Formulaire de demande de financement
Période d'allocation 2021-2023

Examen complet

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

Résumé

Pays	REPUBLIQUE DE GUINEE
Composante(s)	PALUDISME
Date de début prévu de la ou des subvention(s)	1ER JANVIER 2021
Date de fin prévue de la ou des subvention(s)	31 DECEMBRE 2023
Récipiendaire(s) principal(ux)	Catholic Relief Services-United States Conference of Catholic Bishops
Devise	US Dollars
Montant de la demande de financement dans les limites de l'allocation	72 670 272,00
Montant de la demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée[1]	24 337 505,01
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

Pour répondre aux questions ci-dessous, se reporter aux *Instructions* et au(x) **tableau(x) des données essentielles**.

1.1 Principaux documents de référence concernant le contexte du pays

Énumérer les principaux documents de référence cités dans la présente demande de financement qui fournissent des informations contextuelles transversales et propres aux maladies concernant le pays. Les *Instructions* contiennent une liste des types de documents pouvant être utilisés.

Document de référence	Référence du lien/de la pièce jointe	Section(s) ou numéro(s) de page correspondants
EDS-MICS 2012	http://www.stat-guinee.org/index.php/publications-ins/rapports-d-enquetes/category/86-enquetes-demographiques-et-de-sante-et-enquetes-mics?download=117:enquete-demographique-et-de-sante-et-a-indicateurs-multiples-2012	Section 1
EDS 2018.	http://www.stat-guinee.org/index.php/publications-ins/rapports-d-enquetes/category/86-enquetes-demographiques-et-de-sante-et-enquetes-mics?download=161:enquete-demographique-et-de-sante-et-a-indicateurs-multiples-2018	Section 1, Section 2,
Rapport MICS 2016	http://www.stat-guinee.org/index.php/publications-ins/rapports-d-enquetes/category/86-enquetes-demographiques-et-de-sante-et-enquetes-mics?download=157:rapport-final-de-l-enquete-par-grappes-a-indicateurs-multiples-mics-2016	Section 1,
Plan S&E du PSN paludisme	Annexe 4	Section 2,
Enquête SARA, DQR, QoC 2018	http://www.stat-guinee.org/images/Publications/SSN/sante/RAPPORT_SARA_GUINEE_2018.pdf	Section 1,
Etude Comptes nationaux santé 2014, 2015, 2016	http://www.stat-guinee.org/images/Publications/SSN/sante/Rapport%20CNS%20G_2014-2015-2016.pdf	Section 1,
Enquête de couverture LSHTM Seasonal Malaria Chemoprevention Coverage Survey in Guinea, 2018	https://www.researchgate.net/publication/335749164_Seasonal_Malaria_Chemoprevention_Coverage_Survey_in_Guinea_2018	Section 2,
Plan stratégique SNIS (révisé) 2016-2020	Annexe 9	Section 2,

PSN de lutte contre le paludisme 2018-2022, extension 2023	Annexe 10	Section 2, Section 4,
Plan stratégique santé Communautaire 2018-2022	Annexe 11	Section 1, Section 2,
Etude de l'efficacité et de la tolérance de l'association artésunate + amodiaquine et artémether + luméfantrine dans le traitement du paludisme à P. falciparum non compliqué chez les enfants âgés de 6 à 59 mois en République de Guinée.	Annexe 12	Section 2,
Pyronaridine–artésunate or dihydroartemisinin–piperaquine versus current first-line therapies for repeated treatment of uncomplicated malaria: a randomized, multicenter, open-label, longitudinal, controlled, phase 3b/4 trial	Lancet 2018 ; 391: 1378–90 https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618302915	Section 2,
Rapport ELEP	http://www.stat-guinee.org/index.php/publications-ins/rapports-d-enquetes/category/85-enquetes-sur-les-conditions-de-vie-des-menages?download=110:rapport-de-l-enquete-legere-sur-la-pauvrete-2012	Section 1,
PNDS 2015-2024	Annexe 15	Section 1, Section 2
Rapport d'étude Genre	Annexe 16	Section 1,
Rapport d'inégalité de Genre	Annexe 17	Section 1,
Rapport d'évaluation de la chaine d'approvisionnement (NSCA 2019)	Annexe 18	Section 2,
Rapport de la commission des affectations	Annexe 19	Section 2,
Rapport des États généraux de la santé (2019)	Annexe 20	Section 2,
PUDR (Semestre 1et 2, 2019)	Annexe 21	Section 1,
Rapport d'évaluation rapide du SNIS et recommandations d'investissement 2018	Annexe 22	Section 2,
Bulletin épidémiologique janvier 2020 PNLP	Annexe 23	Section 2,
Rapport de la campagne de distribution MILDA 2019	Annexe 24	Section 1,
Rapport annuel CPS 2019	Annexe 25	Section 1,
RGPH 2014	Annexe 26	Section 1,

Politique Nationale de Santé 2014	https://www.invest.gov.gn/index.php/document/politique-nationale-de-sante	Section 1,
Rapport d'Audit institutionnel et fonctionnel du MS 2016	Annexe 28	Section 2,
The Ebola-effect in Guinea 2014-15: Tangled trends of malaria care in children under-five	https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192798	Section 1,
Rapport annuel 2019 des structures privées et parapubliques	Annexe 30	Section 2,
Liste révisée des structures privées	Annexe 31	Section 2,
Politique nationale de santé communautaire	Annexe 37	Section 1, Section 2,
Guide harmonisé de mise en œuvre de santé communautaire	Annexe 38	Section 2,
Plan de suivi & évaluation santé Communautaire 2018-2022	Annexe 39	Section 2,
Analyse de la situation sanitaire avec un accent sur la prise en charge du VIH en milieu carcéral en Guinée	Annexe 40	Section 1, Section 2,
Arrêté portant création de l'UAGCP du Ministère de la Santé	Annexe 41	Section 2, Section 3,
Termes de références pour le recrutement d'un(e) coordonnateur (ice) de l'UAGCP	Annexe 42	Section 2, Section 3,
Rapport d'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	Annexe 43	Section 1,
Etat des lieux de la supervision intégrée en Guinée. Résultats préliminaires	Annexe 44	Section 2,

1.2 Résumé du contexte du pays

Présenter les éléments cruciaux du **contexte du pays** qui ont servi à élaborer la présente demande de financement.

Les points suivants doivent être traités dans la réponse : (3 pages et +)

- Le contexte épidémiologique et d'autres informations pertinentes relatives à la maladie ;
- Des 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 ;
- Les populations-clés et/ou vulnérables concernées ;
- Les inégalités et les obstacles liés aux droits humains, au genre et à l'âge qui entravent l'accès aux services ;
- Les inégalités et les obstacles socioéconomiques, géographiques et autres qui entravent l'accès aux services de santé ;
- L'engagement et les ripostes communautaires ;
- Le rôle du secteur privé.

Se référer aux informations contenues dans les principaux documents de référence énumérés à la **section 1.1**.

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 km^2. 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 N°1 : Carte administrative de la République de Guinée

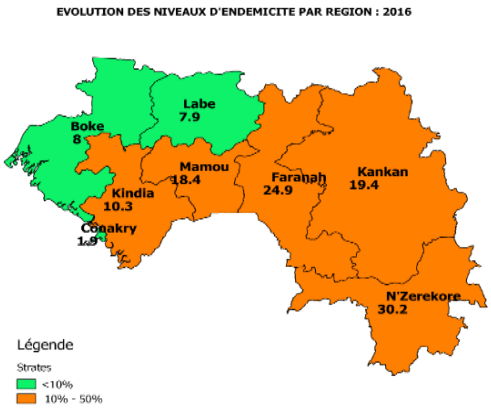
Estimée à 12 559 623 habitants en 2020 (RGPH3_Perspectives_demographiques), la population de la Guinée est majoritairement rurale à 64% (RGPH3). Le pays est à prédominance musulmane, avec 85 % de la population. Le français, langue officielle de la Guinée, est la principale langue de communication dans les écoles, l'administration publique et les médias. Cependant, plus de 24 langues nationales dont le maninka, le poular, le sosso, 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 (EDS 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% (EDS 2018) 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.

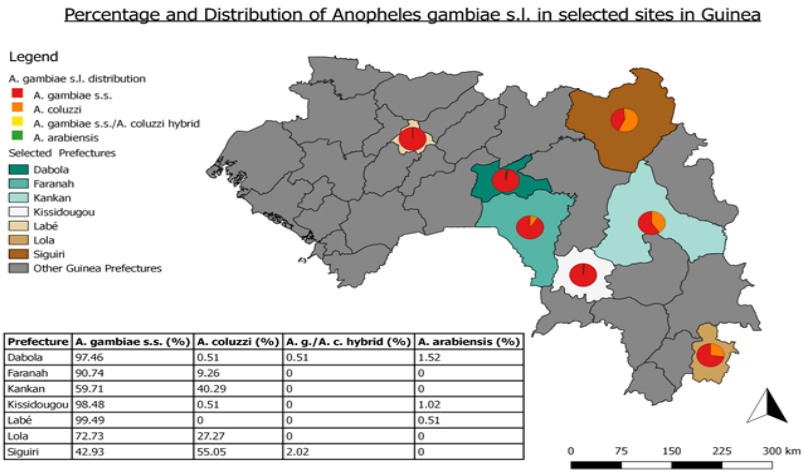
Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le budget national est en baisse depuis plusieurs années. Cependant celle de la santé est en hausse, elle était de 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012, est passée à 7,3 % en 2019. Selon les critères du Fonds mondial, la République 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 d'autres informations pertinentes relatives à la maladie

La lutte contre le paludisme est une des priorités nationales en Guinée, du fait de l'ampleur et de la gravité de cette maladie. Entre 2012 et 2016, la prévalence parasitaire du paludisme a connu une baisse notable, de 44% (EDS 2012) à 15%, (MICS 2016). L'EDS 2018 n'a pas mesuré cette prévalence. Il existe actuellement deux zones d'endémicité palustre en Guinée (MICS 2016) : une zone à transmission modérée, qui concerne 5 régions du pays et 63,17% de la population générale, et une zone à transmission faible, qui



Carte N°2 : Prévalences parasitaires et zones d'endémie palustre en Guinée



Prefecture	A. gambiae s.s. (%)	A. coluzzi (%)	A. g./A. c. hybrid (%)	A. arabiensis (%)
Dabola	97.46	0.51	0.51	1.52
Faranah	90.74	9.26	0	0
Kankan	59.71	40.29	0	0
Kissidougou	98.48	0.51	0	1.02
Labé	99.49	0	0	0.51
Lola	72.73	27.27	0	0
Siguiri	42.93	55.05	2.02	0

Carte N°3 : Distribution des espèces du complexe A. gambiae en Guinée

couvre 3 régions, dont la capitale Conakry et 36,83% de la population (carte N°1).
Le vecteur principal du paludisme est *Anopheles gambiaes.sl*. Il est rencontré sur toute l'étendue du pays, avec des pics de densité en saison pluvieuse, de juin à octobre. Il existe d'autres espèces d'anophèles, inégalement réparties dans le pays. La carte N°3 ci-dessus présente la répartition du complexe gambiae au niveau des sites de 7 préfectures (https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241505819/en/). Les tests effectués en 2018 au niveau des treize sites sentinelles montrent que la sensibilité *d'Anopheles gambiae s.l.* à la Deltaméthrine 0,05% était de 98 à 100%. La sensibilité à la Perméthrine était de 97 % à Labé et 72 % à Lola. Pour ce qui est du Pirimiphos – méthyl, du Bendiocarb et du Propoxur, la sensibilité était de 100% au niveau des sites de Faranah et Siguiri. Cependant, selon une étude menée dans 3 villages du district de Faranah et publiée en 2019, il a été noté que la mortalité des moustiques exposés à la Perméthrine était de 4% seulement. (Stica et al. Malar J ; 2019 ; 18:244).

L'espèce plasmodiale dominante est *Plasmodium falciparum* avec 96,53% ; *P. malariae* et *P. ovale* représentent respectivement 3,3% et 0,13%. Les études d'efficacité thérapeutique des antipaludiques réalisées en 2019 au niveau des sites de Dabola et de Nzérékoré ont trouvé une efficacité de 97% pour Artésunate/Amodiaquine et 96,3% pour Artéméther/Luméfantrine. Dans une autre étude publiée en 2018 (Lancet), l'Artésunate/Pyronaridine avait une efficacité comparable à celle de l'Artésunate/Amodiaquine.

S'agissant de la morbidité, entre 2016 et 2019, il a été enregistré dans les formations sanitaires publiques, privées et au niveau communautaire, 16 512 816 consultations toutes causes confondues dont 9 244 612 cas suspects de paludisme et 5 622 460 cas confirmés. La part du paludisme représentait ainsi 34,05% de l'ensemble des consultations.

Le tableau ci-dessous présente la situation par année de 2016 à 2019.

Tableau I *: Évolution du nombre de cas de paludisme et de décès de 2016 à 2019 dans les formations sanitaires publiques et privées et au niveau communautaire (Sources DHIS2 et Windev PNLP)*

Rubriques	Année				Total
	2016	2017	2018	2019	
Population	12 399 717	12 672 510	12 951 306	13 236 234	
Consultations toutes causes	3 225 217	3 981 672	4 407 818	4 898 109	16 512 816
Cas testés	1 510 121	2 134 437	2 523 982	3 076 072	9 244 612
Cas confirmés	997 553	1 335 208	1 487 913	1 801 786	5 622 460
Cas graves	52 321	132 084	149 144	160 196	493 745
Cas traités	992 329	1 327 203	1 477 954	1 779 557	5 577 043
Cas de décès	867	1 174	1 267	1 216	3 657

Taux positivité du diagnostic	66,06%	62,56%	58,95%	58,57%	60,82%
Incidence pour mille	80,45	105,36	114,89	136,13	109,21
Morbidité proportionnelle%	30,93%	33,53%	33,76%	36,79%	34,05%

Il ressort des données du tableau que le nombre de cas testés et confirmés a presque doublé entre 2016 et 2019, avec une augmentation de l'incidence sur la même période (données de routine). Cette situation s'expliquerait par le renforcement progressif des capacités des prestataires en diagnostic, l'intensification de la prise en charge au niveau communautaire, l'augmentation de l'utilisation des services de santé après l'épidémie de la maladie à virus Ebola (Kolie, D. Plos one 2018) et l'intégration de 90/148 structures privées et associatives à but non lucratif. (Rapport PNLP 2019).
Il est à noter une baisse progressive du taux de positivité des tests diagnostiques (66.06% en 2016 à 58.57% en 2019) pouvant témoigner de l'effet des mesures de prévention (MILDA, TPIg, CPS). La proportion de cas graves parmi les cas confirmés a également diminué surtout entre 2018 et 2019, passant de 10% à 8,89% selon les données de routine. La proportion de décès parmi les cas graves est passée de 1,66% en 2016 à 0,76% en 2019, soit une régression de 55%.
Ce constat corrobore les résultats de l'étude SARA de 2017, selon lesquels l'offre de services pour la lutte contre le paludisme est largement disponible (95% à 100%) dans toutes les structures sanitaires.

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)

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

Secteur public	1er Niveau				2ème Niveau	3ème Niveau
Echelons	1er Echelon		2ème Echelon		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.

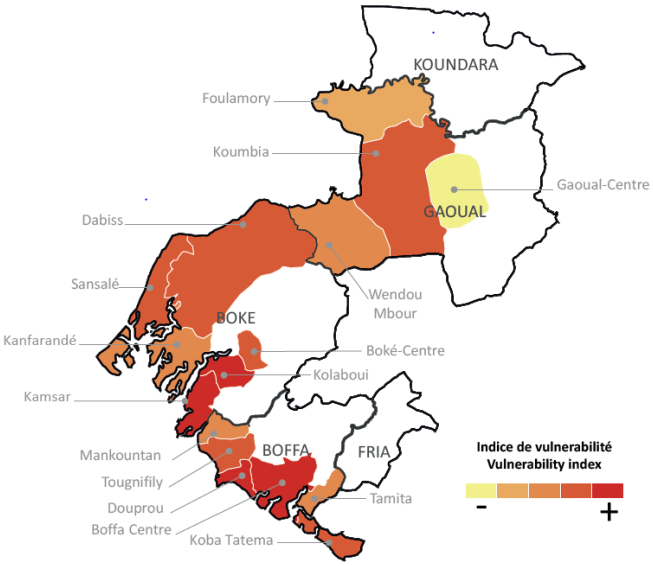
Le secteur privé, associatif et confessionnel comprend d'une part, des structures médicales, et d'autre part, des structures pharmaceutiques et biomédicales. L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets et 11 laboratoires d'analyse biomédicale. Le sous-secteur privé pharmaceutique est constitué 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 (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 (voir section engagement communautaire pour plus de détails).

Pour lutter efficacement contre le paludisme, un Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) a été créé en 2003 au sein du Ministère de la Santé. Ce Programme est au rang de division de l'administration centrale et son ancrage est au niveau de la Direction Nationale des Grandes Endémies et de la Lutte contre les Maladies (DNGELM). Il est géré par une coordination composée de six unités : Prise en charge (PEC), Suivi et Evaluation (S&E), Communication (IEC/CCC), système de Gestion des Approvisionnements et des Stock (GAS), Lutte antivectorielle (LAV) et Gestion de programme (GP). Chacune des unités, à l'exclusion de la gestion du programme, est appuyée par un groupe thématique de même dénomination. Un comité de suivi Roll Back Malaria (RBM) est aussi mis en place depuis 2014, pour assister le programme dans la définition des orientations stratégiques et la planification. Le PNLP collabore avec plusieurs directions, services et programmes pour la mise en œuvre des stratégies et interventions prioritaires. Ce sont entre autres : la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) pour la gestion et la distribution des intrants, la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle (DNSCMT) pour les orientations stratégiques en matière de santé communautaire, la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament (DNPM) pour la qualité des produits de santé, la Direction nationale de la santé familiale et de la nutrition pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte et chez l'enfant, et le Bureau de Stratégies et Développement (BSD) pour la planification et la production des données à travers le Système National de l'Information Sanitaire (SNIS).
Aux niveaux intermédiaire et périphérique, la gestion de la lutte contre le paludisme est intégrée dans le paquet d'activités des équipes régionales de la santé (DRS), des équipes préfectorales de la santé (DPS) et des formations sanitaires (hôpitaux, centres de santé, postes de santé). Les personnels chargés de la Lutte contre la maladie au niveau des DRS et DPS assurent le suivi de la mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge dans les formations sanitaires et les communautés. Le PNLP, les DRS et DPS sont appuyés respectivement par des Assistants techniques et des points focaux recrutés et pris en charge par les partenaires (FM, USAID/PMI). Ces Points focaux ont pour rôle d'appuyer spécifiquement les DPS dans la lutte contre le paludisme et la gestion opérationnelle des districts sanitaires.
Les activités des DRS et DPS sont coordonnées à travers les réunions de cabinet, les réunions des Directions, les réunions des programmes et projets, le comité technique de coordination des partenaires de la santé (CTC), les groupes thématiques santé. Il en est de même pour les instances des niveaux régional et préfectoral : Comité RBM, Comité Technique Régional de Santé (CTRS), Comité Technique Préfectoral de Santé (CTPS), Réunion de staff des structures d'offre de soins, Comité de santé et d'hygiène communautaire (COSAH).

Populations-clés et/ou vulnérables concernées

Toute la population de la Guinée est à risque vis-à-vis du paludisme. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes courent cependant un risque plus élevé de contracter le paludisme et d'être gravement atteints. Selon les données de routine du PNLP, la part du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est de 37,3% et 3,9% chez les femmes enceintes, de 2017 à 2019 par rapport à la morbidité globale du paludisme. Selon l'EDS 2018, trente pour cent (30%) des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance et 9% de malnutrition aiguë, tandis que 46% des femmes en âge de procréer sont anémiées



Carte n° 4 : Vulnérabilité en zones côtières (région de Boké). Source OIM Guinée-Juin 2016)

Par ailleurs, les personnes ayant des difficultés d'accès aux services de santé constituent aussi des groupes à risque accru pour le paludisme (populations mobiles, enclavement ou éloignement des structures sanitaires). Ce sont entre autres : les personnes des zones minières des régions de Kankan, Faranah et les regroupements autour des débarcadères (zones côtières de Kopéré et Douprou : voir carte n°4 de Boké).

Inégalités et obstacles liés au genre, inclusion et droits humains 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).

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, 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 2017 (enquête SARA). Toutefois, le taux de fréquentation des structures de soins, selon les données de routine du PNLP, est passé de 29% en 2016 (fin de l'épidémie de la maladie à virus Ebola) à 40% en 2019. 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 de 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 (Rapport 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). 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.

Engagement et ripostes communautaires

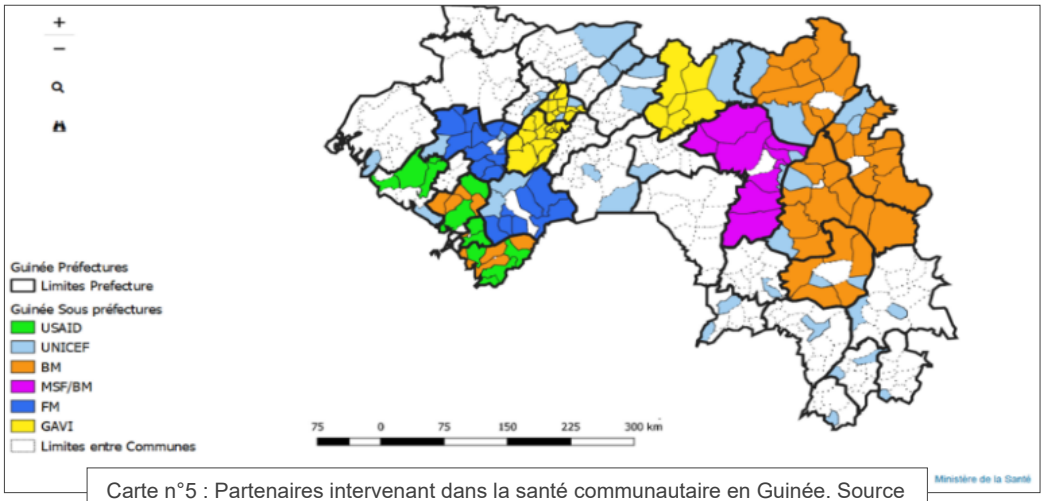
La santé communautaire est une priorité majeure du PNDS 2015-2024. En effet, la survenue de la maladie à virus Ebola (2014-2016) a mis en exergue la faiblesse du système de santé guinéen, notamment au niveau communautaire. La non implication de la communauté aux activités de riposte s'est traduite, par 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 (Plan Stratégique de Santé Communautaire 2018-2022). Ils sont supervisés dans leurs tâches par les agents de santé communautaires (ASC) à raison d'un ASC pour 10 RECO (voir tableau III sur la répartition des RECO et ASC dans le pays) (Plan Suivi Évaluation du 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 financé par les fonds catalytiques accordé lors du NFM2. 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.

Tableau III : Régions et préfectures couvertes en termes de RECO et d'ASC au 31 décembre 2019

Régions	Préfectures	Niveau de couverture	Nombre de RECO	Nombre d'ASC	Partenaire d'appui	Période d'appui
Boké	Boffa	Non couverte	318	33	USAID (3 CR/U couvertes) UNICEF (1CR/U Couverte)	2019 - 2020 2018 - 2019
	Boke	Couverte	816	20	UNICEF (1 CR/U Couverte)	2018 - 2019
	Fria	Non couverte	177	18		
	Gaoual	Non couverte	356	37		
	Koundara	Non couverte	239	24		
Conakry	Conakry	Non couverte	3054	305		
Kankan	Kankan	Couverte	850	87	BM (10 CR/U Couvertes) UNICEF (2 CR/U Couverte)	2019 - 2020 2018 - 2019
	Kerouane	Couverte	369	39	UNICEF (2 CR/U Couvertes) BM (6 CR/U Couvertes)	2018 - 2019 2019 - 2020
	Kouroussa	Couverte	481	48	BM 4 CR/U Couvertes MSF/B 4 CR/U Couvertes UNICEF 2 CR/U Couvertes	2019 - 2020 2019 - 2020 2018 - 2019
	Mandiana	Couverte	557	56	BM 10 CR/U Couvertes UNICEF 2 CR/U Couvertes	2019 - 2020 2018 - 2019
	Siguiri	Couverte	1205	119	BM 8 CR/U Couvertes UNICEF 2 CR/U Couvertes	2019 - 2020 2018 - 2019
Kindia	Coyah	Non couverte	438	44	BM 2 CR/U Couvertes USAID 2 CR/U Couvertes	2020 2019 - 2020
	Dubreka	Non couverte	542	55	BM 4 CR/U Couvertes USAID 2 CR/U Couvertes	2020 2019 - 2020
	Forecariah	Non couverte	328	33	BM 4 CR/U Couvertes USAID 2 CR/U Couvertes	2020 2019 - 2020

	Kindia	Couverte	92	9	FM 7 CR/U Couvertes UNICEF 2 CR/U Couvertes	2019 - 2020 2018 - 2019
	Telimele	Couverte	503	51	FM 11 CR/U Couvertes UNICEF 2 CR/U Couvertes	2019 - 2020 2018 - 2019
Labe	Koubia	Couverte	180	18	UNICEF 2 CR/U Couvertes	2018 - 2019
	Labe	Non couverte	583	61	UNICEF 2 CR/U Couvertes GAVI 10 CR/U Couvertes	2018 - 2019 2020 - 2021
	Lelouma	Non couverte	296	30	UNICEF 2 CR/U Couvertes	2018 - 2019
	Mali	Couverte	522	51	UNICEF 2 CR/U Couvertes	2018 - 2019
	Tougue	Non couverte	226	23	UNICEF 2 CR/U Couvertes	2018 - 2019
Mamou	Dalaba	Non couverte	244	25		
	Mamou	Non couverte	581	58	UNICEF 2 CR/U Couvertes	2018 - 2019
	Pita	Couverte	512	53	GAVI 12 CR/U Couvertes	2020 - 2021
N'zerekore	Beyla	Non couverte	596	60	UNICEF 2 CR/U Couvertes	2018 - 2019
	Gueckedou	Couverte	533	53	UNICEF 2 CR/U Couvertes	2018 - 2019
	Lola	Couverte	314	33	UNICEF 1 CR/U Couverte	2018 - 2019
	Macenta	Non couverte	513	54	UNICEF 1 CR/U Couverte	2018 - 2019
	Nzerekore	Non couverte	726	74	UNICEF 2 CR/U Couvertes	2018 - 2019
	Yomou	Non couverte	209	22	UNICEF 1 CR/U Couverte	2018 - 2019
Faranah	Dabola	Non couverte	331	32	UNICEF 1 CR/U Couverte	2018 - 2019
	Dinguiraye	Couverte	358	36	UNICEF 1 CR/U Couverte GAVI 7 CR/U Couvertes	2018 - 2019 2020 - 2021
	Faranah	Non couverte	516	51		
	Kissidougou	Non couverte	520	55	UNICEF 1 CR/U Couverte	2018 - 2019



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'Observatoire Communautaire sur l'accès aux services de santé (OCASS) dont la mission principale est d'identifier les difficultés rencontrées par les communautés dans l'accès aux services de santé, en particulier en ce qui concerne le paludisme, le VIH/SIDA et la Tuberculose, dans une perspective d'adresser les dysfonctionnements et les insuffisances relevés.

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/Stop Palu+ et le FM/CRS (avec ses SRs 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.

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.

Pour renforcer la lutte contre le paludisme le programme a initié l'intégration des structures privées à but non lucratif en 2015. Cette intégration a été faite après alignement des structures concernées et une formation des prestataires. A ce jour, 90 structures privées offrant des soins sur 147 sont intégrées dans la lutte contre le paludisme, reçoivent des intrants antipaludiques, appliquent les directives nationales de lutte contre le paludisme et collaborent avec les districts sanitaires. Le secteur minier est aussi intégré dans la lutte contre le paludisme à travers la chambre des mines de Guinée, et leurs structures appliquent les directives nationales de lutte contre le paludisme. La Société Anglo Gold Ashanti (SAG) à Siguiri et la Société des Mines de Fer de Guinée (SMFG) à Lola effectuent actuellement la pulvérisation intra domiciliaire dans leur zone.

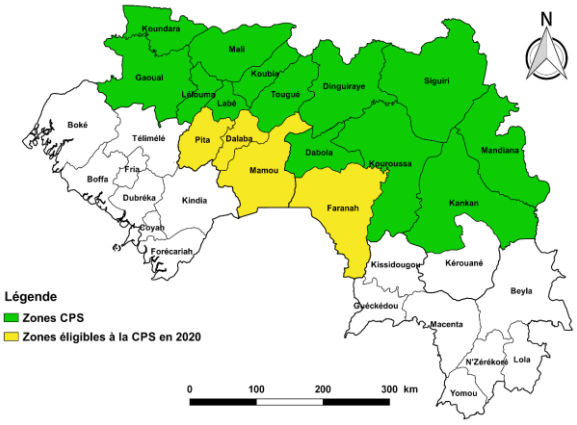
1.3 Enseignements tirés des investissements du Fonds mondial et d'autres partenaires

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).

Les investissements passés et en cours du Fonds Mondial et des autres partenaires (PMI/USAID, AMF, UNICEF, OMVS/BM, BID, GIZ, CDC) ont permis de soutenir les objectifs du PNDS 2015-2024. Tous les services et programmes intervenant dans la lutte contre la maladie en ont bénéficié.

Au titre de la lutte contre le paludisme

- Selon le rapport programmatique du 1er semestre 2019 (PUDR), la subvention actuelle du FM a été classée A2 avec un taux de décaissement de 91%. Au cours du 2ème semestre, la subvention a obtenu la note A1 (PUDR en cours de validation).
- La campagne de masse des MILDA a permis de distribuer 95% des moustiquaires attendues (8 330 470) et de couvrir 93% des ménages (2 411 412) selon le rapport de la campagne de 2019 ;
- Concernant la distribution des MILDA en routine, seulement 62,90% de la cible (506 286) a été couverte au premier semestre 2019, selon le rapport de progrès du projet Fonds Mondial (PUDR).
- S'agissant de la PEC, le taux de confirmation diagnostique est passé de moins de 10% en 2013 à 99% en 2019. Parallèlement, 99% des cas confirmés ont été traités conformément à la politique nationale de prise en charge des cas ;
- Pour la CPS, le nombre de districts est passé de 6 en 2015 à 13 en 2018, et le nombre d'enfants âgés de 3 à 59 mois ciblés est passé de 210 107 à 825 994 avec une couverture annuelle moyenne de 88% pour les 04 passages, durant cette période (Rapport annuel CPS).



Carte n°6 : Progression du nombre de districts éligibles et couvert par la CPS

- Chez la femme enceinte, selon la couverture en TPI3 est passée de 29,9% en 2016 (MICS 2016) à 35,5% en 2018 (EDS 2018).

Ces résultats ont été obtenus grâce au renforcement des interventions suivantes :

- *Gestion de Produits de Santé : i)* Le système de panier commun a permis d'améliorer la disponibilité des intrants a tous les niveaux de la chaine d'approvisionnement ii) La contractualisation de la distribution des intrants avec la Pharmacie Central de Guinée (« PCG ») a permis d'améliorer les livraisons trimestrielles des intrants aux formations sanitaires.
- *CPS : Expansion et* appropriation de la CPS par tous les acteurs du niveau central et opérationnel démontrée par l'engagement des autorités à tous les niveaux, l'engouement de la population pour l'intervention et les résultats obtenus
- *Gouvernance / Coordination :* La coordination à tous les niveaux à travers les groupes thématiques et les comités RBM ainsi que l'extension de la prise en charge des cas et de la prévention au niveau des secteurs parapublics et privés et dans la communauté ont permis d'améliorer la qualité et la performance des interventions.
- *Partenariat : Le pilotage et* la collaboration étroite entre MS/PNLP et tous les partenaires (PMI/Stop palu+/Chemonics, FM/CRS) ont permis d'éviter les duplications et de renforcer la communication interne.
- *Gestion Financière :* Le renforcement des capacités du PNLP en ressources humaines et matérielles (recrutement du personnel additionnel, l'élaboration de manuels de procédures, la mise en place de logiciel de gestion financière a permis un allègement de la politique de ZCP.

- *Stratégies innovantes :*
    - La présence des points focaux de districts et des conseillers techniques régionaux depuis 2015 a permis d'améliorer la complétude et la promptitude des données ainsi que la mise en œuvre des interventions, Cette expérience pourrait être capitalisée pour les 3 maladies
    - L'élargissement des canaux de communication sur le paludisme aux religieux et aux écoliers (ELeRP) a été pilotée et sera évaluée
    - L'intégration du secteur privé confessionnel et des formations sanitaires des structures minières a permis d'améliorer la prise en charge des cas de paludisme, la complétude et la qualité des données

Malgré les résultats encourageants obtenus, des faiblesses ont été identifiées et constituent une base pour l'amélioration de la mise en œuvre des interventions pendant la prochaine période de financement :

- *Qualité de la Prise en Charg*e : Les supervisions régulières ont révélé que lorsque le transfert s'avère difficile/impossible, l'agent de santé assure le traitement complet du paludisme avec l'Artéméther qui dans les directives est normalement réservé pour une dose unique avent le transfert (non-respect des directives)
- *Distribution au dernier kilomètre :* Retard dans l'envoi des besoins en intrants par les FOSA et dans la livraison des commandes par la PCG entrainant des ruptures de stock au niveau des FOSA
- *Gestion de Produits de Sante* : Gestion irrationnelle des médicaments et des MILDA dans les formations sanitaires et les dépôts régionaux entrainant des ruptures de stock
  Besoins exprimés non conforme aux besoins réels des FOSA
- *Utilisation des données pour la prise de décision* : Manque de ciblage des populations et zones prioritaires selon la remontée des données
- *CPS :* i) Faiblesse dans la coordination de la campagne de 2019 entrainant un retard pour le 4eme passage dans 19 districts. Ii) Non-organisation du 4eme passage dans les 19 districts appuyés par USAID/PMI faute de moyen financiers iii) Mobilisation de Ressources : Insuffisance dans la mobilisation des ressources de l'État et des partenaires locaux (chambre des mines, banques, téléphonies mobiles) en faveur de la lutte contre le paludisme
- *Coordination-gouvernance :* Coordination entre les programmes pour la mutualisation/intégration (PEV, PNLAT, PCIMNE, Santé de la Reproduction, Nutrition, MTN). Mettre une phrase de plus qui vous permet d'expliquer ce qui vous auriez pu atteindre avec l'intégration….

Au compte de la présente demande de financement, les bonnes pratiques qui ont permis d'améliorer le niveau des indicateurs (intrants, extrants, résultats, effets) seront maintenues (coordination/planification, distribution des MILDA, prise en charge des cas, CPS et le TPI).
D'autres actions telles que la mutualisation, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes, l'amélioration du ciblage des interventions par région seront développées en fonction des leçons apprises identifiées pour renforcer la mise en œuvre des interventions et améliorer les résultats attendus.

Au titre du renforcement du système de santé

<u>Santé communautaire</u>

Résultats obtenus
L'appui des partenaires techniques et financiers a été prépondérante pour l'atteinte de la couverture actuelle qui est de 20%. Pour la période en cours, l'intégration de 53 communes rurales des régions de Kindia et Kankan par la Banque Mondiale et la possibilité d'appui par GAVI pour l'intégration de 27 communes rurales des préfectures de Dinguiraye, de Pita et de Labé, porteront la couverture à 149 communes sur les 342, soit 43,5%.

Faiblesses/Défis

- La faible appropriation de la stratégie de la santé communautaire par les services techniques et les collectivités ;
- Le faible alignement des partenaires à la stratégie de santé communautaire ;
- La faible mobilisation des ressources financières
- L'implication d'autres ministères (administration territoriale, Finances,..) doit être améliorée, pour une mise en œuvre efficiente et efficace de la stratégie communautaire.

Leçons apprises

- La couverture intégrale d'un district produit des résultats visibles et permet de limiter les inégalités au sein d'un même district ;
- La participation effective des communautés et leur responsabilisation dans le processus de planification et de mise en œuvre garantit l'appropriation pour la pérennité ;
- L'implication des responsables administratifs à tous les niveaux (Gouverneurs, préfets, directeurs des microréalisations, sous-préfets) garantit le caractère multisectoriel de la santé communautaire, facteur indispensable pour la pérennité ;
- L'utilisation des organisations de la société civile locale permet de renforcer la redevabilité des prestataires vis-à-vis de la communauté.

Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Résultats obtenus

- L'implémentation du DHIS2 en 2015 et son déploiement dans le pays est effectif, et à ce jour, le DHIS2 est opérationnel dans tous les districts sanitaires, les hôpitaux, les CMC et 178 centres de santé sur 423 ;
- La complétude des rapports est passée de 10% en 2014 à 99,6% en janvier 2020, et la promptitude est passée de 0% à 50% sur la même période, grâce à la disponibilité des ressources mis à disposition pour l'accès à internet, le suivi régulier des DPS et le partage de la rétro information ;
- Des activités de recherche ont été réalisées : études (SARA, 2015, 2017, 2019), comptes nationaux santé (2014, 2015, 2016), enquêtes (EDS-MICS 2012, MICS 2016, EDS 2018, MICS 2020).

Faiblesses/Défis

- La coordination des interventions et la mobilisation des ressources en faveur du SNIS n'ont pas été optimales au cours de cinq dernières années, pour permettre la réalisation des activités prévues dans le Plan stratégique 2016 – 2020 ;
- Des faiblesses subsistent, liées à la qualité des données, à l'utilisation de l'information dans la prise des décisions et au nombre et aux capacités techniques du personnel dédié au SNIS à tous les niveaux.

Leçons apprises

- La focalisation des efforts sur les différents programmes prioritaires a facilité leur migration et l'abandon des circuits de rapportage parallèle et actuellement, les données sont tirées directement du DHIS2 et le Ministère de la Santé a pu produire l'annuaire statistique (2017, 2018 et 2019) directement via la plateforme.

Gestion des produits de santé

Résultats obtenus

- Introduction du eSIGL dans les 38 districts du pays et formation de 268 utilisateurs permettant une nette amélioration de la promptitude (5% en 2016 à 81% en 2019) et de la complétude (20% en 2016 à 92% en 2019) des données logistiques dans le système de rapportage ;
- Amélioration de l'environnement règlementaire et de la politique de la chaine d'approvisionnement des produits de santé ;
- Mise en place d'un système de contrôle post-Marketing permettant de s'assurer de la qualité des médicaments dispensés dans les formations sanitaires ;
- Amélioration des quantifications nationales des produits de santé et des plans d'approvisionnements ;
- Amélioration des capacités de stockage et de distribution de la PCG (réhabilitation de 4 dépôts régionaux, installation de 3 chambres froides, fourniture de logistique roulante).
- Création de Direction Nationale Pharmacie et Médicaments (DNPM) et son Unité de Gestion Logistique en charge du système d'information logistique, de la quantification des produits pharmaceutiques, de l'appui aux programmes dans le processus la réalisation des activités de distribution des médicaments et au suivi rationnelle des médicaments.

Faiblesses/Défis

- Non maitrise des quantités et délais de livraison des produits de santé à livrer par l'état guinéen ;
- Ruptures récurrentes des produits dans les formations sanitaires, dues à la faible qualité du processus de validation des bons de commandes, des retards de transmission des commandes, des retards dans le plan de distribution par la PCG et l'insatisfaction des quantités réellement commandées par les formations sanitaires ;

- Faible traçabilité des produits de santé livrés aux formations sanitaires ;
- Non fonctionnalité de la pharmacovigilance ainsi que du mécanisme de gestion des déchets médicaux et des produits périmés ;
- Faible qualité des données de gestion des stocks à la PCG (difficultés de réconciliation des données de distribution et des inventaires) ;
- Non capture des données de distribution de la PCG dans le eSIGL.

Leçons apprises

- Il y a nécessité de faire la revue à mi-parcours du plan stratégique de la chaine d'approvisionnement des produits de santé, et de réorienter les stratégies nationales en fonction des résultats de cette revue.

<u>Ressources humaines pour la santé</u> (santé communautaire non comprise)

Résultats obtenus

- La Direction des ressources humaines, nouvellement créée, a été opérationnalisée sur toute la pyramide sanitaire en 2018 ;
- Les données sur les ressources humaines (RH) sont remontées mensuellement du niveau périphérique (DRS, DPS) vers le niveau central ;
- La revue des documents normatifs afférents au RH a été effective, intégrant entre autres le principe de la déconcentration du recrutement des personnels de santé ;
- L'informatisation a été réalisée, à travers l'installation du logiciel iHRIS au niveau de toutes les DRS ;
- Il y'a une meilleure visibilité sur les ressources humaines disponibles, notamment en ce qui concerne les besoins actuels pour un SRPS.

Faiblesses/Défis

- Non-finalisation du plan national de développement des ressources humaines ;
- Besoin de renforcement des capacités d'intervention de la nouvelle Direction (formations spécialisées en GRHS) ;
- Besoin d'intégration des activités RH dans les supervisions des programmes ;
- Complexité du recrutement et déploiement, planifié en 2020, de 5000 prestataires de santé dont 2000 qui seront dédiés à la santé communautaire.

Leçons apprises

- La structuration de la Direction des Ressources Humaines a permis de mettre en place les bases pour un système de gestion des ressources humaines avec des outils et indicateurs recommandés par la politique nationale de santé.

<u>Gestion de Programme</u>

Résultats obtenus

- Révision du cadre institutionnel et organique du Ministère de la santé, avec entre autres la réduction du nombre de programmes de santé passant de 20 à 7 ; de nouveaux services, programmes et directions centrales ont été structurés, dont la Direction nationale des grandes endémies et de la lutte contre les maladies (DNGELM) avec ancrage de 6 des 7 programmes de lutte contre la maladie ;
- Mise en place d'une unité d'appui aux programmes/projets (Ancrage secrétariat général) au sein du Ministère de la santé pour la gestion conjointe des Fonds de la Banque Mondiale, de GAVI et du Fonds Mondial à partir de mi 2020 ;
- Renforcement des capacités du personnel des programmes en gestion financière ;
- Planification et réalisation de supervisions intégrées aux trois maladies ;
- Redynamisation des groupes thématiques fonctionnels avec réunions mensuelles ;
- Évaluation effective de la performance des programmes.

Faiblesses/Défis

- Faible implication de la DNGELM dans la gestion financière par les programmes ;
- Faible capacité des niveaux régional et préfectoral dans la coordination des activités financées par les bailleurs et l'état;
- Faible harmonisation des procédures de gestion financière des différents programmes.

Leçons apprises

La mise en place de la DNGELM a permis la coordination et le suivi stratégique des programmes de lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme (y compris le PEV), pour l'intégration et l'harmonisation.

Gouvernance, Coordination et Leadership

Résultats obtenus

- Fonctionnement des instances de gouvernance à des degrés variables (CTC, CTRS, CTPS, etc.), grâce à la révision du manuel de procédures du Ministère de la santé en 2018, et à l'établissement d'un cadre de redevabilité entre chaque niveau (central, régional, préfectoral) ;
- Mise en œuvre de la planification opérationnelle annuelle intégrée du Plan national de développement sanitaire (PNDS2015-2024) et de la supervision conjointe intégrée semestrielle du niveau central au niveau des services déconcentrés ;
- Mise en œuvre de la stratégie du Financement Basé sur les Résultats (FBR) pour le renforcement du système de santé, avec amélioration de la performance programmatique et de la redevabilité vis-à-vis des PTFs et de la communauté. A ce jour, plusieurs PTFs dont la Banque Mondiale, la KfW et ENABEL se sont positionnés pour 13 préfectures sur 32 que compte la Guinée.

Faiblesses/Défis

- Faible coordination des programmes et des différents intervenants (MS, PTF, société civile), tant sur les aspects de planification que de suivi évaluation ;
- Faiblesses dans le suivi de la gestion des différents financements, notamment ceux reçus du FM, avec une implication de l'Inspection Générale des Services (IGS).

Leçons apprises

Le FBR demeure un canal de responsabilisation des DRS, DPS et FOSA dans le cadre de la gestion des programmes de santé. Une revue complète des différentes modalités de mise en œuvre déjà expérimentées dans le pays devra être faite pour un passage à l'échelle (éventuellement en cours de la présente demande de financement)

Section 2 : Demande de financement et hiérarchisation

Pour répondre aux questions ci-dessous, se référer aux *Instructions* ainsi qu'aux documents stratégiques nationaux, aux tableaux de lacunes programmatiques, aux tableaux du paysage de financement, au cadre de résultats, aux tableaux du budget et aux tableaux des données essentielles.

2.1 Présentation des priorités de financement

Priorités du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

Les priorités de financement portent sur la continuation et le renforcement des interventions de lutte contre le paludisme et des interventions transversales de soutien, dans le cadre des systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS). Avec cette subvention, un accent particulier sera mis sur l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication et la digitalisation des campagnes CPS et MILDA, l'amélioration du paquet de service des RECO intégrant les MILDA de routine, les sites sentinelles intégrés, l'inclusion des personnes prioritaires dans la prévention et la prise en charge du paludisme.

La lutte antivectorielle

Elle un impact important sur la transmission du paludisme, ce qui s'est traduit par une baisse de la positivité des tests diagnostiques entre 2016 et 2019 (66,06% versus 58,57%). L'accent sera mis sur l'amélioration de la distribution des MILDA, qui se fera à travers l'organisation d'une campagne nationale de masse en 2022, la poursuite de la distribution de MILDA aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an, reçus dans les structures sanitaires, et la distribution des MILDA au niveau communautaire. La distribution communautaire ciblera les districts sanitaires où la prévalence du paludisme est plus élevée, et les zones où l'accès aux services de santé est difficile. Elle permettra ainsi d'atteindre les populations vivant dans les zones enclavées, les populations clés des centres communautaires, les populations des maisons d'arrêt et de correction, et les populations des zones minières et côtières. Conformément au plan national de lutte antivectorielle, les études entomologiques qui permettent d'assurer un suivi régulier de l'évolution du vecteur seront poursuivies dans les 13 sites sentinelles.

La prise en charge des cas de paludisme

Elle rend compte de la baisse du taux de létalité des formes graves (voir contexte). Elle est assurée dans toutes les structures sanitaires publiques, dans les structures privées intégrées et les structures parapubliques. Cette intervention sera poursuivie dans toutes les structures avec un accent particulier au niveau communautaire, conformément à la nouvelle politique nationale.

Les interventions de prévention spécifiques

Il s'agit du TPIg et de la CPS, qui visent à renforcer la prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Selon l'EDS 2018, la couverture en TPI3 est de 36% alors que la couverture attendue en 2023 est de 60% (cadre de performance du PSN 2018-2023); Dans le but d'atteindre cette couverture, les stratégies qui facilitent l'accès et l'utilisation des services de CPN par les Femmes enceintes seront renforcées par l'harmonisation des approches, la recherche active, et la référence des cibles prioritaires en relation avec la DNSFN et de la DNSCMT. Concernant la CPS, 13 districts sont enrôlés conformément aux recommandations de l'OMS. En 2020, quatre nouveaux districts seront intégrés, puis deux autres en 2021, après l'enquête d'éligibilité, pour améliorer ainsi la protection des enfants de 3 à 59 mois.

La gestion du programme

Elle concernera toutes les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du PSN. Elle comprend la coordination et la gestion du programme de lutte contre le paludisme, et la gestion de la subvention. Les activités décrites dans ce module sont : i) la planification pour éviter les interférences et mutualiser les activités des programmes du Ministère de la Santé ; ii) la mobilisation des ressources internes pour renforcer le financement de la lutte contre le paludisme ; iii) le renforcement des ressources humaines pour maximiser la mise en œuvre des interventions ; iv) l'intégration des structures privées et parapubliques pour augmenter l'accès aux services de santé ; v) la communication institutionnelle pour l'appropriation des interventions de lutte contre le paludisme par les communautés.

Priorités des systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS), adossées au Programme

L'établissement des priorités du SRPS repose sur des actions prioritaires du PNDS 2015-2024 et sur des réponses aux défis identifiés (en 2019-2020) lors du dialogue inclusif pays, au compte de l'allocation 2021-

2023. Ce dialogue a été organisé par l'instance de coordination nationale (ICN) de lutte contre le Paludisme, le Sida et la Tuberculose, et le Ministère de la Santé. Les priorités déclinées ci-après seront prises en compte dans la présente demande de financement.

Ressources humaines pour la santé, y compris les agents de santé communautaires

En dépit des efforts pour l'augmentation des effectifs de santé entre (2016 et 2020), des besoins et défis subsistent et devraient être soutenus. En effet, l'amélioration de la gouvernance devra être de mise. Le renforcement du système communautaire, amorcé par le Ministère de la Santé avec l'appui de plusieurs partenaires, devra être poursuivi afin d'accroitre la couverture actuelle. Ainsi, des interventions ciblées dans le cadre de la continuité des bonnes pratiques, de la complémentarité et de l'extension de la stratégie seront réalisées : renforcement du dispositif de l'offre de santé communautaire, renforcement de l'offre de services intégrés et de qualité, renforcement du dispositif de coordination de la santé communautaire ; développement de la recherche et capitalisation de la santé communautaire.

Système de gestion de l'information sanitaire et suivi & évaluation

En vue de fonder les décisions, les plaidoyers et les planifications des programmes de santé sur l'évidence, le SNIS sera renforcé, ce qui induira une utilisation plus efficace et plus efficiente des ressources du secteur de la santé. Le partenariat réussi dans la modernisation du SNIS à travers le DHIS2 sera renforcé, de même que la bonne performance actuelle du SNIS en termes de complétude (90% à 100% des structures en 2019), en mettant le focus sur la qualité des données, à travers la revue des données au niveau décentralisé, la production, le partage et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux.

Gestion des produits de santé

Elle contribue à assurer l'approvisionnement continu en produits de santé de qualité, accessibles à toute la population. Dans la mise en œuvre du plan stratégique de la chaine d'approvisionnement en produits de santé 2017-2024, le partenariat sera renforcé. Ainsi, des interventions ciblées visant toutes les fonctions logistiques seront privilégiées : (i) amélioration de la coordination des interventions et des activités de la chaine d'approvisionnement ; (ii) amélioration des capacités de stockage et de gestion des produits de la PCG ; (iii) distribution aux formations sanitaires, jusqu'au dernier kilomètre ; (iv) amélioration de la remontée des données logistiques à travers l'eSIGL et son interopérabilité avec le DHIS2 ; (v) amélioration du contrôle de qualité des produits de santé ; (vi) amélioration de la pharmacovigilance ; (vii) élimination des produits hors d'usage.

Gestion de programme et gouvernance

Les interventions se focaliseront sur l'adaptation du cadre institutionnel et organisationnel du niveau central et décentralisé, la révision des plans et des documents normatifs des domaines prioritaires ci-dessus, le renforcement de la coordination interne avec les partenaires techniques et financiers ainsi qu'avec la société civile, le renforcement de la régulation et de la normalisation, l'implication de l'IGS dans le suivi financier, et la responsabilisation du niveau décentralisé (DRS, DPS)

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 : *PALUDISME*

Module N° 1	**Lutte Antivectorielle**
Principales interventions et activités	Les principales interventions retenues dans la présente demande de financement sont la distribution des MILDA en campagne de masse et la distribution en continue à travers les canaux sanitaires (PEV, CPN) et Communautaire. Le canal communautaire est une approche nouvelle pour le pays ; Il permettra d'atteindre les personnes mobiles ou vivant dans les zones enclavées à prévalence parasitaire élevées. Ce module décrit également le suivi entomologique et la communication pour le changement social et comportemental. Toutes ces interventions seront soutenues par la gestion logistique et le Suivi et Evaluation. La répartition de toutes les interventions décrites ci-dessous fera l'objet de coordination entre le MS/PNLP, USAID/PMI et le FM et les partenaires de mise en œuvre (Stop Palu+, CRS et GHSC-PSM). Cette répartition de partenaires financiers sera revue régulièrement pour la cohérence et la disponibilité de financement chaque année, surtout en 2022 avant la planification de la campagne de masse ; Cette répartition tiendra compte de l'intervention d'autres bailleurs qui pourraient être identifiés. *1.1. Distribution de MILDA en campagne de masse* La quatrième campagne nationale de distribution de masse gratuite de MILDA sera organisée en 2022 suivant les mêmes procédures que les campagnes précédentes. <u>Innovations</u> - Utilisation de plateformes digitales: Lors du dénombrement et de la distribution, les smartphones seront utilisés pour collecter les données au niveau des ménages et sites de distribution. - Activités transfrontalières : Un cadre de collaboration sera mis en place avec les pays voisins (Sénégal, Mali) qui organisent simultanément des campagnes de distribution de masse de MILDA, et des activités seront menées pour améliorer la couverture des populations transfrontalières (gestions des intrants au niveau des districts frontaliers, supervision, coordination, digitalisation, motivation, cartographie…) - Etude entomologique poussée pour une Introduction éventuelle des PBOs : Compte tenu de la résistance du vecteur aux insecticides observée dans le district sanitaire de Faranah, le pays prévoit le renforcement du suivi de l'efficacité des MILDA et la surveillance entomologique dans ce district. Des enquêtes de prévalence parasitaire et de morbidité y seront aussi réalisées pour documenter une éventuelle introduction des Moustiquaires PBO. Des leçons seront tirées des modalités de mise en œuvre actuelles des activités dans les zones d'intervention FM, PMI et AMF pour une meilleure harmonisation du processus d'exécution de la prochaine campagne de masse prévue pour 2022 *1.2. Distribution continue canal sanitaire* Les MILDA seront distribuées gratuitement aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an, reçus respectivement en Consultation Prénatale (CPN) et pour la vaccination. Cette activité sera poursuivie au niveau des Centres de Santé, les Centres Médicaux Communaux (CMC) et les structures de santé privées. Elle sera renforcée et élargie progressivement aux 961 postes de santé avant la fin de la subvention. Pour améliorer l'accès et la qualité des services. <u>Innovations</u> - Collaboration avec les programmes de la santé de la Mère et de l'enfant (Santé de la Reproduction, PEV, PCIMNE, Nutrition…) - Assistance aux autres programmes pour une planification intégrée, la supervision conjointe, les réunions de coordination, l'élaboration des plans concertés, la mise à jour

de documents normatifs et la mise en œuvre des stratégies avancées (Vitamine A, CPN/TPI, PEV, MILDA…).

1.3. Distribution continue canal communautaire, (nouvelle approche)

Pour le Canal communautaire, dans le contexte de la mise à l'échelle de la nouvelle politique de santé communautaire depuis 2018, il s'agira d'intégrer la distribution des MILDA dans le paquet d'activités des Relais communautaires (RECO) en vue de renouveler les MILDA usées et de couvrir les nouveaux besoins. Ce canal concernera les districts de Yomou (Nzérékoré), de Dinguiraye (Faranah) et de Siguiri et Kérouané (Kankan). Le district de Boffa (Boké) qui est aussi une zone vulnérable sera supporté par PMI. La distribution proprement dite débutera six mois après la campagne de masse de 2022 dans toutes les régions précitées.
Un plan de mise en œuvre et les outils de gestion seront élaborés/mis à jour en collaboration avec la Direction de Santé Communautaire. Pour ces différents canaux de distribution continue, l'approvisionnement en MILDA se fera à travers le système intégré de gestion logistique (SIGL). Le PNLP, les districts sanitaires prendront en compte le suivi de la gestion des stocks dans leur supervision de routine.

1.4. Surveillance entomologique
Le suivi entomologique sera poursuivi dans les 13 sites sentinelles par le PNLP en collaboration avec l'Université de Conakry, le Centre National de Formation et de Recherche en Sante Rurale (CNFRSR) de Maferinya et avec l'appui de CDC Atlanta, du CREC du Benin et du département de parasitologie de l'UCAD de Dakar. Il s'agira d'une part d'étudier la sensibilité des vecteurs aux insecticides, l'efficacité, la durabilité des MILDA et d'autre part d'étudier la faune (agressivité, saisonnalité, infectiosité, biologie moléculaire, comportement), de réaliser des investigations/modélisations pour dégager une stratification du paludisme.
Comme indiqué dans le contexte, la surveillance sera renforcée dans le district de Faranah pour documenter une éventuelle résistance et orienter les prises de décision sur les MILDA à utiliser. Les résultats des études susmentionnées serviront à orienter la prise de décision sur les stratégies de lutte antivectorielle.

1.5. Information, éducation, communication (IEC/CCC)

La communication interpersonnelle : qui est réalisée par les RECO à travers les Visites à domicile, La société civile à travers les causeries éducatives, les leaders religieux via les sensibilisations dans les lieux de cultes, les élèves via la paire-éducation et le counseling par agents de santé durant l'entretien des patients.
La mobilisation communautaire : qui sera conduit à travers des dialogues communautaires initiés par les leaders communautaires au sein de leur communauté afin d'identifier et appliquer les solutions locales aux problèmes identifiés dans le cadre de la lutte contre le paludisme.
La communication par les médias **:** qui mettra à contribution les médias communautaires de proximités notamment les radios rurales de Guinée et les radios communautaires privées pour la diffusion des messages clés sur la prévention et prise en charge. Un affichage ciblé interviendra au niveau des structures sanitaires pour rappeler les mesures préventives et promouvoir la gratuité de la prise en charge du paludisme.
Durant les campagnes de distribution des MILDA et de campagne de Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS), ce sont la CIP, la communication par les médias et la mobilisation sociale qui sont privilégiées.
Pour la CIP, les mobilisateurs sociaux (crieurs publics et communicateurs traditionnels), les leaders religieux, et la société civile seront mis à contribution pour appuyer la communication assurée par les RECO en vue d'une large information, sensibilisation et faciliter l'adhésion des bénéficiaires.
La communication par les médias pour informer à large échelle sur les dates, le déroulement, et leur contenu. Certains canaux (émissions radios par exemple) seront adoptés pour discuter en profondeur de certains aspects liés aux activités.

	La mobilisation sociale est utilisée pour obtenir l'engagement des autorités locales et leaders communautaires pour leur obtenir leur contribution et s'assurer de leur participation effective pour le bon déroulement des campagnes. *1.6. Elimination des obstacles liés aux droits humains et au genre (nouvelle activité)* Des distributions communautaires ponctuelles des MILDA seront aussi organisées à l'intention des populations mobiles, des réfugiés, des déplacés, des populations vivant avec un handicap. Les stratégies avancées avec distribution de MILDA seront organisées à l'intention des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an. Dans les zones minières qui font la PID, le PNLP assurera le suivi régulier de cette activité pour une utilisation rationnelle des insecticides. L'audit et la supervision seront renforcés à travers l'inspection générale de la santé, pour atténuer les risques de fraude et de vente des intrants dans le marché parallèle. Des activités de plaidoyer seront réalisées pour sensibiliser les leaders communautaires, les chefs de ménage et les femmes, pour faciliter l'accès des femmes aux services de santé. Une évaluation utilisant l'outil « Malaria MatchBox » sera réalisée, pour déterminer le gap en matière d'équité d'accès aux soins et identifier les solutions aux barrières. Pour une mise en œuvre efficace des interventions prévues dans ce module, il sera réalisé la supervision des prestataires impliqués dans la lutte antivectorielle ainsi que des enquêtes post-campagne de distribution de MILDA *Besoins en assistance Technique* (*A rechercher parmi les partenaires et/ou financer par la subvention)* - Un consultant international pour la surveillance entomologique : (CDC /PMI) - Trois consultants dont un international pour la Campagne MILDA (consultants programmatique et Logistique). - Un cabinet de recherche pour l'enquête post-campagne MILDA - Un consultant international pour la mise en œuvre de l'étude « Malaria MatchBox »
Populations prioritaires	*Campagne de distribution de masse des MILDA* : Toute la population guinéenne est ciblée. *Canal sanitaire* : Les femmes enceintes et les enfants de moins d'un an des zones couvertes par la subvention Fonds mondial *Canal communautaire :* - Ménages des régions de Kankan, de Faranah et de Nzérékoré ou la prévalence parasitaire est la plus élevée et/ou la mobilité de la population ou l'enclavement de la zone est très importante (District de Kerouane, Dinguiraye, Siguiri, Yomou). - Population carcérale et celle vivant avec un handicap dans les districts cités plus haut.
Obstacles et inégalités	L'analyse du contexte sociopolitique et la revue de Performance du Programme ont permis d'identifier les risques liés à la mise en œuvre des interventions de la LAV notamment : - La mobilité des travailleurs saisonniers dans les zones minières des régions de Kankan et Faranah et au niveau des zones pêches (Boké, Boffa); - Enclavement de certaines localités (Dinguiraye, Kerouane) - La fraude et le développement du marché parallèle, limitant ainsi l'accès des populations aux MILDA ; - L'utilisation anarchique des insecticides par les sociétés minières et le secteur agricole pouvant entraîner la résistance des vecteurs et diminuer l'efficacité des moustiquaires ; - Limitation des services de distribution aux centres de santé ; - Faible implication des femmes dans la prise de décision en matière de santé, - Non prise en compte des populations carcérales et celle vivant avec un handicap lors de la distribution des MILDA. *Les interventions retenues dans ce module prendront en compte ces obstacles et inégalités (voir 1.6 Elimination des obstacles liés aux droits humains et au genre)*
Justification	Les interventions de lutte antivectorielle retenues dans la présente demande de subvention ont été choisies sur la base de leur impact sur la réduction de la transmission du paludisme.

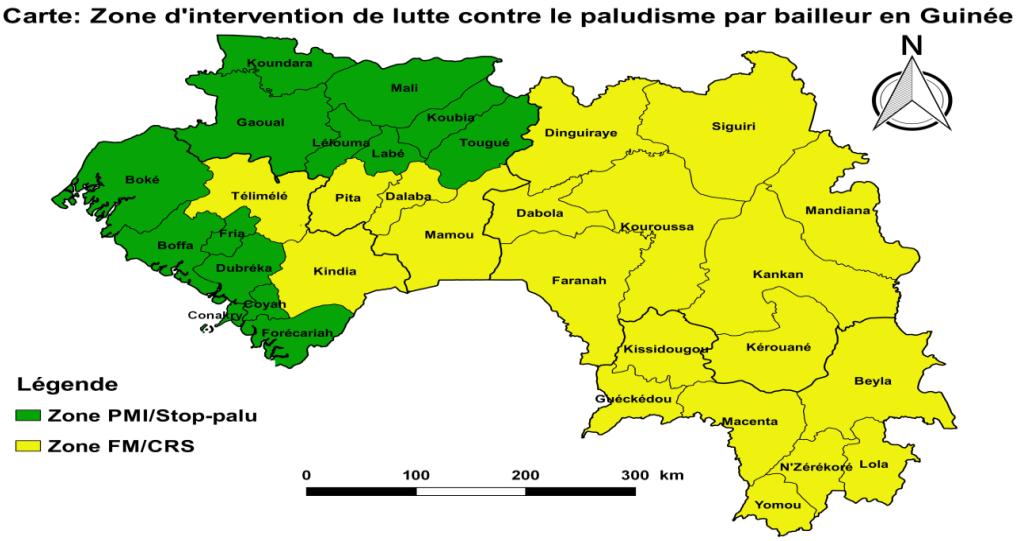
	Il est prouvé que la MILDA est le meilleur moyen en termes de coût/efficacité pour réduire la transmission du paludisme. C'est pourquoi la Guinée, conformément aux recommandations de l'OMS s'est fixée comme objectif d'atteindre et de maintenir la couverture universelle. Pour ce faire une campagne nationale de distribution gratuite des MILDA sera organisée en 2022, trois ans après celle de 2019 et la distribution continue à travers les canaux sanitaire et communautaire sera mise en œuvre pour remplacer les MILDA usées et compléter les besoins des ménages. Ces interventions sont soutenues par des activités de suivi entomologique, de supervision, d'enquête, d'évaluation, de communication pour le changement social et de comportement (CCSC) et la gestion des approvisionnements et des stocks. La distribution communautaire cible les districts où la prévalence parasitaire est la plus élevée mais aussi les districts enclavés et les districts où la mobilité de la population est très importante. Les besoins nationaux en MILDA (basé sur l'historique de la campagne et pas seulement sur la projection de la population) pour la campagne de masse sont évalués à 9 026 980 dont 400400 sont couverts par PMI, 1 026 400 Etat Guinéen et 3 500 000 par AMF. Le Gap de 4 100 171 sera soumis au Fonds Mondial dans le cadre de cette présente demande de financement. Concernant les besoins pour la distribution continue, les besoins nationaux s'élèvent à 2 199 087 MILDA couvert par PMI et l'Etat guinéen.
Résultats attendus	D'ici fin 2023 : - Au moins 60% des personnes à risque de paludisme tout âge confondu ont dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête ; - 95% des ménages sont couverts au cours de la campagne 2022 - Au moins 60% des femmes enceintes à risque ont dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'enquête ; - Au moins 60% des enfants de moins d'un an ont dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'enquête
Investissement attendu	USD 23,860,392

Module N° 2	**Prise en charge des cas**
Principales interventions et activités	Conformément au PSN 2018 – 2022 la prise en charge du paludisme sera poursuivie et renforcée. Elle est faite en milieu hospitalier, dans le secteur privé et au niveau communautaire selon les directives nationales. Elle est soutenue par la communication pour le changement de comportement, la surveillance de l'efficacité thérapeutique et le contrôle de qualité des médicaments. Dans la perspective d'accroitre la disponibilité et l'utilisation des produits antipaludiques , la Guinée a opté pour la politique de panier commun. Une répartition des rôles et responsabilités entre ces 2 partenaires (USAID/PMI et FM) a été faite et se présente comme suit : **Tableau IV : Répartition par partenaires au titre des achats des produits de santé**

Achat des produits de santé (besoins nationaux)	**Bailleur responsable**
Intrants de paludisme grave	USAID / PMI
Intrants de laboratoire (sans les gants)	USAID / PMI Gants pour le FM
MILDA de routine	80% sur le FM 20% sur les autres partenaires

MILDA de la campagne	45% sur le FM 4% sur PMI 39% sur AMF 11% sur l'Etat Guinéen
Intrants du TPIg (SP)	Fonds mondial (100%)
TDR	Fonds mondial (100%)
Intrants de paludisme simple	Fonds mondial (100%)
Intrants de CPS (SPAQ)	Fonds mondial (100%)

Concernant la mise en oeuvre des interventions, chaque bailleur supportera des paquets harmonisés d'activités dans ses zones. PMI couvrira 18 DPS et le FM 20 DPS (voir la carte pour détail au niveau de la carte ci-dessous)



Carte n°6 : Zones intervention de lutte contre le paludisme par bailleur en Guinée

2.1. Traitement en milieu hospitalier.

Le diagnostic est fait avec le TDR ou la GE. L'Artéméther-Luméfantrine est utilisé pour le traitement des cas simples et l'Arténusate injectable pour le traitement des cas graves. Lorsque les cas graves sont reçus au niveau des centres de santé, l'Artémether injectable est utilisé en traitement pré-transfert vers les structures de référence (hôpital, CMC).

Toutes ces activités de prise en charge seront soutenues par : i) la formation/recyclage des prestataires à tous les niveaux, ii) l'approvisionnement des structures publiques et privées en intrants antipaludiques, iii) l'équipement en matériel de laboratoire et la fourniture de consommables, iv) la supervision formative des prestataires, vi) le renforcement de la communication pour le changement de comportement.

Compte tenu de la difficulté d'acquisition de l'Artéméther et pour améliorer la prise en charge des cas graves au niveau des centres de santé, le protocole de traitement sera révisé.

Le PNLP veillera aussi au renforcement de la collaboration avec d'autres programmes et directions du Ministère de la santé (PCIMNE, DNSCMT, Nutrition, les centres hospitalo-universitaires, les écoles de formation).

2.2. *Prise en charge des cas dans le secteur privé*

L'intégration des structures privées dans la lutte contre le paludisme entamée avec les subventions du Fonds mondial et de l'USAID/PMI (90 structures) sera poursuivie afin d'améliorer la qualité de la prise en charge. Elle se fera à travers l'alignement des structures privées et parapubliques, la formation et la supervision des prestataires, l'approvisionnement des structures en intrants antipaludiques et équipement.

2.3. Prise en charge intégrée au niveau communautaire

La prise en charge est intégrée dans le paquet d'activités des ASC/RECO selon le guide harmonisé de mise en œuvre de la santé communautaire. Les cas simples sont diagnostiqués par le TDR et traités par les CTA. Les cas graves sont orientés vers la structure de référence après un pré-transfert avec l'artésunate suppositoire ; dans le cadre de la mise à l'échelle de la politique nationale, Il s'agira de former/recycler 1516 RECO et 152 ASC des Districts sanitaires de Mamou, Dalaba, Dabola, Kissidougou et Faranah (avec le financement en cours de la banque Mondiale) du fait de la prévalence élevée du paludisme dans ces zones et de la nécessité de couverture intégrale du district et de la région. Ces districts seront 'approvisionnés en antipaludiques et kits de prise en charge, et les activités communautaires seront suivies par les ASC et les RECO soutenues par les ONG et OCB aux niveaux locales lesquelles faciliteront la mise en œuvre par un accompagnement en terme d'accès et de communication aux communautés.

Pour améliorer la disponibilité et la gestion des médicaments à tous les niveaux, le PNLP poursuivra la coordination des achats entre les différents partenaires (FM, PMI) après les ateliers annuels de quantification (plan d'approvisionnement, réunion mensuelle, suivi actif des commandes). La PCG en étroite collaboration avec le PNLP continuera à assurer le stockage et la distribution des intrants sur réquisitions trimestrielles des formations sanitaires.

<u>Innovations</u>

- Le PNLP en collaboration avec les partenaires et la PCG, organisera une réunion avant et après chaque distribution trimestrielle des intrants, pour valider le plan d'approvisionnement et évaluer le pourcentage de satisfaction des commandes. Au terme de réunions, des actions concrètes seront prises pour corriger les insuffisances.
- Le suivi des intrants au niveau périphérique sera assuré par les pharmaciens régionaux, préfectoraux, les points focaux et les conseillers techniques régionaux.
- Le PNLP organisera aussi des visites de « spot-Check » pour s'assurer de la qualité de la gestion des intrants.

2.4. Surveillance de l'efficacité thérapeutique

Les études d'efficacité thérapeutique portant sur les molécules utilisées pour la prise en charge du paludisme seront poursuivies dans le but de garantir une meilleure prise en charge des cas et d'introduire de nouvelles lignes thérapeutiques si nécessaire. Ces études seront réalisées au niveau des sites sentinelles avec l'appui des centres de recherche sous financement de PMI/USAID

2.5*. Information éducation, communication pour le changement de comportement*

Pour améliorer l'utilisation des services de PEC du paludisme, le PNLP en collaboration avec les partenaires renforcera la communication pour le changement social et de comportement au niveau central et opérationnel. Ceci se fera à travers les activités de communication de proximité et de masse tel que le counseling dans les formations sanitaires, la sensibilisation par les religieux, les écoliers, les crieurs publics, les ONG et les RECO, la société civile y compris les OCB, le dialogue communautaire et les veillées villageoise. Des supports de communication (boite a image, affiches spots TV et Radio) seront produits et diffusés.

2.6. *Elimination des obstacles liés au droit humains et au genre*

Pour renforcer la qualité de la prise en charge et atteindre l'ensemble de la population un accent sera mis sur l'intégration des services de santé des armées, des infirmeries scolaires et universitaires. Les centres communautaires de prise en charge des populations prioritaires et les infirmeries des milieux carcéraux où les interventions de lutte contre le paludisme n'étaient pas mises en œuvre seront aussi formés et dotés en intrants antipaludiques. La stratégie communautaire sera mise conformément à la politique nationale de santé communautaire définissant le ratio Relais/nombre d'habitats (1 relai/650)

Pour amener les formations sanitaires à respecter la politique de gratuité, le PNLP en collaboration avec les partenaires intensifiera les activités de communication et de supervision, et un appui technique sera apporté à L'IGS pour l'amener à effectuer des missions ciblées d'audit et d'inspection trimestrielles (RSS).

	2.7. Garantir la qualité des médicaments. RSS Le contrôle de l'utilisation des antipaludiques sera axé sur le renforcement des capacités du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM). Il s'agira de former le personnel et d'équiper le laboratoire en matériel adéquats. *Besoins en assistance technique* - Partenariat avec des instituts de recherche au niveau local et international (*Financement à rechercher parmi les partenaires actuels et/ou financer par la subvention)* pour la réalisation des études d'efficacité thérapeutique
Populations prioritaires	A cause du caractère endémique du paludisme, toute la population est prioritaire. Cependant la morbidité globale du paludisme est de 37.3% chez les enfants de moins de 5 ans et de 3,9% pour les femmes enceintes. (Données de routine du PNLP). Les populations des zones d'accès difficile, les populations des centres communautaires, les populations carcérales sont aussi considérées comme prioritaires et bénéficieront d'interventions de PEC adaptées.
Obstacles et inégalités	Les revues, les supervisions, les enquêtes et les évaluations périodique réalisées par le programme et ses partenaires ont permis de révéler des obstacles et de inégalités. - Faible accessibilité géographique de certaines structures de santé - Prolifération des produits de santé y compris les antipaludiques dans le marché informel ; - Le recours important à l'automédication et aux Guérisseurs - Répartition inégale des relais Communautaires pouvant réaliser la prise en charge du paludisme avec exclusions des zones enclavées et des populations prioritaires ; - Non-respect de la politique de gratuité des antipaludiques à certains endroits *Pour les actions à prendre voir « 2.6. Elimination des obstacles liés aux droits humains et au genre »*
Justification	La situation épidémiologique et l'analyse des lacunes programmatiques montrent que le paludisme demeure un problème de santé majeur pour le pays. Entre 2016 et 2019, le nombre de cas confirmés est de 5 622 460 sur 16 512 816 consultations (toutes causes confondue) soit une morbidité proportionnelle de 34,05% (Tableau des données essentielles). On note sur la même période une augmentation progressive du nombre de cas lié à l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services. L'intégration des structures privées et le renforcement des activités de santé communautaire ont aussi contribué à cette augmentation. Ainsi les actions développées jusqu'ici dans le domaine de la prise en charge et le soutien seront poursuivies. L'analyse de la situation a identifié les besoins nationaux en TDR et en CTA pour la période 2021 – 2023. Ils sont estimés respectivement à 12 155 123 et à 6 430 166 tous imputables à présente demande de subvention.
Résultats attendus	Selon le cadre de performance du PSN 2018 – 2023, d'ici 2023 les résultats ci-dessous sont attendus : - 100% des cas confirmés au niveau communautaire ont reçu un traitement selon les directives nationales de lutte contre le paludisme ; - 100% des cas confirmés au niveau des formations publiques et privées ont reçu un traitement selon les directives nationales de lutte contre le paludisme ; - Au moins 85% des enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre ont reçu un traitement selon les directives nationales de lutte contre le paludisme dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre.
Investissement attendu	USD 9,224,809

Module N° 3	Interventions de prévention spécifiques
Principales interventions et activités	Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte et la Chimioprévention du Paludisme Saisonnier (CPS) sont considérés comme des interventions de prévention spécifiques supportées jusqu'ici par le Fonds Mondial et PMI. La répartition de toutes les interventions décrites ci-dessous fera l'objet de coordination entre le MS/PNLP, USAID/PMI et le FM et les partenaires de mise en œuvre (Stop Palu+ et CRS). Cette répartition de partenaires financiers sera revue chaque année pour vérification de la cohérence et disponibilité de financement (y compris pour l'acquisition des médicaments). *3.1. Traitement préventif intermittent (TPI) – Femmes enceintes* Le TPI consiste à la prise d'une dose thérapeutique de Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) par la femme enceinte reçu en CPN à partir du second trimestre. Cette activité est réalisée dans les centres de santé, les postes de santé, les CMC et le secteur privé intégré. Elle est soutenue par i) la formation/recyclage des prestataires de CPN sur le TPI, ii) la dotation des structures de santé en SP et en kits (seaux, Gobelets) pour le traitement directement observé (TDO), iii) iv) le suivi post-formation des prestataires au niveau des sites 6 à 8 semaines après chaque cycle de formation. <u>Innovation</u> - Recherche active des femmes enceintes par les RECO dans la communauté et leur orientation vers les formations sanitaires, - Optimisation de l'offre et de l'utilisation des services de CPN à travers d'une part la collaboration avec la division de la santé Familiale de la reproduction et la direction de la santé communautaire et d'autre part l'organisation de stratégies avancées en CPN dans les zones enclavées, les centres communautaires et les infirmeries des milieux carcéraux. *3.2. Chimioprévention du paludisme saisonnier* La Chimioprévention du paludisme saisonnier consiste à l'administration d'une dose de SP associée à 3 doses d'Amodiaquine aux enfants de 3 à 59 mois en 4 passages entre juillet et octobre correspondant à la période de forte transmission palustre dans les districts éligibles. Le critère de sélection est basé sur la survenue d'au moins 60% des cas annuels au cours de la période de haute transmission correspondants de juillet à octobre. Cette stratégie est organisée chaque année depuis 2015 entre juillet et octobre (Enquête de couverture LSHTM Seasonal Malaria Chemoprevention Coverage Survey in Guinea, 2018). Elle sera réalisée conformément au plan de mise en œuvre dans les districts sélectionnes selon les critères de l'OMS. A ce jour, elle couvre 13 districts : Gaoual, Labé, Mali, Tougué, Koubia, Lélouma, Koundara, Dinguiraye, Mandiana, Siguiri, Dabola, Kouroussa et Kankan. Une extension de la couverture fondée sur des résultats de l'étude d'éligibilité, est prévue sur 04 nouveaux districts en 2020 (Faranah, Mamou, Dalaba et Pita). Sur la base des résultats d'une étude d'éligibilité qui sera réalisée en 2020, deux autres districts contigus à la zone CPS déjà couverte seront éventuellement couverts à partir de 2021. Parmi les 19 districts ciblés d'ici 2023, PMI en couvrira 7 : Gaoual, Labé, Mali, Tougué, Koubia, Lelouma, Koundara. Une étude sur les marqueurs moléculaires de la résistance des parasites à la SPAQ est prévue en 2021. Le suivi et la remontée des effets indésirables seront renforcés à travers la collaboration avec la Direction Nationale de la Pharmacie et Médicaments. <u>Innovations</u> i) Mutualisation CPS et autres activités et programme : • Prise en charge des cas de paludisme simple confirmés au niveau des ménages, • Contrôle du statut vaccinal et l'état nutritionnel des enfants • Reference des femmes enceintes vers les centres de santé pour le TPI, • Vérification de l'accrochage et de l'utilisation des MILDA par les RECO.

	• Orientation des enfants présentant une toux depuis plus de deux semaines vers les Centres de santé pour le screening de la tuberculose. • Elaboration et diffusion supports spécifiques à la mutualisation avec la CPS ii) Activités transfrontalières Conformément aux recommandations de l'OMS, la Guinée organisera de manière conjointe la CPS avec le Sénégal et Mali à travers la Planification et l'exécution simultanée de la campagne. iii) Utilisation de plateformes digitales (Smartphones) pour le dénombrement de la population cible et au cours de la distribution *3.3. Information éducation et communication pour le changement de comportement* Pour le TPI : Dans ce cadre un accent sera mis sur l'amélioration du counseling pendant la CPN par les agents de santé dans les formations sanitaires, Les VAD seront réalisées et les supports afférents (dépliants, boite à images, spots) seront reproduits et diffusés. Pour augmenter la couverture en CPS dans les endroits enclavés, les agents distributeurs résidants dans ces zones seront recrutés et des canaux de communication adaptés (crieurs publics et leaders religieux) seront utilisés. <u>Innovation</u> - Utilisation de technologies de l'information et de la communication : SMS, appel téléphonique pour rappeler le RV pour la prise de la SP en TDO- recherche active et référence des femmes enceintes pour le TPI *3.4. Elimination des obstacles liés aux droits humains et au genre* L'organisation des stratégies avancées en CPN dans les zones enclavées, les centres communautaires et les infirmeries des milieux carcéraux. Les actions de plaidoyer auprès des leaders religieux, les chefs de ménages pour faciliter l'accès et l'utilisation des services de CPN pour les femmes enceintes. <u>Innovation</u> - Plaidoyer auprès des autorités locales, les chefs coutumiers, les leaders religieux, et chefs de ménages pour lever les barrières culturelles limitant le pouvoir de décision des femmes - Organisation conjointe de la CPS dans le cadre de la stratégie transfrontalière avec le Mali et le Sénégal donnera la possibilité à la population mobile des zones frontalières de recevoir les 4 doses requises de SPAQ Besoins en AT : Aucune planification pour le moment, dans l'éventualité, un appui pourrait être sollicité pour explorer les options pour la mutualisation des activités en CPS
Populations prioritaires	TPI : les femmes enceintes qui représentent 4,5% de la population du Pays ; CPS : les enfants de 3 – 59 mois qui représentent 20% de la population dans les districts sanitaires ciblés.
Obstacles et inégalités	- L'éloignement et l'enclavement de certaines zones limitant l'accès des enfants éligibles à la CPS - Le faible accès des femmes enceintes aux services de santé - La mobilité de la population dans les zones minières et frontalières entrainant des fluctuations saisonnières des données populationnelles de ces zones avec une incidence négative l'adhérence d'un enfant pour les 4 passages. - Non prise en compte des femmes enceintes en milieu carcéral pour le TPI - Les pesanteurs socioculturelles limitant le recours aux services de santé pour la femme enceinte (la femme enceinte cache sa grossesse durant le premier trimestre ou fréquente les structures de santé sur autorisation du conjoint)

Justification	Le TPI est une des interventions clés du Plan stratégique national permettant de prévenir le paludisme chez les femmes enceintes dont la vulnérabilité est importante. Selon l'EDS 2018, la couverture actuelle en TPI3 est de 36% pour une cible attendue en 2023 de 60%. Les actions prévues dans la présente proposition permettront d'augmenter progressivement cette couverture de 05% par an jusqu'en 2023. Pour le TPI, les besoins nationaux pour la période sont estimés à 17 287 369 comprimés imputable à la subvention FM. S'agissant de la CPS, le pays dispose de plusieurs districts situés dans la bande sahélienne. Selon les enquêtes d'éligibilité 60% des cas de paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans surviennent durant la période de juillet à octobre dans ces districts. Ainsi conformément aux recommandations de l'OMS, la Guinée a démarré la CPS en 2015 dans six districts et l'a poursuivi en intégrant progressivement de nouveaux districts. En 2021 le nombre de district sous CPS sera porté à 19. Les stratégies retenues dans cette présente subvention permettront un taux de couverture d'au moins 95% en 2023 et d'améliorer la protection des enfants de 03 à 59 mois dans les districts éligibles. Ceci nécessitera l'acquisition de 15 535 184 doses de SP+AQ couvertes par la présente subvention
Résultats attendus	Les résultats attendus seront alignés aux cibles du PSN 2018 – 2023 - Au moins 60% des femmes enceintes sont couvertes en TPI3 d'ici fin 2023. - Au moins 95 % des enfants de 3 à 59 mois des districts éligibles à la CPS sont couverts chaque année entre 2021 et 2023.
Investissement attendu	USD 14,531,933

Module N° 4	**Gestion de programme**
Principales interventions et activités	La gestion de programme est une intervention clé du Plan Stratégique national de lutte contre le paludisme. Les interventions retenues dans ce module sont les suivantes : i) coordination et gestion du programme national de lutte contre le paludisme - ii) gestion de la subvention La répartition de toutes les interventions décrites ci-dessous fera l'objet de coordination entre le MS/PNLP, USAID/PMI et le FM et les partenaires de mise en œuvre (Stop Palu+ et CRS, GHSC-PSM). Cette répartition de partenaires financiers sera revue régulièrement pour la cohérence et la disponibilité du financement chaque année. *4.1. Coordination et gestion du programme national de lutte contre le paludisme* Le Ministère de la santé avec les programmes (PNLP, PNLSH, PNLAT) en collaboration avec les DPS/DRS et les partenaires va poursuivre les réunions trimestrielles des comités de suivi (central et régionaux), les réunions mensuelles des DPS. Cela concernera pour tous les trois programmes : La validation des données, les rencontres mensuelles des groupes thématiques, les revues trimestrielles régionales pour la planification, la validation des données, le suivi des indicateurs et les réunions trimestrielles pour la mise à jour des plans d'approvisionnement. Ces rencontres connaitront la participation des partenaires des départements ministériels, des institutions de recherche, des ONG locales et de la société civile. La planification opérationnelle sera poursuivie. Elle sera élargie au DPS, DRS et autres programmes du Ministère de la santé. Un plan de travail annuel sera élaboré sur la base des interventions prévues dans le Plan Stratégique National du programme. Ce plan sera décliné en plans trimestriels et mensuels pour faciliter la mise en œuvre et le suivi rapproché des activités. Il prendra en compte les préoccupations de tous les partenaires et autres directions et programmes impliqués dans la lutte contre le paludisme. Le PSN 2023- 2027 sera élaboré sur la base des résultats de l'analyse rapide réalisée en 2020 et de l'évaluation finale des performances du PSN 2018-2023.

Le PNLP poursuivra sa collaboration avec les secteurs parapublics et privés à but non lucratif par l'intégration de leur structure dans la lutte contre le paludisme conformément à la politique d'intégration du programme. Aussi, les 41 cliniques privées seront intégrées dans le domaine de la formation sur la prise en charge et l'application de la politique nationale de PEC. Le partenariat amorcé depuis 2016 avec la chambre des mines de Guinée sera renforcé par la formation des prestataires sur la lutte contre le paludisme et leur supervision. Les structures privées seront dotées en intrants antipaludiques et transmettront leurs rapports périodiques aux districts.
Le programme renforcera sa collaboration avec les organisations de la société civile et les associations communautaires en s'assurant de leur participation aux différentes rencontres et à la prise en compte de leur préoccupation dans les plans de travail.

Conformément aux recommandations de l'OMS, le pays organisera chaque année la journée mondiale de lutte contre le paludisme dans une région avec la participation de tous les partenaires.

Innovations

- Mutualisation avec d'autres directions: Réunions périodiques avec d'autres Directions/ programmes comme la PCIMNE, le PEV, la Santé de la Reproduction et la Nutrition pour améliorer la mise en œuvre de certaines interventions telles que: les activités communautaires, les activités de lutte contre le paludisme pendant la grossesse et la distribution continue des MILDA ainsi que la CPS.
- Surveillance sentinelle : Le PNLP en collaboration avec les partenaires mettra en place un site sentinelle intégré dans chaque région naturelle ; ces sites seront sélectionnés parmi les 13 sites sentinelles d'entomologie existant. En plus du suivi entomologique, ils assureront le suivi épidémiologique et parasitologique. Sur la base du plan de mise en œuvre élaboré à cet effet, les principales activités seront réalisées : Investigation, formation, supervision, coordination, monitoring, évaluation.
- Communication institutionnelle : L'initiative Roll Back Malaria « Zéro palu je m'engage » sera mise en œuvre (spot d'engagement, Forum, Plaidoyer etc..) pour susciter l'engagement politique, sociétale et communautaire dans la lutte contre le paludisme.

4.2. Gestion de la subvention
Dans le domaine de renforcement des capacités techniques, le programme National de Lutte contre le paludisme mettra à jour son plan de renforcement élaboré en 2017. Pour se faire le PNLP réalisera une analyse de situation pour identifier les forces et faiblesses sur la gestion des ressources et la mise en œuvre des interventions afin d'améliorer la performance du programme. Cette évaluation prendra en compte l'intégration du secteur privé. Sur la base des résultats de cette analyse, les ressources humaines seront renforcées à travers des cours, des réunions d'échange, de séances de partage d'expérience au niveau national et international. Les formations se feront en collaboration avec les instituts de recherche ou universités nationales et étrangères. Elles concerneront les DRS, DPS, le personnel du PNLP et autres agents du ministère de la santé ciblés en fonction des priorités. Dans le but du renforcement continue des capacités du personnel, des missions de coaching mentoring des cadres du PNLP, des districts et des régions seront organisées.

*Sur le plan de la gouvernance, l*es capacités de toutes les parties prenantes (DPS, DRS, COSAH, Société Civile, Centre de santé, Centre communautaire seront renforcée en leadership-Management et Gouvernance dans les districts de Kérouané, Siguiri, Dinguiraye et Yomou présentant une prévalence élevée. (Formation, Suivi). Cette activité permettra d'améliorer la transparence, la redevabilité, la responsabilisation, la gestion des données et des ressources allouées à la lutte contre le paludisme.

	*Sur le plan de la gestion des ressources humaines n*otamment à propos des contractuels et "Points focaux" actuellement impliqués uniquement dans les interventions de lutte contre le paludisme financées par le FM et USAID/PMI dans les 38 districts sanitaires, leurs termes de référence (TDR) seront revus, incluant un changement de dénomination pour devenir des assistances techniques intégrées au district. Ils seront impliqués dorénavant dans les trois (03) maladies et dans la planification/gestion des DPS. Ils seront transférés sous la responsabilité du Ministère de la Santé (la responsabilité actuelle étant sous CRS et Stop Palu/RTI (USAID/PMI). Leurs rôles seront essentiellement d'appuyer les districts sanitaires sur les aspects de coordination (intersectorielle, avec les PTF et la société civile), de planification et de suivi & évaluation (incluant l'appui à la saisie des données sur le DHIS2). Une phase de transition planifiée au cours de la période en cours devra permettre : (i) la revue des TDR, (ii) l'orientation des personnels concernés sur les nouvelles tâches, (iii) le démarrage de l'activité dans quelques districts à titre de pilote afin de tirer les enseignements pour une mise à l'échelle dès le démarrage de la subvention 2021-2023. Au final, ce transfert se fera en 2021, les 38 points focaux seront transférés au MS, une assistance technique sera mobilisée pour la formalisation et le suivi de ce plan de transition. Cette initiative de renforcement des RH est un maillon clé du succès des résultats (aussi pour le VIH et TB), et s'appuie sur l'analyse des goulots et capacités au niveau des régions et district. *La gestion des ressources matérielles,* le PSN 2018 - 2023 a mis l'accent sur le renouvellement du matériel et la maintenance des infrastructures et du matériel avec l'appui des partenaires. Cette présente demande de financement permettra de renouveler les équipements informatiques et bureautiques, d'acquérir du mobilier et consommables de bureau, d'acquérir des véhicules tout terrain pour supervision, d'assurer la maintenance préventive du matériel et des équipements. Le siège du PNLP sera aussi réhabilité. *Besoins en assistance technique* **:** - Un consultant international pour le partenariat prive-public en vue de la mobilisation des ressources internes - Un consultant international pour la mise en place des sites sentinelles de surveillance intégrée. - Un Conseiller technique international long terme pour la coordination du PNLP - Un Spécialiste en genre et droits humains
Populations prioritaires	Les cadres du Ministère de la Santé, du secteur privé, les partenaires, les cadres des autres ministères impliqués dans la lutte contre le paludisme (Environnement, Administration du territoire, Action Sociale et promotion féminine, Agriculture, Education Nationale et de l'Alphabétisation,…), le Secrétariat Général des Affaires religieuses, les instituts d'enseignements, de recherche et de formation, l'Instance nationale de Coordination (ICN) du Fonds Mondial et la société civile (OCB, Groupes vulnérables, populations clés…).

Obstacles et inégalités	L'analyse du contexte sociopolitique et la revue de Performance du Programme ont permis d'identifier les risques liés à la mise en œuvre des interventions de la subvention : - Difficultés dans la mobilisation des ressources financières internes. - Insuffisance de la mutualisation des actions au niveau du Ministère de la santé entrainant des interférences et une surutilisation des ressources humaines au niveau opérationnel. - Insuffisance de personnel Étatique - Il s'ajoute la faible prise en compte des obstacles lies aux droits humains et au genre dans les documents normatifs (guide de formation, guide de supervision, plan de communication) *Actions requises :* - Plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes, continuer le support des contractuels, élargissement de l'élaboration de plans opérationnels a d'autres programmes. - Réunions périodiques avec d'autres Directions/ programmes comme la PCIMNE, le PEV, la Santé de la Reproduction et la Nutrition pour améliorer la mise en œuvre de certaines interventions telles que : les activités communautaires, les activités de lutte contre le paludisme pendant la grossesse et la distribution continue des MILDA ainsi que la CPS. - Evaluation de l'aspect genre et droit humains en utilisant l'outil « Malaria Matchbox » et prise en compte des résultats pour la révision des documents normatifs. - Transfert de la gestion des points focaux et des contractuels du PNLP au Ministère de la santé avec revue de leurs TDRs pour prendre en compte également la TB/VIH et paiement des primes.
Justification	Pour avoir un impact sur la charge de la morbidité et mortalité palustre, la mise en œuvre du PSN doit être soutenue par la gestion du programme ; les différentes évaluations faites par le programme et les partenaires, telles que l'analyse rapide du PSN 2018-2022, l'analyse situationnelle du programme faite en 2017 par Stop Palu+ et le projet LMG et les évaluations périodiques réalisées par CRS/FM dans le cadre de la ZCP montrent : - Une insuffisance en personnel étatique surtout dans les domaines de lutte antivectorielle, la Prise en charge, le suivi évaluation, la gestion financière, le management et leadership, la gestion des approvisionnements et de stocks et la communication. - Une faible implication des autres programmes et départements ministériels dans la lutte contre le paludisme (PEV, santé de la reproduction, nutrition, PCMINE…) - Une faible mobilisation des ressources internes créant un Gap dans l'appui à la mise en œuvre et au suivi des interventions. (Banques, assurances, compagnies minières, les sociétés de télécommunications, les unités industrielles) - Insuffisance de coordination entre les DPS, DRS et acteurs locaux, - Faible implication des communautés et de la société civile dans la lutte contre le paludisme, une intégration partielle des structures privées, but non lucratif dans la lutte contre le paludisme et la non-intégration des structures de sante informelle malgré leur utilisation par une frange importante de la population - La faible prise en compte du Genre et droit de l'homme dans les documents normatifs. Ainsi pour pallier ces insuffisances, l'accent sera mis sur la coordination, la planification, le partenariat, la mobilisation des ressources, la gestion de la subvention, la gouvernance
Résultats attendus	Les résultats de ce module sont les suivants : - Au moins 95% du budget imputé à l'État dans la demande de financement sont mobilisés d'ici fin 2023. - Au Moins 95% du budget alloues est décaissé et exécutés d'ici fin 2023 - Au moins 95% des activités prévues dans la demande de financement sont réalisées d'ici fin 2023.
Investissement attendu	USD 14,967,013

Composante Système Résilient et Pérenne pour la Santé (SRPS)

Module N° 5	Ressources humaines pour la santé y compris les agents de santé communautaires
Principales interventions et activités	Les Ressources Humaines en Santé constituent un des piliers de l'OMS pour le développement du système de santé. Les renforcements prévus dans ce programme concernent les politiques et la gouvernance, la formation continue, la rémunération et le déploiement de personnel. *5.1 Politiques et gouvernance* Les activités suivantes seront menées : (i) appuyer la vulgarisation des textes officiels de gestion des ressources humaines, (ii) fournir des moyens logistiques et informatiques aux services régionaux et préfectoraux de gestion des ressources humaines, (iii) appuyer l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action opérationnels des ordres professionnels de la santé, (iv) mettre à jour les référentiels de compétence du personnel, (v) mettre en place un cadre de performance pour formaliser les objectifs de performance et ainsi évaluer le personnel au regard du référentiel de compétence. *5.2 Formation continue* Il s'agira de : (i) formaliser et promouvoir une approche plus spécifique de renforcement des capacités du personnel de soins, basée sur le mentorat/tutorat/coaching (en lieu et place des formations classiques en salle), (ii) accompagner la mise en place au niveau régional (Boké et Nzérékoré) de deux centres d'excellence de prise en charge pour le perfectionnement et le recyclage du personnel de santé (acquisitions des bonnes pratiques cliniques, de pharmacie et de laboratoires), (iii) structurer une plateforme de formation continue et d'échange de bonnes pratiques dans le cadre de e-learning pour renforcer la gestion des programmes, (iv) renforcer les capacités opérationnelles et fonctionnelles du programme de Master de santé Publique à l'UGANC, dans le cadre de la diversification du programme d'enseignement (semi présentiel, e-learning…), en appui á la faculté des sciences et techniques de la santé ; (v) apporter un appui technique et institutionnel à la formation dans les écoles de santé communautaire en collaboration avec le Ministère de l'enseignement technique. A propos des points ii et iv susmentionnés, il est à noter que la Banque Mondiale, à travers notamment l'initiative « Western and central Africa Higher Education Centers of excellence project », soutient la Guinée depuis 2017 par la fourniture d'équipements au bénéfice de l'Institut de Perfectionnement du Personnel de Santé (IPPS) de Conakry, par la rénovation et l'équipement des salles de cours de master et de PhD de l'UGANC et l'attribution de bourses au titre des frais académiques. L'appui du FM viendra en complémentarité dans le cadre de la décentralisation et du financement des projets de recherche des étudiants *5.3 Rémunération et déploiement de personnel* Activités ciblées : (i) transférer au MS les contractuels et les points focaux des programmes, conformément au plan de transition élaboré par le Ministère de la santé, (ii) mettre en place des mesures incitatives basées sur la performance, au profit des agents de santé œuvrant dans les zones difficiles *5.4 Agents de santé communautaires : Éducation et production* Il s'agira de mettre à échelle la stratégie de santé communautaire dans 5 districts sanitaires des régions de Mamou (Mamou, Dalaba) et Faranah (Dabola, Faranah et Kissidougou). Cette mise à échelle se fera sur la base du modèle en cours dans les deux districts financés avec les fonds catalytiques du FM. Elle permettra la couverture intégrale, en complémentarité avec les autres partenaires, afin de passer de 20% à 58% à travers le recrutement et la formation initiale de 152 agents de santé communautaires et 1516 relais communautaires qui fournissent des services de santé de qualité pour les trois maladies, et pour d'autres programmes tels que la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, y compris la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (PEC-C).

	5.5 Agents de santé communautaires : Rémunération et déploiement Selon la politique nationale de santé communautaire, les ASC et RECO qui seront formés auront des primes mensuelles suivant un contrat de prestation signé avec la mairie. La rémunération se fera comme suit : - L'ASC recevra 1.200.000 GNF soit $129 par mois ; - Le RECO aura 450.000 GNF soit $50 par mois. Dans le cadre de l'extension de la couverture susmentionnée, les salaires seront à charge des PTFs dont le FM durant une année (2021), et la transition et la continuité seront assurées dès 2022 par l'État à travers le budget des communes soutenues par l'ANAFIC et le budget du Ministère de la Santé. Agents de santé communautaires : Formation continue Afin de garantir la qualité des prestations offertes, les ASC et les RECO seront suivis à travers des activités de suivi post formation et de coaching/Tutorat. Besoins en Assistance Technique : Continuation du contrat avec LSHTM sur l'évaluation prospective de la stratégie Sante Communautaire sera planifiée pour le premier trimestre 2021.
Populations prioritaires	Les prestataires en santé communautaire y compris les ASC et RECO, surtout ceux évoluant dans les zones à accès difficile ; les ordres professionnels de santé, les personnels de santé non engagés à la fonction publique (contractuel, points focaux, etc.) ; les communautés, les autorités communales, les équipes cadres de districts, les comités de santé et d'hygiène (COSAH), la société civile
Obstacles et inégalités	- Faible rétention du personnel de santé dans les zones difficiles ; - Multiplicité des écoles de santé ne répondant pas aux normes actuelles de l'OOAS (la formation doit relever du Ministère de l'enseignement supérieur, et la pédagogie gie d'apprentissage doit se faire par compétence) ; - Retard dans la mise en place de la Fonction Publique locale ; - Insuffisance d'infrastructures sanitaires ; - Faiblesse du système de référence et de contre référence ; - Faible intégration des Services de Santé Sexuelle et Reproductive de qualité - Insuffisance d'appropriation de la stratégie de santé communautaire par les parties prenantes. - Environnement socio-politique parfois difficile. - Faible connectivité des régions aux réseaux internet pour la formation continue ; - Accès difficile aux services pour la plupart des populations des communes rurales ; - Insuffisance de personnels qualifiés en zones rurales
Justification	La Direction des ressources humaines en santé vient d'être érigée en Direction Nationale et a pour mission fondamentale la mise en œuvre et le suivi de la politique sectorielle du gouvernement en matière de gestion des ressources humaines de la santé. Les textes statutaires et règlementaires régissant les fonctionnaires, en particulier les personnels de santé, existent. En outre, il y a des points focaux RH au niveau des DRS qui disposent toutes du logiciel iRHIS. Cependant la faible divulgation des documents susmentionnés au niveau décentralisé est à l'origine de la non maitrise et de la non application des procédures concernant la gestion des RH. Le renforcement continu des capacités se pose, eu égard au renouvellement du personnel de santé en cours (intégration de jeunes diplômés). Le ratio agent de santé/population est très faible (7,5 agents de santé pour 10000 habitants) au regard des normes de l'OMS (23 agents de santé pour 10000 habitants), et les zones difficiles sont les plus défavorisées *(rapport de la commission des affectations)*. Toutes ces interventions justifient les actions prévues dans la présente subvention. Pour le Ministère de la Santé, la santé communautaire représente un maillon important pour aller vers la couverture sanitaire universelle avec l'utilisation des ASC et des RECO. Et à ce titre, une extension de la couverture, avec le financement acquis la de Banque Mondiale est en cours (l'opérationnalisation a commencé mais pas achevée) afin d'intégrer 53 communes rurales des régions de Kindia et Kankan, et 27 communes rurales des

	préfectures de Dinguiraye, Pita et Labé, ce qui portera la couverture actuelle (Fin 2019) de 20% à 43,5% (en fin 2023) selon le cadre de performance. Avec le présent financement sollicité du FM, la couverture pourra être portée à 58% en fin 2023. Dans le cadre de la pérennisation de la stratégie de santé communautaire sur l'ensemble du territoire, un processus de financement est engagé à travers l'État et les budgets des communes, avec l'appui de l'Agence Nationale de Financement des Collectivités (ANAFIC).
Résultats attendus	D'ici 2023 : • Le ratio de personnel va passer de 7,5 en 2019 á 11,5 pour 10000 habitants ; • L'opérationnalisation de la stratégie de santé communautaire à travers les ASC et les RECO passera de 20% à 58% des communes de la Guinée • Les 49 CS des 5 districts sanitaires (Mamou, Dalaba, Kissidougou, Faranah, et Dabola) et les 18 CS de Télimélé et Kindia sont dotés d'un comité de la santé et d'hygiène fonctionnels
Investissement attendu	USD 4,175,347

Module N° 6	**SRPS : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi & évaluation**
Principales interventions et activités	La revue à mi-parcours du premier plan 2016-2020 en 2019 et la rédaction du plan stratégique révisé en cours de mise en œuvre (2019- 2020) a contribué à la définition des principales interventions retenues dans ce module, ce sont : le rapportage des données de routine, l'amélioration de la qualité du programme et des données, le renforcement de l'analyse et de la revue des données (surtout au niveau périphérique : FOSA, DPS, DRS) et la recherché opérationnelle. En se basant sur les leçons apprises de la mise en œuvre de la composante SNIS dans l'actuelle subvention, le Ministère de la Santé, par des approches innovantes renforcera le cadre de redevabilité à tous les niveaux, assurera des revues de performances des programmes et la validation des données sur les sites. 6.1 Appui Institutionnel L'appui en cours au *BSD au travers du financement du NFM2 (Primes pour 5 cadres de l'équipe de pilotage DHIS2 (dont 3 au SNIS et 2 au BSD) et 5 chauffeurs) sera poursuivi notamment en ce qui concerne l'octroi des primes à la performance, la formation l'appui logistique. En outre la mise en œuvre des activités ci-dessous mentionnés nécessitera la mise à disposition d'assistances techniques des assistances (voir plus bas).* *6.2 Rapportage des données de routine* Cette intervention vise à renforcer le rapportage des données de routine par : la révision du catalogue des indicateurs en vue de leur réduction au minimum ; (ii) la mise à disposition de kits informatiques, de crédits de connexion internet et de la logistique roulantes au niveau central et périphérique ; (iii) la révision, l'élaboration, la reproduction et la mise à disposition des outils du SNIS au niveau des structures périphériques (FOSA, Poste de santé) ; (iii) le renforcement des capacités des prestataires en charge de la gestion des données à travers le coaching/Tutorat/Mentorat ; (iv) l'élaboration et la diffusion des bulletins mensuels et des annuaires statistiques aux parties prenantes, (v) La révision du cadre normatif du SNIS et l'audit de la plateforme DHIS2. L'intégration du module Tracker pour les programmes VIH et TB a déjà commencé avec le soutien de l'actuelle subvention FM et le financement de l'OMS. Les fonctionnalités avancées du DHIS2 seront également renforcées avec l'intégration du module de suivi d'études entomologiques, de gestion de produits de laboratoire ainsi que le module contenant les indicateurs standards de l'OMS dans le cadre de la lutte contre les trois maladies prioritaires y compris le PEV, avec l'appui de GAVI. Dans Le cadre du renforcement des services communautaires, un plan d'amélioration de leur niveau de redevabilité sera mis en place à travers un système de rapportage. En ce qui concerne le « eSIGL », sa fonctionnalité actuelle se limite à la saisie des données de consommation. En collaboration

avec l'UGL, la version actuelle sera améliorée par assurer un passage au module de commande d'intrants y compris le module laboratoire.

6.3 Qualité des données

Cette intervention vise à renforcer la qualité des données par la tenue de rencontres de revue/analyse des données au niveau des centres de santés, des DPS et DRS, des visites de supervision trimestrielle du niveau central vers le niveau régional et préfectoral, du niveau régional/préfectoral vers le niveau district et du niveau district vers les formations sanitaires.

6.4 Analyse, Évaluation, Revues et Transparence

Le DHIS2 est opérationnel dans tous les districts sanitaires, les hôpitaux, les CMC et 178 Centres de santé. Il s'agira avec cette subvention i) d'implémenter le DHIS2 dans les 245 centres de santé restant ; ii) d'assurer le paramétrage des fonctionnalités avancées du DHIS2 ainsi que l'interopérabilité avec d'autres plateformes (LabBook, eSIGL, iHRIS) ; (iii) de renforcer le processus d'analyse des données trimestrielles au niveau des régions et des préfectures en définissant des critères d'excellence pour les DPS et DRS performantes, iv) d'intégrer l'enseignement du SNIS et du DHIS2 dans les curricula de formation au niveau des universités et des écoles de santé, (iv) de formaliser les revues périodiques (trimestrielles et semestrielles) de performances des programmes, à travers un mécanisme de motivation des entités performantes à tous les niveaux, (v) de réviser et d'adapter le guide d'élaboration des Plans Annuels Opérationnels des structures de soins et des structures administratives en y intégrant une analyse de situation à partir des données du SNIS de routine ; (vi) d'élaborer et de diffuser les bulletins mensuels du SNIS et les annuaires statistiques à travers les différents canaux existants (site web, médias etc…).

A ce jour, la recherche opérationnelle demeure un maillon faible, très peu promu (à tous les niveaux de la pyramide sanitaire) en dépit de quelques recherches menées par le PNLP en collaboration avec certaines institutions de recherche sur place et le programme TB avec l'appui de l'OMS/TDR. Au cours des trois prochaines années, cinq projets de recherche dans le cadre de la lutte contre le Paludisme seront réalisés chaque année. La recherche sera étendue aux autres programmes prioritaires, notamment le VIH, TB et PEV. Les évaluations de l'ensemble des interventions de santé publique continueront à se mener en partenariat avec les instituts de recherche et des universités sur place, et l'OMS/TDR.
Le Ministère de la santé, avec l'appui de l'initiative 5% conduit (toujours en cours) une enquête auprès des DRS et DPS sur les goulots à propos du dispositif de supervision (incluant la supervision intégrée) au niveau décentralisé. Le financement du FM pour la période à venir contribuera à la mise en œuvre de supervisions intégrées plus efficaces.

6.5 Enquêtes

Il s'agit de contribuer à la réalisation d'une étude sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé (SARA), la revue de la qualité des données (DQR) et des soins de santé (QoC) en Guinée tous les deux ans (2021 et 2023). En outre, la recherche opérationnelle sera promue au niveau des programmes de santé, DRS, DPS et FOSA à travers le renforcement des capacités des agents en charge de ces volets. Cela devrait permettre à terme de faciliter la mesure des principaux indicateurs de santé prévus dans le PNDS, selon la périodicité indiquée dans le tableau ci-dessous.

Tableau IV : Calendrier des enquêtes prévues entre 2020 et 2023

Enquêtes	Années			
	2020	2021	2022	2023
SARA	X		X	
MIS	X			
EDS				X
MICS		X		

	Les enquêtes MIS, MICS et EDS intégreront les biomarqueurs au cours de leur réalisation. Seulement le MIS 2020 et EDS 2023 pour le parasitémie paludisme. Le SNIS et le PNLP assureront le lead de ce processus, en collaboration avec l'INS et les autres parties prenantes. Besoins en assistance Technique (A rechercher parmi les partenaires et/ou financer par la subvention) - Assistance Technique permanente au renforcement du SNIS (FM) - Assistance technique nationale en charge de la Coordination du SNIS et Gestion Administrative - Expertise internationale pour l'élaboration du schéma directeur informatique du Ministère de la santé - Assistance du BAO ou OSLO pour l'audit du DHIS2 (FM) - Consultance technique Internationale pour le paramétrage et l'opérationnalisation des modules OMS dans DHIS2 du Pays (GAVI) - Assistance technique nationale pour le renforcement de la fonctionnalité du DHIS2 et renforcement de la cellule NTIC (BM/GFF) - Assistance technique internationale pour appuyer la fonctionnalité du module Tracker du DHIS2 (Volets VIH et TB)
Populations prioritaires	- Gestionnaires des données et décideurs du niveau central, des DRS et des DPS ; - Formations sanitaires - Communautés et société civile
Obstacles et inégalités	L'analyse du contexte sociopolitique, les résultats de différentes visites de supervision et l'évaluation à mi-parcours du Plan stratégique quinquennale 2016- 2020, ont permis d'identifier les obstacles et inégalités liés à la mise en œuvre des interventions de renforcement du Système National d'Information Sanitaire : - Faible accessibilité des bénéficiaires aux informations sanitaires : faible couverture du réseau internet et téléphonique, site internet du SNIS non fonctionnel, publication limitée de l'annuaire statistique et du bulletin du SNIS ; - Capacités réduites des prestataires du niveau périphérique en matière de la revue et d'analyse des données ; - Verticalité des programmes de santé.
Justification	Le SNIS est la colonne vertébrale du système de santé. La collecte et l'analyse des données ainsi que la diffusion de l'information, permettent d'évaluer les indicateurs du PNDS et les interventions des programmes de santé, mais aussi de favoriser la prise des décisions et la planification. Le renforcement de ce système devrait lui permettre de remplir pleinement sa mission. L'évaluation à mi-parcours du Plan stratégique 2016-2020 de renforcement du SNIS a fait ressortir des avancées significatives dans le processus au regard de la situation initiale. Cependant, certaines faiblesses ont été mises en exergue quant à la qualité des données et aux capacités des ressources humaines (suivi évaluation et recherche opérationnelle). Il s'y ajoute la non-intégration du secteur privé et parapublic dans le SNIS, ainsi que la faible utilisation des données pour la planification et la prise de décision à tous les niveaux. Ce plan révisé et budgétisé arrive à échéance au 31 Décembre 2020. L'élaboration d'un nouveau plan stratégique devant couvrir la période de 2021-2025 est en cours, et les ressources pour la réalisation des interventions qui y seront inscrites doivent être mobilisées auprès des différents bailleurs, notamment le Fonds Mondial, la Banque Mondiale, GAVI etc… Ainsi la présente demande de financement devrait permettre de mobiliser des ressources et de contribuer à corriger les faiblesses identifiées, tout en maintenant les acquis déjà obtenus.

Résultats attendus	D'ici fin 2023 : - L'interopérabilité des sous-systèmes sera effective (iHRIS pour les Ressources humaines et LabBook pour la gestion des produits de laboratoire) avec DHIS2 ; - La promptitude de rapportage pour l'ensemble des formulaires passera de 50% à 80% - La complétude des rapports sera améliorée à plus de 95% - Les capacités institutionnelles et opérationnelles des structures de recherches seront améliorées à 90% - Le pourcentage de concordance des données passera de 40% à 60%,
Investissement attendu	USD 3,643,446

Module N° 7	**SRPS : Gestion des produits de santé**
Principales interventions et activités	Les interventions ci-après sont retenues dans ce module : i) Politique, stratégie et gouvernance, ii) Capacité de stockage et de distribution, iii) Capacité en matière d'approvisionnement, iv) Soutien en matière d'assurance qualité/réglementation, v) Prévention, réduction, gestion des déchets médicaux. Elles seront mises en œuvre par la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament (DNPM), l'Unité de Gestion Logistique (UGL), la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), le Laboratoire National de Contrôle Qualité des Médicaments (LNCQM) et l'Inspection Générale de la Santé (IGS). *7.1 Politique, stratégie, gouvernance* Il s'agira pour cette intervention de : i) mettre à jour, éditer et disséminer les politiques et directives nationales, notamment la révision de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ii) assurer le fonctionnement du comité de pilotage et du comité technique pour la quantification et le suivi du plan d'approvisionnement assorti d'un manuel de quantification national en produits de santé, iii) évaluer le besoin quantitatif et qualitatif en ressources humaines pour la chaine d'approvisionnement et définir un plan de mise à niveau , iv) renforcer le cadre de concertation pour renforcer la coordination des activités sur la chaîne d'approvisionnement par l'UGL et v) doter l'UGL en mobiliers de bureau, supports informatiques... *7.2 Capacité de stockage et de distribution* Il s'agira de : (i) contribuer à l'achèvement de l'entrepôt de la PCG à Coyah et la réhabilitation du dépôt Régional PCG de Boké, ii) doter la PCG d'équipements de manutention, iii) appuyer la PCG pour une utilisation optimale du logiciel de gestion (SAARI-SAGE) pour une meilleure gestion des inventaires périodiques et un meilleur suivi de la traçabilité des commandes et livraisons des intrants aux sites, iv) renforcer les capacités de stockage des FOSA. En ce qui concerne la distribution des produits de santé jusque dans les formations sanitaires (dernier kilomètre), eu égard à la non pérennisation de la stratégie initiale de la PCG qui consistait à une mise à disposition directe des produits de santé aux niveaux des districts et non au niveaux des FOSA, (ces derniers étant chargés de venir récupérer les produits au district contre remboursement des frais de transport), la PCG a entamé depuis le quatrième trimestre de 2019 les livraisons jusqu'au FOSA. La mesure du caractère pérenne de cette nouvelle approche restant toujours à démontrer dans le cadre de cette demande de financement : (i) Un renforcement des capacités de la PCG au niveau régional sera effectué (dotation en logistique) afin de permettre à la centrale de mieux répondre à ce besoin de distribution jusqu'au dernier kilomètre. (ii) En parallèle, une stratégie pilote de partenariat public-privé sera effectuée dans une région. Des transporteurs locaux seront identifiés et contractualiseront avec la centrale pour assurer la livraison des intrants dans les centres de santé à partir des dépôts régionaux de la PCG.

	7.3 Capacité en matière d'approvisionnement Dans le but de qualifier le service achat de la PCG à mieux répondre aux critères internationaux, notamment ceux des bailleurs, il est nécessaire de renforcer les capacités des cadres de la PCG dans ce domaine conformément aux mécanismes internationaux. Il s'agira également d'organiser des missions semestrielles conjointes d'inspection/audit dans les structures de santé. Pour soutenir et moderniser les activités avec un meilleur accès aux données de gestion, l'UGL travaillera en étroite collaboration avec le SNIS. Les actions à déployer permettront d'optimiser la gestion de données logistiques sur les produits de santé (formation sur le SIGL actualisé, reprographie des outils de gestion des stocks et de rapportage, logiciel de gestion courante des stocks, compatible avec le e-SIGL, numéro vert pour la gestion des alertes sur les pré-ruptures et ruptures des stocks, validation des données logistiques). *7.4 Soutien en matière d'assurance qualité / réglementation* Cette intervention nécessitera la redynamisation du système de pharmacovigilance qui n'est pas fonctionnelle et qui ne bénéficie pas du soutien des partenaires techniques (document normatif, ressources humaines, formation, équipements, outils de gestion, logiciel Vigiflow de UPSALA…). Pour l'amélioration du système d'assurance qualité, il s'agira d'appuyer le processus d'accréditation en cours du laboratoire national de contrôle qualité (documents normatifs, renforcement des capacités, locaux adaptés, disponibilité de substances de références, de réactifs et autres équipements, voyage d'étude, frais de fonctionnement et recherche) et le contrôle post-marketing. *7.5 Prévention, réduction, gestion des déchets médicaux* Le Ministère de la Santé renforcera la gestion des déchets médicaux. A cet effet, le manuel de gestion des produits hors d'usage sera révisé et disséminé dans toutes les formations sanitaires et les dépôts pharmaceutiques. Une évaluation des besoins en incinérateurs au niveau des huit régions sera effectuée et ses résultats serviront de base à une politique d'acquisition d'incinérateurs au profit des structures régionales. Le financement actuel prendra en compte la logistique inverse des structures vers les régions et le niveau central. Besoins en assistance Technique (A rechercher parmi les partenaires et/ou financer par la subvention) - AT national pour l'appui à la mise en oeuvre du plan de renforcement des capacités des RH - AT pour l'implémentation du logiciel SAAGE à la PCG - 2 AT (1 national et 1 international) pour La révision du Plan de Pharmacovigilance - 1 AT pour la mise en place du Comité d'expert en Pharmacovigilance - 1 AT pour l'élaboration du guide d'importation -1 AT international pour la révision du plan d'assurance qualité
Populations prioritaires	Les acteurs : DNPM, UGL, PCG, LNCQM, IGS, Programmes de santé, formations sanitaires et communautés

Obstacles et inégalités	- Faible financement domestique pour l'acquisition des produits de santé - Faible qualité des données logistiques - Faiblesse (nombre et capacités) des ressources humaines ; - Accès difficile à certaines régions pour la distribution au dernier kilomètre ; - Marché illicite des médicaments - Insuffisance de fonctionnement des instances de coordination - Répartition inégale des gestionnaires de stocks entre zones urbaine et rurale : - Faible accessibilité géographique et financière des produits de santé aux populations.
Justification	*Politique, stratégie, gouvernance* En matière de chaine d'approvisionnement, les politiques et la gouvernance doivent guider l'ensemble du système, des achats au traitement des patients, en s'assurant que tous les acteurs coopèrent sur la base d'instructions standardisées. En dépit des efforts déployés, il subsiste des insuffisances préjudiciables à la mise en œuvre des actions, qui justifient les activités planifiées devant être financées par la présente demande de subvention. *Approvisionnement, stockage et distribution* Le dernier rapport d'évaluation de la chaine d'approvisionnement (NSCA 2019) a montré au niveau central, régional et préfectoral que les conditions de stockages dans les entrepôts de la PCG ne sont pas optimales (équipement et espace) et que 70 % des centres de santé et 78 % des hôpitaux ont mentionné des retards de livraisons ou des livraisons partielles entrainant des ruptures de stocks. La présente demande de financement permettra d'améliorer le stockage des produits de santé et contribuera à renforcer les capacités logistiques pour améliorer la disponibilité des produits de santé au dernier kilomètre. *Soutien en matière d'assurance qualité / réglementation* La Guinée dispose d'un laboratoire national de contrôle qualité de médicaments et s'est dotée en 2016 d'un plan d'assurance qualité des produits de santé. Ce laboratoire n'est pas pré-qualifié par l'OMS, les produits achetés ou donnés par les bailleurs sont testés à l'étranger et le pays ne possède pas encore de centre national de pharmacovigilance. Le Ministère de la Santé concentrera donc ses efforts sur le renforcement de la règlementation d'importation des produits en Guinée, le renforcement du LNCQM pour l'amener vers la préqualification et développera plus sa politique de pharmacovigilance. *Prévention, réduction, gestion des déchets médicaux* La gestion des déchets médicaux souffre de financement au sein de la chaine d'approvisionnement. C'est pour cela que la révision et la dissémination du manuel de gestion des déchets médicaux et la mise en place des incinérateurs seront une priorité dans la présente subvention.
Résultats attendus	D'ici fin 2023 : - 95% des établissements de santé disposent de médicaments traceurs le jour de la visite ou du rapportage. - 100% des produits de santé font l'objet d'un test de la qualité conformément à la politique nationale d'assurance qualité. - 95% des rapports mensuels attendus des FOSA sont effectivement reçus - 90% des rapports mensuels attendus des FOSA sont reçus dans les délais
Investissement attendu	USD 2,184,912

Module N° 8	Gestion du programme
Principales interventions et activités	La gestion du programme est une intervention majeure de soutien des différentes structures du Ministère de la Santé. Les activités énumérées dans ce module émanent des conclusions et recommandations : (i) de l'audit institutionnel du Ministère de la Santé, (ii) du dialogue régional avec les pays et (iii) du rapport de l'OIG en Afrique de l'Ouest. Elles visent à renforcer les capacités globales du Ministère de la Santé au niveau central et décentralisé pour assumer davantage de responsabilités, afin de leur permettre de devenir des gestionnaires directs du financement du Fonds Mondial (et autres financements). L'accent sera mis sur : (i) la coordination et la planification, (ii) l'appui à la responsabilisation du niveau décentralisé (DRS, DPS) sur la gestion des activités des programmes, (iii) le suivi & évaluation de la performance des programmes, (iv) le renforcement de l'implication de l'IGS, (v) le partenariat pour la mobilisation des ressources, (vi) le renforcement de la supervision intégrée au niveau des DRS, DPS, et (vii) la coordination de l'Assistance Technique. *8.1 Coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre la maladie* Dans le domaine de la coordination, les CTRS et CTPS seront renforcés et tiendront respectivement leurs réunions trimestrielles et semestrielles sous le leadership des DPS et DRS. Les réunions des groupes thématiques du Ministère et les réunions mensuelles de la DNGELM regroupant les différents programmes de lutte contre la maladie seront organisées avec la participation des cadres du Ministère et des partenaires. A propos des "Points focaux" actuellement impliqués uniquement dans les interventions de lutte contre le paludisme financées par le FM et USAID/PMI dans les 38 districts sanitaires, leurs termes de référence (TDR) seront revus, incluant un changement de dénomination pour devenir des assistances techniques intégrées au district. Ils seront impliqués dorénavant dans les trois (03) maladies et dans la planification/gestion des DPS. Ils seront transférés sous la responsabilité du Ministère de la Santé (la responsabilité actuelle étant sous CRS et Stop Palu/RTI (USAID/PMI). Leurs rôles seront essentiellement d'appuyer les districts sanitaires sur les aspects de coordination (intersectorielle, avec les PTF et la société civile), de planification et de suivi & évaluation (incluant l'appui à la saisie des données sur le DHIS2). Une phase de transition planifiée au cours de la période en cours devra permettre : (i) la revue des TDR, (ii) l'orientation des personnels concernés sur les nouvelles tâches, (iii) le démarrage de l'activité dans quelques districts à titre de pilote afin de tirer les enseignements pour une mise à l'échelle dès le démarrage de la subvention 2021-2023. Au final, ce transfert se fera en 2021, les 38 points focaux seront transférés au MS, une assistance technique sera mobilisée pour la formalisation et le suivi de ce plan de transition. *8.2 Appui à la responsabilisation du niveau décentralisé (DRS, DPS) sur la gestion des activités des programmes* La réussite de la mise en œuvre des programmes de santé reste liée à l'appropriation et à l'implication des services et acteurs du niveau décentralisé où la quasi-totalité des interventions sont menées. Dans la dynamique actuelle de la réforme du système de santé, il est prévu la responsabilisation des DRS et DPS dans la gestion des activités financées par le FM, comme cela est déjà le cas pour d'autres financements en cours (Gavi, BM). Cela impliquera l'appui au fonctionnement de l'unité de gestion des programmes du MS (Arrêté N° A/2019/1567/MS/SGG), qui assurera la centralisation des différents financements, l'harmonisation des différents outils entre les différents bailleurs, le renforcement des capacités des acteurs au niveau décentralisé, notamment sur les aspects de suivi budgétaire et de contrôle financier. L'approche sera d'aller progressivement dans ce processus de responsabilisation, en démarrant par une ou deux régions pour tirer des enseignements après une période de mise en œuvre d'une année avant le passage à l'échelle. *8.3 Renforcement de l'implication de l'IGS dans le suivi des programmes*

	Avec l'augmentation du volume du portefeuille financier à charge de gestion par le Ministère de la Santé (FM, BM, Gavi...) et au regard des enjeux et des insuffisances du suivi financier actuel tant au niveau central que décentralisé, l'implication de l'IGS pour une meilleure appropriation et un suivi efficace demeure primordiale. Cela devra passer par un renforcement des capacités de ce service : (i) élaboration d'un plan stratégique, (ii) formalisation et uniformisation des différents outils de suivi, coaching/accompagnement des ressources humaines. *8.4 Suivi et évaluation de performance des programmes* Sur le plan du suivi, et dans la dynamique d'aller vers l'opérationnalisation de l'intégration des activités le BSD en collaboration avec la DNGELM organisera une supervision conjointe semestrielle dans les 8 régions. Le dispositif de supervision intégrée, en cours de renforcement avec l'initiative 5%, sera maintenu au niveau des DRS et des DPS (Etat des lieux supervision intégrée en Guinée). La DNGELM, en collaboration avec le SNIS, les partenaires et les programmes, organisera une revue trimestrielle intégrée des activités de lutte contre le VIH, la TB et le paludisme dans toutes les régions pour renforcer la qualité des interventions de lutte contre la maladie. *8.5 Renforcement du partenariat pour la mobilisation des ressources* Le partenariat pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre la maladie et la riposte communautaire sera renforcé. Il s'agira principalement d'élaborer des documents de plaidoyer, d'organiser des forums avec le secteur privé (sociétés minières, sociétés de téléphonie mobile, unités industrielles) et la société civile pour susciter leur engagement dans la lutte contre le paludisme et faciliter l'appropriation des interventions de lutte contre la maladie par la communauté. Tout ceci doit aboutir, à terme, à la mobilisation substantielle des ressources internes en faveur de la lutte contre la maladie. *8.6 Coordination de l'Assistance technique* Le suivi des activités et le renforcement du partenariat seront réalisés avec l'appui de consultants nationaux et internationaux. Afin de s'assurer que les activités soient menées de façon efficiente, une coordination demeure nécessaire. Il s'agira d'élaborer le plan d'assistance technique prenant en compte les besoins de tous les programmes, et d'assurer le transfert des compétences des ATI aux cadres nationaux. Besoins en assistance Technique (A rechercher parmi les partenaires et/ou financer par la subvention) - AT programmatique en appui à l'UAGCP (Unité d'Appui à la Gestion et à la Coordination des Programmes) au Ministère de la Santé - AT pour l'appui au MS pour l'élaboration du plan de coordination et de gestion de l'assistance technique - AT Programmatique en appui à la DNGELM incluant l'organisation et le suivi du plan de transition pour le transfert des RH (contractuels et points focaux) sous la gestion du MS
Populations prioritaires	Les programmes : PNLSH, PNLP, PNLAT, PNMNT, Directions nationales, Direction de la promotion de la santé, BSD, IGS
Obstacles et Inégalités	- Faible mobilisation des ressources internes - Insuffisance de responsabilisation des DRS et DPS - Absence de financement des CTRS et CTPS
Justification	L'audit institutionnel et les États généraux de la santé réalisés en 2016 ont prouvé que certains facteurs influencent négativement l'atteinte des indicateurs des programmes : faible coordination/plaidoyer dans la mobilisation des fonds, manque de suivi des cadres de performance des programmes, insuffisance de mutualisation des interventions et interférence des programmes. Bien que des supervisions soient organisées par les différents programmes, elles se font de façon verticale et sans coordination. Des insuffisances existent en termes de gestion financière, de suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des supervisions au niveau des DRS et DPS. En effet le Ministère de la santé, avec l'appui de l'initiative 5%

	conduit (toujours en cours) une enquête auprès des DRS et DPS sur les goulots à propos du dispositif de supervision (incluant la supervision intégrée) au niveau décentralisé. Les résultats préliminaires de cette enquête révèlent (i) Absence ou faiblesse dans l'analyse préalable de la situation avant l'élaboration des TDR de la supervision, (ii) la définition non harmonisée de la supervision intégrée, (iii) la faiblesse de la mise en oeuvre du plan d'action des recommandations issues des supervisions réalisées, (iv) l'insuffisance de prise en compte des plaintes ou requêtes des structures à superviser, (v) la multiplicité des canevas de supervision au niveau DRS/DPS qui en sus sont faiblement adaptés aux besoins de ces structures, (vi) la périodicité de mise en oeuvre des supervisions n'est pas uniforme et non concertée entre les différents acteurs. Le financement du FM pour la période à venir contribuera à la mise en œuvre des solutions proposées pour des supervisions intégrées plus efficaces, ce seront principalement : la redéfinition de la stratégie de supervision intégrée, la Révision et/ou Harmonisation des Canevas, la mise en place d'une unité de Coordination et de suivi de cette activité au niveau de la DNGELM et la révision du Guide de supervision Intégrée En raison des capacités techniques limitées et ou pour palier à l'absence de ressources humaines dans un domaine particulier, le MS fait recours à un certain nombre d'assistance technique au travers des financements de différents bailleurs. Cependant à ce propos, il subsiste également des défis liés entre autres à la coordination de la mise en mise devant permettre d'adresser les différents besoins spécifiques dans les délais, de façon harmonieuse afin de répondre objectifs principaux du MS tout en adressant les cadres de performance des programmes. En sus, le transfert de compétences, prévus ou non au TDR des AT n'est pas souvent effectif. Dans la perspective de répondre aux préoccupations susmentionnées, il prévu dans le cadre de cette subvention d'élaborer un plan de coordination et de de suivi de l'AT au niveau du MS
Résultats attendus	D'ici fin 2023 : - Au moins 95% du budget prévu par an est exécuté par les programmes - Au moins 95% des activités planifiées par les programmes sont réalisées - Au moins 95% des ressources internes attendues seront mobilisées
Investissement attendu	USD 82,421

a) 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

Si **oui**, indiquer dans le tableau ci-dessous les indicateurs de résultats correspondants et les raisons qui justifient le choix de ces indicateurs ou jalons.

Indicateur de résultat ou jalon	Cible				Justification du choix de l'indicateur/du jalon pour le financement du Fonds mondial
	Valeur de référence	Année 1	Année 2	Année 3	
Ajouter des lignes si nécessaire					
Montant total demandé au Fonds mondial					

Préciser comment l'exactitude et la fiabilité des résultats communiqués seront garanties.

[Réponse du candidat]

b) **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. L'accent sera mis sur la synergie avec la stratégie communautaire (utilisation des RECO et ASC) pour intensifier la mobilisation des femmes enceintes pour les CPN (CPN1 et CPN4 notamment) et également l'accompagnement des enfants nés de mère séropositive pour la réalisation de la PCR. A termes il s'agira d'impacter à travers cette synergie les indicateurs (i) PTME (dépistage et suivi des femmes enceintes VIH+ ainsi que leur enfant), (ii) les indicateurs du paludisme (TPI et distribution des MILDA) et (iii) la tuberculose (TB pédiatrique, recherche active TB chez les femmes enceintes VIH+)

Sante Communautaire, les RECO et ASC seront utilisés lors des :

1. 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, diarrhée).
2. Campagne MILDA pour le dénombrement et la distribution communautaire
3. 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.

Plateformes Biologiques :

1. 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.
2. 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.

Couverture Universel :

1. 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.
2. 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 co-infection TB/VIH et de lutte contre le paludisme.
3. 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.

Gestion de Programmes, Gouvernance

1. Mutualisation des Assistances Techniques Intégrées au district (Anciens points focaux) entre les 3 programmes (Paludisme, VIH/SIDA, Tuberculose) pour un appui aux districts sanitaires notamment sur les volets de coordination, de planification et de suivi évaluation.
2. Responsabilisation des DRS et DPS par une implication plus directe dans la gestion et la mise en œuvre des financements du FM et d'autres bailleurs (BM, GAVI) notamment avec l'harmonisation des différents outils entre les différents bailleurs, le renforcement des capacités des acteurs au niveau décentralisé, notamment sur les aspects de suivi budgétaire et de contrôle financier.

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'Etat 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
- De 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
- De 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 ;
    Coaching conjoint

c) 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 principalement de 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…). Des interventions ciblées, intégrés(portant sur les 3 maladie, la SRMANIA et les maladies non transmissibles) dans le cadre de la continuité des bonnes pratiques, de la complémentarité et de l'extension de la stratégie seront réalisées : renforcement du dispositif de l'offre de santé communautaire, renforcement de l'offre de services intégrés et de qualité, renforcement du dispositif de coordination de la santé communautaire ; développement de la recherche et capitalisation de la santé communautaire.

En sus de la stratégie communautaire, il s'agit également du (i) renforcement du SNIS pour la collecte de données de qualité permettant le suivi des performances et la prise de décision ; ii) l'appui à la gestion des produits de santé pour une disponibilité et une utilisation optimale au dernier kilomètre ; iii) 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).

d) 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 améliorer le cout/efficacité, assurer une meilleure rentabilité et maximiser l'impact les approches ci-dessous ont été utilisées

- Planification annuelle concertée des activités entre le MS, les PTFs et la société civile pour une prise de décision à temps
- Mutualisation des interventions au niveau communautaires : les RECO fournissent le paquet intégré des services de santé définis dans la politique de santé communautaire. Comme susmentionné, les RECO assureront le dénombrement et seront impliqués dans la distribution des MILDA et dans la CPS (accompagné dans leurs taches par les OBC)
- Harmonisation du paquet et réduction du nombre de personnes du niveau central qui descendent sur le terrain lors des campagnes et CPS afin de réduire les coûts
- Supervisions conjointes au niveau national ;
- Supervisions intégrées au niveau décentralisé (régional, préfectoral, communautaire) ;
- Révision des termes de références des points focaux districts pour appuyer les trois maladies ;
- Opérationnalisation du DHIS2 afin d'éviter les systèmes parallèles de gestion de données ;
- Circuit mutualisé de transport des échantillons dans le cadre de la TB/VIH.

6.2 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.

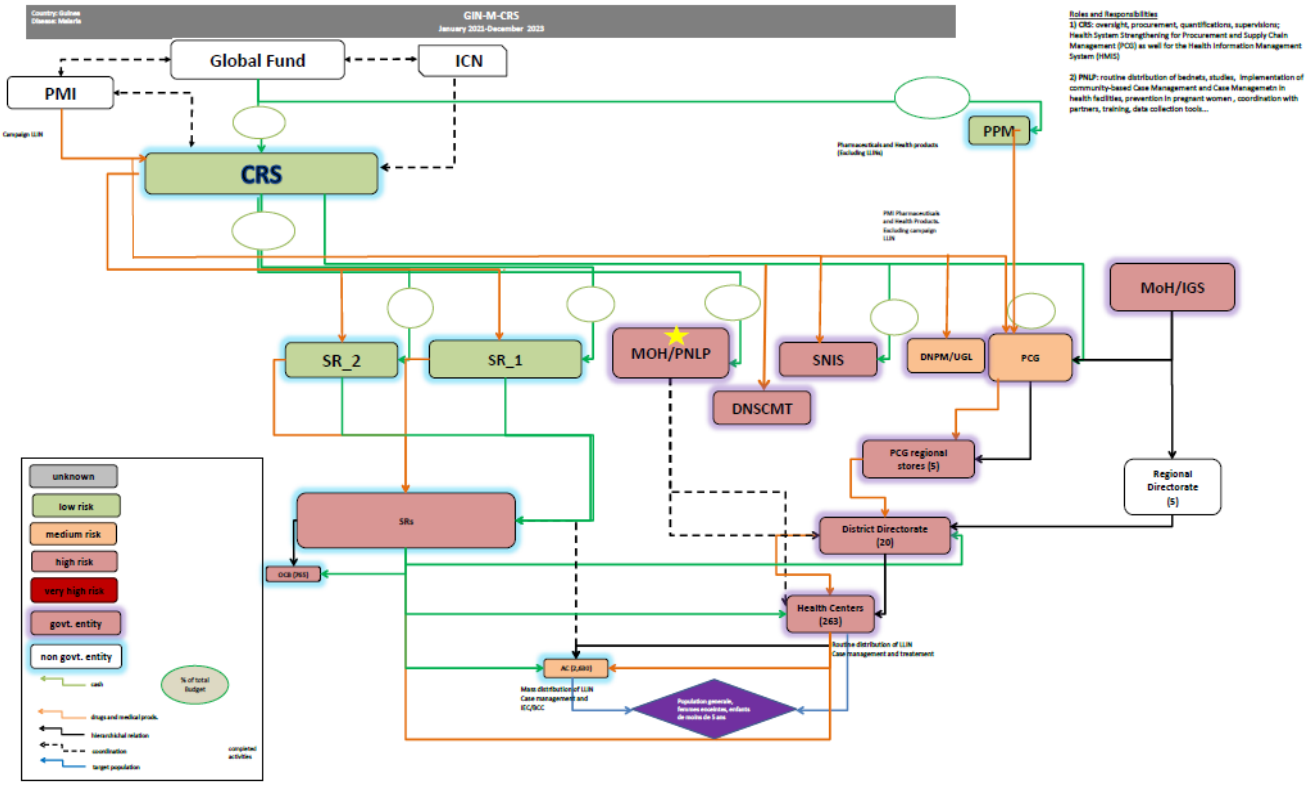
Décrire en quoi les **conditions programmatiques et financières** énoncées dans la lettre d'allocation ont été remplies.

NA

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

Pour répondre aux questions ci-dessous, se reporter aux *Instructions* et à une **cartographie actualisée des modalités de mise en œuvre**[3].

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



[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.

La subvention actuelle a enregistré de très bons résultats (note A1 en fin 2018 et A1 en 2019) qui ont conduit à une augmentation de l'allocation pour la période allant de 2021-2023. Ce succès est dû en partie à la performance programmatique et financière sous la responsabilité du PNLP, du récipiendaire principal (RP) Catholic Relief Services-United States Conference of Catholic Bishops et des sous récipiendaires : Plan International et Child Fund. Ainsi, pour la subvention 2021-2023, sur proposition du Fonds mondial, les modalités de mise en œuvre et les récipiendaires actuels est maintenue.

Dans la subvention actuelle, CRS a en charge la gestion globale de la subvention y compris le renforcement de capacité du PNLP. Le Programme est responsable de la gestion et du suivi des activités de prévention et de prise en charge dans les formations sanitaires, avec l'application de la politique zéro cash (ZCP) pour les 2 premières années. Le PNLP a bénéficié d'un renforcement de capacités techniques et managériales (staff complémentaire, procédures transparentes de gestion programmatique et financière) sur financement du Fond Mondial et de PMI. Il est à noter que certaines difficultés ont été rencontrées notamment le retard dans la mise en œuvre dû à la politique ZCP avec pour conséquence une faible appropriation des interventions par les structures décentralisées.

Le NFM2 a permis au PR (CRS) de la subvention paludisme de travailler avec le PNLP sur un plan d'assouplissement de la ZCP qui va démarrer en mars 2020. Ce renforcement sera poursuivi au cours de la prochaine subvention. Une actualisation du plan de développement des capacités des entités nationales sera faite en prenant en compte les acquis de la subvention actuelle afin de permettre une sortie progressive de la politique de sauvegarde supplémentaire ("Additional Safeguard Policy") pendant la période d'allocation 2021-2023. Le résultat attendu est l'amélioration significative de la gestion programmatique et financière du Ministère de la santé.

Dans la subvention 2021-2023, Le PR travaillera avec 4 sous-récipiendaires dont 2 organisations non gouvernementales internationales (Plan International Guinée et ChildFund) et 2 structures du Ministère de la santé (PNLP, DNSCMT). Trois autres structures du Ministères (BSD/SNISS, PCG et DNPM) continueront à faire des prestations de service. Les sous-récipiendaires ONG internationales seront responsables de la distribution des MILDA en campagne de masse et des activités de communication pour le changement social et de comportement (CCSC). Le PNLP continuera à être responsable de la gestion, du suivi des activités de prévention et de prise en charge dans les formations sanitaires. Les autres structures du Ministères citées plus haut assureront la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions de renforcement du système de santé relevant de leur ressort avec un accent particulier sur l'appui aux structures décentralisées du Ministère y compris le niveau communautaire. En plus un appui technique sera apporté à la mise en place et au fonctionnement de l'Unité d'Appui à la Gestion et à la Coordination des Programmes du ministère de la Santé afin de la rendre capable de gérer efficacement les différents financements des bailleurs.

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

La société civile et les organisations communautaires seront impliquées dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions selon le niveau de la pyramide sanitaire.

Au niveau Central : Les organisations représentant la communauté sont impliquées dans la mise en œuvre et le suivi des interventions à travers les structures de coordination mise en place (comité RBM et comité de coordination du secteur de la santé)

Au niveau Régional : les Sous-récipiendaires (ONG internationales) collaborent avec les ONG nationales et les autorités administratives et sanitaires à travers les instances de coordination régionales (comité Régional RBM, Comité Technique Régional de Santé) dans la mise en œuvre et le suivi des interventions.

Au niveau district : Les ONG nationales recrutées par appel à candidature jouent le rôle de Sous-Sous récipiendaire (SSR) chargé de la mise en œuvre des interventions avec des obligations contractuelles de résultats. Il s'agit essentiellement du renforcement des capacités des acteurs communautaires (ASC, RECO et OCB), le suivi de la mise en œuvre des activités, la collecte des données, la sensibilisation pour accroitre l'utilisation des services et l'appui à la distribution des produits de santé (distribution communautaire des MILDA, CPS). La coordination et le suivi des interventions sont assurés à travers les réunions de validation des données et de planification tous les mois, et du comité technique préfectoral de santé tous les six mois.

Au niveau sous-préfectoral et communautaire :
Les Comités de santé et d'hygiène (COSAH), le personnel de santé et les autorités des collectivités locales, veillent à l'implication effective de la communauté à toutes les étapes du processus de planification, de mise en œuvre et de suivi des activités de santé. Les COSAH sont chargés de mobiliser la communauté pour i) La participation aux interventions de lutte contre la maladie, ii) la mobilisation sociale autour des différentes activités promotionnelles, préventives et curatives, iii) la mobilisation des ressources, iv) la supervision et l'évaluation des activités communautaires et des prestations du personnel technique des structures de santé (CS, PS), v) la gestion des produits de santé, du matériel, des équipements et des moyens logistiques, vi) la mesure du degré de satisfaction de la communauté sur les offres de soins.

OCB : En appui aux structures de santé**,** les organisations communautaires de base (groupements, associations), jouent le rôle de mobilisation sociale et de sensibilisation des communautés sur les mesures de prévention et de prise en charge de la maladie y compris le paludisme.

Au cours des campagnes de distribution de produits de santé (MILDA, CPS) des comités de coordination sont mis en place par niveau pour planifier, coordonner, superviser les différentes activités. Ces comités comprennent les autorités administratives et coutumières, les représentants de la communauté les organisations de la société civile et les partenaires. Ils participent au recrutement, à la formation et la supervision des acteurs communautaires sur la stratégie de la campagne, assurent la mobilisation sociale, la sensibilisation, le suivi et la coordination des activités.

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

☒ Oui ☐ Non

Si **oui**, en décrire les modalités particulières.

Le Fonds mondial et l'Initiative du président américain de lutte contre le paludisme (PMI) ont une collaboration formalisée en 2015, sous la coordination du PNLP, par la signature et l'application d'un protocole d'accord pour l'utilisation des intrants anti paludiques financés par les deux bailleurs selon les besoins. Ces produits sont gérés dans un système de panier commun et de façon transparente pour

assurer une disponibilité équitable afin de servir les communautés dans tout le pays. Cette collaboration a permis d'optimiser les ressources et de réduire les ruptures en intrants antipaludiques.

Pour la subvention 2021-2023, le Fonds Mondial et l'USAID ont mis l'accent sur les avantages comparatifs de chaque institution pour revoir le cadre de collaboration opérationnelle afin de faciliter la planification, la budgétisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la riposte contre le paludisme.

Le nouveau cadre de collaboration répond aux problèmes / défis suivants : couverture géographique, couverture de la CPS, harmonisation du paquet d'activités et prise en charge des points focaux. Pour cela, les solutions suivantes ont été proposées :

- RTI/Stop Palu+ / PMI couvrira 18 districts à partir d'avril 2020. Dinguiraye est le seul district de la région de Faranah qui était appuyé par USAID / PMI. Celui-ci sera transféré à CRS/FM à partir d'Avril 2020 qui couvrira donc 20 districts.

- En ce qui concerne les campagnes de CPS, RTI/Stop Palu+/ PMI se focalisera sur les districts de : Lélouma, Labé, Gaoual, Koundara, Mali, Tougué et Koubia. FM / CRS couvrira 10 districts dans le cadre de cette subvention : Siguiri, Mandiana, Dabola, Kouroussa, Kankan, Faranah, Mamou, Pita, Dalaba & Dinguiraye.

- Les deux partenaires appuieront la mise en œuvre dans les districts sanitaires du paquet d'activités défini par le ministère de la santé Une harmonisation sera faite sur les activités du volet communautaire. Cependant, PMI ne paiera pas les salaires.

- La prise en charge des points focaux de paludisme soutenus par USAID/PMI sera arrêtée et soumis au financement du FM à partir d'octobre 2020. Les descriptions de poste des points focaux seront révisées pour prendre compte les priorités du Ministère. Un plan de transition sera élaboré et mis en œuvre en collaboration avec les parties prenantes. Au final, ce transfert se fera en 2021, les 38 points focaux seront transférés au MS, une assistance technique sera mobilisée pour la formalisation et le suivi de ce plan de transition

En ce qui concerne le RSS

- DNGELM : Coordination des programmes des 3 maladies, en charge de la planification, de l'organisation et du suivi des réunions des groupes thématiques du Ministère ainsi que des réunions mensuelles
- UAGCP du Ministère de la Santé : Planification du processus de responsabilisation des DRS et DPS (selon des modalités qui seront à définir). Gestion des contractuels et Assistances technique intégrés du district (anciens points focaux) : Suivi de la phase de transition sur les 3 maladies, suivi de l'appui aux DPS selon les termes de références revus. L'UAGCP assurera également la coordination de l'assistance technique intégrant le transfert de compétence
- Direction de la santé communautaire : Assurera la coordination, la planification et la poursuite de la mise en œuvre de la stratégie communautaire aux niveaux des districts identifiés tant sur le financement FM que celui de la BM
- BSD : La coordination et la réalisation des enquêtes nationales, la planification des supervisions intégrées (en prenant en compte les recommandations des évaluations en lien avec la supervision intégrée et la planification), la gestion du SNIS
- DNPM : Notamment au travers de son unité de gestion logistique (UGL) sera en charge du système d'information logistique, de la quantification des produits de santé pour les 3 maladies, de l'appui aux processus de distribution et à l'utilisation rationnel des médicaments
- Direction des Ressources Humaines : Assurera la vulgarisation des textes officiels de gestion des ressources humaines surtout au niveau des services régionaux et préfectoraux et la mise en place de cadre de performance (objectifs de performance) pour évaluer le personnel des DRS, DPS et des programmes

d) Décrire les **principaux risques anticipés de la mise en œuvre** qui sont susceptibles de nuire : **i)** à la réalisation des objectifs du programme soutenu par le Fonds mondial ; et/ou **ii)** à l'ensemble du système de santé. Décrire ensuite les mesures d'atténuation visant à contrer ces risques et préciser quelle entité en serait chargée.

Catégorie de risque	Principaux risques liés à la mise en œuvre	Mesures d'atténuation correspondantes	Entité responsable
Programmatique (qualité de soins, non atteinte des résultats de distribution de routine, PEC, etc)	Insuffisance de mécanismes et de communication ouverte de feedbacks, permettant de recueillir des informations au niveau des communautés.	Mettre en place un système de rétroaction dans les communautés ou les programmes sont mis en œuvre pour permettre aux communautés de faire des retours constructifs en vue d'améliorer la qualité des interventions.	PNLP
	Risque que des interventions des différents bailleurs ne soient pas coordonnées sur le terrain notamment celles impliquant les acteurs communautaires ainsi que les activités de supervision	En collaboration avec les autres bailleurs, le FM/CRS devra élaborer la cartographie des interventions de lutte contre le paludisme Mettre en place des outils de collecte simplifiés pour le rapportage des données	MS/PNLP
Risques gouvernance (non-fonctionnalité des groupes de coordination, groupes thématiques etc).	Insuffisance de politique de renforcement de capacité organisationnelle et de rétention du personnel Forte mobilité des personnels dédiés au projet et absence d'anticipation de cette mobilité, causant une inadéquation entre le besoin et l'offre en ressources humaines.	1. En début de subvention, faire évaluer les besoins en capacité organisationnelle et élaborer un plan de renforcement de ces capacités avec l'appui du bailleur. 2. Mettre en place une politique de rétention du personnel qualifié par les formations continues, et la mise en place d'un environnement de travail ou les avancements sont notables.	Ministère de la santé
Risques financiers, non-absorption, etc. y compris la non prise en charge des RECO et ASC	Risque de mauvaise gouvernance dans la gestion des fonds de la subvention (vols, détournements, abus).	Renforcer les dispositifs de contrôle au niveau des différents bénéficiaires (par le PR et l'IGS)	PR MS
	Les risques liés à l'allégement de la ZCP au niveau du PNLP. Le PNLP va expérimenter les décaissements pour la mise en œuvre des activités et va liquider les avances dans les délais impartis. Plusieurs défis pourraient se poser au PNLP.	1. Mettre en place un système de mentorat qui va consister au suivi régulier de l'équipe de gestion financière du PNLP par celle du PR, insistant sur le respect des procédures des avances, du respect des directives du FM en matière de l'éligibilité des dépenses ainsi que des liquidations et des rapportages. 2. Implication de l'IGS dans le contrôle interne du PNLP	PR MS
	Le rapport financier n'est pas toujours correct, à cause des difficultés à se conformer aux	Former les équipes de gestion a une meilleure compréhension des directives du Fonds Mondial	PR

	directives du Fonds Mondial en matière de reportage, soit par le bénéficiaire ou le LFA.	en matière de rapportage financier de sorte à permettre une information financière fiable en tout temps.	
Risque en gestion de médicaments	Insuffisance dans la chaine d'approvisionnement des intrants : irrégularités dans le système d'inventaire, la gestion des intrants en risque de péremption, l'inadéquation du système d'allocation des intrants, non respects des dates de livraison.	Améliorer le système d'approvisionnement Meilleure coordination des achats internationaux et du dispatching des intrants, Renforcer les capacités du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM) Amélioration des conditions de stockage des produits pharmaceutiques au niveau des structures sanitaires. - Introduire des systèmes et des processus pour le rapprochement en temps opportun des écarts et des erreurs sur les fiches de stocks (cartes bin) et le système de gestion des stocks	PNLP/ PCG/ DNPM/ICN
	Défis rencontrés dans la gestion et le suivi des stocks des entrepôts centraux de la PCG au centre de distribution/soins.	Déterminer les besoins de renforcement en collaboration avec la PCG, pour améliorer tout le service de la chaine de valeur au cours de la mise en œuvre.	
	Le système d'inventaire des intrants comporte des irrégularités (stock théorique différent de stock physique, manque de rapprochement des stocks trimestriel entre la PCG, le CRS et le PMI, incohérence des données)	Introduire des systèmes et des processus pour le rapprochement en temps opportun des écarts et des erreurs sur les fiches de stocks (cartes bin) et le système de gestion des stocks	
	Non-respect de l'engagement de l'état (Achat de 1 million de MILDA)	Faire le plaidoyer afin que cet achat soit prévu dans le budget du MS chaque année. Assurer le suivi auprès des Ministère du budget et des Finances pour le décaissement.	
	Contexte sociopolitique	Elaborer un plan de contingence	

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.

Si **non**, expliquer pourquoi et décrire les conséquences de cette situation sur le programme.

[Réponse du candidat]

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.

Si les engagements de cofinancement ne répondent pas aux exigences minimales, expliquer pourquoi.

NA

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.

Le cofinancement de l'état va permettre de financer les actions ci-après :

- Salaires et primes
- Equipements
- Charges de fonctionnement
- Bâtiments administratifs (location, Etudes, construction et supervision)
- Produits de santé
- Eau et Electricité
- Exonération/Impôts

Les financements couvrent les trois objectifs stratégiques des plans stratégiques suivants :

- Assurer la protection d'au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme.
- Assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme.
- Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

Le financement du gouvernement va prendre en charge des interventions actuellement financées par le FM, notamment :

- L'achat de 1 million de MILDA par an,
- L'exonération d'impôts et de taxes de tous les produits et intrants de lutte contre le paludisme
- Le paiement des salaires y compris les salaires des RECO et ASC à travers l'ANAFIC.
- Le paiement des frais de fonctionnement et équipements

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. Pour concrétiser ces engagements, le Gouvernement s'est engagé dans un processus de réformes des finances publiques visant à résoudre les problèmes de retard dans le décaissement des fonds. Pour garantir l'absorption des ressources, un accent sera mis sur l'application correcte des normes et procédures comptables et financières pour leur utilisation optimale. 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. Elle se réunit une fois par trimestre, de préférence après la soumission des rapports financiers trimestriels des programmes nationaux concernés (PNLAT, PNLSH et PNLP), sur convocation et placées sous la Présidence de la Primature. Au mois de décembre de chaque année, la commission se réunira pour faire le bilan des réalisations des engagements du gouvernement. Ainsi, au 30 Janvier de l'année N, le rapport sur la mise en œuvre des engagements de l'État de l'année N-1 sera transmis au Fonds mondial.

A l'issue de ces travaux du « sous-comité Finances et Approvisionnement », 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**, décrire les besoins de financement et le financement anticipé, en soulignant les déficits touchant les principaux axes programmatiques pour la prochaine période d'allocation.

De même, décrire la façon dont les autorités nationales i) s'attacheront à obtenir des financements supplémentaires ou de nouvelles sources de financement, et/ou ii) continueront à maximiser l'efficacité pour assurer un soutien suffisant aux interventions clés, en particulier à celles actuellement financées par le Fonds mondial.

Les ressources nécessaires pour la lutte contre le Paludisme pour la période 2021-2023 sont estimées à 195 338 361 USD (voir le tableau de paysage de financement). Ce montant est réparti, suivant les catégories de coût du PSN, comme suit :

INTERVENTION	MONTANT	%
Lutte antivectorielle	20 038 233	10,2%
Interventions de prévention spécifiques (CPS et TPIg)	41 782 254	21,3%
Prise en charge des cas	19 605 067	10,0%
Gestion de programme	26 364 046	13,5%
GAS	76 964 531	39,4%
Communication sociale et changement de comportement	6 082 594	3,1%
SE/Recherche opérationnelle	4 501 637	2,3%
TOTAL	195 338 361	100,0%

Le financement anticipé pour la même période qui provient du budget de l'État est évalué à 23 625 205 USD, représentant 12% des besoins en ressources. Les contributions annoncées des partenaires techniques et financiers autres que le Fonds mondial s'élèvent à 50 772 914 $ sur la période 2021-2023.

Le déficit de financement du PSN paludisme est de 120 940 202 USD pour les trois années (2021 à 2023). Le tableau ci-dessous présente les besoins en ressources prévisionnelles et le déficit financier du PSN pour la même période.

	2021	2022	2023	Total
Total des besoins de financement au titre du plan stratégique national	49 722 885	94 270 592	51 344 884	195 338 361
Montant total des ressources prévisionnelles	17 436 107	17 391 807	15 945 000	50 772 914
Pourcentage ressources prévisionnelles	35,07%	18,45%	31,05%	25,99%
Gap de financement	32 286 778	69 978 785	35 399 884	137 565 447
% gap de financement	65%	74,2%	68,9%	70,5%
Montant subvention 2021-2023	17,642,864	39,865,891	15,161,517	72 670 272
Déficit de financement	14 643 914	37 012 894	20 238 367	71 895 175
% déficit de financement	45,4%	48,1%	57,2%	49,7%

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

Pour réduire le gap de financement, il est envisagé : i) le renforcement du plaidoyer auprès du Gouvernement et du Parlement pour l'introduction de lignes budgétaires Paludisme dans les budgets sectoriels et des collectivités territoriales (communes, conseils régionaux), ii) le plaidoyer auprès du secteur privé (téléphonies, mines, etc.) pour un plus fort engagement dans la riposte, iii) le développement d'un plan de mobilisation innovant de ressources (taxes sur les billets d'avion, l'alcool et le tabac, la téléphonie ; organisation de téléthons, etc..), iv) le renforcement des capacités des organisations de la société civile pour la mobilisation de ressources domestiques et internationales (Ambassades et partenaires bi et multilatéraux).

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

En vue de maximiser l'efficacité dans la mise en œuvre du programme, le ministère de la santé à travers la Direction nationale des grandes endémies et de la lutte contre les maladies a mis en place et systématiser la revue des programmes et des supervisions intégrées. Il est prévu également la mise en place d'un Tableau pour le suivi de la réalisation des supervisions et de la mise en œuvre des recommandations qui en sont issues. Au sein des programmes, la mutualisation des ressources et des plateformes des trois programmes, le renforcement du coaching/tutorat sont des actions prévues pour renforcer l'efficacité et l'efficience.

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 'accroître le niveau de mobilisation des ressources et l'efficacité de la mise en œuvre des subventions Paludisme, VIH et Tuberculose.

b) Mettre en lumière les difficultés en matière de pérennité (voir la liste indicative figurant dans les *Instructions*). Expliquer comment ces difficultés seront résolues soit au moyen de la présente demande de financement soit par d'autres moyens. Si cet élément est déjà décrit dans la stratégie nationale, dans le plan de pérennité et/ou de transition, et/ou dans tout autre document joint à la demande de financement, faire référence aux sections correspondantes de ces documents.

Bien que classé pays à faible revenu, l'État guinéen continue d'accroître progressivement ses investissements dans la santé notamment dans la lutte contre le Paludisme, le VIH et la tuberculose : l'achat des intrants, les salaires de personnel, la réalisation d'infrastructures, la maintenance des installations sanitaires, l'implication et la dévolution du paiement des salaires aux collectivités territoriales. L'analyse des risques a montré qu'il existe des risques que les programmes rencontrent des difficultés pour mobiliser les ressources de l'État dont doit servir à financer les produits de santé. En vue de sécuriser le financement de l'État, les programmes en collaboration avec l'ICN vont assurer un suivi rapproché et un

plaidoyer pour la mobilisation effective du cofinancement annoncé. De plus, l'exercice de quantification des intrants réalisés et l'inscription de ressources nécessaires à leur achat dans le plan d'action opérationnel annuel du Ministère de la Santé constituent des mesures d'atténuation du risque.

Au niveau communautaire, les acteurs de la santé (ASC, REC0) et les travailleurs communautaires que sont des ONG/Associations constituent un maillon important de la réponse au paludisme, à la tuberculose et au VIH. Les défis de pérennisation de la réponse communautaire sont liés à 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. Pour atténuer cette situation, la demande inclut i) le renforcement des mécanismes et 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. Pour ce qui concerne 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, mais le système d'approvisionnement reste une préoccupation. En début de mise en œuvre, une rencontre de tous les acteurs TB, VIH, Paludisme et SRPS sera organisée pour une appropriation de la demande, du ciblage régional et de mise en place d'un mécanisme de coordination des interventions.

Durant la phase de mise en œuvre, des réunions 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.

[i]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[4]
☐	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]

[4] 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.