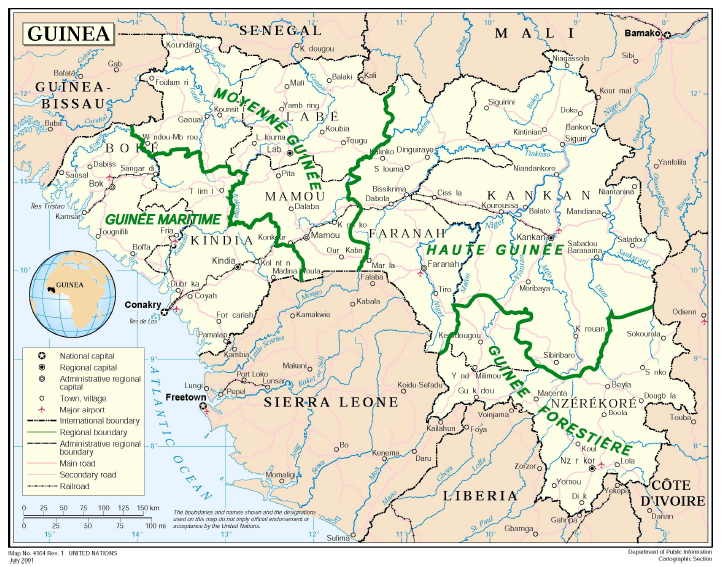
|  |
| --- |
| **CSS Guinée** |
| ANNEXES Rapport Visite terrain Préfecture de Kankan comité de Suivi stratégiques |
| 25.02 – 3.03.2018 |
|  |
| **21/03/2018** |

****

## Table de matière

|  |
| --- |
| [1. Abréviations 2](#_Toc509380041)  [2. Coordonnés responsables /interlocuteurs 4](#_Toc509380042)  [L’équipe ICN/ Suivi Stratégique Mission Terrain 7](#_Toc509380043)  [3. Schéma visuel système d‘approvisionnement 8](#_Toc509380044)  [4. Constats plus en détails 9](#_Toc509380045)  [5. Résultats institutions visités 16](#_Toc509380055)  [5.1 DRS Kankan 16](#_Toc509380056)  [5.2 Dépôt régional Kankan 17](#_Toc509380057)  [5.3 DPS Kakan 18](#_Toc509380058)  [5.4 Hôpital Régional Kankan 21](#_Toc509380059)  [5.5 OCASS Agents collecteurs – Superviseur 24](#_Toc509380060)  [5.6 CDV - Centre de Dépistage Volontaire Salamani (CS urbain Kankan) 24](#_Toc509380061)  [5.7 LTO – Kankan 27](#_Toc509380062)  [5.8 Association Espoir - Vie – Santé – Kankan 29](#_Toc509380063)  [5.9 DPS Kouroussa 30](#_Toc509380064)  [5.10 Hôpital Préfectorale Kouroussa 32](#_Toc509380065)  [5.11 CSU – Centre Urbain Wassabada (Kouroussa) 34](#_Toc509380066)  [5.12 LTO – Kouroussa (intégré dans CSU Wassabada) 34](#_Toc509380067)  [5.13 Association « Kendeya Kadi » (la santé avant tous) – Kouroussa 34](#_Toc509380068)  [6 Autres informations pertinents 35](#_Toc509380069)  [6.1 Diagnostic des SIGL en Guinée – SIAPS 2015 (Extrait du résumé) 35](#_Toc509380070)  [6.2 Circuit validation des commandes (Manuel SIGL Guinée) page 26 35](#_Toc509380071)  [6.3 Procédures spécifiques aux DPS/DCS et DRS/DSVco 36](#_Toc509380072)  [6.4 Extrait Commande intrants antipaludiques- district sanitaire de Kankan février 2018 36](#_Toc509380073)  [6.5 Diagnostic des Systèmes d’Information de Gestion Logistique (SIGL) en Guinée Septembre 2015 36](#_Toc509380074)  [6.6 Atelier trimestriel de coordination du comité régional de gestion des intrants pour le contrôle et la validation des données SIGL (TB/VIH/ MALARIA) 38](#_Toc509380075)  [6.7 Etude des facteurs limitant l’implication des conjoints aux activités de la PTME dans la commune urbaine de Mamou, GIZ – Résumé 40](#_Toc509380076)  [6.8 Manuel de procédures GAS gestion produits FM 41](#_Toc509380077)  [6.9 Gestion de risques - Zero cash Policy 41](#_Toc509380078) |

## Carte de la Guinée



# Abréviations

ARV : Antirétroviraux

ASC : Agents de Santé communautaire

ATS : Assistant technique en santé

CCS : Chef de Centre de Santé

CDT : Centre de Traitement – Tuberculose

CDV : Centre de Dépistage Volontaire

CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida

CPNR : Consultation Prénatale recentré

CRS : Catholic Relief Services

CRTS : Centre Régional de Transfusion Sanguine

CSU : Centre de Santé Urbain

CTA : Combinaison thérapeutique à base d’artémisinine

CTPS : Comité Technique Préfectoral de la Santé

DBS : Dried Blood Spot

DHIS2 : District Health Information System Version 2, Nom du logiciel utilisé comme Système National d’Information Sanitaire

DNEHS : Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins

DNLP : Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire

DNSFN :Direction National de la Santé Familiale et de la Nutrition

DNPM : Direction Nationale de la Pharmacie et des Médicaments

DOTS : Traitement Court sous Observation Directe

DPS : Direction Préfectorale de la Santé

DRS : Direction Régionale de la Santé

Eliza : Enzyme linked Immuno Assay

e-LMIS : Logiciel pour faciliter la centralisation des donnés de consommation des FOSA

ENSS : Enquête Nationale de Sero-surveillance sentinelle

FM : Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la TB et le paludisme

FS : Formation Sanitaire

GAS : Gestion d’approvisionnement et Stock

HAART : Traitement antirétroviral hautement actif (Trithérapie)

IEC : Information Education et Communication

IO : Infections Opportunistes

IST : Infections Sexuelles Transmissibles

LNCQM  : Laboratoire National de Contrôle Qualité des Médicaments

LTO : Lèpre, Tuberculose, Onchocercose

MCHIP : Maternal and Child Health Integrated Program (USAID)

MCM : Médecin Chargé de la Maladie

MILDA : Moustiquaires Imprégnées d’insecticides à Longue Durée d’Action

MS : Ministère de la Santé

OCASS  : Observatoire Communautaire sur l’Accès aux Services de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSC : Organisation de la société civile

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PCG : Pharmacie Central de Guinée

PCIMAA : Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte

PCIMNNE : Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-Né et de l’Enfant

PCR : Polymerase Chain Reaction

PEC : Prise en Charge

PF FM : Points Focaux FM (médecins au niveau DPS financé par le FM)

Pipeline : Logiciel permettant la planification des intrants pays

Plan : ONG Internationale, PR subvention TB, VIH volet communautaire (2018)

PMI : Président Malaria Initiative

PNLAT : Programme National de Lutte Antituberculeuse

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNPCSP : Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de la Prévention du VIH/ Sida

PR : Principal Recipient

PS : Poste de Santé

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

RSS : Renforcement des systèmes de santé

SAGE : Nom du logiciel de comptabilité et gestion de stock utilisé par la PCG

SBC : Service à Base Communautaire

SIAPS : System for Improved Access to Pharmaceutical and Services

SIGL Système d’Information pour la Gestion Logistique

SMN : Santé maternelle et néonatale

SNIS : Système National d’Information Sanitaire

SPF : Soins Prénatals focalisés

SR : Sous-récipiendaire

TARV : Traitement antirétroviral

TB-MR : Tuberculose-Multiresistant

TDR : Test de diagnostic rapide (VIH, Paludisme)

TME : Transmission Mère Enfant

UGL : Unité de Gestion Logistique

USAID : Agence des Etats Unis pour le Développement International

VIH : Virus d’Immuno-Déficience Humain

# Coordonnés responsables /interlocuteurs

| **No.** | **Nom, Prénom** | **Fonction** | **E-mail/Site web** | **Telephone** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Programmes / PR-Principal Récipients** | | | |
| 1.1 | Dr Youssouf KOITA | Coordonnateur National  Programme National de Prise en Charge  Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/sida (PNPCSP) | [koitay@yahoo.fr](mailto:koitay@yahoo.fr)  Ministère de la Santé, BP 585, Conakry - Guinée | (224) 628 53 41 02;  624 19 62 09 664 34 59 09 |
| 1.2 | Dr KABA Laye | Coordonnateur National Adjoint  PNPCSP | [*kabalaye2002@yahoo.fr*](mailto:kabalaye2002@yahoo.fr) | 664 50 45 14 628 34 96 90 |
| 1.3 | Dr. DELAMOU, Daloka | RS - Projet FM prise en charge | [daloka.delamou@crs.org](mailto:daloka.delamou@crs.org) Skype : daloka.delamou  Rue dela Brioche Doree, kaporo Cite ,Parcelle 15-16- Lot 5, Commune Ratoma ,Conakry- | 666 84 51 31  628 71 56 76 |
| 1.4 | Dr. DIALLO, Amadou Bella | Plan – Chargé TB | [AmadouBella.DIALLO@plan-international.org](mailto:AmadouBella.DIALLO@plan-international.org) | 662 99 97 01 |
| **2.** | **DRS – Direction Régionale Kankan** | | | |
| 2.2 | Dr. SYLLA, Mohamed | Chef section planification formation | [smohamedsylla@gmail.com](mailto:smohamedsylla@gmail.com) | 628 96 87 52 |
| 2.3 | CAMARA, Souleymane | Chargé statistiques |  | 628 12 33 85 |
| 2.4 | Dr. CAMARA, Abdourahamane | Chef section prévention | [camaraabder@gmail.com](mailto:camaraabder@gmail.com) | 628 28 23 46 |
| 2.5 | Dr. SAGNO, Moise | CTR | [msagno@ghse-psm.org](mailto:msagno@ghse-psm.org) | 628 68 23 54 |
| **3.** | **DPS – Direction Préfectorale Santé Kakan** | | | |
| 3.1 | Dr. DAFF, Boubacar | DPS | [daffbouba@yahoo.fr](mailto:daffbouba@yahoo.fr) | 664 88 50 09 |
| 3.2 | Dr. WAMNO, Augustin | MCM | [awamnofassou@gmail.com](mailto:awamnofassou@gmail.com) | 628 95 74 09 |
| 3.3 | Dr. Touré, Mohamed Amara | Chargé statistique | [Tehernomadina90@gmail.com](mailto:Tehernomadina90@gmail.com) | 921 00 22 76 |
| 3.4 | Dr. CONDE, Sararta | c/PFR | [conesanata@gmail.com](mailto:conesanata@gmail.com) | 624 19 42 89 |
| 3.5 | Dr. LAMAH, Simon Pierre | Point Focal Paludisme | [simonlamah@gmail.com](mailto:simonlamah@gmail.com) | 622 66 71 79 |
| 3.6 | Dr. TOURE, Oumar | Suppléant MM de Kankan | [Toure.2008@yahoo.fr](mailto:Toure.2008@yahoo.fr) | 628 95 74 09 |
| 3.7 | Dr. Touré, Youssouf .. | Chef section pharmacie |  | 622 44 72 81 |
| 3.8 | Dr. TOURE, Sidiki | Chargé PHC../Log . | [Touresidiki75@gmail.com](mailto:Touresidiki75@gmail.com) | 623 45 55 83 |
| 3.9 | Mr. Sacko Kabiné | Informaticien | [sackokabine@gmail.com](mailto:sackokabine@gmail.com) | 628 79 45 15 |
| 3.10 | Mme AGBETO, Marie Christine | Chargé chaine froid | [mariechristine@gmail.com](mailto:mariechristine@gmail.com) | 621 62 54 83 |
| 3.11 | Mme KANTZ, Alamako | Sécretaire DPS | [alamakokanteisps@gmail.com](mailto:alamakokanteisps@gmail.com) | 622 00 21 10 |
| 3.12 | Mme Keita, Ansoumane | Stagiaire | [Ansoumanesaran.keita@gmail.com](mailto:Ansoumanesaran.keita@gmail.com) | 625 40 58 25 |
| **4.** | **DPS Kouroussa** | | | |
| 4.1 | Dr. CONDE, Aissata | Directrice DPS | [Aissataconde21@gmail.com](mailto:Aissataconde21@gmail.com) | 628 12 23 53 |
| 4.2 | Dr. KEITA Ibrahima, Kalil | MCM | [Ibrahimakalilkeita061@gmail.com](mailto:Ibrahimakalilkeita061@gmail.com) | 622 54 39 42 |
| 4.3 | Dr KAMANO, Aly Louis | Point Focal | [Alylouis.kamano@crs.org](mailto:Alylouis.kamano@crs.org) | 622 60 51 82 |
| **5.** | **Dépôt régional PCG Kankan** | | | |
| 5.1 | Dr. TOURE, Himy | Responsable dépôt | [touhimy@gmail.com](mailto:touhimy@gmail.com)  [pharma\_centrale@hotmail.com](mailto:pharma_centrale@hotmail.com)  [www.pcgguinee.com](http://www.pcgguinee.com) | 622 93 86 28  666 01 37 61  657 15 74 74 |
| **6.** | **Hôpital Régional Kankan** | | | |
| 6.1 | Dr. CAMARA, Issa | Chef Labo hopital Kankan | [issacamaralabo@gmail.com](mailto:issacamaralabo@gmail.com) |  |
| 6.2 | Dr. BANGOMA, Abdoul, Aziz | Pharmacien chef | [Abdoulazizbangom68@gmail.com](mailto:Abdoulazizbangom68@gmail.com) | 628 15 75 63 |
| 6.3 | Dr. KABA, Diafodé | Pharmacien adjoint | [Diafodekaba68@gmail.com](mailto:Diafodekaba68@gmail.com) | 628 54 88 36 |
| 6.4 | Mr CONDE, Moussa | C/statistiques | [Nanamoussac62@gmail.com](mailto:Nanamoussac62@gmail.com) | 622 95 82 86 |
| 6.5 | KONDE, Fofana | HRK |  | 622 47 87 85 |
| 6.6 | KALIL, Diousaté | HRK | [diousatekhalil@gmail.com](mailto:diousatekhalil@gmail.com) | 62 258 24 68 |
| **7.** | **CSU - Centre Santé Urbaine Wassaba** | | | |
| 7.1 | BAH, Aboubacar, Ibrahima | Chef Centre Santé |  | 628 68 21 52 |
| 7.2 | DIALLO, Karifa | AC |  | 628 51 83 24 |
| 7.3 | KOUROUMA, Faelama | OCB |  | 620 09 13 91 |
| 7.4 | Mr. KEITA, Mamadou | AC |  | 657 08 86 90 |
| 7.5 | TRAORE, Nagnouma | OCB |  | 628 37 35 49 |
| 7.6 | CONDE, Fayala | AC |  | 622 20 55 80 |
| 7.7 | KOUROUMA, Saran | AC |  | 655 83 03 87 |
| 7.8 | Kourouma, Sambou | AC |  | 620 09 15 00 |
| **8.** | **CDV – Centre Dépistage Volontaire Salamani** | | | |
| 8.1 | Dr Laye, Nabe | Chef Labo | Layenabe44@gmail.com | 622 48 02 60 |
| 8.2 | KOUROUMA, Mory | Labo | [Mamadoufofana276@gmail.com](mailto:Mamadoufofana276@gmail.com) | 622 22 97 29 |
| 8.3 | Mr. CONDE, Aboubacar | Labo | [Aboubacarconde05@gmail.com](mailto:Aboubacarconde05@gmail.com) | 628 32 02 54 |
| **9.** | **Hôpital Préfectorale Kouroussa** | | | |
| 9.1 | Mme SIDIBE, Aissata | Agent conseillère |  | 623 03 65 48  655 03 30 46 |
| 9.2 | Mme GOBOU, Holié | Chef Labo | [gobourose@yahoo.com](mailto:gobourose@yahoo.com) | 623 57 15 16 |
| **10** | **LTO Kankan** | | | |
| 10.1 | Mr. KOUROUMA |  |  | 628 32 72 22 |
| **11.** | **LTO – Kouroussa (integré dans CSU Wassabada)** | | | |
| 11.1 | Mr. BEAROGUI, Kamus | Suppleant MSM, actuellement chargé LTO |  | 623 89 80 07 |
| 11.2 | Dr. KEITA Ibrahima, Kalil | MCM | [Ibrahimakalilkeita061@gmail.com](mailto:Ibrahimakalilkeita061@gmail.com) | 622 54 39 42 |
| **12** | **OCASS Kankan/Kouroussa** | | | |
| 12.1 | Mr. KOURUMA, Aboubacar Sidiki | Superviseur OCASS | [askourouma68@gmail.com](mailto:askourouma68@gmail.com) | 622 44 64 10 |
| 12.2 | Mr. TRAORE, Mamady | Agent collecteur OCASS | [Mamadybaba87@gmail.com](mailto:Mamadybaba87@gmail.com) | 622 03 71 30 |
| **13.** | Autres | | | |
| 13.1 | Mr. FOFANA, Ibrahima, Kalil | Animateur Plan (SSR Kouroussa) |  | 628 36 76 34 |
| 13.2 |  | Ingenieur GenExpert | vit à Conakry | 626 96 41 00 |
| 13.3 | CNLS antenne régionale Kankan |  |  | 622 27 27 10 |

## L’équipe ICN/ Suivi Stratégique Mission Terrain

| **No.** | **Nom, Prénom** | **Fonction** | **E-mail/Site web** | **Telephone** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 | Dr. CAMARA, Siriman | OMS | [camaras@who.int](mailto:camaras@who.int) | 622 81 62 83 |
| 1.2 | Dr. BALDE, Korsé | CSS | [baldakor@gmail.com](mailto:baldakor@gmail.com) | 622 01 00 60 |
| 1.3 | Mme DIAKHABY, Bintou | CSS | [b.diakhaby01@gmail.com](mailto:b.diakhaby01@gmail.com) | 622 20 78 20 |
| 1.4 | Dr. HUBER, Goetz | Expert Integré ICN | [Goetz.huber@cimonline.de](mailto:Goetz.huber@cimonline.de) | 1. 97 90 |

# Schéma visuel système d‘approvisionnement

**Procurement and supply chain cycle (images sur l’internet)**

|  |  |
| --- | --- |
| http://www.differencebetween.info/sites/default/files/images_articles_d7_1/scm.jpg |  |
| Image result for Procurement and supply cycle Global fund | |

# 4. Constats plus en détails

## 4.1 Gestion de péremptions n’est pas suffisamment organisée pour les produits FM

**En particulier valable pour les ARV- Antirétroviraux**

**Recommandation :** Organiser la péremption (dès l’arrivé au pays) - Système de Gestion proactive continue des produits à risque de péremption (en particulier les tests de dépistage VIH)

* Voir Guide et procédures de gestion des intrants de sante lies aux IST et au VIH, programme national de lutte contre le SIDA, Madacascar 2011

[*https://www.jica.go.jp/madagascar/french/office/others/pdf/publications02\_13.pdf*](https://www.jica.go.jp/madagascar/french/office/others/pdf/publications02_13.pdf)

**Procédures de gestion des produits en voie de péremption**

***Surveiller les produits à risque de péremption***

- Ranger les produits correctement sur les étagères, ceux avec la date de péremption la plus longue (en général les derniers arrivés) derrière, de façon à pouvoir réaliser un inventaire visuel

- Répertorier tous les produits qui vont périmer dans un proche avenir (3 ou 6 mois par exemple)

**Prévenir les péremptions**

Il faut confronter le délai restant avant la date de péremption avec la période couverte par les quantités encore en stock :

- on doit disposer de la consommation mensuelle moyenne de chaque produit à risque de péremption;

- calculer régulièrement le nombre de mois de stock disponible et utilisable (NMSDU) pour chaque produit ;

- si les quantités en stock sont supérieures à la consommation prévisible pour couvrir le délai restant avant la date de péremption, il est probable qu'une certaine quantité de médicament se périme;

- lorsque l'on peut prévoir les péremptions de cette façon, aviser le SSD pour un éventuel redéploiement.

Le SSD effectue le redéploiement en intra district / interdistrict / intra régional et envoie un rapport à la DRS et au PNLS.

\* Pour les ARV : aviser la DRS qui va effectuer le redéploiement en interrégional et envoyer un rapport au PNLS.

**Proposition système de couleurs tableaux Excel (Echéance date de Péremption)**

*Programmation dans VBExcel*

|  |  |
| --- | --- |
| Rouge : 1 - 4 mois (ou 1-3)  Orange : 4- 8 mois (ou 4-6) | Jaune : 9 – 12 mois (ou 7 – 9)  Vert : 13 + mois (10 – 12) |

## 4.2 Déresponsabilisation niveau régional et préfectoral

**L’actuel système GAS du FM déresponsabilise le niveau dépôts régionaux/DPS, malgré la compétence existent dans un nombre de ces structures**

* Les dépôts régionaux et DPS reçoivent un plan de distribution préétablis et sont sensés de l’exécuter - ont un rôle très réduit de transitoire

**Recommandation :** Une responsabilisation plus accentues du dépôt régionaux, DRS (pharmacien Inspecteur) et DPS (décentralisation) dans la quantification et distribution des intrants

* Les responsables des dépôts périphériques sont informés mensuellement de la compilation des données de consommation des intrants des préfectures (pharmacien de district/Point Focal/chargé statistique)
* Etablissent à leur niveau les CMM des intrants de la région, servi par le dépôt pour suivre les besoins et planifier des commandes à la PCG central (Stock tampon)

**DNPM :** Désignation effective des pharmaciens de districts pour veiller à la gestion rapprochée et plus rigoureuse des intrants de la commande jusqu’à la consommation

**Réunion trimestrielles d’analyse des rapports – quantification au niveau régional/commande trimestrielle**

* Trimestriellement organiser une réunion régionale des responsables DPS et régionales pour les intrants pour quantifier et valider la commande trimestrielle (voir détails ci-dessus)
  + Financement panier de fonds (Chemonics/UGL, PTF intervenant au niveau régional, FM)
* Les quantités des intrants identifiés lors de la planification après validation par les programmes/PR sont acheminées aux dépôts régionaux et FS dans les chefs-lieux préfectoraux (CDT/CTA)
* Un stock de sécurité/tampon déposé aux dépôts régionaux

***Détails rencontres trimestrielles régionales***

**L’organisation de réunions trimestrielles/ établir un cadre de concertation entre la** Direction Régionale de la Santé (DRS), la PCG régionale et les Directions Préfectorales de la Santé (DPS)

* Le Pharmacien inspecteur, le Chargé de statistiques, et le Médecin Chargé de la maladie de la région (DRS /DSVCo)
* Le pharmacien responsable du dépôt régionale
* Les Pharmaciens, Points Focaux et Chargés de statistiques des districts (DPS)
* Les partenaires au développement qui sont présent dans la région
* ? autres responsables programmes et PR du niveau central

**Résultats attendues**

* Présentations des districts : Données épidémiologiques et données sur la gestion des intrants antipaludiques, antituberculeux et ARV
* Analyse les rapports mensuels de consommation et les commandes de produits antipaludiques de tous les CS, CMC et hôpitaux
* Quantification de la commande trimestrielle pour les 3 maladies (et autres intrants)
* Voir exemple Atelier trimestriel de coordination du comité régional de gestion des intrants pour le contrôle et la validation des données SIGL (TB/VIH/ Malaria) pour le compte du premier trimestre 2018, Togo, Sokode : 22-23 février 2018 - extrait 6.6
* Cette atelier est aussi une préalable de assurer que les données GAS (20 produits traceurs) à renseigner dans le tableau de board (Dashboard) PR/ICN du Fonds Mondial soient de bonne qualité

Dans son « diagnostic des SIGL en Guinée 2015 par SIAPS 2015 (Extrait du résumé) la recommandation suivante avait été formulé :

* Créer une unité régionale de gestion logistique, supervisée par le mécanisme de coordination, pour fournir une supervision de soutien à la collecte des données et formée pour utiliser les données à des fins de prise de décisions.

[*https://www.villagereach.org/wp-content/uploads/2016/07/20151204-VillageReach-Diagnostic-du-SIGL\_FINAL.pdf*](https://www.villagereach.org/wp-content/uploads/2016/07/20151204-VillageReach-Diagnostic-du-SIGL_FINAL.pdf)

## 4.3 Appui FM de façon générale au niveau préfectorale (DPS)

Renforcer le niveau préfectoral (DPS dans tous ces composantes en particulier celle qui concerne le SNIS et le système de gestion et d’approvisionnement des intrants.

**Gouvernance/Leadership DPS**

Les DPS sont l’épine dorsale du système santé en Guinée. Entre autres leur tâche est :

* Accompagnement des Formations Sanitaires : supervisions/réunion mensuelle DPS/ harmonisation avec les activités de supervision d’autres intervenant au niveau préfecture
* Coordination efficace d’activités des différents intervenants au niveau préfectoral – faciliter la complémentarité dans les appuis

La capacité et performances varient entres des DPS. Le niveau préfectorale (DPS) est fragilisé par ces propres faiblesses (manque de ressource financières, humaines, gouvernance,..) mais aussi par la forte verticalisation du système. En 2016 PNLP/CRS (FM) / et PMI (Presidential Malaria Initiative) avec soutien UGL/Chemonics Guinée ont recruté des Points Focaux (FF) dans la totalité des districts pour assurer un meilleur fonctionnement des activités DPS.

**Recommandation:** Constituer un panier en commun des bailleurs au niveau de la préfecture pour financer les supervisions intégrées/réunions mensuel au niveau DPS des responsables et fonctionnement du SNIS des données GAS

Voir document « Supervision Formative Intégrée Dans les Directions Préfectorales de la Santé de Labé et de Mali »

[*https://shareslide.org/supervision-formative-integree-dans-les-directions-prefectorales-de-la-sante-de-labe-et-de-mali*](https://shareslide.org/supervision-formative-integree-dans-les-directions-prefectorales-de-la-sante-de-labe-et-de-mali)

A cet effet l’ICN actuellement négocie la soumission d’une proposition d’assistance technique à l’initiative 5 % (7%). : « Renforcement des systèmes de santé au niveau préfectorale (DPS) : Analyse situationnelle - Rôle équipe cadre de district – Appui supervision intégrée formative »

## 4.4 Manque de communication effectif entre le prestataire PEV VIH avec patients pour les prévenir des effets secondaires possibles

**L’inobservance TAR - cas raconté lors de la réunion de l’équipe avec l’association Association « Kendeya Kadi » (la santé avant tous) à Kouroussa :**

Cas : Femme enceinte avait arrêté le traitement après quelques jours de prise d’ARV pour effets secondaires (maux de tête / vertiges), selon elle la patiente une «allergie ». Elle avait manqué à retourner au prescripteur pour demander ses conseils

* Jusqu’à 14 jours il est conseillé de supporter les effets secondaires comme souvent après quelques jours ces effets disparaissent, comme le corps s’habitue
* Il est aussi important de prendre les ARV le soir avant de se coucher, pour que les effets secondaires n’impactent pas sur les activités de la journée, il ne faut pas les prendre le matin sans manger

Une raison important de discontinuation de la prise des ARV avec le risque associé que le virus soit transféré à l’enfant (TME) au cours de la grossesse ou au cours d’une TAR est le développement d’une résistance qui nécessitera un traitement ARV de deuxième ligne (Echec thérapeutique).

La première cause d’échec thérapeutique est l’inobservance qui est dans la plupart de cas causé par l’éducation thérapeutique insuffisante.

**Recommandation :** **Programmes/DPS :** Insister dans les formations / donner des instructions/ conseiller lors des supervisions de l’importance de la communication en générale et en particulier sur quoi faire en cas d’effets secondaires

* Conseil de revenir au prescripteur en cas de problèmes - donner instruction comment éviter/gérer symptômes survenues

## 4.5 Peur de Stigmatisation – pertes de vue patients diagnostiqués VIH +ve

Un nombre important des femmes diagnostiques séropositives lors de CPN n’informent pas leur épouse par crainte de représailles et stigmatisation (résultat groupes de discussion PVVIH).

Par exemple des 4 femmes enceintes testées positive (de 326) en Janv. 18 aucun des conjointes ont été testés. En même temps que tous les 325 en exception d’une femme ont été testés pour VIH.

**Crainte des patients diagnostiqués VIH +ve d’étre stigmatisé**

* Crainte réel : en particulier les femmes sont souvent victime de discrimination

**Cas racontés lors de la réunion avec l’association PVVIH**

***Peur des femmes détectés VIH +ve informer leurs épouses***

* Cela les gênent vraiment, ils avaient tenue des réunions dans l’association mais ils se gênent toujours, ils ne savent pas comment le faire, demandent une aide pour les aider
* Réponse conseillère présent : qu’elle fasse en sorte que le mari vient à l’hôpital, la femme dévoile son statut au mari en présence de la conseillère
* Un cas seulement que le mari est informé – mais serodiscordant

Une étude de la GIZ a étudié les « Facteurs limitant l’implication des conjoints aux activités de la PTME dans la commune urbaine de Mamou », voir résumé en Annexe.

« 3 blocs de facteurs ont été identifiés comme responsables de la faible participation des hommes aux activités de la PTME.

* Déficit d’information des hommes sur la maladie et la PTME elle-même
* Peur de la stigmatisation et du rejet
* Peur de la rupture de confidentialité et du blâme dont serait victimes les personnes séropositives »

**Peur d’être reconnue à l’hôpital comme VIH+ve /rester indépendant**

* Patients VIH +ve « ne veulent pas aller à l’hôpital tous le temps, qu’on les sert et libère vite »
* Souhaitent qu’on leur donne les ARV pour 3 mois, pour être plus indépendant, par exemple voyager au Mali, autre pour l’achat de marchandises
  + veuves sont responsable de la survie du foyer

## 4.6 Sous-utilisation potentiel d’intégrer les cas identifiés au cours de la recherche de donneurs de sang (programme transfusion sanguine)

Actuellement un nombre important des cas VIH positives détectés lors des dépistages VIH pour chercher les donneurs de sang dans la famille (enfants anémiques/palu, complications de grossesse) ne sont pas suivi en les référant au service de counseling des services PEC HIV par manque de préparation et de compétence en counseling des services concernées (laboratoire, services clinique)

**Recommandations : PNPCSP** : se rapprocher des responsables centraux des CRTS : Centre Régional de Transfusion Sanguine/ services laboratoires pour améliorer la coopération – pour mieux préparer les ATS laboratoire comment agir en cas de détection d’un cas HIV lors de dépistage sanguin pour la transfusion sanguine

## 4.7 Gap de la programmation FM - sensibilisation population en générale

**Gap de la programmation FM – sensibilisation/ testage de la population en générale**

* Un nombre de bailleurs (PTF, ONG internationales) qui apparemment ouvraient dans la domaine VIH/Sida se sont retirés de la Guinée après que le FM commençait à financer les activité dans les 3 maladies (par exemple « Faisons ensemble/ USAID » dans la préfecture de Kankan. Leur départ a laissé un vide palpable
* Le FM c’est surtout intéressés aux populations clés at vulnérables mais actuellement un gap existe dans la programmation du FM ce que concerne la sensibilisation de la population générale (adolescentes et autres)
* Dans certaines préfectures des partenaires œuvrent dans ce sens (par ex. GIZ : Labé, Kindia, Mamou, Faranah)

## 4.8 Faiblesse d’ancrage OCASS – données collectés influencent peu les décideurs – voix encore faibles des associations PVVIH au niveau préfectorale

**Rôle important qui joue OCASS / Associations PVVIH**

* Institution OCASS pas/peu connues - Ancrage personnelle bon, mais pas officielle
* Assez bonne intégration des agents dans FS, reconnaissances rôle malgré réticences au début, une fois reporté que cela avait échoué
* OCASS connecté aux associations – fait les liens
* Agent OCASS fait souvent double figure (collecte données, counseling patients VIH+ve)
* Besoins défense des usagers des services PEC HIV, respect de confidentialité pour protéger leur statut, craintes réels de stigmatisation

**Manque d’ancrage avec DPS**

* Les préoccupations constatées il faut partager avec les responsables de la préfecture
* Si les responsables à la base ne sont pas informés des insuffisances on manque d’opportunité

**Rôle surveillance disponibilité / rupture d’intrants subventionnée FM**

* Les informations données aux agents collecteurs OCASS dans la majorité des cas relèvent des déclarations volontaires des responsables de pharmacies, pas sur une vérification sur les fiches de stock.
* Une checklist pour vérifier la disponibilité de molécules traceuses de différentes maladies n’existe pas

**Œil externe sur la gestion des intrants subventionnés**

Actuellement les données de consommation et la situation du stock (disponibilité des médicaments au cours du mois) remontent encore difficilement. Pour combler le gap ou le système santé génère et publié les données automatiquement à la fin du mois les agents collecteurs d’OCASS puissent jouer un rôle important en aidant à collecter ces informations/

Comme prérequis ils doivent avoir l’autorisation de la DRS, DPS et la direction des hôpitaux de s’enquêter sur la situation du stock au milieu et à la fin du mois.

Une transparence accrue des données gestion/disponibilité des intrants subventionnées FM créera des pressions indirectes sur les gestionnaires et décideurs – les agents collecteurs OCASS aideront à créer cette transparence

## 4.9 ARV périmés (Mars 18) sans remplacement – Arrêt de traitement ?- Qualité ?

**Incertitude des prescripteurs s’il faut arrêter le traitement des ARV dans une situation de rupture – même que des produits périmées (date de péremption Fin Fevr. 18) – remplacement pas encore disponible**

* Arrêt de traitement et risque de transmission du virus d’une femme enceinte à l’enfant / augmenter les risques développement des résistances aux  ARV ?
* Les dates de péremption sont administratives, c’est une estimation de la durée de vie du produit en restant coté sure. Cela ne veut pas dire d’un jour à l’autre, 28 du mois les molécules sont effectif mais le 1. du mois prochain après la date de péremption les molécules ont perdu tout effet
* Les dates de péremption servent pour la planification du système d’approvisionnement et sont à respecter rigoureusement, administrativement après la date limite d’échéance (péremption) il faut déclarer la molécule en rupture

**Recommandations :** Info nécessaire aux Prescripteurs pour prévenir un arrêt de traitement à cause de la péremption des intrants

* Pour les intrants périmés (principalement ARV) les prescripteurs individuellement puissent prendre la décision si le stock n’est pas encore remplacé de continuer à utiliser les produits encore 2 – 3 mois pour ne pas interrompre le traitement jusqu’à l’arrivée du nouveau stock
* Le système doit tout faire pour acheminer les produits avec date de péremption valable le plus tôt possible

Mais il ‘y a aussi d’autres opinions qui argumentent, pour que le système reste prévisible est logique l’utilisation des intrants périmées est à exclure.

# 5. Résultats institutions visités

## DRS Kankan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Description Organisation / Info interlocuteur** | | |
| **Info** |  | **Pharmacien inspecteur régionale :** en poste depuis 1 an, actuellement depuis quelque mois sous contrat Chemonics (successeur SIAPS), d’où le projet vient de commencer |
| **Activités** | **Description rôle / implication gestion d’intrants FM**   * En générale n’est pas impliqué «n’a pas tellement la main » dans la gestion des intrants FM, rôle réduit dans le suivi (supervisions en générale des médicaments dans la région) * Pas de rôle de validation de la commande, seulement signature * Participe à l’inventaire PCG dépôt régional | * Est chargé de la mise en œuvre du SIGL par UGL avec l’appui Chemonics * Avec UCL/Chemonics : activité de supervisons dans les districts – remonté des informations * Formation des gestionnaires FS planifié * Impliqué dans la mise en œuvre e-LMIS (déjà envoyé la liste des participants) |
| **Organisation chaine d’approvisionnement**   * Pas de magasin au niveau régional et préfectoral * Niveau central qui envoie le stock et la clé de répartition * Dès que les intrants FM quittent le niveau central PCG cela transite seulement au dépôt régional « PCG régional n’est qu’une transit – elle ne s’charge que du dispatching » * La région n’a presque pas un vison approfondi sur la chaine d’approvisionnement | |
| **Autre** | Un autre partenaire (GSI) veut appuyer les préfectures de Siguiri et Kérouané, qui sont en retard par rapport au système d’approvisionnent | |
| **CNLS antenne régionale** | **Rôle CNLS Antenne régional (Kankan)**   * Dans le passé CNLS pouvait approvisionner avec des ARV quand celui était coincé, mais seulement sporadiquement, mais cela ne se passe plus * Peu de concertation de CNLS avec les autres acteurs et eu partage d’informations, activités pas trop visibles | |
| **B. GAS** | | |
|  | Pour les antipaludéens  les PF CRS/ PNLP aident à l’établissement des rapports SIGL à chaque fin du mois, les chefs du centres font leur rapport, situation de leurs besoin | |
| **Rupture/ Surstock / Péremption** | **Situation de stock / distribution des intrants FM**   * Au cours de 2017 quantité important d’intrants envoyé à la région de Kankan, proche de la péremption (fin 2017/Janv/Fevr 2018) * Beaucoup des ARV sont périmée en Février 2018 * Pharmacien inspecteur a convoqué le responsable du dépôt régionale * Récemment nouveau arrivée d’intrants (quantité, molécules ?)   Intrants anti-TB « trop de ruptures », personnel LTO se déplace à Conakry pour chercher les intrants | |
|  | **MCM régional Kankan**   * L’envoie des intrants ARV en quantité trop élevés avec date de péremption proche (fin 2017. Janv/Fevr.18) posait beaucoup de problèmes, * les FS ne pouvaient pas consommer, leurs activités ne sont pas suffisant | |

**Commentaires sur les PF:** C’est une bonnes chose élargir leur champs d’action vers TB, VIH, renforce la capacité des DPS

## Dépôt régional Kankan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Description Organisation / Info interlocuteur** | | |
| **Info** | Dr TOURE, Himy, récemment muté du dépôt régional de Nzérékoré | |
|  | Intrants FM qui passent par le dépôt ?:   * Palu : 100 % * ARV : 100 %   Anti-TB ; seulement une partie, autres sont donné directement au CDT | |
| **B. GAS** | | |
| **Rupture/ Surstock / Péremption** | La disponibilité des intrants FM est faible – « on n’a pas cette stock de sécurité » | Les réactifs de laboratoire ne transitent pas par la PCG – envoyé directement aux structures (labo) |
| Qté d’intrants avec dates de péremption proche ont été retourné au niveau central (équipe a passé) | |
| **Stock FM 27.02** | **Paludisme**  AL-Arthemether/Lumef : pas de données, mais visuellement suffisamment quantités en stock  Artesunate 200 et 50 mg/suppos : 0  Artesunate 60 mg inj : 5400  Arthemeter 40 mg amp : 2188  MILDA: 0 | **Tests dépistage HIV**  Determine HIV Combo B/? (100)  Bioline HIV B/30: ? (100)  **ARV**  Lopinavir 100mg+Ritonavir 25mg, cpé B/60 : 90 (5400)  Ténofovir 300mg, comprimé B/30 : 126 (3780)  Efavirenz 50mg, cpé B/ ?: 124  **Anti IO**  Cotrimoxazole 960 mg, cpé : 272 000  Cotrim sirop fl/100 : 350  **Anti-IST**  Pas de molécules en exception de  Sulfadiazine 500 mg : 70 000 |
|  | **Intrants VIH Prévention**  Préservatifs masculins : 28 800  Préservatifs féminins : 1000  Kits de dépistage VIH (B/ ?) : 25  **Consommables**  Alcool 70° Fl/l : 40 |
| **C. Recommandations** | | |
| **CSS** | Connaitre/Etablir les CMM des intrants de la région servi par le dépôt pour suivre les besoins | |

|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\02_Depot regionale\IMG_20180227_150804.jpg** | **C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\02_Depot regionale\IMG_20180227_150816.jpg** |
| **C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\02_Depot regionale\IMG_20180227_142022.jpg** | **C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\02_Depot regionale\IMG_20180227_142333.jpg** |

## DPS Kakan

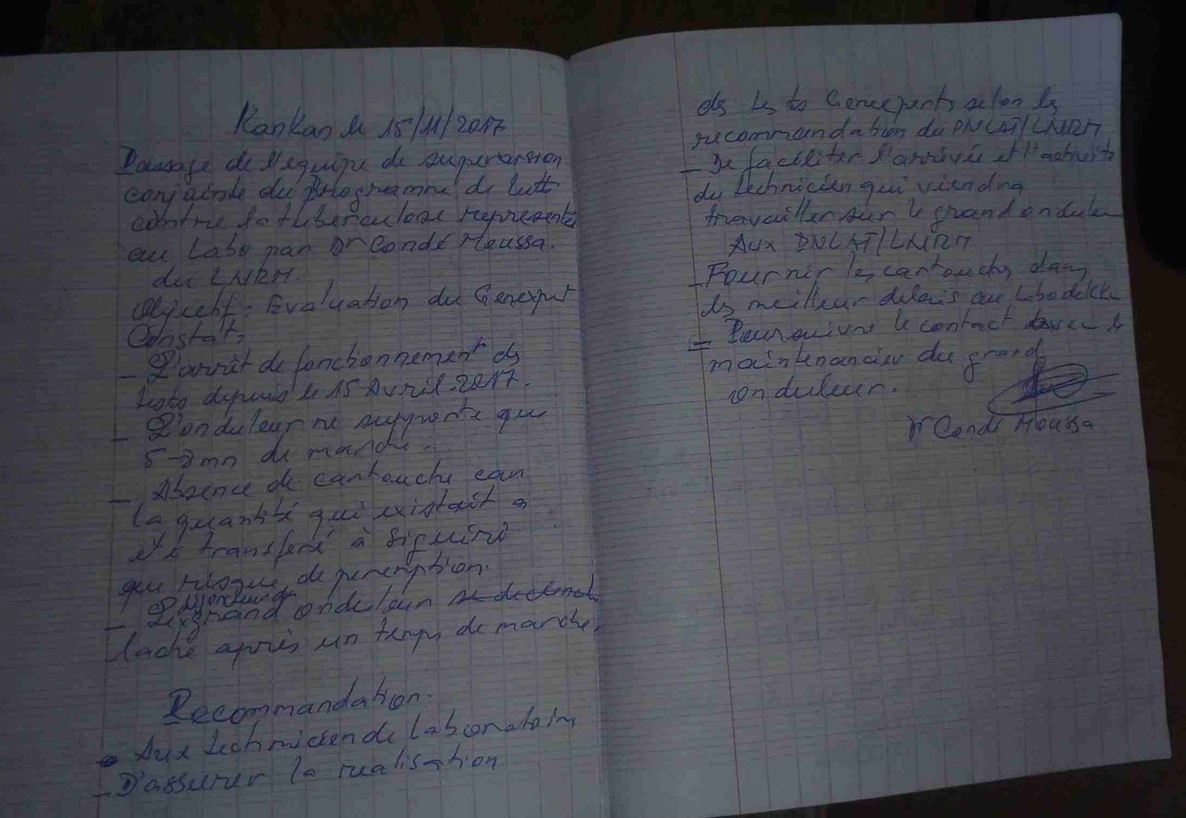
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Description Organisation / Info interlocuteur** | | |
| **Personnel** | * Directeur DPS * MCM et suppléant * Chargés : pharmacie et logistique   statistiques, service à base communautaire  Section recherche planification, | |
| **Activités** | * Supervisions intégrés formatives * Activité monitorage semestriellement * Préparation et participation aux CTRS, CTPS (Coordination des interventions dans le secteur de la santé) 1 x semestre | |
| **Réunion mensuelles FS**   * le 5 du mois organisation des réunions avec les chefs des CS/hôpital (1 journée) * Avant la rencontre les CS envoient tous les rapports, exigence DPS 3iem jours du mois prochain * Tous les rapports sont analyses avant (2 jours) * Paiement transport 10 litre de carburant ou forfait, nuitée la veille de la rencontre et restauration par agent de Crédit rural (source : PNLP/CRS) | * A la réunion, projection des rapports, annotation des résultats, * les partis qui ne semblent pas bien sont discutés * certain points sont corrige sur place – d’autres seront traités lors des supervisions formatives |
|  | **Rôle PF remonté des données SNIS / consommation intrants**   * Analyse des rapports - collaboration PF et chargé statistique * Nbre de cas traités correspondent à la consommation ? * Saisi dans un fichier Excel (maquette) les données de consommation des 18 CS + camps militaire + hôpital (20 structures) | |
| **Projets/PTF** | **Dans le passé le projet USAID « Faisons ensemble » était très efficaces dans les activités de sensibilisation VIH**   * Formation / payement des primes conseillères * Certains anciens sont encore employés par l’état * « L’approvisionnement ne manquait pas – cela fonctionnait très bien » * Membres de l’association PVVIH faisons office de conseillères, soutient par l’association / partage d’expériences | |
| **B. Programme** | | |
| **Point Focal** | **MCM/DPS**   * Il est nécessaire qu’il évolue avec nous sur toutes les activités, on lui a dit désormais * Dans la supervision il nous aide, on travaille ensemble | **Point Focal**   * « Très bien intégrée dans l’équipe cadre, accueil chaleureux, se passe très bien » * Membre actif dans les activités de supervisions et Monitorage, * Appui dans le cadre de formation des chef de centres, formation sur les tas, * Activités : paludisme, vaccination polio, campagnes |
|  | **Responsabilité principales**   * Remonté des données, respect des directives * L’analyse et vérification des Rapports SNIS/ SIGL   **Elaboration de commandes trimestrielles**   * 5 février (Commande T-2) préparatifs 2 jours, vérification des donnés (CMM) lors de la réunion mensuelle, * Pas trop de problème, parce que le DPS dispose des rapports SIGL des dernier 3 mois   C’est juste pour contrôler | |
| **Mutualisa-tion aux 2 autres maladies ?** | **MCM**   * « Même s’il y’aura débordement, d’abord c’est très utile, je suis très d’accord que le PF embrasse ces autres activités * au fils de temps on verra, on peut évoluer ensemble aboutir à ce que vous attendez de lui »   **Priorités PF**   * La supervision * La récolte de donnes * Rapporter les données et leur analyse avant et lors des rencontres mensuelles | **PF**   * « Je trouve comme un plus, permet d’avoir une idée plus large les différents services des FS dans la préfecture * Cela me permet d’avantage de mieux de suivre les FS * Charge de travail va augmenter |
| **ASC** | L’état a formé des nouv. AC en mars 2017, formations sur place (thématique CPN, CPN)  **Expérience positive**   * contribue à la lutte contre le TB, IEC | **Réunion des agents commentaires**   * Chaque mois au niveau CS, à partir du 25 du mois * Le PF essaie de participer à quelques en fonction de sa disponibilité et des ressources, * PF formateurs principal |
|  | **Problèmes ASC ?**   * Peuvent quitter le village, nécessité de les remplacer * Certains ne sont pas lettré ou écrivent seulement en arabe * Difficulté de rapporter eux même dans le canevas de rapport, | |
|  | **Problème d’harmonisation rémunération**   * MS vient de former 600 ASC dans la préfecture, 180 PNP * Autres projets rémunèrent mieux ses agents communautaires * Jalousie - découragement * Que toutes les ASC soient traites sous le même trait d’égalité * Primes uniformisées   **Problème de mise à niveau pour certain ASC**   * pour un analphabète c’est difficile de remplir lui-même son rapport | |
| **OCASS** | **Connaissances programme/agents OCASS par l’équipe cadre DPS - Utilité**   * MCM et PR ne connaissent pas connait * MCS  a vu le superviseur OCASS aux rencontres à la coordination CNLS * Ne reçoivent pas des rapports, Aucune restitution à la DPS / CTRS   MCM : « un œil extérieur est utile, cela peut nous éclairer vraiment » | |
| **C. GAS** | | |
| **Rupture/ Surstock / Péremption** | **Site PTME formés mais pas fonctionnel par manque d’intrants de dépistage**   * Formation PTME : Oct/Nov 2017 * 18 CS non- approvisionné | **MCM – Médecin Chargé de maladie**   * Régulièrement des ruptures des tests de dépistage dans le CDV Salamani * Souvent des ruptures des tests dans les centres intégrés PTME (pénurie de tests |
| **D. Recommandations/ Besoins** | | |
|  | **Recommandations directeur DPS**   * Appui rendre régulière supervision de districts * Ajouter un deuxième jour à la réunion mensuelle des responsables CS (donnera plus de temps - choisir des thèmes/problèmes à discuter plus en profondeur) * Appui aux monitorages semestriels et formations (besoins identifié au niveau DPS)   **Appui FM aux réunions mensuelles**  Il faut actualiser/élargir le nombre de personnes qui participent - toute l’équipe cadre (8 personnes) | **Service statistique**   * Un seul ordinateur, qui est un bon * Besoin d’une imprimante multifonctionnelle (scanner, Photocopieuse, ..)   + Moyen de déplacement – moto (supervision CS) * Renforcement domaine informatique   + Microsoft office : formation en Excel/ comment créer une base de données   + Backup des donnés efficace * Peu de moyen de Backup des donnés pour sauvegarde et archivage (utilisation des disques dur externes, clés USB) |
|  | **Magasin de stockage**   * actuellement ce sont des bureaux qu’on transforme * Une construction est nécessaire, espace dans la cours disponible | |

|  |  |
| --- | --- |
| E:\26_ResPhotos-KankKour-3-18\02_Choisit-dimunition\01_DPS Kankan\20180301_151749.jpg | E:\26_ResPhotos-KankKour-3-18\02_Choisit-dimunition\01_DPS Kankan\IMG_20180227_130147.jpg |

## Hôpital Régional Kankan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Description Organisation / Info interlocuteur** | | |
| **Activités** | **File actif : 1583**  Hommes♂: 605, Femmes ♀: 916   * Enfant ♂ : 36 ♂26, * Co-infection TB : 3 * Pas des cas de résistance au ARV de première ligne * Hôpital est le seule site de prise en charge (PEC) VIH | **Services**  Médicine interne, Cardiologie, Radio  Garde, Pédiatrie, Néonatologie, Chirurgie, Traumatologie, ORL  Ophtalmologie |
| **Service PEC VIH**   * Médecin + 2 ATS * Majorité des cas sont dépistés à l’initiative des médecins soignants * Patients reçoivent un counseling pré et posttest – mise en contact avec association PVVIH (agent collecteur OCASS sur place – aide avec le counseling) * Problème VIH 2 rupture totale – maintenant référence à Conakry * 2 des 3 conseillères psychosociaux sont partis à la retraite, non- remplacé   **Peu de moyens diagnostiques**   * Tests CD-4, charge virale ne sont pas effectués au laboratoire * Ne sont pas informé de l’arrivé d’intrants CD-4 au labo en Janv. 18 | |
| **Autre** | **Laboratoire : semi-autonome**   * budget pour intrants géré à leur niveau * intrants laboratoire ne passent pas la pharmacie | |
| **B. Programme** | | |
|  | **Pharmacie**   * Personnel (4), pharmacien + adjoint, 2 assistants + contractuels * 2 points de ventes * Pharmacie 24/24 * 16 :30 / Pharmacie de garde * Plein des pharmacies privées * Centres de ventes – chefs de services viennent se procurer   **Gestion de stock**   * Au moment de la visite, gestion en documents physique (registres, fiche de stock) * L’adjoint a suivi une formation gestion de stock, mais ne peut pas dire quel logiciel utilisé * Chaque fin du mois le staff discute les problèmes concernant la situation du stock | **Examen laboratoires**   * Tests spécifiques VIH CD-4, charge virale, dépistage gratuit * Non fonctionnement compteur CD-4 : manque de réactifs depuis 6 mois, « cela a fonctionnée peu » * En Janv. 2018 Arrivée d’intrants CD-4, mais site PEC pas informé, pas de tests demandés/effectués * Pas de tests charge virale * Les bilans sont seulement effectués en cas de signes pathologiques * Autres test de laboratoire non-spécifiques (bilan) payants: hémoglobine, Enzymes hépatiques ALAT, ASAT, GGT, antigènes Hépatite HbAs ? * Couts : 60.000 – 80.000 FG |
|  | **Examen GenExpert non-effectués**   * Problème d’onduleur, l’appareil nécessite de courant stable * Problème d’infrastructure - Réaménagement de la salle nécessaire   + Problème de motivation ? | |
|  | * Une supervision de Dr. Condé Moussa le 15.11.2017 a recommandé la consultation d’un Ingenieur résidant à Conakry : Tel : 626 96 41 00 * Directeur de l’hôpital dans la réunion de restitution promet l’achat de l’onduleur par les fonds d’hôpital * Voir ci-dessus photo du cahier de recommandations | |
| **C. GAS** | | |
| **Rupture/ Surstock / Péremption**  **Impact sur PEC** | **Antipaludiques**   * Artesunate injectable était en rupture – n’a pas reçu pas suffisamment | **Service PEC VIH**   * Problèmes disponibilité tests dépistage VIH (Pénurie/rupture) * pas d’examen CD-4, charge virale * GenExpert non fonctionnelle |
| **ARV**   * Durant tout 2017 pas de rupture d’ARV formes adultes * Seulement fin dec. 17 rupture Duovir N, est revenue janv. mais pas en grande quantité * Duovir simple - jamais en rupture * 2017 : Problèmes disponibilité Névirapine sirop, Lovirapine * Duovir Junior, 2 mois sans avoir la forme sirop ou comprimé   VIH -2 : Lopinavir : cela sort très peu (10 personnes) | |
|  | **Fin 2017/deb. 2018**   * Envoie récemment d’une qté Atripla avec date de péremption proche, Janv. 18 | **Situation 1.03.17**   * Jusqu’à fin Janvier la situation d’approvisionnement avec ARV était bonne   Mars 2017 qte d’ARV périmés |
| **D. Recommandations** | | |
|  | **Service statistique**   * Modifier canevas SNIS avec différents services hospitalières pour faciliter l’insertion de donnés, actuellement doit constituer un fichier Excel pour faire la compilation | |
| **CSS** | Remplacer les 2 conseillères psychosociales qui sont partis en retraite pour assurer ces services | |

**Notes dans le cahier de supervision labo de Dr. Condé Moussa, 15.11.2017**



|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\03_Hopital Kankan\IMG_20180301_102542.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\03_Hopital Kankan\IMG_20180301_081653.jpg |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\03_Hopital Kankan\IMG_20180301_100147.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\03_Hopital Kankan\IMG_20180301_100055.jpg |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\03_Hopital Kankan\IMG_20180301_115935.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\03_Hopital Kankan\20180301_125842.jpg |

## OCASS Agents collecteurs – Superviseur

**Recommandations Superviseur OCASS**

1. intégrer dans la subvention des FM les AGR pour favoriser l'auto prise en charge des membres des PVVIH;

2. Renforcer le dispositif de veille communautaire OCASS en faisant une extension dans d'autres FOSA

## CDV - Centre de Dépistage Volontaire Salamani (CS urbain Kankan)

**Rapport mensuelle CDV – Salamani – Dec. 2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prise en charge des PVVIH** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | Non ARV | ARV | | | | |
|  |  |  |  |  |  | Masculin | | Féminin | | Total |
|  |  |  |  |  |  | 0-14 ans | ≥ 15ans | 0-14 ans | ≥ 15ans |
| Cumule des patients | | | | | | 0 | 3 | 120 | 7 | 218 | **348** |
| Nombre de nouveaux malades inclus | | | | | | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | **6** |
| Nombre de patients transférés | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| Nombre de perdus de vue au cours du trimestre | | | | | | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | **3** |
| Nombre de décès au cours du trimestre | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| Nombre de patients pour la première ligne | | | | | | 0 | 1 | 5 | 1 | 27 | **34** |
| Nombre de patients pour la 2ième ligne | | | | | | 0 | 0 | 7 | 0 | 17 | **24** |
| Nombre de PVVIH/TB co-infectés | | | | | | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | **1** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **Adultes** | | **Enfant inf 15 ans** | | **Total** |
| **M** | **F** | **M** | **F** |  |
| **Evolution de la file active** | | | |  |  |  |  |  |
| E1 | Nombre de nouveaux patients mis sous ARV | | | 2 | 4 | 0 | 0 | **6** |
| E6 | Nombre de pateints tuberculeux mis sous ARV | | | 1 | 0 | 0 | 0 | **1** |
| **Suivi des patients** | | | |  |  |  |  |  |
| A1 | Nombre de séropositfs chez qui la TBC a été diagnostiquée | | | 1 | 0 | 0 | 0 | **1** |
| A2 | Nombre de patients ayant eu un comptage CD4 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| A3 | Nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge virale | | | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| A4 | Nombre de patients recevant le cotrimoxazole | | | 4 | 3 | 1 | 0 | **8** |
| **Resultat du suivi** | | | |  |  |  |  |  |
| S1 | Nombre de Paitents sous ARV depuis 12 mois | | | 21 | 39 | 2 | 2 | **64** |
| S2 | Nombre de Paitents sous ARV depuis 24 mois | | | 10 | 21 | 0 | 0 | **31** |
| S3 | Nombre de Paitents sous ARV depuis 36 mois | | | 9 | 11 | 0 | 0 | **20** |
| S4 | Nombre de Paitents sous ARV depuis 48 mois | | | 8 | 3 | 1 | 0 | **12** |
| **Situation à la fin du mois** | | | |  |  |  |  |  |
| B1 | Nombre de patients suivis sous ARV | |  | 13 | 45 | 1 | 1 | **60** |
| B2 | Nombre total de patients suivis |  |  | 13 | 45 | 1 | 1 | **60** |

**Conseil dépistage volontaire - Fiche de laboratoire**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ACTIVITES** | **Hommes** | **Femmes** | **Enfants - 15 ans** | | **TOTAL** |
| M | **F** |
| 1 | Nombre de personnes dépistées volontaires | 1 | 2 | 0 | 0 | **3** |
| Nombre de dépistés ayant reçu le résultat | 1 | 2 | 0 | 0 | **3** |
| Cas positifs | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| 2 | Nombre de personnes dépistées pour diagnostic et initiative du soignant | 2 | 14 | 2 | 1 | **19** |
| Nombre de dépistés ayant reçu le résultat | 2 | 14 | 2 | 1 | **19** |
| Cas positifs | 0 | 3 | 0 | 0 | **3** |
| 3 | VIH1 | 0 | 3 | 0 | 0 | **3** |
| VIH2 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| VIH1 +VIH2 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| 4 | Nbre de préservatifs distribués | 60 | 30 | 0 | 0 | **90** |

**CDV Salamani Janvier 2018**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Femmes enceintes** | |
| 1 | Nombre de première CPN | 326 |
| 2 | Nbre de femmes enceintes conseillées | 326 |
| 3 | Nbre de femmes ayant accepté le test de dépistage VIH | 326 |
| 4 | Nbre de femmes enceintes testées | 325 |
| 5 | Nbre de femmes enceintes testées qui ont recu leur résultat | 325 |
| 6 | Nbre de femmes enceintes testées positive | 4 |
|  | **Conjointes testés au VIH** | |
| 7 | Nbre de conjointes testés au VIH | 0 |
| 8 | Nbre de conjointes testés positifs au VIH | 0 |
| 9 | Nbre de conjointes ayant reçu leur résultat | 0 |
| 10 | Nbre de femmes VIH+ testées pour la syphyllis | 4 |
| 11 | Nbre de femmes VIH+ testées +ve pour la syphillis | 4 |
|  | **Femmes sous ARV/Cotrimoxazol/adoption PF** | |
| 12 | Nbre de nouvelles femmes enceintes VIH+ ayant initié la prophylaxie ARV | 4 |
| 13 | Nbre de femmes VIH+ sous ARV (enceintes et accouchés) | 22 |
| 14 | Nbre de femmes VIH+ sous Cotrimoxazole (enceintes et accouchés) | 22 |
| 15 | Nbre de femmes VIH+ ayant adopté une méthode de planification familiale | 0 |
|  | **Enfants exposés au VIH** | |
| 16 | Nbre d’enfants exposés au VIH nés dans le site | 2 |
| 17 | Nbre d’enfants exposés au VIH sous prophylaxie ARV | 2 |
| 18 | Nbre d’enfants exposés au VIH sous cotrimoxazole | 18 |
| 19 | Nbre d’enfants exposés au VIH suivis | 20 |
| 20 | Nbre d’enfants exposés au VIH sous allaitement maternel | 2 |
| 21 | Nbre d’enfants exposés au VIH sous-alimentation artificielle | 0 |
|  | **Enfants dépistés** | |
| 22 | Nbre d’enfants exposés au VIH depistés par PCR (dès de la 6ième semaine) | 0 |
| 23 | Nbre d’enfants exposés au VIH dépisté positif pour VIH par PCR | O |
| 24 | Nbre d’enfants exposés au VIH ayant beneficié d’un dépistage sérologique (à 18 mois) | 0 |
| 25 | Nbre d’enfants exposés au VIH confirmés +ve après 18 mois | 0 |
| 26 | Nbre d’enfants exposés au VIH ayant beneficié d’un dépistage sérologique (à 18 mois) | 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\04_CDV Salamani\20180301_142320.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\04_CDV Salamani\20180301_142244.jpg |

## LTO – Kankan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Description Organisation / Info interlocuteur** | | |
| **Activités** | **Dépistage TB**   * Cas détectés  T-3 : 81, T-4 : 63 * on a commencé très tard, normalement on va jusqu’à 100/trimestre (manque d’intrants laboratoire) * Cas d’échec T-3 :4, T-4 : 2 cas | **Dépistage Coïnfection VIH**   * T-3 : 56 testés de 97 - 10 cas HIV +ve , (normalement devrait être teste 97) * T-4 : 47 testés de 66 = 12 cas HIV+ve   **Absence de tests de dépistage**   * Référence au PEC VIH pour dépistage VIH * Les manuels recommandant toutes les TB-CDR * On peut convaincre des gens de faire les tests ici - mais s’ils partent ils peuvent changer leurs avis |
| **B. Programme** | | |
| **ASC** | * suivi par les AC n’est pas consistant * formé mai pas vraiment – ne connaissent pas vraiment les notions des DOTs * déposer les crachats oui, suivre les malades : Non * Ne voit pas l’impact ONG qui s’occupe des AC – qui fait le DOT communautaire | |
| **D. GAS** | | |
| **Rupture/ Surstock / Péremption** | **Ruptures répètes et prolonge depuis 2016 - Circuit n’est pas bon**   * Tous les 3 mois pas de molécules ni d’intrants de consommables de laboratoire * 2017 T-4 même situation * « Quand j’appelai la PCG : réponse on ne peut pas disponibiliser un camion pour 3 cartons * Circuit PNLP – CDT : pas adapté * nous avons besoin de intrants toutes les trimestres - les malades ne attendent pas | * Actuellement plus en rupture :   RHZE : 8736 (Expir. 2/2020)  RH : 6720, (2/20)  RH comp. disp. 504 (11/18)  Strept 1ge inj. 200 (1/20)  RHE : 2016 (2/20) |
| **Utilisation GeneXpert TB**   * Si au 2ieme contrôle 5 ième mois, l’examen crachat reste positive, pas réponse au traitement, référence pour GenExpert (suspicion résistance – testage) * Aucun test GeneXpert effectué   **Difficultés énumérées par labo hôpital Kankan**   * Pas suffisamment de courant pendant la journée, groupe électrogène ne tourne que peu de temps * Il faut la nuit : 19 :00 – 7 :00 pour disposer du courant stable * Mais le soir/nuit le personnel labo ne travaille pas * On ne peut pas engager une cartouche * Le stock de cartouches disponibles à cause de la non-utilisation de l’appareil ont été envoyé à Siguiri   **Suspicion du vrai raison :** Manque de motivation | |
|  | Actuellement les cas de TB résistante (2 cas) sont envoyé à Conakry/ Ignace Deen   * Traitement de 9 mois * Séjournent la bas à leur frais * Tout le mois contrôle pendant les 9 mois | |
| **Impact sur prise en charge** | **2016**   * Déperdition de malades, si les malades viennent 2 fois, mais il n’y a pas d’intrants, ils sont déçu et ne viennent plus * Même arrêt de traitement – pas de solutions * crée des cas multi résistant | **Manque d’intrants laboratoire**   * « Ca fait chuter la détection, 3 mois sans examen de crachats »   20 – 30 % de moins de cas TB détecté |
| **E. Recommandations** | | |
| **LTO** | **Logistique/Carburant**   * Le moyen pour relancer les malades ne sont pas suffisants * le téléphone seul n’est pas adéquat * Financement d’achat carburant | **Décentralisation de la Prise en charge – Co-infection VIH**   * Certains malades suggèrent qu’ils préféraient être pris en charge par les CDT au lieu d’être référé * Cela éviterait les risques de stigmatisation, maladie TB est plus acceptable que le VIH |
| **ICN** | * Mettre à la disposition du LTO de tests de dépistage VIH (CDV)   **Transformation en centre de PEC Coinfection ?**  à discuter entre DPS/programme/PR | |

#### Analyse SWOT / FFOM par LTO Kankan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Positif** | **Négatif** |
| ***pour atteindre l’objectif*** | |
| **Origine Interne (organisationnelles)** | **F – Forces**   * Disponibilité d’un CDT * Personnel soignant formé en dépistage et à la prise en charge * Disponibilité d’un laboratoire en bacilloscopie * Disponibilité directives nationales et de politique sanitaire pour la tuberculose | **F – Faiblesses**   * Faible tx de détection par rapport au directives * Faible tx d guérison * Nbre élevées de malades absents au traitement * Incapacité de tester toutes les malades pour le VIH |
| **Origine externe (environnement)** | **O – Opportunités**   * Utiliser les medias radio rurale dans la sensibilisation (signes de maladie, gratuité de traitement) * Renforcer le DOTS communautaire par le canal d’ONG nationales * Renforcement l’activité AC * Appui des ONG locales évoluant dans la domaine santé | **M – Menaces**   * Ruptures de médicaments et consommables de laboratoire * Absence de système efficace de relance |

## Association Espoir - Vie – Santé – Kankan

|  |  |
| --- | --- |
| **Cas énumérés** | **Cas-1**  **Patient, femme, 30 ans: rejeté par sa famille, même haï, avait dévoilé son statut**   * ignorait les possibles conséquences négatives, a demandé le superviseur OCASS de l’aider à la concilier avec sa famille * était en stade terminal, très émacié, traité à Bamako, après traitement ARV, a pris de poids, santé beaucoup amélioré * maintenant la famille considère les diagnostique comme faux, « les médecins ont menti sur toi » * la patiente maintenant calmement les ARV a la plus grande discrétion * Conseil : Alimente toi bien pour ne pas perdre ton poids et attirer l’attention   **Cas-2**  **Veuve VIH +ve, le mari décédé a laissé un lopin de terrain - – a famille veut retirer la parcelle**   * Belle-mère dit que la femme était plus âgé que son couple, lui n’aurait pas dû mourir, c’est elle la cause * Le mari avait laissé tous les papiers à sa femme, elle nécessite la propriété de s’occuper des enfants (aussi VIH +ve) - rester à l’actif des enfants * Femme a pris tellement peur – coordinateur OCASS a pris contact haut-commissariat |

## DPS Kouroussa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Description Organisation / Info interlocuteur** | | |
| **Personnel** | **Système approvisionnement en intrants (SIGL)**  Pas pharmacien de district, celui de l’hôpital fait office | |
| **Activités/résultats** | * Chaque mois 1 jour rencontre mensuelle des 8 CS ruraux, 2 CS urbain et hôpital (en total 11) * Supervisions conjointes avec (équipe cadre) parfois avec appui MSF qui facilite véhicules | Les donnes de consommation de toutes les médicaments (y inclus VIH et TB) sont renseignes par les responsables CS (rapports SIGL de toutes les structures de l’année 2017) |
| **B. Programme** | | |
| **Point Focal** | **Intégration - Logistique**   * Détient un bureau, Logistique : moto (FM) * Très bien intégrée dans l’équipe cadre   **Principales taches**   * Prise en charge des cas de palu, hôpital et CS * Suivi performances des FS (CS et Hopital), * ressortir les lacunes - mise en niveau * Participe aux supervisions conjointes (équipe cadre/PTF) * Appui leadership, management renforcement des capacités de l’équipe cadre | **Rôle PF dans l’approvisionnement Intrants**   * la collecte et la remontée des informations à temps * Donnes PEC, la consommation d’intrants (Rapport SIGL) - SNIS * Renseigne le canevas SNIS en ligne - travail en collaboration avec gestionnaire de donnes DPS * Accès personnel au donnés SNIS * Elabore et maintien des fichiers de synthèse Excel compilant les données de consommation, avec CMM pour la prefecture   **Connaissance CS médicaments traceurs ?**   * tous les centres connaissent * aussi la commande d’urgence * petit à petit savent faire les CMM |
| **Mutualisa-tion aux 2 autres maladies ?** | * La charge de travail est assez importante, l’extension aux deux autres maladies va l’augmenter * Mais le canevas à renseigner et le même * « Une très bonne activité, ça vous permet d’avoir une idée plus large des activités des structure de santé, utile pour sa formation » | |
| **ASC** | * 10 agents communautaires par CS, par endroit fonctionnel * Divers PTF soutiennent : HKI, MSF (PCIME) * PNLP soutient ASC Palu, pas d’autres maladies, pas le paquet complets, présence ASC TB, mais pas HIV * Problèmes quand c’est la période de récolte ou des mines (hors saison de pluie) * les gens disparaissent comme ils ne reçoivent pas quelque chose de consistant * à chaque cycle il faut former des nouveau ASC, formation sur les tas | |
| **OCASS / PVVIH** | Bien intégrés et appréciés dans les structures (PEC VIH hôpital prefect., CSU – Centre Urbain Wassabada, | Association PVVIH « santé avant tous »fonctionnel |
| **C. GAS** | | |
|  | * Selon le PF de Kouroussa les agents envoyés par les FS pour récupérer les intrants vérifient sur place * il ouvre les cartons au niveau de la DPS et contrôle si le continu est conforme au bordeaux de livraison * Les livraisons de la PCG puissent rester quelques jours/fin de semaine au niveau DPS jusqu’à les cartons sont cherché | |
| **D. Recommandations** | | |
|  | 1. A la DPS il serait très important d’avoir un pharmacien pour veiller à la gestion rapprochée et plus rigoureuse des intrants de la commande jusqu’à la consommation    * charge du travail ne permet pas au pharmacien de l’hôpital de suivre les activités des centres de santé 2. A l’image du canevas de rapport SIGL qui prend en compte tous les intrants, il serait plus efficient de produire un canevas commun pour renseigner les informations épidémiologiques (à la fin du mois les chefs de centre se retrouvent avec beaucoup de rapports à faire) | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\05_DPS Kouroussa\IMG_20180302_084326.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\05_DPS Kouroussa\IMG_20180302_084231.jpg |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\05_DPS Kouroussa\IMG_20180302_085246.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\05_DPS Kouroussa\IMG_20180302_084602.jpg |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\05_DPS Kouroussa\IMG_20180302_084553.jpg |

## Hôpital Préfectorale Kouroussa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Description Organisation / Info interlocuteur** | | |
| **Personnel** | **Service PEC VIH**  Médecin 0, Aide santé : 1, Technicien de labo (ATS) : 1, Pharmacien : 1 | Deux personnes formées au CDV mis à la retraite |
| **Activités** | PEC VIH - File actif : H=25 /F=63 Enfant H=4 F=1, Co-infection H=1 | * L’hôpital est le seul site PEC VIH * Bureau du CDV, PEC, bureau des entrées dans un même endroit * ATS seule conseillère |
| **Centre de transfusion**  Test systématique avec détermine Hbgs, Hcv, test syphilis | |
| **D. GAS** | | |
|  | **Stock au dépôt pharmacie** | |
| **Rupture/ Surstock / Péremption** | * En 2017 bonne disponibilité d’ARV (même surstock) * Lot ARV périmé Janvier et Février. 2018 * Rupture à partir Mars 18 : **Atripla** Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir) – Stock périmée | * Efavirenz 600mg : 780 * Zidovudine/Lamivudine 300/150mg : 3 480 * Zidovudine 300mg/Lamivudine 150mg/Névirapine 200mg : 4 860 |
| **ARV Enfants**   * Zidovudine 60mg/Lamivudine 30mg/Névirapine 50mg : 1 920   **Tests de dépistage**   * Determine COMBO Ag /Ab en kit complet: 800 * Bioline HIV 1-2 Kit B/30 :120 | **Antibiotiques / Anti IST**   * Cotrimoxazole 240mg/5ml, Flc : 71 * Cotrimoxazole 960mg, cp é: 73 000   **Intrants de Prévention**  Préservatifs masculins : 9 648 |
| **Antipaludiques**   * Artéméther 20mg+Luméfantrine 120mg, cpé-blister 6 (NN) : 5 760 * Artéméther 20mg+Luméfantrine 120mg, cpé-12 (PE) : 4 320 * Artéméther 20mg+Luméfantrine 120mg, cpé-18 (GE) : 6 480 * Artéméther 20mg+Luméfantrine 120mg, cpé-24 (AD) : 5 760 | * Artésunate 60mg/ml, inj. : 600 * Artésunate suppositoires : 0 * MILDA : 0 * Test Diagnostic Rapide Malaria : 2 550 |
|  | Appareil CD4 : cartouche périmé | |
| **Outils Gestion** | Rupture d’ordonnancier et dossiers individuel des patients | |
| **Impact sur PEC** | Arrêt du traitement ARV si l’hôpital n’utilise pas le stock périmé jusqu’à l’arrive des nouv. molécules | |
| **E. Recommandations** | | |
|  | Remplacer les deux conseillers retraités, approvisionner le plus vite possible les sites PEC en ARV cartouche CD4, ordonnancier et dossier patient | |

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\Hop-KouroussRed\Hopitl Kouroussa.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\Hop-KouroussRed\HopKourouss-avec ServPEC.jpg |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\06_Hopital Kouroussa\20180302_094216.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\06_Hopital Kouroussa\IMG_20180302_105801.jpg |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\06_Hopital Kouroussa\IMG_20180302_110651.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\06_Hopital Kouroussa\IMG_20180302_110606.jpg |

## CSU – Centre Urbain Wassabada (Kouroussa)

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\07_CSU Wassaba\20180302_122804.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\07_CSU Wassaba\IMG_20180302_122619.jpg |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\07_CSU Wassaba\IMG_20180302_113405.jpg | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Choisit-dimunition\07_CSU Wassaba\IMG_20180302_174512.jpg |

## LTO – Kouroussa (intégré dans CSU Wassabada)

## Association « Kendeya Kadi » (la santé avant tous) – Kouroussa

* L’hôpital s’occupe bien d’eux

# Autres informations pertinents

## [Diagnostic des SIGL en Guinée – SIAPS 2015 (Extrait du résumé)](#_Diagnostic_des_SIGL)

1. **Un manque de leadership et l’absence d’un mécanisme de coordination** entre les programmes verticaux et la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) au niveau central empêchent la réalisation d’un SIGL fonctionnel qui fournit des informations utiles et systématiquement utilisées pour la gestion logistique.

2. **La faible capacité humaine et technique** (compétences) à tous les niveaux de la chaîne d’approvisionnement pour assurer la bonne qualité des données logistiques et l’analyse de ces données afin d’informer les décideurs, résultant en des ruptures de stock et/ou en des stocks excédentaires de produits programmatiques.

3. **Les outils informatisés ne sont pas bien adaptés** aux exigences des utilisateurs.

***Afin de surmonter ces défis, nous avons développé trois recommandations :***

1. Mettre en place un mécanisme au niveau central pour coordonner la collecte, la gestion, le flux, l’analyse, le partage et l’utilisation des données à des fins de gestion logistique.

2. Créer une unité régionale de gestion logistique, supervisée par le mécanisme de coordination, pour fournir une supervision de soutien à la collecte des données et formée pour utiliser les données à des fins de prise de décisions.

3. Mettre en œuvre les outils électroniques de gestion des données *après* avoir effectué un processus approfondi de rassemblement des exigences des utilisateurs pour assurer que tous les outils répondent aux besoins du système.

La mise en œuvre d’un SIGL fonctionnel est une étape essentielle dans les activités de renforcement du système de santé afin d’assurer une meilleure disponibilité aux soins sanitaire et produits pharmaceutiques par la population.

**Source : Diagnostic des Systèmes d’Information de Gestion Logistique (SIGL) en Guinée, 2015**

[*https://www.villagereach.org/wp-content/uploads/2016/07/20151204-VillageReach-Diagnostic-du-SIGL\_FINAL.pdf*](https://www.villagereach.org/wp-content/uploads/2016/07/20151204-VillageReach-Diagnostic-du-SIGL_FINAL.pdf)

## Circuit validation des commandes (Manuel SIGL Guinée) page 26

Les différentes étapes pour passer une commande sont les suivantes :

1) Les CS, selon leur localisation, déposent leurs commandes de produits commerciaux et de produits de programmes aux DPS tous les trimestres au plus tard le 5 du mois suivant, et transmettent par la suite, les commandes validées au dépôt régional de la PCG.

2) Les DPS valident les commandes des CS en 48 heures puis informent les CS pour leur retrait. Dans la capitale, Conakry, Les DCS valident les commandes des produits des programmes pour les établissements sanitaires, tandis que les commandes des produits commerciaux sont transmises directement à la PCG.

3) Pour les hôpitaux, la commande de produits commerciaux est validée par le directeur de l’hôpital et transmise au dépôt régional de la PCG ; les commandes des produits des programmes sont valides par le DPS avant transmission a la PCG.

4) Les dépôts régionaux de la PCG livrent les colis aux CS et hôpitaux.

## Procédures spécifiques aux DPS/DCS et DRS/DSVco

**Validation des commandes des hôpitaux et centres de santé (page 56 - extrait)**

***Définition***

La validation d’une commande est le processus d’approbation de la conformité de la commande après vérification du respect des règles d’estimation des besoins, de la vraisemblance des informations sur les consommations et de l’actualité des informations d’autorisation par les responsables de la structure

***7. Gestion des outils***

* Les rapports SIGL et le bon de commande sont transmis à la DPS/DCS par les centres de santé. Pour les hôpitaux les rapports SIGL et le bon de commande des produits des
* programmes de santé sont soumis à la DPS/DCS pour validation.
* Après validation de la commande par la DPS, une copie est conservée par celle-ci et la copie originale est transmise au dépôt régional de la PCG par la structure de santé.

*N. B : les commandes des hôpitaux nationaux sont validées par Directeur de l’Hôpital*

## Extrait Commande intrants antipaludiques- district sanitaire de Kankan février 2018



## Diagnostic des Systèmes d’Information de Gestion Logistique (SIGL) en Guinée Septembre 2015

**Goulot d’étranglement I : Coordination**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Un manque de leadership et l’absence d’un mécanisme de coordination entre les programmes verticaux et la PCG au niveau central empêchent la réalisation d’un SIGL fonctionnel qui fournit des informations utiles et systématiquement utilisées pour la gestion de la logistique. **Problématiques résultant du goulot d’étranglement** | **Impact** | ***Exemples constatés*** |
| Il existe plusieurs rapports pour la collecte de données de gestion logistique, à cause d’un manque de coordination pour rationaliser le flux d’information et partager les données entre les acteurs (programmes et la PCG). | Le nombre de rapports à soumettre n’est pas adapté aux ressources humaines et aux capacités existantes, par conséquent:  Au niveau de la formation sanitaire, plusieurs rapports mensuels des différents programmes collectent des données qui se chevauchent et représentent un grand fardeau sur les agents de santé  La validation, compilation et saisie électronique mensuelle d’une multitude de rapports est également un fardeau sur les travailleurs à la DRS et à la DPS  Par conséquent :  Il existe un problème au niveau de la promptitude, de la complétude et de la qualité des données rapportées  A cause des données peu fiables, les décideurs ne disposent pas des informations nécessaires pour une bonne prise de décision | *Le PNLP a mis en place son propre système parallèle pour la collecte de données, bien que certaines données (telles que la consommation d’antipaludiques) soient collectées dans les rapports mensuels du SIGL*  *Les formulaires du SNIS pour les autres programmes (PEV, VIH, etc.) collectent un mélange de données sur la logistique ainsi que sur l’épidémiologie* |
| L’application de protocoles existants pour les activités logistiques n’est pas renforcée | Le système d’approvisionnement n’est pas adapté aux pratiques sur le terrain et, par conséquent, n’a pas les ressources nécessaires pour réaliser une gestion efficace de la logistique | *L’irrégularité des commandes des centres de santé à la PCG pour les produits commerciaux (des commandes mensuelles, trimestrielles et* |

***Diagnostic des SIGL en Guinée***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| La mauvaise gestion de stocks dans les formations sanitaires (centres de santé ainsi qu’hôpitaux) et dans les dépôts régionaux et les magasins des DPS résulte en des pertes de produits pharmaceutiques  La livraison des produits aux formations sanitaires n’est pas prise en charge par la PCG et représente un fardeau sur les agents de santé | | *semestrielles ont été constatées)* | |
| Les données des rapports pour la prise de décision (rapports mensuels et monitorage semestriel) sont sous-utilisées et des indicateurs non adéquats sont calculés et ne sont pas utilisés pour la prise de décisions | Les pharmaciens de la DPS et de la DRS n’ont pas les compétences, les outils et/ou le temps nécessaires pour faire une analyse approfondie des données du SIGL pour la gestion logistique de produits commerciaux ainsi que produits programmatique.  Il est probable que les chefs de centres de santé ne ressentent pas l’impact des rapports de SIGL de qualité sur les quantités de stock qu’ils reçoivent, par conséquent, ils ne sont pas motivés pour collecter des données de qualité | | *Les pharmaciens de la DPS et de la DRS ne font une compilation des données ; ils ne font pas une analyse croisée afin d’assurer la qualité des données*  *Les programmes utilisent les données collectées par leurs propres rapports pour la quantification et la prévision* |

## Atelier trimestriel de coordination du comité régional de gestion des intrants pour le contrôle et la validation des données SIGL (TB/VIH/ MALARIA)

**pour le compte du premier trimestre 2018, Togo, Sokode 22 et 23 FEVRIER 2018 - Extraits**

**Contexte et justification**

En effet, depuis 2008, le PNLS/IST s’est engagé dans un processus de décentralisation de toutes les activités afin de rapprocher les services des malades dans le cadre de l’accès universel et qui est effectif dans chaque région à partir de janvier 2016.

Pour ce faire, il a mis en place, le **comité de gestion des intrants** dans chaque région autour d’un noyau composé du pharmacien régional, du responsable/logisticien de la PRA, des Points focaux régionaux VIH et TB et Paludisme, du Gestionnaire Régional des Subventions et du mentor de dispensation des ARV. Ce comité se réunit **une fois par trimestre** et est mis sous la supervision du Directeur Régional de la Santé.

**Objectifs de l’atelier**

**Objectif général**

Assurer la disponibilité des intrants médicaux VIH/TB dans la région centrale par l’analyse, l’organisation, le suivi de leur approvisionnement et de leur utilisation rationnelle.

**Objectifs spécifiques**

De façon spécifique, il s’agit de :

* analyser les stocks et consommations des districts (domaine par domaine) ;
* analyser et valider les rapports de consommation/commande des sites ;
* analyser et valider les compilations des rapports de consommation/commande des districts ;
* organiser l’approvisionnement des districts et des sites en intrants médicaux VIH et TB ;
* analyser l’utilisation des intrants ;
* établir un plan d’approvisionnement des intrants au niveau des districts et des sites ;
* formuler des recommandations et les stratégies de mise en œuvre ;
* produire un rapport de l’atelier.

**Résultats attendus**

* Rapport d’atelier détaillant : Les conclusions d’analyse des rapports/commande
* Une estimation (quantification) des besoins en intrants médicaux VIH/TB/Malaria de la région est disponible sur la base des rapports commandes et compilations des sites/districts,
* Un plan de mise en œuvre des recommandations issues de l’atelier est établi avec les deadline et responsabilités.
* Un rapport de l’atelier est disponible et diffusé à tous les niveaux.

**Méthodologie**

L’outil de travail et de fonctionnement du comité est le manuel des procédures de gestion des intrants médicaux VIH applicable également pour la TB et Paludisme.

L’atelier s’est déroulé de façon participative. Les rapports/commandes des sites ont été analysés en travaux de groupe par intervention et les résultats ont été présentés par district et en plénière suivis des discussions pour leur validation.

………

**Points forts** :

* Amélioration des taux de promptitude et de complétude en général
* Remplissage systématique des maquettes électroniques
* Validation et correction des rapports des sites par les points focaux
* Disponibilité de tous les acteurs

**Difficultés majeurs :**

* Insuffisance dans le remplissage des rapports consommation/commande par les sites
* La gestion des intrants périmés
* Non exhaustivité des informations sur les maquettes.

**Approches de solutions** :

* Procéder à la pré validation des rapports par les points focaux district
* Fournir les informations nécessaires dont la PRA a besoin pour qu’elle puisse recevoir les intrants périmés

## Etude des facteurs limitant l’implication des conjoints aux activités de la PTME dans la commune urbaine de Mamou, GIZ – Résumé

La coopération allemande pour le développement, en partenariat avec la Faculté de médecine de Conakry, a organisé, dans la commune urbaine de Mamou, une recherche action sur les facteurs qui empêchent les hommes de participer aux activités de la prévention de la transmission mère enfant de l’infection à VIH (PTME).

10 focus group de 8 à 12 personnes dont 5 chez les femmes enceintes et 5 chez les hommes ainsi qu’un entretien approfondi auprès du personnel de santé et de leurs responsables hiérarchiques ont servi de technique de collecte des données.

Les résultats indiquent que les facteurs qui limitent la participation des hommes aux activités de PTME sont nombreux. Trois blocs de facteurs ont été identifiés comme responsables de la faible participation des hommes aux activités de la PTME. Le premier groupe de facteurs est constitué du déficit d’information des hommes sur la maladie et la PTME elle-même, la peur de la stigmatisation et du rejet, la peur de la rupture de confidentialité et du blâme dont serait victimes les personnes séropositives.

Le deuxième groupe de facteurs concerne les facteurs attribuables aux structures de santé. Il s’agit de la faible qualité des soins et plus particulièrement de l’accueil et l’exclusion institutionnelle des hommes dans les activités de PTME.

Le troisième groupe de facteurs qui empêchent les hommes de participer aux activités de PTME sont les facteurs sexospécifiques.

Afin de lever ces multiples obstacles, les participants à l’étude proposent :

* L’information et la sensibilisation de la communauté sur l’importance de la maladie, de la PTME et du rôle de l’homme comme acteur de celle-ci ;
* Le renforcement du dialogue entre le personnel de santé et les couples concernés par la PTME ;
* La lutte contre la stigmatisation et le soutien aux personnes vivant avec le VIH ;
* La protection de la confidentialité des résultats des tests VIH ;
* L’amélioration de la qualité de l’accueil et des soins ;
* Rendre disponible les intrants nécessaires au fonctionnement des services de la PTME ;
* La formation des prestataires sur la PTME recentrée sur le couple.

## Manuel de procédures GAS gestion produits FM

**Guide et procédures de gestion des intrants de sante lies aux IST et au VIH, programme national de lutte contre le SIDA, Madacascar 2011**

<https://www.jica.go.jp/madagascar/french/office/others/pdf/publications02_13.pdf>

**Gestion des produits en voie de péremptionet périmés**

**Manuel de procédures de gestion des achats et des stocks des produits de santé de lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun , CNLS/SIAPS, 2013**

[*http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js23229fr/*](http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js23229fr/)

## Gestion de risques - Zero cash Policy

**Gestion des risques dans les Etats fragiles : la santé d’abord ! - Optimiser l’efficacité des subventions du Fonds mondial**

<https://solthis.org/wp-content/uploads/2015/11/Solthis_FM_Gestion-des-risques-2014_rapport.pdf>