



Primature

République de Guinée
Travail-Justice-Solidarité

Comité National de Lutte contre le Sida
Secrétariat Exécutif



CNLS

Plan Opérationnel de Suivi Evaluation du Cadre Stratégique national 2018-2022

Août 2018

TABLE DES MATIERES

CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	3
CHAPITRE I : RESUME DU CADRE STRATEGIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2018-2022	4
CHAPITRE II : CADRE INSTITUTIONNEL DE SUIVI-EVALUATION DU CSN.....	7
2.1 DISPOSITIF DE SUIVI ÉVALUATION	7
2.1.1 <i>Le Secrétariat exécutif du CNLS.....</i>	9
2.1.2 <i>La Commission technique multisectorielle de travail sur le suivi évaluation du VIH/Sida</i>	10
2.1.3 <i>Le Ministère de la santé.....</i>	10
2.1.4 <i>Les autres acteurs du dispositif de suivi évaluation</i>	10
2.2 CADRE DE PERFORMANCE ET CADRES DE RÉSULTATS.....	11
3.1 PROCÉDURES DE COLLECTE DES DONNÉES	11
3.1.1 <i>Concernant les données de routine.....</i>	11
3.1.2 <i>Concernant les données ponctuelles</i>	12
3.2 PROCÉDURES DE TRANSMISSION ET DE REMONTÉE DES DONNÉES	13
3.3 PROCÉDURES DE STOCKAGE DES DONNÉES	14
3.4 PROCÉDURES DE VALIDATION ET D'ASSURANCE QUALITÉ DES DONNÉES.....	15
3.4.1 <i>Procédures d'assurance qualité dans le secteur santé.....</i>	15
3.4.2 <i>Procédures d'assurance qualité dans les autres secteurs</i>	15
3.4.3 <i>Procédures de validation des données</i>	15
3.5 PROCÉDURES D'ANALYSE ET DE PRODUCTION DES RAPPORTS.....	17
3.6 PROCÉDURES DE PRODUCTION ET DE PROMOTION DE L'UTILISATION DE L'INFORMATION STRATÉGIQUE	18
CHAPITRE IV : PLAN DE SUIV EVALUATION	20
4.1 RENFORCEMENT DU DISPOSITIF DE SUIVI ÉVALUATION	20
4.2 ACTIVITÉS DE SUIVI ÉVALUATION	20
4.2.1 <i>Les activités de supervision.....</i>	20
4.2.2 <i>Les activités de suivi des formations</i>	22
4.2.3 <i>Les activités de suivi des intrants et produits médicaux.....</i>	23
4.2.4 <i>Les activités de suivi des infrastructures et des investissements physiques.....</i>	23
4.2.5 <i>Les activités de suivi financier de la mise en œuvre du CSN 2018-2022</i>	24
4.3 AGENDA DE RECHERCHES ET D'ÉTUDES	24
4.4 PLAN OPÉRATIONNEL ET BUDGET DU SUIVI ÉVALUATION.....	26
ANNEXES.....	30
ANNEXE-1 : CADRE DE PERFORMANCE DU CSN 2018-2022	30
ANNEXE-2 : INDICATEURS DE COUVERTURE ET CADRE DES RÉSULTATS DU CSN 2018-2022	33
ANNEXE-3 : PLANNING OPÉRATIONNEL ET BUDGET DES ACTIVITÉS DE RECHERCHES/ÉTUDES 2018-2022	35
ANNEXE-4 : DESCRIPTION DÉTAILLÉ DES INDICATEURS DU CSN 2018-2022	37
ANNEXE-5 : SYNTHÈSE DE L'ANALYSE FFOM DU SYSTÈME DE SUIVI ÉVALUATION	42

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AES	Accident d'Exposition au Sang
ARV	Anti Rétroviraux
BCR	Bureau de Coordination Régionale
BSD	Bureau de Stratégie et de Développement
CCM	Country Coordination Mechanism (Mécanisme de Coordination Pays)
CMTSE	Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi Évaluation du VIH/Sida
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPLS	Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida
CPN	Consultation Périnatale
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CSN	Cadre Stratégique National
CV	Charge Virale
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DPSE	Département Planification Suivi-Évaluation et Recherche
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé en Guinée
ESCOMB	Enquête de surveillance comportementale et biologique
HSB	Hommes ayant des relations sexuelles avec les autres hommes
IO	Infections opportunistes
IST/VIH	Infection Sexuellement Transmissible
LNR	Laboratoire national
MESST	Renforcement du Système de Suivi-Évaluation
MSF	Médecin Sans Frontière
OBC	Organisation s à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
OSC	Organisations de la Société Civile
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNPCSP	Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de la Prévention
PS	Professionnelles de sexe
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/Sida
REGAP+	Réseau Guinéen des Personnes vivant avec le VIH/Sida
ROSIGUI	Réseau des ONG de lutte contre le Sida en Guinée
SE/CNLS	Secrétariat – Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UDI	Utilisateurs de Drogues Injectables
VIH	Virus immunodéficitaire Humain

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au cours des années antérieures, le dispositif national de suivi évaluation de la riposte s'est considérablement renforcé tant du point de vue des capacités des acteurs que des outils utilisés. Cela a permis de capitaliser, non sans insuffisances, les résultats de la mise en œuvre du Cadre stratégique national de riposte au sida 2013-2017. En effet, la mise en œuvre du plan de Suivi-évaluation a été également confrontée à un certain nombre d'insuffisances notamment : a) le faible reporting des interventions plus particulièrement celles du secteur privé et de la société civile dans le système de Suivi-Évaluation VIH, b) la faible alignement de certains acteurs de la riposte au plan de Suivi-Évaluation du cadre stratégique national, c) l'insuffisance de gestion efficace de données, et d) le faible financement du plan d'action du cadre stratégique. Par ailleurs, de nouveaux dispositifs sont entrain de se mettre en place et de passer à l'échelle. Il s'agit du DHIS2 pour les données de prestations sanitaires et le SIGL pour ce qui concerne les informations sur les intrants et produits médicaux.

Sur la base des acquis, des insuffisances, des défis et des leçons tirées de la mise en œuvre de la riposte au sida au cours de la période 2013-2017, le pays a conduit sous le leadership du Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le sida, un processus participatif et inclusif qui a abouti à l'élaboration d'un nouveau Cadre stratégique national pour la période 2018-2022.

Menée sous le leadership du Secrétariat Exécutif du Comité National de lutte contre le sida (CNLS), la planification du Cadre Stratégique National (CSN) de Lutte contre le sida, 2018-2022 s'est effectuée dans un contexte marqué d'une part, par la raréfaction des ressources financières tant nationales qu'internationales et d'autre part, par les récentes orientations de l'ONUSIDA en faveur de la planification et de la gestion axées sur les résultats. Ce nouveau CSN se veut ambitieux en termes de décentralisation et d'offres de services d'une part et d'autre plus performant et efficient. Cela appelle non seulement à une meilleure de la dynamique de l'épidémie mais également une meilleure compréhension des résultats et une identification des obstacles qui entravent les performances. Aussi, le dispositif de suivi évaluation devrait être intégrateur et exhaustif et suffisamment décentralisé et performant pour répondre aux différentes attentes.

Le présent document est le produit d'une action concertée entre acteurs du secteur public, du secteur privé, de la société civile, des partenaires techniques et financiers. L'analyse de la mise en œuvre du plan de Suivi évaluation 2013-2017 a permis de mettre en évidence des acquis, à savoir i) l'existence de structures de S&E au niveau central et décentralisé, ii) l'existence d'une commission nationale de S&E VIH et iii) la révision et adaptation des outils de collecte des données

L'objectif de développement du suivi et de l'évaluation du cadre stratégique national de lutte contre le Sida 2018-2022 est de rendre compte des résultats (**impacts, effets et produits**) obtenus par l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre les IST/VIH tant au niveau central qu'au niveau décentralisé dans tous les secteurs. En outre, sa mise en œuvre permettra de faciliter la prise de décision et la planification basée sur l'évidence.

CHAPITRE I : RESUME DU CADRE STRATEGIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2018-2022

Menée sous le leadership du Secrétariat exécutif du Comité national de lutte contre le sida (CNLS), l'élaboration du Cadre stratégique national de riposte au sida 2018-2022 a suivi plusieurs étapes et s'est déroulé selon une approche participative, inclusive et multisectorielle. La revue de la mise en œuvre du CSN 2013-2017 a permis de faire le point sur les acquis et les insuffisances de la réponse nationale.

L'analyse de la dynamique et de la cascade de l'épidémie du VIH, basée sur les données épidémiologiques de routine, d'enquête et de recherche, a permis d'en comprendre les déterminants, de mesurer l'ampleur au sein des différentes couches de la population puis de déterminer les groupes de populations prioritaires. La prévalence quoiqu'en baisse, importante et de type généralisé. En fin 2016, l'ONUSIDA estimait la prévalence du VIH parmi la population de 15-49 ans à 1,5% (contre 1,7% en 2012 (EDS-MICS 2012)) et l'incidence du VIH tout âge confondu pour 1000 habitants est de 0,67 [0,50 – 0,89]. On note par ailleurs :

- Une disparité de la prévalence du VIH selon les régions, selon le genre et selon l'âge: Conakry : 2,7%, Boké 1,6%, Kindia 1,0%, Mamou 1,7%, Labé 1,6%, Faranah 1,4%, Kankan 1,6% et N'Zérékoré, 1,7%. Le lieu de résidence (urbain : 2,7% et rural : 1,2%) ; l'âge (15-24 ans : 0,9%, avec 1,5% chez les 15-19 ans et 25-49 ans : 2,3%) ; et le sexe (Homme : 1,2% et Femme : 2,1%). Chez les femmes enceintes elle a connu une augmentation de 2,5% en 2008 à 2015 (3,56%, ENSS). Il en est de même chez les enfants où les nouvelles sont en progrès depuis 2014 selon les estimations
- Un niveau élevé de la prévalence du VIH dans certains groupes sociaux professionnels : Travailleurs du sexe, leurs clients (10,7 en 2017, et les partenaires de leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (11,4% en 2017), donneurs de sang (3,52%), Patients tuberculeux (24% pour coinfection TB/VIH), 3,8% chez les Pêcheurs, 3,5% chez les hommes en uniforme, 2,3% chez les camionneurs et 2,5% au sein de la population carcérale, respectivement en 2015 et 2017.
- Une forte prévalence des IST particulièrement chez les professionnelles de sexe (35,50%), suivis par les jeunes de 15-24 ans (23,79%).
- Une persistance des facteurs de risque associés à des niveaux de connaissances relativement moins importants au sein des groupes sociaux

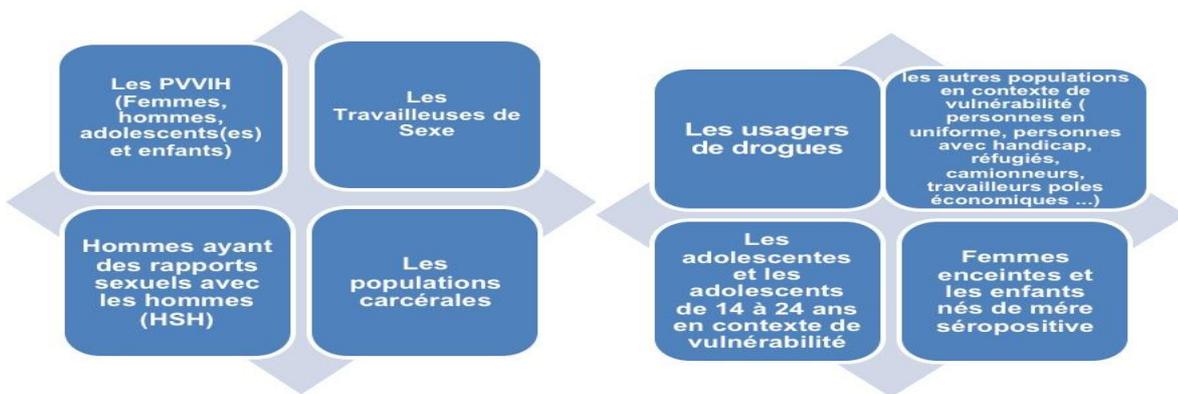
L'analyse de la réponse au VIH a mis en exergue les acquis fondamentaux dont entre autres :

- L'existence d'une coordination nationale suffisamment décentralisée pour assurer le leadership de la réponse au VIH
- Un tissu associatif et communitaire
- Une utilisation plus accrue des préservatifs (chez les jeunes : 40% en 2013 à 60% en 2016)
- Un système de santé qui offre des prestations relatives au VIH de plus étoffées, diversifiées et décentralisées : plateforme de dépistage précoce, plateforme de charge virale, sites PTME 131 en 2013 à 706 dont 394 fonctionnels en 2017, sites de prise en charge (101 en 2013 et 142 en 2017 dont 86 fonctionnels)
- Une amélioration de la performance de la prise en charge (nombre de PVVIH sous ARV : 27.792 en 2013 à 43.673 en 2016 et 51406 en fin 2017)
- Une amélioration de la qualité de la prise en charge (taux de survie à 12 mois, (adultes et enfants) : 70% (2012), 77,5% (2014), 78,7% (2015) et taux de survie à 24 mois des

patients (adultes et enfants) après le début du traitement est de 64,9% (2015) pour une cible attendue de 77% en 2017)

En dépit des acquis et des progrès, l'analyse de la réponse a également identifié les défis et contraintes qui restent à surmonter, ainsi que les lacunes programmatiques. Il s'agit de i) de la timide baisse des nouvelles infections, ii) la morbidité et la mortalité liées au VIH qui restent élevées parmi les PVVIH et iii) la faible gouvernance et leadership de la riposte à tous les niveaux, y compris la faiblesse mobilisation des ressources financières.

Au terme de l'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH, des priorités ont été définies pour la période 2018-2022. Outre les interventions d'ordre général, la priorité sera accordée aux cibles suivantes pour la période 2018-2022 :



Le présent Cadre Stratégique National a pour vision de « **parvenir à mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que menace de santé publique d'ici à fin 2030, à travers l'adhésion aux engagements internationaux convenus lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies de 2016** ». Aussi, le cap pour 2022 est de ramener les nouvelles infections à moins de 5.000, le nombre de décès liés au sida à moins de 2000 à fin 2022 et éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Le CSN 2018-2022 s'aligne et se fonde sur : i) les objectifs et engagements mondiaux en matière de riposte au sida, en particulier l'objectif d'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030, incluant l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ii) la politique nationale de santé et le plan national de développement sanitaire 2015-2024, iii) la politique nationale de santé communautaire et le plan stratégique de santé communautaire 2018-2022 et v) la politique nationale de biologie médicale et le plan directeur de développement de la biologie médicale.

Les priorités et les impacts/effets attendus sont les suivants :

Priorité -1	Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les populations vulnérables (en l'occurrence les jeunes filles, les jeunes femmes), les populations clés et éliminer celle chez les enfants
Impact-1	Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici à fin 2022
	Effets
	1.1-Au moins 80% des populations clés (PS, UDI, HSH) et populations vulnérables (Miniers, routiers, hommes en uniforme, populations carcérales, pêcheurs) ont des comportements à moindre risque d'ici 2022
	1.2-90% des PVVIH connaissent leur statut sérologique et sont référés vers les services de soins/traitement

	1.3-la transmission sanguine du VIH est éliminée (risque=0%) pendant la période 2018-2022
	1.4- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 5%
	1.5-70% des femmes et jeunes filles victimes de VSBG pendant la période 2018-2022 ont bénéficié d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique)
Priorité -2	Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH
Impact-2	D'ici à fin 2022, La mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 62%
	Effets
	2.1-75% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2022
	2.2-Le taux de décès chez les patients coïnfectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2022
	2.3-90% des PVVIH sous ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois en 2022
	2.4-Au moins 90% des adultes de 15-49 ans, y compris les prestataires de soins et de services ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des PVVIH d'ici à fin 2022
Priorité -3	Renforcer la gouvernance et la résilience de la riposte au sida pour des meilleures réponses locales et pour la disponibilité de l'information stratégique
Impact-3	Les systèmes de gestion, de suivi évaluation, de coordination et de gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2022
	Effets
	3.1-D'ici à fin 2022, le taux d'exécution financière du PSN est supérieur à 80%
	3.2-Le secteur communautaire et le secteur privé disposent des capacités managériales, techniques et opérationnelles pour assurer au moins 80% de la réponse dans leur secteur d'ici à fin 2022
	3.3-Durant la période 2018- 2022, le système national de suivi évaluation de la riposte est à même de produire tous les données et indicateurs avec une qualité, une complétude et une promptitude supérieure à 95%
	3.4-Entre 2018-2022, la gouvernance du CNLS assure une multisectorialité et une redevabilité optimales

Les interventions qui seront mises en œuvre visent à faire en sorte que :

Les capacités et la fonctionnalité du système de santé permettent :

- D'éliminer les nouvelles infections chez les enfants
- D'éliminer les infections imputables à la transfusion sanguine et aux AES
- De mettre en œuvre Stratégie « dépister et traiter »
- De Traiter 90% des PVVIH dépistées
- D'assurer la suppression virale chez les PVVIH
- D'assurer un approvisionnement adéquat en intrants et une bonne logistique des intrants

Les réponses communautaires et sectorielles permettent :

- De réduire des nouvelles infections dans la population générale et chez les populations clés
- De dépister 90% des personnes séropositives
- De réduire la stigmatisation discrimination
- De lutter efficacement contre les violences sexuelles et prendre en compte le genre
- D'offrir un soutien adéquat au programme de traitement ARV
- De contribuer à réaliser une génération sans sida chez les enfants

Le système de suivi évaluation en place :

- Répond aux principes des 3 Ones et est conforme aux 12 composantes
- Permet de capter toutes les informations avec qualité et promptitude
- Produire l'information stratégique nécessaire et de soutenir son utilisation optimale

La gouvernance de la réponse nationale, sectorielle et décentralisée permet :

- De développer une réponse multisectorielle, inclusive, harmonieuse et complète
- De mobiliser efficacement les ressources financières nécessaires
- D'assurer une bonne redevabilité

La mise en œuvre des stratégies sectorielles de lutte contre les IST et le VIH/sida sur la période 2018-2022 sera organisée selon une approche basée sur la multisectorialité et la décentralisation autour d'un cadre institutionnel impliquant les différents acteurs de la riposte nationale. Les impacts attendus des interventions, au nombre de trois, sont les suivants :

- Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici à fin 2022
- D'ici à fin 2022, La mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 62%
- Les systèmes de gestion, de suivi évaluation, de coordination et de gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2022

La coordination globale de la mise en œuvre sera assurée par le Secrétariat exécutif du CNLS avec l'appui de ses entités décentralisées. Le suivi et la capitalisation des interventions et des résultats seront basés principalement sur le DHIS2 et auront pour cadre de référence, les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel recommandées au niveau international.

Le coût total requis pour la mise en œuvre du CSN 2018-2022 est 262 721 048,18 US\$ soit 2 480 819 762 751GNF, réparti comme suit

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2023
Prévention	12 493 170,41	14 562 859,91	16 842 992,31	19 299 936,15	21 724 434,18	84 923 392,96
Populations clés	397 134,70	533 467,61	729 976,68	863 359,36	1 095 116,88	3 619 055,22
Populations vulnérables	1 579 926,63	1 801 379,22	2 061 203,62	2 317 168,36	2 595 768,27	10 355 446,10
Prestation de services	10 246 125,38	11 568 036,32	12 909 633,24	14 427 115,86	15 476 260,86	64 627 171,67
Soins de santé	269 983,70	659 976,76	1 142 178,76	1 692 292,57	2 557 288,17	6 321 719,97
Services de soin et de traitement	18 540 156,84	22 183 236,70	25 807 502,53	28 145 942,96	31 106 302,24	125 783 141,27
Politique, admin., recherche, suivi et évaluation	7 665 231,83	9 076 285,86	10 534 672,23	11 719 132,14	13 049 191,89	52 044 513,95
Total Unité de USD	38 698 559,08	45 822 382,47	53 185 167,07	59 165 011,25	65 879 928,31	262 751 048,18

Le financement sera assuré par les ressources financières internes (État, collectivités, secteur privé, ménages) et par la contribution des partenaires techniques et financiers. La mise en œuvre et l'atteinte des résultats escomptés est tributaire de la maîtrise des risques et de la hauteur de la mobilisation des ressources financières. Aussi, un plan de gestion des risques dans le présent CSN et il est envisagé une Table ronde de mobilisation des ressources et des mesures robustes pour assurer la mobilisation effective des promesses de financements ainsi que la mise à contribution de financements innovants.

CHAPITRE II : CADRE INSTITUTIONNEL DE SUIVI-EVALUATION DU CSN

2.1 Dispositif de suivi évaluation

Le dispositif de suivi évaluation repose sur les acquis actuels et tient compte de la multisectorialité de la riposte au sida. Chapeauté par le Secrétariat exécutif du CNLS, le dispositif comprend en outre, la commission technique multisectorielle de travail sur le suivi évaluation (CMTSE), les partenaires techniques et financiers, le ministère de la santé (BSD et PNP/CSP), les acteurs du secteur public non santé, du secteur communautaire (société civile) et du secteur privé. Le schéma ci-dessous, résumé le dispositif et les interrelations entre les différents acteurs.

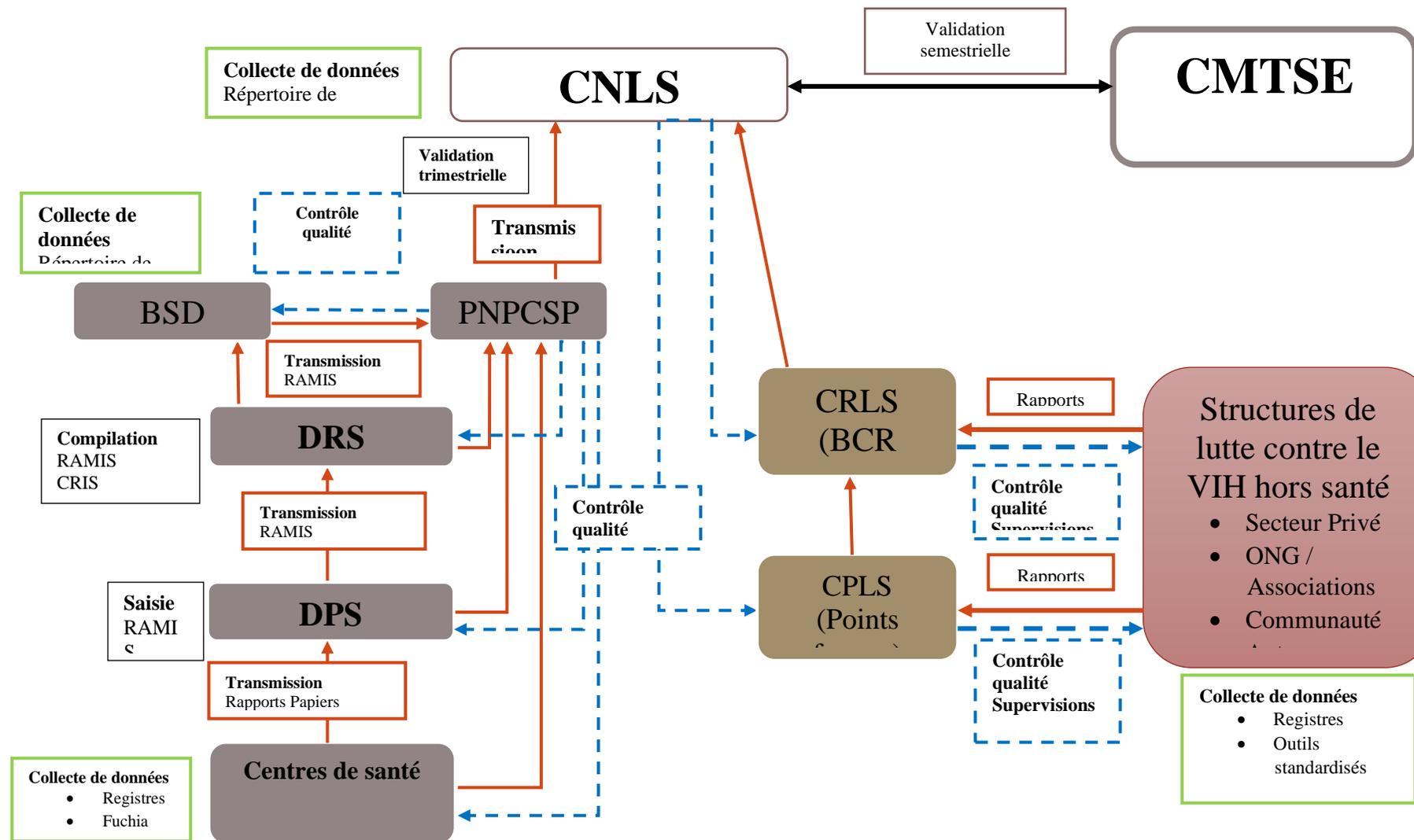
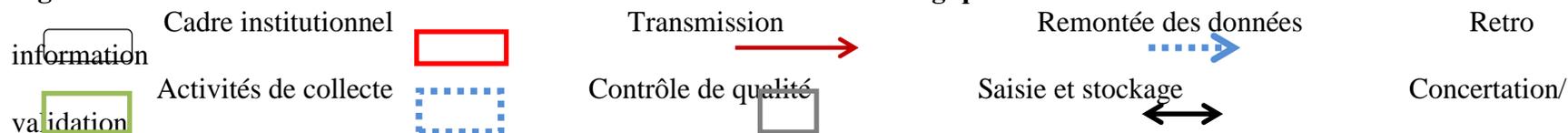


Figure 1 : Cadre institutionnel et circuit de l'information du Cadre stratégique national de lutte contre les IST/VIH 2018-2022



2.1.1 Le Secrétariat exécutif du CNLS

Le SE/CNLS assure la coordination globale du suivi évaluation de la mise en œuvre du CSN 2018-2022, dans l'esprit du « Three Ones ». En son sein, c'est le Département Planification Suivi-Évaluation et Recherche (DP SER) est en charge de l'animation et de l'encadrement de l'ensemble des activités de Planification, de Suivi Évaluation de la lutte contre le VIH en Guinée. Ses principaux rôles sont les suivants :

Principaux rôles	Contenus principaux
Rôle stratégique → Coordination du dispositif de suivi évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Identification et mise en place du cadre de collaboration à travers le CMTSE • Élaboration du cadre de performance (activités, cibles) • Encadrement de la mise en œuvre du plan de suivi évaluation et suivi du respect des engagements des différents acteurs
Rôle opérationnel → appui à la fonctionnalité du dispositif de suivi évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation du Plan National de Suivi évaluation. • Suivi et appui à l'adaptation/utilisation effective des outils de collecte et de rapportage de données. • Renforcement des capacités des acteurs du Suivi évaluation • Réalisation des études spécifiques nécessaires, des différentes évaluations et des recherches, y compris les revues périodiques de la riposte au sida • Centralisation et compilation de l'ensemble des données transmises par les différents acteurs et partenaires de la riposte au sida • Archivage de l'ensemble des données relatives à l'épidémie et à la riposte au sida
Rôle scientifique → Analyse et de suivi de l'évolution de l'épidémie du VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la qualité des données transmises ou collectées • Analyse régulière des données de la riposte au sida • Identification des progrès réalisés, et des défis • Production des rapports réguliers à destination des organes décisionnels de la riposte au sida • Organisation de la retro information des partenaires impliqués dans la riposte au sida et à la population guinéenne • Capitalisation des expériences de la lutte riposte au sida • Diffusion et partage au niveau international les résultats et des bonnes pratiques de la riposte au sida

Pour remplir son rôle dans le Suivi évaluation de la riposte au sida, le DP SER va s'appuyer sur les structures décentralisées du SE/CNLS. Ces structures se trouvent au niveau régional et au niveau préfectoral. Leur rôle est d'accompagner la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH dans les zones administratives de leur ressort, et de faciliter le Suivi évaluation de ces activités dans ces zones. L'appui de ces acteurs est essentiellement adressé aux acteurs ne relevant pas du système de santé, et sert de coordination à ces acteurs hétérogènes au niveau local.

- **Le niveau Préfectoral**, a un rôle de support direct dans la mise en œuvre des activités de suivi évaluation de la réponse nationale au VIH. Le point focal IST/VIH de la direction préfectorale de la santé et le directeur des microréalisations préfectorales sont chargés de l'application des responsabilités. Ses responsabilités sont les suivantes : i) appuyer et superviser l'utilisation des outils standardisés de collecte et de rapportage des données pour les acteurs de la lutte contre le VIH, b) renforcer les capacités en Suivi évaluation des acteurs de la réponse nationale en dehors du système de santé, par des formations ou des appuis directs aux activités de Suivi évaluation, c) organiser la réalisation au niveau local des études nécessaires

à l'évaluation de la lutte contre le VIH ; d) centraliser et compiler, et assurer un contrôle qualité de l'ensemble des données communiquées par les différents partenaires au niveau préfectoral, e) transmettre les données des différents acteurs de la lutte contre le VIH, f) archiver l'ensemble des données relatives à l'épidémie et à la lutte contre le VIH au niveau préfectoral.

- **Le niveau Régional** a un rôle de coordination des activités de suivi évaluation de la lutte contre le VIH. Le chargé de S&E de la coordination régionale du SE/CNLS en collaboration avec le Médecin chargé de maladie régionale et le Service régional de l'administration et de coordination des ONG (SERACO) sont chargés de l'application des responsabilités susmentionnées. Ses responsabilités sont les suivantes : a) allouer les ressources disponibles pour la mise en œuvre des activités de Suivi évaluation de la lutte contre le VIH dans la région, b) compiler les données du Suivi évaluation des différentes préfectures, et vérifier leur cohérence, c) transmettre les données de Suivi évaluation au DPSE, d) produire des bulletins réguliers sur l'état de la riposte au VIH, à destination de l'ensemble des acteurs de la région, et compilant les données des différentes préfectures de la région, e) archiver l'ensemble des données relatives à l'épidémie et à la lutte contre le VIH au niveau régional.

2.1.2 La Commission technique multisectorielle de travail sur le suivi évaluation du VIH/Sida

Créée par arrêté ministériel en 2009, la Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi évaluation du VIH/Sida (CMTSE) est un organe d'orientation de l'action du DPSE du SE/CNLS. Cette commission regroupe, sous l'égide du SE/CNLS, les principaux acteurs de la riposte au sida en Guinée.

Le CMTSE se réunit une fois par semestre (de préférence au cours du deuxième mois du trimestre) et chaque fois que nécessaire (réunions extraordinaires) sur convocation de son président. Le président du CMTSE peut faire appel à toute personne ou groupe de personnes ressources en cas de besoin.

Le CMTSE dispose d'un comité technique qui se réunit une fois par trimestre, sous l'égide du président du CMTSE pour préparer la réunion semestrielle.

2.1.3 Le Ministère de la santé

Au niveau du Ministère de la santé, quatre acteurs clés sont impliqués dans le dispositif de suivi évaluation de la riposte au sida. Il s'agit des structures suivantes :

- Bureau de stratégie et développement (BSD) en charge du système d'information sanitaire (DHIS2) et du système de gestion informatisée de la logistique des produits de santé (SIGL)
- Programme national de lutte contre le sida et les hépatites qui assure le suivi des activités de riposte au sida dans le secteur santé non seulement public, mais aussi ceux qui concernent les ONG et les acteurs privés et communautaires impliqués dans la prise en charge médicale du VIH
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) qui assure le suivi des activités de riposte contre la coïnfection TB/VIH
- Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle (DNSCMT) qui assure le suivi des activités de santé communautaire dont le VIH fait partie du paquet des relais et des agents de santé communautaire.

2.1.4 Les autres acteurs du dispositif de suivi évaluation

Les autres acteurs sont composés :

- Des structures du secteur public non santé (éducation, tourisme, pêche, mines ou des transports)

- Des structures du secteur privé (non santé), comme la chambre des mines
- Des structures du secteur communautaire et de la société civile comme les ONG et associations œuvrant dans la riposte au sida

2.2 Cadre de performance et cadres de résultats

Les activités de suivi évaluation serviront à renseigner périodiquement le cadre de performance et le cadre de résultats du CSN 2018-2022 qui se trouvent respectivement en annexes 1 et 2. La description détaillée de chaque indicateur se trouve en annexe 4.

CHAPITRE III : PROCEDURES DE SUIV EVALUATION

3.1 Procédures de collecte des données

3.1.1 Concernant les données de routine

Les données de routine sont issues des activités liées au VIH menées au sein des formations sanitaires (publiques et privées) et de celles menées au sein des communautés (y compris les groupes spécifiques) et/ou des travailleurs par les acteurs non santé de la riposte au sida.

Les principales sources (primaires) de collecte des données sont i) les rapports d'activités et de progrès, ii) les registres de prestation, iii) les rapports d'enquêtes/d'études/recherches.

La périodicité de collecte varie selon l'indicateur : a) tous les mois et trimestres pour les indicateurs programmatiques et b) tous les ans, deux ans et 5 ans pour les indicateurs mesurés au moyen des enquêtes et des études.

Concernant les intrants et produits médicaux, un inventaire physique semestriel et des situations mensuelles de l'état sont réalisés à partir des outils de gestion de stocks du niveau périphérique et du logiciel de gestion informatisé de la PCG.

→ *Les données du secteur santé*

La collecte et la compilation des données d'activité concernant le dépistage du VIH en milieu de soin, la prise en charge médicale des patients suivis pour le VIH et la PTME sont assurées à travers les outils mis en place. Les outils de collecte des données de la PTME ont été revus au cours de l'année 2012 et, au moment de l'écriture de ce plan de S&E, ces outils sont en cours de test dans les centres de santé.

Volets	Outils/observations
Dépistage et suivi médical des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> - Registre général des PVVIH suivis - Registre de suivi des patients vus en consultation - Dossier médical spécifique ouvert pour chaque patient - Logiciel Fuchia opérationnel depuis 2013 au CHU Donka, Boké et sites appuyés par MSF - Registre de dépistage du VIH <p>L'évaluation du contrôle qualité se fait par le PNLSH</p>
PTME	<ul style="list-style-type: none"> - Registres des laboratoires - Fiche de suivi de grossesse - Fiche de suivi de l'enfant exposé

	Les fiches sont compilées pour produire le rapport PTME des centres de santé. Un guide spécifique d'analyse des données PTME sera rédigé à la fin du pré-test des outils
Coïnfection TB/VIH	Les données sont fournies d'une part par le Programme tuberculose et aussi par le PNLSH. Les deux programmes travaillent en commun pour collecter les données nécessaires et les partager
Intrants et produits médicaux	<p>Au niveau des sites, un certain nombre d'outils seront remplis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bordereau de livraison/réception • Fiches de gestion des stocks et des péremptions • Registre ARV et outils standards pour les médicaments contre les IO, IST et réactifs <p>Avec la mise en place progressive du SIGL, les données des sites de prestation et des laboratoires seront collectées et entrées au niveau périphériques dans le système</p> <p>Une collecte active des données pourrait être réalisée les entités décentralisées du Ministère de la santé en cas de besoin. La PCG fournira également les données en rapportage avec le stockage, la distribution, la situation des stocks</p> <p>L'Unité d'approvisionnement du PNLSH établira régulièrement la situation sur les informations logistiques des produits de santé</p>

→ Les données du non secteur santé

Des répertoires seront mis en place pour assurer une meilleure coordination dans l'appui technique et la collecte des données auprès des autres acteurs. Les répertoires qui seront mis en place sont :

- Répertoire des formations sanitaires (responsabilité ministère de la santé) : type (publique, privée, confessionnelle, ONG, etc..), services offerts (prévention, prévention AES), transfusion sanguine, gestion des déchets biomédicaux)
- Répertoire des structures de prise en charge du VIH (responsabilité PNPCSP) : type (publique, privée, confessionnelle, ONG, etc..), services offerts (PTME, IO, IST, ARV, etc..)
- Répertoire des structures de riposte au sida (responsabilité SE/CNLS) : type (publique, privée, confessionnelle, communautaire, ONG, etc..), services offerts (prise en charge communautaire, prévention, etc..)

Ces structures disposeront des outils de collecte de données concernant leurs prestations. Elles seront dotées des outils nécessaires et leurs capacités seront renforcées pour leur utilisation.

3.1.2 Concernant les données ponctuelles

Les données ponctuelles sont issues :

- Des projections annuelles des indicateurs faites sous l'égide de l'ONUSIDA à l'aide de Spectrum. Ces projections permettent de renseigner non seulement la prévalence du VIH mais aussi des données clés de la réponse nationale
- Les enquêtes ponctuelles comme le MICS, l'EDS
- Les enquêtes populationnelles spécifiques au VIH comme l'ESCOMB
- Les études et recherches opérationnelles, dont la liste exhaustive se trouve à l'annexe 3

Les rapports et les données issues de ces sources ponctuelles seront soumises à validation ou endossement par le CMTSE avant leur diffusion et utilisation.

3.2 Procédures de transmission et de remontée des données

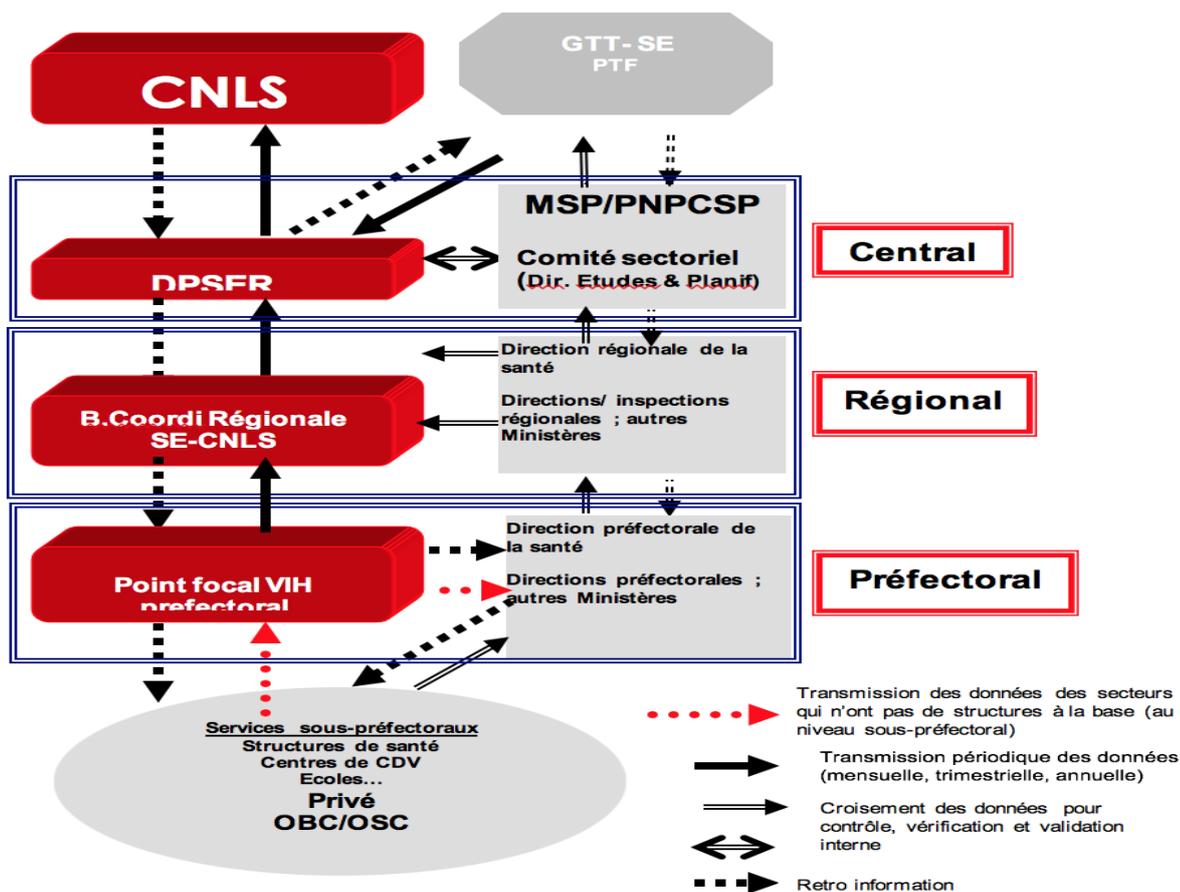
Les données du secteur santé seront collectées à travers les supports dédiés et introduites dans le DHIS2 et le SIGL une fois qu'elles seront validées. Les données non incluses dans ces deux dispositifs suivent la chaîne hiérarchique du système de santé pour parvenir au BSD et ensuite transmises au CNLS via le PNPCSP.

Pour les données non santé, les collectées seront validées au sein des dites-organisations avec l'assistance du DPSER ou des entités décentralisées du Ministère de la santé ou du SE/CNLS.

Le circuit comprend quatre niveaux :

- Le niveau sous-préfectoral est constitué par les structures de santé (centres et postes de santé), les services sous-préfectoraux, les entreprises et les OBC. Les responsables qui opèrent à ce niveau travaillent sur les registres et les fiches pour collecter les données et transmettent leur rapport mensuel au niveau immédiatement supérieur : la préfecture.
- Le niveau préfectoral comprend la direction préfectorale de la santé et les autres directions sectorielles. Les responsables qui opèrent à ce niveau traitent et compilent toutes les données/informations venant du niveau sous-préfectoral et les transmettent après validation dans des supports appropriés, tous les mois au niveau immédiatement supérieur, la région. Les données des secteurs dont les ministères n'ont pas de représentations au niveau de la préfecture sont traitées par le point focal VIH préfectorale.
- Le niveau régional comprend la direction régionale de la santé publique, les autres directions/inspections et la coordination régionale du SE/CNLS. Les responsables qui opèrent à ce niveau traitent et compilent toutes les données/informations venant des différentes préfectures qui composent la région et les transmettent après contrôle/validation, tous les trimestres dans des supports appropriés, au niveau immédiatement supérieur : le niveau central.
- Le niveau central comprend le Département Planification, Suivi évaluation et Recherche du SE/CNLS et les chargés du suivi-évaluation des comités sectoriels. Les responsables du suivi-évaluation ainsi que les gestionnaires des données qui opèrent à ce niveau effectuent la triangulation de données reçues du niveau régional, pour en garantir la qualité. Les données ainsi traitées sont soumises à validation au CMT-SE VIH avant d'être disséminées.

La rétroinformation part du niveau central jusqu'au niveau sous-préfectoral. Le fluxogramme de transmission et de remontée des données ainsi que le feed-back est le suivant



3.3 Procédures de stockage des données

→ Les données du Secteur santé

Les données du secteur santé sont archivées au sein du MSHP/PNPCSP sur un serveur central, dans une base de données prévue à cet effet. D'autre part, les versions papiers des rapports reçus au PNPCSP sont archivées dans des classeurs au sein du PNPCSP. Une version papier de ces mêmes rapports est aussi conservée au niveau des DPS, et une troisième version papier est conservée au niveau des centres de santé. D'autre part, les données VIH sont conservées par le BSD dans le logiciel RAMIS, prévu à cet effet. Par ailleurs, le DHIS2 et le SIGL constituent également des entrepôts pour les données électroniques.

Cet archivage multiple permet une sécurisation des données, et est utile pour le contrôle qualité des données, par comparaison de ces multiples versions.

La durée de conservation de ces données n'est pas limitée. Ces données constituent la mémoire institutionnelle et sanitaire guinéenne, et une solution d'archivage de long terme devra être étudiée pour un archivage durable de ces données.

→ Les données des autres secteurs

Chaque structure de lutte contre le sida doit conserver l'ensemble de ses rapports pour une durée minimale de dix ans. Chaque structure est responsable de cet archivage, et doit être en mesure de produire ces rapports à la demande à tout moment pendant ces dix ans.

Une copie papier de ces rapports est par ailleurs conservée au sein des DPS et des DRS concernées, ainsi qu'une version électronique, archivée dans un espace sécurisé.

Enfin, le SE/CNLS conserve une copie électronique de l'ensemble de ces rapports (secteur santé et autres secteurs) dans une base prévue à cet effet. Le SE/CNLS est responsable de la conservation de ces données pour une durée non limitée. Une solution d'archivage de long terme devra être étudiée.

3.4 Procédures de validation et d'assurance qualité des données

3.4.1 Procédures d'assurance qualité dans le secteur santé

Au sein du système de collecte et de transmission des données du SNIS, chaque rapport concernant le VIH est analysé avant saisie dans le logiciel RAMIS pour en assurer la cohérence interne et externe. A chaque niveau de transmission (préfectoral, régional, national), la vérification de cette cohérence est réitérée avant compilation des données.

De plus, du fait de la spécificité technique des données du VIH, le MSHP à travers le PNPCSP opère, sur la base de la version papier des rapports qu'il reçoit, un contrôle de qualité des données remontant par le biais du RAMIS.

Enfin, le MSHP/PNPCSP opère des supervisions régulières sur les centres de santé, au cours desquelles il compare la valeur des éléments de données du dernier rapport reçu aux mêmes valeurs calculées par ses soins à partir des outils de collecte de données. Il procède par ailleurs à une validation de la qualité de ces données de base, à partir de la méthodologie du Manuel de Supervision prévu à cet effet.

En plus de ces mécanismes, d'autres initiatives sont ponctuellement mises en œuvre, à savoir l'audit de la file active, l'audit de la qualité des données (DQA), l'audit de la qualité des données sur site (OSDV) et l'audit rapide de la qualité des services (RSQA).

3.4.2 Procédures d'assurance qualité dans les autres secteurs

Le SE/CNLS et ses démembrés locaux sont en charge de la supervision des activités des différentes structures participant à la lutte contre le VIH. Chaque structure doit être supervisée au moins une fois tous les deux ans. La supervision comprend, entre autres, les activités suivantes :

- Vérification de l'archivage des différents rapports produits par la structure
- Évaluation de l'utilisation des outils de collecte et d'analyse de données utilisés au sein de la structure
- Information et recyclage sur les engagements de reporting de la structure, et sur les critères de validation des rapports
- Évaluation des mécanismes d'assurance qualité au sein de la structure

Ces supervisions donnent lieu à la rédaction de rapports de supervision. Si des mesures correctrices doivent être prises par la structure supervisée, celles-ci deviennent une priorité pour la structure qui doit être en mesure de s'y conformer avant la mise en œuvre de toute nouvelle activité.

3.4.3 Procédures de validation des données

Les données du Suivi évaluation de la riposte au sida sont validées au cours de réunions dédiées (CMT-SE), réunissant le DPSE du SE/CNLS avec les structures productrices des données concernées.

➔ **Les données à mise à jour trimestrielle**

Les données devant être fournies par le PNPCSP et le PNLAT sont transmises à travers le MSHP au SE/CNLS au cours de réunions trimestrielles. Ces réunions ont lieu dans les deux premières semaines du trimestre suivant le trimestre d'exercice. Au cours de ces réunions :

Chaque acteur présente les données qu'il doit fournir, et en discute les principaux résultats. La présentation porte également sur la complétude et la promptitude des données reçues, identification des problèmes de qualité rencontrés, et les solutions trouvées.

A l'issue de la réunion, les données sont validées ou, si des problèmes de données importants ont été relevés, les données sont rejetées par le SE/CNLS, qui propose une date ultérieure pour la mise à jour des données manquantes ou de faible qualité.

Les données produites par le SE/CNLS sont transmises par les différents services concernés au DPSE, et font l'objet d'une réunion de validation en interne au SE/CNLS. Au cours de cette réunion :

- Les rapports et comptes rendus sont produits et présentés par les services concernés
- Les activités et résultats sont discutés par l'équipe du SE/CNLS
- Les valeurs des indicateurs sont validées à l'issue de la réunion ou, si un problème de disponibilité ou de qualité de certains rapports est constaté, les mesures pour y remédier sont proposées et une nouvelle réunion est convoquée à une date ultérieure.

→ Les données à mise à jour annuelle

Les données devant être mises à jour annuellement sont validées au cours d'une réunion de la Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi évaluation du VIH/Sida. Cette réunion est préparée par le DPSE du SE/CNLS, qui assure l'animation de la réunion, et le suivi de ses recommandations. Les principaux points à aborder au cours de cette réunion sont :

- Un bilan sur les activités de Suivi évaluation de l'année écoulée, et sur les difficultés rencontrées. Des recommandations sur le renforcement du Suivi évaluation dans l'année à venir sont alors formulées.
- La dernière mise à jour des projections Spectrum est présentée, et les principales évolutions sont discutées. En particulier, la nécessité de réévaluer les cibles de résultat de la lutte contre le VIH en fonction de ces nouvelles projections est évaluée.
- Si de nouvelles données épidémiologiques ont été produites au cours de l'année, elles sont présentées et discutées.
- Un point sur la prise en charge médicale du VIH est fait par le PNPCSP.
- Une présentation sur la disponibilité des différents services de prise en charge du VIH sur le territoire guinéen est faite à partir des données des différents répertoires.
- Les résultats du REDES sont présentés et discutés
- Les activités et les résultats des différentes structures de lutte contre le VIH sont présentés, la non réalisation des activités annulées est justifiée, et les réalisations hors objectifs sont soulignées.

A l'issue de cette réunion, les données sont validées, et sont intégrées dans le cadre de performance du CSN. Un compte rendu de la réunion est rédigé par le DPSE du SE/CNLS. Ce rapport servira de base à la rédaction du rapport UNGASS pour l'année concernée. Le tableau de bord de suivi des indicateurs sida (TBIS) est alors mis à jour et partagé avec l'ensemble des acteurs de la réponse nationale au VIH.

→ Qualité des données d'enquêtes/Recherches

La qualité des enquêtes/recherches effectuées dans le cadre du Suivi-évaluation du CSN est prise en compte avant même la réalisation de ces enquêtes. La Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi évaluation du VIH/Sida se réunit pour évaluer la qualité des protocoles développés pour ces études, et est en mesure de demander des modifications ou des amendements en cas de nécessité.

Au cours de l'étude, un membre du DPSER du SE/CNLS fait partie du comité de pilotage de l'étude, et suit l'avancée des travaux de l'étude. Il contrôle la qualité des outils de collecte de données de l'étude, et évalue régulièrement la qualité des données collectées.

A l'issue de l'étude, la Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi évaluation du VIH/Sida se réunit pour évaluer la qualité des données collectées, et valider les résultats de l'étude. Une partie du financement de l'étude est liée à la validation des résultats.

Toutes les données des études financées par ou à travers le SE/CNLS sont la propriété du SE/CNLS. Ces données sont archivées au SE/CNLS. Une évaluation de leur qualité est effectuée et une seconde estimation de certains éléments de l'étude est faite, pour vérifier la qualité de l'analyse des données.

3.5 Procédures d'analyse et de production des rapports

Les données collectées sont vérifiées ou validées et servent ensuite à produire des rapports d'activités. Ces rapports décrivent la mise en œuvre des activités et les réalisations (physiques et financières). Les principaux rapports produits sont les suivants :

Type de rapports	Description /observations
Rapports d'activités	Les différentes structures impliquées dans la lutte contre le VIH fournissent un rapport sur les activités réalisées au cours d'une année, avant la fin du premier trimestre de l'année suivante. Ces rapports contiennent au moins les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Un rappel des activités prévues au cours de l'année précédente - Les activités réalisées au cours de l'année - Une explication sur la non réalisation des activités annulées - Des précisions sur les activités réalisées en dehors du plan d'action initial
Rapports de supervision	Toute supervision donne lieu à la rédaction d'un rapport. Ce rapport contient au moins les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Nature de la supervision (comptable, financière, évaluation) - Participants à la supervision - Objectifs spécifiques de la supervision - Chronogramme de réalisation <p>Pour chaque entité supervisée, personnes rencontrées, observations de la supervision, recommandations délivrées.</p>
Rapports de formation	Toute formation donne lieu à la rédaction d'un rapport. Ce rapport contient au moins les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Nature de la formation - Objectifs pédagogiques - Méthodes utilisées - Programme de la formation - Liste des formateurs et des participants - Évaluation du résultat de la formation par les formateurs - Évaluation de la formation par les participants
Rapports d'audit	Les résultats de tout audit réalisé sont exprimés dans un rapport. Ce rapport contient au moins les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Nature de l'audit - Objectifs de l'audit - Chronogramme de réalisation <p>Pour chaque entité auditée, résultats et conclusions de l'audit, recommandations délivrées</p>

Rapports/compte rendus de réunions	Les réunions du Commission multisectorielle technique de suivi évaluation (CMTSE) donnent lieu à la rédaction d'un compte rendu. Ce compte rendu contient au moins les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs de la réunion - Liste des participants - Déroulé de la réunion - Conclusions/recommandations de la réunion
Rapports d'enquêtes/ études/ recherches	Ces données aident à évaluer certains impacts et effets du programme sur l'épidémie du VIH/Sida. Elles sont collectées à travers des enquêtes et études périodiques annuelle, biennale et quinquennale. Ces études et enquêtes permettent de mesurer les informations relatives : <ul style="list-style-type: none"> - L'incidence - La prévalence - Le comportement - La qualité des services
Rapports de revues et sessions du CNLS	Les revues des activités de lutte contre le VIH et les sessions du SE/CNLS donnent lieu à la rédaction de rapports. Ces rapports contiennent au moins les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Le programme des ateliers - La liste des participants - Les comptes rendus des rapporteurs de sessions - Les conclusions de l'atelier

Quant à la périodicité et rythme de production, le tableau ci-dessous en donne des détails.

Niveau	Type de rapport	Mode/Support de transmission	Fréquence	Délais	Commentaires
Central	Rapport de progrès trimestriel et annuel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courrier physique ▪ Courrier électronique ▪ DHIS2, SIGL 	Trimestrielle Annuelle	45 jours après le trimestre ou la fin de l'année	Rapport de progrès et analyse des écarts
Régional	Rapport d'activités et de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courrier physique ▪ Courrier électronique ▪ DHIS2, SIGL 	Annuelle Trimestrielle	25 jours après le trimestre ou à la fin de l'année	Rapport narratif et fichiers de données
Préfectoral	Rapport d'activités et de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courrier physique ▪ Courrier électronique, si disponible ▪ DHIS2, SIGL 	Mensuelle Trimestrielle	15 jours après le trimestre	Rapport narratif + Données annexées
Sous-préfectoral	Rapport d'activités et de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courrier physique ▪ Courrier électronique, si disponible 	Mensuelle	5 jours après le mois	<u>Contenu</u> : données transcrites dans les outils de rapportage

3.6 Procédures de production et de promotion de l'utilisation de l'information stratégique

→ Procédures de production

Au cours des années précédentes, la production de l'information stratégique bien que souhaitée n'a pas été à la hauteur des attentes. Aussi, pour la période 2018-2022, la production, la diffusion et l'utilisation de l'information stratégique sera au cœur de l'action du CMTSE. Pour ce faire, les capacités des acteurs seront renforcées et des moyens physiques et financiers seront mobilisés pour soutenir la production et l'utilisation de l'informations.

Concernant les procédures, dans un premier temps, le CMTSE se réunira chaque année pour statuer sur les données d'information stratégiques à produire. Au cours de cette identification, les sources des données, les périodes de production et les principaux acteurs concernés seront précisés. Par la suite, les données seront analysées puis l'information stratégique produite. Une fois produites et validées, les informations stratégiques seront diffusées et un plaidoyer/accompagnement pour leur utilisation sera mis en œuvre.

→ Procédures de dissémination/diffusion et d'utilisation

L'utilisation des données pour la prise de décision pour la lutte contre le VIH est essentielle pour améliorer la riposte du VIH dans le contexte guinéen. De ce fait la diffusion des données issues du système national de Suivi évaluation auprès des acteurs politiques guinéens est d'une importance primordiale.

Cette diffusion prend plusieurs formes :

- L'édition de bulletins semestriels visant à faire le point sur l'évolution de l'épidémie et sur les résultats de la lutte contre le VIH en Guinée. Ces bulletins sont diffusés auprès de l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH.
- L'organisation de revues annuelles, regroupant l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH en Guinée, pour faire le point sur les activités mise en œuvre au cours de l'année, les résultats obtenus, et les difficultés rencontrées.
- L'édition de bulletins thématiques ponctuels, visant un public particulier, pour informer des décisions, ou faire du plaidoyer sur des questions particulières (besoins financiers, alerte épidémiologique...)
- L'organisation de rencontres d'information et d'échange, visant un public particulier (parlementaires, acteurs économiques...) pour justifier des décisions, présenter des résultats, ou faire du plaidoyer sur des questions particulières.

La diffusion des données du Suivi évaluation auprès des partenaires techniques et financiers est définie par des rythmes et des procédures spécifiques à chaque partenaire. Dans la mesure du possible toutefois, ces procédures doivent respecter les éléments définis dans le présent plan de Suivi évaluation, en particulier en ce qui concerne les éléments suivants :

- Indicateurs suivis : les indicateurs définis dans le présent plan de Suivi évaluation sont définis pour refléter les priorités stratégiques de la lutte contre le VIH en Guinée. Ainsi, ces indicateurs sont prioritaires, et l'ajout d'indicateurs spécifiques pour des partenaires particuliers ne doit pas remettre en cause la production des indicateurs ici définis.
- Rythme de rapportage : les engagements de reporting envers les partenaires de la lutte contre le Sida doit respecter le rythme de remontée des données défini dans le cadre de Suivi évaluation. Ce rythme est en effet défini pour permettre la vérification des données, et le cas échéant leur correction.
- Procédures de rapportage : Les procédures définies dans le présent plan relatives à l'assurance qualité des données et à leur validation doivent être respectés, pour assurer une qualité optimale des données fournies aux partenaires techniques et financiers de la lutte contre le VIH.

La diffusion des données sur l'épidémie du VIH en Guinée est essentielle, pour développer la connaissance de la population guinéenne, et sa conscience des dangers du VIH. De plus, la diffusion des résultats de la prise en charge du VIH est un impératif démocratique. Cette diffusion peut se faire part :

- L'affichage de chiffres clés de l'épidémie du VIH issus des études menées dans le cadre du S&E du CSN dans des lieux publics.
- La diffusion des résultats de la lutte contre le VIH auprès des principaux organes de presse du pays.
- La production de bulletin d'informations dans les différents médias guinéens (journaux, radio, télévision).
- La création d'un site internet dédié à la mise à disposition des données relatives au VIH pour les citoyens guinéens.

La diffusion des données du Suivi évaluation de la lutte contre le VIH en Guinée auprès de la communauté internationale au sens large est essentielle pour valoriser les résultats obtenus, attirer

l'attention sur les problèmes rencontrés, et permettre l'établissement de collaborations nouvelles. La diffusion de ces données peut se faire par :

- La participation de la Guinée aux réunions politiques internationales de haut niveau
- L'écriture d'articles et de communications courtes dans les revues spécialisées francophones et anglophones
- La présentation de l'expérience guinéenne de lutte contre le VIH au cours des grandes conférences internationales sur la lutte contre le VIH (ICASA, IAS...).

CHAPITRE IV : PLAN DE SUIV EVALUATION

4.1 Renforcement du dispositif de suivi évaluation

Le renforcement du dispositif de suivi évaluation à tous les niveaux est indispensable pour garantir la disponibilité, la qualité, la promptitude et la complétude de données. Ce renforcement tiendra compte de l'opérationnalisation du DHIS2 et du SIGL ainsi que le démarrage des activités de santé communautaire et son passage progressif à l'échelle.

Le plan de renforcement inclus dans le plan opérationnel du suivi évaluation portera sur :

- L'alignement, l'harmonisation, la prise en compte du genre dans les outils de suivi évaluation en ce qui concerne à la fois les versions électroniques et les versions physiques
- Les capacités des acteurs à comprendre et utiliser les outils de suivi évaluation (formations initiales, recyclage, supervision formative, manuel opérationnel, procédures de gestion des données, manuel de reporting des sites communautaires)
- Les capacités des acteurs à vérifier et assurer la qualité des données collectées, y compris la validation/correction
- Le renforcement du volet suivi financier de la mise en œuvre du CSN (mobilisation, absorption, exécution, etc..)
- Le renforcement du stockage/archivage, de la sécurité et de la conservation de l'intégrité des données et des différents supports (supports et rapports papiers, répertoires, bases de données électroniques, etc..)
- Les capacités des acteurs du suivi évaluation à influencer les orientations, la planification et la prise de décisions opérationnelles et politiques à travers la production, la diffusion, la promotion et l'appui à l'utilisation de l'information stratégique issues des résultats opérationnels ou des études/recherches
- Le renforcement de l'organisation et des capacités du dispositif opérationnel de suivi évaluation, incluant la mobilisation des ressources pour le suivi évaluation et les synergies/collaboration à développer entre les différents programmes et acteurs

Les activités y afférentes sont inclusives dans le plan opérationnel de suivi évaluation.

4.2 Activités de suivi évaluation

Outre les activités de renforcement du dispositif et de la fonctionnalité du système de suivi-évaluation mentionnées ci-dessous, il sera mis en œuvre au cours de la période 2018-2022, les activités suivantes :

4.2.1 Les activités de supervision

La supervision est l'action qui vérifie que le programme est réalisé conformément à la planification et selon les standards de qualité préalablement établis. La supervision permet de mettre en évidence les problèmes qui peuvent affecter la bonne réalisation des activités des organisations partenaires et de proposer des solutions. La supervision sera effectuée à tous les niveaux et seront de quatre types, à savoir :

→ *La supervision simple*

La supervision simple est un processus systématique et permanent qui vise à s'assurer que les prestataires ou l'organisation partenaire accomplissent les activités efficacement. Elle permet i) de vérifier le niveau de mise en œuvre des activités, b) de perfectionner les pratiques des prestataires et iii) d'améliorer leurs attitudes et motivations pour le travail qu'ils doivent ou ont déjà accompli.

Elle est aussi un moyen d'identification de besoins de sessions de formation et de recyclage pour les prestataires au niveau opérationnel. Elle permet de voir si les activités prévues sont en train d'être réalisées, la manière dont elles sont réalisées et si nécessaire apporter des correctifs pour la bonne marche du programme.

Les outils utilisés sont les fiches de supervisions ou les rapports de missions. La supervision est réalisée en sept (7) étapes : 1) Identification des activités réalisées, 2) Identification des succès dans la mise en œuvre des activités, 3) Identification éventuelle des problèmes liés à la mise en œuvre des activités, 4) Description du problème, 5) Recherche des causes de chaque problème, 6) Identification des solutions avec les prestataires ou organisations partenaires et 7) Rétro information

La méthodologie de la supervision sera basée sur l'observation, la collecte de données, l'orientation et l'encadrement des acteurs et organisations, l'identification des problèmes et solutions à mettre en œuvre par l'association, le feed-back.

→ *La supervision formative*

La supervision formative est un processus qui encourage la qualité à tous les niveaux du programme en renforçant les relations, en mettant l'accent sur l'identification et la résolution des problèmes. Elle consiste à travailler avec les prestataires et organisations partenaires pour fixer les objectifs, suivre les résultats, identifier et corriger les problèmes et améliorer de manière proactive la qualité des services. Les visites de supervision formative sont une occasion pour les gestionnaires de programme d'encourager les bonnes pratiques et aider les prestataires et organisations partenaires à maintenir un niveau de prestation satisfaisant.

Elle est aussi un moyen efficace pour renforcer les prestataires et les organisations sur les aspects du programme, suivi évaluation, finance, communication, documentation à travers un encadrement rapproché. Elle aide à résoudre les problèmes spécifiques de chaque organisation. C'est un procédé qui permet d'améliorer la performance et accroître la satisfaction et la motivation du prestataire. C'est un moyen pour assurer la formation continue des acteurs sur le terrain.

A travers la supervision formative, les gestionnaires de programmes visent à : a) Renforcer les compétences des organisations dans les domaines programmatiques, Suivi évaluation, finance, communication, documentation suivant les besoins spécifiques des prestataires ou des

organisations ; b) S'assurer de l'adéquation entre les services offerts en termes de renforcement de capacités et les lacunes constatées durant la mise en œuvre des activités ; c) Aider à la résolution des problèmes rencontrés lors de l'exécution des activités ; d) Introduire de nouvelles approches pour le recyclage des prestataires ; e) Veiller au respect des normes et procédures et f) Aider à la documentation des bonnes pratiques de l'organisation

La méthodologie de la supervision formative est basée sur l'orientation et l'encadrement, l'identification des problèmes et élaboration de solutions à mettre en œuvre, le renforcement des capacités des prestataires et organisations dans une thématique précise, feed-back aux membres des organisations

→ *La supervision intégrée*

La supervision intégrée consiste à ce que les différentes activités du programme soient supervisées au même niveau, même si certaines activités nécessitent une supervision plus intensive suivant les priorités et le contexte. La supervision intégrée peut être effectuée par deux ou plusieurs services. La supervision intégrée est l'occasion de vérifier le niveau de mise en œuvre des activités, perfectionner les pratiques des prestataires, améliorer leurs attitudes et motivations. Elle répond aux soucis de rationaliser les moyens et de mettre de manière simultanée à la disposition des organisations partenaires une plateforme de compétence sur les aspects programmatiques, le Suivi évaluation, les finances, la communication, la documentation dans la même mission

→ *La supervision conjointe*

La supervision conjointe est effectuée par deux entités au moins. Elle est l'occasion de vérifier le niveau de mise en œuvre des activités, perfectionner les pratiques des prestataires, améliorer leurs attitudes et motivations.

La supervision conjointe peut aussi prendre en charge des aspects d'harmonisation, de coordination et de plaider pour un environnement favorable à la bonne marche des activités sur le terrain. Elle s'appuiera sur un ensemble de procédures de contrôle de qualité des données qui fera l'objet d'un guide spécial incluant un plan d'action détaillé. L'audit des données se fera par la triangulation lors de la supervision qui consiste à confronter les données rapportées et celles existant dans les sources de données à la base (Registre, fiches de collecte, rapport...).

La fiabilité des données programmatiques se vérifie à deux niveaux à savoir : a) au niveau de la production des données : les acteurs à la base produisent des rapports mensuels qui sont contrôlés par les superviseurs locaux et b) au niveau de la compilation des données à tous les niveaux, les chargés de statistique et/ou de Suivi-Évaluation assureront la saisie des données authentifiées par la supervision des structures de base. Après saisie, le Superviseur procède à un échantillonnage des données introduites. Les informations dans la base de données sont validées si le superviseur trouve une nette concordance à 100% après confrontation des données des rapports et celles de la base de données

4.2.2 Les activités de suivi des formations

Le suivi des formations se fera à travers l'exploitation des rapports de formation. En effet, toutes les formations donneront lieu à la rédaction d'un rapport. Ce rapport contient au moins les éléments suivants : Nature de la formation, Objectifs pédagogiques, Méthodes utilisées, Programme de la formation, Liste des formateurs et des participants, Évaluation du résultat de la formation par les formateurs et Évaluation de la formation par les participants.

Ces informations serviront à établir une base de données nationale des personnes formées désagrégée par type, thématique, localité, entre autres.

Le suivi des formations sera complété par la collecte régulière et la mise à jour des informations sur la répartition géographique et l'employabilité des personnes formées pour des activités relatives à l'objet de leur formation. Cela permettra d'identifier les pertes de capacités géographiques qui jouent sur la disponibilité des services et partant de prévoir des formations d'autres personnes pour compenser les pertes.

4.2.3 Les activités de suivi des intrants et produits médicaux

Au cours de la période 2018-2022, le SIGL sous le leadership du BSD sera le support central du suivi des intrants et produits médicaux. En plus, le logiciel Pipeline, le logiciel SAGE de la PCG et la Plateforme Wambo du Fonds mondial seront mis à contribution pour assurer le suivi des intrants.

La coordination du suivi des intrants sera assurée par le Comité national de quantification et de suivi des intrants VIH qui regroupe les entités publiques, la société civile et les partenaires impliquées dans la riposte au sida et la gestion des intrants et produits médicaux. Ce comité va se focaliser sur :

- La quantification des intrants et produits médicaux
- La centralisation et de la compilation des données sur les finances disponibles, les intrants (stocks disponibles, et stocks attendus), les commandes (quantité, délais de livraison et fréquence), prévision (état d'avancement et contribution des partenaires) et l'état de fonctionnement des équipements CD4 et CV
- L'analyse régulière de la situation des stocks, des besoins et analyser la disponibilité des stocks
- L'analyser les rythmes de consommation des produits de santé et VIH
- L'analyse de l'adéquation entre les besoins réels et les besoins prévus
- La formulation de recommandations pour la redistribution des stocks entre les sites de PEC
- Le suivi des commandes en cours ou à venir, y compris les contributions des partenaires et s'assurer qu'il y a du bon déroulement de ces commandes, afin d'éviter les retards
- La formulation des alertes.

Le suivi se fait lors de l'expression des besoins, pendant l'acquisition des produits, pendant le stockage au niveau central et régional, pendant la distribution et lors du contrôle de qualité et de la pharmacovigilance.

4.2.4 Les activités de suivi des infrastructures et des investissements physiques

Le suivi des constructions/rénovations s'effectue durant tout au long du processus. Toutes font l'objet d'une pré-évaluation par une structure spécialisée. Le rapport de cette pré-évaluation facilite l'établissement des cahiers de charge et les appels d'offres pour la réalisation des œuvres.

Lors de la réalisation de l'œuvre, le maître d'œuvre produit le rapport d'avancement des travaux à chaque étape selon le cahier des charges. Ce rapport permet au Maître d'ouvrage d'évaluer le niveau d'avancement des travaux et de prendre des décisions adéquates. Le maître d'ouvrage se réserve le droit de contrôler la qualité des travaux. Durant tout le processus de rénovation, des missions de contrôle de qualité des travaux sont réalisées par un cabinet indépendant.

4.2.5 Les activités de suivi financier de la mise en œuvre du CSN 2018-2022

Le suivi financier du cadre stratégique national portera sur les éléments suivants : a) le suivi de la mobilisation des ressources, b) le suivi des dépenses sur la base des prévisions et c) l'évaluation du coût/efficacité de la mise en œuvre.

La mobilisation des ressources pour le financement du CSN se fera suivant un plan de mobilisation des ressources qui comportera entre autres des tables rondes des partenaires, des missions de plaidoyer, la soumission des requêtes de financement pour permettre de compléter la part contributive de l'État. Des évaluations périodiques des ressources mobilisées par rapport aux ressources prévues permettront de ressortir le niveau de mobilisation, des GAP et l'orientation sur les nouvelles stratégies à développer.

Le suivi des dépenses se fera à travers la collecte/analyse des informations financières fournies par les différents acteurs, les audits financiers internes et externes des différents projets des intervenants. Une enquête annuelle sur le flux des ressources et dépenses nationales en matière des sida (REDES) permet de faire le bilan des dépenses effectives par acteurs/partenaires, par domaines de prestation et par bénéficiaires/cibles. Les résultats de cette enquête guideront la planification et permettront aux décideurs de mieux procéder à une bonne réallocation des ressources. Quant au coût/efficacité des interventions de riposte au sida, il sera évalué à travers des enquêtes périodes ou spécifiques.

4.3 Agenda de recherches et d'études

La réalisation d'enquêtes épidémiologiques, comportementales et socio-économiques est essentielle à la bonne compréhension des enjeux de la riposte au sida, et au suivi des résultats de la réponse nationale.

Au cours de la période 2018-2022, le DPSER du SE/CNLS sera en chargé :

- De coordonner les principales études permettant d'évaluer l'évolution de l'épidémie de VIH en Guinée et les résultats de la lutte contre cette épidémie
- D'identifier les principales questions nécessitant la réalisation d'études spécifiques
- De mobiliser les ressources et les compétences nationales et internationales nécessaires à la réalisation de ces études
- D'évaluer la qualité des études réalisées
- D'assurer la diffusion des résultats et des informations stratégiques issus des études/recherches réalisées
- D'assurer la centralisation et l'archivage des résultats des différentes études

Les thématiques à renseigner incluront entre autres les préoccupations suivantes :

- La prévalence du VIH dans la population guinéenne, et son évolution
- La prévalence du VIH dans les populations clés, et son évolution
- Les principales infections causes de morbidité et de mortalité chez les patients VIH

- L'émergence de résistances aux antirétroviraux chez les patients séropositifs
- La qualité des soins de prise en charge du VIH dans le système de santé guinéen
- Le développement ou la réduction de comportements à risques dans la population guinéenne et dans les populations clés.
- La perception du VIH et des personnes vivant avec le VIH dans la population guinéenne
- L'impact du VIH sur la vie sociale et économique des patients
- L'impact du VIH sur la société et l'économie guinéenne

Aussi, les principales études et recherches retenues pour la période 2018-2022 sont les suivantes :

Domaines	Thématiques
Socio-psychologique et comportementale	<ul style="list-style-type: none"> o Enquête sur la qualité de vie des PVVIH et familles et la satisfaction des usagers des services de soins VIH o Étude sur les déterminants de l'utilisation du préservatif masculin et féminin o Enquête nationale d'évaluation de l'enseignement du VIH en milieu scolaire o Étude qualitative sur la faible participation des conjoints aux interventions PTME o Étude qualitative sur les contraintes du dépistage familial du VIH proposé à Conakry o Étude sur la discrimination et la stigmatisation contre les PVVIH en Guinée – Considérations éthiques et juridiques o Évaluation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les Femmes VIH+
Biomédical	<ul style="list-style-type: none"> o Étude sur l'ampleur et les facteurs associés aux cas d'accident d'exposition de sang (AES) dans les formations sanitaires publiques et privées
Prise en charge et prévention	<ul style="list-style-type: none"> o Étude nationale sur le Profil de résistance primaire et secondaire aux ARV chez les PVVIH o Étude de survie à 12, 24, 36 et 48 mois des personnes sous TARV o Étude sur la résistance et l'observance au traitement antirétroviral, séroprévalence des Hépatites B&C chez des patient infectés par le VIH1 suivi dans les sites de prise en charge du VIH o Réaliser une étude sur la problématique des cas de perdus de vue dans les sites PEC et PTME
Épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> o Enquête nationale de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) auprès des groupes de population à plus à risque de l'infection par le VIH en 2020 o Étude sur la cascade CDV, PEC (Adultes et enfants) et PTME o Enquêtes nationales de surveillance sentinelle auprès de femmes enceintes
Socioéconomique	<ul style="list-style-type: none"> o Études sur le coût-efficacité de la prise en charge des PVVIH
Gestion	<ul style="list-style-type: none"> o Étude d'estimation des Ressources et Dépenses Nationales de la lutte contre les IST/VIH/Sida (REDES)

En plus de ces études et recherches, le DPSER participera activement aux enquêtes ponctuelles suivantes afin de s'assurer de la prise en compte du VIH et des préoccupations/besoins des acteurs et de la réponse nationale au VIH. Il s'agit :

- Enquête Démographique et de santé, souvent couplé à l'enquête MICS et réalisée tous les 5 ans. Elle est l'enquête de référence sur la prévalence du VIH et permettra de mettre en exergue les différentes régionales, sexo-spécifiques et socioprofessionnelles.
- Surveillance de seconde génération : La surveillance sentinelle (routine) du VIH chez les femmes enceintes permet, dans certains sites sentinelles, de suivre l'évolution de la prévalence du VIH dans cette population particulière. Le suivi des résultats du dépistage du VIH dans ces sites est effectué annuellement.
- Études d'implantation de nouveaux programmes ou d'évaluation des projets/programmes de santé ou de riposte au sida initiées par le Gouvernement, la société civile ou les partenaires techniques et financiers.

4.4 Plan opérationnel et budget du suivi évaluation

RESULTAT / STRATEGIES	ACTIVITE	TAUX D'INFLATION	2 018		2 019		2 020		2 021		2 022		MONTANT TOTAL
			Qtte	Montant	Qtte	Montant	Qtte	Montant	Qtte	Montant	Qtte	Montant	
3.3.1 Produit : Le dispositif de suivi évaluation est fonctionnel et remplit ses missions pendant la durée de mise en œuvre du CSN													
3.3.1.1 Stratégie : Renforcement/mise à jour des capacités des acteurs en suivi évaluation													
	3.3.1.1.1 Former le personnel clé du SE/CNLS et du dispositif de suivi évaluation en techniques et méthodes de suivi évaluation, y compris l'analyse et l'interprétation des données	SE / CNLS	1	14 043	-	-	-	-	-	-	-	-	14 043
	3.3.1.1.2 Former le personnel clé du SE/CNLS et du dispositif de suivi évaluation sur les logiciels spécifiques (Epiinfo, SPSS, SIG, MS Excel, etc..)	SE / CNLS	1	14 043	-	-	-	-	-	-	-	-	14 043
3.3.1.2 Stratégie : Renforcement de la disponibilité des outils de gestion du suivi évaluation et de collecte des données et de rapportage													
	3.3.1.2.1 Organiser un atelier de révision/adaptation des outils de suivi évaluation, de collecte des données et de rapportage	SE / CNLS	1	3 238	-	-	-	-	-	-	-	-	3 238
	3.3.1.2.2 Reproduire et diffuser les outils de collecte des données et de rapportage	SE / CNLS	500	4 178	500	4 178	500	4 178	500	4 178	500	4 178	20 889
3.3.2 Produit : Tous les rapports et les indicateurs requis sont disponibles à temps et sont de qualité													
3.3.2.1 Stratégie : Renforcement des mesures et dispositifs de collecte et de remontée des données													
	3.3.2.1.1 Organiser des ateliers de paramétrage des indicateurs VIH dans le DHIS2 et le SIGL	SE / CNLS	1	5 782	1	5 782	-	-	-	-	-	-	11 564
	3.3.2.1.2 Acquérir une connexion internet (kit+ abonnement) pour les acteurs clés de la collecte et remontée des données	SE / CNLS	1	1 950	1	1 950	1	1 950	1	1 950	1	1 950	9 748
	3.3.2.1.3 Reproduire et distribuer les fiches de collecte des données	SE / CNLS	3 240	27 072	-	-	21 384	178 673	21 384	178 673	21 384	178 673	563 090
	3.3.2.1.4 Organiser des sorties semestrielles de collecte active des données manquantes et de correction des erreurs	SE / CNLS	2	7 498	2	7 498	2	7 498	2	7 498	2	7 498	37 490
3.3.2.2 Stratégie : Renforcement des mesures d'assurance qualité des données à tous les niveaux													
	3.3.2.2.1 Former le personnel clé du SE/CNLS et d'autres acteurs sur l'exploitation et l'analyse des données du DHIS2 et SIGL	SE / CNLS	1	14 043	-	-	-	-	-	-	-	-	14 043

	3.3.2.2.2 Organiser une réunion semestrielle de contrôle qualité des données introduites dans le DHIS et SIGL	SE / CNLS	2	7 498	2	7 498	2	7 498	2	7 498	2	7 498	37 490
	3.3.2.2.3 Participer périodiquement aux sessions de validation des données du SIGL et DHIS2 au niveau préfectoral	SE / CNLS	76	284 926	76	284 926	76	284 926	76	284 926	76	284 926	1 424 631
	3.3.2.2.4 Réaliser des missions RDQA tous les 2 ans et RSQA tous les 3 ans	SE / CNLS	-	-	12	18 185	12	18 185	12	18 185	12	18 185	72 741
	3.3.2.2.5 Réaliser des sorties de supervision formative des acteurs du dispositif de suivi évaluation	SE / CNLS	2	13 380	2	13 380	2	13 380	2	13 380	2	13 380	66 899
3.3.2.3 Stratégie : Production régulière des rapports et de l'état des indicateurs													
	3.3.2.3.1 Organiser des réunions périodiques des groupes thématiques pour la production des rapports de la réponse	SE / CNLS	76	19 050	76	19 050	76	19 050	76	19 050	76	19 050	95 252
	3.3.2.3.2 Organiser des ateliers de validation des rapports périodiques par le GTSE	SE / CNLS	2	8 703	2	8 703	2	8 703	2	8 703	2	8 703	43 516
	3.3.2.3.3 Reproduire et diffuser les rapports périodiques de la réponse nationale	SE / CNLS	1	8 355	1	8 355	1	8 355	1	8 355	1	8 355	41 777
3.3.3.1 Stratégie : Renforcement de la production et de la disponibilité de l'information stratégique													
	3.3.3.1.1 Elaborer et valider un plan des études et recherches	SE / CNLS	-	-	1	4 679	-	-	-	-	-	-	4 679
	3.3.3.1.2 Former le personnel cadre du SE/CNLS et des autres secteurs sur la recherche opérationnelle	PNPCSP	-	-	1	6 666	-	-	-	-	-	-	6 666
	3.3.3.1.3 Organiser les réunions périodiques du Groupe technique de suivi évaluation (GTSE) pour la validation des protocoles, le suivi de la mise en œuvre des études/recherches et la validation des pré-rapports des études/recherches	PNPCSP	2	15 165	2	15 165	2	15 165	2	15 165	2	15 165	75 825
	3.3.3.1.4 Réaliser une enquête sur la qualité de vie des PVVIH et familles et la satisfaction des usagers des services de soins VIH	SE / CNLS	-	-	-	-	1	19 890	-	-	1	19 890	39 780
	3.3.3.1.5 Réaliser une étude sur les déterminants de l'utilisation du préservatif masculin et féminin	SE / CNLS	-	-	-	-	1	19 890	-	-	-	-	19 890
	3.3.3.1.6 Réaliser une enquête nationale d'évaluation de l'enseignement du VIH en milieu	SE / CNLS	-	-	-	-	1	19 890	-	-	-	-	19 890

	scolaire													
	3.3.3.1.7 Réaliser une étude qualitative sur la faible participation des conjoints aux interventions PTME	SE / CNLS	-	-	-	-	1	30 502	-	-	-	-	-	30 502
	3.3.3.1.8 Réaliser une étude qualitative sur les contraintes du dépistage familial du VIH proposé à Conakry	SE / CNLS	-	-	-	-	1	87 644	-	-	-	-	-	87 644
3.3.3 Produit : Les informations stratégiques sont disponibles et utilisés pour la planification, la gestion et la prise de décision														
3.3.3.1 Stratégie : Renforcement de la production et de la disponibilité de l'information stratégique														
	3.3.3.1.9 Réaliser une étude sur la discrimination et la stigmatisation contre les PVVIH en Guinée – Considérations éthiques et juridiques	SE / CNLS	-	-	-	-	1	79 561	-	-	-	-	-	79 561
	3.3.3.1.10 Réaliser une évaluation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les Femmes VIH+	SE / CNLS	-	-	-	-	1	79 561	-	-	-	-	-	79 561
	3.3.3.1.11 Réaliser une étude sur l'ampleur et les facteurs associés aux cas d'accident d'exposition de sang (AES) dans les formations sanitaires publiques et privées	SE / CNLS	-	-	-	-	1	24 170	-	-	-	-	-	24 170
	3.3.3.1.12 Réaliser une étude nationale sur le Profil de résistance primaire et secondaire aux ARV chez les PVVIH	SE / CNLS	-	-	-	-	1	33 095	-	-	-	-	-	33 095
	3.3.3.1.13 Réaliser une étude de survie à 12, 24, 36 et 48 mois des personnes sous TARV	SE / CNLS	-	-	-	-	1	33 955	1	33 955	-	-	-	67 910
	3.3.3.1.14 Réaliser une étude sur la résistance et l'observance au traitement antirétroviral, séroprévalence des Hépatites B&C chez des patient infectés par le VIH1 suivi dans les sites de prise en charge du VIH	SE / CNLS	-	-	-	-	1	115 000	-	-	-	-	-	115 000
	3.3.3.1.15 Réaliser une étude sur la problématique des cas de perdus de vue dans les sites PEC et PTME	SE / CNLS	-	-	-	-	1	19 890	-	-	-	-	-	19 890
	3.3.3.1.16 Réaliser une enquête nationale de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) auprès des groupes de population à plus à risque de l'infection par le VIH en 2020	SE / CNLS	-	-	-	-	1	331 175	-	-	1	331 175	662 349	
	3.3.3.1.17 Réaliser une étude sur	SE / CNLS	-	-	-	-		34 500	-	-	-	34 500	69 000	

	la cascade CDV, PEC (Adultes et enfants) et PTME		-			1		-		1			
	3.3.3.1.18 Réaliser une enquête nationale de surveillance sentinelle auprès de femmes enceintes	SE / CNLS	-	-	1	8 071	-	-	1	8 071	-	-	16 143
	3.3.3.1.19 Réaliser une étude sur le coût-efficacité de la prise en charge des PVVIH	SE / CNLS	-	-	1	19 890	-	-	-	-	-	-	19 890
	3.3.3.1.20 Réaliser une étude d'estimation des Ressources et Dépenses Nationales de la lutte contre les IST/VIH/Sida (REDES)	SE / CNLS	-	-	1	29 835	-	-	-	-	-	-	29 835
	3.3.3.2.1 Former le personnel clé du SE/CNLS et d'autres acteurs sur les techniques d'analyses et de production de l'information stratégique et le plaidoyer	SE / CNLS	-	-	1	14 043	-	-	-	-	-	-	14 043
3.3.3.2 Stratégie : Renforcement de l'utilisation des informations stratégiques à tous les niveaux													
	3.3.3.2.2 Organiser des sessions (semestrielles) d'analyse des données de routine et des rapports des études/recherches pour extraire et produire l'information stratégique	SE / CNLS	76	19 050	76	19 050	76	19 050	76	19 050	76	19 050	95 252
	3.3.3.2.3 Produire des policy-briefs et des documents de retro-information contenant l'information stratégique	SE / CNLS	-	-	1	8 355	1	8 355	1	8 355	1	8 355	33 422
	3.3.3.2.4 Rédiger et publier des articles de presse dans les journaux et sites web et des articles scientifiques dans les journaux internationaux	SE / CNLS	4	34 759	4	34 759	4	34 759	4	34 759	4	34 759	173 793
	3.3.3.2.5 Participer à des rencontres scientifiques au plan national et international sur le VIH, VIH/TB, VIH/Hépatites, RSS, RSC	CR-SE / CNLS	1	59 822	1	59 822	1	59 822	1	59 822	1	59 822	299 112
	3.3.3.2.6 Organiser un atelier d'élaboration du Tableau de bord de suivi des indicateurs sida (TBIS) avec les données de base	CR-SE / CNLS	1	15 363	-	-	-	-	1	15 363	-	-	30 726
	3.3.3.2.7 Organiser un atelier semestriel de mis à jour du TBIS et le diffuser	CR-SE / CNLS	2	23 073	2	23 073	2	23 073	2	23 073	2	23 073	115 365
	3.3.3.2.8 Organiser des sessions de diffusion et d'échange sur les informations stratégiques avec les acteurs clés et les médias	CR-SE / CNLS	2	24 639	2	24 639	2	24 639	2	24 639	2	24 639	123 197
Total global			625 631	647 554	1 665 983	794 650	1 122 826	4 856 644					

ANNEXES

Annexe-1 : Cadre de performance du CSN 2018-2022

CADRE DE PERFORMANCE DU CSN 2018-2022 (14 indicateurs d'impacts et 22 indicateurs d'effets)								
Niveau	Indicateur	Données de base	Source et Année	2018	2019	2020	2021	2022
Indicateurs d'impact								
Impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2022	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH (HIV -I-9a (M))	11,40%	ESCOMB, 2017		9,12%			5,70%
	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	3,56%	ENSS 2015	3,20%	2,85%	2,49%	2,14%	1,78%
	Pourcentage de Professionnels du sexe vivant avec le VIH (HIV- I-10 (M))	14,20%	ESCOMB, 2015		12,07%			9,94%
	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	1,60%	ESCOMB, 2017	0,59%	0,57%	0,54%	0,50%	0,45%
	Pourcentage d'infection à VIH parmi les enfants nés de femmes séropositives au VH ayant accouché au cours des 12 derniers mois (HIV-I-6)	20,90%	Rapport GAM 2016	13,28%	10,69%	8,15%	6,31%	4,74%
	Nombre de nouvelles infections à VIH	8951	Spectrum, 2017	8 143	7 664	6 213	4 634	4 055
	Nombre de nouvelles infections par le VIH pour 1000 habitants non- infectés	0,711	Spectrum, 2017, projection INSD	0,69	0,63	0,50	0,36	0,31
	Prévalence du VIH chez les Miniers	1,40%	ESCOMB, 2017	1,26%	1,13%	1,02%	0,92%	0,83%
	Prévalence du VIH chez les Pêcheurs	3,80%	ESCOMB, 2017	3,42%	3,08%	2,77%	2,49%	2,24%
	Prévalence du VIH chez les Routiers	2,30%	ESCOMB, 2017	2,07%	1,86%	1,68%	1,51%	1,36%
	Prévalence du VIH chez les personnels en uniforme	3,50%	ESCOMB, 2017	3,15%	2,84%	2,55%	2,30%	2,07%
	Prévalence du VIH chez la population carcérale	2,50%	ESCOMB, 2017	2,25%	2,03%	1,82%	1,64%	1,48%
Impact 2 : D'ici à fin 2022, La mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 62%	Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral (HIV-O-1 (M))	75%	Rapport de l'audit de la file active, 2016,	78%	79%	82%	85%	90%
	Nombre de décès liés au sida pour 100 000 habitants (HIV-I-4)	4866	Spectrum, 2017	4 943	3 924	2 893	2 267	1 981
Indicateurs d'effets								

Effet 1.1. Au moins 80% des populations clés (PS, UDI, HSH) et populations vulnérables (Miniers, routiers, hommes en uniforme, populations carcérales, pêcheurs, jeunes) ont des comportements à moindre risque d'ici 2022	Pourcentage des Professionnels de sexe (PS) ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs avec le dernier client (HIV O-5 (M))	88%	ESCOMB, 2015	90%	92%	95%	95%	98%
	Pourcentage des HSH ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire de sexe masculin (HIV O-4a (M))	38%	ESCOMB, 2017	60%	65%	70%	80%	90%
	Pourcentage des Miniers ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	48%	ESCOMB, 2017	60%	70%	80%	85%	90%
	Pourcentage des Pêcheurs ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	64%	ESCOMB, 2017	70%	75%	80%	85%	90%
	Pourcentage des Routiers ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	55%	ESCOMB, 2017	60%	70%	80%	85%	90%
	Pourcentage des hommes en uniforme ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	31%	ESCOMB, 2017	50%	70%	80%	85%	90%
	Pourcentage de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	65%	ESCOMB, 2017	70%	80%	85%	90%	95%
Effet 1.3-la transmission sanguine du VIH est éliminée (risque=0%) pendant la période 2018-2022	Pourcentage de séropositivité au VIH parmi les donneurs de sang	3,15%	Données CNTS 2017	3%	2%	2%	1%	1%
	Pourcentage de séropositivité à l'hépatite parmi les donneurs de sang	8%	Rapport PNPCSP 2015	7%	7%	6%	6%	5%
Effet 1.4- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 5%	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçues des ARV durant leur grossesse	42,25%	Données programme, fin 2017	60%	65%	70%	80%	90%
	Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance	12,81%	Données programme, fin 2017	30%	50%	60%	70%	80%
	Estimation du pourcentage d'infections à VIH parmi les enfants de femmes séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois	8,98%	Données programme, fin 2017	11%	9%	8%	6%	4%
Effet 2.1-75% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral	42,06%	Données programme, fin 2017	52%	58%	68%	71%	75%

prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2022	Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral (HIV 0-1)	Adulte : (79%)	Rapport GAM 2016	80%	85%	90%	95%	95%
		Enfants (71%)	Rapport GAM 2016	75%	78%	80%	85%	90%
Effet 2.2-Le taux de décès chez les patients coïnfectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2022	Taux de mortalité des patients coïnfectés TB/VIH	22%	UNAIDS, 2015	18%	15%	10%	8%	5%
	Pourcentage de PVVIH pris en charge (y compris soins PTME) chez qui les signes de la TB ont été recherchés au sein des structures de soins ou de traitement VIH (TB/VIH 3.1)	80%	Rapport PNPCSP 2016	77%	90%	95%	98%	100%
	Pourcentages de PVVIH nouvellement enrôlés dans les soins du VIH qui ont commencé le traitement préventif de la TB (TB/VIH 4.1)	71%	Rapport PNPCSP 2016	76%	76%	76%	80%	85%
Effet 2.3-90% des PVVIH sous ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois en 2022	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale, qui ont une charge virale indétectable à 12 mois (< 1000 copies/ml) (TCS 3.1)	75%	Rapport GAM 2016	80%	85%	90%	95%	95%
Effet 2.4-Au moins 90% des adultes de 15-49 ans, y compris les prestataires de soins et de services ont des attitudes de non-stigmatisation et non-discrimination à l'égard des PVVIH d'ici à fin 2022	Pourcentage d'adultes de 15-49 ans exprimant les quatre attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH	2,80%	Rapport EDS-MICS 2012	2%	2%	2%	2%	1%
Effet 3.1-D'ici à fin 2022, le taux d'exécution financière du PSN est supérieur à 80%	Pourcentage de financement de la lutte contre le VIH attribuable à l'état guinéen			10%	15%	20%	25%	30%
Effet 3.4-Entre 2018-2022, la gouvernance du CNLS assure une multisectorialité et une redevabilité optimales	Les systèmes de gestion (réunions hebdomadaire, AG annuels, GTSE, etc..) du SE/CNLS sont fonctionnels	N/A		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Pourcentage des structures de soins ayant connu au moins une fois une rupture de stock d'ARV au cours de l'année	17,60%	Guinea National Pharmaceutical Supply System Assessment - SIAPS, February 2017	10%	6%	2%	2%	2%

Annexe-2 : Indicateurs de couverture et cadre des résultats du CSN 2018-2022

		2018	2019	2020	2021	2022	Total
Prévention							
Populations clés							
Professionnelles du sexe							
	Couverture	50%	60%	75%	80%	95%	
	Nombre de PS touchés par le paquet de services	7 556	9 303	11 931	13 057	15 908	57 755
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes							
	Couverture	50%	70%	80%	85%	90%	
	Nombre de HSH touchés par le paquet de services	769	1 104	1 295	1 411	1 533	6 112
Population carcérale							
	Couverture	50%	60%	75%	80%	85%	
	Nombre touchés par le paquet de services	1 973	2 429	3 115	3 409	3 716	14 642
Utilisateurs de drogue injectable (UDI)							
	Couverture	70%	80%	90%	95%	95%	
	Nombre de UDI touchés par le paquet de services	76	89	103	111	114	493
Populations vulnérables							
Jeunes							
	% élèves du primaire dont les enseignants ont été formés sur le SIDA	5%	5%	5%	5%	5%	
	% élèves du secondaire dont les enseignants ont été formés sur le SIDA	10%	10%	10%	10%	10%	
	% jeunes non scolarisés bénéficiaires	10%	10%	10%	10%	10%	
	% Elèves tertiaire bénéficiaires	20%	20%	20%	20%	20%	
	Nombre touchés par le paquet de services	282 610	290 806	299 239	307 917	316 847	1 497 419
Pêcheurs							
	Couverture	50%	60%	75%	80%	85%	
	Nombre touchés par le paquet de services	4 199	5 170	6 631	7 257	7 911	31 167
Hommes en uniforme							
	Couverture	50%	60%	75%	80%	85%	
	Nombre touchés par le paquet de services	3 888	4 787	6 139	6 719	7 325	28 858
Routiers							
	Couverture	35%	50%	60%	70%	75%	
	Nombre touchés par le paquet de services	2 939	4 308	5 304	6 349	6 980	25 882
Miniers							
	Couverture	50%	60%	75%	80%	85%	

Nombre touchés par le paquet de services		4 199	5 170	6 631	7 257	7 911	31 167
Prestations de services							
Préservatifs							
	Préservatifs masculins	22 173 021	23 405 593	24 836 886	25 891 487	26 917 822	
	Préservatifs féminins	452 511	477 665	506 875	528 398	549 343	
Dépistage du VIH (adultes hors PTME, populations clés et vulnérables)							
	% population adulte recevant des services CTV chaque année	4,7%	6,0%	7,4%	8,7%	10,0%	
	Nombre d'adultes dépistés par an	49 707	65 296	82 867	100 250	118 572	416 692
Soins des Infections sexuellement transmissibles (hors populations clés et vulnérables)							
	% hommes souffrant d'une IST et recevant un traitement	20%	25%	30%	35%	40%	
	% femmes souffrant d'une IST et recevant un traitement	15%	19%	23%	27%	31%	
	Nombre de cas d'IST pris en charge	41 823	53 850	66 571	80 019	94 231	336 495
Sécurité sanguine							
	% d'unités de sang testé destiné aux transfusions	20%	40%	50%	60%	70%	
	Nombre de poches de sang testés et sécurisés	23 788	48 956	62 969	77 754	93 344	306 812
Prise en charge des cas d'exposition au sang (AES)							
	Pourcentage des besoins satisfaits	10%	20%	30%	40%	50%	
	Nombre total de cas déclarés et pris en charge	2 508	6 266	11 936	17 406	26 217	64 333
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)							
	% femmes enceintes recevant des services prénatals et testées pour le VIH	60%	70%	80%	90%	95%	
	% femmes enceintes séropositives traitées par ARV	60%	65%	70%	80%	90%	
	% femme PTME recevant du Cotrimoxazole	10%	10%	10%	10%	10%	
	% d'enfants exposés dépistés à 2 moins de vie (PCR)	30%	50%	60%	70%	80%	
	Nombre de femmes dépistées lors de la CPN	321 138	385 526	453 379	524 842	570 066	2 254 951
	Nombre de femmes séropositives recevant des soins prophylactiques ARV	6 174	7 137	7 909	8 969	9 132	39 320
	Nombre de femmes recevant du Cotrimoxazole	630	728	807	915	932	4 011
	Nombre d'enfants exposés bénéficiaires de la PCR	1 797	3 461	4 603	6 090	7 087	23 037
Soins et traitement							
Traitement ARV							
	Population dans le besoin recevant une thérapie ARV	54%	64%	74%	77%	82%	
	Proportion des enfants recevant des ARV	29%	42%	51%	59%	68%	
	Nombre d'adultes recevant une thérapie ARV	59 904	71 916	85 112	90 657	96 724	
	Nombre d'enfants recevant une thérapie ARV	3 010	4 304	5 150	6 024	6 843	
Soins et prophylaxie non ARV							
	Couverture des personnes ayant besoin de soins	73%	81%	73%	65%	57%	
	Soins en l'absence de thérapie ARV (par an)	28 024	81 950	47 187	42 306	29 003	
Examen diagnostique							

	Pourcentage des patients médicaux subissant un examen diagnostique	35%	49%	63%	76%	90%	
	Nombre de bénéficiaires	22 146	37 272	56 504	73 768	93 210	

Annexe-3 : Planning opérationnel et budget des activités de recherches/études 2018-2022

Intitulé d'étude/recherche	Structure responsable de l'exécution	Principales informations générées	Structures utilisatrices des informations	Budget (US\$)	Planning											
					2018		2019		2020		2021		2022			
					S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2		
Enquête sur la qualité de vie des PVVIH et familles et la satisfaction des usagers des services de soins VIH	MSP/PNCSP	Qualité de vie des PVVIH, Qualité et adaptabilité des prestations, Utilisation des services, Disponibilité des services, Coût des services, Attentes des prestataires et des utilisateurs	PNPCSP, Sites PEC, ONG, Associations de PVVIH, SE/CNLS ; PTF	39 780						X					X	
Étude sur les déterminants de l'utilisation du préservatif masculin et féminin	SE/CNLS	Qualité perçue des préservatifs, Satisfaction des utilisateurs, Accessibilité physique et financière, Raisons de la non utilisation, Attentes des vendeurs/distributeurs et des utilisateurs	ONG, Associations de PVVIH, SE/CNLS ; PTF	39 780		X				X						
Enquête nationale d'évaluation de l'enseignement du VIH en milieu scolaire	SE/CNLS	Niveau d'intégration de l'enseignement du VIH, niveau de mise en œuvre, obstacles pour le passage à l'échelle	SE/CNLS, PTF, Ministères en charge de l'enseignement	19 890				X								
Étude qualitative sur la faible participation des conjoints aux interventions PTME	MSP/PNCSP	Niveau d'utilisation/ performance des services PTME pour les femmes et hommes, Adaptabilité/adéquation des services pour les hommes, obstacles à l'utilisation, Attentes	PNPCSP, Sites PEC, ONG, Associations de PVVIH, SE/CNLS ; PTF	30 502			X									
Étude qualitative sur les contraintes du dépistage familial du VIH proposé à Conakry	SE/CNLS	Niveau d'utilisation/ performance du dépistage pour les femmes et hommes, Adaptabilité/adéquation des services, obstacles à l'utilisation, Attentes	PNPCSP, Sites PEC, ONG, Associations de PVVIH, SE/CNLS ; PTF	87 644				X								
Étude sur la discrimination et la stigmatisation contre les PVVIH en Guinée – Considérations éthiques et juridiques	SE/CNLS	Index global du stigma, niveau désagrégé de la stigmatisation, état de l'offre et des initiatives, moteurs de la stigmatisation, efficacité des approches actuelles, complétude/efficacité du dispositif juridique et législatif, attentes des acteurs	PNPCSP, Sites PEC, ONG, Associations de PVVIH, SE/CNLS ; PTF	79 561				X								

Évaluation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les Femmes VIH+	MSP/PNCSP	Initiatives prises et en cours, résultats, acquis dans le domaine, gap programmatiques, capacités des acteurs, disponibilité des outils et produits, obstacles et attentes des acteurs	PNPCSP, Sites PEC, Associations de PVVIH, SE/CNLS, PTF	159 121				X		X					
Étude sur l'ampleur et les facteurs associés aux cas d'accident d'exposition de sang (AES) dans les formations sanitaires publiques et privées	MSP/PNCSP	Ampleur des cas, efficacité du système de notification, de prise en charge et de documentation, disponibilité des intrants et des outils, facteurs favorisant, obstacles et attentes des acteurs	PNPCSP, Sites PEC,	24 170						X					
Étude nationale sur le Profil de résistance primaire et secondaire aux ARV chez les PVVIH	MSP/PNCSP	Niveau et dynamique évolutive de la résistance ; type de résistance, ventilation des indicateurs IAP par site, région, préfecture ; facteurs associés ; attentes des acteurs et des bénéficiaires	PNPCSP, Sites PEC, Associations de PVVIH, SE/CNLS, PTF	33 095					X						
Étude de survie à 12, 24, 36 et 48 mois des personnes sous TARV	MSP/PNCSP	Niveau et dynamique évolutive de la survie, ventilation par site, région, préfecture ; efficacité du dispositif de prise en charge, facteurs associés ; attentes des acteurs et des bénéficiaires	PNPCSP, Sites PEC, Associations de PVVIH, SE/CNLS, PTF	33 955						X					
Étude sur la résistance et l'observance au traitement antirétroviral, séroprévalence des Hépatites B&C chez des patient infectés par le VIH1 suivi dans les sites de prise en charge du VIH	MSP/PNCSP	Niveau et dynamique évolutive des résistances, ventilation par site, région, préfecture des résistances et de la prévalence des coinfections VIH/hépatites, efficacité du dispositif de prévention/prise en charge, facteurs associés ; attentes des acteurs et des bénéficiaires	PNPCSP, Sites PEC, Associations de PVVIH, SE/CNLS, PTF	230 000					X						X
Réaliser une étude sur la problématique des cas de perdus de vue dans les sites PEC et PTME	MSP/PNCSP	Niveau et dynamique évolutive des perdus de vue, ventilation par site, région, préfecture ; efficacité du dispositif, facteurs associés ; attentes des acteurs et des bénéficiaires	PNPCSP, Sites PEC, Associations de PVVIH, SE/CNLS, PTF	39 780			X				X				

Enquête nationale de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) auprès des groupes de population à plus à risque de l'infection par le VIH en 2020	SE/CNLS	Niveau et dynamique évolutive de la prévalence du VIH, Syphilis, Hépatites ; ventilation des données par sexe, âge, milieu ; facteurs comportementaux associés, couverture et utilisation des services ; facteurs associés et attentes des acteurs et des bénéficiaires	PNPCSP, Sites PEC, Associations de PVVIH, SE/CNLS, PTF, ONG, associations	662 349			X					X	
Étude sur la cascade CDV, PEC (Adultes et enfants) et PTME	MSP/PNCSP	Performance globale et désagrégée, déperdition et maintien dans les cascades, efficacité des dispositifs, facteurs associés	PNPCSP, Sites PEC, Associations de PVVIH, SE/CNLS, PTF	60 000			X					X	
Enquêtes nationales de surveillance sentinelle auprès de femmes enceintes	SE/CNLS	Niveau et profil évolutif de la prévalence globale du VIH, des IST, de la syphilis, Hépatites, ventilation par région, âge, milieu urbain/rural	PNPCSP, Sites PEC, Associations de PVVIH, SE/CNLS, PTF	16 143			X				X		
Études sur le coût-efficacité de la prise en charge des PVVIH	SE/CNLS	Niveau des dépenses annuelles, résultats obtenus, efficacité et efficience, facteurs associés, orientation pour la rationalisation et la maîtrise des coûts	PNPCSP, Sites PEC, Associations de PVVIH, SE/CNLS, PTF, ONG, associations	39 780			X					X	
Étude d'estimation des Ressources et Dépenses Nationales de la lutte contre les IST/VIH/Sida (REDES)	SE/CNLS	Niveau des dépenses annuelles, Source de financement des dépenses, Ventilation des dépenses par acteur/services/cibles, coûts unitaires des services clés	PNPCSP, SE/CNLS, PTF	29 835				X					
Montant annuel				1 450 748	53 846	615 688	193 016	142 023	446 175				

Annexe-4 : Description détaillé des indicateurs du CSN 2018-2022

Pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de l'ensemble des interventions du CSN2018-2022, des indicateurs clés ont été retenues conformément au cadre de résultats dudit CSN, décliné en termes d'impact, d'effet et de produits. La matrice ci-dessous décrit chaque indicateur suivant : son niveau, sa définition (libellé), sa stratification, son mode de calcul, sa source et sa périodicité de collecte.

Libellé de l'indicateur	Désagrégation	Mode de calcul	Source	Périodicité
-------------------------	---------------	----------------	--------	-------------

Indicateurs d'impact					
1	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH (HIV -I-9a (M))	Age : moins de 25 ans, plus de 25 ans	<u>Numérateur</u> : Nombre de professionnels HSH infectées par le VIH <u>Dénominateur</u> : Nombre de professionnels de sexe HSH interrogés et testés	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
2	Pourcentage de Professionnels du sexe vivant avec le VIH (HIV- I-10 (M))	Age (< 25 ans ; >=25 ans) /milieu de résidence	<u>Numérateur</u> : Nombre de professionnelles de sexe féminin infectées par le VIH <u>Dénominateur</u> : Nombre de professionnelles de sexe féminin interrogées et testées	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
3	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	Age (15-19 ans, 19-24 ans, total) / sexe (féminin, masculin)	<u>Numérateur</u> : Nombre de jeunes de 15-24 ans infectées par le VIH <u>Dénominateur</u> : Nombre de jeunes de 15-24 ans interrogées et testées	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
4	Prévalence du VIH chez les Pêcheurs	Age (15-19 ans, 19-24 ans, 25-34 ans, 35 ans et plus total) / sexe (masculin)	<u>Numérateur</u> : Nombre de Pêcheurs infectées par le VIH <u>Dénominateur</u> : Nombre de Pêcheurs interrogées et testées	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
5	Prévalence du VIH chez les Routiers	Age (15-19 ans, 19-24 ans, 25-34 ans, 35 ans et plus total) / sexe (masculin)	<u>Numérateur</u> : Nombre de Routiers infectées par le VIH <u>Dénominateur</u> : Nombre de Routiers interrogées et testées	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
6	Prévalence du VIH chez les personnels en uniforme	Age (15-19 ans, 19-24 ans, 25-34 ans, 35 ans et plus total) / sexe (masculin)	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnels en uniforme infectées par le VIH <u>Dénominateur</u> : Nombre de personnels en uniforme interrogées et testées	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
7	Prévalence du VIH chez la population carcérale	Age (15-19 ans, 19-24 ans, 25-34 ans, 35 ans et plus total) / sexe (masculin)	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnels population carcérale infectées par le VIH <u>Dénominateur</u> : Nombre de personnels population carcérale interrogées et testées	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
8	Pourcentage d'infection à VIH parmi les enfants nés de femmes séropositives au VH ayant accouché au cours des 12 derniers mois (HIV-I-6)	N/A	Numérateur : Nombre estimé d'enfants qui seront nouvellement infectés par le VIH en raison de la transmission mère-enfant parmi les enfants nés de mères séropositives Dénominateur : Nombre estimé de femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	Spectrum	Annuel
9	Nombre de nouvelles infections à VIH	Sexe (féminin, masculin)	Estimation	Spectrum	Annuel
10	Nombre de nouvelles infections par le VIH pour 1000 habitants non- infectés	Age (0-14, 15+)	Estimation	Spectrum	Annuel
11	Nombre de décès liés au VIH pour 100 000	Groupe d'âge 15-19	Estimation	Spectrum	Annuel

	habitants (HIV I-4)	(féminin, masculin) Groupe d'âge 20-24 (féminin, masculin)			
Indicateurs d'effets					
1	Pourcentage des Professionnels de sexe (PS) ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs avec le dernier client (HIV O-5 (M))	Age (< 25 ans ; >=25 ans) /Type/milieu de résidence	<u>Numérateur</u> : Nombre de professionnelles de sexe féminin ayant déclaré avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client <u>Dénominateur</u> : Nombre de professionnelles de sexe féminin interrogées	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
2	Pourcentage des HSH ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire de sexe masculin (HIV O-4a (M))	Age (< 25 ans ; >=25 ans) /Type/milieu de résidence	<u>Numérateur</u> : Nombre de professionnels HSH de ayant déclaré avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client HSH <u>Dénominateur</u> : Nombre de professionnels de sexe HSH interrogés	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
3	Pourcentage des Miniers ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	Age (< 25 ans ; >=25 ans) /sexe (femme, homme) /milieu de résidence	<u>Numérateur</u> : Nombre de miniers qui déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois <u>Dénominateur</u> : Nombre de miniers interrogés	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
4	Pourcentage des Pêcheurs ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	Age (< 25 ans ; >=25 ans) /milieu de résidence	<u>Numérateur</u> : Nombre de Pêcheurs qui déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois <u>Dénominateur</u> : Nombre de Pêcheurs interrogés	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
5	Pourcentage des Routiers ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	Age (< 25 ans ; >=25 ans) /milieu de résidence	<u>Numérateur</u> : Nombre de Routiers qui déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois <u>Dénominateur</u> : Nombre de Routiers interrogés	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
6	Pourcentage des hommes en uniforme ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	Age (< 25 ans ; >=25 ans) /sexe (femme, homme) /milieu de résidence	<u>Numérateur</u> : Nombre d'hommes en uniforme qui déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois <u>Dénominateur</u> : Nombre de d'hommes en uniforme interrogés	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
7	Pourcentage de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Age (15-19 ans, 19-24 ans, total) / sexe (féminin, masculin)	<u>Numérateur</u> : Nombre de jeunes âgés de 10-24 ans qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel <u>Dénominateur</u> : Nombre de jeunes âgés de 10-24 ans interrogés	Enquête ponctuelle (ESCOMB)	Tous les 2 ans
8	Pourcentage de séropositivité au VIH parmi les donateurs de sang	Age (< 25 ans ; >=25 ans) /sexe (femme,	<u>Numérateur</u> : Nombre de poches de sang prélevés lors du don de sang testées positives au VIH	Rapport CNTS	Annuel

		homme) /milieu de résidence	<u>Dénominateur</u> : Nombre total de poches de sang testées lors des dons de sang		
9	Pourcentage de séropositivité à l'hépatite parmi les donneurs de sang	Age (< 25 ans ; >=25 ans) /sexe (femme, homme) /milieu de résidence, Type (Hépatite B ou C)	<u>Numérateur</u> : Nombre de poches de sang prélevés lors du don de sang testées positives à l'hépatite B et/ou C <u>Dénominateur</u> : Nombre total de poches de sang testées lors des dons de sang	Rapport CNTS	Annuel
10	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçues des ARV durant leur grossesse	Région /préfecture	<u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement <u>Dénominateur</u> : Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois	Rapport PNPCSP	Annuel
11	Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance	Région /préfecture	<u>Numérateur</u> : Nombre d'enfants nés de mères séropositives dépistés pour le VIH dans leurs deux premiers de vie <u>Dénominateur</u> : Nombre d'enfants nés de mères séropositives	Rapport PNPCSP,	Annuel
12	Estimation du pourcentage d'infections à VIH parmi les enfants de femmes séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois	N/A	Estimation	Spectrum	Annuel
13	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral	Age (> 15 ans, >=15 ans), sexe (femme, homme), région, préfecture	<u>Numérateur</u> : Nombre d'adultes et d'enfants éligibles recevant actuellement une thérapie antirétrovirale conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS) à la fin de la période d'établissement des rapports <u>Dénominateur</u> : Nombre estimé d'adultes et d'enfants (Spectrum)	Rapport PNPCSP,	Annuel
14	Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral (HIV 0-1)	Age (> 15 ans, >=15 ans), sexe (femme, homme), région, préfecture	<u>Numérateur</u> : Nombre d'adultes et d'enfants qui sont toujours en vie et toujours sous antirétroviraux 12 mois après le début du traitement. <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral au cours des 12 mois précédant la période concernée par les rapports *, y compris ceux qui sont décédés depuis qu'ils ont commencé le traitement antirétroviral, ceux qui ont abandonné le traitement et ceux qui ont été perdus de vue au douzième mois	Enquête de survie	Annuel
15	Taux de mortalité des patients coïnfectés	Age (> 15 ans, >=15	<u>Numérateur</u> : Nombre total de patients tuberculeux,	Rapport	Annuel

	TB/VIH	ans), sexe (femme, homme), région, préfecture	nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui sont décédés avant le début du traitement antituberculeux ou pendant ce traitement. <u>Dénominateur</u> : Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée	PNLT	
16	Pourcentage de PVVIH pris en charge (y compris soins PTME) chez qui les signes de la TB ont été recherchés au sein des structures de soins ou de traitement VIH (TB/VIH 3.1)	Age (> 15 ans, >=15 ans), sexe (femme, homme), région, préfecture	<u>Numérateur</u> : nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH chez lesquelles une recherche de la tuberculose a été effectuée et dont le résultat a été enregistré au cours de leur dernière visite pendant la période considérée <u>Dénominateur</u> : Nombre total de personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH et ayant consulté pendant la période considérée	Rapport PNPCSP	Annuel
17	Pourcentages de PVVIH nouvellement enrôlés dans les soins du VIH qui ont commencé le traitement préventif de la TB (TB/VIH 4.1)	Age (> 15 ans, >=15 ans), sexe (femme, homme), région, préfecture	<u>Numérateur</u> : Nombre total de PVVIH nouvellement mis sous traitement ARV au cours de la période et bénéficiant de la prophylaxie de la TB à l'INH selon le protocole national <u>Dénominateur</u> : : Nombre total de PVVIH nouvellement mis sous traitement ARV au cours de la période	Rapport PNPCSP	Annuel
18	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale, qui ont une charge virale indétectable à 12 mois (< 1000 copies/ml) (TCS 3.1)	Age (15-24 ans, >=25 ans), sexe (femme, homme), région, préfecture	<u>Numérateur</u> : Nombre de patients sous ARV depuis 12 mois à la date de mesure de la CV et chez qui la mesure de la charge virale inférieure à 1000 copies/ml) <u>Dénominateur</u> : Nombre total de patients sous ARV depuis 12 mois ayant bénéficié de la mesure de la charge virale	Rapport PNPCSP	Annuel
19	Pourcentage d'adultes de 15-49 ans exprimant les quatre attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH (HIV 0-15)	Age (> 15 ans, >=15 ans), sexe (femme, homme), région, préfecture,	<u>Numérateur</u> : Nombre de PVVIH ayant déclaré avoir été victimes de discrimination <u>Dénominateur</u> : Nombre de PVVIH interrogés	Enquête Index stigma	Tous les 2 ans
20	Pourcentage de financement de la lutte contre le VIH attribuable à l'état guinéen	N/A	<u>Numérateur</u> : estimation des dépenses du VIH supportées par le BND <u>Dénominateur</u> : montant total du financement pour la mise en œuvre du CSN requis pour la période	Rapport SE/CNLS	Annuel
21	Les systèmes de gestion (réunions hebdomadaire, AG annuels, GTSE, etc..) du SE/CNLS sont fonctionnels	Type	<u>Numérateur</u> : Nombre d'activités de gestion prévues dans le plan d'action annuel du SE/CNLS et qui ont été réalisées <u>Dénominateur</u> : Nombre d'activités de gestion prévues dans le plan d'action annuel du SE/CNLS	Rapport SE/CNLS	Semestriel/ Annuel
22	Pourcentage des structures de soins ayant	Région, préfecture	<u>Numérateur</u> : Nombre de site de prise en charge par les	Rapport du	Semestriel/

	connu au moins une fois une rupture de stock d'ARV au cours de l'année		ARV ayant connu au moins une rupture d'une molécule de plus de 15 jours au cours de la période <u>Dénominateur</u> : Nombre de site de prise en charge par les ARV fonctionnels au cours de la période	PNPCSP, Rapport du BSD	Annuel
--	--	--	---	------------------------	--------

Annexe-5 : Synthèse de l'analyse FFOM du système de suivi évaluation

Domaines	Faiblesses identifiées	Mesures d'atténuation
Unité de suivi évaluation	Certains rapports ne sont pas produits dans les délais à cause du retard observé sur la remontée des données	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des DRS et DPS pour les données de la prise en charge (CASSIS) • Renforcement des CRLS et CPLS pour les données des autres secteurs
	L'insuffisance de personnel qualifié en S&E au niveau régional et l'absence de système de gestion de base de données	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des données de la prise en charge dans le RAMIS (projet CASSIS) • Renforcement des CRLS et CPLS pour les données des autres secteurs
	Tous les membres de la cellule de gestion ne sont pas formés aux outils et aux processus de gestion des données	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et recyclage de l'ensemble des membres de la cellule de gestion sur les outils et méthodes du Suivi Évaluation
	Le manque de partage de données ne montre pas de lien étroit entre la cellule de coordination et le SNIS	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de réunions trimestrielles de validation des données de la prise en charge, regroupant le SE/CNLS, le PNPCSP et le SNIS (projet CASSIS)
	Tous les membres de la cellule ne sont pas en mesure d'expliquer comment les incohérences sont résolues dans la transmission des données par les sous bénéficiaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et recyclage de l'ensemble des membres de la cellule de gestion sur les outils et méthodes du Suivi Évaluation
	Il existe un manuel de procédure, mais la méthodologie de documentation de données manquantes est insuffisante.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour du manuel de procédure pour renforcer la méthodologie de documentation de données manquantes
	L'insuffisance dans l'encadrement des Sous-Bénéficiaires pour la gestion des données et rapports	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des CRLS et CPLS pour la gestion des données et des rapports
	L'absence de méthodologie documentée de la gestion des données dans le manuel de procédure	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour du manuel de procédure pour renforcer la méthodologie de gestion des données
	Tout le personnel des sous bénéficiaires n'a pas été formé aux outils et au processus de gestion des données	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel des sous bénéficiaires pour la gestion des données
	L'absence de manuel opérationnel de S&E	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'un manuel opérationnel de S&E
Plan de suivi évaluation	La désagrégation des indicateurs par statuts socioéconomiques n'est pas prise en compte dans le CSN 2008-2012	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des enquêtes sur les populations clés
	Le non-respect de la périodicité de collecte du fait de la faiblesse de mobilisation des ressources (contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la mobilisation des ressources pour le Suivi Évaluation

	sociopolitique peu favorable)	
	L'insuffisance d'intégration des indicateurs VIH dans le SNIS	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des indicateurs du VIH dans le logiciel RAMIS (Cassis)
	L'absence d'indicateurs sur l'incidence	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'un indicateur d'impact sur le nombre de nouvelles infections
	La mise à disposition des données à tous les niveaux n'est pas effective et la rétro information n'est pas assurée	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la collecte et de l'analyse des données de la prise en charge à tous les niveaux du système de santé (CASSIS) • Renforcement des CRLS et CPLS • Définition de formats de communication des données de la prise en charge (CASSIS) • Organisation d'ateliers et de revues sur les données du VIH
	La faible mobilisation de ressources pour le financement des enquêtes	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la mobilisation de ressources pour le financement des enquêtes
	Les données ne sont pas régulièrement mise à jour à cause de la faible mobilisation des ressources et de leur harmonisation au niveau du SNIS	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de l'intégration des données du VIH au SNIS (CASSIS) • Renforcement des acteurs du SNIS aux différents niveaux de la pyramide sanitaire pour le suivi des données du VIH ()
	Le retard du Financement des plans de formation,	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du suivi sur le financement des plans de formation
	Le non-respect des normes en matière de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des procédures de formation
	L'insuffisance des outils de mesure de la qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des outils de mesure de la qualité des services et de la prise en charge
	CASSIS Les outils de mesure de la qualité de Prise en charge existants ne sont pas validés	
	L'inexistence d'outils de mesure de la satisfaction des Patients/Clients vis-à-vis des services offerts,	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'études sur le vécu des patients pris en charge pour le VIH
	L'absence d'indicateurs de couverture pour les populations carcérales et les HSH	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration d'indicateurs sur l'accès au soin chez les populations Clés
	L'absence de valeurs de base pour certaines cibles comme les HSH et les populations carcérales	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des enquêtes de cartographie des populations clés, et des enquêtes comportementales
	L'absence de directive écrite sur l'archivage et le stockage	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'un manuel de procédure du Suivi Évaluation incluant les directives sur l'archivage et le stockage prévues dans le présent plan
	Certains indicateurs du cadre stratégique national n'ont pas été mis à jour.	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de revues annuelles de la lutte contre le VIH validant la mise à jour des données
	Le plan de diffusion développé n'est pas mis en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre du plan de diffusion des données
	Le budget actuel est insuffisant pour couvrir les besoins du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du suivi budgétaire des activités de Suivi Évaluation
Système de reportage - Systèmes de soin	Absence de base de données nationale sur les formations suivies	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'une base de données nationale sur les formations reçues par les différents personnels impliqués dans la lutte contre le VIH
	Faiblesse du mécanisme de correction des erreurs contenues dans les rapports de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du rôle des DRS et DPS dans la validation des rapports de formation
	La non codification des structures financées	<ul style="list-style-type: none"> • Codification des structures financées conformément au système national

	conformément au système national	
	La non mise à jour de la cartographie des offres de services, des intervenants et des interventions pour éviter les doublons	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place des répertoires des structures impliquées dans la lutte contre le VIH
	Absence d'acte officiel pour la mise en place du comité de suivi des approvisionnements	<ul style="list-style-type: none"> Officialisation du comité de suivi des approvisionnements
	Faible diffusion des manuels d'utilisation des outils de gestion des données VIH	<ul style="list-style-type: none"> Formation des agents du système sanitaire à l'utilisation des outils de gestion des données VIH, et diffusion des manuels d'utilisation (CASSIS)
	Faiblesse du système national de codification des malades pour identifier les doublons	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la gestion du transfert des patients entre structures sanitaires (CASSIS)
	Faiblesse du système de suivi interne des malades entre les services d'une même structure sanitaire,	
	Absence d'un réseau de suivi informatisé des malades et de réseau entre les prestataires	<ul style="list-style-type: none"> Installation d'un logiciel de suivi informatisé des patients, dans les sites pouvant supporter un système informatique (CASSIS)
	Absence de mécanisme de recherche des perdus de vue	
	Faiblesse dans la responsabilisation de personne assignées à collecter des données au sein des services	<ul style="list-style-type: none"> Formation des personnels en charge de la collecte et analyse des données dans les sites et appui à l'organisation des sites (CASSIS)
	Absence de description de tâches formalisée en rapport avec la collecte des données VIH	<ul style="list-style-type: none"> Inclus dans les manuels d'utilisation des outils de gestion des données VIH
	Insuffisance de contrôle et de validation des données sur le programme VIH à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du contrôle de données VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (CASSIS) Pour les autres secteurs, renforcement du rôle des CPLS et CRLS dans la validation des données sur le programme VIH
	Insuffisance dans la gestion des documents sources pour vérification et/ou audit	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de l'archivage et de la gestion des données de la prise en charge du VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (CASSIS) Pour les autres secteurs, renforcement du rôle des CPLS et CRLS dans le stockage et la gestion des données sur le programme VIH
	La non utilisation d'un seul canal pour véhiculer l'information sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> Intégration des données du VIH dans le logiciel RAMIS (CASSIS)
	Faible mécanisme de contrôle de qualité des données au niveau périphérique avant transmission au niveau central	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du contrôle de données VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (CASSIS) Pour les autres secteurs, renforcement du rôle des CPLS et CRLS dans la validation des données sur le programme VIH
	Absence de logiciel pour le contrôle de qualité des données au moment de la saisie pour éviter les doublons et les erreurs	<ul style="list-style-type: none"> Intégration des données du VIH dans le logiciel RAMIS, qui intègre un contrôle de qualité des données (Cassis) Développement d'une application de contrôle de qualité des données pour le niveau central (Cassis)
	Absence d'une méthodologie documentée pour le	<ul style="list-style-type: none"> Rédaction de normes et procédures pour le stockage des données au niveau du PNPCSP

	stockage des données	(CASSIS) <ul style="list-style-type: none"> Rédaction de normes et procédures pour le stockage des données au niveau du SE/CNLS
	Le système d'approvisionnement des produits VIH n'est pas intégré dans le système normal d'approvisionnement	
	Faiblesse dans le rapprochement des données issues des systèmes de suivi des stocks	<ul style="list-style-type: none"> Définition d'une méthode d'analyse des données issues des systèmes de suivi de stocks
Système de reporting communautaire	L'inexistence du système de reporting dans certains sites de soins et communautaires	<ul style="list-style-type: none"> Formation de l'ensemble des personnels communautaires pour la gestion des données VIH et la rédaction de rapports Renforcement des procédures de reporting des sites communautaires
	La non utilisation des outils harmonisés par tous les acteurs	<ul style="list-style-type: none"> Formation de l'ensemble des acteurs communautaires pour l'utilisation des outils harmonisés Mise à disposition des outils harmonisés pour l'ensemble des acteurs
	Les données et les rapports ne sont pas archivés	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de l'archivage des données et des rapports au niveau des structures communautaires Renforcement de l'archivage des rapports dans le CPLS et CRLS
	Non-respect du circuit de l'information	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des CPLS et CRLS pour la collecte et la remontée des rapports des acteurs communautaires
	Le niveau périphérique et intermédiaire ne vérifie pas systématiquement l'exactitude et l'exhaustivité des rapports soumis	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des CPLS et CRLS dans la validation des rapports soumis
	Les mécanismes/procédures pour corriger les erreurs contenues dans les rapports n'existent pas au niveau décentralisé	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des CPLS et CRLS dans la validation des rapports soumis
	La méthodologie documentée de stockage informatisé de données n'est pas vulgarisée	
	L'inexistence des indicateurs harmonisés au niveau communautaire	
	L'inexistence d'une base de données permettant de détecter les doublons	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une Datawarehouse au niveau du SE/CNLS pour l'archivage et le contrôle de la qualité des données
	La responsabilité de la collecte de données n'est pas clairement définie au niveau de toutes les structures	<ul style="list-style-type: none"> Formation des personnels en charge de la collecte et analyse des données dans les structures de lutte contre le Sida, et appui à l'organisation des sites
	L'inexistence d'un formulaire standardisé de collecte de données au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Développement d'un formulaire standardisé pour la collecte des données au niveau communautaire
	L'inexistence des outils/formulaires de reporting standard ou compatibles pour rapporter le nombre de personnes bénéficiaires de services	<ul style="list-style-type: none"> Développement et mise en œuvre d'outils de collecte de données pour le suivi du nombre de bénéficiaires des activités communautaires Développement et mise en œuvre d'outils de reporting sur le nombre de bénéficiaires des activités communautaires

	L'inexistence de mécanisme/procédure assignant la responsabilité d'examen et vérification des chiffres au niveau communautaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des personnels en charge de la collecte et analyse des données dans les structures de lutte contre le Sida, et appui à l'organisation des sites
	Le contrôle de qualité n'est pas fait de façon systématique.	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du rôle des DPS et des DRS pour le contrôle qualité des données
	L'exhaustivité et l'exactitude des rapports soumis sont partiellement vérifiées.	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du rôle des DPS et des DRS pour la récupération des rapports et la vérification de la qualité des données
	L'inexistence de bases de données informatisées ;	
	La méthodologie documentée de stockage informatisé des données n'est pas disponible au niveau de toutes les structures	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une Datawarehouse au niveau du SE/CNLS pour l'archivage et le contrôle de la qualité des données
	L'inexistence de test de connaissance pour certains modules de formation (Ex. Mobilisation sociale)	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des modules de formation