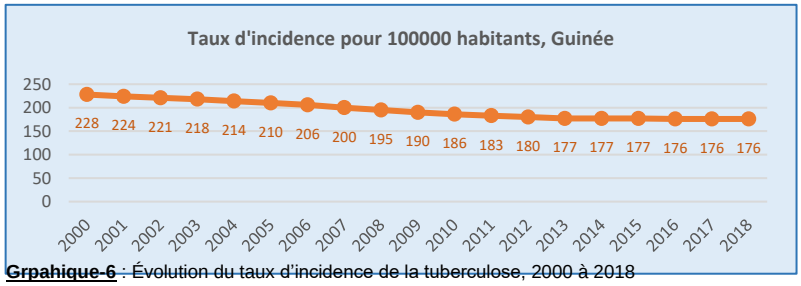
Graphique-4 : Prévalence du VIH chez les malades TB en Guinée par région,

La Guinée est un pays à forte **incidence de tuberculose** (incidence estimée par l'OMS à 176 pour 100.000 habitants en 2018) et de coïnfection TB/VIH (incidence estimée à 43 cas pour 100.000 habitants par l'OMS en 2018). En 2018, la prévalence du VIH en Guinée est estimée à 1,4% (1.2-1.7) parmi les personnes âgées de 15-49 ans et varie de 1,9% chez les femmes à 1% chez les hommes. La prévalence du VIH chez les malades TB est stable autour de 25% depuis 2010 et varie selon les régions (de 15% pour Faranah à 28% pour Conakry en 2018 - Graphique 4)



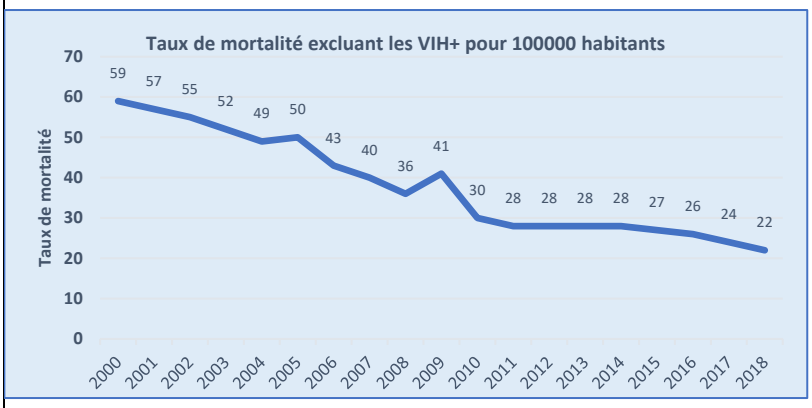
Grpahique-5 : Évolution du taux de mortalité TB/VIH en Guinée, 2000 à 2018

En 2018, **la mortalité par la TB associée au VIH** en Guinée a été estimée à 14 décès pour 100 000 habitants. On observe depuis 2000 une diminution en 2 phases. La mortalité est passé de 26 à 16 pour 100.000 habitants de 2000 à 2008. Une remontée à 18 pour 100.000 a été enregistrée en 2009 (coïncidant avec la survenue de troubles sociaux qui ont entravé la réalisation de plusieurs activités) suivie d'une tendance à la baisse beaucoup moins marquée que durant la première phase de diminution (Graphique 5).



Grpahique-6 : Évolution du taux d'incidence de la tuberculose, 2000 à 2018

Le taux d'incidence de la tuberculose pour 100.000 habitants connaît une évolution constante à la baisse entre 2000 et 2018 passant de 228 à 176 cas pour 100.000 habitants. Cependant, de 2013 à 2018 la baisse est faible, de l'ordre de 0.6% avec un taux d'incidence presque stationnaire (graphique 6). Alors que l'incidence mondiale décroît à un taux annuel de 1.6% entre 2000 et 2018 et de 2% entre 2017 et 2018, celle de la Guinée décroît à un taux annuel de 1.3% et de 0% durant les mêmes périodes



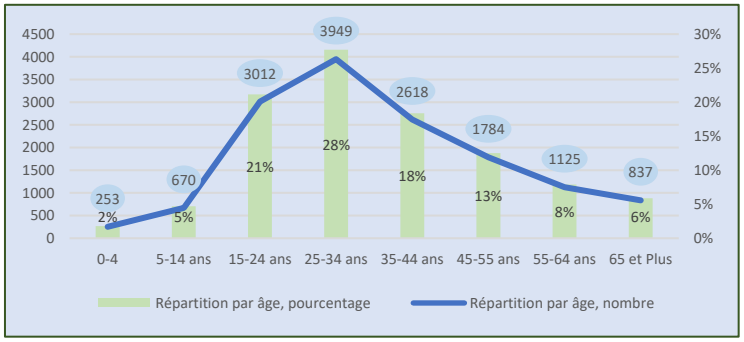
Graphique 7 : Évolution du taux de mortalité TB/VIH en Guinée, 2000 à 2018

En 2018, **la mortalité par la TB** (excluant les malades VIH) en Guinée a été estimée à 22 décès pour 100 000 habitants, enregistrant une diminution constante depuis 2000 mais la diminution est devenue moins marquée depuis 2009, date de survenue de troubles sociaux qui ont entravé la réalisation de plusieurs activités (Graphique 7).

L'OMS estime la **prévalence de la résistance de la TB-MR/RR** en Guinée à 2.4% chez les nouveaux cas de TB et à 34% chez les cas de TB déjà traités, en 2018. Le nombre de cas incidents de TB-RR est estimé à 680 dont 84% sont estimés être des cas de tuberculose TB-MR.

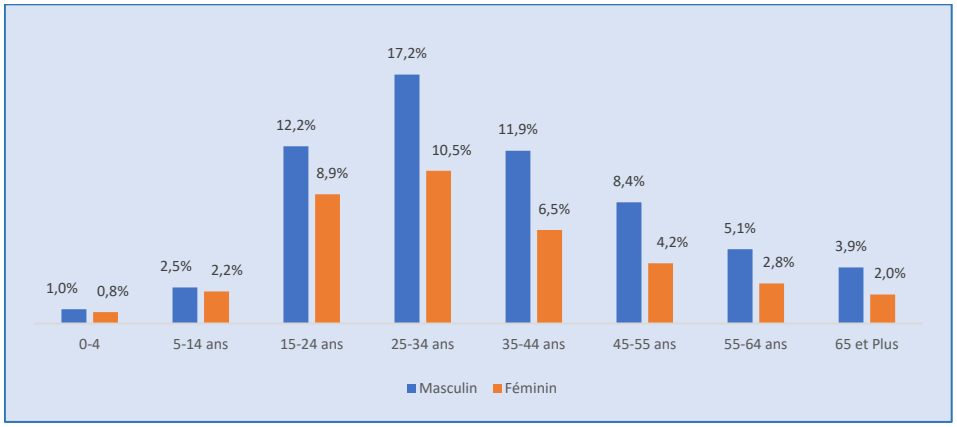
Analyse par âge et par sexe

Le groupe d'âge 15-44 ans constitue 67% de tous les nouveaux cas et rechutes notifiés. La tranche d'âge la plus atteinte est celle de 25-34 ans avec 28% des cas. Il n'existe pas de prédominance chez les tranches d'âge supérieures, ce qui dénote de la persistance d'une transmission intense au sein de la communauté (Graphique 8). ***(***Rapport de la revue interne du plan Stratégique National 2016-2018 du PNLAT***)***



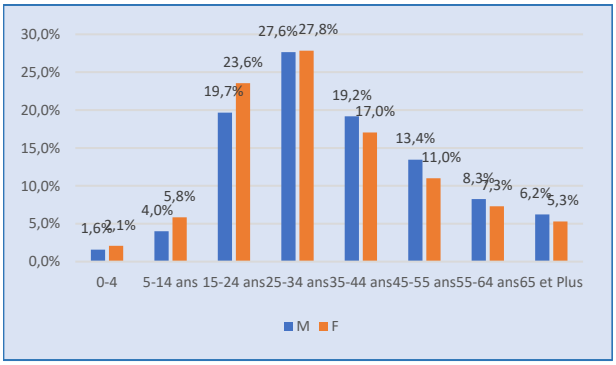
Graphique 8 : Répartition des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués par âge, en Guinée en 2018

Le nombre de cas notifiés chez les hommes constitue 62% de tous les cas avec un sexe ratio de 1.6. A partir de 15 ans la proportion des hommes est supérieure à celle des femmes dans toutes les tranches d'âge (Graphique 9).

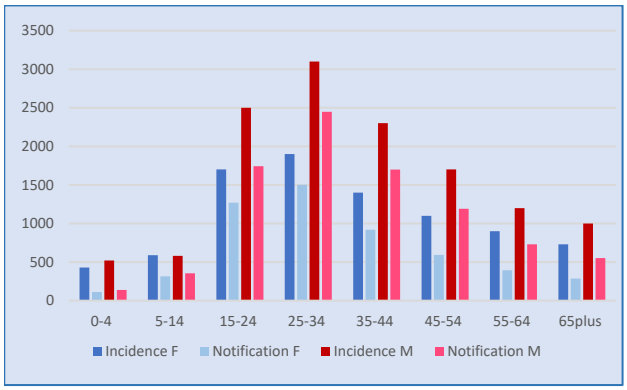


Graphique 9 : Répartition des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués par âge et par sexe en Guinée en 2018

Lorsqu'on analyse séparément les malades des deux sexes (Graphique 10), la proportion des malades TB de sexe féminin qui sont âgées de moins de 15 ans parmi toutes les malades TB de sexe féminin est supérieure à la proportion des malades TB de sexe masculin de la même tranche d'âge parmi tous les malades TB de sexe masculin. La situation est similaire pour la tranche d'âge 15-24 ans. Dans la tranche d'âge 25-34 ans les proportions sont similaires entre les hommes et les femmes pour devenir inversées dans les tranches d'âge plus élevées. La proportion des femmes TB dans chacune de ces tranches d'âge parmi toutes les femmes TB est supérieure à la proportion des hommes TB dans les mêmes tranches d'âge parmi tous les hommes TB, suggérant une transmission plus marquée de la TB chez les personnes de sexe féminin avec sous diagnostic.



Graphique 10- Répartition des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués par âge pour chaque sexe en Guinée, 2018



Graphique 11- Répartition des cas de tuberculose estimés et notifiés par âge et par sexe, Guinée, 2018

Ceci est confirmé par les estimations de l'OMS de 2018 (Graphique 11) qui montrent que la sous notification est plus marquée dans la tranche d'âge 0-4 ans pour les deux sexes et est généralement plus marquée chez les malades de sexe féminin dans toutes les tranches d'âge à l'exception de la tranche d'âge 15-24 ans dans laquelle la sous notification est plus élevée chez les hommes et la tranche d'âge 25-34 pour laquelle la sous notification est la même pour les deux sexes.

2.2.2 Les populations clés et vulnérables de la tuberculose

Les populations clés présentant des facteurs de risque et des vulnérabilités sont constituées des personnes vivant avec le VIH, les contacts des malades TB, les personnes privées de liberté, les diabétiques, les pêcheurs, les miniers et les populations vivant dans les zones enclavées. A part les personnes vivant avec le VIH, les femmes, les enfants et à un degré moindre les sujets contacts et les personnes privées de liberté, il existe des lacunes en matière de données sur ces populations. (Plan Stratégique National de Lutte Antituberculeuse En Guinée, 2021-2025)

***Personnes vivant avec le VIH** :* Comme présenté dans la situation épidémiologique, le VIH constitue le facteur de risque de tuberculose le plus important car, en plus de son effet causal considérable sur le plan individuel, il est fréquent dans la population générale, ce qui s'est traduit par le fait que le quart des patients tuberculeux sont coïnfectés avec le VIH.

***Les sujets contacts** :* Bien que les contacts soient considérés comme un groupe de population vulnérable prioritaire, le dépistage de la tuberculose chez ce groupe est insuffisant même chez les contacts de malades TB-MR/RR. Il n'existe pas de guide sur le dépistage de la TB chez les contacts et la communauté n'a pas été impliquée dans le dépistage. Le suivi des enfants contacts mis sous traitement préventif n'est pas suffisamment efficace pour permettre leur rétention sous traitement.

***Personnes privées de liberté** :* Le pays compte huit (8) prisons situées dans les huit régions administratives et vingt (20) prisons civiles implantées dans les chefs-lieux des différentes préfectures. Les prisons sont généralement surpeuplées et les cellules sont exiguës et peu ventilées. La prison centrale de Conakry abrite le plus grand nombre de détenus ; 1542 prisonniers y étaient recensés au 12 décembre 2019 alors que sa capacité d'accueil initiale était de 300. La prison de Kindia comptait 242 détenus à la date du 13 août 2015 pour une capacité d'accueil de 150. La prison de Siguiri (zone aurifère) est habituellement la plus peuplée parmi les autres prisons des préfectures (240 détenus). Toutes les prisons sont dotées d'une infirmerie, avec un ou plusieurs agents de santé - infirmier ou agent technique de santé (ATS), un technicien de laboratoire et parfois un médecin. Le dépistage de la tuberculose à l'entrée et à la sortie ne se fait pas encore dans les prisons. Toutefois, les patients avec présomption ou atteinte tuberculeuse sont examinés et traités par l'équipe de soins en prison (centre de traitement de la maison centrale de Conakry). Le PNLAT a réalisé des campagnes de dépistage actif à l'occasion de la journée mondiale de la tuberculose dans la maison centrale de Conakry et dans les prisons régionales. En 2018, 35 prisonniers ont été diagnostiqués positifs dans toutes les prisons dont 22 a la maison centrale de Conakry. Ce nombre est en deçà de la cible qui était de 208.

***Les pêcheurs** :* Peu d'actions ont été réalisées envers cette cible. Les résultats de la campagne de sensibilisation et de dépistage actif réalisée dans la préfecture de Boffa en novembre 2019 a permis d'identifier 59 cas présumés de tuberculose. Parmi ces malades 5 cas de TB ont été confirmés dont un cas de TB-MR.

***Les miniers** :* Ce secteur comprend d'une part les employés des entreprises minières et d'autre part les miniers informels qui exploitent les minerais de façon artisanale. Les entreprises minières disposent de services de santé. Les miniers informels sont présents surtout en Haute Guinée. Leurs conditions de travail sont très précaires avec une forte exposition à la poussière et un risque élevé d'accident. Ils se caractérisent par une grande mobilité. Bon nombre d'entre eux sont originaires d'autres régions ou des pays avoisinants, ce qui biaise l'estimation de la population dans ces zones. Plusieurs campagnes de sensibilisation ont été réalisées, ayant touché 156 orpailleurs, toutefois sans stratégies bien ciblées pour dépister les cas et réduire le nombre de perdus de vue, compte tenu de la mobilité de cette population. En effet, le facteur de vulnérabilité principal de cette population est la mobilité des malades entrainant l'arrêt du traitement.

Les diabétiques : La prévalence du diabète est de 5% au niveau de la population générale guinéenne. Le PNLAT n'a pas de données sur ce groupe à risque et n'a pas encore conçu d'interventions spécifiques le ciblant. Toutefois la Guinée a participé à l'étude multicentrique RAFA screen pour l'élaboration d'un algorithme de diagnostic de la tuberculose chez les diabétiques.

***Les zones enclavées** :* Il existe certaines zones enclavées et des îles qui ne sont pas suffisamment couvertes par les actions de lutte contre la TB, y compris le dépistage actif. Par ailleurs, le faible accès aux soins de ces populations accroît leur vulnérabilité à la tuberculose.

***Les personnes sujettes à des discriminations en rapport avec le genre et les droits humains** :* Les femmes forment la couche la plus pauvre de la société. En 2012, 21.5% seulement des femmes sont salariées dans le secteur non agricole. Les femmes continuent d'être sous représentées dans la vie publique et politique ainsi qu'aux postes de décision. La prise en compte du genre et des droits humains n'a pas bénéficié de l'importance qui se doit. Il n'en a pas été tenu compte dans l'élaboration du PSN TB 2016-2020. Par ailleurs, Il n'y a pas eu de renforcement des connaissances et de sensibilisation des autorités sanitaires, du personnel de santé et des partenaires, y compris la société civile, sur cet aspect. Il n'y a pas eu d'actions

de sensibilisation contre la stigmatisation des femmes ainsi que sur les pesanteurs socioculturelles dont les femmes font l'objet et de recherche sur les causes de la stigmatisation des personnes vulnérables infectées par la TB.

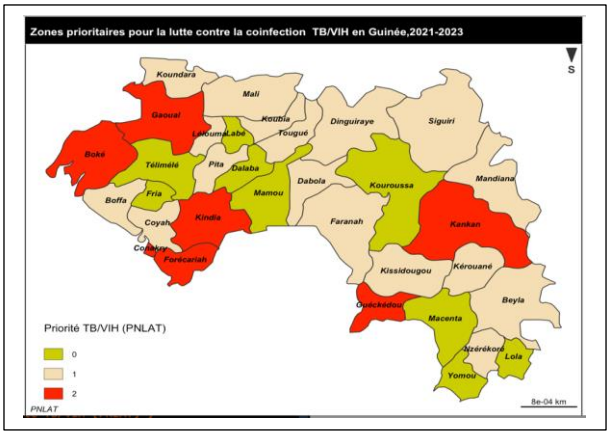
Comme souligné dans l'analyse épidémiologique, il n'est pas exclu que le nombre inférieur des cas de tuberculose chez les femmes par rapport aux hommes n'est que le reflet d'un sous diagnostic en rapport avec un faible accès aux soins des femmes.

***Les enfants** :* Comme décrit dans la section sur l'épidémiologie, le diagnostic de la tuberculose de l'enfant n'est pas optimal. Ceci est dû à la difficulté du diagnostic de la tuberculose de l'enfant et au fait que les enfants dépendent pour l'accès aux soins souvent de leur mère qui, dans certains cas non négligeables, dépend de son mari pour être autorisée à se présenter aux services de soins et pour couvrir les coûts médicaux et non médicaux des soins. En se basant sur les estimations de l'OMS pour l'incidence et les notifications des cas en 2018, 56% des cas de tuberculose chez l'enfant de 0 à 14 ans n'ont pas été diagnostiqués /ou notifiés (73% dans la tranche d'âge 0-4 ans et 43% dans la tranche d'âge 5-14 ans).

2.3 Coïnfection TB/VIH

La Guinée est un pays à forte incidence de tuberculose (incidence estimée par l'OMS à 176 pour 100.000 habitants en 2018) et de coïnfection TB/VIH. L'incidence de la coïnfection TB/VIH est estimée à 43 cas pour 100.000 habitants par l'OMS en 2018. La prévalence du VIH chez les malades TB est stable autour de 25% depuis 2010 et varie selon les régions (de 15% pour Faranah à 28% pour Conakry en 2018).
(Plan Stratégique National de Lutte Antituberculeuse En Guinée, 2021-2025 et Cadre Stratégique National de Lutte Contre Le Sida, 2018-2022)

Carte 4 : Zones de priorités pour la coïnfection TB/VIH, 2021-2023



Compte tenu du fait que 35% des cas de tuberculose estimés ne sont pas détectés (ou notifiés) et que 83% seulement des malades TB a été dépistés pour le VIH en 2018, un nombre substantiel de cas de malades coïnfectés n'a pas été détecté. La carte ci-contre présente les zones prioritaires sur les interventions TB/VIH en tenant compte de 3 critères : i) la proportion de patients testés (<80%), ii) la proportion de sous traitement ARV (< Q3) et iii) la proportion de patients coïnfectés TB_VIH (supérieur au Q3)

La coïnfection TB chez les PVVIH contribue pour beaucoup à la mortalité chez les PVVIH. Alors que le taux de décès dans la cohorte des malades mis sous traitement en 2017 (nouveaux cas et rechutes de TP confirmés bactériologiquement) est de 5.5%, il est particulièrement élevé chez les cas coïnfectés TB/VIH (10%). Ceci est particulièrement problématique chez les malades TB-MR/RR. Alors que le taux de décès est de 8% à l'échelle nationale pour la cohorte des malades enregistrés en 2017, il est beaucoup plus élevé chez les patients coïnfectés TB/VIH (sur les 24 patients décédés, 13 sont des coïnfectés TB/VIH soit une proportion de 54%).

Le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et la mise sous traitement préventif de ceux qui sont éligibles sont encore insuffisants (29 sites sur 46). En 2018, 83% des malades tuberculeux connaissaient leur statut sérologique VIH. La mise sous ARV et Cotrimoxazole des malades coïnfectés TB/VIH sont en amélioration constante atteignant respectivement 94.7% et 98.6%.

Afin de répondre aux défis posés par le problème de la coïnfection TB/VIH caractérisé par la haute endémicité des deux maladies, les programmes VIH et TB ont instauré des activités collaboratives consistant en la mise en place d'un Comité TB/VIH assurant la coordination entre les deux programmes.

3. Informations sur le système de santé spécialisé dans la maladie et le système de santé en général, ainsi que sur les liens qui existent entre eux

La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend huit (8) régions avec des directions régionales de la santé (DRS) et 38 districts sanitaires ou directions

préfectorales de la santé (DPS). Le modèle d'organisation repose sur le concept de district de santé. L'offre globale de soins est organisée de façon pyramidale et comprend du sommet à la base : i) Le niveau national avec les directions et structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ; ii) le niveau intermédiaire qui comprend 8 directions régionales de la santé et iii) le niveau périphérique qui est représenté par 38 directions préfectorales/Communales de la santé (DPS/DCS), entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé correspondant aux préfectures (districts sanitaires). Le système de soins est composé de trois secteurs : public, privé et communautaire. Le secteur public est organisé en niveaux et en échelons (tableau ci-dessous). (États Généraux de la Santé document des Groupes techniques pour l'Organisation des sessions)

Tableau 1 : Organisation structurelle du secteur public de la santé en Guinée

Secteur public	1er Niveau				2ème Niveau	3ème Niveau
Échelons	1er Échelon		2ème Échelon		Centre Hospitalier Régional	Hôpital National
Structures sanitaires	Poste de santé	Centres de santé	CMC	Hôpital Préfectoral		
Nombre	961	423	9	31	7	3

Source : INS http://www.stat-guinee.org/

En plus de ces 3 niveaux, les forces armées, les services de sécurité et la santé scolaire disposent de Centres médico-Chirurgicaux et d'infirmeries qui sont impliqués dans la lutte contre les maladies. L'ensemble des dix (10) infirmeries des armées (01 dans chacune des régions et 03 à Conakry) assure la prise en charge du paludisme, trois (03) intègrent des activités préventives et curatives au titre du VIH mais aucune n'intègre la gestion de la Tuberculose. Les infirmeries scolaires (13 publiques et 4 privées) concernent surtout les universités, reparties dans toutes les régions, qui assurent généralement la prise en charge du paludisme et les activités promotionnelles et préventives sur le VIH/SIDA.

Le secteur privé, associatif et confessionnel comprend d'une part, des structures médicales, et d'autre part, des structures pharmaceutiques et biomédicales. L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets et 11 laboratoires d'analyse biomédicale. Le sous-secteur privé pharmaceutique est constitué par une unité de production de médicaments essentiels génériques et 53 grossistes répartiteurs, tous basés à Conakry, et 518 officines agréées dont 413 à Conakry, Coyah et Dubréka (Plan National de développement Sanitaire (PNDS), 2015-2024). Le secteur minier, regroupé au sein de la chambre des mines de Guinée, dispose d'hôpitaux situés dans les cités minières de Fria et Kamsar, de centres médicaux à Siguiri, Dinguiraye, Sangarédi et Conakry.

Le sous-secteur communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC), des relais communautaires (RECO) et des prestataires de la médecine traditionnelle. Il existe une politique nationale et un plan stratégique 2018–2022 coordonnés par une direction nationale. Cette direction, établie en 2017 suite à la restructuration du Ministère de la Santé, travaille de façon transversale avec les différents programmes et autorités administratives locales pour mettre en œuvre les grandes interventions de lutte contre la maladie. (Plan Stratégique de Santé Communautaire 2018-2022)

Pour ce qui concerne la lutte antituberculeuse, elle est intégrée au niveau des formations sanitaires avec des centres de dépistage et de traitement (CDT) et des centres de traitement (CT). Cependant, la mise en œuvre de la stratégie du programme est confrontée aux problèmes de ressources humaines (insuffisance en quantité et qualité -6 personnels de santé pour 10000 habitants pour une norme de 23-, rotation, motivation, fidélisation, absence de mécanismes de conséquence en cas de défaillance). Le Service de Pneumo-phtisiologie de l'Hôpital National Ignace Deen et le Centre Hospitalier Régional Spécialisé de Macenta (CHRS) constituent les services nationaux de référence, dont les médecins participent à la formation, la supervision et l'évaluation du PNLAT.

La plateforme de prestations sanitaires en faveur du VIH repose sur cette architecture pyramidale dont les capacités et la nature des prestations sont alignées avec le paquet minimum d'activités (PMA) et le principe de référence/contre -référence. On note que pour le VIH, 90% sont situés en milieu urbain et 10% en milieu rural. Entre les deux programmes, il existe une interrelation qui repose sur le développement conjoint de services de prise en charge de la coïnfection TB/VIH à travers l'institution d'un comité national TB/VIH qui

discutent chaque semestre des aspects liés à la coïnfection TB/VIH. Le tableau ci-dessous présente l'alignement des sites de prestations des services VIH et TB dans la structure de la pyramide sanitaire.

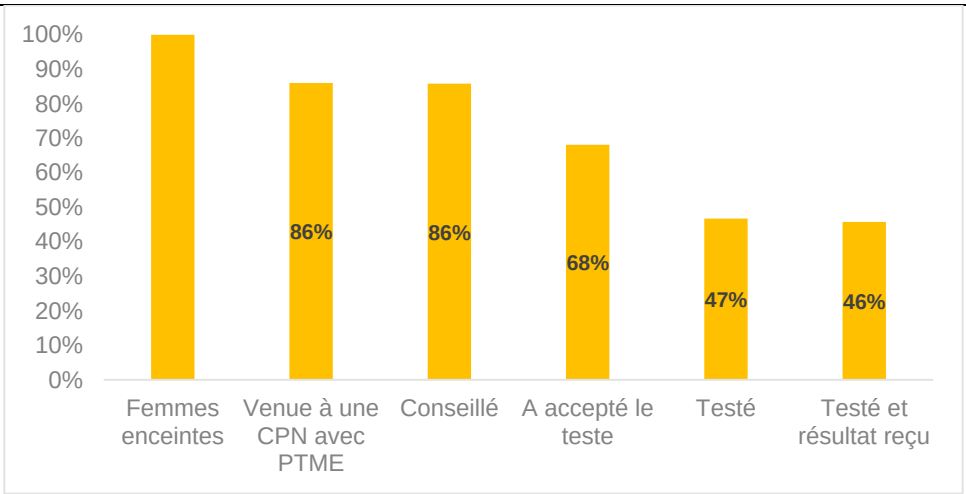
Tableau 2 : Sites de prestation TB et VIH

Sous-secteurs	*Hôpitaux*			*Centres médicaux de commune*	*Centres de santé*		*Postes de santé*
	Nationaux	*Régionaux*	*Préfectoraux*		*Améliorés*	*Simple*	
Prestations VIH	*142 sites de prise en charge et traitement ARV/IO*				*186 sites CDV* *439 sites PTME* *02 PODI*		
Prestations TB	*2 (Ignace Deen et Donka)*	*7 sites (chefs-lieux de régions).*	*26 CDT préfectoraux*	*4 CDT (4 CMC de Conakry)*	*20 CDT* *20 districts sanitaires enclavés font la DOT avec 955 relais communautaires encadrés par ONG*		
Prestations TB et VIH	*29 sites PEC ARV/IO ont intégrés les aspects de coïnfection TB* *30 CDT ont intégré les activités de dépistage et de traitement ARV*						

3.1 La réponse du programme de lutte contre le Sida

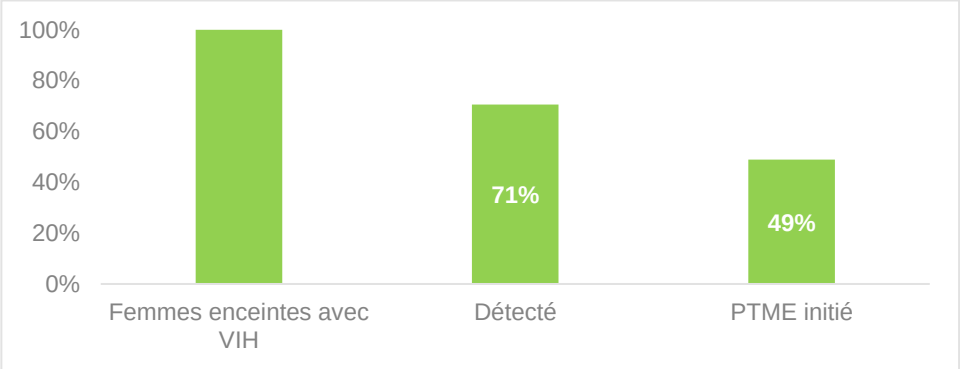
Le conseil et dépistage, soit volontaire, à l'initiative du client, soit à l'initiative du soignant, par exemple dans le contexte d'un diagnostic, est encore seulement disponible dans peu de structures sanitaires, et le nombre de dépistages effectués en dehors du contexte de la PTME reste faible. Cela est particulièrement le cas en dehors de Conakry. D'autre part, il y a beaucoup de tests qui sont effectués dans le contexte de la donation du sang, sans que les personnes soient informées du résultat, et il y a des indications sur l'existence de tests non-documentés effectués dans des structures qui ne sont pas accréditées comme site de conseil et dépistage, telles que des structures privées, formelles et informelles. De 2006 à 2019, le nombre total de sites CDV est passé de 10 à 149, avec 96 sites fonctionnels. De 2018 à 2019 l'offre de service de dépistage à l'endroit des populations clés (PS et HSH) a été renforcé grâce à la fonctionnalité de 22 Centres de services adaptés, le dépistage en stratégie avancée grâce à l'utilisation 04 unités mobiles médicalisées et la mise en place de stratégies de dispensaires rapprochés. Il en est de même pour l'offre de service de dépistage à l'endroit des prisonniers et des autres populations vulnérables (pécheurs, routiers, miniers, Hommes et femmes en uniforme) et les patients Tuberculeux. En 2019, sur financement du Fonds mondial, il a été organisé en Guinée un atelier de priorisation qui a permis de définir les stratégies les plus efficaces en matière de dépistage, mais aussi pour un meilleur ciblage des populations.

S'agissant de la PTME, l'évaluation de la tendance du nombre de femmes enceintes séropositives qui reçoivent la PTME est difficile en raison du manque de définition claire s'il s'agit de femmes qui initient le traitement, de femmes qui étaient déjà sous traitement ou de femmes qui étaient sous traitement à la fin de la période. Malgré la forte expansion du programme PTME, le nombre de femmes enceintes testées et le nombre femmes enceintes VIH+ qui reçoivent la PTME continue sont insuffisants. L'analyse de la cascade du dépistage chez les femmes enceintes montre qu'en 2018 seulement 46% des femmes enceintes ont été testées. Les plus grandes pertes sont ne pas venir à une CPN où il y a de la PTME, ne pas accepter le teste, et accepter le teste, mais ne pas être testé.



Graphique-12 : Cascade des femmes enceintes dans la PTME (dépistage)

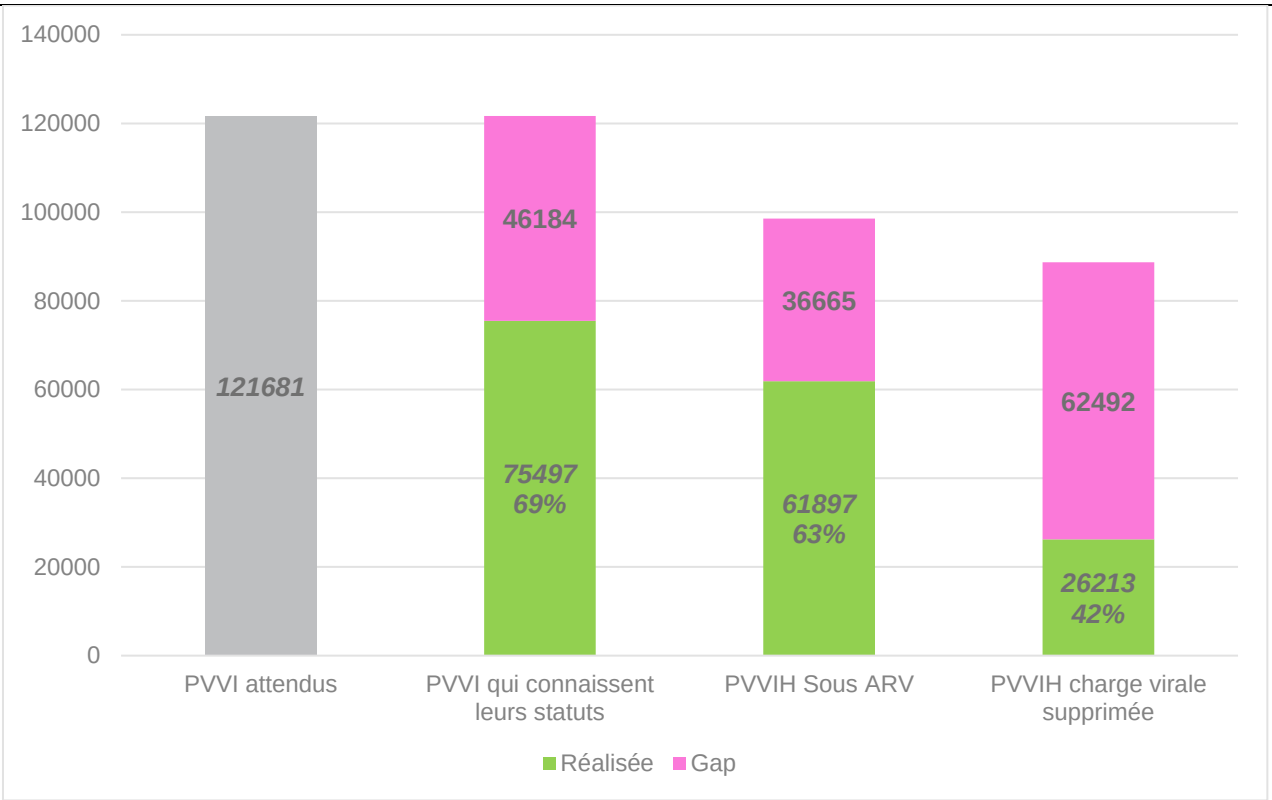
L'analyse de la ***cascade PTME*** chez les femmes enceintes séropositives estime que la couverture du dépistage est plus élevée chez les femmes VIH+, avec 71% estimé d'être détecté en 2018, mais qu'une proportion importante de femmes qui testent positives ne semblent pas initier la PTME et seulement 49% des femmes VIH+ est estimé d'initier la PTME.



Graphique-13 : Cascade des femmes enceintes dans la PTME (Prophylaxie ARV)

Similaire à la PTME, la couverture nationale de la ***thérapie antirétrovirale*** continue d'être faible malgré le progrès réalisé dans les dernières années. La proportion exacte de PVVIH qui est conscient de leur statut séropositif (la 1ière 90 de la ***cascade dépistage-traitement***) n'est pas connu en raison du manque de données fiables, mais est estimée à seulement environ 49% en 2018. Cependant, le nombre de tests positifs rapportés les dernières années a été supérieur au nombre estimé de nouvelles infections, ce qui indiquerait que de plus en plus les PVVIH connaissent leur statut. La proportion est sans doute plus élevée chez les femmes adultes, en raison du plus grand nombre de femmes dépistées, et plus basse chez les enfants. Elle est probablement aussi plus élevée à Conakry, vu le plus grand nombre de dépistages effectués dans cette région.

Le nombre de PVVIH sous traitement en fin 2018 a été 48 519, ce qui correspond à 39% de toutes les PVVIH estimées dans le pays (2ième 90). Il y a cependant une grande différence entre le capital, où la couverture est presque à 100%, et le reste du pays, où elle est seulement de 18%. La couverture est aussi substantiellement plus élevée chez les femmes adultes (42%) que chez les hommes adultes (30%) et certainement que chez les enfants (16%). Le taux d'attrition est assez élevé. Environ 65% des PVVIH qui initient le traitement sont estimés et sont encore actives sous traitement après 12 mois. Toutefois, la grande majorité des PVVIH sous traitement semble avoir une charge virale supprimée (environ 89%), résultant en 35% de tous les PVVIH en 2018 (3ième 90).



Graphique 14- Cascade dépistage et traitement

En ce qui concerne la ***coïnfection VIH-tuberculose***, le programme TB effectue un dépistage systématique du VIH chez les malades diagnostiqués avec TB. En 2017, la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles, 82,6% des malades TB avait évalué leur statut VIH, soit ils connaissaient déjà leur statut, soit ils ont été testés, et 88,5% de ceux qui étaient positifs avaient été mis sous traitement VIH. Les taux variaient cependant d'une manière importante d'une région à l'autre. Le diagnostic TB chez les PVVIH sous traitement VIH est moins bien documenté. En 2017, la TB a été diagnostiquée chez 7,4% des personnes qui avaient initié le traitement au cours de cette même année. Les rapports d'activité des ONG qui exécutent des ***interventions auprès des populations clé et vulnérables*** indiquent des nombres substantiels de personnes touchées, bien que cela soit contredit par les enquêtes dans lesquelles une grande proportion cite de ne jamais avoir bénéficié des interventions.

Le suivi biologique des patients a consisté en la réalisation des CD4, la charge virale, la recherche des infections opportunités et le suivi hémato-biologique. Pour assurer le suivi biologique, un certain nombre de sites ont été équipés en plateformes pour la charge virale et appareils CD4. Un système de transport des échantillons associé des campagnes spécifiques devrait permettre d'accroître l'utilisation des services de suivi biologique. La maintenance des appareils biomédicaux et leur approvisionnement en intrants ont été assurés par financement du Fonds mondial et de l'État. Cependant, les résultats n'ont pas répondu aux attentes.

3.2 La réponse du programme nationale de lutte antituberculeuse

(Rapport de la revue externe du Plan Stratégique National 2016-2020 du PNLAT-Guinée 17 au 28 juin 2019)

Détection des cas

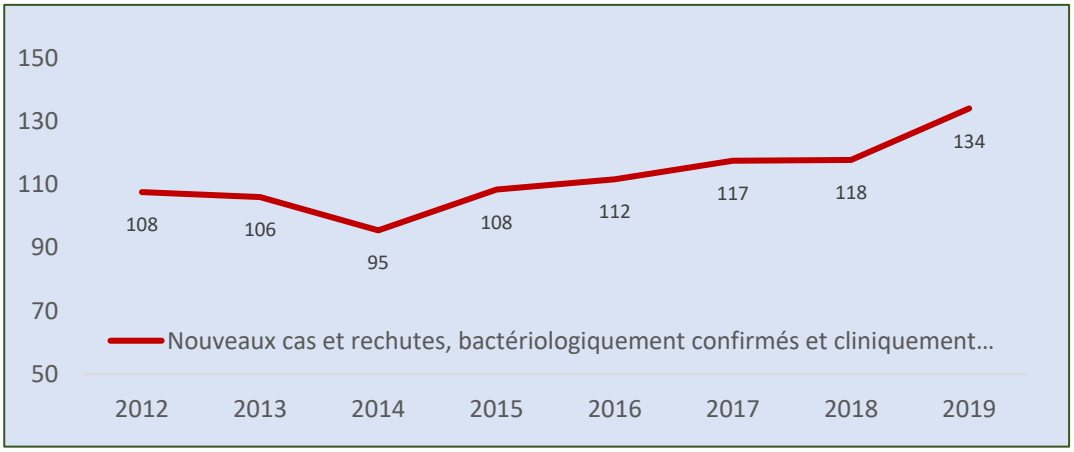
En 2018, une différence importante a été constatée entre le taux de notification des cas TB (nouveaux cas et rechutes) qui est de 118 cas pour 100.000 habitants et le taux d'incidence qui est de 176 cas pour 100.000 habitants. Le PNLAT n'a pu donc détecter que 65% des cas existants estimés par l'OMS. (

Tableau 3 Taux de notification par région en Guinée, 2018

Régions	Population	Nouveaux cas et rechutes (toutes formes)	Taux de notification pour 100000
Boké	1216281	1018	84
Conakry	1894129	6919	365
Faranah	1027683	655	64
Kankan	2356877	956	41
Kindia	1929524	2069	107
Labé	1170852	425	36
Mamou	803342	427	53
N'zérékoré	1705356	1779	104
Total Guinée	**12.104.044**	**14.248**	**118**

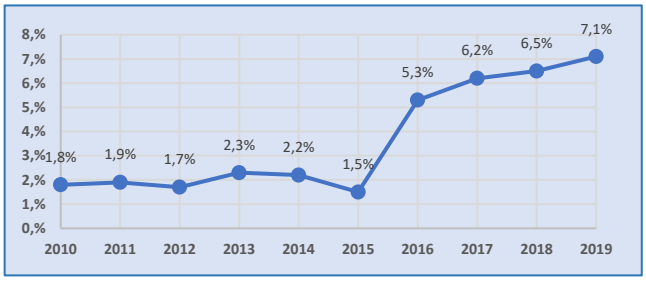
Le taux de notification pour 100.000 varie entre les régions (de 365 à Conakry à 41 à Kankan -Tableau 1). Compte tenu du fait que Kankan a enregistré le taux de succès du traitement le plus faible parmi toutes les régions du pays, cette faible performance plaide en faveur du fait que le faible taux de notification reflète plutôt un sous dépistage énorme à Kankan. Le taux de notification pour 100.000 habitants des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués a connu une baisse entre 2012 et 2014 passant de 108 à 95 cas pour 100.000. L'épidémie de la maladie à virus Ébola a contribué à cette situation.

En 2015, le taux de notification a augmenté pour atteindre 108 cas pour 100.000 habitants puis a connu une hausse progressive pour atteindre 118 en 2018 et un bond en 2019 à 134 (Graphique 15). La proportion des cas notifiés qui sont précédemment traités connaît une baisse régulière, passant de 6.4% en 2012 à 4% en 2019.



Graphique 15 : Évolution du taux de notification des cas de TB par an 100.000 habitants en Guinée, 2012 à 2019

Le dépistage de la TB chez l'enfant est demeuré insuffisant depuis plusieurs années. La proportion d'enfants parmi les nouveaux cas et les rechutes notifiés a stagné entre 2010 et 2015 passant de 1,8% à 1,5%. La proportion a augmenté en 2016 passant à 5,3%, ce qui tombe dans la fourchette 5-15% attendue pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. Depuis cette date, la proportion a continué à augmenter pour atteindre 7,1% en 2019 (Graphique 16).



Graphique 16 : Évolution de la proportion d'enfants parmi les nouveaux cas et rechutes

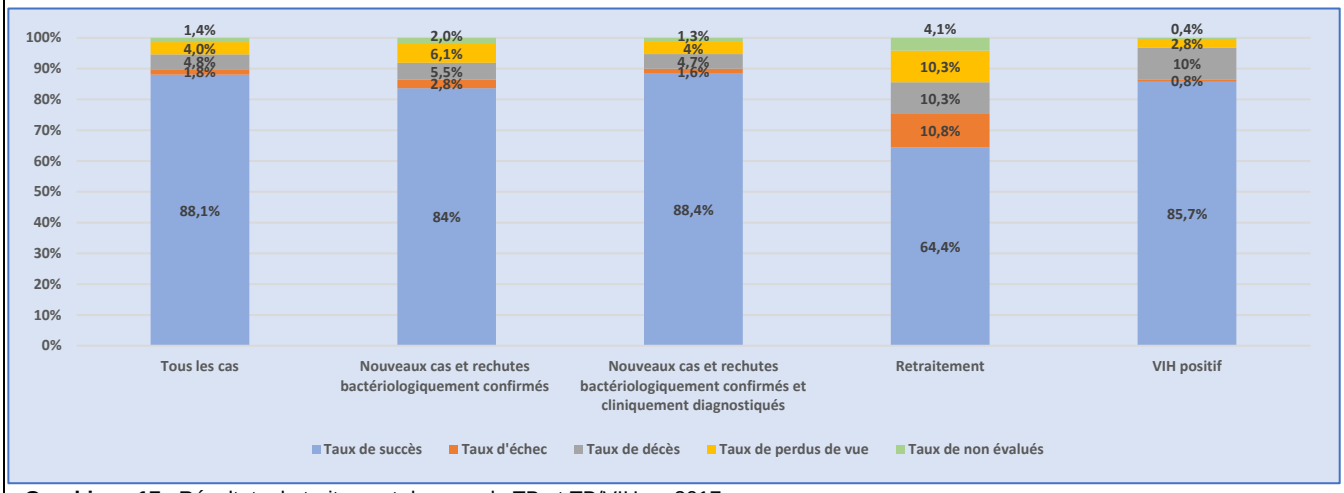
L'OMS estime cette proportion à 10% en 2018. Le nombre d'enfants de 0 à 4 ans reste très faible, avec un ratio 0-4 ans :5-15 ans passant de 0,35 en 2015 à 0,42 en 2019 avec une légère augmentation en 2016 à 0,43. Ce ratio est très décalé par rapport à la fourchette attendue qui est de 1.5-3. Cela évoque un sous-dépistage/notification chez ces enfants.

Le taux de positivité de cas présumés de tuberculose soumis à un examen bactériologique en 2018 est de 20%, ce qui est très élevé par rapport au taux attendu qui est autour de 10% et évoque une identification des cas présumés de tuberculose biaisée vers les malades ayant les signes et symptômes de tuberculose les plus marqués. Ceci contraste avec le bon résultat obtenu en matière de contrôle de qualité de la microscopie, 100% des laboratoires ayant présenté des performances satisfaisantes. D'autre part, les pourcentages de résultats Xpert MTB/RIF rendus par le LNRM au prescripteur dans les 24 heures et des résultats de microscopie rendus par le LNRM dans les 48h sont respectivement de 97% et 94%.

Par ailleurs, la contribution de la contribution de la communauté à la détection des cas n'a pas répondu aux attentes dans la mesure où seulement 13% des patients présumés tuberculeux ont été orientés par les agents communautaires en 2019 pour une cible de 25%.

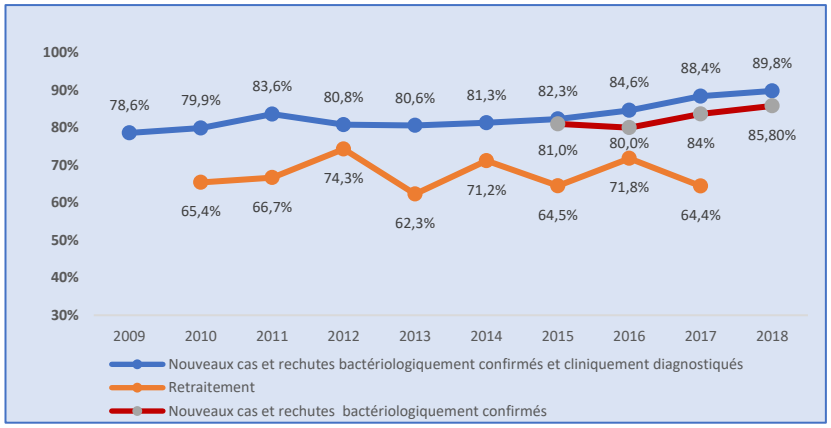
Résultats du traitement

Pour la cohorte de 2017, le taux de succès du traitement est de 88.1% pour tous les cas de TB ; 64.4% pour les cas traités précédemment ; et 85.7% pour les TB/VIH. Le PNLAT a enregistré un taux de perdus de vue de 6.1% et un taux de décès à 5.5% chez les nouveaux cas et rechutes de TP confirmés bactériologiquement. Le taux de décès est particulièrement élevé chez les cas coïnfectés TB/VIH (10%). Il est de 10.3% pour les cas déjà traités (Graphique 17).



Graphique 17 : Résultats du traitement des cas de TB et TB/VIH en 2017

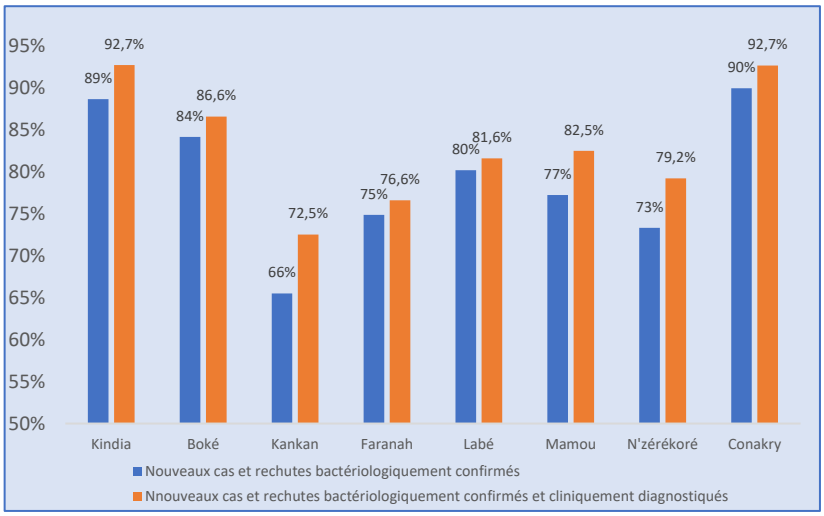
Le taux de succès du traitement chez les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés est de 85.8% pour 2018 ; pour les nouveaux cas et rechutes, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués est de 89.8%.



Entre 2009 et 2018, le taux de succès du traitement pour les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués s'est amélioré, passant de 78.6% à 89.8%. Cependant le taux de succès des cas déjà traités est demeuré inférieur à 75% de 2010 à 2017 (Graphique 18).

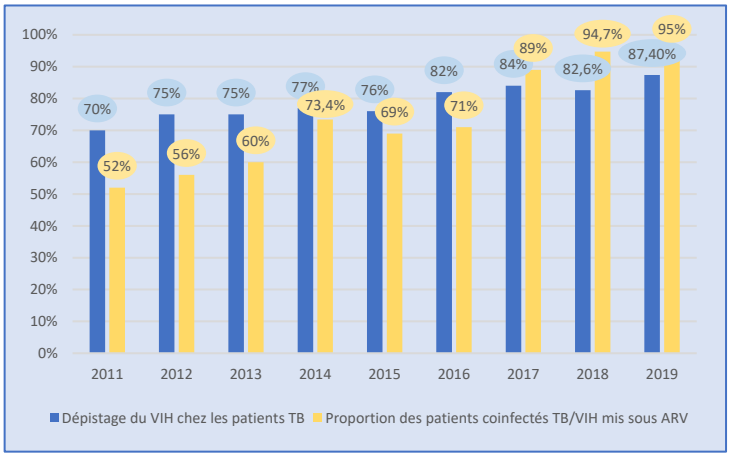
Graphique 18- Évolution du taux de succès du traitement de la TB en Guinée

Pour la cohorte de 2017, les régions ayant enregistré le taux de succès du traitement le plus élevé pour les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués sont Conakry (92.7%), Kindia (92.7%) et Boké (86.7%). Les régions de Faranah et de Kankan affichent des résultats peu satisfaisants avec des taux de respectivement 76.6% et 72.5% (Graphique 19). Pour ces deux régions, les taux de perdus de vue sont respectivement de 11% et 15%. Il est à noter que la contribution de la communauté au soutien au traitement des patients TB n'a pas répondu aux attentes en 2018 dans la mesure où 8% seulement des cas confirmés bactériologiquement ont été suivis par un agent communautaire.



Graphique 19 : Taux de succès du traitement de la TB par région pour la cohorte

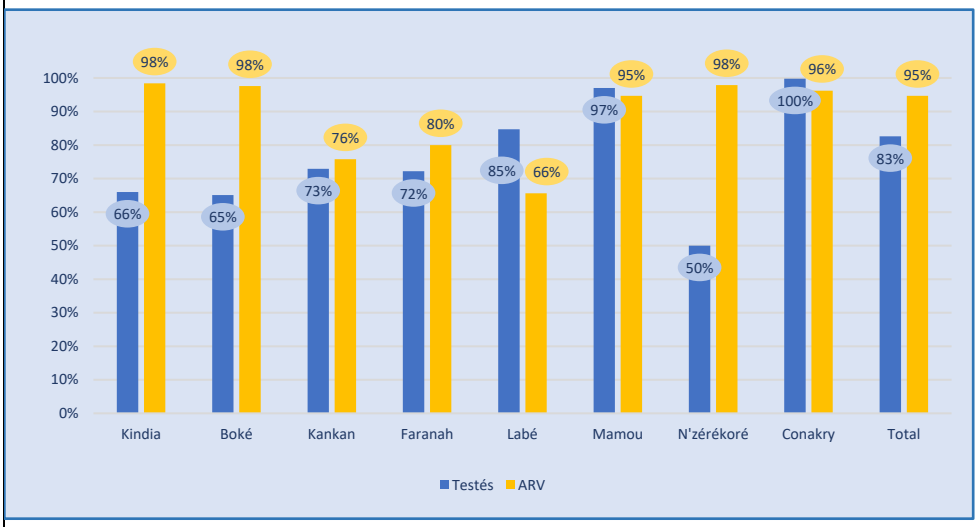
Prise en charge de la coïnfection TB/VIH



Graphique 20 : Évolution de la prise en charge de la coïnfection TB/VIH chez les patients TB en Guinée

L'intégration de la prise en charge du VIH dans les services de traitement de la TB n'est opérationnelle que dans 33 CDT sur 58, en raison, entre autres, du manque de formation du personnel. Le PNLAT a réalisé des progrès en matière de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux à partir de 2011 (Graphique 20).
En 2019, 87.4% des malades tuberculeux connaissaient leur statut sérologique VIH. Il existe des variations régionales (2018) de 100% à Conakry à 50% à Nzérékoré. (Graphique 20). Toutefois ce résultat est inférieur à la cible du PSN TB qui est de 95% en raison, entre autres, d'une rupture de tests de dépistage VIH.

La mise sous ARV et Cotrimoxazole des malades TB/VIH est en amélioration constante atteignant respectivement 95% et 98.5% en 2019 avec des variations régionales (de 66% à Labé à 98% à Kindia, Nzérékoré et Boké, pour les ARV -Graphique 21). Il est à noter que 52% des CDT offrent la prise en charge TB/VIH intégrée en 2018.

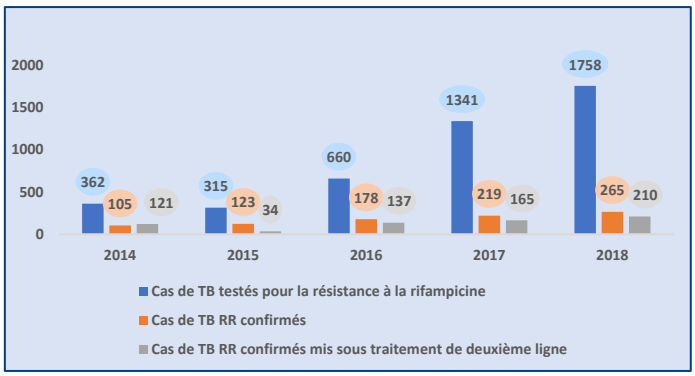


Graphique 21 : Prise en charge de la coïnfection TB/VIH chez les patients TB en Guinée en 2018

Prise en charge de la tuberculose résistante

La proportion des cas de tuberculose testés pour la résistance à la rifampicine en 2018 est de 14% pour les nouveaux cas et 100% pour les cas déjà traités.

Le nombre de cas testés est passé de 362 en 2014 à 1758 en 2018, ce qui s'explique par le fait que le pays dispose actuellement d'un réseau de 24 appareils GeneXpert.



Ces bons résultats s'expliquent aussi par l'augmentation du nombre de sites TB-MR/RR qui est passé de 4 en 2017 à 6 en 2018 ; 2 autres sites sont prévus en 2020, l'un à Kindia et l'autre à Kankan.
Six (6) cas de TB-MR/RR ont été testés pour la résistance aux médicaments de deuxième ligne. Les 14 sites GeneXpert ont permis de dépister, en 2018, 265 cas de tuberculose résistante à la rifampicine (RR) dont deux rechutes TB-MR (Graphique 22).

Graphique 22 : Évolution de la cascade du dépistage au traitement de la TB MR en Guinée, 2014-2018

Cependant, il existe une proportion importante de malades non détectés (le nombre de cas TB-MR/RR parmi les cas de TB pulmonaire confirmés bactériologiquement notifiés est estimé par l'OMS à 370 en 2018. La mise sous traitement antituberculeux de deuxième lige est en train de s'améliorer à partir de 2016 mais reste insuffisante (210 malades sur 265 diagnostiqués, en 2018 -Graphique 22).

Le taux de succès du traitement des cas de TB-MR/RR est de 76% pour la cohorte de 2017, avec des variations par site (de 84% à 66%). Une amélioration du taux de succès du traitement avec l'utilisation du schéma court a été notée par rapport à la cohorte de 2016 où le taux de succès du traitement était de 61%. Le taux de décès est assez élevé (8% -allant jusqu'à 18% à l'hôpital Ignace Deen) notamment chez les patients TB/VIH (54%) et il en est de même pour le taux de perdus de vue (8% -variant de 16% au CATR à 1% à Tombolia-Tableau 4).

Tableau 4 : Résultats du traitement des malades de TB-MR/RR, cohorte de 2017

Cohorte 2017 Conakry	Enregistrés	Guéris	Traitement terminé	Décès	Echec	PDV	Taux succès	Taux décès	Taux échec	Taux PDV
Tombolia	69	52	6	9	1	1	84%	14%	1%	1%
CATR	62	14	27	9	2	10	66%	15%	3%	16%
I. Deen	34	26	0	6	0	2	76%	18%	0%	6%
Total	165	92	33	24	3	13	76%	14%	2%	8%

Traitement préventif

Le nombre de contacts âgés de moins de 5 ans mis sous traitement préventif est en augmentation constante passant de 2546 en 2016 à 5855 en 2018. Cependant, il existe encore une faible application du traitement préventif chez les contacts et les personnes vivant avec le VIH. En outre, la politique du programme ne prévoit pas le traitement préventif chez les enfants de 5 ans et plus. Le suivi des enfants contacts mis sous traitement préventif n'est pas suffisamment efficace pour permettre la rétention des enfants sous traitement.

Gestion du PNLAT

Beaucoup de progrès ont été enregistrés en 2018 dans la gestion du PNLAT et la mise en œuvre. Ainsi, 100% des CDT disposent d'au moins un infirmier et un laborantin formés sur la TB, la TB-VIH et les mesures de contrôle de l'infection ; 100% des CDT ont été supervisés au moins deux fois au cours de l'année ; trois études de recherche opérationnelle ont été réalisées.

3.3 La gestion du stockage/distribution des intrants et produits médicaux

Le système pharmaceutique public est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base. La PCG a pour mission de distribuer les produits et consommables médicaux. Elle comprend un dépôt central et six (6) dépôts régionaux. Afin de soutenir efficacement les prestations de santé, le système d'approvisionnement et de distribution des intrants et produits médicaux est en cours de restructuration et bénéficie d'importants appuis de la part du Fonds mondial et d'autres partenaires pour son renforcement. Le circuit intégré de distribution prend en compte les intrants TB, VIH et Paludisme et est centré sur le plan des données sur le SIGL et sur le plan de distribution sur le réseau de la Pharmacie centrale de Guinée (PCG).

Pour la distribution des intrants, les programmes élaborent des plans de distribution périodiques qui sont ensuite envoyés à la PCG qui transporte les intrants jusqu'aux centres de santé. S'agissant des données de consommation des produits de santé, il a été mis en place un Système intégré de gestion logistique (SIGL) des intrants qui intègrent ceux du VIH et de la TB sous l'égide de la Direction de la pharmacie du médicament et des laboratoires (DPML). Ce système est en cours de consolidation et a besoin d'être renforcé pour assurer une pleine complétude et qualité des données.

Au niveau du programme VIH, un outil informatisé de validation des commandes est en cours de mise en place dans la subvention actuelle. Cet outil devrait à terme faciliter la commande des sites ainsi que leur suivi. En dépit des efforts entrepris, la distribution au dernier Km reste peu efficiente et se traduit par des ruptures/tension de stocks au niveau des sites de prise en charge. Pour y faire face, le PNLSH a mis en place du personnel dédié et des moyens logistiques pour assurer la distribution active des intrants dans les sites prioritaires (29 sites PEC et 66 sites PTME) en fonction de la demande afin de compenser le rythme de la distribution de la PCG. L'assurance qualité des produits de santé et la pharmacovigilance n'est pas encore en place et il est envisagé leur opérationnalisation au cours de la période 2021-2023 (inclus dans la subvention paludisme).

3.4 Le système de laboratoire

Le pays dispose d'une politique nationale de biologie médicale et un plan directeur pour sa mise en œuvre. Au niveau central, il existe un organe consultatif d'orientation stratégique (commission nationale de biologie médicale) et une structure de coordination et de mise en œuvre de la politique nationale de biologie médicale (Direction nationale des laboratoires). Au niveau régional la coordination est assurée par les responsables de laboratoire intégrés à l'équipe cadre de la DRS. Les examens de biologie sont réalisés par les service techniques selon la pyramide sanitaire ; au niveau central les services de diagnostic et de surveillance sont constitués par les hôpitaux nationaux, le centre national de transfusion sanguine et le laboratoire national de santé publique. Au niveau régional et préfectoral, il existe des laboratoires intégrés au structures sanitaires (HR, HP, CSA, CS). Il existe des Assistants techniques régionaux qui appuient les DRS et les laboratoires des HR et HP.

Le dispositif de laboratoires pour la tuberculose : Le réseau de laboratoires spécifique à la tuberculose est constitué du laboratoire national de référence des mycobactéries, de 64 laboratoires de microscopie (réparti dans les 58 CDT fonctionnels et 6 sites TBMR/RR), et 20 sites GeneXpert ainsi que le laboratoire de référence régional de Macenta (CHRS). Le dispositif de laboratoires pour le VIH comporte 185 CDV, 7 laboratoires de charge virale VIH en zone décentralisée, 3 laboratoires de grande capacité à Conakry et un laboratoire national de santé publique. Le diagnostic précoce est réalisé dans 5 laboratoires (INSP, MSF, Donka, Dream, CHRS). Le suivi biologique des patients sous traitement antirétroviral se fait par la réalisation des CD4, de la charge virale et les examens biologiques de routines.

Malgré tout ce dispositif mise en place, force est de reconnaitre que le secteur de laboratoire ne dispose pas de ressources requises pour son développement harmonieux (Plan stratégique 2017-2024 de la chaine nationale d'approvisionnement des produits de la sante publique). Les efforts doivent être entrepris pour renforcer la coordination des interventions et des intervenants dans le domaine de la biologie ainsi que la qualification des ressources humaines, l'amélioration des plateaux techniques, la disponibilité des intrants.

4. Les inégalités et les obstacles liés aux droits humains, au genre et à l'âge qui entravent l'accès aux services

Selon l'étude de Plan international Guinée et Plan Canada réalisée en 2016 sur le genre (Rapport étude genre), il ressort qu'en cas de maladie, les hommes dominent et contrôlent les décisions finales et ont tendance à envoyer les malades chez les guérisseurs en premier recours, et au centre de santé dans les cas graves; les femmes ont accès aux ressources familiales, mais la tendance est que les hommes contrôlent la décision finale de leur utilisation; les femmes sont plus actives en matière de sensibilisation et de communication pour le changement de comportement.

On constate par ailleurs que les populations carcérales, les personnes porteuses de handicap, les adolescentes enceintes, les enfants des orphelinats, les usagers (Professionnels du Sexe/PS, Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes/HSH) des deux centres communautaires situés à Kindia et à Conakry, les mendiants, les personnes démunies et les personnes âgées sont souvent marginalisés et n'ont pas toujours accès aux services de santé malgré leur vulnérabilité. Une étude réalisée par Population Services International (PSI/Guinée) en 2017 montrait qu'aucune DPS des régions et préfectures visitées n'avaient une implication réelle dans la prise en charge des détenus ; en outre aucune ligne budgétaire dans leur plan d'action au titre des interventions sanitaires n'était planifiée (Ref PSI/Guinée). Le principe de gratuité des médicaments à l'endroit des détenus n'est pas encore acquis. Cette dotation est insuffisante ou inadaptée aux besoins. En outre et selon les rapports de l'Observatoire Communautaire d'Accès aux Soins de Santé (OCASS) cofinancé par le FM et France Expertise, il subsiste toujours des facteurs de stigmatisation des populations clés (HSH et PS) dans le cadre de l'accès aux soins préventifs et curatifs (Rapports OCASS).

5. Inégalités et obstacles socioéconomiques, géographiques et autres qui entravent l'accès aux services de santé

La Guinée fait partie des pays les plus pauvres au monde, avec un seuil de pauvreté estimé à 55,2% en 2012 (ELEP 2012). La pauvreté est avant tout un phénomène rural, avec un taux de pauvreté de 64,7% contre 35,4% en milieu urbain. En 2018, la Guinée a occupé le 175ème rang sur 189 pays, à l'indice de développement humain durable (IDH) du PNUD. Selon le rapport de l'enquête SARA 2017 (Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (SARA), GUINEE), l'accès aux établissements de santé reste faible, soit un indice de disponibilité général de 43,3%, variable selon les régions et plus difficile pour les populations des zones rurales que celles des zones urbaines, en raison du manque d'installations appropriées, du sous-effectif des personnels de santé, de la distance et de l'inaccessibilité financière. En outre, l'indice de capacité opérationnelle générale des services est également faible, soit 45% en 201. Malgré des efforts continus de l'État et de ses partenaires au développement, d'importantes difficultés persistent dans le système de santé, notamment en matière de ressources humaines en santé, d'organisation des structures et services, de ressources financières et de lutte contre les maladies prioritaires.

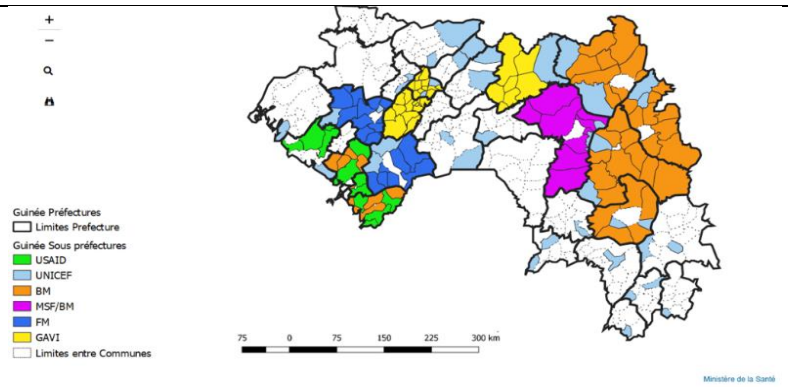
En effet, les niveaux de planification et de suivi-évaluation des activités de lutte contre la maladie sont à améliorer aux niveaux central et déconcentré. En outre, l'insuffisance de coordination et d'harmonisation des interventions à base communautaire limite l'efficacité de la contribution communautaire. L'utilisation des services de santé demeure faible et le suivi de la qualité des prestations de soins est insuffisant, tant dans les structures de santé publiques que privées. La répartition des ressources humaines en santé est déséquilibrée entre les régions, avec une forte concentration dans les milieux urbains et pas nécessairement en lien avec les indicateurs de morbidité et mortalité des maladies. Les capacités et la motivation des acteurs dans la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux du système sont faibles, entraînant des gaps en termes de qualité des données collectées, de complétude et de promptitude du rapportage. En outre, le plateau technique, tant en termes d'infrastructures que d'équipements médicotechniques, est insuffisant et souvent vétuste (Rapport d'analyse des goulots d'étranglement ; février 2020). L'identification des mesures idoines en vue d'adresser les insuffisances susmentionnées, passe par une démarche opérationnelle et analytique visant à favoriser une planification cohérente, structurée et efficiente des investissements dans le renforcement du système de santé (SS). Dans ce cadre, une évaluation a été menée entre décembre 2019 et février 2020 par le Ministère de la Santé, à travers la Direction Nationale des Grandes Endémies et de la Lutte contre la Maladie (DNGELM) et avec l'appui financier de GIZ Backup Santé. Il s'agissait d'une « Analyse des goulots d'étranglement des interventions de lutte contre la maladie et identification de solutions

appropriées pour un système de santé pérenne et résilient en Guinée » (*op.cit.*). Cette évaluation, qui s'inscrivait également dans le cadre du dialogue pays, s'est fondée sur les piliers du système de santé (7 objectifs opérationnels du FM sur le SS). Elle a permis de discuter avec les différentes parties prenantes (DRS, DPS, directions centrales, société civile, bénéficiaires, PTF) des 7 régions et de la ville de Conakry, avec à terme l'identification des priorités du pays pour un SRPS.

6. L'engagement et les ripostes communautaires

La santé communautaire est une priorité majeure du PNDS 2015-2024. En effet, la survenue de la maladie à virus Ébola (2014-2016) a mis en exergue la faiblesse du système de santé guinéen, notamment au niveau communautaire. La non-implication de la communauté aux activités de riposte s'est traduite, par endroits, par des réticences voire des violences envers le personnel de santé. Au lendemain de l'épidémie, la nécessité de l'implication des communautés à la surveillance des maladies s'est imposée comme une stratégie efficace. La mise en œuvre de la surveillance au niveau communautaire avec l'implication des agents communautaires choisis par les communautés elles-mêmes a été le précurseur de l'élaboration de la politique nationale de santé communautaire. La principale stratégie est l'utilisation des relais communautaires (RECO) qui couvriront chacun 650 habitants de leur communauté pour offrir un paquet de services préventifs, curatifs et promotionnels en faveur des communautés, en lien avec les centres de santé et les postes de santé. Ils sont supervisés dans leurs tâches par les agents de santé communautaires (ASC) à raison d'un ASC pour 10 RECO (Plan Stratégique de Santé Communautaire 2018-2022). Les RECO et les ASC en activité et dont les salaires sont assurés par l'UNICEF et le FM, ont été formés aux 17 compétences essentielles à ce titre, comme l'a recommandé l'OMS. La nouvelle politique de la santé communautaire se met en place depuis 2017, de nos jours, seulement 69 communes rurales sur 342 développent le paquet intégral de santé communautaire soit 20%. (voir lien de la cartographie : http://communityhealth.sante.gov.gn/) notamment avec l'appui des partenaires techniques et financiers: L'UNICEF dans les 40 communes de convergence, le Fonds mondial dans 18 communes de Kindia et Télimélé et l'USAID/JHPIEGO dans 11 communes de Forécariah, Coyah, Dubréka et Boffa; La Banque Mondiale a démarré ce processus en 2019 dans 53 communes des préfectures de Kérouané, Kankan, Siguiri, Kouroussa et Mandiana, Coyah, Forécariah et Dubréka (Carte n°5). D'autres partenaires (KfW, GIZ, Union Européenne etc.) sont engagés pour accroitre la couverture.

L'adoption de cette politique a donc incité les bailleurs de fonds et le Ministère de la santé à conjuguer leurs efforts de financement. S'inscrivant dans l'initiative globale d'extension et de décentralisation de la politique de santé communautaire, le plaidoyer pour l'utilisation des recettes minières au travers des taxes prélevés et reversés à l'Agence Nationale de Financement des Collectivités (ANAFIC), notamment pour le payement des salaires des RECO et ASC, est en cours au niveau interministériel. Ainsi, en 2021, il est prévu d'assurer au travers de ce mécanisme, le payement des salaires des RECO et ASC des 40 communes de convergence, actuellement assuré par l'UNICEF et qui s'achève en 2020. Il faudra ensuite tirer les enseignements à la fin de l'année 2021, avant de prendre en charge, en 2022, les salaires des RECO et ASC des zones couvertes par le FM. En sus, la mobilisation des ressources au travers du Partenariat Public Privé (PPP) sera maintenue pour l'appui aux activités promotionnelles et préventives en direction des trois maladies.



Carte n°5 : Partenaires intervenant dans la santé communautaire en Guinée. Source Ministère de la santé (http://communityhealth.sante.gov.gn/#7/10.493/-11.547)

Notons qu'en plus de ce secteur communautaire formel, il subsiste des organisations à base communautaire (OBC) : groupements de femmes et de jeunes, leaders communautaires, chefs religieux, qui participent également en soutenant ou facilitant l'action des RECO et ASC sur le terrain.

Les activités de suivi citoyen de la qualité des prestations de santé, de l'accès aux soins de santé pour les populations clés, vulnérables ou marginalisées, incluant l'amélioration du cadre juridique y afférente, sont assurées par les organisations de la société civile au travers de l'OCASS. De manière globale, les interventions, les bonnes pratiques et les résultats des intervenants communautaires sont documentés et évalués en fonction du référentiel communautaire. En outre, les capacités polyvalentes des acteurs communautaires pour une mobilisation sociale touchant les 3 maladies sont renforcées. Depuis 2012, l'USAID/PMI/Stoppalu+ et le FM/ CRS/Plan International/Child-Fund appuient la lutte contre le paludisme au niveau communautaire dans tous les districts, à travers les organisations à base communautaire, les RECO et les ONG locales et prévoyaient 10 RECO et 3 OCB par centre de santé.

7. Le rôle du secteur privé

Le secteur privé lucratif et non lucratif constitue un maillon essentiel du système de santé, car il contribue à la politique nationale en vigueur. Au même titre que les structures publiques, celles du secteur privé sont soumises à l'utilisation des normes et procédures définies par le Ministère de la santé pour les prestations de services de qualité, et leurs données alimentent le système national d'informations sanitaires (SNIS). En outre, le secteur privé, associatif, confessionnel et minier participe activement à la lutte contre les trois maladies tant sur les volets promotionnel, préventif que curatif.

Le secteur privé sanitaire est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et un autre non lucratif (ONG et confessions religieuses). Le sous-secteur privé formel comprend 41 cliniques, 106 cabinets médicaux, 17 cabinets dentaires, 16 cabinets de sage-femme, 152 cabinets de soins infirmiers, 4 centres d'exploration médicale et 35 centres de santé associatifs et confessionnels. Le secteur privé informel est composé de 1044 structures dont les 2/3 se retrouvent dans la ville de Conakry. Ces structures servent une clientèle énorme.

Le secteur privé en Guinée est structuré autour de la Chambre de commerce et de la Chambre des mines. Durant les périodes 2010 à 2014, la chambre des mines a constitué la structure faitière qui a assuré la coordination et du développement de la riposte au sida dans les différentes entreprises du secteur privé. Depuis 2018, cette structure a perdu son dynamisme du fait de la réduction des soutiens financiers dont elle bénéficiait, faute d'avoir réussi une mobilisation des ressources domestiques.

L'implication du secteur privé dans la lutte antituberculeuse est insuffisante et il n'existe pas de système de partenariat public-privé et le personnel des structures privées n'a pas reçu de formation sur la lutte

antituberculeuse. Il est à noter que des hôpitaux privés liés aux compagnies minières dépistent et traitent la tuberculose.

Au regard de l'importance de ce sous-secteur, la prise en charge du VIH et de la TB sont incluses de manière diverse au niveau des structures sanitaires privées. Dans la subvention en cours (2018-2020), il est prévu l'inclusion de la PTME dans 22 cliniques privées réalisant des accouchements. Aucune structure sanitaire relavant du secteur privé n'est à ce jour impliquée dans la lutte contre la TB. Le nombre actuel de structure faisant la PTME est de quatre (4), tandis que pour le la PEC par les ARV le nombre est de 8 dont 5 sites miniers. Par contre, aucune structure privée ne fait le dépistage du VIH à ce jour.

Pour la période 2021-2023, il est prévu que le sous-secteur privé contribue à la riposte au sida et à la tuberculose. Ainsi, l'introduction d'un paquet TB/VIH sera faite dans les 5 cliniques privées situés dans les zones minières (Hôpital ANAIM, Hôpital Friguia, Hôpital CBK, HP Léro, Hôpital SAG). Ce paquet va comprendre des activités de prévention, de dépistage et de traitement de ces deux maladies. En ce qui concerne la chambre des mines, il est envisagé sa redynamisation afin d'accroître la mobilisation des ressources domestiques et l'offre de service VIH/TB pour le personnel du secteur.

1.3 Enseignements tirés des investissements du Fonds mondial et d'autres partenaires

Décrire la façon dont les investissements du Fonds mondial, du pays et d'autres partenaires ont soutenu les objectifs nationaux en matière de santé pendant la période d'allocation actuelle. Inclure les principaux **enseignements tirés** qui s'appliquent à la présente demande de financement (par exemple, les innovations ou les obstacles liés à la prestation de services).

Dans le cadre du cycle de financement en cours, les partenaires santé, y compris le Fonds mondial ont contribué à l'atteinte de ces objectifs en investissant de manière stratégique à la fois dans les dispositifs sanitaires dans la perspective de la couverture sanitaire universelle, les ressources humaines et dans les prestations de services en vue de construire un système de santé résilient et pérenne. Outre le Fonds mondial, les partenaires suivants ont soutenu les programmes de santé et contribué aux résultats obtenus : Le tableau suivant présente principaux domaines de contributions des partenaires techniques et financiers de la Guinée.

Partenaires	Domaines de contribution
Agences du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, PAM, OIM, PNUD, UNFPA, ONUSIDA) et la Banque mondiale	• Appui technique thématique (renforcement des capacités, expertises, normes/protocoles • Appui à la coordination • Appui pour les interventions (PTME, SRMNIA/PF, traitement VIH, santé communautaire) • Plaidoyer Mobilisation des ressources domestiques et internationales
GIZ	• Soutien technique et prévention locale avec des groupes spécifiques et traitement médical et soins des PVVIH
USAID	• Prévention chez les hommes en uniforme
Initiative FEI-5%	• Renforcement du système d'information à travers le projet inter-pays Capacités d'Accès aux soins et Système d'Information Sanitaire (CASSIS)
JHPIEGO	• Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
MSF/Œuvres	• Traitement et soins des adultes (hommes et femmes), des femmes enceintes et des enfants
Solthis	• Soutien technique au système de santé lié au VIH et aux traitements et soins médicaux pour les PVVIH
DREAM	• Traitement et soins des adultes (hommes et femmes), des femmes enceintes et des enfants, soutien nutritionnel
Action Damien	• Appui technique • Appui programmatique TB sensible, TB/MDR, TB/VIH
Œuvres Hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte	• Appui technique • Appui aux interventions communautaires

En matière de mobilisation des ressources du cofinancement de l'État, l'action conjuguée de plaidoyer par les partenaires, le suivi du respect des engagements par l'ICN, l'établissement d'un document de quantification nationale des intrants, la participation des programmes à la préparation des commandes des intrants sur le budget BND ont permis de mieux mobiliser et d'utiliser ces ressources pour les deux programmes TB et VIH.

1. Enseignements tirés de la lutte contre la tuberculose

(Rapport de la revue externe du Plan Stratégique National 2016-2020 du PNLAT-Guinée 17 au 28 juin 2019 et Rapport de la revue interne du plan Stratégique National 2016-2018 du PNLAT)

1.1 Leçons apprises des succès

L'amélioration de la coordination entre les programmes TB et VIH, la mise en place du comité national TB/VIH et l'intégration progressive de la prise en charge de la coïnfection dans les CDT ont permis au cours des dernières années l'amélioration significative du dépistage du VIH chez les malades TB ainsi que la mise sous traitement par les ARV et le Cotrimoxazole.

L'extension du réseau GeneXpert et l'augmentation du nombre de sites TB-MR/RR ont permis l'amélioration du dépistage de la résistance à la rifampicine parmi les malades tuberculeux, le nombre des cas de TB dépistés pour la résistance à la rifampicine ayant passé de 105 en 2013 à 1758 en 2018. La cible de tester 80% des malades TB en retraitement par le GeneXpert en 2018 a été dépassée et a atteint 100%. Il en est de même pour la mise sous traitement des malades TB-MR/RR qui est en amélioration passant de 28% en 2015 à 79% en 2018.
L'amélioration des résultats du traitement pour la cohorte de 2017 a fait suite à des actions entreprises depuis 2016 consistant en le renforcement en ressources humaines du PNLAT, la conduite de la supervision de manière régulière et intensive avec centrage sur la qualité des soins et la qualité des données ; l'amélioration de la disponibilité des médicaments antituberculeux ; et l'intensification de la formation des agents des CDT. En dehors de la disponibilité des médicaments, tous ces facteurs expliquent aussi l'amélioration de la notification des cas depuis 2016. Ceci explique aussi l'augmentation de la proportion d'enfants TB de 2016 à 2018 par rapport aux années qui précédaient cette période. Ceci était aussi dû plus spécifiquement au changement des outils de recueil des données dans lesquels la tranche d'âge 0-14 ans a été désagrégée en deux tranches (0-4 ans et 5-14 ans). Ceci a incité les agents de santé responsables du recueil des données à fournir davantage d'efforts en identifiant les enfants TB parmi tous les cas de tuberculose.

1.2 Leçons apprises de ce qui n'a pas répondu aux attentes

La non-atteinte de la cible pour le dépistage du VIH chez les malades TB était due à une rupture de stock des tests VIH. Il aurait fallu que les deux programmes établissent un mécanisme de suivi conjoint du stock des kits de dépistage du VIH et de validation des données entre les deux programmes.

En l'absence de mécanismes de collaboration solides et d'une coordination adéquate entre les services de PEC des deux infections, il n'était pas possible de mettre en œuvre de manière satisfaisante le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et le traitement préventif de ces derniers et d'avoir des données sur ces activités.

L'insuffisance de formation et d'implication suffisantes des pédiatres dans le diagnostic de la TB et de mécanismes de coordination avec les structures de prise en charge de la malnutrition, de la santé de la mère et de l'enfant et de la PCIME, il n'était pas possible d'améliorer le diagnostic de la TB chez les enfants âgés de moins de 5 ans.

L'insuffisance d'actions éducatives pour faire face aux facteurs culturels entravant la demande des soins par les femmes pourrait expliquer le possible sous dépistage chez les femmes évoqué au vu de l'analyse par âge et par sexe. Il serait opportun de cibler les zones géographiques les moins performantes telles que Kankan qui présente les taux de notification et de succès du traitement les plus faibles.

L'approche adoptée pour impliquer la communauté nécessite d'être ajustée au vu des faibles résultats obtenus en matière de pourcentage des patients présumés tuberculeux orientés par les agents

communautaires (8%) et de pourcentage des cas confirmés bactériologiquement suivis par un agent communautaire (10%). Par ailleurs, la motivation des relais communautaires (RECO) n'est pas harmonisée entraînant un déséquilibre en faveur des programmes les plus attractifs en termes de motivation.

L'absence de système de transport des échantillons de crachats entre la communauté et les CDT résultant du fait que la politique du programme n'habilite pas les RECO à faire le recueil des crachats ne permet pas d'atteindre les résultats escomptés en matière d'amélioration du dépistage de la tuberculose.

L'insuffisance de progression dans la mise en place de la couverture sanitaire universelle, de la protection sociale et de l'approche basée sur le genre et les droits humains est un obstacle à l'atteinte des résultats escomptés en matière de dépistage précoce et de traitement.

2. Enseignements tirés de la riposte au sida

(Plan d'accélération de la prise en charge pédiatrique du VIH en Guinée 2017-2020 ; Plan national d'accélération de l'élimination de la transmission mère enfant du VIH et de la prise en charge Pédiatrique 2019-2021 ; Stratégies de réplication des facteurs clés de succès du projet Dreams dans deux centres de santé en Guinée, 2019 ; Une stratégie nationale différenciée en matière de conseil et de dépistage du VIH, 2018l ; Rapport d'évaluation des sites de prise en charge médicale)

2.1 Leçons apprises des succès

Pour la prévention du VIH, la mise en place de l'approche par paquets de services, les services mobiles et la complémentarité CSA et unités mobiles se sont avérés être un dispositif efficace pour toucher les populations clés.

S'agissant du dépistage du VIH, la mise en place des approches différenciées, la priorisation des zones et le démarrage de l'expérience du dépistage communautaire sont venus accroître l'efficience du dépistage. Le renforcement des 66 sites PTME et l'implication des formations sanitaires privées a permis de davantage dépister les femmes enceintes en vue de la mise sous PTME. Les campagnes spéciales de dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés a permis de rattraper quelques enfants, mais les résultats sont restés mitigés. Pour les enfants, le dépistage du VIH dans les portes d'entrée et le dépistage cas index sont des approches qui ont produits des résultats et qui méritent d'être davantage renforcées en vue de combler le cas d'enfants vivant avec le VIH à mettre sous ARV.

Concernant le traitement ARV, la mise en place de la stratégie R3M/R6M et l'évaluation suivi de l'l'élaboration d'un plan de renforcement des 29 sites à grande cohorte sont des approches qui permettront d'accroître l'inclusion des PVVIH sous ARV, de renforcer la rétention dans les sites.

Le renforcement de la collaboration entre les programmes TB et VIH a permis également au programme VIH de faire passer à l'échelle le screening de la tuberculose chez les PVVIH et mettre en place un plan d'introduction et de passage à l'échelle de la prévention de la TB par l'INH. Des GeneXpert sont encours de paramétrage pour offrir le dépistage précoce du VIH et la charge virale

L'approvisionnement actif en intrants des sites à grande cohorte de patients, notamment les 15 sites de Conakry à travers l'affectation de logistique d'appoint et d'un personnel dédié a permis de réduire les tensions et ruptures de stocks à Conakry. Les efforts se poursuivent pour mettre en place le même dispositif d'appoint en appui à la distribution de la PCG dans les autres régions et l'opérationnalisation du système électronique de validation des commandes.

2.2 Leçons apprises de ce qui n'a pas répondu aux attentes

Les bons résultats et les progrès obtenus auraient pu davantage être importants si un certain nombre d'insuffisances et d'obstacles étaient levées ou atténuées. Il s'agit entre autres de :

- La faible efficacité du système de transport des échantillons DBS et le faible suivi du couple mère enfant qui ont limité l'efficacité du dépistage précoce

- La faible rétention des femmes enceintes et les enfants exposés dans la cascade PTME n'a pas permis de réduire le taux de transmission mère-enfant. L'analyse des données ayant montré qu'une forte proportion de la transmission du VIH se fait pendant l'allaitement, un accent devrait être mis sur la surveillance des femmes allaitantes dans les portes d'entrée afin de les enrôler elles et leurs enfants dans le traitement ARV
- La faiblesse des stratégies de réalisation de la charge virale (couverture et efficacité des plateformes, système de transport des échantillons, campagne de charge virale) a considérablement limité la performance de ce volet.
- La déperdition des patients entre le dépistage et les services PEC, ce qui a limité le nombre d'inclusion dans le traitement ARV
- La détection à un stade tardif des patients à enrôler sous ARV, ce qui contribue à la mortalité chez les PVVIH. En suivant les résultats de l'étude sur les perdus, l'accent devrait davantage être mis sur le dépistage des veufs/veuves, pour lequel l'implication des agents de santé communautaire serait pertinente pour les cibler au sein des communautés

3. Enseignements tirés de la prise en charge de la coïnfection TB/VIH

La prise en charge de la coïnfection TB/VIH dans les sites PEC et les CDT a enregistré des progrès importants ces dernières années grâce à la collaboration entre les deux programmes et la mutualisation des moyens. Le développement de la prévention de la tuberculose chez les PVVIH par l'INH est en phase de passage à l'échelle à la faveur de l'élaboration d'un plan d'introduction.

Toutefois, les deux facettes de la prise en charge présentent des insuffisances, à savoir le faible dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, faible screening et prévention de la TB par l'INH chez les PVVIH. Ces contreperformances s'expliquent par les insuffisances suivantes :

- Porte d'entrée VIH (sites PEC et PTME) : i) la non-intégration des activités TB/VIH dans l'ensemble des sites PEC, PTME, ii) la disponibilité variable de l'INH dans les sites PEC, iii) la faiblesse de la supervision conjointe, iv) la faible documentation du suivi des patients suspects TB référés après le screening
- Porte d'entrée TB (CDT, sites DOTS) : i) la non-intégration des activités TB/VIH dans l'ensemble des sites CDT, ii) la faible coordination des interventions qui occasionnent des ruptures d'intrants dans les sites notamment les sites CDT, iii) la faible implication des structures et acteurs communautaires dans les activités de coïnfection TB et iv) la faiblesse du suivi longitudinal des patients TB dépistés séropositifs et mis sous traitement ARV, ainsi que leur suivi biologique

4. Enseignements tirés du système de laboratoire

(Plan directeur de biologie médicale 2018-2022)

Le système de laboratoire a bénéficié de l'appui des partenaires techniques et financiers, notamment à travers le projet LABOGUI et les ressources du Fonds mondial. Cet appui a concerné : i) L'élaboration de la politique nationale de biologie médicale ; ii) achat d'équipements pour les laboratoires régionaux et préfectoraux ; iii) installation de panneaux solaires et des systèmes d'adduction d'eau ; iv) rénovation/extension des laboratoires des hôpitaux régionaux, préfectoraux et CSA ; v) dotation en réactifs et consommable ; vi) formation des ressources humaines des laboratoires des hôpitaux nationaux, régionaux, préfectoraux et CSA. De manière spécifique, les laboratoires TB et VIH ont bénéficié chacune dans l'allocation en cours d'investissements dans le renforcement des plateaux techniques et des capacités du personnel pour les prestations et la maintenance préventive des appareils biomédicaux.

Ces appuis ont permis d'élargir les capacités nationales en laboratoires mais aussi d'offrir des prestations aux patients en termes de diagnostic des maladies et de suivi des traitements.

Cependant, Il existe des difficultés pour le fonctionnement optimal du système qui sont entre autres : i) la faiblesse du cadre légal juridique et normatif de la biologie médicale ; ii) l'effectif réduit de personnel répondant au profil de biologiste médicale pour les services administratifs et techniques de biologie médicale ; iii) la faible réglementation du transport des échantillons ; iv) une faiblesse dans la coordination des activités ; v) un système d'information des laboratoires peu fonctionnel (e-SIGL, non exploitation des données des laboratoires, absence de standardisation des formulaires de rendu des résultats, absence de

traçabilité du rendu des résultats, multiplicité des registres et souvent pas tenu de façon optimale, irrégularité du monitorage semestriel) ; vi) non effectivité de la mise en place d'un système de notification pour la surveillance, les indicateurs des maladies des programmes (Palu, Sida et tuberculose) intégrées au SNIS/DHIS2 ; vii) non mis à jour des indicateurs de laboratoire dans le SNIS prenant en compte l'évolution des capacités des laboratoires et les indicateurs OMS ; viii) non informatisation des systèmes de collecte et de traitement des données dans les laboratoires publics (initiative LabBook de la coopération française est encore à sa phase pilote) ; ix) insuffisance de capacité en matière de quantification et de gestion des intrants de laboratoire ; x) le circuit de distribution des intrants de laboratoire n'est pas contrôlé. Outre les aspects transversaux, les programmes TB et VIH disposent spécifiquement chacun en ce qui le concerne un réseau de laboratoires avec des besoins spécifiques.

Cette situation montre que les investissements segmentés et non structurants ne permettent pas de construire un système national de laboratoire robuste. C'est pourquoi pour cette période d'allocation, le Ministère de la santé entend mener une approche d'intégration et de renforcement systématique et structurante du volet laboratoire. Cela permettra sans nul doute d'optimiser les investissements à travers des actions complémentaires et des synergies à différents niveaux des prestations de laboratoires.

5. Enseignements tirés du renforcement du système communautaire
(Rapport dialogue pays ; Rapport de l'atelier de réflexion et de dialogue de la société civile sur le renforcement du système communautaire)

Les financements passés ou en en cours du FM et des partenaires ont permis de soutenir les interventions de la société civile dans le cadre de la riposte contre les 3 maladies notamment dans : (i) la veille sanitaire, l'accès aux soins et l'amélioration du cadre juridique (projet OCASS avec FM/ITPC et FE), (ii) la gouvernance (subvention FM et GIZ/backup au travers de la plateforme DES-ICI), (iii) l'appui institutionnel (appui du FM aux centres communautaires et aux organisations identitaires appuyés aussi par les financements de l'UNICEF et de l'UNFPA, la mairie de Paris pour « la maison accueillante ») et (iv) le renforcement des capacités des organisations et des acteurs sous financement FM, GIZ/Backup, ONUSIDA et FE. Des leçons tirées, il est ressort (i) l'audit organisationnel des organisations de PVVIH et des organisations identitaires (HSH, PS) ayant permis une réorganisation de ces structures avec la formalisation des textes règlementaires et des différents documents de fonctionnement ainsi que le renforcement des différents responsables (en leadership transformationnel), (ii) la vulgarisation de l'ordonnance 56 dans le cadre de la lutte contre le VIH, (iii) la mise en place du réseau de lutte contre la Tuberculose en 2019 et la plateforme des OSC TB/VIH en 2020. Cependant au titre des défis, il demeure pertinent de mettre en place un système communautaire (en lien avec la société civile) robuste, résilient et pérenne avec des collectes de données uniformisées inclues au SNIS, ce qui passe par la mise en œuvre d'interventions en droite ligne de la politique nationale communautaire.

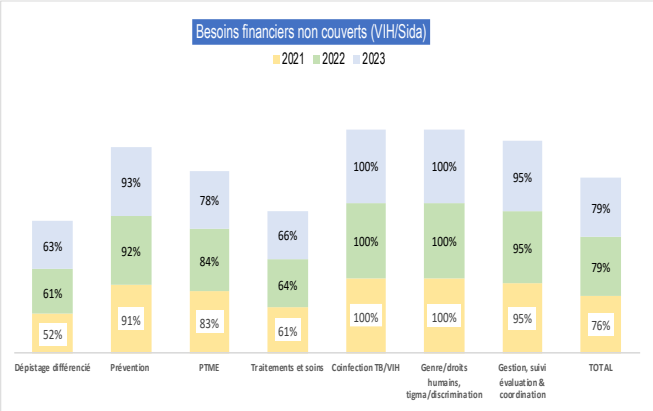
Section 2 : Demande de financement et hiérarchisation

2.1 Présentation des priorités de financement

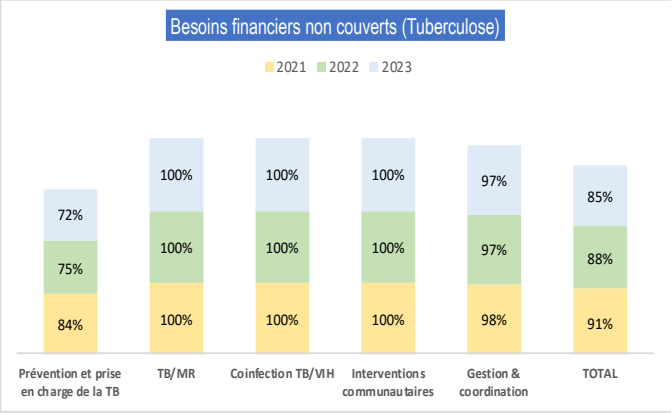
Dans le cadre de l'atteinte des objectifs du développement durable et notamment pour le volet santé, la République de Guinée a souscrit aux objectifs d'élimination de l'épidémie du VIH en 2030, d'élimination de la transmission mère enfant du VIH d'ici fin 2021 et d'élimination de la tuberculose d'ici à fin 2030. En vue de placer le pays dans cette trajectoire, d'importantes initiatives ont été mises en œuvre dans la subvention en cours. Il s'agit notamment : a) la reprogrammation de la subvention VIH en 2019 avec une priorisation et un recentrage des investissements du Fonds mondial, b) la revue du programme tuberculose suivi de l'élaboration du nouveau plan stratégique, c) les études sur les perdus de vue dans la file des PVVIH sous ARV en 2019, d) l'enquête sur l'indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (SARA) en 2017, e) le Plan directeur de la biologie médicale 2018-2022, f) les études spécifiques concernant les populations clés (Étude biocomportemenale chez les HSH; Étude de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) auprès des Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), 2017), g) la réalisation de cartographie d'accessibilité des services (Cartographie et modélisation géospatiale (accessibilité physique) des services liés au VIH en Guinée), h) le renforcement de la chaine d'approvisionnement et du système global d'information sanitaire. Les effets de ces changements sont

perceptibles à travers l'amélioration des principaux indicateurs et les notes des subventions TB/VIH-prévention et VIH/traitement et soins qui sont respectivement à A2 et B1 en juin 2019.

Pour la période 2021-2023, le pays envisage dans la riposte au sida et à la tuberculose qui vise entre de i) réduire les nouvelles infections à VIH de 50%, ii) réduire la, la mortalité liée au VIH/sida d'au moins 62% et ii) de réduire de façon significative le poids de la tuberculose dans la population guinéenne en vue d'atteindre les cibles de la stratégie mondiale de lutte antituberculeuse après 2020. (Plan Stratégique National de Lutte Antituberculeuse En Guinée, 2021-2025)
Pour financer ces programmes, le Gouvernement de la République de Guinée prévoit d'augmenter sa contribution dans la riposte contre le VIH et la tuberculose à hauteur de 9% par rapport à la période précédente. Le cofinancement de l'État ira vers : (i) l'acquisition de réactifs pour le dépistage du VIH et de la tuberculose, (ii) l'acquisition des antituberculeux et des ARV de première ligne, (iii) la maintenance des équipements biomédicaux et remplacement des défectueux, (iv) le renforcement des structures en ressources humaines. En plus de l'État certains partenaires ont aussi annoncé leur contribution. Il s'agit de l'UNICEF, l'UNFPA, MSF-Belgique, l'UNFPA, Plan international, SOLTHIS, DREAM, FMG pour un montant total de 17 620 378 $ qui va couvrir des interventions relatives à la PTME, la prise en charge pédiatrique, la prévention, la fourniture de préservatifs, la prise en charge des IST, la qualité des prestations, le renforcement du système communautaire et l'appui nutritionnel (cf. Tableau du paysage de financement). En dépit de ces différentes contributions, les programmes TB et VIH accusent un déficit de financement qui se présente comme suit pour la période 2021-2023 :



Graphique-23 : Besoins financiers non couverts (VIH)



Graphique-24 : Besoins financiers non couverts (TB)

La demande de financement 2020-2022 vise à combler le gap financier en vue de renforcer les acquis des subventions antérieures et faire passer à l'échelle les programmes VIH, TB et la prise en charge des problématiques conjointes à ces deux programmes, sur le double plan quantitatif et qualitatif.

Pour établir les priorités de la demande de financement, un groupe de travail multisectoriel et conjoint TB/VIH a été mis en place par le Ministère de la santé sous l'égide de la Direction nationale des grandes endémies et de la lutte contre la Maladie. Coordonné techniquement par le Conseil national de lutte contre le Sida (CNLS), ce groupe de travail conjoint TB/VIH a reçu l'appui des partenaires techniques et financiers au plan national et international. Ce travail a abouti à l'analyse technique de l'état de mise en œuvre et des défis des programmes TB et VIH, y inclus les aspects conjoints. Au cours des analyses, un exercice de priorisation des zones d'intervention a été faite sur la base des données épidémiologiques, des données programmatiques et de l'état de la réponse, incluant les analyses d'accessibilité des services, les acquis et les défis (Rapport de priorisation des interventions TB et VIH,2020; Cartographie et modélisation géospatiale (accessibilité physique) des services liés au VIH en Guinée)

Par la suite, les principales étapes suivantes ont jalonné le processus d'élaboration de la demande : Atelier résidentiel conjoint des deux programmes TB/VIH à Coyah (20 au 27 janvier 2020), Atelier Genre et droits humains dans la riposte au sida et à la tuberculose (30 janvier 2020) (Rapport de l'atelier genre et droit de l'homme)_final), soumission du draft 0 à la revue des pairs tenue à Nairobi (11-13 février 2020). A l'issue de ce processus, les propositions ont soumis aux acteurs clés de la mise en œuvre sur le terrain pour revue et enrichissement par les acteurs programmatiques (personnel des CDT, des sites PEC, des sites PTME, des sites CDV, les sous récipiendaires, personnel des laboratoires, personnel clé des directions nationales

de laboratoire et celle en charge de la pharmacie et des médicaments). Pour le volet RSS, des ateliers sectoriels de priorisation ont été organisés au niveau décentralisé suivi d'un atelier national à Conakry du 10 au 15 février 2020). Le volet renforcement du système communautaire a fait l'objet d'un atelier de réflexion autour de la Plateforme nationale des organisations de la société civile intervenant dans la lutte contre le sida et la tuberculose (Rapport de l'atelier de réflexion et de dialogue de la société civile sur le renforcement du système communautaire). Enfin, les propositions ont été soumises et discutées lors du dialogue national avec les cibles et bénéficiaires conduit par l'ICN et les propositions ont été prises en compte lors de la finalisation des documents de la demande de financement lors de l'atelier résidentiel à Dakar (9-19 mars 2020).

Pour la riposte au sida, la priorisation a tenu compte des critères suivantes : i*) la nécessité de continuation du programme pour les bénéficiaires, ii) le faible financement disponible, iii) l'impact sur les nouvelles infections, la morbidité et la morbidité, iv) l'effet sur le fonctionnement des programmes, l'utilisation des services par les bénéficiaires et la gestion de la subvention*. Au niveau des interventions, la priorité a tenu compte des acquis actuels du programme, de l'efficacité et de l'efficience de l'intervention, notamment les approches novatrices (soins différenciés, « One Stop Shop », PODI, dépistage différencié, etc.) centrées sur les populations clés et les populations vulnérables incluant les personnes vivant avec un handicap, les utilisateurs de drogues injectable. Quant au choix des cibles, il a été fait sur la base des priorités épidémiologiques et géographiques (zones à haut impact) pour ce qui concerne la prévention et la PTME. Pour le traitement, le choix de continuation a été faite pour toutes les cibles sous ARV puis de prioriser les zones et des cibles dans le cadre de l'amélioration de l'enrôlement des enfants sous ARV pour réduire le gap persistant. Pour certaines cibles (transgenres, lesbiennes, UDI) les données ne sont pas disponibles et il est prévu de les rechercher au cours de la période 2021-2023. Les modules retenus pour le VIH sont les suivants :

Modules
1-Traitement, prise en charge et soutien
2-PTME
3-Services de dépistage différencié du VIH
4- Prévention

S'agissant de la tuberculose, les modules et les interventions retenus ont été identifiés et hiérarchisés en se basant sur l'analyse des lacunes effectuée dans le Plan Stratégique National TB 2021-2025. Celle-ci s'est basée sur les forces et faiblesses de la stratégie de lutte antituberculeuse mise en œuvre ainsi que sur les opportunités et les menaces, en tenant compte du contexte épidémiologique, des contraintes et obstacles inhérents aux systèmes pour la santé, des réalités opérationnelles ainsi que du contexte général du pays.

Il a, en outre, tenu compte des engagements de l'état Guinéen dans le cadre de la stratégie « End TB et sa liaison avec les Objectifs de Développement Durable » ainsi que de la Réunion de Haut Niveau des chefs d'État et de Gouvernement des Nations-Unies.

La priorisation des interventions du PSN TB à financer par le Fonds mondial s'est basée sur le tableau de l'analyse des lacunes programmatiques, fonction des besoins identifiés, ceux déjà couverts et ceux qui nécessitent d'être couverts par le financement du Fonds mondial. Elle s'est en outre basée sur le choix stratégique des populations les plus vulnérables et les plus exposées ainsi que des zones géographiques les plus touchées par la maladie du fait de la faiblesse de la réponse et du système général de santé, et ce, dans le but d'assurer le maximum d'impact.

Sur la base de ces critères les modules retenus pour la tuberculose sont les suivants :

Modules
1- Prise en charge et prévention de la tuberculose
2- Tuberculose multirésistante

Pour les deux programmes (VIH et TB), le choix des modules a tenu compte d'une part de l'état de la coïnfection TB/VIH et d'autre part de la nécessité de mener les actions spécifiques tout en assurant le prérequis en matière de renforcement des systèmes pour la santé/communautaire et en adoptant des

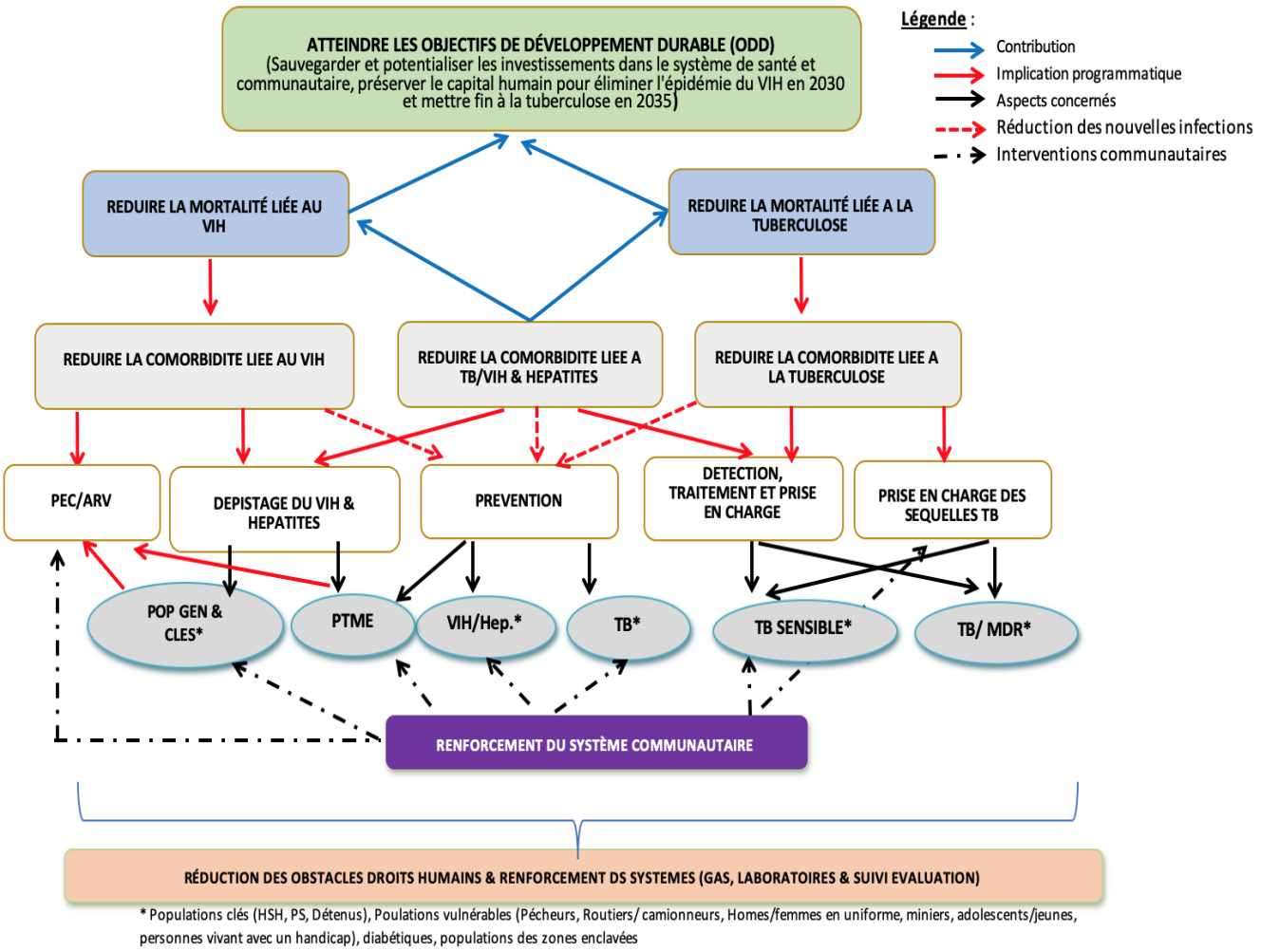
approches intégrées entre le programme TB et le programme HIV ainsi que d'autres programmes. Ces approches intégrées garantissent l'efficience technique du fait d'un bon rapport coût-efficacité, et ce, au même titre que le choix du meilleur moyen de déployer les tests de diagnostic en fonction de l'algorithme de diagnostic et des possibilités de système d'acheminement des échantillons.

Modules
1- Tuberculose/VIH
2-Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose

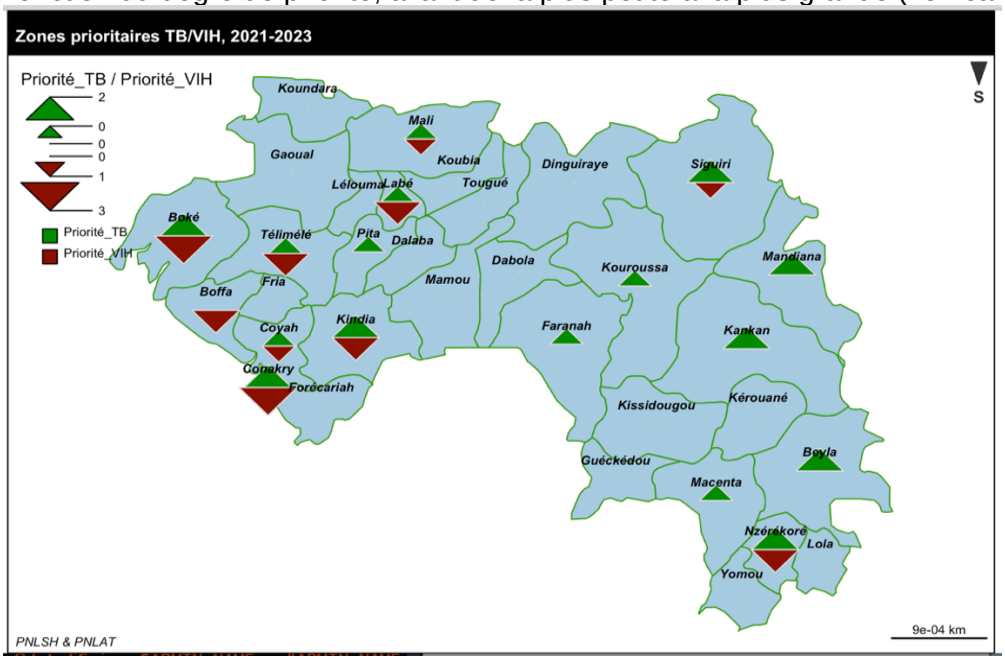
Les autres constituent des modules relatifs de soutien à la chaine d'approvisionnement et du système de suivi évaluation au niveau des programmes TB et VIH en complément des aspects de renforcement du système de santé inscrits dans la demande paludisme. Pour la gestion de programme, les interventions et activités planifiées dans le module « Gestion de programmes » visent à renforcer les capacités des programmes (PNLAT et PNLSH) et des acteurs de mise en œuvre des subventions (PR, SR, organisations communautaires) dans les domaines de la gestion de la subvention et management des programmes dans leur ensemble et du suivi évaluation. L'investissement dans le suivi évaluation et la gestion des approvisionnements tient compte celles planifiées dans le module « SRPS : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation » et « SRPS : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation » inclus dans la subvention Paludisme et qui contribuera et amplifiera les efforts entrepris et consolidés les acquis autour du DHIS2, du SIGL dans la subvention 2018-2020. Pour le système communautaire la nécessité de son renforcement figure dans les plans stratégiques de la TB et du VIH. Son renforcement vise à développer une plateforme d'organisations communautaires robustes et polyvalentes complémentaires au dispositif de santé communautaire d'une part et d'autre, à même de contribuer à la mise en œuvre de la réponse communautaire dans la TB et du VIH. Les propositions ont tenue compte des résultats de l'étude sur « le rôle Documentation et capitalisation des bonnes pratiques et des opportunités pour les acteurs communautaires pour assurer la prestation de services de santé dans des environnements fragiles » (Documentation et capitalisation des bonnes pratiques et des opportunités pour les acteurs communautaires pour assurer la prestation de services de santé dans des environnements fragiles en Guinée)

Modules
1-SRPS : Systèmes de gestion des produits de santé
2-SRPS : Systèmes de laboratoire
3-SRPS : Renforcement des systèmes communautaires
4-SRPS : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation
5-Gestion de programme

Le cadre logique d'utilisation des ressources de l'allocation est le suivant :



Dans le but d'optimiser la mise en œuvre et développer des interventions cout-efficace, un exercice de priorisation géographique a été faite (Rapport de priorisation des interventions TB et VIH,). Sur la carte 6, les préfectures de priorité conjointe sont représentées par un semi-losange rouge (VIH) et vert (TB). La taille du losange est fonction du degré de priorité, allant de la plus petite à la plus grande (voir carte ci-dessous).



Carte 6 : Carte des préfectures prioritaires

En plus de cette priorisation TB/VIH, le croisement avec les interventions PTME oblige à ajouter les préfectures suivantes : Mamou, Labé, Gaoual, Dinguiraye, Kouroussa, Faranah, Mandiana, Kissidougou, Beyla et Nzérékoré. Dans les préfectures non retenues, l'option de la continuité des services sera retenue, en privilégiant les contributions des autres partenaires et de l'État.

Pour financer les activités dans ces 16 préfectures prioritaires y compris les autres, le budget global par module retenu par la demande de financement conformément à la somme allouée est réparti ainsi que suit :

Tableaux 5 : Répartition du budget global de la soumission par module et par maladie

Module	2021	2022	2023	Total	%
Traitement, prise en charge et soutien	$6 578 131	$6 533 066	$6 701 872	$19 813 069	31,2%
PTME	$1 501 106	$1 455 247	$1 636 844	$4 593 197	7,2%
Services de dépistage différencié du VIH	$294 067	$269 825	$276 844	$840 736	1,3%
Prévention-	$1 834 371	$2 131 054	$702 559	$4 667 985	7,3%
Prise en charge et prévention de la tuberculose	$1 498 153	$1 431 254	$1 602 212	$4 531 620	7,1%
Tuberculose multirésistante	$742 465	$461 239	$509 545	$1 713 248	2,7%
Tuberculose/VIH	$104 054	$81 058	$93 350	$278 461	0,4%
Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose	$225 090	$175 724	$61 342	$462 156	0,7%
SRPS : Systèmes de gestion des produits de santé	$172 760	$174 344	$145 708	$492 813	0,8%
SRPS : Systèmes de laboratoire	$1 146 636	$1 684 394	$964 631	$3 795 661	6,0%
SRPS : Renforcement des systèmes communautaires	$428 203	$457 038	$383 518	$1 268 759	2,0%
SRPS : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation	$643 100	$928 933	$547 968	$2 120 001	3,3%
Gestion de programme	$6 420 309	$6 338 427	$6 217 386	$18 976 122	29,9%
Total	**$21 588 444**	**$22 121 602**	**$19 843 780**	**$63 553 827**	100,0%

Au total, la répartition de l'allocation 2020-2022 de la République de Guinée pour la subvention la Tuberculose et le VIH se présente comme suit :

- Tuberculose : 10,433,256$, soit 16,4% du budget
- VIH : 53,120,571$, soit 83,6% du budget

En plus de l'allocation actuelle, une demande de financement au-delà de la somme allouée (PAAR d'un montant de 4,639,833 $ est jointe. La demande de financement TB/VIH basée sur l'allocation 2021-203 s'est appuyée sur les acquis et les défis pour faire une priorisation des cibles, des interventions et des zones de mise en œuvre. Elle laisse néanmoins un déficit de financement pour la TB (14% en 2021, 10% en 2022 et 6% en 2023) et pour la riposte au sida, le déficit est de 39% en 2021, 44% en 2022 et 47% en 2023. La demande PAAR vise à i) déployer dans les zones difficiles d'accès les PoC afin de faciliter la charge virale pour les PVVIH, les femmes séropositives enceintes et le dépistage précoce chez les enfants, ii) faire passer à l'échelle la PreP et l'autodépistage sur la base des leçons apprises, iii) renforcer la réponse communautaire en faveur de la TB, iv) renforcer la pérennisation des interventions TB/VIH dans les prisons, v) étendre la portée des actions communautaires pour inclure le reste des groupes à risque et vulnérables, à savoir les miniers, les pêcheurs, les orpailleurs, les personnes fréquentant les fumoirs, les handicapés et les orphelins ainsi que le dépistage intégré dans les campagnes de dépistage du paludisme et le dépistage dans les pharmacies, vi) augmenter substantiellement la proportion des cas TB MR/RR pris en charge, à les prendre en charge d'une manière plus rapide, plus centrée sur le patient et plus complète, vii) réduire le

gap diagnostique de la TB dans la ville, viii) renforcer le cadre de collaboration TB/VOH et la disponibilité des données pour le suivi des effets et impacts des deux programmes.

Modules	Interventions	Montant	%
Prévention	Prophylaxie préexposition	311 469	6,7%
Tuberculose/VIH	Populations clés – Détenus	530 483	11,4%
Tuberculose multirésistante	Prise en charge communautaire de la tuberculose multirésistante	707 471	15,2%
PTME	Volet 4 : Traitement, prise en charge et soutien des mères vivant avec le VIH, de leurs enfants et de leur famille	123 541	2,7%
Traitement, prise en charge et soutien	Services différenciés de traitements antirétroviraux et prise en charge du VIH	572 633	12,3%
Prise en charge et prévention de la tuberculose	Détection des cas et diagnostic	82 808	1,8%
Services de dépistage différencié du VIH	Autodépistage	1 261 428	27,2%
SRPS : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation	Enquêtes	300 000	6,5%
Gestion de programme	Coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies	750 000	16,2%
Total Global		4 639 833	

2.2 Priorités de financement

a) En s'appuyant sur le cadre modulaire du Fonds mondial, utiliser le tableau ci-dessous pour détailler **chaque module prioritaire** proposé pour investissement par le Fonds mondial en faveur des composantes de maladies pertinentes et/ou de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS).

COMPOSANTE : Tuberculose et VIH

Nº de module-1	Traitement, prise en charge et soutien
Principales interventions et activités	Le nombre de sites de traitement est passé de 70 à 142 entre 2017 (année de début de mise en œuvre de la stratégie « dépisté-traité ») et fin 2019. Outre cette stratégie, la République de Guinée a souscrit aux objectifs 90-90-90. L'introduction de la prévention de la tuberculose par l'INH est progressive et 17 sites assurent cette prévention en 2019 ; soit 12% de couverture. En vue de renforcer les performances des sites de traitement et accroitre l'accessibilité aux services, les stratégies de prise en charge différenciée ont été prises en compte dans les approches du programme. Suivant les recommandations de l'OMS, le pays a débuté l'abandon progressive de la Névirapine. Dans un premier, les patients ont été dirigés vers d'autres protocoles en attendant l'arrivée de la commande de la Dolutégravir (DTG) dont son introduction se fera à partir de mars 2020. Pour la présente demande, le pays renforcera l'usage des protocoles à base de DTG et mettra en œuvre des stratégies pour rattraper le gap de traitement,

notamment chez les enfants et le suivi virologique. (Rapport d'évaluation des sites de prise en charge médicale ; Plan d'amélioration des 29 sites de prise en charge médicale)

Intervention-1 : Services différenciés de traitements antirétroviraux et prise en charge du VIH

Les stratégies différenciées de PEC des PVVIH se sont traduites par la mise en place des points de distribution communautaire d'ARV (PODI), l'espacement des rendez-vous (stratégie R3M, R6M), le tutorat des prestataires, la concentration des efforts dans 32 sites PEC à grande cohorte (plus de 90% des patients sont couverts par ces sites). Pour améliorer la prise en charge, il est envisagé d'utiliser les ressources de l'allocation pour rapprocher les patients du traitement à travers l'augmentation du nombre de PODI, d'assurer le suivi intégral des patients à travers le module Tracker intégré au DHIS2, d'augmenter rapidement les performances du traitement pédiatrique et d'améliorer la rétention des patients dans les sites de traitement. Les principales interventions seront les suivantes :

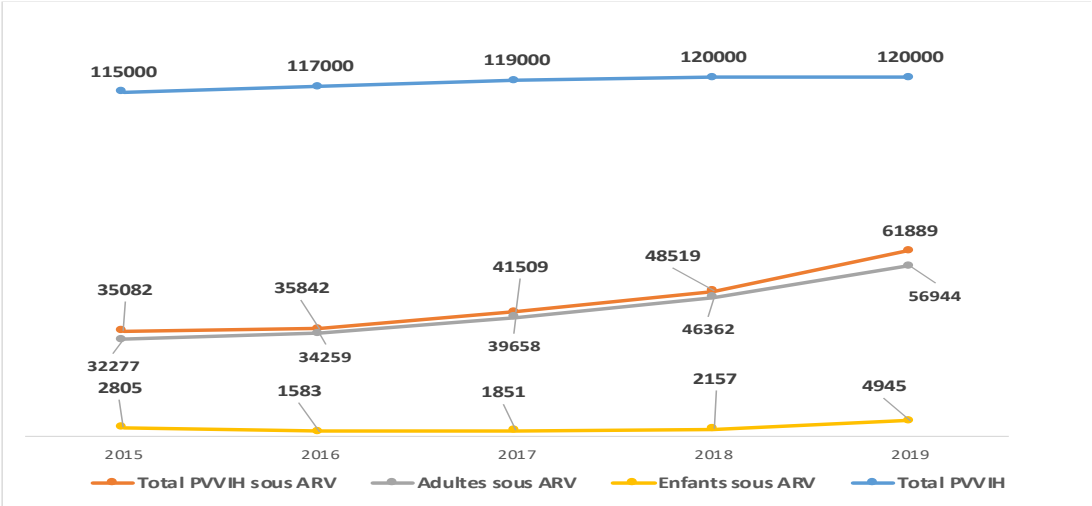
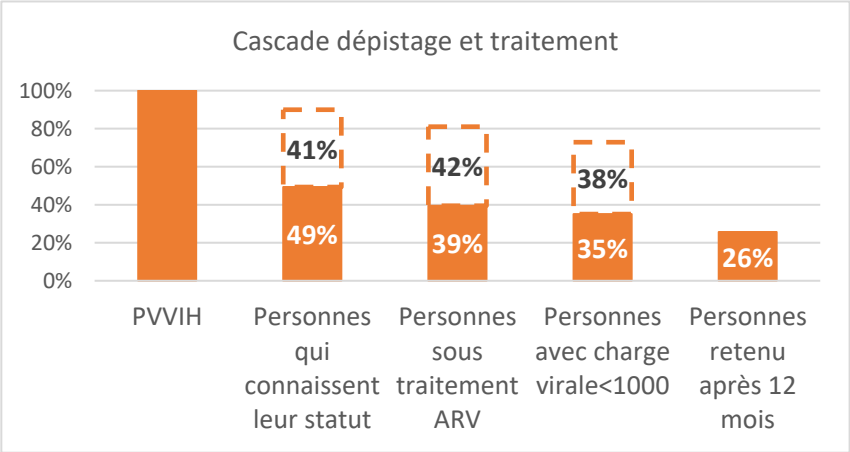
- Renforcement du monitorage des cas dépistés positifs, notamment les populations clés pour s'assurer de leur inclusion dans les files actives. Cela devrait se faire en collaboration avec les organisations des PVVIH et les ASC de la Plateforme de santé communautaire ;
- Appui à l'extension et au fonctionnement des PODI ;
- Renforcement des stratégies R3M et R6M, y compris les initiatives visant à ramener à des proportions supportables les patients dans certains sites notamment ceux de Conakry ;
- Poursuite de la consolidation des efforts entrepris en 2019-2020 pour le renforcement de la fonctionnalité et de la qualité des prestations PEC dans les 32 sites prioritaires et dans les sites des formations sanitaires privées ;
- Renforcement des stratégies de détection des moins de 15 ans vivant avec le VIH pour leur enrôlement dans les files actives (dépistage de fratrie, mise à contribution des portes d'entrée, accroissement du leadership des adolescents/jeunes vivant avec le VIH, etc..) ;
- Finalisation de la transition vers les nouveaux protocoles associant le DTG ;
- Renforcement des stratégies de rétention dans les sites PEC et d'amélioration de l'observance des traitements (tutorat, supervisions rapprochées des sites, activités d'appui psychosocial, groupes de parole, recherche active de PDV, rappel des rendez-vous, monitorage régulier des absents/PDV dans les 32 sites PEC prioritaires, mise en réseau sites PTME autour des sites PEC pour le continuum des traitements chez les femmes enceintes séropositives après la PTME) ;
- Renforcement des stratégies (PEC dans les CSA, formation/sensibilisation du personnel des sites PEC à la problématique des populations clés, implication des pairs navigateurs pour la distribution des ARV, etc..) en direction des populations clés pour augmenter leur lien avec, l'initiation et la rétention dans le traitement et pour aborder les questions de stigmatisation/stigmatisation
- Renforcement de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en milieu de soins ;
- Poursuite du renforcement de la disponibilité des intrants au niveau des sites PEC par la mise en œuvre du « last mile » ;
- Amélioration de la disponibilité et de la qualité des données PEC (Tracker, MSR) ainsi que la production régulière de l'information stratégique pour améliorer et orienter les décisions dans les sites (conformité des protocoles, absence au traitement/PDV, incidents, observatoire communautaire, etc.)

Intervention-2 : Suivi du traitement – Charge virale

Pour le suivi biologique, le pays a opté pour une approche hybride à savoir i) la mesure de la charge virale et ii) le dosage des CD4. Actuellement six appareils de charge virale de grande capacité sont fonctionnels et sont localisés dans la ville de Conakry ; huit

	appareils GeneXpert configurés sont localisés dans les districts de Gueckédou, Kankan, Faranah, Siguiri, Labé, Macenta, Nzérékoré et Mamou. A ce jour le pays compte 61 appareils CD4 type PIMA fonctionnels situés dans les districts sanitaires. Les interventions viseront à renforcer la pertinence et la fonctionnalité des dispositifs de CV et de CD4 d'une part et d'autre part, à accroître l'utilisation des plateformes ainsi que les résultats pour améliorer la qualité et l'efficacité du traitement antirétroviral y compris la prise en charge pédiatrique en renforçant le dépistage des cas index. Les actions prioritaires seront les suivantes : • Consolidation des plateformes de CV et de CD4 à travers l'opérationnalité des appareils existants et la configuration des GeneXpert pour élargir l'offre ; • Réorganisation et opérationnalisation du réseautage des sites PEC autour des plateformes et de transport des échantillons/ rendu des résultats en vue d'une optimisation des services ; • Contractualisation des services de maintenance curative et préventive des équipements de la Charge virale et de CD4 ; • Renforcement des capacités des agents de santé à l'utilisation des équipements de la charge virale et de CD4 ; • Intégration de la technologie PoC (Point of Care) pour accroître la CV en vue de réduire les inégalités d'accès géographiques ; • Stimulation de la demande à travers la prescription de la CV et de CD4 par les prestataires des sites PEC et PTME et sensibilisation/information des patients au cours des séances de soutien thérapeutique ; • Renforcement de la disponibilité de réactifs de CV et de CD4 en quantité et en qualité au niveau des plateformes ; • Renforcement du suivi-évaluation et de l'utilisation des résultats de laboratoires. Afin de combler les besoins, notamment pour atteindre les PVVIH et les femmes enceintes séropositives dans les zones éloignées et difficile, le pays envisage introduire les PoC au cours de la période 2021-2023. Il est envisagé dans le PAAR d'en acquérir et d'accroître le nombre de PODI. **Intervention-3 : Prévention et prise en charge des coïnfections et des comorbidités** Bien qu'il existe des cas de coïnfection et que le programme intègre désormais la prise en charge des hépatites dans ses attributions, les interventions restent timides dans l'ensemble. L'incidence élevée des infections opportunistes est due entre autres au retard dans l'initiation du Traitement ARV (49,2% des patients sont enrôlés aux stades 3 et 4 de l'OMS selon l'étude sur les PDV), à la faiblesse de l'éducation thérapeutique, au retard/insuffisance dans la détection et dans la prise en charge des IO. Les principales interventions suivantes seront mises en œuvre : • Renforcement de la détection des IO chez les enfants, les patients nouvellement enrôlés et chez les patients à CV persistant détectable au-delà de 12 mois de traitement ARV pour une prise en charge adéquate ; • Renforcement de la recherche des lésions/infections du col et du cancer utérin chez les femmes séropositives ; • Renforcement de la prévention (vaccination à la naissance), de la détection et de la prise en charge des hépatites virales chez les moins de 15 ans, les femmes enrôlées dans la PTME, les veufs/veuves séropositifs afin de réduire la mortalité au sein de ces groupes. • Renforcement de la détection et l'enrôlement sous traitement ARV des patients tuberculeux dépistés séropositifs au VIH ; **Intervention-4 : Conseil et soutien psychosocial**

	Les activités qui seront mises en œuvre visent à renforcer l'environnement favorable et la résilience des PVVIH, notamment les moins de 15 ans. Elles contribueront à améliorer la qualité de vie des PVVIH à travers l'observance des traitements, l'environnement favorable, la tolérance/intégration des PVVIH en milieu social et professionnel, à travers : • Maintien et renforcement du réseau actuel d'agents psychosociaux pour intensifier les activités de suivi psychosocial et les étendre pour couvrir les moins de 15 ans • Renforcement du suivi/accompagnement psychosocial des moins de 15 ans vivant avec le VIH, les populations clés séropositives (détenus, PS, HSH) ; • Renforcement du suivi/accompagnement psychosocial des enfants/adolescents vivant avec le VIH ; • Renforcement de la lutte contre la stigmatisation/discrimination des PVVIH notamment en milieu de soins et en milieu ; • Renforcement du leadership des PVVIH, notamment des jeunes et adolescents vivant avec le VIH pour un meilleur soutien à leurs pairs
Populations prioritaires	Concernant le volet soins/traitement, la priorité sera accordée aux sites ayant une plus grande file active, c'est-à-dire au-dessus de 200 patients sous ARV. Ces sites étaient de 36 en fin 2019 avec une estimation de 43 en fin 2020. Les nouveaux sites à grande cohorte seront également évalués afin de développer et mettre en œuvre leur plan d'amélioration. Les populations cibles sont : les PVVIH (les moins de 15 ans, les 15 ans et plus), les patients TB/VIH, les femmes enceintes séropositives, les populations clés séropositives.
Obstacles et inégalités	Les obstacles aux soins et traitement des PVVIH sont entre autres : • L'éloignement des plateformes de suivi biologique (CV, CD4) et des sites de traitement et la faible prescription des examens de charge virale par les médecins et autres prestataires • La faible opérationnalisation de la stratégie de transport des échantillons/rendus des résultats, y compris la non mise à contribution de l'ensemble des GeneXpert • La stigmatisation/discrimination des PVVIH et des populations clés qui limitent l'utilisation des services PEC ; • La précarité économique de certains patients et les coûts à supporter pour les examens de suivi ; • Les ruptures des intrants au dernier kilomètre ; • L'inorganisation des rendez-vous des patients et la saturation de certains sites PEC, ce qui joue sur la qualité de l'accueil et des prestations ; • Les insuffisances dans la référence des personnes dépistées positives vers les sites PEC • L'efficacité limitée des stratégies de détection différenciée et d'enrôlement des enfants vivant avec le VIH dans la file active (CPoN, services de pédiatrie, nutrition et autres portes d'entrée, dépistage de la fratrie, index testing), y compris leur soutien psychosocial • La faible performance des stratégies actuelles de rétention des patients dans les sites de traitement Pour atténuer ces obstacles liés à la stigmatisation/discrimination, des mesures sont prises en compte dans le module « Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/TB ». Les autres mesures reposent sur i) l'augmentation du nombre de PODI et la mise à contribution des ASC de la plateforme de santé communautaire pour la distribution des ARV ii), la délégation des tâches pour le suivi différencié et le transport des échantillons de sang pour la CV et le diagnostic précoce, iii) l'implication des réseaux de PVVIH et l'amélioration de la

	disponibilité et la qualité des prestations et iv) l'optimisation du dispositif de transport/rendu des résultats et du réseau de GeneXpert.
Justification	Dans la subvention en cours, les efforts ont été entrepris pour permettre au pays d'atteindre l'objectif 90-90-90. Bien que les stratégies différenciées au niveau médical et communautaire pour le dépistage et le traitement soient en place, cet objectif est loin d'être atteint. Les résultats sont respectivement estimés à 62% pour le 1er 90, 51% pour le 2ème 90 et 23% pour le 3ème 90 en fin 2019. Le nombre PVVIH sous ARV en fin 2019 était de 61897 dont 4945 enfants de moins de 15 ans (Cf. Graphique 25)  **Graphique 25** : Évolution du nombre de personnes mis sous ARV de 2015 à 2019 (Rapports PNLSH) Bien qu'en hausse constante, les performances d'inclusion restent faibles notamment chez les moins de 15 ans et les efforts chez les populations clés peu visibles. Au regard du nombre de décès, du taux des absences au traitement/PDV (rapport PDV 2019), du faible nombre de PVVIH ayant une charge virale, la couverture de la prise en charge reste une priorité. La cascade de traitement se présente ainsi en fin 2019  **Graphique 26** : cascade du dépistage et PEC 2018 (Revue épidémiologique 2019) L'allure actuelle des performances ne place pas le pays dans l'atteinte de l'objectif 90-90-90 dans les délais requis et l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030. Le montant requis pour 2021-2023 est de 71 397 239 $ L'analyse du paysage de financement montre que ce volet connait un gap financier important de l'ordre de 61% en 2021, 64% en 2022 et 66% en 2023. Le maintien de ce module dans le montant alloué permettra de combler les gaps et d'offrir aux PVVIH une PEC accessible, adaptée,

	continue et de qualité, avec un accent particulier pour les moins de 15 ans, les veufs/veuves et les populations clés.
Résultats attendus	Les principaux résultats attendus pour la période 2021-2023 : - Pourcentage de personnes sous TARV parmi toutes les personnes vivant avec le VIH passera de 51% (61897/121681) en 2019 à 62% (77397/123843) en 2021, 69% (85897/124305) en 2022 et 76% (94897/124712) en 2023. - Pourcentage d'enfants (de moins de 15 ans) sous TARV parmi tous les enfants vivant avec le VIH passera de 49% (4945/10161) en 2019 ; 65% (6317/9738) en 2021, 72% (6760/9406) en 2022 et 79% (7133/9044) en 2023 - Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale, qui ont eu accès à la mesure de la charge virale passera de 51% (56952/111520) en 2019 ; 62% (71080/114105) en 2021, 69% (79137/114899) en 2022 et 76% (87764/115668) en 2023. Pour l'atteinte des cibles de ce module, en plus des actions du PNLSH déjà en cours, les réseaux et associations des PVVIH, le secteur privé non lucratif et les acteurs humanitaires seront davantage impliqués pour améliorer le dépistage et l'enrôlement au traitement des nouveaux cas de VIH.
Investissement attendu	Le financement des besoins de ce module sera assuré par le Fonds mondial, le cofinancement de l'État (ARV de 1ère ligne, réactifs de CV) et celui des autres partenaires (UNFPA, UNICEF et Banque mondial). Le montant de l'allocation pour le volet prise en charge 2018-2020 est de **$ 19 813 069**, représentant 31,2% de l'allocation et réparti comme suit : **Tableau 6 :** Budget du module « Traitement, prise en charge et soutien » 2021-2023

Module: Traitement, prise en charge et soutien	2021	2022	2023	Total	%
Conseil et soutien psychosocial	153 237	133 337	133 337	419 910	2,1%
Services différenciés de traitements antirétroviraux et prise en charge du VIH	5 635 916	5 198 830	5 157 143	15 991 888	80,7%
Suivi du traitement – Charge virale	788 978	1 200 899	1 411 393	3 401 270	17,2%
Total	**6 578 131**	**6 533 066**	**6 701 872**	**19 813 069**	

N° de module-2	PTME
Principales interventions et activités	Le processus de renforcement des sites offrant les services prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH à grande cohorte, démarré en 2019, a permis d'améliorer progressivement la disponibilité des services et leur utilisation. Des efforts pour cette amélioration en direction du secteur privé sanitaire sont en cours. Malgré cette performance, il faut noter que les cibles attendues pour la première consultation prénatale (CPN), porte d'entrée pour la PTME, ne sont pas atteintes du fait que les tests ne sont pas toujours disponibles et que toutes les femmes enceintes ne bénéficient pas des services de CPN. Par ailleurs, le dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives reste un défi limitant l'accès à la prise en charge pédiatrique. Il est aussi à signaler que la faiblesse d'un système pour renforcer le lien entre les services de PTME et ceux de PEC est un frein pour assurer le continuum de soins. Afin de surmonter ces défis, les principales interventions suivantes seront réalisées au cours de la période 2021-2023 en partenariat avec la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) et la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle (DNSCMT). Il est prévu également de renforcer la PTME chez les PS et les autres femmes vulnérables (handicapés par exemple)

Intervention-1 : Volet 1 : Prévention primaire de l'infection au VIH chez les femmes en âge de procréer :

La persistance d'une prévalence significative chez les jeunes filles et jeunes femmes, qui sont mères ou futures mères, compromet les efforts d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En outre on estime qu'une fille sur 4 est marié précocement et la prévalence du VIH chez les jeunes filles de 15 à 24 ans est supérieure à celle des garçons du même âge (1,1><0.6 – EDS 2018). Prévenir le VIH en amont demeure une intervention pertinente dans le contexte de la Guinée. Il s'agit d'une intervention nouvelle dans la PTME qui visera le renforcement des connaissances, la promotion des comportements permettant de réduire le risque de transmission du VIH et d'augmenter la demande, l'utilisation des services de SSR (retarder les premiers rapports sexuels et le mariage précoce, soins prénatals, soins postnatals, soins de santé primaires/lutte contre les IST, services de PF) pour les femmes en âge de procréer.

Cette intervention se focalisera sur les actions suivantes :

- La promotion de services de SSR, de dépistage/soins des IST, de dépistage du VIH des femmes en âge de procréer dans les structures sanitaires et dans la communauté, notamment auprès des jeunes filles, des jeunes femmes et des femmes vivant avec le handicap ;
- L'identification des adolescents (tes), les jeunes filles et jeunes garçons les plus vulnérables pour assurer le dépistage et l'accès au traitement IST/VIH en utilisant l'outil d'analyse de la vulnérabilité. Dans les sites urbains et périurbains, les jeunes vulnérables seront identifiés par les pairs éducateurs lors des séances de sensibilisation entre autres ;
- Le dépistage communautaire des adolescents (tes), des jeunes filles et des jeunes garçons : former les pairs éducateurs jeunes sur le test rapide du VIH, rendre disponible les tests rapides, attribuer des tickets d'orientation pour la confirmation du test et la prise en charge, tout en veillant à la prise de mesures pour garantir la confidentialité.
- L'utilisation des centres de jeunes et des mouvements confessionnels, des médico-sociaux et des communautaires pour accroitre la stimulation et le recours au dépistage et la prise en charge des IST/VIH chez les adolescents et jeunes
- Le renforcement des interventions de IEC à travers la paire éducation pour accroitre les connaissances et l'adoption de comportements sain chez les jeunes et adolescents incluant la prévention des mariages précoces dans les régions à forte prévalence (Kankan, Labé, Kindia, Boké et Faranah) Annexe 31 EDS 2018)
- Le renforcement des capacités des organisations communautaires pour la SSR/VIH/PF et la lutte contre les VSBG pour appuyer la promotion et l'utilisation des services par les adolescents et les jeunes ;
- Le renforcement de la lutte contre les VSBG en milieu jeune et auprès des personnes vulnérables, du secteur informel et dans les zones minières
- La diffusion et promotion de la loi sur le code civil de 2016 qui proscrit et punit le mariage précoce avant 17 ans au moins pour les femmes, et de 18 ans pour les hommes. Les actions seront essentiellement l'organisation des séances de plaidoyer dans les 8 régions à l'endroit des leaders communautaires, religieux et coutumiers
- Le renforcement des cellules d'adolescents (tes), des jeunes filles et des jeunes garçons pour mener la sensibilisation au sein de leur groupe respectif en matière de santé sexuelle et reproductive de la promotion des comportements sains tel que l'égalité du genre, le retard des premiers rapports sexuels et la lutte contre le mariage précoce dans les régions prioritaires de la PTME ;

- La mise en place et promotion de l'utilisation de la plateforme U-Report pour informer, sonder l'opinion des adolescents (tes), des jeunes filles et des jeunes garçons, conseiller et suivre les progrès.
- L'animation des groupes d'auto-support d'adolescents (tes), jeunes garçons et jeunes filles séropositives pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Ces groupes seront mis en réseau pour améliorer la rétention au traitement.
- Le développement des outils de communication, pour assurer l'IEC chez toutes les femmes en âge de procréer pour la mise en œuvre d'un programme holistique de PTME.
- L'intégration de la SSR/VIH dans les curricula de formation et d'enseignements et autres interventions ciblant la santé maternelle et infantile

Intervention-2 : Volet 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH

Il existe peu de chiffres relatifs à la prévalence des grossesses non désirées chez les femmes séropositives. Néanmoins, il est à noter que dans la pratique courante, la planification familiale chez les femmes vivant avec le VIH était peu ou pas mise en œuvre, malgré le fait qu'il représente un pilier de la PTME. Cette intervention permettra l'intégration de la PF/SSR dans l'offre des services en faveur des femmes séropositives. Les actions suivantes seront menées :

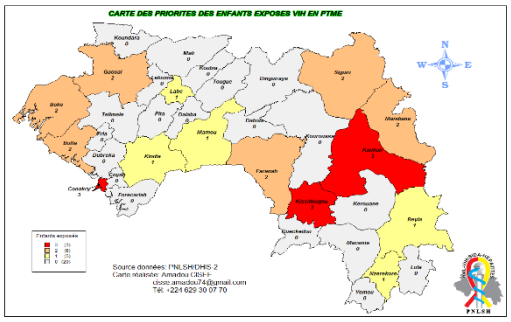
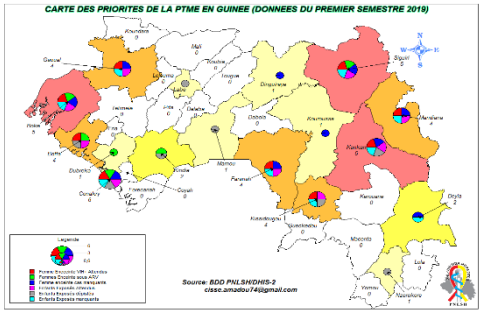
- Renforcement des capacités des prestataires des sites PTME/PEC sur la PF y compris l'intégration systématique de la PF dans la gestion des complications d'avortements et la période du post-partum chez les PVVIH ;
- Renforcement de l'implication des Assistants psychosociaux (APS), des femmes séropositives paires leaders dans la promotion de la planification familiale et la santé reproductive (organisation des séances d'IEC dans les sites PTME/PEC et dans la communauté) ;
- Développement des liens fonctionnels avec la Direction de la Santé familiale et de la nutrition pour la mise à disposition des intrants PF au niveau des sites PTME/PEC, des points de distribution des ARV (PODI) et des organisations/réseaux de PVVIH. Lors des séances de sensibilisation les APS seront chargées entre autres, d'orienter les femmes séropositives vers les services de PF.

Intervention-3 : Volet 3 : prévention de la transmission verticale du VIH

La poursuite de cette intervention permettra de i) consolider les performances (dépistage, mise sous ARV) des 66 sites bénéficiant actuellement d'un plan de renforcement et des 22 structures privées en cours d'intégration, ii) étendre la couverture des services PTME aux sites des districts à forte prévalence chez les femmes enceintes, iii) améliorer la rétention des femmes et enfants dans la cascade PTME. Les actions spécifiques suivantes seront développées :

- Renforcement du système de tutorat clinique à travers un suivi rapproché des prestataires pour l'encadrement sur site, couplé au suivi téléphonique ;
- Extension du nombre de sites PTME évalués (Cf. cartographie) de 66 à 166 d'ici fin 2023 ;
- Développement des capacités pour assurer la mise en œuvre de la stratégie de tutorat clinique dans les sites d'extension.
- Implication des RECO/ASC pour le renforcement de la mobilisation sociale des communautés afin d'inciter une utilisation correcte des services par les cibles de la SMNI/PTME
- Développement de la PTME dans les CSA et les Unités médicales mobiles en faveur des PS et autres femmes/jeunes filles vulnérables

	• Promotion de la constitution de groupes de soutien en PTME incluant des femmes enceintes VIH+ et ou ayant déjà accouché (Initiative « Mother to mother »). Leur rôle est de servir d'interface entre les services de SMNI/PTME et la communauté afin de stimuler la fréquentation des sites • Renforcement des ONG et autres associations locales, pour leur participation dans les activités de mobilisation sociale et des leaders d'opinion, religieux et coutumiers pour leur support. • Renforcement des capacités des prestataires pour la promotion et l'utilisation des services de santé maternelle, néonatale et infantile (CPN, PTME, accouchement assisté, dépistage du VIH de la femme enceinte, de son conjoint et des autres enfants de la fratrie, suivi postnatal) ; • Renforcement des activités de dépistage systématique du VIH et de la Syphilis à travers l'utilisation du test HIV/Syphilis Duo chez les femmes enceintes • Dépistage systématique des parturientes en salle d'accouchement ayant échappé au dépistage en CPN • Dépistage systématique des femmes allaitantes ayant échappé à la PTME de rattrapage ; • Dépistage systématique des conjoints et de la fratrie des femmes VIH+ • Renforcement des activités de dépistage du VIH chez les enfants au niveau des portes d'entrée des structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles (services de consultation, vaccination, hospitalisation, nutrition) ; • Renforcement du monitorage décentralisé des interventions PTME au niveau des sites prioritaires • Renforcement du suivi /tracing continu des femmes enceintes séropositives, y compris la recherche des femmes PTME perdues de vue **Intervention-4 : Volet 4 : Traitement, prise en charge et soutien des mères vivant avec le VIH, de leurs enfants et de leur famille** La continuation de cette intervention va permettre de contribuer à la réduction de la transmission du VIH et de la mortalité chez les enfants exposés à travers le renforcement du dépistage précoce et la mise sous ARV chez les enfants VIH+ d'une part et la continuation du traitement ARV chez les femmes VIH+ d'autre part. Les actions spécifiques consisteront en : • Renforcement du mécanisme de dépistage précoce en routine (rendre fonctionnel les GeneXpert, utilisation des Points of care (PoC), rendre disponible les intrants pour le prélèvement DBS, transport des échantillons et rendu des résultats dans les délais pour une PEC adéquate) et du suivi biologique • La mise sous ARV précoce des enfants dépistés positifs et leur inscription dans la file active des enfants sous ARV • La prise en charge adéquate (référence dans les services PEC) des conjoints et de la fratrie des femmes VIH+ dépistés + • Mise à contribution des services de PTME et des médiatrices pour la recherche des perdus de vue, et pour l'accompagnement psychosocial ; • Renforcement de l'intégration des activités relatives à la coïnfection TB/VIH dans les services de santé maternelle et infantile afin d'accroître la prévention, la détection et la prise en charge des cas de TB dans l'offre de service PTME ; • Introduction du processus d'amélioration de la qualité des services PTME en utilisant l'approche SBM-R (Gestion axée sur les standards et reconnaissance des prestations de santé) pour promouvoir l'autogestion des sites • Le monitoring continue de la continuité du traitement des femmes séropositives et enfants VIH+ après la PTME en assurant la référence/la mise en relation avec les services de PEC

	• La revue trimestrielle des activités PTME au niveau régional incluant les prestataires, les encadreurs et cadres du district • La poursuite des rencontres trimestrielles SRMNIA/PTME/PECP
Populations prioritaires	Afin d'optimiser les ressources et faire un meilleur ciblage, l'exercice de priorisation a permis de déterminer les préfectures de concentration des efforts pour la PTME et le dépistage précoce du VIH (zones en rouge et rose) (Rapport de priorisation des interventions TB et VIH,2020)   Carte 7 : Districts prioritaires PTME 20 Carte 8 : Districts prioritaires enfants exposés Les populations cibles sont : les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les conjoints des femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants nés de mères séropositives.
Obstacles et inégalités	L'insuffisance du paquet complet de services au niveau des structures sanitaires tels que les services de CPN, maternité, SSR/PF font que les femmes de certaines zones ont un accès limité ou difficile aux services PTME. L'absence de redevabilité de certains prestataires de services ne permet pas l'optimisation de la prise en charge intégrale du couple mère-enfant. La faible capacité des prestataires pour l'offre des services PTME dans certains sites, est un frein à l'atteinte des objectifs fixés. La faible implication des parties prenantes au niveau communautaire pour mobilisation sociale limite l'utilisation des services par les cibles. De plus, la violation des droits humains notamment la stigmatisation et la discrimination dans les services de santé et au sein des communautés, la rupture de la confidentialité, l'inégalité liée à l'âge et au sexe sont des aspects socioculturels qui influencent l'accessibilité du couple mère-enfant séropositif aux services de prévention et de prise en charge du VIH.
Justification	Les résultats de l'EDS 2018 ont montré une baisse significative de la séroprévalence chez les femmes enceintes (2,2% (ENSS 2018) contre 3,56% (ENSS 2015)). Cependant, elle reste de même élevée par rapport à la prévalence nationale (1,5%, EDS 2018) avec des zones de haute prévalence (Boké, Conakry Labé, Kankan, Faranah respectivement, 2.3% ; 2.1% ; 2% et 1.7% selon l'EDS 2018). Des progrès ont été accomplis en termes de couverture ces dernières années sur le plan de l'offre de service (726 structures dont 2 HN, 9 CMC, 416 CSA, 12 structures privées et 287 PS, soit 53% de couverture). Toutefois, 25% de femmes n'ont pas été dépistés pendant la grossesse, 63% d'enfants exposés n'ont pas bénéficié du dépistage précoce. De plus, les données actuelles montrent que 54% des nouvelles infections chez les enfants sont survenues pendant l'allaitement maternel et 46% pendant la grossesse dont 61% nés de femmes n'ayant pas reçu les ARV et 24% des femmes ayant abandonné le traitement. Les nouvelles infections au cours de la période d'allaitement maternel sont associées à des femmes s'infectant pendant l'allaitement maternel 36% dont 35% ne recevant pas les ARV ou 23% abandonnant

	le traitement. Ceci pourrait expliquer le fait qu'en fin 2019, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant soit estimé à 21,36% (source Spectrum 2019), contre moins 5% attendu. Les résultats globaux sont encourageants mais insuffisants par rapports aux objectifs nationaux et mondiaux d'élimination de la transmission mère-enfant et de celle de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030. Le montant requis pour 2021-2023 est de 16 291 981 $. Pour la période 2021-2023, la PTME va bénéficier du financement de l'État, de l'UNICEF et de la Banque mondiale. En dépit de ces contributions, la PTME accuse un important gap programmatique en matière de dépistage de l'ordre de 10% en 2021, 5% en 2022 et 5% en 2023. Aussi, il est proposé qu'une partie de l'allocation 2020-2022 puisse servir à réduire le gap de financement. Les ressources allouées vont servir à renforcer la dynamique d'amélioration de la fonctionnalité des sites PTME entrepris en 2019 puis de développer les nouvelles interventions visant à réduire la vulnérabilité des jeunes filles/jeunes femmes face au VIH, aux violences basées sur le genre puis de continuer à améliorer la qualité et l'efficience de la PTME dans les zones prioritaires.
Résultats attendus	Avec cet investissement synergique, il est attendu de réduire la prévalence du VIH chez les jeunes filles de 15 à 24 ans de 1,2% en 2018 à 1,06% en fin 2023, la transmission du VIH de la mère à l'enfant de 24,97% en 2019 à 4,99% en fin 2023. Les nouvelles infections pédiatriques devraient également baisser de 22.50% entre 2021 et 2023. Les principaux résultats attendus pour la période 2021-2023 : • *Le pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH passera de 75% (426061/565183) en fin 2019 à 90% en 2021, à 95 % en 2022 et à 95% en 2023. Les réactifs seront financés aussi bien par la demande et par l'État Guinéen.* • *Le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse passera de 80% (3998/4997) en 2021, 90% (4394/4882) en 2022 et 95% (4523/4763) en 2023. Les ARV seront achetés par la sur les 3 ans par le Fonds mondial.* • *Le pourcentage de nourrissons exposés au VIH bénéficiaire du dépistage du VIH passera de 37% (1497/4071) en fin 2019, à 50% (2499/4998) en 2021, à 60% (2930/4882) en 2022 et à 70% (3333/4762) en 2023. Les réactifs seront achetés par l'UNICEF, la Banque mondiale, l'État et le fonds mondial sur les 3 ans.*
Investissement attendu	L'UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale accompagneront l'Etat et le FM dans le processus de mise en œuvre des interventions en lien avec ce module. Il faut noter que la contribution de l'Eta pour ce module est estimée en termes de salaires (fonctionnaires), d'exonération, d'appui au fonctionnement, etc. Pour l'allocation, le montant destiné à la mise en œuvre des interventions PTME au cours de la période 2018-2020 est de **$ 4 593 197**, soit 7,2% de l'allocation et réparti comme suit : **Tableau 7 :** Budget du module « Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) » 2021-2023

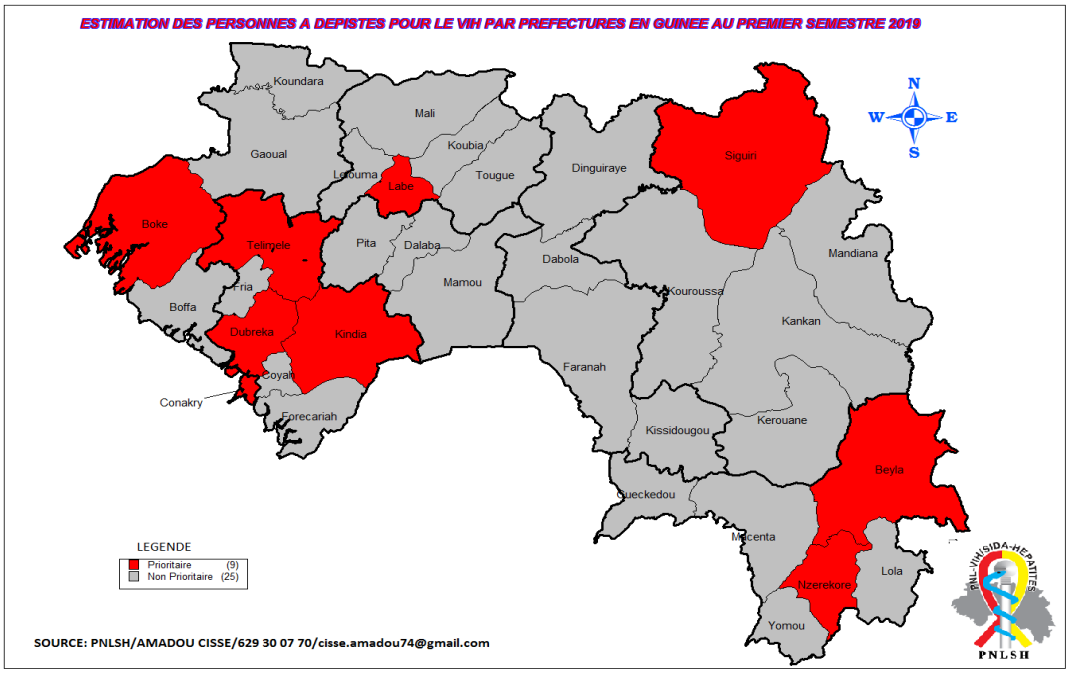
Module: PTME	2021	2022	2023	Total	%

	Volet 1 : Prévention primaire de l'infection au VIH chez les femmes en âge de procréer	$247 769	$247 769	$247 769	$743 306	16%
	Volet 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH	$135 595,48	$135 595,48	$135 595,48	$406 786,43	9%
	Volet 3 : Prévention de la transmission verticale du VIH	$959 627	$913 767	$1 095 364	$2 968 758	65%
	TOTAL	**$1 501 106**	**$1 455 247**	**$1 636 844**	**$4 593 197**	**100,00%**

Nº de module-3	Services de dépistage différencié du VIH
Principales interventions et activités	En 2019, la Guinée a réalisé une évaluation de dépistage du VIH qui a identifié les interventions les plus efficientes ainsi que les gaps *(Annexe-23_Differentiated HIV testing strategy_0104_FR).* Cette évaluation a permis au pays d'adopter une stratégie nationale de dépistage différencié. Le pays a également déterminé des zones prioritaires et a renforcé le mécanisme de mise en relation des personnes dépistées positives vers les structures de prise en charge. Conformément aux recommandations de l'OMS 2019 en matière de dépistage, la Guinée a adopté le nouvel algorithme intégrant le 3e test. Il faut noter que l'autotest est à sa phase pilote. Malgré ces innovations, certains défis persistent notamment i) la disponibilité inconstante des tests de dépistage y compris le 3ème test, ii) le dépistage à partir des cas index, iii) la non-réalisation du test de dépistage par la même personne qui fait le conseil, iv) l'enrôlement systématique des patients dépistées positifs au traitement. **Intervention1 : Dépistage du VIH dans les structures sanitaires** Cette intervention couvrira les centres de santé, les hôpitaux, les structures sanitaires privées, confessionnelles et associatives et les services adaptés aux populations clés. L'accent sera mis sur la systématisation de la proposition de test pour les populations et les fratries présentant un risque significatif, la prise en compte du screening de la TB, le renforcement des activités de proposition et de dépistage au sein des CSA ou des structures communautaires ainsi que la mise en relation avec les services PEC. Ces principales actions seront réalisées : • Mobilisation sociale et orientation vers les services de dépistage au niveau des centres de santé par les organisations communautaires, les ASC et RECO ; • Renforcement de l'offre de dépistage du VIH couplé au screening de la TB dans les structures au niveau des différentes portes d'entrée (services de consultation, de vaccination, d'hospitalisation, de nutrition et dans les services santé et post natals) afin de diagnostiquer davantage de cas chez les adultes et les enfants • Systématisation de la proposition de test de dépistage à toute personne ayant contact avec un centre de santé dans les zones urbaines à forte prévalence, près des mines, dans les quartiers comptant de nombreux bars ou professionnelles du sexe. • Systématisation du dépistage des cas à partir de nouveau cas dépisté positif et chez les adolescents/adolescentes ayant recours aux services de planification familiale • Mise en relation des services de dépistage et de prise en charge des cas positifs (orientation, accompagnement actif vers les sites PEC, monitorage régulier de la mise en relation pour identifier et rattraper les personnes séropositives non enrôlées dans le traitement ARV après le dépistage. • En faveur des populations clés, l'offre de service de dépistage sera renforcée dans les 22 centres de services adaptés (CSA) en stratégie fixe et via 5 unités mobiles médicalisées et des dispensaires rapprochés en stratégie avancée, avec l'introduction des approches sexospécifiques de la SSR et des besoins/droits des

	jeunes populations clés (10-24ans) dans les modules de formation des prestataires des CSA • Renforcement des liens avec les services de don de sang afin d'identifier, orienter les donneurs de sang (bénévoles ou familiales) dépistés positif au VIH afin de les enrôler dans la file active **Intervention 2 : Auto-dépistage (populations clés PS, HSH et UDI)** Il s'agit d'une innovation qui répond aux recommandations du document de stratégie nationale différenciée en matière de conseil et de dépistage du VIH pour l'atteinte du 1er 90. Un déploiement progressif de l'auto-dépistage sera fait avec : i) un pilote dans le centre communautaire de Conakry, ii) une extension ans les centres communautaires et Kindia puis de Kankan sur la base des enseignements tirés, ii) dans les services adaptés et dans le cadre des actions de dépistage communautaire dans les zones ayant le gap le plus important en matière de dépistage (Mamou, Kankan ; Nzérékoré, Kindia). L'accent sera mis sur la dispensation secondaire à travers les réseaux/groupes de populations clés afin d'atteindre les partenaires sexuels et membre des réseaux sociaux des personnes reçues dans les centres. La mise en œuvre de l'autotest fera l'implication des personnes de référence des populations clés. Ces dernières vont assurer la promotion de l'autotest, le suivi communautaire de leurs pairs utilisateurs de l'autotest et la référence incluant la paire navigation ainsi qu'un dispositif d'aide à distance. Les actions prioritaires sont les suivantes : • Identification et formation des pairs éducateurs pour la promotion de l'autotest, l'appui/ accompagnement après le test pour la confirmation et au besoin l'enrôlement • Mise en place des outils de gestion et de suivi des activités de l'autotest • Session bilan trimestriel d'analyse des résultats et de monitorage de la gestion des cas positifs • Évaluation de l'expérience d'introduction de l'autotest Sur la base des résultats et des leçons tirées, l'activité sera étendue à l'ensemble des services adaptées et pourra inclure la dispensation primaire par des acteurs communautaires. Cette demande sera incluse dans l'allocation au-delà de la somme allouée (PAAR). **Intervention-3 : Dépistage communautaire des populations Clés, et vulnérables** Il s'agit d'une intervention qui a connu un renforcement à partir de 2019. A l'heure actuelle, 5 Unités mobiles médicalisées et deux centres communautaires populations clés dans les deux régions les plus touchées (Conakry et Kindia) offrent le dépistage aux populations clés et vulnérables. Afin d'étendre l'offre, les pairs éducateurs issus des populations clés seront formés et accompagnés pour réaliser le dépistage. Un processus de formation initiale, continue et de suivi sera mis en place avec des associations/groupes de populations clés. L'intervention consistera : - Au renforcement du dépistage des populations clés et vulnérable à partir des UMM - La formation du personnel des structures communautaires identifiée dans le cadre de la sensibilisation, conseil et dépistage ainsi que le soutien au fonctionnement de ces structures. Afin de compléter l'offre de service de dépistage et plus spécifiquement le dépistage des cas index, 04 associations des PVVIH ont été identifiées dans les 4 régions (Boké, Kankan, Faranah, Nzérékoré) ayant des gaps en matière de dépistage. Ces associations travailleront avec les structures PEC pour accompagner la notification assister aux partenaires, proposer un dépistage communautaire au conjoint (e), autres partenaires sexuels. Les membres formés des associations s'occuperont également de la mise en relation des personnes dépistées positives avec les centres de prise en charge (paire-navigation)

	- La promotion au sein de la communauté de l'offre de services de dépistage dans les structures sanitaires (CPN, CDV, PEC, CDT, CTS, infirmeries universitaire, scolaire et de garnisons militaires et centres conviviaux) dans chaque DPS ; - Le soutien des structures impliquées dans l'offre de dépistage communautaire - La création du réseautage entre les centres communautaires et les centres de santé et sites PEC : Dans un premier 78 pairs éducateurs (PS/HSH) intervenant en lien avec les centres communautaires de Conakry, Kindia et Kankan seront formés au dépistage et à la paire-navigation. L'action sera étendue aux autres régions en année 2. - L'augmentation progressive du nombre de pairs éducateurs (HSH et PS) afin d'augmenter l'incitation et l'accompagnement au dépistage et à la référence de la TB et du VIH vers les sites PEC et CDT - L'accompagnement par les pairs des PS et HSH dépistés positifs au VIH vers les structures PEC pour l'enrôlement dans la file active sous traitement ARV et/ou TB - La mise en relation des personnes dépistées par les acteurs Communautaires avec les structures de PEC de leur aire géographique et avec les associations de PVVIH pour un continuum d'accompagnement par les pairs et l'assistant social - Plaidoyer auprès du Gouvernement et du ministère de la santé pour la réduction de l'âge légal d'accès au dépistage pour les adolescents et jeunes (Ordonnance No 056/2009/PRG/SGG portant amendement de la loi L/2005/025/AN du 22 Novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/Sida en République de Guinée
Populations prioritaires	Afin de renforcer l'efficacité du dépistage du dépistage du VIH, les interventions vont se concerner dans les zones où selon les estimations de la séroprévalence on devrait trouver le maximum de PVVIH et là où le gap à couvrir en termes de dépistage et de mise sous traitement est significatif. Il s'agit des régions de Kankan, Nzérékoré et Conakry. En plus de ces régions, les régions de Boké et Faranah qui sont des Zones minières, regorgeant beaucoup de couches vulnérables (groupe à risques) ont été également identifiée comme zone prioritaires pour la mise en œuvre des activités du dépistage du VIH. Concernant le volet dépistage, les populations prioritaires devant être ciblées par les différentes interventions sont : i) les HSH, les PS et leurs clients, ii) les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires, iii) les personnes vivant le handicap, iv) les personnes privées de liberté, v) les Hommes et Femmes en Uniforme, vi) les populations des zones minières, vii) les routiers, viii) les personnes infectées et affectées par la Tuberculose, ix) les Personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires. En plus de ces cibles, les stratégies vont concerner les PVVIH et les personnes dépistées positives nouvellement dépistés séropositives dans le cadre du dépistage des cas index. Les zones prioritaires pour dépistage est le suivant :

	
Obstacles et inégalités	En Guinée, la violation des droits humains notamment la stigmatisation et la discrimination dans les services de santé et au sein des communautés, la rupture de la confidentialité, l'inégalité liée à l'âge pour l'accès au dépistage sont des barrières d'accès et d'utilisation des services de dépistage du VIH. Par ailleurs, la réticence pour le partage de la sérologie des femmes dépistées positive en CPN et aussi des hommes dans le cadre du DCIS ou CDV constituent également des obstacles au dépistage. Sur le plan structurel et de l'offre, l'enquête SARA a mis en exergue une inaccessibilité géographique et une faible disponibilité (21%) des services de dépistage dans les structures de santé ainsi qu'une faible couverture au regard du nombre de structures de santé publique proposant le DCIS. A cela il faut ajouter les ruptures d'intrant de dépistage et l'offre qui est parfois inadapté pour les populations clés. Pour lever ces obstacles, il est prévu i) un module spécifique pour adresser la question et la stigmatisation/discrimination au sein des communautés et des services de santé, ii) l'introduction de l'autotest, iii) les unités mobiles pour réduire les barrières géographiques, iv) un plaidoyer pour la réduction de l'âge au dépistage du VIH chez les adolescents et jeunes, iv) un renforcement des mécanismes d'approvisionnement des sites
Justification	Parmi les PVVIH en Guinée, près de 38 % des adultes ignoraient en 2019 leur statut, 63% des enfants n'avaient pas reçu de diagnostic et environ 25 % des femmes enceintes *(Base de données PNLSH)* n'avaient bénéficié d'aucun test de dépistage dans le cadre des soins prénataux. Afin d'accélérer les progrès vers la réalisation de l'objectif du premier 90, une approche différenciée de la prestation des services ciblant le dépistage des PVVIH n'ayant pas bénéficié du diagnostic a été mise en œuvre depuis 2019. Cette approche différenciée est basée sur les différentes études réalisées durant l'année 2019 (Revue épidémiologique, l'étude sur les perdus de vue, les cascades, l'analyse des interventions de dépistage). En matière de dépistage, elles ont permis de déterminer les régions prioritaires, les populations ainsi que les interventions à haut impact (Guinée : Une stratégie nationale différenciée en matière de conseil et de dépistage du VIH, 2018). Le montant requis pour 2021-2023 est de 4 748 396. L'analyse des lacunes programmatiques et du paysage de financement montre un déficit de couverture des

besoins de financement. Le gap financier est 52% en 2021, 61% en 2022 et 63% en 2023. De plus, le dépistage chez les populations clés et vulnérables n'est couvert par aucune de source de financement.

C'est pourquoi, il est prévu d'utiliser une partie des ressources de l'allocation pour couvrir les besoins en dépistage du pays au cours de la période 2021-2023. La mise en œuvre des interventions permettra de dépister les personnes séropositives dans les groupes de populations les plus exposés pour permettre l'atteinte du 1er 90 et leur enrôlement dans le traitement. Le choix des interventions et des activités repose sur les directives de l'OMS en matière de dépistage différenciée et du principe de l'efficience dans les activités de dépistage et l'évaluation des activités de dépistage réalisée par la Guinée en 2019.

Il est prévu de porter le nombre de PVVIH connaissant leur statut de 62% en 2019 à 94% en fin 2023.

Résultats attendus

Les principaux résultats attendus en termes d'offre de paquet de service de prévention pour la période 2021-2023 :

	Nombre			Dépistage en centre de santé		Dépistage Communautaire/ Service Adapté
	2021	2022	2023	PTME	DCIS	
Patients tuberculeux	17279	17798	18332		X	
Femmes enceintes	522749	566935	582358	X		
Population générale	128169	131501	134920		X	
HSH	1281	1664	1707			X
PS	9139	11386	13916			
UDI	116	159	204			X
Adolescentes et jeunes filles	1899	4421	6349			X
Pop vulnérables (Miniers, pêcheurs, HU, routiers, détenus, handicapés)	9311	12919	17429		X	X

Cela permettra de dépister 10868 personnes séropositives en 2021, 14872 en 2022 et 15386 en 2023. Il est prévu de porter et maintenir le taux de mise en relation des personnes dépistées positives avec les sites PEC autour de 90% en vue d'améliorer le 1er et le 2ème 90.

Investissement attendu

Les intrants pour le dépistage seront couverts en grande partie par le cofinancement de l'État, l'UNICEF et une partie de l'allocation. En plus des intrants, l'allocation servira à financer des activités opérationnelles de dépistage différencié. Le montant consacré est de **$ 840 736** pour les 3 ans, soit 1,3% de l'allocation et réparti ainsi que suit :

Tableau 8 : Budget du module « Service de dépistage différencié du VIH » 2021-2023

Module : Service de dépistage différencié du VIH	2021	2022	2023	Total	%
Autodépistage	22 219	22 219	22 219	66 658	7,9%
Dépistage communautaire	33 329	33 329	33 329	99 988	11,9%
Dépistage en centre de santé	238 518	214 277	221 295	674 090	80,2%
TOTAL	**294 067**	**269 825**	**276 844**	**840 736**	

Nº de module-4	**Prévention**

Principales interventions et activités	Compte tenu du contexte épidémiologique du VIH de la Guinée, avec une prévalence du VIH de 11.4% pour les HSH, 10.7% pour les PS, et allant jusqu'à 3.8% pour les autres populations vulnérables (ESCOMB 2017) les interventions prioritaires ci-dessous, sont identifiées pour accroitre le niveau de connaissances, les attitudes et pratiques pour l'adoption des comportements à moindre risque aux sein des populations cibles (Professionnel(le)s du Sexe, les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les adolescents(es) et les jeunes, les personnes en détention ou se trouvant dans d'autres lieux fermés, les personnes handicapées, les personnes infectées et affectées par la tuberculose, les utilisateurs de drogues injectables, les miniers, les routiers, les pécheurs, les hommes et femmes en uniforme). Le document de stratégie de prévention a guidé l'écriture de ce module. Outre les programmes de prévention déjà disponibles relatifs à la distribution de préservatifs à savoir : la paire éducation pour le changement de comportement, la disponibilité de Services de santé sexuelle et reproductive, y compris en matière d'IST, la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la violence, le renforcement des capacités pour les organisations communautaires, les innovations proposées dans le cadre de cette nouvelle subvention sont : l'inclusion de l'accès à la PrEP aux groupes les plus exposés des populations clés dans le programme complet de prévention combiné, le développement des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues à l'endroit des Utilisateurs de drogues injectables, le programme complet de prévention à l'endroit des adolescentes et jeunes filles et éducation complète à la sexualité (ECS). Toutes ces innovations seront soutenues par la mise en place d'une équipe de relation d'aide à distance et d'orientation vers les services couvrant les interventions : **Intervention-1 : Programmes relatifs aux préservatifs masculins et féminins et lubrifiants** Depuis la cessation des activités de l'ONG PSI, le marketing social des préservatifs n'est plus aussi dynamique. Cependant, l'UNFPA continue de fournir des préservatifs au pays. Pour le reste de la population, la vente privée dans les pharmacies et les étals de commerce constitue une alternative. Afin de réduire les barrières financières et la stigmatisation autour du préservatif, il est prévu dans le cadre de la subvention de mettre en place un programme de distribution des préservatifs masculins et féminins. Il s'agit des activités liées à la promotion et la distribution adaptés de préservatifs et de lubrifiants selon les cibles populations clés et vulnérables, les lieux appropriés (genre et âge). Pour une meilleure accessibilité aux produits en Guinée, les canaux de distributions suivants sont utilisés : la distribution via les pairs éducateurs, les boites de distribution automatiques dans les sites de fréquentation, les motels et hôtels, les bars, pour les populations clés, dans des lieux non conventionnels, les lieux de travail, les structures formelles sanitaires ; éducatives et conviviales, ceci pour accroitre l'utilisation systématique des préservatifs et du gel au sein des populations clés et leurs partenaires et les autres cibles. Cette distribution est accompagnée par les séances éducatives d'IEC/CCC, et l'orientation vers les services mobiles et/ou fixes de diagnostic et prise en charge des IST et le dépistage VIH, **Intervention-2 : Interventions pour le changement de comportement :** Les activités de communication pour le changement social et de comportement adaptées présentement dont la paire éducation organisée sur les sites de fréquentations, les centres de santé conviviaux des populations clés, et les universités, les casernes, les débarcadères, les sites miniers, les gares routières, les prisons pour les autres populations vulnérables seront renforcées en faveur de la santé sexuelle et reproductive et de la réduction des risques, l'amélioration des normes socio-culturelles (stigmatisation, violences basées sur le genre etc.), à travers la communication via les médias sociaux à l'endroits des jeunes populations clés, les adolescentes et jeunes filles. En sus, dans les zones rurales, les activités IEC/CCC de proximité via les associations communautaires de jeunes filles et femmes, hommes 'Sèdè'' seront mises à contribution.

Intervention-3 : Autonomisation des communautés

Il s'agit des activités en lien avec l'accompagnement et le soutien des cibles pour une meilleure organisation, une meilleure implication dans la riposte contre les maladies et la promotion de leurs droits. Cette intervention va concerner les HSH, les PS, les populations particulièrement vulnérables (jeunes filles, jeunes femmes, personnes indigentes, femmes vivant avec le handicap), qui seront impliqués dans la mise en œuvre des activités en leur faveur.

Les communautés ou organisations de PS, de HSH, les clubs/associations/groupements de jeunes filles/femmes/handicapées recevront spécifiquement du soutien pour leur fonctionnement (certains d'entre elles), des formations sur le leadership transformationnel, participation efficace et l'influence des politiques/planification/décision, la SSR/VIH/PF, le développement d'activités d'autonomisation économique, la mobilisation des ressources financières.

En complément aux interventions ci-dessous, Nous pouvons citer entre autres :i) Le renforcement de l'Observatoire citoyen sur l'accès aux services de santé, ii) le soutien DéS-CI (Plateforme communautaire : démocratie sanitaire et implication citoyenne) : promotion de l'accès aux services ; la gouvernance et suivi des politiques publics,

Intervention-4 : Services de santé sexuelle et reproductive, y compris en matière d'IST

Déjà disponible en Guinée au niveau de 22 centres de services adaptés en stratégie fixe et en stratégie avancée via 05 unités mobiles médicalisées et les dispensaires mobiles pour les populations clés (PS et HSH), les infirmeries de prisions pour les Prisonniers, les infirmeries des casernes et garnisons pour les hommes et femmes en uniforme, et dans toutes les formations sanitaires pour toutes les autres populations vulnérables, cette intervention cible aussi les adolescents et les jeunes via les infirmeries scolaires et universitaires, et les centres conviviaux et prend en compte la prise en charge syndromique et clinique des patients présentant des symptômes d'infections sexuellement transmissibles.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la prochaine subvention, cette intervention sera renforcée par les activités en lien avec la prévention et la gestion telles que les examens de routine en matière d'infections sexuellement transmissibles, la planification familiale, le dépistage VIH/Syphilis, de l'hépatite, la prise en charge des VBG avec un accent sur les mutilations génitales féminines.

Intervention-5 : Lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la violence :

En Guinée, le niveau de stigmatisation et de discrimination demeure important et se manifeste à la fois au sein de la population qu'au sein du personnel de santé. (Enquête Démographique et de Santé, (EDS V) 2018, pages 299, 302, 303). La lutte contre la stigmatisation et la discrimination va s'appuyer sur l'autonomisation des communautés (PS, HSH, personnes handicapées, PVVIH) et sur le système communautaire qui sera renforcé pour mener des interventions de proximité (sensibilisation, plaidoyer, engagement des leaders d'opinion et leaders des communautés), des actions spécifiques en direction du personnel de santé (rappel des devoirs, activités d'observatoire, plaidoyer, formation), des actions en direction des forces de l'ordre, des autorités administratives (centrales et locales) et du personnel judiciaire. Dans le cadre de l'autonomisation des communautés, les adolescents, les jeunes femmes et filles vivant avec le VIH seront formées au leadership transformationnel pour leur permettre de faire des témoignages constructifs et promouvoir des images positives des

populations clés et des personnes vivant avec le VIH. Lors des actions de sensibilisation, les communautés des PS et des HSH seront formées aux techniques de socialisation et de renforcement de l'environnement favorable avec les populations/communautés avoisinantes afin de réduire les velléités de stigmatisation/discrimination et de violences.

En plus de ces actions spécifiques, les journées mondiales (santé, TB, VIH, etc.) seront mises à profit pour faire passer les messages de lutte contre la stigmatisation/discrimination et les violences basées sur le genre. Pour les cas évolutions vers des demandes d'entraide judiciaire, les para-juristes formés et déployés seront mis à profit. De plus, le partenariat avec la santé communautaire permettra de développer le plaidoyer au sein des communautés à travers les ASC et les RECO. Par ailleurs, les observatoires communautaires (OCASS et ITPC), d'accès aux soins, le collectif inter-associatif et la plateforme des OSC VIH/TB pour la promotion des droits humains et le genre mises seront mis à profit. Un appui sera apporté à la Maison accueillante de Conakry qui accueille des jeunes filles et des jeunes femmes et des PS en difficulté familiale ou victimes de rejet, de violences ou de stigmatisation/ discrimination. Cet appui va aussi se focaliser sur l'autonomisation de ces filles et femmes infectées et affectées en situation de vulnérabilité.

Intervention-6 : Interventions en faveur des adolescents et des jeunes

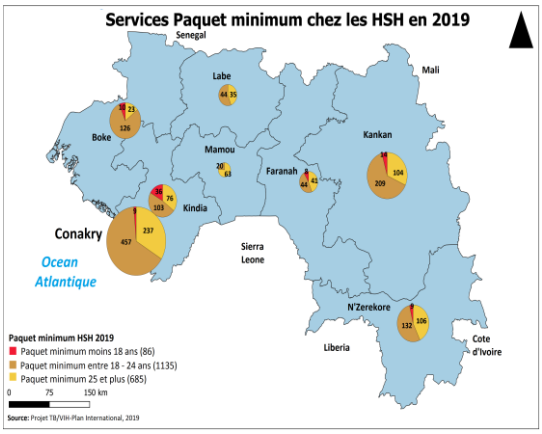
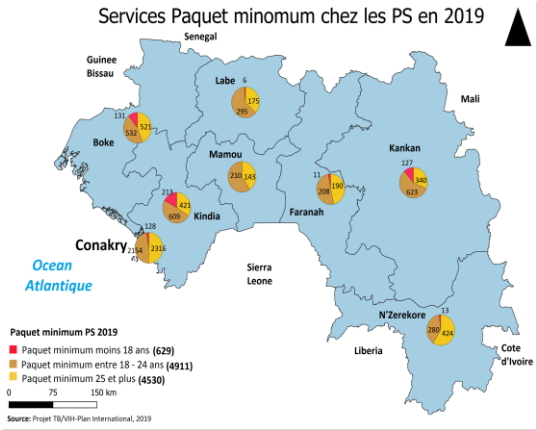
Déjà initié dans la mise en œuvre actuelle des activités, à travers quelques activités de sensibilisation par l'envoi ciblé des SMS et le démarrage en 2020 d'activités de communication pour le changement social et de comportement et la distribution de préservatifs par les jeunes eux-mêmes dans 08 universités et écoles de formation professionnelles de la région de Conakry.

Il sera mis en place des interventions différenciées ciblées selon le genre auprès des adolescents et plus particulièrement les jeunes filles où il est observé une faible diminution de la mortalité. Ces interventions seront déclinées à travers des axes à haut impact :

- La disponibilité des services de SSR de qualités et adaptés pour les adolescents(e)s et jeunes,
- L'institutionnalisation et la mise à échelle de l'éducation complète à la sexualité à l'école et en dehors de l'école conformément à la feuille de route développée par le pays (cf intervention 8)
- La lutte contre les mariages d'enfants
- La communication pour le changement social et de comportement (cf intervention 2) notamment par l'utilisation des TIC, le numérique et les réseaux sociaux y compris à des fins de référencement.
- La mobilisation sociale des jeunes et particulièrement des jeunes filles : l'implication et l'engagement des organisations de jeunes notamment celles conduites par les jeunes filles, des leaders jeunes, permettant d'informer et de mobiliser de nombreux adolescents et jeunes.
- La création d'un centre convivial ado-jeune dans la banlieue de la capitale Conakry qui contribuera à une amélioration considérable de la prise en charge et accompagnement des adolescentes et jeunes filles et l'implication accrue des adolescents et jeunes garçons pour promouvoir autour d'eux des masculinités positives.

Un accent sera aussi mis chez les **adolescents filles et garçons HSH et PS**. Ces interventions seront une innovation dans le cadre de la mise en œuvre des activités de prévention VIH et TB. En particulier les activités en lien avec la formation des prestataires de soins de santé pour mieux répondre aux besoins de santé dans le respect de l'éthique et des droits humains des adolescents, des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les Professionnels de sexe selon des approches sexo-spécifique et amicales aux jeunes ; le renforcement et l'amélioration des services des centres

	communautaires pour les jeunes populations clés pour plus d'autonomisation de leur part. La mise en place de l'offre de paquet de service pour un changement de comportement à travers la paire éducation et le renforcement de capacité des adolescents et jeunes en milieu scolaire via la mise à échelle de l'approche Child to Child (sensibilisation et accompagnement des enfants par les enfants). Toutes ces interventions seront accompagnées par des stratégies de dépistages différenciés adaptés au jeunes filles et garçons devant leur permettre de connaitre leur statut sérologique et accompagnement pour la mise sous traitement précoce au besoin. **Intervention-7 : Prophylaxie préexposition** Il s'agit ici d'une nouvelle intervention. En effet, compte tenu de la prévalence du VIH au sein des PS et des HSH et leur forte contribution aux nouvelles infections, la PreP va être incluse dans le programme complet de prévention combinée conformément aux orientations internationales. Elle fait partie des besoins également exprimés par les populations lors du dialogue nationale (Rapport_dialogue pays). Dans un premier temps, une stratégie sera développée pour s'assurer de la faisabilité et des conditions nécessaires à la réussite de la PreP. Les Centres de Services Adaptés (CSA) serviront de support pour développer cette stratégie et des groupes communautaires seront formés et mobilisés pour la création de la demande de service incluant la PreP. Dans un premier temps, l'intervention sera développée à Conakry à petite échelle (5% des HSH et des PS). Une demande supplémentaire est incluse dans le PAAR pour étendre l'intervention hors de Conakry à partir de 2022 sur la base des résultats et des enseignements tirés. **Intervention-8 : Éducation complète à la sexualité (ECS)**: Il s'agit de contribuer d'une part à la mise en œuvre du programme national d'éducation complète à la sexualité et d'offre de services conviviaux en santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et jeunes. Plus particulièrement, les activités suivantes de la feuille de route nationale : • Intégration de l'ECS dans les programmes du primaire et du secondaire, dans les programmes de formation initiales de l'ENI et de l'ISSEG, • Organisation d'activités IEC/CCC pour l'adhésion des communautés à l'ECS, renforcement de la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de l'ECS D'autre part de façon plus spécifique, le passage à l'échelle de la méthode Ruban rouge déjà en phase pilote. Elle offre un programme éducatif interactif stratifié selon les tranches d'âge aux enfants, aux adolescents et jeunes. **Intervention-9 : Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues** Il s'agit d'une intervention nouvelle en Guinée. Dans un premier temps, il s'agira de partir sur la base de l'identification des sites des usagers de drogues à Conakry réalisée lors de l'ESCOMB 2017, de mettre un paquet non complet centré sur la sensibilisation, la distribution de préservatifs, les soins des IST, l'orientation pour le dépistage ou le dépistage à l'aide des Unités médicales médicalisées. Dans un second, il s'agira de mieux comprendre cette population clé-UDI (l'enquête ESCOMB en cours en 2020 est une opportunité à saisir) puis sur cette base conduire une étude de faisabilité et d'acceptabilité de la mise en place d'un programme d'échange d'aiguilles/seringues. A l'issue de cela, le paquet complémentaire va comprendre : (i) l'achat et la mise à disposition d'aiguilles stériles par le biais d'une distribution directe et secondaire, ii) la mise en service de cliniques mobiles, iii) la collecte et l'élimination sans danger des aiguilles usagées. Ces interventions seront menées en collaboration avec les pairs et les Unités médicales mobiles (UMM). Une mise en relation des UDI sera faite

	vers les services adaptés pour le dépistage du VIH, la prise en charge, le traitement et de soins.
Populations prioritaires	Concernant le volet VIH prévention, les populations prioritaires devant être ciblées par les différentes interventions sont : HSH et leurs clients, PS et leurs clients, les Jeunes et adolescents, les détenus, les pêcheurs, les hommes et femmes en Uniforme, les routiers, les miniers, les personnes vivant avec un handicap, les consommateurs de drogue injectable. L'élargissement et le renforcement des services notamment en faveur des populations clés se feront sur la base de celles qui sont en cours (Cf. cartes ci-dessous des interventions de paquets pour les HSH et les PS en 2019)  Carte 11 : Service paquet minimum chez les HSH en 2019  Carte 12 : Service paquet minimum chez les PS en 2019
Obstacles et inégalités	En Guinée, la violation des droits humains notamment la stigmatisation et la discrimination dans les services de santé et au sein des communautés, la rupture de la confidentialité, l'inégalité liée à l'âge et au sexe, les MGF, les mariages forcés et précoces constituent des barrières à l'accès aux services de prévention et de soins. Chez les adolescentes/jeunes femmes et les jeunes hommes, leur accès à l'information et aux moyens de prévention sont limités par la faible application de l'enseignement du VIH dans les programmes scolaires, l'insuffisance d'intégration de la SSR dans les approches de prévention du VIH et la faiblesse des innovations pour mieux atteindre ce groupe de population. C'est pourquoi pour la période 2021-2023, l'accent sera mis sur la lutte contre les inégalités au genre, droits humains d'une part (module spécifique) et d'autre part, l'augmentation du nombre de centres communautaires pour les populations clés (Conakry et Kindia), le renforcement de l'implication des associations identitaires, des associations de personnes vivant avec le handicap, le renforcement des Services Adaptés et la mise à contribution d'approches innovantes dans le domaine des TIC. Pour certaines populations difficiles d'accès, le partenariat sera renforcé avec la Plateforme de santé communautaire pour s'assurer que le paquet de prévention VIH/TB est correctement mis en œuvre. Les unités mobiles médicalisées seront également mises à profit pour délivrer les services de prévention du VIH.
Justification	En Guinée, la prévention du VIH est au cœur de la riposte au sida avec des interventions généralistes en direction de la population générale et des interventions spécifiques pour les populations clés et vulnérables. Ces interventions ont concouru à la baisse de la prévalence de l'ordre de 1,6% à 1,33% entre 2010 et 2019. Cependant, l'épidémie du VIH demeure importante dans certains groupes de populations, notamment les populations clés (HSH :11,4% et PS :10.7%) et allant jusqu'à 3% chez les populations vulnérables. A leur rythme actuel, la réduction annuelle du nombre de nouvelles infections annuelles et la prévalence du VIH indiquent que le pays ne sera pas au rendez-vous des objectifs du CSN et de celui de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030. En effet, le

nombre de nouvelles infections et la prévalence serait respectivement de 3092 et 1.23% en 2023 contre 6237 et 1.41% en 2019.

Cet état de fait est dû au fait que l'épidémie du VIH chez les populations clés (HSH, PS, Prisonniers) et vulnérables (pêcheurs, miniers, les routiers, les hommes et femmes en uniforme) reste à des niveaux significativement important (Cf. section-1).

Pour la période 2021-2023, les besoins pour la prévention s'élève globalement à 43 001 749 $. L'analyse du paysage de financement et des lacunes programmatiques montrent que le volet prévention, les ressources de l'État couvrent des services de prévention en direction de la population générale, tandis que l'UNICEF (interventions en faveur des femmes et des enfants) et l'UNFPA (préservatifs, interventions en faveur des jeunes et adolescents) contribuent également pour la prévention. Quant aux acteurs de la santé communautaire, à travers leur paquet d'intervention, ils touchent la population générale en milieu rural notamment. Le gap financier pour la période est de 91%, 92% et 93% pour les années 2021, 2022 et 2023

Dans la subvention actuelle d'importantes services adaptés ont été développés pour toucher les populations clés/vulnérables. La prise en compte de ce module dans l'allocation actuelle permettra de combler le gap de financement et de renforcer les acquis obtenus dans la prévention VIH aux seins des populations clés (PS et HSH) et vulnérables en renforçant l'offre de paquet de service de prévention avec des innovations pour une meilleure prise en compte des adolescentes et des femmes, des personnes handicapées, des utilisateurs de drogues injectables qui étaient jusque-là peu ou pas couverts. L'introduction progressive de la PreP permettra de répondre au besoin de prévention active du VIH chez les populations clés tel que recommandé.

Les effets et impacts attendus des interventions de prévention sont les suivantes :

Indicateurs	Valeur de base /année	Valeur projetée
Prévalence du VIH	1,44 (2018)	
Nombre de nouvelles infections	7777 (2019)	1870 (2023)
HIV I-9a(M) Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH	11,4% (2017)	9,4% (2022)
HIV I-10(M) Pourcentage de professionnels du sexe vivant avec le VIH	10,7% (2017)	7,49% (2022)

Résultats attendus

La mise en œuvre des activités sera assurée principalement par les organisations de la société civile, les collectivités locales, en collaboration avec le gouvernement, l'appui des partenaires techniques et financiers et les ONG internationales. Les principaux résultats attendus en termes d'offre de paquet de service de prévention pour la période 2021-2023 :

Populations Cibles	2021	2022	2023	Total 2021-2023
HSH	1 602	1 849	1 897	5 348
Client HSH	320	370	379	1 069
PS	11 424	13 396	15 462	40 282
Client PS	2 611	3 014	3 092	8 717
UDI	116	159	204	479
Détenus	2 833	3 322	3 834	9 989
Jeunes et adolescents	4 748	9 825	12 698	27 271
Pêcheurs	3 447	4 420	5 442	13 309
Hommes et femmes en Uniforme	5 585	6 549	7 559	19 693
Routiers	3 447	4 420	5 442	13 309
Miniers	4 308	5 304	6 803	16 415
Handicapés	3 659	4 693	5 777	14 129

Investissement attendu

Les cibles seront couvertes à hauteur par le cofinancement de l'État, les autres partenaires et le reste par le Fonds mondial. Le montant de l'allocation qui sera investi dans la prévention du VIH est **$ 4 667 985, soit 7,3% de l'allocation et** réparti comme suit :

Tableau 9 : Budget du module « Prévention » 2021-2023

Budget module: Prévention	2021	2022	2023	Total	%
Autonomisation des communautés	152 180	119 730	107 044	378 955	8,1%
Interventions en faveur des jeunes populations clés	1 369 966	1 625 423	540 998	3 536 387	75,8%
Interventions pour le changement de comportement					
Lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la violence	46 695	50 968	24 778	122 441	2,6%
Programmation relative aux préservatifs et aux lubrifiants	233 858	302 622	-	536 481	11,5%
Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	29 739	29 739	29 739	89 217	1,9%
Prophylaxie préexposition	1 933	2 572	-	4 505	0,1%
Total	**1 834 371**	**2 131 054**	**702 559**	**4 667 985**	

Nº de module 5	**Prise en charge et prévention de la tuberculose**
Principales interventions et activités	Ce module permet d'assurer le maximum d'impact sur la morbidité, la mortalité et les coûts catastrophiques et ce, à travers la réduction de la transmission de la TB dans les populations clés identifiées et la mise en œuvre d'actions préventives et thérapeutiques en impliquant le système communautaire et tous les prestataires de soins. En tenant compte des leçons apprises dans la mise en œuvre de l'allocation actuelle, de nouvelles stratégies ont été introduites ; d'autres seront mises à l'échelle ou réajustées. Ainsi, les interventions concernant la détection et la prise en charge mettront un accent particulier sur la région de Kankan jugée prioritaire du fait du faible taux de notification couplée à un faible taux de succès du traitement. Le PNLAT se propose d'utiliser le GeneXpert comme test de diagnostic de première intention. De même, le paquet minimum des activités des RECO sera révisé pour leur permettre de s'impliquer dans le recueil et le transport des échantillons des communautés vers les CDT et autres services de diagnostic de la TB. Par ailleurs, le dépistage chez les contacts, le traitement préventif, le dépistage chez les prisonniers et les actions au niveau de la communauté seront renforcés en échelle et en portée. Les diabétiques, les pêcheurs et les miniers seront couverts par des stratégies de dépistage. De même les prestataires de soins qui opèrent en dehors du programme national seront engagés dans le cadre d'un partenariat public/privé et public/public. La mise en œuvre fera appel aux interventions suivantes : **Intervention-1 : Détection des cas et diagnostic** Cette intervention vise à réduire le gap en matière de détection des cas et à permettre un diagnostic précoce et de qualité (réduction de la proportion des cas diagnostiqués cliniquement). Il est prévu à cet égard de continuer l'implantation de CDT dans les centres à grand volume, les services de santé de l'armée, les structures de santé des sociétés minières et industrielles, et les hôpitaux, où le personnel assurera le diagnostic (identification des cas présumés de TB et diagnostic de laboratoire ou clinique, le cas échéant) ; la mise sous traitement des malades TB ; et l'administration du traitement accompagné de soutien aux malades. On continuera aussi à habiliter le personnel des Centres de Traitement (CT) pour identifier les cas présumés de tuberculose, recueillir les échantillons et les envoyer vers la structure de diagnostic la plus proche et pour administrer le traitement accompagné de soutien aux malades TB.

	Le dépistage actif chez les groupes à risque et vulnérables sera intensifié. Le test GeneXpert va être utilisé en première intention pour 30% des cas présumés TB en 2021, 40% en 2022 et 50% en 2023. Pour ce, les activités suivantes sont programmées : • L'extension de la couverture par les CDT (de 59 en 2019 à 116 en 2023) et les sites GeneXpert, avec équipement des nouveaux CDT en microscopes et kits de démarrage (équipements, réactifs de laboratoire et consommables) • La mise à l'échelle du système intégré de transport des échantillons pour améliorer la couverture par le diagnostic des zones géographiques dépourvues de centres de diagnostic. • Le développement d'un système d'information (en connexion avec le DHS2) et de transmission électronique des données de laboratoire vers les cliniciens, le LNRM et le PNLAT (pris en compte dans le module *Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation*) • Le renforcement du réseau de laboratoires en termes de maintenance, d'équipements au niveau du LNRM, de ressources humaines, connectivité des sites avec le LNRM ; • Le renforcement des capacités i) du personnel de laboratoire sur la réalisation des cultures et des tests moléculaires, la biosécurité, le transport des produits biologiques, la réalisation des tests GeneXpert et la maintenance ; ii) des agents des centres de santé sur l'identification des cas présumés de tuberculose et le recueil et transport des échantillons ; iii) des agents de santé chargés du dépistage chez les groupes à risque sur l'utilisation et l'interprétation des algorithmes de screening de la TB ; et iv) des agents des CDT chargés du diagnostic final de la TB sur l'interprétation du nouvel algorithme de diagnostic, dans lequel le GeneXpert est devenu le test diagnostic de la TB de première intention • La mise en œuvre du système d'assurance de la qualité du diagnostic par le renforcement des capacités du personnel de laboratoire en matière de contrôle de qualité et de maintenance ; et par la décentralisation de la supervision et du contrôle de qualité dans les régions (supervisions avec sélection des lames pour relecture en aveugle, achat des boîtes de conservation des lames) • La mise à niveau du laboratoire national de référence en matière de biosécurité P3 (motivée par la réalisation des cultures et des tests de sensibilité-module SRPS) • L'acquisition de microscopes optiques, de consommables et réactifs de laboratoire (y compris les réactifs pour les tests de sensibilité aux médicaments de première et deuxième lignes). • L'acquisition et la maintenance de machines GeneXpert avec onduleurs, panneaux solaires, climatiseurs (pris en compte dans le module SRPS *systèmes de laboratoire*) et cartouches GeneXpert • L'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de dépistage (screening basé en premier lieu sur les symptômes) de la tuberculose parmi les populations vulnérables et groupes à risque notamment les sujets contacts, les personnes vivant avec le VIH, les prisonniers, les miniers et les zones minières, les personnes vivant dans des zones de fort regroupement humain et les diabétiques • L'intégration avec les services de santé maternelle et infantile pour mettre à l'échelle le dépistage de la tuberculose chez les femmes enceintes dans les sites PTME ; • L'extension du projet de dépistage de la TB chez les clients venant acheter les antitussifs dans les pharmacies des 5 communes de Conakry

- Des activités de dépistage actif, clinique et radiologique organisées dans certaines structures sanitaires à forte prévalence du VIH (GeneXpert fait pour tous les cas présumés de TB identifiés dans ces groupes à risque).

Intervention-2 : Populations clés – Enfants

Cette intervention vise surtout l'amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les enfants, vu que l'analyse des données épidémiologiques indique un sous diagnostic ou une sous notification. Par ailleurs, le programme continuera à améliorer la prise en charge thérapeutique des enfants. Pour cela les activités suivantes sont prévues :

- L'intensification du dépistage et l'amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les enfants à travers la formation des agents de santé des services de pédiatrie, des centres de récupération nutritionnelle, des services de prise en charge médicale des enfants vivant avec le VIH et des cliniques privées sur les procédures de dépistage et de diagnostic de la tuberculose chez l'enfant (en mettant l'accent sur le rôle important du GeneXpert et de la radiographie, les types de prélèvement et les spécificités du diagnostic par rapport à l'adulte) ; l'acquisition des tests (tuberculine) et instruments (sondes gastriques) pour le diagnostic ; l'intégration avec le programme paludisme pour mettre à l'échelle le projet de dépistage de la TB chez l'enfant durant les campagnes de chimio prophylaxie du paludisme saisonnier (CPS) dans les 13 sites couverts par la CPS;
- L'élaboration de stratégies et de guides du dépistage chez les contacts et les autres groupes à risque: prise en compte dans l'intervention *détection des cas et diagnostic*
- L'acquisition des médicaments antituberculeux en formes pédiatriques
- La création d'un groupe technique TB pédiatrique
- L'organisation de réunions nationales annuelles pour débattre de la prise en charge de la tuberculose infantile et d'une réunion trimestrielle du groupe technique TB pédiatrique
- L'extension du traitement préventif aux contacts âgés de 5 à 14 ans, l'acquisition de l'INH 100 mg pour le traitement préventif des enfants contacts de 0 à 14 ans et l'intégration de mesures de prévention de l'infection dans les CDT et toutes les autres structures de soins de la tuberculose visant aussi à protéger les enfants de la contamination par les malades TB dans les structures de soins : prises en compte dans l'intervention *prévention*
- Le diagnostic et le traitement de la tuberculose MR/RR pris en compte dans le module *tuberculose multirésistante*

Intervention-3 : **traitement**

Le pays s'est engagé à atteindre un taux de succès du traitement de 90% et à le maintenir de 2021 à 2025 en tenant compte des leçons apprises de la mise en œuvre de la stratégie du programme entre 2016 et 2019. Cette demande de financement comprend l'ensemble des activités essentielles pour assurer le traitement gratuit et efficace de tous les malades diagnostiqués permettant de réduire les méfaits de la maladie pour le malade et la communauté et le nombre de décès. Pour ce, il a été prévu de mettre en œuvre les activités suivantes :

- La prestation de soins de qualité pour les malades TB à travers :
    - La mise à jour du guide technique de prise en charge de la tuberculose en fonction des nouveautés introduites dans la politique du programme (nouvelles directives de l'OMS sur le traitement notamment sur la streptomycine, mise à jour de l'algorithme diagnostic pour l'utilisation du GeneXpert en première intention pour le diagnostic de la TB, extension de la chimioprophylaxie aux enfants contacts âgés de 5 à 14 ans)

	○ L'achat des médicaments y compris les nouvelles formulations pédiatriques ○ Un appui nutritionnel aux malades tuberculeux parmi les groupes vulnérables, à savoir les cas hospitalisés, les enfants de moins de 5 ans, les patients TB atteints de malnutrition, les patients VIH positifs et les malades TB-MR pendant la phase intensive ○ L'octroi d'une prime de transport à ces derniers. • L'extension/renforcement des moyens de communication (crédit pour les appels aux patients et flotte téléphonique) pour assurer le suivi des malades référés, transférés et des irréguliers au traitement entre le PNLAT, les Hôpitaux régionaux, les CDT, les sites GeneXpert et les sites TB-MR. • La formation des agents de santé sur la prise en charge de la tuberculose y compris sur les procédures d'administration des médicaments sous observation directe, le suivi du traitement des malades, le soutien aux malades, les conseils sur la prise du traitement, les procédures de relance des absents au traitement et des perdus de vue et l'implication des représentants de la communauté dans l'administration et le suivi du traitement des malades. **Intervention-4 : prévention** Pour faire face au problème de la faible application du traitement préventif chez les groupes à risque identifiés par le programme national, étendre la portée du traitement préventif aux enfants de 5 à 14 ans et améliorer le contrôle de l'infection, les activités suivantes ont été planifiées : • La mise sous traitement préventif des enfants contacts âgés de 0 à 14 ans et des personnes vivant avec le VIH avec suivi de l'adhésion au traitement et utilisation de registres et d'autres outils de gestion de l'information • L'achat de l'INH 300 mg pour le traitement préventif des personnes vivant avec le VIH • L'évaluation des besoins et l'intégration de mesures de prévention de l'infection dans les CDT, les laboratoires et toutes les autres structures de soins de la tuberculose ○ Mesures administratives : élaboration du guide et du plan de contrôle de l'infection et formation des agents de santé sur l'application des mesures ; et élaboration d'affiches sur la prévention de l'infection dans les salles de soins ○ Mesures environnementales : aménagement de fenêtres et mise en place de ventilateurs dans les structures de soins de la TB où la ventilation naturelle n'est pas suffisante ○ Mesures de protection individuelle : achats de respirateurs N95 pour le personnel soignant et de masques chirurgicaux pour les malades et sensibilisation du personnel et des malades pour qu'ils les portent **Intervention-5 : populations clés – Détenus** Pour améliorer la détection des cas et la prise en charges des malades TB dans toutes les prisons du pays et ainsi combler la lacune en matière de dépistage (seulement 35 détenus atteints de tuberculose détectés en 2018 pour une cible fixée à 208), les activités suivantes sont prévues : • Comme innovation : le dépistage systématique de la tuberculose à l'entrée des nouveaux détenus et parmi les détenus qui partagent la cellule d'un cas TB nouvellement diagnostiqué • L'amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les prisons avec une approche intégrée TB/VIH à travers : ○ Le plaidoyer auprès des magistrats, des régisseurs et des greffiers des prisons pour leur adhésion à la lutte antituberculeuse ○ La formation de pairs éducateurs dans les prisons régionales

	○ Des séances d'information des prisonniers sur la tuberculose par les pairs, ○ La mise en place d'un réseau de champions parmi les anciens détenus pour la sensibilisation contre la tuberculose dans les prisons et le suivi des cas de tuberculose à la sortie des prisons ; et leur formation sur la stratégie DOTS communautaire ○ La formation des personnels pénitentiaires sur le DOTS communautaire ○ Des séances de sensibilisation envers les champions sur l'observance du traitement et la recherche de perdus de vue parmi les prisonniers libérés ○ La formation des agents de santé des infirmeries des prisons sur les stratégies de prise en charge de la tuberculose ○ La mise en place de mesures de lutte contre l'infection à travers la dotation des services de santé des prisons de masques N95 et de masques chirurgicaux ○ L'organisation trimestrielle du dépistage actif de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires en utilisant un algorithme de dépistage et le GeneXpert. • Les activités de dépistage parmi les groupes à risque et les populations vulnérables programmées dans l'intervention *dépistage de la tuberculose et diagnostic* **Intervention-6 : Prise en charge communautaire de la tuberculose** La participation communautaire à la lutte antituberculeuse n'a pas répondu aux attentes dans les années précédentes en raison de la faible traçabilité des cas présumés de TB orientés par les agents communautaires (AC) vers les CDT ou les CS, de l'insuffisance des outils promotionnels (boîtes à images, dépliants, affiches) pour les causeries éducatives et les visites à domicile, des retards dans le paiement des AC et du fait que certains AC ne bénéficiaient pas de rémunération. Le plan stratégique de lutte antituberculeuse 2021-2025 a prévu de renforcer les actions communautaires en matière de dépistage, de soutien au traitement et d'IEC. Certaines activités prioritaires sont prévues dans le cadre de la présente demande de financement : • des actions de plaidoyer pour les interventions communautaires auprès des leaders communautaires avec des séances d'information/sensibilisation sur la tuberculose auprès des élus locaux et leaders d'opinion et des leaders religieux des 14 préfectures ayant des zones enclavées, en direction du secteur informel, auprès des syndicats de transporteurs et piroguiers pour les impliquer dans le transport des crachats, auprès des pêcheurs et mareyeuses et auprès des miniers/orpailleurs • L'organisation de tables rondes dans les radios rurales et la radio nationale • Le plaidoyer au niveau des comités de gestion des mines pour leur implication effective dans la lutte antituberculeuse ainsi que leur formation et leur implication dans l'orientation des tousseurs et dans la recherche des perdus de vue • La célébration de la Journée Mondiale contre la Tuberculose dans toutes les régions administratives et les préfectures du pays (soit 8 régions et 25 préfectures) • L'extension du DOTS communautaire aux 13 préfectures du pays qui ne sont pas encore couvertes et aux 5 communes de Conakry par l'élargissement du paquet des services communautaires à la gestion des contacts, au prélèvement et transport des crachats, et à l'accompagnement psychosocial ; la formation des nouveaux RECO sur la stratégie DOTS, IEC/CCC ; la formation de 4 nouveaux superviseurs des RECO par district sur la stratégie DOTS communautaire ; la formation de 3 cadres du PNLAT en santé communautaire • Le renforcement du cadre institutionnel pour les interventions communautaires à travers : i) l'élaboration du guide et du manuel de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale sur la TB ; ii) le recyclage/formation des RECO dans

	les 26 districts sanitaires déjà couverts par le DOTS communautaire sur le paquet des services communautaires, y compris l'administration du traitement sous observation directe, la relance des absents au traitement et des perdus de vue, l'identification des cas présumés de tuberculose ainsi que sur l'élargissement du paquet de services communautaire à la gestion des cas contacts, le prélèvement et le transport des crachats et l'accompagnement psychosocial ; iii) la formation d'un pool national de 20 formateurs en plaidoyer, communication et mobilisation sociale en faveur de la lutte antituberculeuse, suivie de la formation/recyclage de membres des ONG/ Associations ainsi que les leaders communautaires sur le même thème ; iv) la formation d'anciens malades à la prise en charge des malades en traitement et la recherche de perdus de vue dans les 8 régions administratives ; v) l'organisation de réunions de coordination entre les responsables sanitaires et les ONG ; vi) l'organisation de réunions mensuelles de concertation entre l'équipe de santé et les RECO au niveau du centre de santé ; vii) la mise à la disposition des acteurs des outils de gestion communautaire ; viii) l'appui à la supervision communautaire par les CS, membres des ONG, associations et agents SBC • la communication pour le changement de comportement /proximité pour les interventions communautaires à travers : i) l'élaboration de manuels et guides de formation des agents communautaires ainsi que des boîtes à images ; et ii) l'élaboration d'affiches, dépliants et calendriers DOTS communautaire • la communication pour le changement de comportement /mass média pour les interventions communautaires à travers : i) la production de spots radio et TV sur la TB dans les 6 langues nationales et la contractualisation des chaines TV et radio pour leur diffusion ; ii) l'organisation d'émissions radio interactives sur la TB ; la iii) la contractualisation d'un opérateur téléphonique pour la diffusion de messages de sensibilisation sur la TB à l'endroit des adolescents et jeunes à travers les nouvelles technologies • L'amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les fumoirs à travers : i) l'identification des différents fumoirs et bistrots du pays ; ii) la formation de pairs éducateurs des membres des fumoirs et bistrots sur la TB afin de les habiliter à contribuer au screening verbal de la tuberculose et à la référence des cas présumés vers les CDT ; et iii) l'organisation mensuelle de séances de sensibilisation sur la tuberculose dans les fumoirs et les bistrots • L'amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les écoles, lycées et collèges dans les 14 préfectures avec zones enclavées à travers : i) la création de clubs de santé dans les établissements scolaires pour la lutte antituberculeuse ; ii) la formation d'enseignants et de membres des clubs santé des lycées et collèges des zones enclavées sur la TB et les doter d'outils pour l'enregistrement et la référence de l'école vers les CDT des cas présumés de TB parmi les élèves ; iii) l'organisation de séances d'information sur la TB dans les écoles primaires, secondaires, et professionnelles ; iv) la formation de 15 enseignants des écoles des personnes vivant avec handicap sur la tuberculose et sur la stratégie DOTS communautaire /IEC/CCC ; et v) l'organisation de séances de sensibilisation /information auprès des personnes vivant avec handicap sur la tuberculose • Des actions d'engagement des tradipraticiens dans la lutte contre la tuberculose à travers : i) l'organisation de séances de plaidoyer ; et ii) leur orientation pour l'intégration dans leurs activités de la référence des cas présumés de TB ; iii) tout en assurant leur motivation en fonction de la performance • La mobilisation sociale pour les interventions communautaires à travers la contractualisation d'OBC préfectorales et sous préfectorales pour l'identification des relais communautaires et la mise en œuvre des activités de communication et de suivi des malades **Intervention 7 : Implication de tous les prestataires de soins**

	Cette intervention vise à faire face à la faible implication du secteur privé dans la lutte antituberculeuse et à améliorer le partenariat avec les structures parapubliques en mettant en place un système de partenariat public-privé et public-public à travers : • La signature de contrats de collaboration entre le PNLAT et les structures sanitaires privées pour leur implication dans la lutte antituberculeuse • La formation des agents de santé des structures privées sur la référence des cas présumés de tuberculose et la prise en charge et la notification des cas • L'organisation d'une réunion de concertation annuelle entre le PNLAT et les partenaires des secteurs public, parapublic et privé sur la mise en œuvre des activités de lutte antituberculeuse dans un cadre de partenariat public/public et public/privé pour les soins antituberculeux • La dotation des infirmeries régionales de l'Armée, des infirmeries de l'administration pénitentiaire et des infirmeries des sociétés minières en outils de gestion de la tuberculose, crachoirs, glacières pour le transport des crachats et en médicaments antituberculeux • L'organisation de rencontres semestrielles de concertation/plaidoyer entre le PNLAT et les Sociétés Minières ; entre le PNLAT et la Direction Nationale de la médecine traditionnelle, la médecine du travail et les tradipraticiens • L'intégration des services TB dans les postes de santé des ports de pêche
Populations prioritaires	Les populations prioritaires sont les groupes à risque et les populations vulnérables, à savoir • Les enfants (vulnérabilité à l'infection tuberculeuse, risque élevé de progression vers la maladie surtout les enfants en bas âge et les adolescents, sous diagnostic) ; • Les personnes en contact avec des cas de tuberculose ; • Les personnes vivant avec le VIH (déficit immunitaire, forte endémicité VIH et prévalence élevée chez les malades TB) ; • Les prisonniers (forte exposition à la TB, prévalence élevée du VIH et faible accès aux soins) ; • Les diabétiques (déficit de l'immunité) ; • Les miniers (risque élevé d'infection VIH et grande mobilité des malades TB avec problème de perdus de vue) ; • Les personnes vivant dans les zones avec faible performance du système de santé et de la lutte contre la tuberculose ; • Le personnel de santé prenant en charge les malades TB, notamment les malades TB-MR ; • Les populations particulières caractérisées par la promiscuité et les risques de VIH : membres des fumoirs et pêcheurs ; • Les populations à faible accès aux soins du fait de la géographie (zones enclavées du pays) ; de la stigmatisation (femmes, enfants et adolescents) ; du manque de moyens financiers (pauvres) ; du manque de connaissances pour la prise de décision ; et de la discrimination en fonction du genre (les femmes) et de tout autre facteur (les enfants et les jeunes) ; • Les malades fréquentant les structures de santé privées et parapubliques (risque de prise en charge selon des approches non validées par le PNLAT, sous notification au PNLAT)
Obstacles et inégalités	Il s'agit notamment de la stigmatisation des femmes avec tuberculose et les pesanteurs socioculturelles qui mettent la femme en position de faiblesse par rapport à son mari (permission pour aller consulter et dépendance financière). Il existe certaines zones enclavées et des îles dans lesquelles l'accès de la population aux soins est faible et qui ne sont pas suffisamment couvertes par les actions de lutte contre la TB, y compris le dépistage actif. La non-gratuité de l'examen radiographique, de l'IDR et du tubage gastrique constituent une barrière au diagnostic de la tuberculose notamment chez les enfants.

	Les centres de dépistage sont situés la plupart du temps au chef-lieu de la préfecture, faisant que certains malades ne peuvent pas se déplacer à cause des frais de transport et autres couts annexes et consultent tardivement.
Justification	Les malades diagnostiqués TB bénéficieront de traitement et de soutien à travers la mise sous les régimes thérapeutiques les plus à jour recommandés par l'OMS, le suivi de l'adhésion au traitement et le soutien nutritionnel et au transport en impliquant en plus des agents de santé des centres de traitement, les structures communautaires et la société civile. L'extension du traitement préventif aux enfants contacts de plus de 4 ans avec l'optimisation de l'approche du dépistage chez les contacts et le renforcement des mécanismes de collaboration entre les programmes TB et VIH sont prévus pour améliorer la couverture par le traitement préventif et combler les lacunes à ce niveau. De même, les activités tendant à assurer le contrôle de l'infection contribueront à la prévention de la maladie dans les structures de soins et les laboratoires de la tuberculose. Le choix du module et des interventions est justifié par le fait qu'en Guinée 35% des cas de tuberculose estimés par l'OMS ne sont pas diagnostiqués ou notifiés (7700/22000) et que l'analyse des lacunes programmatiques fait état d'un déficit de couverture des besoins en détection et mise sous traitement aux alentours de 67% pendant les trois années de l'allocation, d'où la nécessité d'augmenter la proportion des cas existants détectés et de traiter les cas détectés avec succès dans au moins 90% des cas. Ces deux effets combinés permettent de réduire de manière substantielle la charge de la tuberculose. Cette réduction est plus marquée en cas de mise à l'échelle de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale. Par ailleurs, le dépistage de la TB chez l'enfant est demeuré insuffisant depuis plusieurs années. Il existe aussi une faible application du traitement préventif chez les personnes vivant avec le VIH et les enfants contacts de moins de 5 ans. Il est à noter aussi que la Guinée s'est engagée dans le cadre de la réunion de haut niveau sur la tuberculose de l'Assemblée générale des Nations Unies à améliorer la détection et la mise sous traitement des cas de tuberculose et le traitement préventif des personnes présentant une infection tuberculeuse latente. Dans ce cadre, elle a identifié des cibles pour renforcer le dépistage et mettre sous traitement préventif, en plus des enfants contacts de moins de 5 ans et les PVVIH, les enfants contacts âgés de 5 à 14 ans. La lacune chez les enfants sera traitée à travers l'amélioration des capacités en matière de diagnostic de la tuberculose de l'enfant y compris les capacités des agents de santé des services de pédiatrie. On note aussi que le dépistage et la mise sous traitement des malades TB parmi les détenus n'a pas répondu aux attentes malgré le fait que cette population présente un risque élevé de tuberculose et d'infection par le VIH et qu'il s'agit d'une population clé qui est relativement accessible. Les personnes éligibles (en fonction de la positivité du screening) bénéficieront de tests de diagnostic précoce (à travers la mobilisation de la communauté) et rapide (à travers le déploiement de tests de diagnostic moléculaires - GeneXpert). Les tests de diagnostic moléculaire sont caractérisés également par leur meilleure sensibilité et spécificité, ce qui permet notamment d'améliorer le diagnostic chez les enfants et les personnes vivant avec le VIH. Dans l'optique d'améliorer la prévention et la prise en charge de la tuberculose en veillant à réduire les inégalités en matière d'accès aux soins, les actions communautaires sont nécessaires pour pouvoir toucher les populations vivant dans les zones enclavées et les groupes vulnérables et lutter contre la stigmatisation. Il en est de même de l'engagement des prestataires de soins du secteur privé, du secteur parapublic et du secteur informel dans le dépistage de la tuberculose, la référence des cas vers le PNLAT et la prise en charge adéquate des malades sous traitement suivis dans ces secteurs. Le montant nécessaire pour ce module dans le plan stratégique TB est de 12 862 701 $ pour les 3 ans (2021-2023). L'analyse du paysage financier montre que pour mettre

	en œuvre ces interventions, les ressources disponibles ne permettent pas de couvrir tous les besoins. Le gap financier est de 84% en 2021, 75% en 2022 et 72% en 2023 ; l'investissement du Fonds Mondial permettra d'atteindre les cibles de notification et de maintenir le taux de succès du traitement à 90%, la diminution progressive de l'incidence pour 100.000 habitants de 176 en 2018 à 156 en 2021 ; 149 en 2022 ; et 144 en 2023 et la diminution progressive du taux de mortalité pour 100.000 habitants de 22 en 2018 à 16 en 2021 ; 14 en 2022 ; et 12 en 2023
Résultats attendus	Les résultats attendus sont les suivants : • L'atteinte et le maintien d'un taux de succès du traitement de 90% entre 2021 et 2023 • Le nombre de cas de tuberculose notifiés passant de 16384 en 2019 à 17279 en 2021 ; 17798 en 2022 ; et 18332 en 2023 • Le nombre d'enfants atteints de tuberculose notifiés passant de 1156 en 2019 à 1327 en 2021 ; 1421 en 2022 et 1522 en 2023 • Le nombre de personnes en contact avec des patients tuberculeux qui ont commencé un traitement préventif passant de 7112 en 2019 à 8,780 en 2021 ; 9,010 en 2022 ; et à 9,488 en 2023. • L'augmentation du nombre des cas de tuberculose notifiés qui ont été référés par les agents communautaires de 1,166 en 2019 à 1,728 en 2021 ; 1,780 en 2022 ; et 1,834 en 2023
Investissement attendu	Le montant total requis pour les années est de **$ 4 531 620**, représentant 7,1% de l'allocation et réparti par intervention comme suit : **Tableau 10 :** Budget du module « Prise en charge et prévention de la tuberculose » 2021-2023

Module : Prise en charge et prévention de la tuberculose	2021	2022	2023	Total	%
Détection des cas et diagnostic (Prise en charge et prévention de la tuberculose)	570 996	261 643	313 952	1 146 591	25,3%
Implication de tous les prestataires de soins (Prise en charge et prévention de la tuberculose)	49 439	26 774	26 774	102 987	2,3%
Populations clés (Prise en charge et prévention de la tuberculose) - Détenus	33 832	26 473	12 918	73 222	1,6%
Populations clés (Prise en charge et prévention de la tuberculose) - Enfants	15 921	3 873	3 873	23 668	0,5%
Prévention (Prise en charge et prévention de la tuberculose)	218 298	156 125	141 707	516 130	11,4%
Prise en charge communautaire de la tuberculose	177 434	251 374	332 503	761 311	16,8%
Traitement (Prise en charge et prévention de la tuberculose)	432 232	704 992	770 484	1 907 709	42,1%
Total	**1 498 153**	**1 431 254**	**1 602 212**	**4 531 620**	

Nº de module 6	Tuberculose multirésistante
Principales interventions et activités	Le diagnostic, la mise sous traitement et le résultat du traitement des cas de tuberculose multi résistante sont en progression avec l'augmentation des sites de prise en charge et de la capacité d'hospitalisation et l'introduction de la culture au CHRS de Macenta. Ce module vise à faire face aux défis qui restent à relever en matière de mise sous traitement des malades TB-MR/RR ; de formation des agents des sites TB-MR/RR sur la prise en charge de la TB-MR/RR et sur l'aDSM ; et de disponibilité du matériel de suivi des malades et des médicaments pour la prise en charge des effets secondaires des médicaments. Aussi il sera question de continuer les efforts pour assurer l'accès universel des cas de TB au diagnostic de la résistance et améliorer ainsi la détection des cas. **Intervention-1 : diagnostic** Cette intervention vise à faire face au problème du sous diagnostic des cas estimés existants en améliorant le diagnostic et la détection des cas. Des activités ont été programmées dans le module *prise en charge et prévention de la tuberculose* du fait qu'elles permettent à la fois le diagnostic de la tuberculose et de la résistance. Il s'agit i) de la mise à l'échelle du transport intégré des échantillons pour examen bactériologique ; ii) du renforcement des capacités au niveau du réseau de laboratoires pour la réalisation des cultures et des tests de sensibilité ; iii) de l'extension du réseau GeneXpert ; iii) du dépistage chez les contacts des malades TB-MR/RR ainsi que du dépistage chez tous les groupes à risque identifiés par le programme ; et iv) la création d'un nouveau laboratoire de culture régional à Pita. D'autres activités sont plus spécifiques à la détection et au diagnostic de la tuberculose résistante : • Le transport des souches des malades TB-MR présumés XDR au Laboratoire supranational d'Anvers ou Cotonou (après recours à la LPA deuxième ligne et suspicion d'échec en cours de traitement en raison de la positivité de la culture ; ou si le malade présente un risque élevé de résistance alors que la LPA ne montre pas de résistance aux fluoroquinolones et aux injectables de deuxième ligne) • L'achat des réactifs pour les cultures et tests de sensibilité aux médicaments de première et deuxième ligne pour le LNRM (liquide et solide) et le laboratoire régional de Macenta (solide) ; • L'achat de Kits LPA de première et deuxième ligne (le LPA sera disponible dans le LNRM qui recevra les échantillons des malades à tester depuis les sites TB-MR en utilisant le système intégré de transport des échantillons) **Intervention-2 : Traitement** Le résultat du traitement des cas de tuberculose multirésistante est en train de s'améliorer progressivement. Pour maintenir cet élan et compte tenu de la gravité du problème de la tuberculose MR/RR, des actions soutenues sont programmées pour améliorer les résultats en matière de mise sous traitement et de succès thérapeutique tout en maintenant la gratuité des services pour les malades : • L'amélioration de la couverture par les sites de prise en charge qui passera de 8 en 2020 à 12 en 2023 ; • la formation des agents des sites TB-MR/RR sur la prise en charge de la TB-MR, la prise en charge nutritionnelle des malades TB-MR et la gestion des effets secondaires ; • L'extension de la prise en charge nutritionnelle des malades TB-MR de tous les sites ;

	• La couverture des frais de transport des malades et des examens complémentaires à réaliser avant et au cours du traitement ; • La mise à jour des documents techniques y compris le guide TB-MR ; • L'acquisition des médicaments de deuxième ligne pour schémas courts et longs (en privilégiant les régimes avec 100% de médicaments par voie orale), en tenant compte des nouvelles recommandations de l'OMS ; et de médicaments pour le traitement des effets indésirable ; • La mise en place d'une cellule TB-MR dans chaque région avec réunions mensuelles ; • L'organisation de réunions trimestrielles du comité TB-MR national ; • L'achat d'équipements pour le suivi des malades TB-MR ; • La supervision trimestrielle des activités TB-MR/RR dans les sites TB-MR/RR • La motivation du personnel impliqué dans la prise en charge des cas de TB-MR En plus du Fonds mondial, l'ONG Action Damien fournit un soutien dans l'appui nutritionnel aux malade, la prise en charge des examens pré thérapeutiques et les frais de transport des malades TB-MR. **Intervention-3 : prévention** Des activités ont été programmées dans le module *prise en charge et prévention de la tuberculose* car elles visent à prévenir aussi bien la tuberculose sensible que la tuberculose résistante. Par ailleurs, une activité spécifique est programmée : formation des agents des sites TB-MR/RR sur le contrôle de l'infection. **Intervention-4 : prise en charge communautaire de la tuberculose multirésistante** Les mêmes activités programmées dans l'intervention *prise en charge communautaire de la tuberculose* du module *prise en charge et prévention de la tuberculose* sont aussi destinées à la prévention et la prise en charge communautaire de la tuberculose multirésistante.
Populations prioritaires	Les populations prioritaires sont les malades TB et présumés TB chez qui la recherche d'une tuberculose résistante doit être systématiquement effectuée ; les 680 malades TB-RR estimés existants, dont 571 sont TB-MR/RR, à détecter et à prendre en charge ; et les personnels de soins de la tuberculose résistante et la population générale qui doivent être protégés de la propagation de la tuberculose résistante.
Obstacles et inégalités	Il s'agit des mêmes obstacles et inégalités décrits dans le module *prise en charge et prévention de la tuberculose.*
Justification	La prévalence de la résistance de la TB-MR/RR en Guinée est estimée à 2.4% chez les nouveaux cas de TB et à 34% chez les cas de TB déjà traités, en 2018. Le nombre de cas incidents de TB-RR est estimé à 680 dont 84% sont estimés être des cas de tuberculose TB-MR. Aussi, la TB-MR/RR constitue un problème sérieux, du fait non seulement de la prévalence et compte tenu aussi du fait qu'avant 2017, les taux de succès du traitement n'étaient pas optimaux. Bien que le nombre de cas de TB-MR/RR détectés continue d'augmenter, la mise sous traitement n'est pas encore effective pour tous les malades. La formation des agents de santé sur la prise en charge de la TB-MR/RR n'est pas suffisante. Par ailleurs, il existe d'une manière générale un retard au traitement justifiant des actions sociales pour résoudre les problèmes liés au logement, à l'alimentation et au transport ainsi que des actions éducatives pour sensibiliser les malades sur la nécessité du traitement. La confirmation de la guérison par la culture n'est pas encore optimale et le taux de décès parmi les malades traités avec les médicaments de deuxième ligne est élevé. L'analyse des lacunes programmatiques fait état d'un déficit de couverture des besoins en détection de 100% et des besoins de mise sous traitement des cas détectés de 100% pendant les trois années de l'allocation.

	Le montant requis pour 2021-2023 est de 1 987 724 $. L'analyse du paysage financier montre que pour mettre en œuvre ces interventions importantes, les ressources disponibles ne permettent pas de couvrir tous les besoins. Le gap financier est de 100% en 2021, 100% en 2022 et 100% en 2023 ; l'investissement du Fonds Mondial permettra d'atteindre les cibles de détection et de mise sous traitement des cas de TB-MR/RR
Résultats attendus	• L'augmentation du nombre de cas déclarés de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou multirésistante de 303 en 2019 à 426 en 2021 ; 482 en 2022 ; et 540 en 2023 • L'augmentation progressive du nombre de cas confirmés TB-RR/MR (résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multi résistante) qui ont commencé un traitement de deuxième intention de 225 en 2019 à 342 en 2021 ; 402 en 2022 ; et 466 en 2023.
Investissement attendu	Le montant total requis pour 2021-2023 est de $ 1 713 248, soit 2,7% de l'allocation et réparti comme suit par intervention : **Tableau 11 :** Budget du module « Tuberculose multirésistante» 2021-2023

Module : Tuberculose multirésistante	2021	2022	2023	Total	%
Détection des cas et diagnostic (Tuberculose multirésistante)	51 786	16 604	17 650	86 040	5,0%
Traitement (Tuberculose multirésistante)	690 679	444 634	491 895	1 627 208	95,0%
Total	**742 465**	**461 239**	**509 545**	**1 713 248**	

N° de module 7	**Tuberculose/VIH**
Principales interventions et activités	Afin de répondre aux défis posés par le problème de la coïnfection TB/VIH, caractérisé par la haute endémicité des deux maladies, les programmes VIH et TB ont instauré des activités collaboratives consistant, entre autres, en la mise en place d'un comité national TB/VIH assurant la coordination entre les deux programmes. Cette coordination a permis de développer la prise en charge de la coïnfection TB/VIH dans les sites de prise en charge du VIH et dans les CDT. Ainsi, comme souligné dans la section sur la description de la réponse à la tuberculose, des progrès ont été réalisés en matière de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et dans la mise sous ARV et Cotrimoxazole des malades coïnfectés TB/VIH. Toutefois, le résultat obtenu en matière de dépistage du VIH chez les malades atteints de tuberculose est inférieur à la cible (87,4% sur 95%). Par ailleurs, au niveau périphérique, il n'existe pas encore de mécanismes de collaboration solides, de coordination adéquate entre les services de prise en charge des deux infections et de validation des données entre les deux programmes. Les machines GeneXpert n'ont pas été utilisées de manière intégrée pour permettre la mesure de la charge virale et le diagnostic précoce de l'infection VIH chez les nouveau-nés. Des efforts sont encore nécessaires pour décentraliser davantage la prise en charge de la coïnfection, faisant passer le nombre de CDT intégrés de 33 à 78 en 2023 avec la formation du personnel. L'application du dépistage de la TB chez les PVVIH et de la mise sous traitement préventif de celles qui sont éligibles n'a pas atteint un niveau satisfaisant surtout à cause de l'insuffisance de la formation du personnel des CDV. Les interventions identifiées dans ce module permettront de consolider les acquis enregistrés et de remédier aux lacunes identifiées et ce à travers, i) le renforcement de la collaboration entre les deux programmes ; ii) la mise à l'échelle des sites de prise en charge intégrée des deux maladies ; iii) la formation des acteurs de la prise en charge

	des deux maladies ; et iv) le renforcement du système conjoint de suivi et évaluation des actions mises en œuvre dans le but de prévenir et réduire la morbidité et la mortalité liées aux deux maladies. **Intervention-1 : Prévention** L'intervention consistera à réduire le gap en matière de traitement préventif de la tuberculose à l'INH chez les personnes vivant avec le VIH éligibles préalablement soumis à un examen de dépistage de la tuberculose et à renforcer le contrôle de l'infection dans les structures de prise en charge du VIH, et ce, à travers les activités suivantes : • La mise à l'échelle du traitement préventif à l'INH dans les sites de prise en charge du VIH et dans les sites PTME par la formation du personnel, l'acquisition de l'INH, la mise en œuvre des activités et le recueil des données ; • Le renforcement des activités IEC/CCC sur la TB dans les points de distribution des ARV (PODI), les sites de prise en charge du VIH et les sites PTME ; • L'approvisionnement des CDT en préservatifs ; • Les mesures de contrôle de l'infection (pris en compte dans le module *prise en charge et prévention de la tuberculose)* **Intervention-2 : dépistage, test et diagnostic** Cette intervention visera à renforcer d'une part le dépistage de la TB chez les PVVIH et d'autre part le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, et ce à travers les activités suivantes : • L'approvisionnement régulier des sites de prise en charge du VIH en flacons pour prélèvement d'urine et cassettes pour le test TB LAM et des CDT en réactifs de dépistage du VIH ; • Le renforcement des capacités du personnel des sites de prise en charge du VIH dans le dépistage de la TB ; et celui des CDT dans le dépistage du VIH **Intervention -3 : traitement** L'intervention consiste à assurer le traitement, le suivi et le soutien adéquats de la TB et du VIH chez les patients coïnfectés afin de minimiser la morbidité et la mortalité inhérentes à la coïnfection. Pour ce faire, les activités suivantes sont programmées : • La formation des formateurs suivie de celle des agents de santé des CDT sur les directives de la prise en charge ARV des malades TB/VIH ; • La formation des agents de santé des CDV sur les directives de la prise en charge de la TB. • L'approvisionnement des CDT en Cotrimoxazole et ARV pour tous les malades TB coïnfectés • La formation des agents sur le guide national de prise en charge nutritionnelle des coïnfectés TB/VIH • Le renforcement du suivi biologique (charge virale) des patients coïnfectés TB/VIH, notamment ceux suivis dans les CDT par l'utilisation du GeneXpert. • Le renforcement de la collaboration entre les sites de prise en charge du VIH et les CDT pour assurer la poursuite du traitement VIH et TB chez les détenus par la formation des intervenants (infirmiers des prisons, personnel des centres de santé, acteurs communautaires) et la dotation des services de santé des prisons en réactifs de dépistage du VIH et en ARVs. • Les activités de traitement, de soutien, de conseils, de suivi du traitement et de relance des absents au traitement et des perdus de vue (qui concernent aussi les personnes vivant avec le VIH) prises en compte dans le module *prise en charge et prévention de la tuberculose*

	Intervention-4 : Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH Cette intervention consiste à renforcer la coordination entre les programmes TB et VIH, par la mise en place de mécanismes de prise en charge intégrée de la coïnfection et l'établissement d'une planification conjointe permettant d'assurer les prestations de soins intégrés et des mécanismes conjoints de suivi et de supervision. Les activités programmées consisteront en : • Le renforcement du comité national de coordination TB/VIH à travers : i) la création d'antennes au niveau régional et des sites de prise en charge intégrée ; et ii) la révision de la composition et des termes de référence du comité national en vue d'assurer la représentativité de toutes les parties prenantes et des secteurs concernés ; • La tenue d'une réunion trimestrielle du comité national de coordination TB/VIH ; • La tenue d'une réunion trimestrielle au niveau des antennes régionales ; • La tenue d'une réunion trimestrielle du comité GAS/TB-VIH conjoint ; • L'élaboration d'un plan de formation conjoint pour améliorer les capacités du dépistage et du traitement de la coïnfection TB/VIH des acteurs de prise en charge ; • L'élaboration d'un plan de supervision intégrée entre les deux programmes (pris en compte dans le module *gestion des programmes*) • L'élaboration d'un système de suivi et évaluation conjoint assurant la disponibilité de données de coïnfection exhaustives et validées entre les deux programmes ; • L'intégration des directives de prise en charge de la coïnfection TB/VIH lors de la mise à jour du guide technique TB et des outils de gestion • La tenue de réunions trimestrielles entre les CDT et les sites ARV au niveau du district pour la coordination des activités et la gestion des malades TB/VIH (SE) • La mise à l'échelle de la stratégie « One Stop shop » (« guichet unique) offrant des soins TB/HIV centrés sur le patient (même service, même établissement de soins même personnel médical). L'extension se fera dans une première phase dans 4 CDT et 6 sites de prise en charge des PVVIH sélectionnés dans les régions prioritaires ; • L'intégration des programmes TB et VIH dans le système intégré de transport des échantillons ; • Le renforcement de la collaboration du PNLSH et du PNLAT avec la DNSFN, les programmes de santé de la reproduction, de santé maternelle, infantile et néonatale pour améliorer la détection des cas de TB et VIH (dépistage systématique de la TB et du VIH dans les services PTME et nutrition) ; • L'établissement d'un partenariat avec les structures sanitaires privées pour la prise en charge de la coïnfection TB/VIH à travers i) des rencontres de sensibilisation et d'information ; ii) la signature d'une convention ; iii) la formation des prestataires ; la dotation en intrants et outils de gestion ; et iv) la supervision régulière des activités PPM. Les actions communautaires et les actions de dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque concernant la coïnfection sont prises en charge dans le module *prise en charge et prévention de la tuberculose.*
Populations prioritaires	Les populations prioritaires sont les PVVIH et les malades atteints de TB ainsi que les malades coïnfectés par le VIH et la TB ; les femmes et les enfants de la PTME ; et les enfants malnutris.
Obstacles et inégalités	Avec l'inégale répartition des sites de prise en charge du VIH et des CDT ainsi que le mauvais état des routes, les PVVIH et les malades TB, notamment ceux vivant dans certaines zones, ont un accès limité ou difficile aux services de prise en charge de la coïnfection TB/VIH. Aussi, les points de distribution, les centres de traitement de la TB et les agents de santé communautaires ne sont pas renforcés pour permettre de rapprocher les services des patients coïnfectés TB/VIH.

	Par ailleurs, la stigmatisation et la discrimination dans les services de santé et au sein des communautés, la rupture de la confidentialité et les inégalités liées à l'âge et au sexe se répercutent sur l'utilisation des services de prise en charge du VIH et de la tuberculose.
Justification	La Guinée est un pays à forte incidence de tuberculose et de coïnfection TB/VIH. Compte tenu du fait que 35% des cas de tuberculose estimés ne sont pas détectés (ou notifiés) et que 83% seulement des malades TB ont été dépistés pour le VIH en 2018, il en résulte que des malades coïnfectés ne sont pas détectés. Par ailleurs, le taux de décès (5,5%) dans la cohorte des malades mis sous traitement en 2017 (nouveaux cas et rechutes de TP confirmés bactériologiquement) est particulièrement élevé chez les cas coïnfectés TB/VIH (10%) et très problématique chez les malades TB-MR/RR. En 2017, le taux de décès était plus élevé chez les patients TB/VIH pour la cohorte des malades enregistrés (sur les 24 patients décédés, 13 sont des coïnfectés TB/VIH, soit 54%) par rapport au taux national de 8% chez les malades TB. Le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et la mise sous traitement préventif de ceux qui sont éligibles sont encore insuffisants. Les plans stratégiques TB et VIH estiment que le montant requis pour 2021-2023 est de 5 645 875 $. Selon le paysage de financement la coïnfection TB/VIH ne bénéficie d'aucune annonce de financement, laissant alors un gap de 100%. Il est prévu que l'ensemble des interventions soient supportés par l'allocation. Cela concerne les activités, les supervisions conjointes, la coordination entre le PNLAT et le PNLSH et l'acquisition des intrants TB, dépistage du VIH et ARV.
Résultats attendus	Les résultats attendus sont une meilleure prise en charge des malades TB/VIH avec : • L'augmentation progressive du nombre de CDT offrant la PEC TB/VIH intégrée à 60 en 2021, 81 en 2022 et 94 en 2023 ; • L'augmentation du pourcentage de nouveaux patients TB et de rechutes enregistrés dont le statut VIH est documenté à 91% en 2021, 93% en 2022 et 95% en 2023 ; • L'amélioration du pourcentage de patients séropositifs au VIH qui ont fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose (screening) dans des structures de soins ou de prise en charge du VIH passant à 90% en 2021 et 95% en 2022 et 2023 ; • L'augmentation du pourcentage de nouveaux patients tuberculeux et de rechutes, séropositifs au VIH, mis sous TARV au cours du traitement de la tuberculose à 97% en 2021 et 98% en 2022 et 2023 • Le maintien du pourcentage de nouveaux patients tuberculeux et de rechutes, séropositifs au VIH ayant reçu un traitement prophylactique au Cotrimoxazole à 98.5% entre 2021 et 2023 • L'augmentation du pourcentage de personnes vivant avec le VIH mis sous traitement préventif de la tuberculose passera de 70% en 2021 à 100% en 2023
Investissement attendu	Le montant total des financements nécessaires pour les 3 ans est de **$ 278 461**, soit 0,4% de l'allocation et réparti comme suit par intervention : **Tableau 12 :** Budget du module « Coïnfection Tuberculose/VIH» 2021-2023

Module : Tuberculose/VIH	2021	2022	2023	Total	%
Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	14 025	12 524	12 524	39 073	14,0%
Dépistage, test et diagnostic Prévention (Tuberculose/VIH)	25 048	25 048	25 048	75 143	27,0%
Prise en charge communautaire de la coïnfection TB/VIH	25 048	25 048	25 048	75 143	27,0%

	Traitement (Tuberculose/VIH)	39 933	18 438	30 731	89 102	32,0%
	Total	**104 054**	**81 058**	**93 350**	**278 461**	

N° de module 8	**Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose**
Principales interventions et activités	Du fait de la pesanteur des normes socioculturelles en Guinée, les populations clés, les jeunes filles et les femmes continuent d'avoir un accès limité aux services de santé. Bien qu'il existe des lois garantissant l'accès universel des personnes aux services de santé, ces lois méritent d'être révisées afin de favoriser l'accès équitable. Des actions doivent être prises pour renforcer leur vulgarisation et leur application. Bien que les traitements pour le VIH et pour la tuberculose soient gratuits, d'autres facteurs, tels que les coûts de transport, d'une bonne alimentation optimisant les résultats du traitement et du diagnostic initial, constituent des entraves potentielles dans les contextes de pauvreté. La demande devrait combler les lacunes en document et information de référence sur l'environnement juridique et l'index de stigma. **Intervention-1 : Éducation juridique (« Connaissez vos droits ») :** Il s'agit d'intervention en cours qui sera renforcée du côté des bénéficiaires et les garants de l'application des droits par le biais de l'information et la sensibilisation pour une meilleure connaissance et de prise de conscience. Cela consistera à : • Organisation de formations et d'activités de causeries éducatives en vue d'accroître la connaissance des droits (légaux ou médicaux) en faveur des populations clés, des femmes, des filles et d'autres groupes vulnérables et • Soutien technique et financier au fonctionnement et aux activités des observatoires (OCASS et ITPC) qui, grâce au dispositif de veille citoyenne mis en place, permet de dénoncer les violations des droits humains et des violences basées sur le genre dans le contexte du VIH et de la TB pour réduire les discriminations, la stigmatisation et les violences envers les populations clés, les femmes et les filles • Edition et diffusion d'un guide simplifié d'aide à la connaissance et à la jouissance du droit à la santé à l'intention des populations clés et vulnérables • Réalisation d'émission thématique sur les droits à la santé et à la santé positive pour les populations clés, des jeunes femmes, des filles, des personnes indigentes et les PVVIH **Intervention-2 : Droits humains et éthique médicale liée au VIH, à la TB et à la coïnfection VIH/tuberculose pour les prestataires de soins de santé** : Les activités suivantes seront mises en œuvre pour renforcer les connaissances du personnel de santé sur l'approche genre et droits humains : • Mise en place d'un pool de formateurs nationaux sur le droits humains et éthique médicale liée au VIH, à la TB et à la coïnfection VIH/tuberculose ; • Formation ciblée du personnel des structures de santé sur la non-discrimination notamment envers des populations clés, sur le devoir de soigner, le consentement éclairé, la confidentialité, la prévention de la violence et la prise en charge des patients. • Adoption et vulgarisation de la charte des malades tuberculeux ; • Recrutement d'un spécialiste genre et droits humains en santé pour le PNLAT et le PNLSH qui veillera à l'inclusion des aspects genre et droits humains dans les documents de stratégie, de politique et de suivi et évaluation ;

	• Formation du staff du PNLAT, PNLSH, DRS/SBC, DPS, CDT, sites PEC, PTME sur l'égalité des genres et les services de santé sensibles au genre et fondées sur les droits humains ; • Renforcement des capacités des comités de santé et d'hygiène à la qualité des services TB et VIH basés sur l'égalité des sexes/droits humains et la réduction des barrières à l'accès aux soins des femmes et jeunes filles et autres personnes vulnérables et populations clés ; • Formation des agents de santé des hôpitaux et infirmeries régionales de l'Armée, de la sécurité et de l'administration pénitentiaire sur la tuberculose et le VIH, le genre et les droits humains **Intervention-3 : Services juridiques liés au VIH et à la coïnfection VIH/tuberculose** • Renforcement des capacités des leaders des associations de populations clés, des associations de PVVIH, des associations des personnes affectées-infectées par la TB, des groupements de femmes, des clubs de jeunes filles sur les questions juridiques, de droits humains et genre en lien avec le VIH et la TB • Disponibilisation de service de d'entraide para juridique par les pairs au niveau des centres communautaires populations clés • Intégration des aspects TB/VIH dans le cahier de charge du réseau national de para-juriste (révision des outils). • Renforcement du dispositif de para-juristes (formation, appui pour la résolution des cas, documentation/ diffusion des meilleures pratiques, permanence juridique) • Réalisation d'une étude sur l'environnement juridique de la réponse au VIH et à la lutte contre la TB **Intervention-4 : Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre :** Cette intervention vise à sensibiliser les législateurs et les agents des forces de l'ordre sur l'importance des aspects genre et droits humains dans l'exercice de leur fonction à travers la mise en œuvre des activités suivantes : • Campagne de sensibilisation en cascade auprès des forces de l'ordre, agents pénitenciers et autres sur la lutte contre le VIH et la coïnfection VIH/tuberculose avec un focus sur les questions de stigma, discrimination, violence, l'égalité des genres et les droits humains • Accroissement du respect des droits des populations clés chez les forces de l'ordre et de sécurité à travers des sessions de formations, de rencontres d'échanges, partenariat stratégique avec les forces de sécurité pour la protection des travailleurs communautaires **Intervention-5 : Amélioration des lois, des règlements et des politiques liés au VIH et à la coïnfection VIH/tuberculose :** Cette intervention vise à assurer des actions en vue de l'amélioration de la législation pour promouvoir et protéger les droits humains et la prise en compte du genre, et ce par : • Organisation des journées de plaidoyer pour reformer les politiques, règlements et lois entravant l'accès aux services de lutte contre la TB/VIH et pour l'intégration d'une approche d'égalité des genres et respect des droits humains (l'âge du consentement, le consentement du conjoint, la violence conjugale, le consentement sexuel, les mariages précoces, l'éducation universelle primaire/secondaire pour tous les enfants etc.)

- Suivi de l'application des lois/dispositions légales protégeant les PVVIH, les populations clés/ vulnérables et ainsi que les différentes mesures de gratuité

Intervention-6 : Réduction de la discrimination fondée sur le genre, les normes de genre nocives et de la violence contre les femmes et les filles dans toute leur diversité, en lien avec le VIH :

Il s'agit d'interventions en cours qui seront améliorés par la mise en place d'un groupe genre/droits humains et riposte contre les 3 maladies ainsi pour une meilleure prise en compte du genre. Les actions prioritaires sont les suivantes :

- Mise en place d'un groupe genre et droits humains pour la riposte contre les 3 maladies prioritaires suivi du renforcement des capacités de ce groupe (concept, planification, budgétisation et suivi genre sensible, production de l'information stratégique sur le genre
- Amélioration des outils de planification, de collecte des données et de rapportage pour la prise en compte des aspects genre et droits humains
- Mise en place des actions visant à lutter contre les normes de genre et les pratiques traditionnelles nocives, les violences fondées sur le genre (intégration dans les interventions communautaires, activités spécifiques lors des journées annuelles de lutte contre les maladies, activités de promotion de la diversité)
- Soutien à la maison accueillante de Conakry pour les jeunes filles/mères victimes de violences et de rejet
- Mise en place d'un mécanisme de suivi du respect de la parité hommes/femmes dans le recrutement des RECO/ASC et dans le personnel communautaire
- Réalisation d'une étude sur le genre/droits humains et l'index de stigma

Intervention-7 : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination

Cette intervention vise à réduire la stigmatisation et la discrimination dont les femmes, les populations vulnérables et les minorités sexuelles font l'objet et ce, à travers la mise en œuvre des activités suivantes :

- Analyse à l'échelle nationale dans la lutte contre la TB des indicateurs d'égalité de sexes et droits humains (Cabinet/consultant international avec équipe nationale)
- Développement d'outils de communication destinés au grand public et de suivi & évaluation des programmes TB et VIH sensibles à l'égalité des sexes, inclusion et droits humains,
- Renforcement de la collaboration avec les observatoires communautaires sur l'accès aux soins, par l'intégration des indicateurs liés à ces groupes cibles dans les outils de collecte

Intervention-8 : Mobilisation de la communauté et activités de plaidoyer :

Cette intervention vise la mobilisation de la communauté sur le respect du genre et des droits humains à travers la réalisation des activités suivantes :

- Réalisation des forums avec les partenaires de la société civile sur les problèmes liés à l'égalité des genres et droits humains pour leur engagement ;
- Campagnes de sensibilisation au niveau communautaire visant à lutter contre les normes de genre nocives, les stéréotypes et autres manquements au respect des droits humains ;
- Formations sur l'estime de soi, le leadership transformationnel des populations clés (HSH, PS et UDI) et les PVVIH ;
- Soutien au fonctionnement des associations identitaires et des PVVIH ;
- Réalisation d'émissions radio (radio nationale et radios rurales) sur la TB/VIH et l'égalité des genres et droits humains et des émissions télévision (télévision

	nationale et chaines privées) sous forme de tables rondes sur la TB/VIH et l'égalité des genres et droits humains ; • Plaidoyer pour mobiliser les ressources additionnelles spécifiquement en faveur des associations féminines évoluant dans la lutte contre la TB et le VIH pour leur autonomisation et accroitre leur rôle dans la gouvernance de la lutte contre la TB et le VIH • Participation des associations et réseaux des personnes infectées et affectées par la tuberculose et le VIH dans des activités d'échanges d'expérience et de connaissances au sein des forums régionaux et internationaux.
Populations prioritaires	Les cibles de ce module sont le personnel de santé, les populations clés/ vulnérables (HSH, PS, prisonniers, les adolescents et jeunes femmes, les hommes/femmes en uniforme, patients tuberculeux, PVVIH), les organisations de la société civile et associations/réseaux, les autorités administratives publiques, législateurs, magistrats, les autorités coutumières et religieuses et les hommes de presse.
Obstacles et inégalités	Le rejet social et la discrimination fondés sur le VIH, la TB, le genre, l'orientation sexuelle, le statut social ou juridique, les pratiques, politiques et lois punitives telle que l'ordonnance 056 et l'inégalité entre les genres ou la violence à l'encontre des filles et femmes vivant avec le VIH constituent des obstacles majeurs liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services respectueux et de qualité de lutte contre le VIH et la tuberculose en Guinée. Les principaux obstacles sont relatifs à i) la capacité du personnel communautaire et des populations clés/vulnérables ainsi que leur faible engagement dans la défense de leurs droits et la réduction des obstacles, ii) la faible mobilisation des leaders d'opinion et des acteurs du changement, iii) l'insuffisance de structuration des approches en matière de droits humains et genre
Justification	En Guinée, les travailleurs de sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les consommateurs de drogue vivent dans un environnement fragile et sont parfois l'objet d'actes d'intolérance au plan social, culturel et judiciaire. Les groupes de population sont souvent victimes de rejet, de violences, sous plusieurs formes, et d'entraves à l'accès à la prévention et aux soins curatifs. En outre, il ressort que parmi les malades non diagnostiqués ou non-notifiés de la TB, les jeunes et femmes et les diabétiques, un nombre substantiel présentent des difficultés d'accès aux soins, sont sujets à la stigmatisation, subissent des inégalités en fonction du genre et sont vulnérables. Le Plan National de Développement Économique et Social (2016-2020) souligne que les inégalités entre les hommes et les femmes persistent en raison de la continuité de pratiques et normes socioculturelles discriminatoires envers les femmes et les jeunes filles (comme les mutilations génitales féminines), de la faible application des lois protégeant les droits humains des femmes, du manque de ressources pour les programmes de la promotion de l'égalité des genres, de l'accès réduit des femmes aux structures de microfinance et de la résistance de certains leaders religieux et traditionalistes à l'autonomisation des femmes. Pour la période 2021-2023, le montant requis dans les plans stratégiques TB et VIH est de 2 116 314 $. L'analyse du paysage montre qu'aucune source ne couvre relatif à ce module. Aussi, la prise en compte de ce module permettra de réduire les obstacles et les barrières relatifs au genre, aux droits humains et à la stigmatisation/ discrimination qui affectent l'utilisation des services VIH et TB. Pour compléter ces stratégies, un atelier d'évaluation du genre/droits dans les programmes TB et VIH a été mené le 30/01/2020 sur la base de l'Outil d'évaluation sexospécificités pour les ripostes nationales au VIH et à la tuberculose de l'ONUSIDA et de Stop TB. (Rapport de l'atelier

	genre et droit de l'homme). Les mesures correctrices et d'atténuation ont été intégrées dans les interventions de ce module.
Résultats attendus	Les principaux résultats attendus visent : • La diminution du rejet social et de la discrimination en matière de tuberculose et de VIH fondée sur le genre, l'orientation sexuelle, le statut social ou juridique qui seront évalués durant les prochaines études sur le stigma index. • L'amélioration du cadre juridique progressive des pratiques, politiques et lois punitives et la réduction de l'inégalité entre les genres ou la violence à l'encontre des femmes vivant avec le VIH.
Investissement attendu	Le coût des interventions relatives à ce module est de $ **462 168 $ représentant 0,7% de l'allocation** sur la période 2021-2023 et se répartit comme suit **Tableau 13 :** Budget du module « Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose » pour 2021-2023

Budget module: Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose	2021	2022	2023	Total	%
Amélioration des lois, des règlements et des politiques liés au VIH et à la co-infection VIH/tuberculose	159 925	107 647	33 932	301 504	65,2%
Droits humains et éthique médicale liée au VIH et à la co-infection VIH/tuberculose pour les prestataires de soins de santé	62 552	44 327	24 798	131 677	28,5%
Réduction de la discrimination fondée sur le genre, des normes de genre nocives et de la violence contre les femmes et les filles dans toute leur diversité, en lien avec le VIH	1 197	1 197	1 197	3 590	0,8%
Réduction du rejet social et de la discrimination (VIH/Tuberculose)	-	8 800	-	8 800	1,9%
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	1 416	13 754	1 416	16 585	3,6%
Total	**225 090**	**175 724**	**61 342**	**462 156**	

N° de module-9	SRPS : Systèmes de gestion des produits de santé
Principales interventions et activités	Dans l'allocation en cours, un volet renforcement du système de gestion des produits de santé a été inclus dans la subvention paludisme. Cela a permis de rendre fonctionnel l'Unité de gestion logistique (UGL) au Ministère de la santé, de doter les acteurs en outils de gestion logistique et de mettre en place le SIGL. A ce jour, la complétude des données logistiques dans le SIGL est autour de 90% mais nécessitent d'être renforcées sur le plan de la promptitude et de la qualité. Une étude sur l'efficience de la distribution au dernier Km sera réalisée au cours de l'année 2020. Un outil électronique de validation des commandes des sites est en cours de finalisation et un dispositif de distribution actif des intrants au niveau des sites PEC de Conakry a été mis en place.

	Les aspects ayant trait au renforcement des systèmes de gestion des intrants sont inscrits dans la subvention paludisme. Les principales interventions figurant dans cette demande sont des activités de routine spécifiques aux programmes TB et VIH : **Intervention 1 : Capacité de stockage et de distribution** Cette intervention vise à la disponibilité des produits de santé et de laboratoire TB et VIH au niveau des sites PEC, PTME, CDV et CDT à travers : • Appui au fonctionnement des comités régionaux de validation des commandes dans 7 régions (hors Conakry) • Formation des staffs (GT GAS, Comités régionaux) sur des outils de quantification et sur pipeline pour le suivi des commandes et des approvisionnements • Organisation de session trimestrielle de validation de plan de distribution des produits de santé (bon de commandes des sites) dans chacune des 8 régions • Inventaire semestriel des produits de santé couplé à une supervision formative pour l'ensemble des sites VIH et en particulier les 29 sites à grande cohorte et les 66 sites PTME et des sites CDT • Inventaire annuel suivi d'un rééquilibrage des stocks au niveau central (PCG et dépôt) et dans chaque DPS (site de prestation) **Intervention 2 : Capacité en matière d'approvisionnement** Elle vise à créer les capacités et les conditions pour une bonne exécution du plan d'approvisionnement des produits de santé et de laboratoire TB et VIH, à travers : • Élargissement des compétences en matière de quantification • Formation/recyclage des pharmaciens de districts sur la gestion des intrants VIH/TB et l'utilisation des outils de commande DHOS • Appui aux réunions trimestrielles du GT/GAS • Extraction trimestrielle et d'analyse des données logistiques GAS du système LMIS • Dotation les espaces de stockage des 116 CDT en équipements pour une gestion efficiente des médicaments (thermomètre mural, palette, armoire, étagère, hygromètre)
Populations prioritaires	N/A
Obstacles et inégalités	L'efficacité de la gestion des intrants VIH et TB sont relatives : • Difficultés rencontrées dans la distribution des intrants au niveau des sites par la PCG • Faible capacité des acteurs à assurer dans les délais requis la commande des intrants • Absence de visibilité des stocks au niveau des sites • Difficultés dans l'obtention des visas d'importation • Diversité de dénomination et de codage des intrants au niveau des sites, de la PCG, ce qui ne facilite la réconciliation des stocks et des analyses
Justification	Outre les activités relatives au renforcement du système d'approvisionnement, des activités spécifiques sont menées au niveau du PNLSH et PNLAT pour assurer la disponibilité des produits de santé au niveau national et au niveau des sites PEC et CDT. Ces activités également ont permis de valider la liste des produits traceurs de la TB et du VIH puis de les intégrer dans le DHIS2. Le maintien de ce module dans la demande vise à améliorer la coordination et la mise en œuvre d'activités opérationnelles d'approvisionnement et de distribution efficace au niveau des sites CDT et PEC (dépistage, PTME et ARV). Elle permettra également d'assurer la fonctionnalité du Groupe technique GAS, le comité de quantification

	(TB/VIH), d'opérationnaliser le mécanisme et l'outil de génération automatique des commandes des sites à partir de la triangulation des données de différentes sources (e-SIGL, DHIS2 et consommation) en phase pilote.
Résultats attendus	En complément du renforcement du système national d'approvisionnement, les interventions proposées devront contribuer à : • Assurer une disponibilité adéquate des produits de santé TB et VIH (y compris les intrants de laboratoires au niveau national) à hauteur de 95% • Ramener et maintenir à moins de 5% les sites ayant connu des ruptures des principaux intrants au cours de chaque période de rapportage • Réduire les risques de surstockage et de péremption au niveau périphérique
Investissement attendu	Le coût des interventions relatives à ce module est de $ **492 813 représentant 0,8% de l'allocation** sur la période 2021-2023 et se répartit comme suit **Tableaux 14 :** Budget du module « Systèmes de gestion des produits de santé » 2021-2023

Module: Systèmes de gestion des produits de santé	2021	2022	2023	Total	%
Capacité de stockage et de distribution	74 476	88 027	64 904	227 408	46,1%
Capacité en matière d'approvisionnement	98 284	86 317	80 804	265 405	53,9%
Total	**172 760**	**174 344**	**145 708**	**492 813**	

Nº de module-10	SRPS : Systèmes de laboratoire
Principales interventions et activités	Ce module relève du renforcement du système de santé, spécifiquement en ce qui concerne le volet laboratoire. les interventions proposées pour le renforcement du système de santé se basent sur le plan national de biologie médicale de la Guinée qui définit les principaux besoins qui sont entre autres : ii) renforcer la coordination des intervenants des structures de gestion et de gouvernance des laboratoires, ii) développer la gouvernance d'un système national de Biologie Médicale adapté, coût-efficace et pérenne répondant aux besoins de fonctionnement des services de Biologie Médicale à tous les niveaux et dans tous les secteurs, iii) améliorer les Infrastructures et les systèmes de gestion de l'équipement, iv) promouvoir la demande et l'utilisation des services de Biologie Médicale, v) étendre la couverture et la disponibilité des services techniques de Biologie médicale selon les critères de développement « One Health » dans les secteurs concernés y compris le privé, vi) renforcer les Systèmes d'information et réseaux intégrés de transports d'échantillons, vii) appliquer le système d'assurance de la qualité dans les services de Biologie médicale dans tous les domaines et à tous les niveaux (spécialement les laboratoires TB/ VIH/Palu) des secteurs concernés et viii) renforcer les mesures de biosécurité et de bio-sûreté dans les services de Biologie Médicale à tous les niveaux dans les secteurs concernés Pour la période 2021-2023, les interventions seront les suivant : **Intervention 1 : Structures de gestion et de gouvernance du laboratoire** *Interventions spécifiques au SRPS/Systèmes Laboratoires* : - Actualisation des documents normatifs spécifiques à la Biologie médicale : la Loi L94/012/CTRN, spécifiquement le volet Biologie Médicale et ses textes légaux (Lois, Code de Santé publique Code de déontologie…) pour prendre en compte les 8 piliers, exercice prive et communautaire,

	- Suivi de l'application des Directives de bonnes pratiques de Biologie Médicale (DBPBM) - Mise en œuvre un plan d'assistance technique nationale et internationale pour l'appui à un programme complet d'accompagnement des Services de Biologie Médicale dans l'application de la Politique Nationale de Biologie Médicale (DNBM et DRS) au niveau national et régional - Mise en œuvre d'un plan de formation du personnel chargé de la biologie médicale - Élaboration d'un manuel de processus d'accréditation et de certification qui définit les étapes et les procédures (normes internationales ISO 9001 et ISO 15189-07) à remplir par type et niveau de services de biologie médicale (Public, Prive, Associatif et communautaire) - Mise en place et suivi du fonctionnement des organes consultatifs et groupes techniques de travail sur la biologie médicale (CNBM, ordre des Biologistes Médicaux, Groupe Technique laboratoire animées par les RR) - Élaboration d'un plan national de lutte contre les résistances aux ARV, antituberculeux et antipaludéens - Élaboration d'un document normatif régissant les actes de laboratoire et de dépistage des maladies par les acteurs communautaires - Mise en place et actualisation régulière d'un Tableau de bord de la DNL pour le suivi du renforcement du système de laboratoires et la gouvernance de la DNL - Renforcement de la logistique et des équipements de la DNL pour la supervision et la coordination (véhicule, photocopieuse à grande capacité, kit de projection/vidéo, connexion internet, kits informatiques - Réalisation des visites de supervision périodique au niveau central et périphérique du réseau national de laboratoires (public et privé) - Formation des techniciens de laboratoire en sécurité transfusionnelle ; - Formation des prescripteurs et de soignants à l'utilisation rationnelle des produits sanguins. *Interventions de laboratoires spécifiques à la TB et au VIH* : - Appui à la fonctionnalité des 10 laboratoires (N'Nzérékoré, Kankan, Labé, Faranah, Macenta, Mamou, Kindia, Boké, le LNRM, et LNSP) : carburant, kits/forfaits de connexion, primes de motivation des personnels des laboratoires (CV, CDT, GeneXpert) et Responsables régionaux de laboratoire - Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'élimination des déchets biomédicaux solides et liquides produits dans les laboratoires qui fournissent des services VIH/TB - Soutien aux activités de coaching/mentorat des RRL (Responsables Régionaux de Laboratoire) au niveau des points de prestations (VIH, TB et Palu) - Renforcement des capacités des acteurs de laboratoires TB/VIH en maintenance préventive, gestion optimisée des réactifs, harmonisation des rapports, algorithmes de dépistage, quantification des réactifs et intrants, analyse des données et production de l'information stratégique, DIU laboratoire) - Accompagnement du LNRM, du LNSP, et des laboratoires de charge virale (CTA de Donka, Dream et Matam) dans le processus d'accréditation SLPTA - Organisation de bilans annuels des performances des laboratoires en vue de tirer les leçons sur l'intégration TB/VIH - Recrutement d'un opérateur de saisie par laboratoire (LNRM, CTA Donka et INSP) - Poursuite du paiement des primes de performance des techniciens **Intervention 2 : Infrastructure et systèmes de gestion de l'équipement** *Interventions spécifiques au SRPS/Systèmes Laboratoires* : - Réalisation semestrielle d'activités d'étalonnage des équipements de mesures dans les principaux laboratoires publiques et privées - Élaboration et mise en œuvre d'un plan national d'élimination des équipements de laboratoire non fonctionnels et hors d'usage

	- Mise à niveau de biosécurité BSL3 du laboratoire LNRM - Renforcement du système de transport sécurisé et normalisé des échantillons au niveau district, centre de santé et communautaire (glacières et autres matériels de transport) *Interventions de laboratoires spécifiques à la TB et au VIH :* - Établissement de contrats de maintenance pour les équipements de laboratoires de charge virale (PSM, Appareils de charge virale, Automate de Biochimie et hématologie, Compteur CD4, équipement laboratoire TB, climatiseur, etc.) **Intervention-3 : Systèmes de gestion de la qualité et homologation** *Interventions spécifiques au SRPS/Systèmes Laboratoires :* - Mise en place de capacités nationales en certification PSM et autres équipements des laboratoires (formation de 2 spécialistes) - Réalisation d'un audit du LNRM et du LNSP dans le processus d'accréditation SLMTA selon la norme ISO 15189 - Réalisation d'une évaluation nationale des algorithmes de dépistage des maladies prioritaires dans les laboratoires (publiques et privés) - Renforcement des capacités nationales en métrologie : acquisition de kits spécifiques, formation d'experts nationaux, activités/sorties de métrologie - Mise en place d'un système d'évaluation externe de la qualité trimestrielle dans les laboratoires (public et privé) de charge virale, TB et Palu (contrôle de qualité incluant les nouveaux lots de réactifs, lames, milieux de culture avant leur utilisation) - Renforcement des capacités des acteurs de laboratoires pour l'utilisation des résultats de laboratoire dans le cadre de la qualité du traitement et de la surveillance des maladies (TB, VIH, Paludisme et autres) - Renforcement de l'apprentissage mutuelle, gestion et partage des connaissances et des bonnes pratiques de laboratoire et biologie médicale (forum annuel des acteurs, participation au forum international de biologie en Afrique (FIBA) *Interventions de laboratoires spécifiques à la TB et au VIH :* - Réalisation de visites semestrielles de coaching/Tutorat par les laboratoires compétents auprès des laboratoires régionaux - Mettre en place un système d'évaluation interne de la qualité dans les laboratoires de charge virale (contrôle de qualité incluant les nouveaux lots de réactifs avant leur utilisation) - Contrôle de qualité de chaque CDT CDV, labo des CS une fois par trimestre par les responsables régionaux de laboratoire - Contrôle de qualité de chaque région et des sites GeneXpert et laboratoire de culture, laboratoires régionaux par semestre par les laboratoires de référence en collaboration avec la DNL et les programmes **Intervention-4 : Systèmes d'information et réseaux intégrés de transports d'échantillons** *Interventions spécifiques au SRPS/Systèmes Laboratoires :* - Mise en place d'un réseau intégré de collecte et de transport d'échantillons et de rendu de résultats de laboratoire - Payement des frais de collecte et d'acheminement des échantillons (DBS, prélèvement charge virales etc.) des districts sanitaires vers les laboratoires d'analyses et des frais de rendus des résultats des laboratoires vers les districts - Renforcement du système d'information au niveau des laboratoire (e-SIGL) et permettre une interopérabilité avec le DHIS2 pour une harmonisation des données.

	- Renforcement des capacités des acteurs de laboratoires pour l'utilisation des résultats de laboratoire dans le cadre de la qualité du traitement et de la surveillance des maladies - Reproduction et diffusion des outils de gestion de laboratoires *Interventions de laboratoires spécifiques à la TB et au VIH :* - Contrôle et validation trimestrielle des données de laboratoires des sites de dépistage du VIH de la TB. - Formation du personnel de laboratoire VIH, TB, Palu à la gestion des données de laboratoire - Recrutement de personnel pour la saisie des données de charge virale au niveau des laboratoire **Intervention-5 : Systèmes de chaînes d'approvisionnement des laboratoires** *Interventions spécifiques au SRPS/Systèmes Laboratoires :* - Mise à jour de l'inventaire et de la cartographie des équipements biomédicaux et des laboratoires, accompagnée de carte d'accessibilité - Appui à la transfusion sanguine (formation, équipement d'analyse et de conservation, renforcement des banques de sang, réactif et consommables de sécurisation sanguine) *Interventions de laboratoires spécifiques à la TB et au VIH :* - Quantification et acquisition des intrants de laboratoires TB et VIH
Populations prioritaires	Les activités de renforcement des capacités vont concerner le personnel clé des laboratoires de manière générale. Le personnel de la DNL bénéficiera de formation et d'équipement de fonctionnement pour mieux jouer leur rôle. Des experts nationaux seront identifiés et formés dans le cadre de la certification et de l'assurance qualité des activités de biologie médicale. S'agissant des équipements qui seront acquis, leurs lieux d'implantation seront choisis en fonction des besoins de technicité, des priorités géographiques des programmes et des cartes d'accessibilité.
Obstacles et inégalités	Dans le domaine de la biologie médicale, la communication entre les différents intervenants est insuffisante limitant ainsi la mutualisation des efforts d'amélioration de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale et de l'accès aux services. Plusieurs autres facteurs concourent à limiter l'accès au suivi biologique par les patients. Il s'agit notamment des facteurs liés à l'enclavement de certaines zones et inhérents au fonctionnement des plateformes déjà disponibles (maintenance, disponibilité des réactifs, capacité du personnel, niveau de la demande). La stigmatisation/ discrimination des PVVIH et des populations clés contribuent à créer des obstacles à l'utilisation des services de biologie médicale. Au niveau des patients, outre l'inaccessibilité géographique de certains examens, la barrière financière est accentuée par le non-respect de la gratuité de certains examens et les coûts de suivi biologique et de certains examens diagnostiques (radiographie et sonde nasogastrique pédiatrique et seringue de 50cc pour le screening de la tuberculose, recherche des IO chez les PVVIH) supportés par le patient
Justification	Le Système national de Biologie Médicale contribue à l'amélioration du bien-être de la population guinéenne tel que défini dans la Politique nationale de Santé et dans le plan national de Développement sanitaire 2015-2024 (PNDS). Les insuffisances de la Biologie Médicale selon des critères fonctionnels sont regroupées en deux problèmes majeurs : (i) l'environnement peu favorable et la faiblesse de la gouvernance de la biologie médicale y compris la sécurité et la sureté et (ii) l'insuffisance de la demande d'examens biologiques, de la disponibilité et de l'accès aux services de biologie

médicale de qualité (Plan national de biologie médicale 2018-2022). Les besoins, les interventions et les actions prioritaires du système de laboratoire sont résumés dans le Plan directeur de la Politique nationale de biologie médicale (PNBM) (Plan directeur de biologie médicale 2018-Page 15 et analyse sommaire, Page 31)

Le choix de financer ce module à travers la somme allouée s'explique par l'importance du gap de financement de ce volet. En effet, le projet d'appui aux laboratoires de Guinée (financement AFD), principal intervenant dans le renforcement du système de laboratoire, s'achèvera en 2020. Les ressources annoncées y compris le cofinancement de l'État sont limitées. Ce module tient compte des orientations contenues dans le plan directeur de la biologie médicale. Outre la tuberculose et le VIH, la plupart des interventions profiteront aux autres maladies et de manière transversale à la santé maternelle et infantile. Elle contribuera à l'amélioration de la coordination des interventions et au renforcement de la qualité des examens.

Pour les obstacles liés au fonctionnement des plateformes il s'agira de renforcer le circuit d'approvisionnement, de renouveler les contrats de maintenance des équipements. Pour les obstacles liés à l'utilisation et la distribution des plateformes de charge virale, il s'agira de mettre en place d'un circuit de collecte des échantillons et de rendu des résultats, d'étendre la charge virale à toutes les plateformes GeneXpert. La prise en compte dans la quantification des intrants pour le suivi biologique des PVVIH et l'achat d'intrants pour le diagnostic des infections opportunistes

Résultats attendus

Le renforcement du système de laboratoire va permettre de normaliser et renforcer quantitativement et qualitativement les activités de biologie médicale aussi bien dans le secteur que dans les secteurs privé et communautaire. Les autres résultats sont les suivants :

- Nombre de plateformes intégrées fonctionnelles, 11 en 2020, 15 en 2021 19 en 2022 et 23 en 2023
- Nombre de personnes devant bénéficier de la charge virale, 46438 en 2021 ; 55833 en 2022 et 66428 en 2023
- Nombre de personnes à dépister et à confirmer pour la TBMR 373 en 2020 ; 426 en 2021 ; 481 en 2022 et 540 en 2023
- Nombre d'enfants devant bénéficier de la PCR (EID) 2499 en 2021 ; 2930 en 2022 et 3333 en 2023
- Nombre de poches de sang à tester 15000 en 2021 ; 20000 en 2022 et 25000 en 2023

Investissement attendu

Le coût des interventions relatives à ce module est de $ **3 795 661 représentant 6% de l'allocation** sur la période 2021-2023 et se répartit comme suit

Tableaux 15 : Budget du module « Systèmes de laboratoire » 2021-2023

Module: Systèmes de laboratoire	2021	2022	2023	Total	%
Infrastructure et systèmes de gestion de l'équipement	135 211	794 073	106 382	1 035 666	27,3%
Structures de gestion et de gouvernance du laboratoire national	649 333	526 806	484 999	1 661 138	43,8%
Systèmes de chaînes d'approvisionnement des laboratoires	286 272	287 695	297 432	871 399	23,0%

	Systèmes de gestion de la qualité et homologation	75 819	75 819	75 819	227 458	6,0%
	Total	**1 146 636**	**1 684 394**	**964 631**	**3 795 661**	

Nº de module-11	SRPS : Renforcement des systèmes communautaires
Principales interventions et activités	Les principales interventions retenues dans la présente demande de financement sont en lien avec : (i) Le suivi par la communauté, (ii) le plaidoyer mené par la communauté et la recherche opérationnelle, (iii) la mobilisation sociale, l'établissement de liens avec la communauté et la coordination, (iv) le renforcement de la capacité institutionnelle et du leadership organisationnel. Ces priorités émanent des résultats de deux cadres de concertations ayant réunis les organisations de la société civile (organisations : PVVIH, HSH, TS, Jeunes, femmes, confessionnelles, ONG régionales, nationales et internationales) à Conakry ainsi que du dialogue national des acteurs communautaires **Intervention-1 : Suivi réalisé par la communauté** Dans la dynamique des activités en cours de l'Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) sous financement de FE et du FM et dans la perspective de palier aux défis liés à la documentation et à la capitalisation des activités et bonnes pratiques communautaires pour une meilleure visibilité des différents intervenants de la société civile, il s'agira de : - Mettre en place un système d'information communautaire intégré au DHIS2 devant s'appuyer sur un dispositif robuste de suivi évaluation des données de prestations communautaires et de qualité des prestations. - Assurer une revue de l'approche de suivi citoyen afin de s'aligner au référentiel des prestations communautaires tel que prévu à la politique nationale avec un renforcement des capacités des différents acteurs à ce propos - L'extension de la couverture d'intervention des observatoires citoyens d'accès aux services de santé (OCASS) pour passer de 54 à 74 sites afin de couvrir plus de préfectures notamment aux niveaux des zones minières (zones d'orpaillages qui attirent un flux important de populations clés (TS, jeunes, Femmes). - Mettre en place des cadres aux niveaux district, régional et nationale pour la revue, la validation des données - Assurer la diffusion des résultats atteints aux différentes parties prenantes intervenant sur les trois maladies pour un impact plus perceptible **Intervention-2 : Plaidoyer mené par la communauté et recherche opérationnelle** L'amélioration de l'accès aux services de soins pour les populations clés et vulnérables demeure une priorité. Les interventions visant à améliorer le cadre juridique seront formalisées et ou poursuivies en vue de lever les barrières actuelles politiques, légales, sociales et culturelles. Il s'agira de : - Renforcer le plaidoyer actuellement réalisé en renforçant les capacités des acteurs communautaires à générer les évidences et les arguments pour le plaidoyer. Un accent sera mis sur les activités de coaching /Tutorat. En outre des actions de plaidoyer seront également menées auprès des décideurs (Ministère de la santé, l'administration déconcentrée et Ministère de l'éducation nationale), des leaders d'opinions et leaders religieux - Réaliser des activités de recherche opérationnelle afin (i) de capitaliser les informations collectées incluant l'identification des bonnes pratiques et (ii)

mesurer le niveau de satisfaction des bénéficiaires quant aux prestations de soins reçues. Ainsi donc la formation d'un pool d'acteurs de la société civile sur la méthodologie de la recherche action et en production de l'information stratégique sera réalisée

- Extension du centre communautaire à la région de la Haute Guinée (Kankan) à la suite de ceux de Conakry et Kindia qui fournissent des résultats probants en termes d'amélioration de l'accès aux soins promotionnels, préventifs et curatifs notamment lié au VIH/SIDA.
- Structurer et accompagner des centres conviviaux (y compris « la maison accueillante ») pour jeunes à Conakry et à N'Zérékore pour des activités promotionnelles, préventives et curatives sur les 3 maladies incluant des activités de santé de la reproduction. Avec l'appui de l'UNFPA, la mise à disposition des outils, des modules de formation et le renforcement des capacités seront effectifs

Intervention-3 : Mobilisation sociale, établissement de liens avec la communauté et coordination

La mobilisation sociale autour des maladies se fait de manière éparse et suivant la disponibilité des ressources. De plus, les liens entre les organisations et la coordination des intervenants communautaires dans le domaine de la santé reste faible. Par ailleurs, en l'absence de guide, la production d'acteurs communautaires compétents se fait au gré des besoins, sans une vision de polyvalence à l'exemple de la santé communautaire. Il s'agira de :

- Développer des capacités polyvalentes des acteurs communautaires pour une mobilisation sociale touchant les 3 maladies à la fois d'une part et d'autre renforcer la synergie et la coopération entre intervenants pour une mutualisation et une optimisation des ressources et des investissements.
- Appuyer la Direction nationale de la santé communautaire pour la mise en œuvre d'interventions en milieu urbain et semi-urbain. La cartographie des OSC menées en fin 2019 constituera une référence pour identifier les forces et les faiblesses et aussi mieux déterminer les zones et domaines à privilégier

Intervention-4 : Renforcement de la capacité institutionnelle, planification de développement du leadership

Bien qu'engagé, les organisations communautaires rencontrent des difficultés de fonctionnement avec une gouvernance et vie associative marquée par des troubles intra et extra organisation. De plus, l'analyse de la place et du rôle des organisations communautaires dans les politiques et programmes de santé montrent qu'elles ont une faible influence à la fois sur la planification, la budgétisation que dans la répartition des financements mobilisés pour la santé. Leur capacité de mobilisation des ressources reste faible dans l'ensemble. Il s'agira alors de :

- Construire des capacités communautaires robustes et durables de mobilisation des ressources et de gouvernance associative à même de développer un leadership adapté pour une meilleure contribution des organisations communautaires à la riposte aux maladies.
- Renforcer des dispositifs de gestion et de gouvernance des réseaux et plateformes des OSC impliquées dans la lutte contre les 3 maladies prioritaire (manuels type et guide simplifié de gestion administrative/financière, Planification stratégique, Plan de suivi évaluation, de communication et de mobilisation des ressources)
- Soutenir le fonctionnement (i) des Réseaux/plateformes de la société civile y compris celui des associations identitaires PS, HSH (Arc-en-ciel, AJFDG),

	ainsi que (ii) celui des structures d'accueils des populations clés et la maison accueillante des jeunes filles/jeunes femmes PVVIH de Conakry - Soutenir des rencontres d'échanges et de partage d'expérience avec d'autres plateformes sous régionales y compris la participation des acteurs de la société civile aux conférences sur les maladies
Populations prioritaires	Associations, réseaux/plateformes, ONG de la société civile et identitaires (y compris les associations de malades), jeunes, HSH, PS, UDI, détenus
Obstacles et inégalités	Les principaux obstacles sont les suivants : i) Faible capacité des OSC en plaidoyer et mobilisation des ressources, ii) Manque d'un système d'information commun à toute la société civile et aligné au SNIS, iii) Faible capacité (ressources humaines, moyens, couverture géographique) en matière de suivi citoyen dans les prestations sanitaires et communautaires, iv) Faiblesse dans la gouvernance et la mobilisation des ressources domestiques par la société civile et v) Faible connaissance par la communauté (utilisateurs des services) de leurs droits en matière d'accès aux soins de santé. Quant aux inégalités, il s'agit essentiellement de la faible représentativité des ONG identitaires et des femmes dans les instances de prise de décision d'une part, et d'autre part de la faible implication des femmes dans la prise de décision en matière de santé (accès aux services).
Justification	La stagnation de certains résultats des programmes, l'incidence toujours significative des cas de paludisme en dépit de la distribution de masse des moustiquaires imprégnées, la persistance des nouvelles infections à VIH notamment chez les populations clés et vulnérables, la lente diminution de l'incidence de la tuberculose, la déperdition des patients dans la chaine de dépistage et de continuité des traitements, la persistance de la stigmatisation/discrimination, les violences basées sur le genre, la violation des droits sont entre autres des insuffisances pour lesquelles les intervenants communautaires présentent un avantage comparatif pour leur résolution. Les intervenants communautaires sont constitués de façon dispersée et non homogène d'organisations communautaires, d'organisations de la société civile et de réseaux/plateformes intervenant dans le domaine de la santé dont les capacités et les moyens d'actions divergent, mais ayant tous en commun des fragilités institutionnelles et opérationnelles. Bien que jouant un rôle central dans ces programmes Cadre Stratégique National de Lutte Contre Le Sida, 2018-2022 et Plan Stratégique National de Lutte Antituberculeuse En Guinée, 2021-2022), ces organisations peinent à exister, à fonctionner, à impacter sur les politiques et les processus nationaux de planification et de mise en œuvre. De plus, leurs résultats restent peu visibles faute d'un système d'information communautaire pertinent et leurs bonnes pratiques peu promues. Pour la période 2021-2023, les besoins de renforcement du système communautaire est de 7 099 008 $. L'analyse des paysages de financement et des lacunes programmatiques montrent que très peu de ressources sont consacrées au renforcement de ces organisations et de leurs prestations (0,8% des besoins). En effet, le cofinancement de l'État est consacré en grande aux intrants, au fonctionnement des structures de santé et au paiement des salaires. Les contributions des autres partenaires sont dirigées essentiellement vers des activités en direction des cibles/bénéficiaires et les intrants. Le choix du module se justifie par la nécessité construire un réseau robuste et durable d'organisations et d'acteurs communautaires compétents et polyvalents pour assumer les rôles dédiés à eux dans la mise en œuvre des interventions dans les autres modules d'une part et d'autre à l'opérationnalisation d'un suivi efficace par les

	communautés des interventions et des résultats des prestations (médicales et communautaires) pour les 3 maladies prioritaires et la santé communautaire. Pour la prévention, l'élargissement des cibles et l'extension des programmes va nécessiter d'engager de nouveaux groupes d'acteurs ou d'en augmenter le nombre existant. Au niveau de la prise en charge de la Tuberculose et du VIH, le renforcement du système communautaire permettra de mettre en œuvre les stratégies différenciées et réduire les perdus de vue/absents au traitement, tout en assurant un soutien psychosocial de qualité. Ces acteurs auront également un rôle important à jouer au niveau de la PTME et de la santé communautaire, notamment en milieu urbain et semi-urbain en complément des interventions des ASC et RECO.
Résultats attendus	D'ici 2023 : - Le dispositif de veille sanitaire et d'accès aux soins portant sur les 3 maladies (incluant la SRMANIA et les maladies non transmissibles) passe de 54 à 74 sites sur tous l'étendue du territoire - Les données collectées dans le cadre des observatoires communautaires sont intégrées au DHIS2
Investissement attendu	Le coût des interventions relatives à ce module est de $ **1 268 759$ représentant 2% de l'allocation** sur la période 2021-2023 et se répartit comme suit **Tableaux 16 :** Budget du module « Renforcement des systèmes communautaires » 2021-2023

Module: Renforcement des systèmes communautaires	2021	2022	2023	Total	%
Mobilisation sociale, établissement de liens avec la communauté et coordination	214 605	235 754	205 754	656 113	51,7%
Plaidoyer mené par la communauté et recherche	4 933	4 933	4 933	14 799	1,2%
Renforcement de la capacité institutionnelle, planification de développement du leadership	30 012	114 945	30 012	174 969	13,8%
Suivi réalisé par la communauté	178 653	101 406	142 819	422 879	33,3%
Total	**428 203**	**457 038**	**383 518**	**1 268 759**	

N° de module-12	SRPS : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation
Principales interventions et activités	Le système de suivi et évaluation sera alimenté par des informations provenant du système de rapportage actif et de surveillance des deux programmes VIH et TB. Les données VIH sont incluses dans le DHIS2, mais leur disponibilité et qualité n'est pas optimale. Pour le VIH, en plus du MSR, un module Tracker est en cours d'opérationnalisation pour le suivi électronique des patients. Ce module n'existe pas encore pour la TB et les données du PNLAT qui ne sont pas captées par le DHIS2 sont collectées sur des supports papier et agrégées dans des fichiers Excel. En complément de la collecte de routine, les enquêtes et des études seront réalisées, cela en vue d'assurer la disponibilité et l'accessibilité aux données pour mesurer les effets et l'impact attendus de la mise en œuvre de la subvention. Les interventions prévues visent à parachever les innovations en cours, unifier les systèmes de gestion des données, renforcer la qualité des données, renforcer la production et l'utilisation des informations stratégiques par les programmes et les acteurs décentralisés. Elles viennent en complément des interventions systémiques de renforcement du système d'information incluses dans la demande paludisme.

Intervention-1 : Rapportage des données de routine

Dans le domaine du rapportage des données de routine, les actions concerneront la collecte passive et la surveillance. Les activités prévues sont : (i) la révision des outils de collecte des données, (ii) la généralisation de l'utilisation du DHIS2 à tous les sites et l'abandon progressif du MSR (iii) l'intégration des nouvelles données des laboratoires, des activités communautaires sur les populations-clés et la TB ; (iv) l'utilisation du Tracker pour le suivi des patients VIH et TBMR.

Dans le domaine de la surveillance, les activités de collecte suivantes sont prévues : (i) l'enquête par surveillance sentinelle en 2021, 2022, 2023 ; (ii) l'enquête nationale de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) auprès des groupes de population à plus à risque de l'infection par le VIH en 2022 ; l'enquête surveillance des résistances aux ARV et antituberculeux ; (iii) la surveillance des indicateurs d'alerte précoce ;

Intervention-2 : Qualité des données et programmes

Dans le domaine de l'assurance qualité des données et des programmes tuberculose et VIH, les activités prévues sont : (i) l'organisation des visites de supervision qui concerneront les structures opérationnelles CDTs et les sites SMNI/PTME/PEC ; (ii) l'organisation des sorties de supervision et de suivi trimestriel des CDT et des sites SRMNIA/PTME/PEC/PECP; (ii) l'organisation des supervisions par les DS vers les CDTs, bi-annuellement ; (iv) la réalisation d'une provision pour les activités de l'évaluation externe de la qualité du dépistage; (v) l'organisation des missions trimestrielles d'évaluation de la qualité des données VIH à l'aide de l'outil RDQA ou DQS ; (vi) l'organisation des rencontres semestrielles de validation des données primaires des sites au niveau de chaque district; (vii) la réalisation des missions trimestrielles de contrôles qualité de la saisie des données.

Dans le domaine de la qualité des programmes, les activités prévues sont : (i) l'organisation des réunions semestrielles des Groupe technique travail de suivi évaluation (VIH/TB,PTME, GAS); (ii) l'organisation des réunions semestrielles de retro-information sur les données (SMNI/PTME, TARV, TB/VIH) ; (iii) la participation à des rencontres scientifiques au plan national et international ; (iv) la participation à des voyages d'études pour le partage d'expériences sur les bonnes pratiques ; (v) la formation des prestataires sur le remplissage des outils ; (vii) la formation des prestataires sur l'utilisation des données récoltées pour une planification basée sur les évidences ; (viii) la formation des prestataires sur la qualité des données.

Intervention-3 : Enquêtes

Il s'agit de l'ensemble des enquêtes qui peuvent venir en complément à la surveillance biologique et comportementale, mais également dans l'agenda de la recherche. Il s'agit notamment de : (i) l'enquête ménage auprès des populations EDSG 2023 ; (ii) les enquêtes sur la qualité des prestations (PEC et PTME) ; (iii) l'enquête sur le genre et l'inclusion pour la TB ; (iv) les enquêtes portant sur l'analyse des déterminants la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation (v) les études portant sur les mesures d'effets et d'impacts pour la TB et le VIH.

Intervention-4 : Analyse, évaluations, revue et transparence

Dans le cadre des activités du domaine de l'analyse, évaluations, revue et transparence, le PNLAT et le PNLSH vont mettre en place un groupe focal coordonnant la recherche pour mieux concevoir, planifier et organiser ses études (inventorier les recherches réalisées, identifier les thèmes, rédiger les protocoles, organiser la mise en œuvre et la vulgarisation des résultats). Aussi, des évaluations

	seront programmées au cours de la mise en œuvre du CSN et du PSN TB. Il s'agira entre autres de : l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale du CSN et du PSN TB. L'évaluation à mi-parcours permet de s'assurer de l'adéquation entre les objectifs stratégiques poursuivis et les résultats attendus dans une perspective d'amélioration de la performance dans la mise en œuvre du CSN et du PSN TB. Par ailleurs, les capacités des agents du PNLSH, du PNLAT et des acteurs décentralisés seront formés à la production et à l'utilisation de l'information stratégique à partir des données du DHIS2 et des études/enquêtes.
Populations prioritaires	Les cibles des interventions dans le domaine du suivi et évaluation seront d'une part, les sites de prise en charge, les sites PTME, les CDT, d'autre part, les prestataires impliqués dans la prise en charge VIH et de la TB, les prestataires de sites PTME et du Conseil dépistage, les chargés des statistiques des DPS et DRS
Obstacles et inégalités	Les obstacles et défis de ce module sont : (i) l'instabilité des ressources humaines chargées de la collecte, du traitement et de l'analyse de données, (ii) la faible responsabilisation et l'engagement des acteurs, (III) la désagrégation manquante de certains indicateurs pouvant aider à mieux évaluer les inégalités liées au genre, (iv) insuffisance de coordination des activités de Suivi et Évaluation des deux programmes, (v) la faible intégration des données TB dans le SNIS national, (vi) la faible promptitude et complétude des données
Justification	Le cadre stratégique VIH 2018-2022 décrit brièvement la stratégie nationale, et le Plan National de Suivi-Évaluation (S/E) du Cadre Stratégique VIH 2018-2022[i] fournit plus de détails. Le PSN TB 2021-2025, qui en train d'être adopté a inclut, également, un Plan de Suivi et Évaluation. Ces plans prévoient une collecte et l'acheminement des données des sites d'exécution des interventions vers les préfectures, les régions et le niveau central à travers un plan de collecte. Un groupe technique de travail en Suivi et Évaluation multisectoriel et multidisciplinaire et une Commission multisectorielle de travail assure la validation et l'assurance qualité des données. Cependant des insuffisances persistent et concernent : i) la multiplicité des systèmes d'information et des circuits (DHIS2, MSR, versions papiers, non intégration des données de laboratoires), la faiblesses du système de collecte des données, ii) la faible qualité des données, notamment de la PTME, iii) l'insuffisance d'analyse de la qualité des données, iv) la faiblesse de la diffusion et de l'utilisation de l'information stratégique par absence de feedback systématique des structures d'exécution. En plus de ces insuffisances et des défis relevés au niveau des obstacles, le volet suivi évaluation doit produire à des périodicités définies (annuelle, 2 ou 5 ans) des données pour informer suffisamment les programmes et les acteurs sur l'épidémiologie et les comportements à travers des enquêtes périodiques (enquête de sérosurveillance, enquêtes biocomportementales. Aussi, en plus des investissements systémiques, il est prévu que les programmes (PNLSH et PNLAT) mènent des activités spécifiques de suivi évaluation. Cependant, l'analyse du paysage de financement laisse apparaître un gap sur les 3 ans concernant les aspects de suivi évaluation. Or les informations générées par les activités de suivi évaluation sont essentielles pour informer sur les maladies mais également et sur la mise en œuvre des activités de la demande de financement. C'est pourquoi, il a été retenu de consacrer une partie de l'allocation pour financer les interventions de ce module.
Résultats	Il est attendu que les données TB et VIH soient de qualité et disponibles dans les délais requis : • Opérationnalisation du Patient Tracker pour la TB et VIH • La disponibilité de données factuelles sur les performances des programmes, l'épidémiologie et les comportements concernant les 2 maladies • La production informations stratégiques et de publications sur les études/ recherches, les données du DHIS2, bonnes pratiques, résultats de supervision/ monitorage

Investissement attendu	Le coût des interventions relatives à ce module est de **$ 2 120 001 représentant 3,3% de l'allocation** sur la période 2021-2023 et se répartit comme suit **Tableaux 17 :** Budget du module « Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation» 2021-2023

Module: Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation	2021	2022	2023	Total	%
Analyse, évaluations, revue et transparence	248 338	290 778	230 778	769 894	36,3%
Enquêtes	210 248	469 086	139 703	819 036	38,6%
Qualité des données et programmes	168 710	168 710	177 129	514 549	24,3%
Rapportage des données de routine	15 804	359	359	16 522	0,8%
Total	**643 100**	**928 933**	**547 968**	**2 120 001**	

Nº de module-13	Gestion de programme
Principales interventions et activités	Cette section comporte deux grandes interventions notamment la « coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies » et la « Gestion des subventions ». **Intervention-1 : La coordination et la gestion des programmes de lutte contre les maladies**. **1) Le Programme National de Lutte Antituberculeuse** Le Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT) créé par le Ministère de la Santé en 1990 a pour vision essentielle que « toutes les personnes atteintes de tuberculose bénéficient d'un accès universel aux services de diagnostic et de prise en charge de la maladie sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination ». Le PNLAT prévoit, avec implication de la société civile, l'élimination de la tuberculose comme problème de santé publique à l'horizon 2050 en Guinée. Il a pour mission de coordonner avec efficacité toutes les interventions de lutte antituberculeuse et d'assurer que toutes les personnes qui contractent la tuberculose, y compris la tuberculose pharmaco résistante, aient accès à un diagnostic précoce, un traitement efficace et une prise en charge de qualité afin de réduire les souffrances et l'impact socio-économique engendrés par cette maladie. **2) Le Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites** Le Programme National de lutte contre le Sida et les Hépatites (PNLSH) initialement dénommé Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA a été créé en 2003 par arrêté du Ministre de la Santé. La mission du PNLSH est de mettre en œuvre la Politique sectorielle du Ministère de la Santé en matière de lutte contre le sida et les hépatites. Plus spécifiquement, le PNLSH coordonne la mise en œuvre de la stratégie sectorielle, conduit le processus de planification/programmation de la réponse sectorielle santé face à l'épidémie et renforcer les capacités diagnostiques et technologiques des acteurs du secteur santé impliqués dans la réponse nationale au VIH et aux hépatites. Il travaille en étroite

	collaboration avec le Comité National de lutte contre le SIDA (CNLS) qui est une instance nationale de coordination, de supervision et de plaidoyer. Le PNLAT et le PNLSH travaillent étroitement dans la mesure où ils ont des cibles en commun et des interventions partagées notamment la prise en charge de la coïnfection TB/VIH. Le comité national de coordination TB/VIH, tient trimestriellement ses rencontres pour une meilleure coordination des activités TB/VIH et pour efficience dans l'atteinte des objectifs. La redynamisation des démembrements du comité de coordination TB/VIH au niveau préfectoral est une des priorités des deux programmes pour les prochaines années. Ce comité participera activement à la rencontre de validation des données au niveau district et s'assurera de la promptitude et de la complétude des données TB/VIH dans le DHIS2. Plusieurs directions du Ministère de la Santé appuient les 2 programmes dans la mise en œuvre et la coordination de leurs activités. La direction Nationale des Grandes Endémies et de la lutte contre la Maladie (DNGELM) est leur direction de tutelle. La Direction nationale des laboratoires (DNL), la Direction Nationale de la Pharmacie et des Médicaments (DNPM)) et la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle (DNSCMT) sont au quotidien aux cotés des programmes et concourent l'atteinte des objectifs notamment à travers l'Institut National de Santé Publique (INSP) pour l'amélioration de la qualité des services de laboratoire, à travers l'Unité de Gestion Logistique (UGL) qui met à disposition e-SIGL pour la fourniture des données de pharmacie de qualité. **Intervention-2 : La gestion des subventions,** Comme pour les subventions précédentes la cartographie de mise en œuvre qui a donnée des performances de B1 voir A2, ne subira quasi pas de changements. L'ICN et l'équipe pays s'accordent à confier la gestion de la subvention VIH scindée en deux à respectivement au Ministère de la Santé via le Programme National de lutte contre le sida et les Hépatites pour le volet « traitement et soins » et à l'ONG Plan International Guinée pour le volet « Prévention » ainsi que la composante tuberculose. Les deux récipiendaires principaux gardent les sous récipiendaires de la subvention en cours pour des raisons d'efficience, de retard évité dans le recrutement de nouveau SR. Toutefois pour le volet traitement et soins certaines interventions liées à l'amélioration de la qualité des services seront contractualisées avec des prestataires institutionnelles que sont les directions régionales et préfectorales de la Santé à qui le SR précédent confiait la mise en œuvre des activités. L'ICN poursuivra son rôle de suivi stratégique des subventions avec pour outil principal le Dashboard alimenté par le Dashboard des PR pour lesquels les différentes entités viennent d'être formées. De plus les rencontres périodiques entre PR et SR, entre l'ICN et les PR seront maintenues dans le cadre du renforcement de la gestion des subventions. Le manuel de gestion administratif, comptable et financier du PR MoH/PNLSH sera révisé à la lumière des expériences précédentes. L'Agent Fiduciaire qui avait accompagné le PNLSH dans la mise en œuvre et le renforcement des capacités du pool financier du PNLSH laissera la place à une Agence Fiscale plus appropriée pour cette nouvelle subvention. La Guinée et le Fonds mondial avec l'appui de la Banque mondiale et de GAVI s'investissent dans la mise sur pied de l'Unité d'Appui à la Gestion et à la Coordination des Programmes au sein du ministère de la Santé pour renforcer à terme la gestion des subventions au ministère de la Santé. Malgré les grandes avancées réalisées sur la mise en place, cette unité n'est pas encore fonctionnelle pour prendre en charge la subvention VIH et ses sous-récipiendaires, ainsi que le financement lié au Programme Élargi de Vaccination provenant de GAVI dès le début de la mise en œuvre de la nouvelle subvention.

	Par ailleurs, la DNGELM va poursuivre sa mission de supervision programmatique intégrée des activités des deux programmes PNLSH/PNLAT dans le cadre de la mise en œuvre des subventions. La DNL qui accompagne les deux programmes dans l'amélioration de la qualité des services de laboratoire pour les dépistages, le suivi des patients bénéficiera de l'appui institutionnel des subventions pour son renforcement afin de jouer pleinement son rôle. Dans le cadre du RSS, il sera prévu l'élaboration d'un plan de surveillance de la résistance aux ARV, le renforcement des capacités des ressources humaines.
Populations prioritaires	Personnel des programmes (PNLAT, PNLSH, Plan International, DNGELM, DNPM, DNL), les sous récipiendaires et le personnel des autres entités de mise en œuvre.
Obstacles et inégalités	Les obstacles et les inégalités à une gestion optimale des subventions consistent essentiellement en des risques qui tendront à ralentir la mise en œuvre des interventions. Cf. section 3, alinéa d.
Justification	Dans le cadre de la Guinée, la gestion des subventions constitue un volet assez important compte tenu des crises socio-politiques et des besoins de renforcement des équipes des finances des programmes afin de mitiger les différents risques programmatiques et financiers.
Résultats attendus	Les subventions actuelles ont une performance qui oscille entre B1 et A1. Le maintien des principaux acteurs et le renforcement du système de gouvernance vont améliorer la performance des nouvelles subventions qui pourraient passer en A1 dans les semestres suivant le démarrage des activités
Investissement attendu	Les volets « coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies » et la « Gestion des subventions » vont couter respectivement $ 18 976 122, représentant 29,9% de l'allocation et réparti comme suit

Tableaux 18 : Budget du module « Gestion de programme » 2021-2023

Module : Gestion de programme	2021	2022	2023	Total	%
Coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies	2 742 757	2 753 210	2 633 093	8 129 060	42,8%
Gestion des subventions	3 677 552	3 585 217	3 584 293	10 847 062	57,2%
Total	**6 420 309**	**6 338 427**	**6 217 386**	**18 976 122**	

b) L'un ou plusieurs des aspects de cette demande de financement font-ils appel à la modalité de **paiement en fonction des résultats** ?

☐ Oui ☒ Non

c) **Possibilités d'intégration –** Expliquer en quoi les investissements proposés tiennent compte :

- des besoins des programmes de lutte contre les trois maladies et des autres programmes de santé connexes ;
- des liens avec les systèmes de santé généraux pour améliorer les résultats de la lutte contre les maladies, et l'efficience et la pérennité des programmes.

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2015-2024) s'est fixé comme objectif, le Renforcement du système national de santé. Ceci passe par le Renforcement des prestations et services intégrés de qualité, en particulier au niveau centre de santé et communautaire. Le choix de la formulation de cet objectif est tiré des constats dans la prestation des services dont : (i) les paquets de soins essentiels

incomplets, (ii) la référence et la contre-référence faiblement développées, (iii) les soins ne respectant pas les standards de qualité (continuum des soins, prévention et contrôle de l'infection, humanisation des soins, etc.).

Dans le cadre de cette demande de financement, les approches intégrées sont favorisées en vue d'assurer des services de santé centrés sur les personnes, l'efficience des investissements et la pérennité des approches.

Ainsi, la mutualisation des interventions sera systématique dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire et du plan stratégique national SRMANIA. A titre d'exemples, les RECO et ASC seront utilisés lors des campagnes CPS au cours desquelles les activités suivantes seront réalisées : i) dépistage des cas suspects de tuberculose qui seront orientés vers les centres de santé pour le diagnostic et la PEC, ii) dépistage de la malnutrition, iii) la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (paludisme, IRA, diarrhées…). Au niveau des centres de santé la distribution des MILDA aux enfants de moins d'1 an et femmes enceintes sera intégrée aux stratégies avancées réalisées dans le cadre du PEV et de la CPN.

Les machines GeneXpert acquises serviront en plus du diagnostic de la TB à la mesure de la charge virale et au diagnostic précoce de l'infection VIH chez les nouveau-nés. L'acquisition concomitante des panneaux solaires servira à générer l'électricité pour tout le centre de santé abritant le site GeneXpert. Il en est de même pour l'acquisition des microscopes qui serviront au diagnostic du paludisme et d'autres maladies.

Le système de transport des échantillons de crachat qui sera mis à l'échelle sera un système intégré avec le VIH et d'autres maladies. La couverture nationale avancée du programme de lutte contre le paludisme constitue une opportunité à saisir pour intégrer la TB et le VIH notamment en matière de transport des échantillons. La constitution de comités TB/VIH à tous les niveaux favorisera la planification commune intégrant le paludisme, la mise en place de modèles de soins intégrés dans une seule structure de santé et la qualité et la validité des données relatives à la coïnfection TB/VIH et de lutte contre le paludisme.
L'institution de centres adaptés pour les jeunes et adolescents pourra être mise à profit pour intégrer la tuberculose et ainsi prévenir la stigmatisation entourant cette population.

Les modules SRPS intégrés dans les demandes de financement Paludisme/RSS et TB/VIH visent à faire face aux contraintes systémiques communes aux 3 programmes principaux, et aussi aux autres dans la mesure du possible, en matière :

- De gestion des produits de santé (livraison des commandes et distribution des intrants dans les délais ; amélioration de la gestion et du suivi des stocks et des conditions de stockage au niveau des sites ; disponibilité et utilisation des outils de gestion ; amélioration des capacités dans la gestion de la chaine d'approvisionnement ; amélioration de la qualité des données logistiques rapportées dans eSIGL ; gestion des péremptions ; intégration des intrants de lutte contre la TB dans le stock global des centres de santé qui abritent les CDT/CT ; opérationnalisation du système d'enregistrement des médicaments ; intégration des données de pharmacovigilance des médicaments spécifiques aux maladies dans le système national de pharmacovigilance ; transmission des données relatives aux effets secondaires des médicaments au niveau central ; amélioration de la visibilité des achats des intrants financés par l'État en termes de quantité, de délais de livraison et d'assurance de qualité ; amélioration du contrôle de qualité des médicaments notamment le contrôle post-marketing)
- De système d'information sanitaire et de suivi et évaluation (amélioration des capacités en évaluation et analyse des données épidémiologiques, utilisation commune du matériel informatique, validation des données au niveau préfectoral et régional, amélioration des capacités dans l'utilisation du DHIS2 ; utilisation intégrée de sites web, renforcement du système d'enregistrement des faits de l'état civil ; et institution d'une législation pour la déclaration des maladies contagieuses)
- Des systèmes communautaires (renforcement de l'effectif des relais communautaires, mise à l'échelle de l'approche communautaire dans tout le pays, promotion de l'engagement des organisations de la société civile dans une approche multi maladies, harmonisation des motivations des relais communautaires entre tous les programmes, engagement intégré des guérisseurs traditionnels, amélioration de l'interface entre le système de santé et le système communautaire en termes de

référence des malades, de transmission de l'information, de rétro information et de supervision des activités communautaires par l'équipe de santé)

- Des systèmes de laboratoire (mise en place et mise à l'échelle d'un système intégré de transport des échantillons, mise en place d'un système de maintenance, utilisation intégrée des tests Hémato-Biochimiques prévus pour les patients TB-MR)
- De gestion de programmes (Supervisions conjointes intégrées, réhabilitation/construction des CDT, mise en place et fonctionnement de l'unité de gestion des projets et coaching conjoint)

d) Expliquer succinctement en quoi la demande de financement est conforme aux **exigences de centrage de la candidature** énoncées dans la lettre d'allocation.

La présente demande prévoit des interventions de renforcement du système de santé dans le but de maximiser l'impact. Il s'agit notamment de : i) l'appui à la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé communautaire qui vise à améliorer l'accès et l'utilisation des services de lutte contre les trois maladies (Paludisme, VIH, TB) et des autres programmes prioritaires (PEV, malnutrition, IRA…) ; ii) le renforcement du SNIS pour la collecte de données de qualité permettant le suivi des performances et la prise de décision ; iii) l'appui à la gestion des produits de santé pour une disponibilité et une utilisation optimale au dernier kilomètre ; iv) le renforcement de capacités du ministère (Directions, Programmes, services décentralisés) en vue d'améliorer le leadership et la gouvernance.

Des interventions sont également prévues pour améliorer l'accès aux services des populations clés et vulnérables et réduire les obstacles liés au genre et aux droits humains qui entravent l'accès aux services. Il s'agit entre autres de l'appui aux stratégies avancées des centres de santé, de la distribution communautaire des MILDA, de l'intégration des services de santé des milieux carcéraux et des centres de santé communautaires des populations clés.
Dans le souci de maximiser l'utilisation des ressources et éviter la duplication des efforts, un centrage des zones d'interventions a été adopté entre les principaux partenaires (Stop palu+ et CRS) en fonction des avantages comparatifs sous la coordination du PNLP et des bailleurs (FM et PMI).

e) Expliquer en quoi la demande de financement présente un bon **rapport coût/efficacité**, en incluant des exemples de l'amélioration de la rentabilité par rapport à la période d'allocation actuelle. Pour répondre, se reporter aux *Instructions* relatives à la définition du rapport coût/efficacité du Fonds mondial.

Pour la présente allocation, la demande TB/VIH s'est aligné sur les coûts unitaires harmonisés qui tiennent compte du besoin de rationalisation des dépenses. L'établissement des budgets des interventions s'est appuyé également sur les options les moins onéreuses pour la mise en œuvre. Par exemple, au lieu d'envoyer des comptables pour se déplacer à des distances pour effectuer des paiements, les programmes continueront d'utiliser et de généraliser les paiements via les solutions d'agence ou mobiles, qui ont également l'avantage de la sécurité et de la réduction des risques.

Au niveau de la mise en œuvre des interventions, un certain nombre d'options participe à la réduction des coûts d'opération à la fois pour la gestion de la subvention mais également pour les utilisateurs et bénéficiaires des services. Il s'agit i) du transport harmonisé des échantillons TB et VIH et du rendu des résultats, ii) de la synergie au niveau communautaire pour la recherche des perdus de vue qui va s'adresser pour la même sortie aux patients TB et VIH, iii) la mise à contribution du personnel de la santé communautaire (RECO, ASC) pour les activités intégrées de promotion des services, de recherche de perdus de vue, iv) des supervisions conjointes TB et VIH, v) de la configuration des GeneXpert pour le dépistage précoce des enfants exposés et la réalisation de la charge virale pour les patients éloignés des plateformes de charge virale, vi) de la mise en œuvre et du renforcement des stratégies différenciées de dépistage du VIH et du traitement.

2.3 Fonds de contrepartie (le cas échéant)

Seuls les candidats dont la lettre d'allocation indique que des fonds de contrepartie leur ont été assignés sont tenus de répondre à cette question.

Décrire en quoi les **conditions programmatiques et financières** énoncées dans la lettre d'allocation ont été remplies.

N/A

Section 3 : Modalités d'application et de mise en œuvre

a) Décrire la façon dont les **modalités de mise en œuvre** proposées garantiront l'exécution efficace du programme.

1) Pour le cycle de financement 2017-2019, les subventions TB et VIH ont été gérées par le Ministère de la santé à travers le programme national de lutte contre le Sida et les hépatites (PLNSH) pour le volet VIH secteur public et Plan international/Guinée a été le récipiendaire principal de la subvention combinée tuberculose et le volet communautaire VIH. La lettre d'allocation des subventions à la République de Guinée a recommandé de maintenir les principaux récipiendaires actuelles et l'instance de coordination nationale a entériné cette décision lors de sa réunion tenue le 20/03/2020.

Pour la subvention VIH, lors de la mise en œuvre débutée le 1er janvier 2018, les mesures opérationnelles et de gestion mises en place (Agence fiduciaire pour le MS/PNLSH, rationalisation des sous-bénéficiaires, priorisation des interventions, etc..) ont permis d'améliorer la performance de la subvention. La subvention a fait l'objet d'une reprogrammation en juin 2019 sur la base des priorités des interventions basées sur des évidences et du recentrage des entités de mise en œuvre pour plus d'efficacité. Le dispositif comportait 4 sous-récipiendaires et des prestataires pour des activités spécifiques. Les sous -récipiendaires étaient les suivants :

- L'UNICEF pour le renforcement de la qualité de la prise en charge/traitement
- JHPIEGO pour la PTME,
- La Croix Rouge Française pour le volet soutien psychosocial (APS)
- FMG pour le dépistage différentié y compris le dépistage communautaire.

Parmi les prestataires de services, on peut compter SOLTHIS qui apporte un appui technique pour la mise en œuvre de la stratégie d'extension de la charge virale, Catholic Relief Services (CRS) pour un appui technique à la chaine d'approvisionnement et d'autres entités particulières comme les 29 sites à grande cohorte de prise en charge avec le PR signe des mémorandums d'entente.

Ce dispositif mis en place a permis d'avoir une cohérence dans la mise en œuvre et a facilité la coordination des acteurs. Avec la priorisation, les investissements de la subvention se sont focalisés sur les priorités géographiques et sur les cibles pour accroître les performances. En mis en juin 2019, la performance programmatique de la subvention est de 80% correspondant à une note de B1 pour le semestre sous revue. Une progression constante de la performance globale de la subvention est observée passant de 43% en S1 2018 à 62% en S2 2018 et 80% en S1 2019, soit une amélioration de 36 points entre le 1er semestre 2018 et le 1er semestre 2019. Ces performances sont en hausse et devraient se maintenir à des niveaux très appréciables.

Pour la subvention 2021-2023, le MS/PNLSH envisage de s'aligner aux orientations et de renforcement du système de santé, qui ont retenu comme mécanisme nouveau le transfert des compétences de gestion au sein des organes décentralisées du Ministère de la santé (DRS, DPS). De ce fait le portefeuille actuellement géré par l'UNICEF sera transféré à ces entités sur la base de conventions de performance que les DRS et DPS signeront avec le PR/PNLSH ou l'UAGCP. L'Unité d'Appui à la Gestion et à la coordination des projets (UAGCP) en cours de mise en place s'intégrera dans cette architecture. De plus, d'autres Directions au sein du Ministère de la Santé auront un rôle dans la mise en œuvre et pour la synergie programmatique : Direction Nationale de la Santé de la Famille et de la Nutrition (PTME, SSR/VIH, santé maternelle), Direction Nationale des Laboratoires (RSS/laboratoires), Direction Nationale des Médicaments et de la Pharmacie (RSS/GAS, Contrôle qualité, pharmacovigilance). Les interventions relatives à la qualité du traitement seront mises en œuvre par le programme qui poursuivra la coordination des activités et les directions préfectorales et régionales de son Ministère de tutelle. Concernant la gestion du programme, le MS/PNLSH, l'UAGCP et les SR renforceront le mécanisme de coordination et de supervision qui permettra de mettre en œuvre efficacement le plan de travail et de réduire les risques

opérationnels. Les SR vont de nouveau bénéficier de renforcement de leur capacité fonctionnelle et opérationnelle pour la mise en œuvre des interventions, y compris la supervision des prestataires. Les SR utiliseront un réseau de prestataires qui a bénéficié d'appui en renforcement de capacités et qui connait mieux les zones d'intervention et les cibles respectives. La robustesse de ce dispositif permettra de poursuivre les interventions avec célérité et efficacité.

S'agissant de la subvention TB et TB/VIH dont la mise en œuvre a débuté le 1er janvier 2018 par Plan International Guinée, la cartographie a été revue avec 6 SR, le PNLAT pour le volet offre de service de santé et 05 ONG devant accompagner l'approche communautaire qui développent un paquet d'interventions en fonction des prioritaires. Décrites ci-dessous :

- Heath Focus, priorité VIH : avec des interventions couvrant Conakry avec les cibles populations clés et adolescents/jeunes et une couverture nationale : les routiers, les pêcheurs, les Homme/femme en uniforme, les miniers, les travailleurs du secteur public et privé.
- AGIL : priorités VIH de la zone de Basse Guinée avec les populations clés, les routiers, les pêcheurs et les Détenus et paquet communautaire TB pour la population générale de la zone
- AJP : priorité VIH de la zone de Haute Guinée avec les populations clés, les routiers, les pêcheurs et les Détenus et paquet communautaire TB pour la population générale de la zone
- ChildFund, priorité VIH pour la zone de Moyenne Guinée avec les populations clés, les routiers, les pêcheurs et les Détenus et paquet communautaire TB pour la population générale de la zone
- OIM : priorité VIH pour couvrir la zone de la Guinée forestière avec les populations clés, les routiers, les pêcheurs et les Détenus et paquet communautaire TB pour la population générale de la zone

En sus des sous récipiendaires, Plan International a contractualisé à titre de prestataires de services avec quelques ONG, institutions et services pour faciliter la disponibilité des services suivantes :

- COFEL/ paquet observatoire communautaire d'accès aux services de santé cofinancé avec Initiative 5%
- Action Damien/ paquet d'accompagnement nutritionnel et appui aux examens paracliniques des TB-MR
- CHRS/ traitement et d'accompagnement nutritionnel et appui aux examens paracliniques des patients TB-MR référés au niveau de la Guinée Forestière
- TOTAL/ dotation de carburant pour soutenir la stratégie de transport des échantillons de 27 CDT et 92 centres de santé.

Ce dispositif mis en place a permis d'avoir une cohérence dans la mise en œuvre puis de faciliter la coordination des acteurs. Avec cette priorisation, l'investissement de la subvention s'est focalisé. Les performances étaient respectivement B1, A1 et A2 entre le 1ier janvier 2018 et 30 juin 2019.

Pour la subvention en cours, Plan/Guinée va maintenir la même architecture de mise en œuvre, d'une part du fait qu'elle a fait ses preuves et d'autre part pour sauvegarder et optimiser les investissements déjà consentis. En effet, PR/Plan et les SR ont mis en place un mécanisme de coordination et de supervision (périodicité des réunions de coordination, concertation permanente, travail de proximité avec déplacement du personnel du PR vers les SR, etc..) qui ont permis de mettre en œuvre efficacement le plan de travail. Les SR ont mis en place un réseau d'agents communautaires TB et de pairs éducateurs VIH populations clés en partenariat avec les associations identitaires et vulnérables qui ont bénéficié d'appui en renforcement de capacités et connaissent mieux leurs zones d'intervention et leurs cibles respectives. La robustesse de ce dispositif permettra de poursuivre les interventions avec célérité et efficacité pour mieux intégrer les interventions en faveur des nouvelles cibles que sont les utilisateurs de drogues injectables, les personnes vivant avec un handicap, les adolescent(e) s et jeunes dans la prévention du VIH et de la TB couplé à un renforcement des organisations communautaires.

Au cours de la mise en œuvre des subventions actuelles, certaines insuffisances ont été constatées, savoir : la mise sous traitement précoce de l'ensemble des nouveaux patients TB-MR ; la complétude et la promptitude des données TB dans le DHIS-2 ; la traçabilité de la mise en relation pour traitement

précoces des dépistés positifs au VIH ; Aussi, Pour améliorer la réponse au cours de la subvention à venir, les actions suivantes sont nécessaires :

- Poursuivre la décentralisation des sites de prise en charge TB-MR ; redynamiser le groupe technique TB-MR, accompagnement nutritionnel et paraclinique des patients.
- Accompagner les DPS dans la mise à jour et validation des données TB dans le DIHS-2 via la composante RSS.
- Recruter et mettre en place des pairs navigateurs devant accompagner les sorties de dépistage mobiles qui veilleront à une mise en relation adéquate dans le respect du choix du bénéficiaire pour assurer une mise sous traitement précoce.
- Répondre aux besoins de renforcement des capacités des organisations de la société civile surtout les populations clés, PVVIH, ado/ jeunes.
- Renforcer le partenariat à travers la prestation de service pour plus de flexibilité et proactivité dans la réponse.

2) Pour améliorer l'atteinte des résultats ainsi que les performances des programmes durant les subventions à venir, les actions suivantes sont nécessaires :

- Répondre aux besoins de renforcement des capacités des acteurs ;
- Renforcer la coordination entre les acteurs avec l'appui des partenaires ;
- Renforcer la mise en œuvre des programmes à travers les réunions de suivi et de revues périodiques ;
- La poursuite et l'extension du TPI dans les 35 sites (29 anciens sites à grande cohorte et les 6 nouveaux sites) de prise en charge du VIH,
- L'opérationnalisation du circuit intégré de collecte des échantillons TB/VIH (CV, DBS, crachat…) ainsi que du rendu des résultats,
- Renforcement de la redevabilité des DPS et DRS dans la complétude et la promptitude du rapport mensuel du DHIS2
- Améliorer le suivi stratégique du PR auprès des SR et prestataires

3) Afin de renforcer la cohérence, la coordination et la synergie entre les deux subventions, le PNLAT et le PNLSH ont, au cours de la demande de reconduction, élaboré un document de priorisation des interventions TB et VIH afin de définir les zones et les stratégies de complémentarité et de synergie *(Annexe-32_Priorisation_interventions_TB/VIH_2020)*.

   Au cours de la mise en œuvre, les actions suivantes sont envisagées :

- Renforcer la coordination entre le PNLSH et le PNLAT, sous le leadership de la Direction Nationale des Grandes Endémies et de la Lutte contre la Maladie (DNGELM).
- Renforcer la fonctionnalité et la régularité de réunions du Comité TB/VIH
- Élargir l'intégration des services TB et VIH autour des CDT, des sites PEC et le transport des échantillons/rendu des résultats
- Mener des supervisions conjointes dans les zones où les priorités se superposent.

4) Les principaux acteurs de mise en œuvre sont présentés dans le tableau suivant

Module/intervention programmatique	Entité concernée	Rôle dans la mise en œuvre du programme
PR/ Ministère de la Santé – Direction Nationale des Grandes Endémies et de la Lutte contre les Maladies (DNGELM)		
Unité d'Appui à la Gestion et à la coordination des projets (UAGCP) : est la structure du Ministère de la Santé en charge d'appui à la gestion financière de la subvention		
Lead implémenter's		

Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites (PNLSH)		Le PNLSH est la structure du Ministère de la Santé en charge de la mise en œuvre et de la gestion programmatique de la subvention au quotidien
Sous récipiendaires (SR)		
PTME	JHPIEGO	Sous récipiendaire en charge de la mise en œuvre du module de la PTME. Jhpiego a élaboré une évaluation de 66 sites et un plan de renforcement est en cours De mise en œuvre et une extension des sites à évaluer se fera durant la prochaine subvention. La couverture est nationale.
Services de dépistage différencié du VIH	FMG	FMG est charge de la mise en œuvre des activités de dépistage communautaire et du DCIS sur toute l'étendue du territoire. Fraternité Médicale Guinée aura également la charge du dépistage des fratries à partir des cas index. La couverture est nationale.
Soins/traitement	Croix rouge française (CRF)	La Croix Rouge Française est en charge de l'accompagnement psychosocial des PVVIH à travers la gestion des APS et en charge du renforcement des réseaux et associations de PVVIH fournissant la majeure partie des APS. La couverture est nationale.
Prestataires de services		
GAS	Pharmacie Centrale de Guinée	Stockage et distribution des intrants VIH y compris les ARV, les médicaments contre les IO, les réactifs et les consommables. La couverture est nationale à travers les dépôts régionaux de la PCG.
GAS	Catholic Relief Services (CRS)	Appui à l'amélioration de la qualité du système d'approvisionnement du PR tout au long de la chaine ainsi que le renforcement de la qualité des données de pharmacie.
Appui à la Charge Virale	Solthis	Appui technique au PR à la mise en œuvre de stratégie nationale de passage à l'échelle de la charge virale avec une couverture des 29 sites à grandes cohortes dans un premier temps puis un élargissement à tous les autres sites de PEC et PTME.
Autres entités prenantes		
Traitement et soins	Direction régionale de la santé (DRS)	Mise en œuvre des activités de renforcement de la qualité de la prise en charge dans les structure sanitaires
Traitement et soins	Direction préfectorale de la santé (DPS)	Mise en œuvre des activités de renforcement de la qualité de la prise en charge dans les structure sanitaires
PTME	Direction nationale de la santé familiale et de la nutrition (DNSFN)	Appui au PR pour le volet CPN/PTME pour la prise en compte de toutes les femmes enceintes attendues dans la prévention de la transmission mère enfant
Appui à la Charge Virale	Direction nationale des laboratoires (DNL)	Accompagnement du PR dans l'amélioration de la qualité de la charge virale
Soins/traitement	Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle (DNSCMT)	Accompagnement du PR dans l'accompagnement Psychosocial et l'utilisation des ASC et des RECO
GAS	Direction nationale de la pharmacie et des médicaments (DNPM)	Appui à la chaine d'approvisionnement (UGL/e-SIGL)
Appui à la Charge Virale	Institut national de santé publique (INSP)	Assurance qualité des laboratoires, tutorat des laboratoires

PR/ Plan international - Guinée		
Lead implementer's	Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT)	Lead des offres service de santé tuberculose
ONG-Sous récipiendaires (SR)		

VIH Prévention	Health Focus	Conakry : cibles populations clés et adolescents/jeunes et basse Guinée : les routiers, les pêcheurs, les Homme/femme en uniforme, les miniers, les travailleurs du secteur public et privé.
Tuberculose et VIH Prévention	AGIL	Basse Guinée VIH : les populations clés, Conakry et basse Guinée/ TB : population générale
Tuberculose et VIH Prévention	AJP	Haute Guinée VIH : les populations clés, les adolescents/jeunes, routiers, les pêcheurs les Détenus, les Homme/femme en uniforme TB : population générale
Tuberculose et VIH Prévention	ChildFund	Guinée Moyenne VIH : les populations clés, adolescents/jeunes, les routiers, les Détenus, les Homme/femme en uniforme TB : population générale
Tuberculose et VIH Prévention	OIM	Guinée Forestière VIH: les populations clés, adolescents/jeunes, les routiers, les pêcheurs, les détenus, les Homme/femme en uniforme TB : population générale
Prestataires de services		
Tuberculose multi-résistante	CHRS	Guinée Forestière : paquet d'accompagnement nutritionnel et appui aux examens paracliniques des TB-MR
Tuberculose multi-résistante	Action Damien	Conakry et Basse guinée paquet d'accompagnement nutritionnel et appui aux examens paracliniques des TB-MR
TB/ VIH et palu	COFEL	Nationale : paquet observatoire communautaire d'accès aux services de santé cofinancé avec Initiative 5%
Tuberculose multi-résistante	TOTAL	Nationale : dotation de carburant pour soutenir la stratégie de transport des échantillons de 27 CDT et 92 centres de santé.
TB/ VIH	Orange	Nationale : système de paiement et transfert électronique
TB/ VIH	OFFOMS	Moyenne Guinée : renforcement des interventions prestation de

Les détails sont consignés dans la Cartographie de mise en œuvre jointe aux documents de la présente demande

b) Décrire le rôle que les **organisations communautaires** joueront en vertu des modalités de mise en œuvre.

Suivant la cartographie de mise en œuvre, les organisations communautaires vont jouer divers rôles dans la mise en œuvre. Au niveau de la gestion des subventions, 6 organisations communautaires FMG, Health Focus, AGP, AGIL, ChildFund) assureront le rôle de sous récipiendaires pour le dépistage différenciée et pour les interventions communautaires de la lutte contre la tuberculose et le VIH.

Outre ce rôle, plusieurs organisations et structures communautaires seront impliquées dans la mise en œuvre des interventions de la manière suivante :

	Rôle des Organisations communautaires
Prévention-	Sensibilisation (causeries éducatives, références, distribution lubrifiant préservatifs…), Causeries via réseaux sociaux, mise en œuvre du paquet d'intervention en faveur des populations clés
PTME	Mobilisation sociale des femmes et de leur conjoint pour la PTME, orientation et accompagnement des femmes, recherche de perdus de vue, appui à l'observance des traitements, accompagnement psychosocial, appui au dépistage précoce des enfants exposés

Services de dépistage différencié du VIH	Mobilisation sociale pour le dépistage, dépistage communautaire, mise en relation des personnes dépistées positives avec les sites PEC, campagne de dépistage ciblée, dépistage des populations clés, dépistage avec l'autotest, dépistage avec la clinique mobile, dépistage cas index
Traitement, prise en charge et soutien	Orientation et accompagnement des patients, recherche de perdus de vue, appui à l'observance, accompagnement psychosocial à travers les agents psychosociaux (APS), visites à domicile, distribution des ARV dans le cadre des PODI
Tuberculose/VIH Prise en charge et prévention de la tuberculose Tuberculose multirésistante	Mobilisation sociale, orientation des cas suspects, recherche des perdus de vue et des cas contacts, appui à l'observance, accompagnement psychosocial, mise en œuvre de l'appui nutritionnel
Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose	Mobilisation sociale, plaidoyer pour la réduction des obstacles et la levée des barrières, sensibilisation des prestataires de santé, plaidoyer pour l'amélioration de la législation y compris leur application, plaidoyer après des forces de l'ordre et des acteurs de la justice, plaidoyer pour l'amélioration de l'environnement favorable, appui à l'autonomisation des communautés, monitorage des violences basées sur le genre
SRPS : Systèmes de gestion des produits de santé	Collecte d'information et suivi sur la disponibilité (OCASS, ITPC …), alerte sur les risques de rupture et plaidoyer pour l'amélioration de la disponibilité des intrants
SRPS : Renforcement des systèmes communautaires	Les interventions sont destinées à renforcer les capacités des acteurs et des structures communautaires. Dans les interventions, il est prévu que les organisations communautaires assurent le suivi citoyen de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires/ communautaires d'une part et d'autre contribue à la mise en œuvre des interventions de santé communautaire en milieu urbain et semi-urbain en complément celles menées par les ASC/RECO en milieu rural. De plus, elles vont contribuer à collecter les informations sur les prestations communautaires tout en documentation leurs meilleures pratiques.

c) La présente demande de financement envisage-t-elle le recours à une **plateforme d'investissement conjoint** avec d'autres institutions ?

☐ Oui ☒ Non

d) Décrire les **principaux risques anticipés de la mise en œuvre**.

L'analyse des risques a été faite à l'aide de l'outil KRAM (Key risk and assurance matrix) du Fonds mondial. Elle a considéré les risques opérationnels suivants :

Principaux risques liés à la mise en œuvre	Mesures d'atténuation correspondantes	Entité responsable
Gouvernance nationale des programmes inadéquate (manque d'appropriation, manque de suivi des programmes, faible coordination de la collaboration inter-programme et des interventions transversales)	• Renforcement des activités de coordination des programmes (fréquence des réunions TB/VIH, planification conjointe des missions de supervision) • Opérationnalisation du Tableau de bord des supervisions de la DNGELM (Supervisions) et de la DNL (laboratoires) • Renforcement de la fonctionnalité de la coordination TB/VIH et des supervisions conjointes • Production et l'utilisation du Tableau de bord de l'ICN précisant les activités de monitoring continu des PR et SR	DNGELM, PNLAT, PNLSH, ICN
Gestion des fonds lacunaire (non-respect des procédures de gestion administrative et financière par PR et SR - y compris du respect des coûts harmonisés ; retard dans la remontée des rapports et pièces	• Renforcement du monitoring et suivi des performances des PR et SR (par l'ICN, la DNGELM) • Renforcement de l'appui technique du PR aux SR • Renforcement des réunions de coordination du PR avec les SR	DNGELM, PNLAT, PNLSH, ICN

justificatives (des SR vers le PR, du PR vers l'ICN, le Ministère de la Santé, le FM)	• Opérationnalisation de l'Unité d'appui à la gestion et à la coordination des projets (UAGCP)	
Le pays / Ministère de la Santé n'arrive pas à rendre le SNIS (DHIS2 santé et communautaire, et le e-SIGL) assez fonctionnel pour récolter les données d'une façon prompte et complète permettant le monitoring, l'évaluation et une planification basée sur l'évidence	• Plaidoyer forte et continue des deux programmes/ PR auprès des responsables SNIS au Ministère de la Santé et leur hiérarchie pour appuyer et renforcer le SNIS • Mettre en priorité les interventions planifiées pour rendre performant le DHIS2 et le e-SIGL (formation de personnel, mise à disposition du matériel, monitorage de la promptitude/complétude) et compléter les canevas pour capter des données additionnelles (Tracker, communauté, données de laboratoires)	PNLAT, PNLSH, DNGELM
Les sites (PEC, CDT, PTME, Dépistage) ne reçoivent pas les intrants à temps	• Mise en œuvre des résultats de l'évaluation de l'efficacité de la distribution au dernier Km (prévue au cours de l'année 2020)	DNGELM & PCG
Performance du programme en dessous des cibles fixés	• Fixer des cibles pour les indicateurs-clés pour les structures décentralisées ; Monitorer les cibles et les performances à tous les niveaux pendant les supervisions • Assurer le suivi de l'opérationnalisation et du renforcement des stratégies communes (transport des échantillons/rendus des résultats, supervision conjointe, distribution d'intrants, « One Stop Shop », GeneXpert, PoC, PODI, contrôle qualité des intrants, renforcement des systèmes, implication du système communautaire renforcé, stratégies différenciées, coaching, mentorat, planification et supervisions conjointes, etc..)	PNLAT, PNLSH, DNGELM
Non-respect des engagements de l'État (mise à la disposition tardive des contributions prévue par l'État avec comme conséquence non-disponibilité ou rupture en entrants)	• Suivi du cofinancement et du plaidoyer pour le respect des engagements, avec priorité sur les médicaments et intrants de laboratoire	ICN, PR, PNLAT, PNLSH
Troubles sociopolitiques pouvant impacter sur les activités administratives, programmatiques et financières (cofinancement de l'État)	• Préparation d'un Plan de riposte pour les situations d'urgence ('Emergency preparedness plan) pour les programmes garantissant autant que possible la disponibilité des intrants et la continuation des soins • Renforcement des mesures de sécurisation physique du personnel, des entrepôts des produits de santé • Renforcement des capacités des SR, PR et Ministère à utiliser les TIC pour travailler et faire les réunions à distance (business continuity)	PNLAT, PNLSH, DNGELM
Émergence ou de persistance des épidémies comme Ébola, Corona virus		

Légende

	Niveau de risque élevé
	Niveau de risque moyen
	Niveau de risque bas

Section 4 : Cofinancement, pérennité et transition

Pour répondre aux questions ci-dessous, se référer aux *Instructions*, à la section de la **lettre d'allocation** relative au financement national, à la Note d'orientation sur la pérennité, la transition et le cofinancement, **au(x) tableau(x) du paysage de financement, au(x) tableau(x) de lacunes programmatiques, au plan de pérennité ou au plan de travail de transition,** si disponibles.

4.1 Cofinancement

a) Les **engagements de cofinancement** pour la période d'allocation **actuelle** ont-ils été honorés ?

☒ Oui ☐ Non

Si **oui**, joindre des pièces justificatives démontrant dans quelle mesure les engagements de cofinancement ont été honorés.

b) Les **engagements de cofinancement** pour la **prochaine** période d'allocation répondent-ils aux exigences minimales pour bénéficier pleinement de l'incitation au cofinancement ?

☒ Oui ☐ Non

Si des informations sur les engagements sont disponibles, joindre des pièces justificatives démontrant la mesure des engagements de cofinancement contractés.

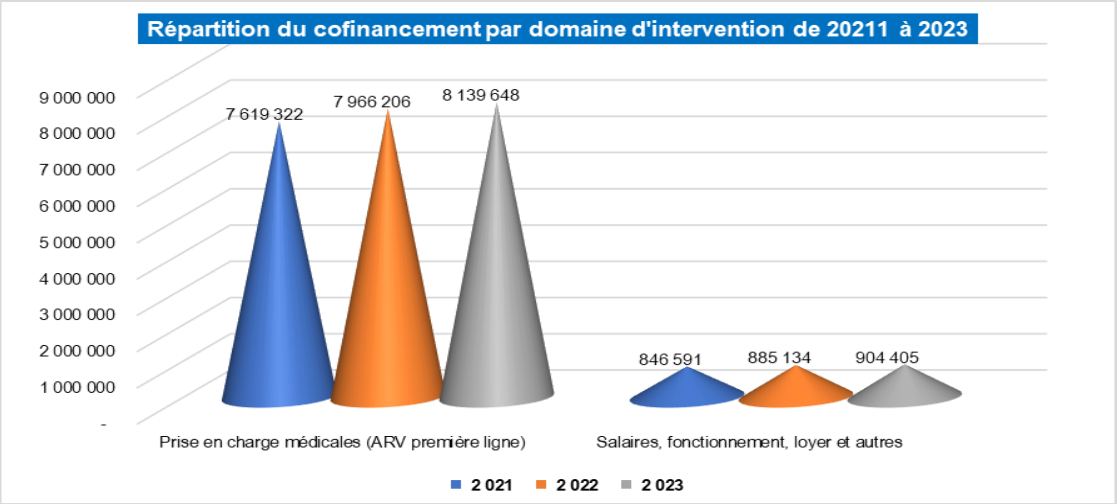
c) Résumer les **axes programmatiques** qui bénéficieront d'un cofinancement national pendant la prochaine période d'allocation. En particulier :

i. Le financement des principaux coûts programmatiques des plans nationaux de lutte contre les différentes maladies ou des systèmes de santé ;
ii. La prise en charge prévue des interventions actuellement financées par le Fonds mondial.

Pour la période 2021-2023, la mise en œuvre des programmes nécessitera **218 827 242 USD** reparti par maladie comme suit : Tuberculose (11,19%) et VIH/Sida (88,81%). Le paysage de financement indique l'existence d'un besoin anticipé. Malgré l'accompagnement financier des partenaires techniques et financiers (autres que le Fonds mondial), l'État devra également investir **52 929 744 USD** au cours de la même période pour la Tuberculose (13,01%) et le VIH/Sida (86,99%).

En lien avec la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, la contribution attendue de l'État est de **26 361 306 USD** pour les trois prochaines années. Tenant compte des orientations de la réponse et des priorités nationales en matière de lutte contre le VIH/Sida, la majeure partie de ces ressources est consacrée à l'acquisition des médicaments ARV de première ligne et aux dépenses de fonctionnement (y compris les salaires).

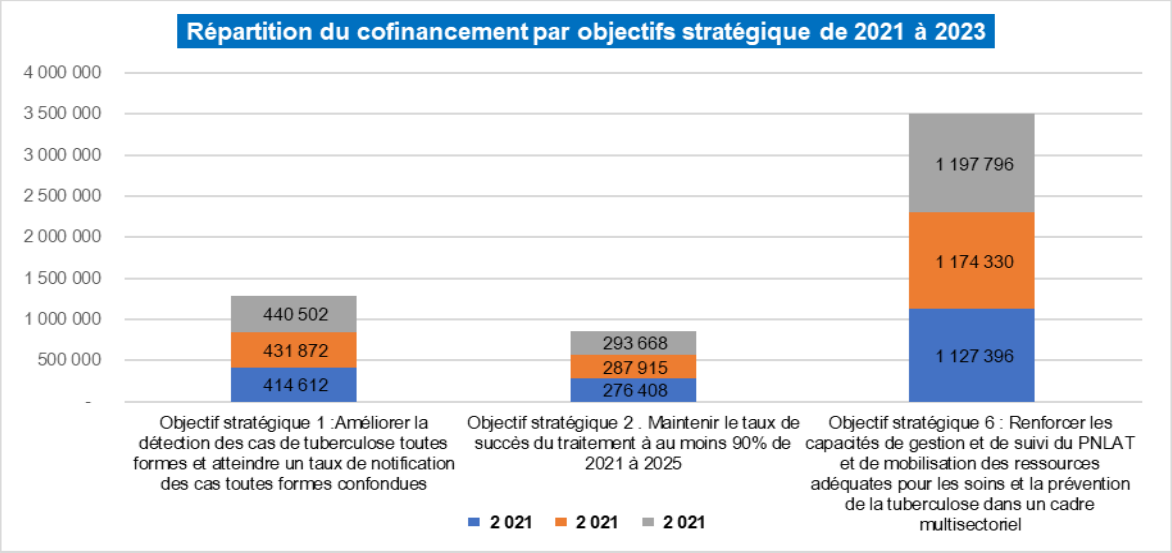
En lien avec le CSN pour la même période, seulement deux effets bénéficient d'un cofinancement : (i) 75% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2022 et (ii) Entre 2018-2022, la gouvernance du CNLS assure une multisectorialité et une redevabilité optimales.



Graphique 26 : Répartition du cofinancement pour la VIH dans les domaines programmatiques

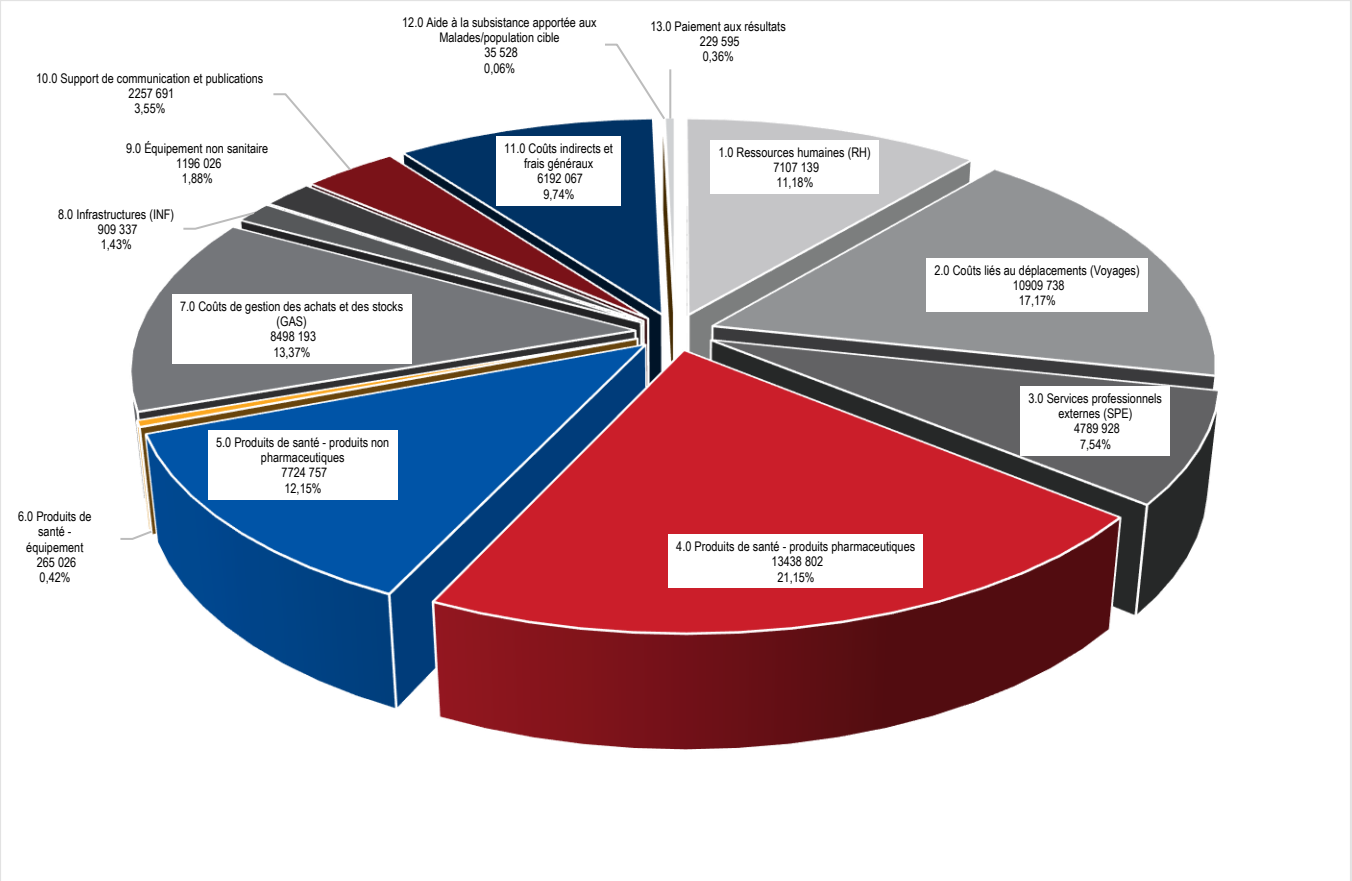
Dans le cadre de la mise en œuvre du programme Tuberculose, le financement attendu de l'État est de **5 644 500 USD** pour la période 2021 – 2023. Les orientations nationales et la priorisation des interventions,

les ressources de l'État serviront à l'achat des intrants (38%) et au frais de fonctionnement, loyer et infrastructures (62%). Les objectifs stratégies du PSN Tuberculose concernés sont : OS 1 : Améliorer la détection des cas de tuberculose toutes formes et atteindre un taux de notification des cas toutes formes confondues (23%) ; OS 2 : Maintenir le taux de succès du traitement à au moins 90% de 2021 à 2025 (15%) et OS 6 : Renforcer les capacités de gestion et de suivi du PNLAT et de mobilisation des ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose dans un cadre multisectoriel (62%).



Graphique 27 : Répartition du cofinancement pour la TB dans les domaines programmatiques

En complément aux interventions couvertes par le cofinancement et la contribution des partenaires, l'allocation du Fonds mondial basé sur les priorités définies dans la demande se répartir comme suit :



Graphique 26 : Répartition de l'allocation TB/VIH par grands catégories de cout pour la période 2021-2023 programmatiques

d) Préciser ci-dessous les moyens qui permettront d'assurer **le suivi et la communication des rapports** relatifs aux engagements de cofinancement. Si les systèmes de gestion des finances publiques ou les mécanismes de suivi des dépenses doivent être renforcés ou institutionnalisés, indiquer comment la présente demande de financement répondra à ces besoins.

Au regard du contexte sociopolitique de la Guinée, le suivi rapproché des décaissements et l'utilisation effective des ressources de l'État sera fondamental dans le respect des engagements de cofinancement. Cela permettra de sécuriser les ressources pour le fonctionnement des programmes (CNLS, PNLSH, PNLP et le PNLAT) et l'acquisition d'intrants et de produits de santé TB et VIH, conformément aux prévisions de quantification jointe à la présente demande. Le suivi portera sur l'ensemble des lignes budgétaires inscrites et leur décaissement effectif pour le compte les structures en charge de la lutte contre la Tuberculose et le VIH/Sida (CNLS, PNLSH, PNLP et le PNLAT), en collaboration avec l'ICN.

Au niveau de l'ICN, un Comité de suivi stratégique dont les capacités ont été renforcées au cours de l'année 2020. De plus, elle a bénéficié de la mise en place d'un Tableau de bord de l'ICN qui permet au Comité de suivi stratégique de collecter des informations sur la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial, y compris les engagements de cofinancement. Au sein de ce comité, il a été mis en place une commission technique appelée « sous-comité Finances et Approvisionnement » qui est issu du Comité de Suivi Stratégique. Elle est pilotée par la primature et composée des cadres des ministères des Finances, du Budget, de la Santé, des Bénéficiaires Principaux et de l'ICN.

A l'issue de ces travaux, le Comité de suivi stratégique de l'ICN se réunit trimestriellement avec les récipiendaires Principaux et les programmes bénéficiant des financements du Fonds Mondial pour faire le point des engagements reçus de la part de l'état Guinéen. Les montants reçus par ceux sont analysés par rapports aux engagements pris l'État Guinéen. Et à la fin de chaque année. La compilation des engagements reçus la part de l'état est transmise au ministère de l'économie des finances pour vérification et certification. Et ceux les montants certifiés sont communiqués au Fonds Mondial dans la lettre de justification de la contrepartie. Les observations et préoccupations y relatives sont incluses dans le rapport du Comité de suivi stratégique et c'est sur cette base que l'Assemblée générale de l'ICN formulera au besoin des recommandations pour améliorer la mobilisation du cofinancement et la mise en œuvre des subventions.

De plus, des rencontres de concertation trimestrielles sont organisées par l'ICN pour le suivi de la contrepartie de l'État. Ces rencontres permettre de regrouper les responsables de programmes nationaux, les PR, les représentants du Ministère de l'Économie et des Finances, des partenaires techniques et financiers (PTF), etc. Le suivi des décaissements s'accompagne également des pièces justificatives de l'utilisation effective des ressources pour une capitalisation dans les rapports de l'ICN. Ces rencontres sont documentées par des comptes rendus de réunion et archivé au sein de l'ICN

En fin de chaque année, un outil élaboré à cet effet est renseigné par chaque programme et transmis à l'ICN pour capitalisation et élaboration d'un rapport de suivi des décaissements de cofinancement. Un accent sera mis sur l'application correcte des normes et procédures comptables et financières pour une optimisation de l'utilisation des ressources.

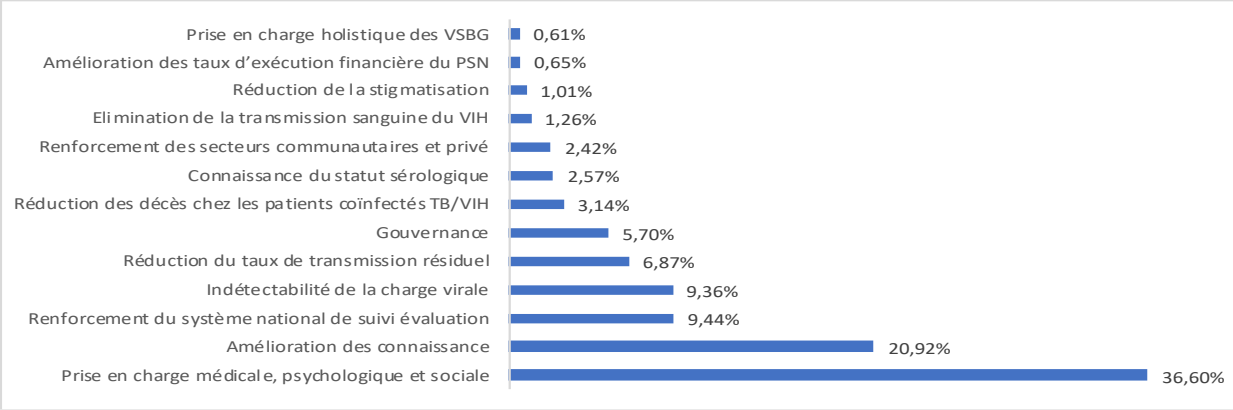
Dans la présente demande, il est prévu au niveau de la gestion des programmes un suivi rapproché, des régulières des programmes et des supervisions conjointes avec la Direction nationale des grandes endémies et de la lutte contre les maladies (DNGELM). Dans ces instances, le suivi de la mobilisation des ressources pour le fonctionnement des programmes et pour l'acquisition des produits de santé seront examinés. Cela contribuera à améliorer la mobilisation des engagements de cofinancement dans les délais souhaités par les programmes.

4.2 Pérennité et transition

a) À partir de l'analyse figurant dans **le(s) tableau(x) du paysage de financement**

4.1.a.1 Besoins en ressources et financement anticipés de la riposte au Sida

Les ressources nécessaires pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2021 – 2023 sont estimées à **59 165 011 USD**. Ce montant est réparti suivant les catégories de coût du PSN comme suit :



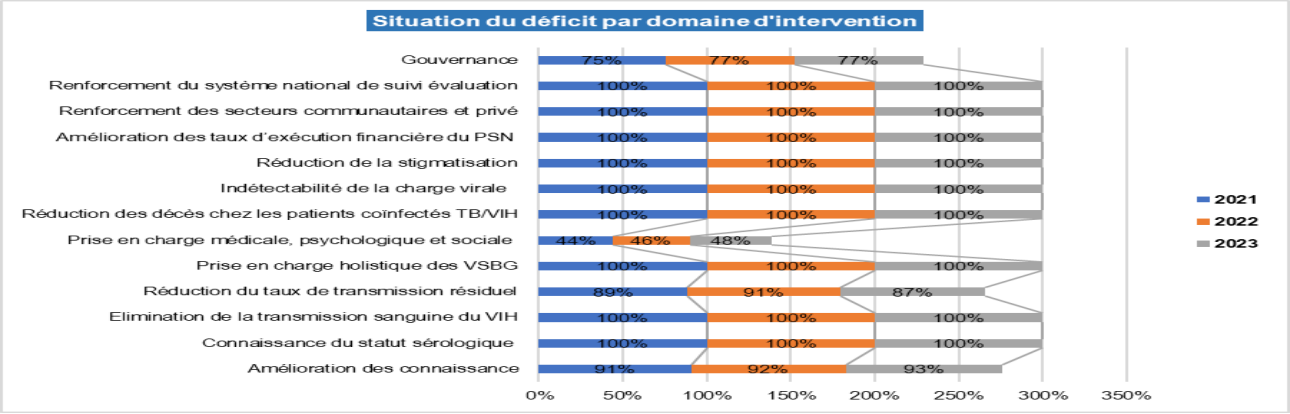
Le financement anticipé pour la même période est évalué à **46 041 244 USD**, représentant 23,69% des besoins en ressources. Il provient du budget de l'Etat (57,26%) et des partenaires techniques et financiers (42,74%).

Les ressources de l'Etat seront affectées prioritairement à l'acquisition des produits de santé (traitement ARV première ligne, 90%), au paiement des salaires (fonctionnaires affectés à la lutte contre le Sida), au fonctionnement, etc. (10%). Quant au financement anticipé provenant des partenaires extérieurs, il a été affecté en fonction de leur domaine d'intérêt.

La couverture des besoins en ressources par interventions se présente comme suit : Prise en charge médicale, psychologique et sociale (53,80%), Gouvernance (23,49%), la réduction du taux de transmission résiduel (11,19%), l'amélioration des connaissances en matière de lutte contre le VIH/Sida (8,01%).

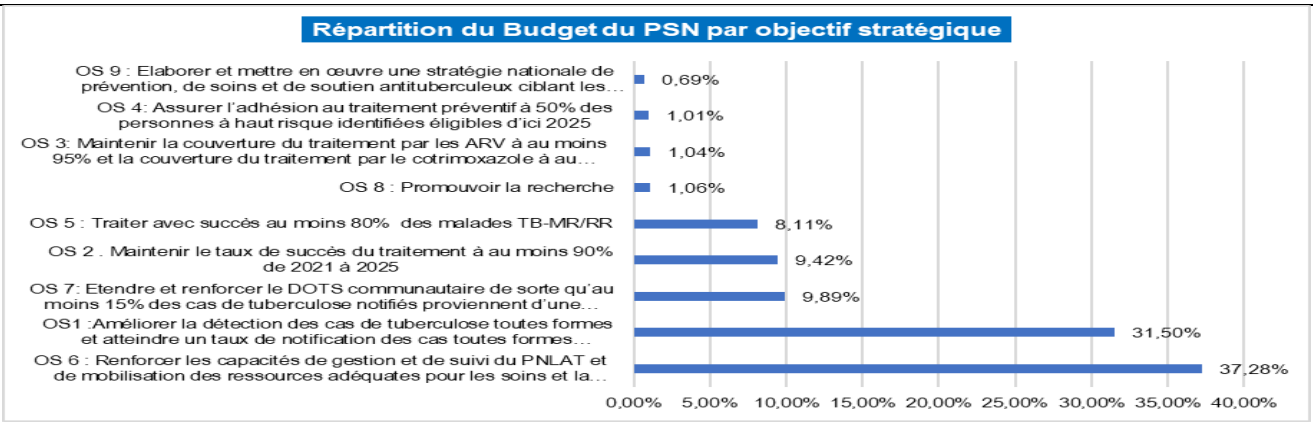
Les contributions annoncées des partenaires techniques et financières extérieurs autres que le Fonds mondial s'élève à **19 679 938 USD** sur la période 2021-2023.

Le déficit de financement pour la réponse au VIH est de **148 288 742 USD** pour les trois années (2021 à 2023), correspondant à 76,31% de l'ensemble des besoins en ressources. Le graphique ci-dessous présente le déficit annuel en pourcentage pour chaque domaine :



4.1.a.2 Besoins en ressource et financement anticipés de la lutte contre la tuberculose

Selon le Plan stratégique de lutte contre la tuberculose (Annexe_3, PSN TB), les ressources nécessaires pour la lutte contre la Tuberculose pour la période 2021 – 2023 sont estimées à **24 497 257 USD**. Elles sont réparties suivant les objectifs stratégiques du PSN comme suit :

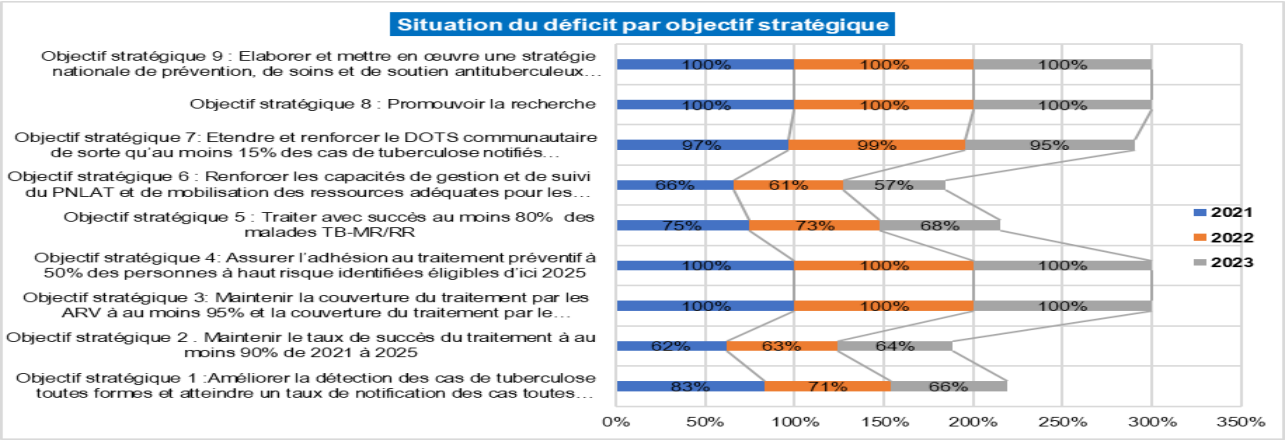


Le financement anticipé pour la même période est évalué à **6 888 500 USD**, correspondant à 28,12% de l'ensemble des besoins en ressources sur la période. Il provient du budget de l'État (81,94%) et des partenaires extérieurs (18,06%).

Les fonds provenant de l'Etat seront orientés vers l'acquisition des produits des intrants et consommables pour le diagnostic et la détection des cas de Tuberculose (38%), le paiement des salaires (fonctionnaires affectés à la lutte contre la tuberculose), les charges de fonctionnement, la location de bâtiments administratifs (62%). Le financement anticipé provenant des partenaires extérieurs (autres que le Fonds mondial) est de **1 244 000 USD** sur la période 2021-2023.

Suivant les centres d'intérêt des partenaires extérieurs (autres que le Fonds mondial), la couverture des besoins en ressources par objectifs stratégiques du PSN se présente comme suit : Renforcer les capacités de gestion et de suivi du PNLAT et de mobilisation des ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose dans un cadre multisectoriel (38,32%), Maintenir le taux de succès du traitement à au moins 90% de 2021 à 2025 (37,17%), Traiter avec succès au moins 80% des malades TB-MR/RR (28,05%), Améliorer la détection des cas de tuberculose toutes formes et atteindre un taux de notification des cas toutes formes confondues (24,80%) et Étendre et renforcer le DOTS communautaire de sorte qu'au moins 15% des cas de tuberculose notifiés proviennent d'une référence par un relai communautaire (2,48%).

Le déficit de financement est estimé à **17 608 756 USD** correspondant à 71,88% des besoins en ressources. Sur la base des orientations pour le financement anticipé, le déficit annuel pour chaque objectif stratégique du PSN se présente comme suit :



4.1.a.3 Dispositions pour obtenir des financements supplémentaires ou de nouvelles sources de financement

En vue de combler les déficits identifiés dans les différents domaines d'intervention de la tuberculose et du VIH, il est prévu d'investir stratégiquement les ressources de la présente allocation du Fonds mondial dans les priorités programmatiques identifiées par les programmes et conforté lors du dialogue pays

engagé avec les principaux acteurs et les bénéficiaires. Le déficit global pour les deux maladies se présent comme suit :

Le besoin total en ressources pour la réponse nationale est de 172 785 999 USD pour les deux maladies : Tuberculose (10,19%) et VIH/Sida (89,81%). Tous les domaines programmatiques en lien avec les deux maladies présentent des gaps importants, nécessitant des efforts supplémentaires en matière de mobilisation des ressources (prioritairement les ressources domestiques). En vue de consolider les acquis en matière de lutte contre la tuberculose et le VIH/Sida et améliorer la performance des programmes, il est envisagé de : i) renforcer le plaidoyer auprès du Gouvernement et du Parlement pour l'introduction de lignes budgétaires VIH dans les budgets sectoriels et des collectivités territoriales (communes, conseils régionaux) , ii) renforcer le plaidoyer auprès du secteur privé (téléphonies, mines, etc.) pour améliorer leur engagement dans la riposte à la Tuberculose et au VIH, iii) développer un plan de mobilisation des ressources innovantes (billet d'avion, téléphonie, téléthon, etc..), iv) renforcer les capacités des organisations de la société civile pour une mobilisation de ressources domestiques et internationales, v) renforcer le plaidoyer en vue d'engager de nouveaux partenaires dans la riposte au Sida et à la Tuberculose.

Outre les stratégies de mobilisation des ressources innovantes, d'autres actions sont envisagées en vue de réaliser des économies et améliorer l'efficience des programmes. Il s'agit : de la réduction du nombre de SR pour le VIH (passant de 4 à 3), l'utilisation des mêmes SR pour la mise en œuvre des interventions en lien avec les deux maladies (TB/VIH), l'utilisation des mêmes appareils de GeneXpert pour le diagnostic rapide de la tuberculose sensible et multi résistante, de la tuberculose associée au VIH, de la PCR, de la charge virale ; le transport conjoint des laboratoires et des échantillons, etc. Ces actions combinées permettront de réaliser des économies sur les frais de gestion (salaires, fonctionnement, frais de gestion, coût de transport, etc.).

4.1.a.4 Dispositions pour continuer à maximiser l'efficacité des interventions clés financées par le Fonds mondial

Il s'agira de renforcer les gains d'efficacité à partir du meilleur partage et synergie entre les programmes TB et VIH (approvisionnement, laboratoire, supervisions) sous le leadership de la Direction nationale des grandes endémies et de la lutte contre les maladies a systématisé la revue conjointe des programmes tuberculose et VIH, les supervisions conjointes, les missions de contrôle périodique en vue de réduire les risques dans la mise en œuvre des interventions, l'harmonisation des indemnités, etc. Pour la période 2021 – 2023, il est également prévu la mise en place de Tableau de bord pour le suivi de la réalisation des supervisions et de la mise en œuvre des recommandations qui en sont issues, le renforcement du coaching/tutorat, la mutualisation des ressources à travers la mise en place de l'UAGCP, etc. Une plus grande attention sera accordée au Gouvernement pour des contributions en dollars aux programmes, infrastructures/entretien des établissements de santé, salaires des travailleurs de la santé, développement d'un programme d'assurance maladie.

Le renforcement des capacités de l'ICN et l'opérationnalisation des tableaux de bord permettront de renforcer le mécanisme de suivi des engagements (financements anticipés) afin d'améliorer le niveau de mobilisation des ressources, l'efficacité et l'efficience dans la mise en œuvre des subventions VIH et Tuberculose.

b) Mettre en lumière les difficultés en matière de pérennité

Bien que classé pays à faible revenu, l'État guinéen continue d'accroître progressivement ses investissements dans le domaine de la santé en allouant une dotation budgétaire aux programmes VIH et tuberculose. Outre ces dotations budgétaires, l'État assure le paiement des salaires de personnel fonctionnaire, la réalisation ou la location d'infrastructures, la maintenance des installations sanitaires, l'implication et la dévolution du paiement des salaires aux collectivités territoriales, etc.

Cependant, il existe des risques que les programmes rencontrent des difficultés liées à la mobilisation des ressources de de l'État dont la majeure partie servira à financer les produits de santé. De ce fait, les programmes assureront un suivi rapproché et un plaidoyer pour la mobilisation effective du cofinancement

annoncé en collaboration avec l'ICN en vue de la sécurisation des financements de l'État. De plus, l'exercice de quantification des intrants réalisés sous l'égide du Ministère de la santé et l'inscription de ces budgets dans le plan d'action opérationnel annuel constitue également une mesure d'atténuation du risque.

Pour la mise en œuvre des prestations communautaires, les acteurs de la santé communautaire (ASC, REC0) et les travailleurs communautaires (ONG/Associations) constituent un maillon important de la réponse à la tuberculose et au VIH. Les défis en lien avec la pérennisation de la réponse communautaire portent sur : i) la difficulté de pérenniser les ressources humaines formées et compétences (déperdition, démotivation), ii) le maintien des capacités et de la fonctionnalité des organisations (troubles de gouvernance, précarité des ressources pour le fonctionnement), iii) la qualité des prestations et la disponibilité des données sur les résultats et performances des organisations communautaires. En vue d'atténuer cette situation, la demande inclut i) le renforcement des mécanismes et des capacités de mobilisation des ressources de la société civile, ii) le renforcement du leadership et des compétences en gouvernance des organisations, iii) la mise en place d'un référentiel des interventions communautaires, iv) la formation d'acteurs associatifs polyvalents et poly-compétents sur plusieurs domaines et maladies pour l'efficience mais aussi pour suppléer aux déperditions et v) le renforcement du suivi réalisé par la communauté. En lien avec les populations clés, il est prévu le renforcement du cadre institutionnel de la réponse communautaire et de la lutte contre la stigmatisation/ discrimination. L'amélioration de l'environnement favorable notamment au niveau communautaire contribuera à maintenir fonctionnel les sites de prestations de services communautaires en faveur des populations clés.

Au niveau de la gestion des programmes, les performances de mise en œuvre des subventions sont en voie d'amélioration avec la mise en place de l'UAGCP. Cependant, le système d'approvisionnement demeure une préoccupation. En début de mise en œuvre, une rencontre de tous les acteurs TB, VIH, Paludisme et SRPS sera organisée en vue d'une meilleure appropriation de la demande du ciblage régional et de mise en place d'un mécanisme de coordination des interventions.

Au cours de la mise en œuvre, des rencontres trimestrielles seront organisées de façon rotative par les PR, la PCG et le Ministère de la santé pour travailler sur les problèmes communs en vue d'harmoniser les approches. Chaque PR veillera à la mise à jour périodique des plans de travail de tous les acteurs y compris les SSR/prestataires pour s'assurer de l'alignement entre les ressources et les activités.

Annexe 1 : Liste de vérification des documents

Vérifier que le dossier de candidature est complet à l'aide de la liste ci-dessous :

☒	Formulaire de demande de financement
☒	Tableau(x) de lacunes programmatiques
☒	Tableau(x) du paysage de financement
☒	Cadre de résultats
☒	Budget
☒	Demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée
☒	Cartographie des modalités de mise en œuvre[3]
☒	Tableau(x) des données essentielles (à jour)
☒	Approbation de la demande de financement par l'ICN
☒	Déclaration de conformité de l'ICN
☒	Pièces justificatives confirmant que les exigences de cofinancement ont été remplies pour la période d'allocation actuelle
☒	Pièces justificatives relatives aux engagements de cofinancement pris au titre de la prochaine période d'allocation
☐	Évaluation du degré de préparation à la transition (si disponible)
☒	Plans stratégiques nationaux (relatifs au secteur de la santé et propres aux différentes maladies)
☒	Toutes les pièces justificatives citées dans la demande de financement
☒	Outil de gestion des produits de santé (le cas échéant)
☒	Liste des abréviations et des annexes

[i] Comité National de Lutte contre le Sida - Secrétariat Exécutif. Plan National de Suivi-Evaluation du Cadre Stratégique 2018-2022.

[3] La cartographie actualisée des modalités de mise en œuvre est obligatoire si le programme se poursuit avec le même récipiendaire principal. En cas de changement de récipiendaire principal, cette cartographie peut être transmise lors de l'étape d'élaboration de la subvention.