

Tableau de Matière

Prologue.....	2
1. Contexte et justification.....	3
1.1 Description Préfectures	4
2. Objectifs et résultats attendus.....	10
3. Méthodologie	11
3.1 Etapes.....	11
3.2 Cibles	11
3.3 Déroulement de la mission.....	11
3.4 Structures visitées.....	11
4 Informations subventions	12
4.1 Subvention VIH.....	13
4.2 Subvention TB.....	15
4.3 Subvention Paludisme.....	15
4.4 Suivi biologique - équipement laboratoire (GeneXpert)	16
4.5 Système gestion des intrants (GAS)	17
4.6 Gestion Programmatique.....	18
4.7 Gouvernance.....	19
5. Points forts.....	23
5.1 Subvention VIH	23
5.2 Subvention TB	24
5.3 Subvention Paludisme.....	24
5.4 Suivi biologique - équipement laboratoire (GeneXpert)	24
5.5 Système gestion des intrants (GAS)	25
5.6 Gouvernance.....	25
6. Points à améliorer.....	27
6.1 Subvention VIH	27
6.2 Subvention TB (LTO).....	29
6.3 Subvention Paludisme.....	29
6.4 Suivi biologique - équipement laboratoire (GeneXpert)	30
6.5 Gestion des intrants (GAS)	30
6.6 Gouvernance.....	30
7. Conclusions - Synthèse	32
7.1 Subvention VIH	32
7.2 Subvention TB	33
7.3 Subvention Paludisme.....	34
7.4 Suivi Biologique / Laboratoires (GeneXpert)	34
7.5 Gestion des Intrants (GAS)	34

7.6	Gestion Financière	36
7.7	Gestion programmatique.....	37
7.8	Approches innovateurs / Qualité.....	38
7.9	Conclusions Globales.....	39
8.	Recommandations.....	41
8.1	Recommandations stratégiques.....	41
8.2	Recommandations opérationnels.....	46
9.	Annexes	47
9.1	Coordonnées du réseautage d'appui des laboratoires.....	47
9.2	Points Focaux - Assistance Technique GAS.....	49

Prologue

Un problème de compréhension existe concernant le type de constat et de recommandations le Comité de Suivi Stratégique CSS est permit de faire.

Selon la compréhension du CSS il est pertinent de faire des constats et recommandations même en dehors des conventions et PAO's signés avec le Fond Mondial (FM).

Les recommandations qui vont au-delà des plans de mise en œuvre de la subvention 2018 – 2020 sont enregistrées pour les prochains préparatifs (dialogue pays) de subventions 2021- 2023.

Une autre option sera qu'après discussions et consensus entre les acteurs que certaines propositions, pourraient être mise en œuvre après une revue du programme et réajustement de budget.

Le but principale de formuler des constats et recommandations est de déclencher un débat sur ce qui se fait en réalité sur le terrain et le comparer avec les politiques/ stratégies exprimées par le FM, les recommandations de l'OMS et les bonnes pratiques en santé publique.

Le Fond Mondial réagit chaque semestre aux réalités de mise en œuvre avec une lettre de gestion relative aux rapports de progrès et il demande aux PR des corrections et des réajustements.

Remerciements

Le CSS a rédigé ce rapport avec l'apport de Dr. Daloka DELAMOU, chargé PEC CRS FM, les Points Focaux PNLs/CRS, Dr Zaoro HABA , Dr Thierno Abdoulaye BALDE, (PMI) Dr. Mamadou Alpha Bah, Dr Mamadi II NABE, la partie laboratoire avec l'apport de l'assistant technique nationaux LABOGUI, Mr. Bah, Woppa, CDC-Guinée et l'Association des Laboratoires de Santé Publique (APHL) Mr. Sidiki Camara, Lab Scientist APHL-GN, Dr Ebi Célestin Bilé, CTR CDC-Guinée, l'Association d'ingénieurs et Techniciens biomédicales de Guinée (ATIB), Mr. Mohamed CONDE (Directeur Exécutif).

1. Contexte et justification

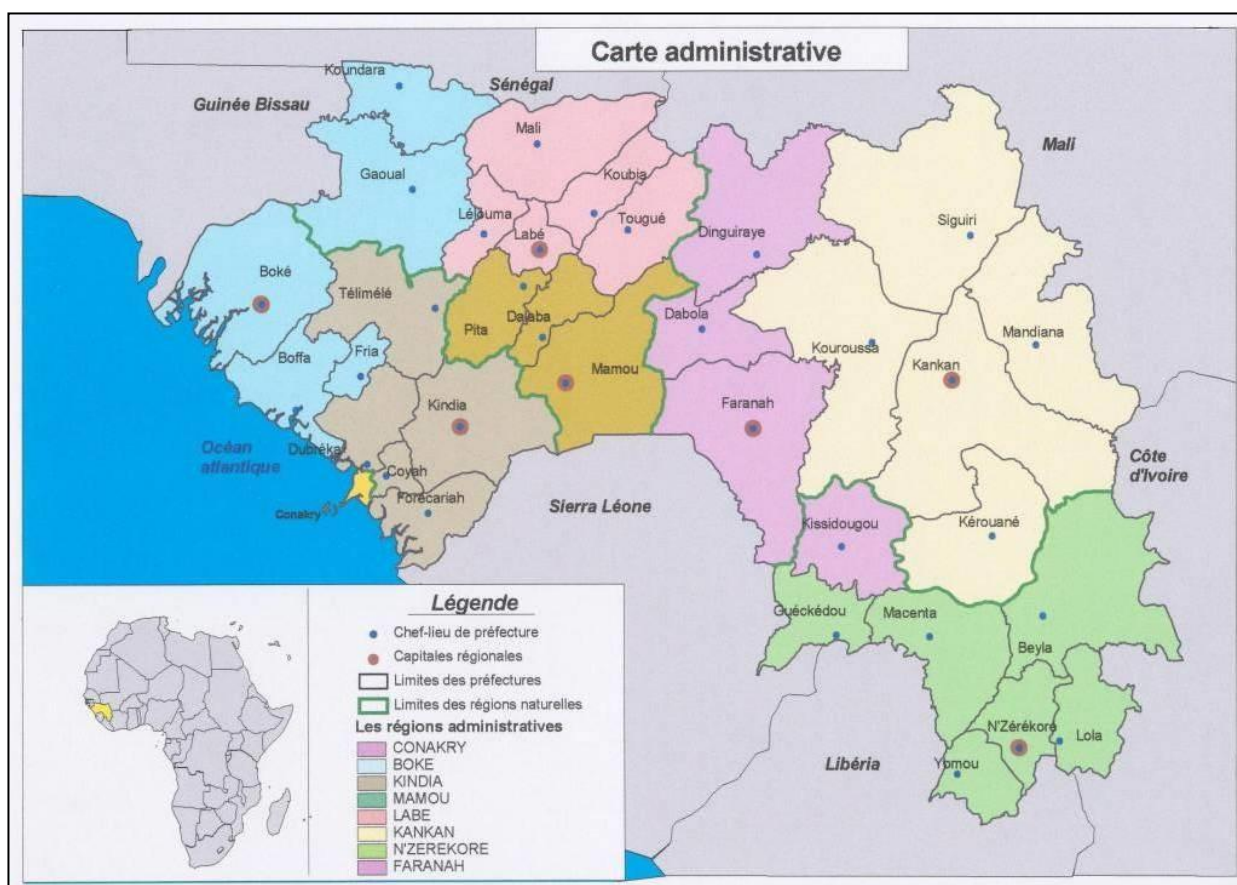
Conformément à son plan de travail, le CSS de l'ICN accompagné par les PR, met en œuvre à chaque trimestre une visite de terrain afin d'apprécier l'impact des investissements du fonds mondial en Guinée. Pour ce trimestre avec l'appui financier de la GIZ, le CSS a effectué une visite de terrain dans les zones d'intervention commune à GIZ (PSRF) et le Fonds mondial (Faranah, Labé, Kindia, Mamou et Kindia).

Le CSS a profité de sa visite de connaître autres acteurs PTF, OSC et étatiques intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH, la Tuberculose et Paludisme au niveau des préfectures ciblées.

En Mai 2018 le Ministère de la Santé a lancé la nouvelle stratégie de santé communautaire. Quarante (40) communes de convergence seront concernées pour expérimenter cette nouvelle approche, d'autres seront intégrées dans le temps. Les partenaires sont demandés à s'aligner à moyen et à long terme.

Dans la planification de la nouvelle subvention FM 2018 – 2020 en 2017 on faisait référence aux anciennes directives qui étaient beaucoup moins spécifiques. Un processus de ré-planification d'activités de santé communautaire s'avère maintenant nécessaire.

Carte administrative Guinée



1.1 Description Préfectures

No	Désignation	Faranah	Labé	Mamou	Kindia
1.	Région (DRS)				
1.1	Population	1 027 684	1 170 851	823 712	1 842 622
1.2	Préfectures	Dabola, Dinguiraye, Faranah, Kissidougou	Koubia, Labé, Lelouma, Mali, Tougue	Dalaba, Mamou, Pita	Coyah, Dubreka, Kindia, Forecariah, Telimele
1.3	Structures santé	1 Hôpital régional, 3 Hôpitaux Préfectoraux, 49 CS, 179 PS dont 8 ne sont pas fonctionnels	5 Hôpitaux, 58 CS, 252 PS,	4 Hôpitaux, 41 CS, 128 PS,	1 hôpital régional, 4 hôpitaux préfectoraux, 53 CS dont 44 en bon état, 230 PS dont 80 en mauvais état
2.	Préfecture (DPS)				
2.1	Population	300 692	369 303	318.738	493 630
2.2	Structures santé (CS, PS, Unités PEC, CDV)	CS: 13 (2 CSU), PS : 28, Unité PEC VIH :1 , CDT : 1, CDV : 3 (CDV région : 9, Kissidougou 4, Dabola ; 1, Dinguiraye)	CD: 17 (6 CSU), PS : 56, Unité PEC VIH :1 , CDT : 1, CDV : 5 (Région : 9, Labé : 5, Koubia : 1,, Lelouma : 1, Mali : 1, Tougue : 1)	CS:18 (? CSU), PS : 53 Unité PEC VIH :1 , CDT : 1, CDV : 3 (Mamou :2, Pita :1)	CS: 14 (dont 5 CSU et 9 CSR) + 2 SSA* ; PS : 63 dont 43 fonctionnels Unité PEC VIH :3, CDT Co-infection : 1, CDV : 1 (AGBF)

* 2 SSA : 1 Infirmerie militaire et 1 Infirmerie de l'Université

VIH-TB-Paludisme

No	Désignation	Faranah	Labé	Mamou	Kindia
3.	File active VIH et TB				
3.1	File active VIH	Total : 324 ♂ : 82, ♀ : 217, Enfants : 4, VIH-2 : ?, Traitement 2 ^{ieme} ligne : 2	Total : 1765 (60 % femmes ♀), sous ARV: 1715, à l'attente : 50, Enfants : 58 , Co-infection : 4 Utilisation logiciel MSR	Total : 574 ♂ : 142 , ♀ : 421 , Enfants : M 3 ; F 8, VIH-2 : 3 Traitement 2 ^{ieme} ligne : quelques ; Co - Infection : 2	Total : ??? ♂ : 118, ♀ : 279, Enfants : M 9, F 23 , VIH-2 : 0 Traitement 2 ^{ieme} ligne : 0
3.2	Disponibilité ARV	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité ARV en générale bonne - Problématique d'approvisionnement en tests de dépistage VIH moins accentué depuis que GIZ (PSRF) avait acheté 59.000 tests de dépistage « Détermine » et 8.500 tests de conformation « Bioline d'un valeur de 100.000 Euro - ARV : Pré-ruptures - ruptures occasionnels de courte durée 			
3.3	Centres intégrés /PTME	2/13 Fonctionnels, pas de PS	CS : 16/17 fonctionnel, PS : 0	CS : 18/18, PS 2/18	14 CS/14, PS non intégrés
3.4	Intrants PTME	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les zones plus éloignées de Conakry (Labé et Faranah) il y'a une pénurie/ rupture partielle) en tests de dépistage VIH et Nevirapine sirop - Un grand nombre des FS formés en PTME n'ont pas encore commencé leurs activités par manque d'intrants. De façon générale toutes les postes de la santé identifiée pour la PTME ne sont pas fonctionnelles - Les centres intégrés PTME souffrent de ruptures d'intrants et sont seulement partiellement fonctionnel (à Faranah à 60 %) 			
3.5	Disponibilité anti-TB	<ul style="list-style-type: none"> - L'approvisionnement en antituberculeux s'est nettement amélioré par rapport aux visites antérieures, dans la région Moyenne Guinée (Labé, Mamou, ..) grâce aussi à l'appui de l'ordre de Malte (OFOM) - Système organisé de transport des crachats est inexistant. Les malades se déplacent vers le CTD préfectorale - Le DOTS est seulement réalisée dans 2/4 préfectures 			
3.6	DOTS	Pas de DOTS	?	DOTS communautaires : Oui	Pas de DOTS, Formation de 2 jours sur le DOTS en Juin pour le MCM
3.7	Système gestion Intr. Subvention.	Les intrants subventionnés dans la majorité de cas ne figurent pas dans les outils de gestion de stock et de rapportage			
3.8	Suivi biologique / équipement laboratoire	GeneXpert : TB Oui, Charge virale : Non (1 an +), CD4 : Oui (en exception Kindia - faute de calibreur depuis 2 ans)			
4.	Prise en charge Paludisme				
4.1	<ul style="list-style-type: none"> - Problème récurrent de décaissement tardive (dernier mois T1 et T2) du PR au SR's - Nette amélioration dans l'approvisionnement des FS en antipaludiques, aussi en IV et formes pédiatriques et qui sont à l'heure actuelle disponible jusqu'au niveau communautaire (RECO) 				

Santé communautaire - Gouvernance

No	Désignation	Faranah	Labé	Mamou	Kindia
5.	Santé communautaire				
5.1	Communes de convergence	Région : 3 Préfecture : 0	Région : 10 Préfecture : 2	Région : 2 Préfecture :	Région : 4 Préfecture : 2 CS Bangouya et Samaya
5.2	Calcul théor. RECO (sur base pop. totale préf.)	463	568	Région : 1 267	494
5.3	RECO / ASC	Total: 641 CRS/PNLP : 130, PASSP : 65, ANSS : 641	FM/MS: RECO 53, ASC 6 (identifié), PASSP: RECO 90 (5 ASC par CS)	PSRM: 1064 Inclus tous des diffèrent sources	Total : 755 FM/MS: RECO : 92, ASC : 7 (processus recrutement en cours) PNLP : 140 RECO Période d'Ebola : 1 RECO par village : IMC
6.	Gouvernance				
6.1	Réunions concertation partenaires / Complémentarité	Insuffisance tenue des réunions de concertation et planification activités (DPS /PTF)			Coordination des activités (PTF) par la DRS, réunions hebdomadaires Plateforme des PTF Réunion tournante / mois
		<ul style="list-style-type: none"> - Tenue trimestriellement des réunions de concertations d'acteurs de la société civile et des PTF, appuyé par GIZ - Peu des COSAH sont fonctionnel - Les réunions mensuelles au niveau des centres de santé sont très irrégulier – problème financement du transport des RECO - Appui complémentaire des projets PASSP (BM) et HSD (JHPIEGO/USAID) dans le domaine de la santé maternel, VIH et santé communautaire 			
6.2	Supervisions intégrées	Supervisions intégrées et formatives sont irrégulier et ponctuel conditionnées à la disponibilité des fonds des partenaires, fonds BND pas visibles (pas de basket fund PTF)			
6.3	Autre	Ecole de santé communautaire			1 Ecole de sante Nationale* 4 écoles de sante communautaires privées**

* Formation infirmiers d'Etat, Sage-femmes, Techniciens Labo, Technicien Sante publique)

** Formation ATS, Infirmier d'Etat et Sage-femmes

Partenaires

No	Désignation	Faranah	Labé	Mamou	Kindia
7.	Partenaires				
7.1	PTF	GIZ, CRS/PNLP, MS/FM, PASSP, HSD, UNFPA, UNICEF (C4D), PAM, ONAM, LABOGUI	GIZ, MS/FM, Plan Guinée, STOPP – Palu, PASSP, HSD, UNFPA, UNICEF, PAM, ONAM, Chemonics,	GIZ, GIZ InS PSRM (fin 6/18), CRS/PNLP, HSD, NFPA, OMS, Child Fund, LABOGUI, Chemonics	GIZ, CRS/PNLP, MS/FM, HSD, UNFPA, Unicef, OMS, JSI, IMC, Child Fund, LABOGUI
7.2	OSC - Entités semi-étatiques	CECOJE, GUIDRE, CAM, CPOSC, AJP, CONASOC, APIC, COSAH, Association PVVIH, OCASS	CNLS, UGDV, CAM, ASD-G, FMG, AGBEF, CRG, ASD_G, CECOJE, Association PVVIH, OCASS	AFVD, CAM, UGVD, SAMI, AGIL, AGBEF, CECOJE, CROSE, MASPFE, RENACOT, DMR, COSAH, Association PVVIH, OCASS	CNLS, AGBEF, FMK, CECOJE, JSI/APC, IRBAG, CERAC Santé, Associations PVVIH (REGAP+ et REFIG), OCASS

Kindia autres - Mobilisation sociale: AIDEFF, Kania Djigui, PROFEEG, APROSAG, AGEF, AFA, AEGAMC, APS, CJMAD, FEJED, SIDAALERTE, Handicap, AEEBG, VGAC, ADG

Tableau Harmonisation Santé Communautaire

Voir aussi tableau en Annexe « Description activités partenaires »

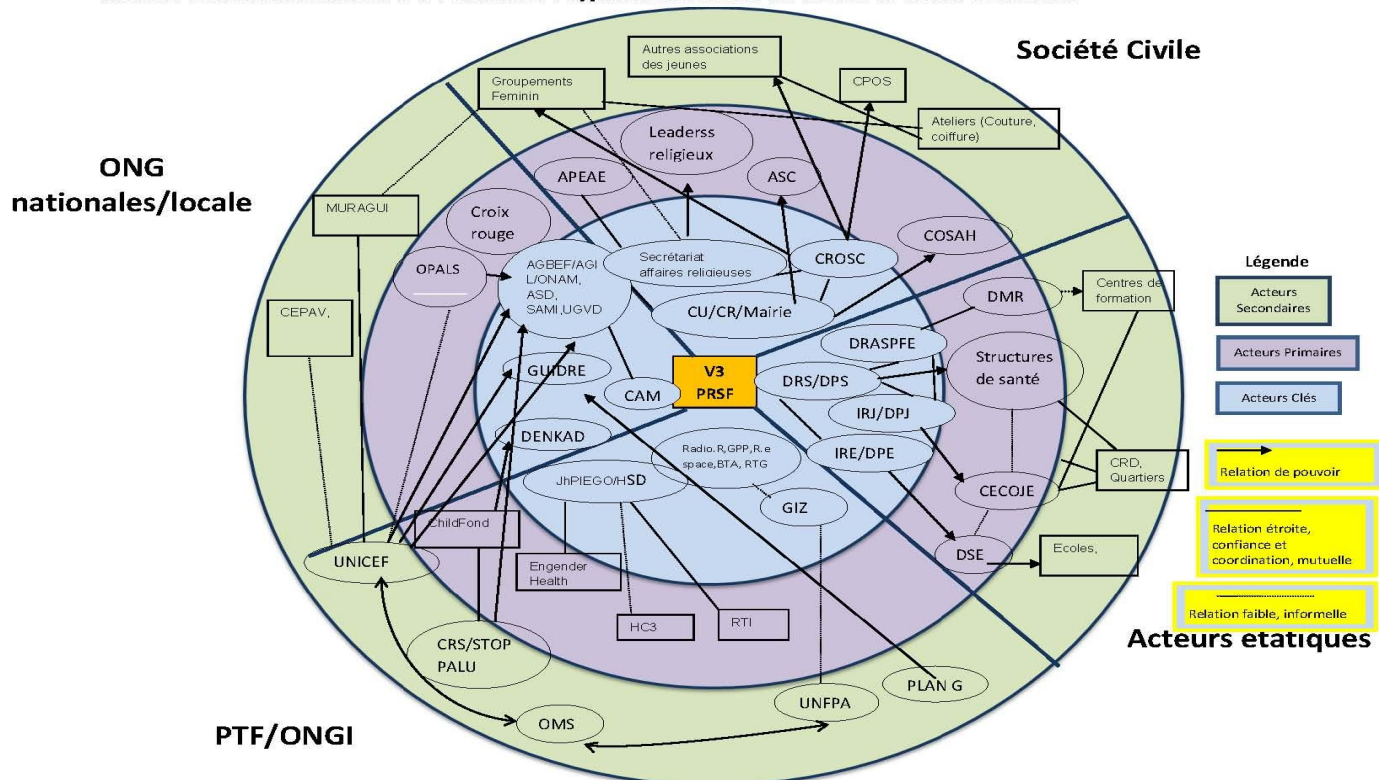
Organisa- tion d'appui	Activité / paquet d'activités / (Rémunération)	Nbre / type RECO	Structure rattache- ment - zone couverte	Pop. Total couv.	Durée de l'intervention (mois/an)		Types Complé- mentarité réalisée avec d'autres partenaires	Partenaires d'exécution
					Déb.	Fin		
PASSP	RECO : 450.000 ASC : varié, selon statut	RECO : 530 ASC : ?	Labe 5 préf. : CS : 58, PS : 197 Faranah 4 Préf. : CS : 48, PS 142	2.133.028	2017	12/2020		
HSD/ JHPIEGO	HSD utilise les RECO dans la sante de reproduction mais ne donne pas de primes Sante Maternelle Sante de l'Enfant VBG, PF, PCI		Boke, Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan, Conakry			cont.		
PNLP (CRS, Stop Palu +)	CRS : 130.000/ mois - Retard des paiements trimestriels PMI : 50.000/mois (transport rencontres)	PMI: 1400 FM: 2550 415 OCB (COSAH)	CS/PS Couverture: National		2018	2020		RTI/ Child Fund et Plan Guinée, MSF, ONGs locales

Organisa-tion d'appui	Activité / paquet d'activités / (Rémunération)	Nbre / type RECO	Structure rattachement - zone	Pop. Total couv.	Durée de l'intervention (mois/an)		Types Complémentarité réalisée avec	Partenaires d'exécution
DNSFN	RECO choisis par la communauté 5 à 10 ASC autour CS (en binôme) PCIMNE, SONU, SENN, PTME, SRAJ, PF, FO, VBG, Nutrition, Vaccination, SDMR, PCI	4.560 RECO (Volontaires)	Régions : Conakry, Kindia, Boké, Labé, Mamou, Faranah ? Nzérékouré			cont.		
GIZ InS Santé Mamou (PSRM)	RECO et ASC formé (rémunération comme prévu dans nouv. stratégie – arrêt 6/18) Paquet : complet	RECO : 1064, ASC : 164	Couverture région Mamou 10 %, communes : 37, Secteurs : 1217, CS : 41, PS : 185		10/17	6/18		

Paquet complet : Santé maternelle (SM), Santé néonatale (SN), Santé Infantile (SI), Tout : (SMNI) ; Santé des adolescents (SA), Santé des adultes et personnes âgées, Surveillance des maladies à potentiel épidémique (Surv.), Spécification: VIH, TB, Palu ;

Cartographie acteurs PSRF

Santé Communautaire : Acteurs régionaux dans la zone d'intervention



Opportunités en ce qui concerne le volet Suivi Biologique et équipement de laboratoire

Présence 2 Projets sur le terrain et d'une association

1. Projet LABOGUI (Fondation Mérieux)
2. CDC-Guinée et l'Association des Laboratoires de Santé Publique (APHL-Guinée)
3. Existence de l'Association d'ingénieurs et Techniciens biomédicales de Guinée

Prévalence VIH en Guinée

En Guinée, l'épidémie est stable avec un taux de séroprévalence de 1,7%. Le nombre moyen estimé de personnes vivant avec le virus en 2015 était de 120 000 personnes. 45 000 PVVIH selon les derniers chiffres ont un accès gratuit au traitement antirétroviral, 63 % des personnes infectées ne connaissent pas leur statut et ne sont pas sous traitement ARV. Les activités menées par le gouvernement et les bailleurs (par ex. FM) ont réussi à contenir l'épidémie mais jusqu'à présent ne réussit pas à faire baisser les chiffres.

Plus de femmes sont infectées (2,1%) que les hommes aux hommes (1,2%) soit un Ratio 64/36. L'inégalité de genre et certaines pratiques socioculturelles favorisent ce taux inégal.

Selon ESCOMB 2017 au sein des groupes de populations les plus à risque d'infection au VIH, la prévalence est de:

- **0,70%** chez les jeunes de 15 – 24 ans ;
- **1,4%** chez les miniers ;
- **2,3%** chez les routiers ;
- **3,8%** chez les pêcheurs ;
- **3,5%** chez les hommes en uniforme.
- **11,4%** chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH)
- **10,7%** chez les Professionnelles du Sexe (PS) ;
- **2,5%** chez les détenus

Par rapport à la Co-infection, la prévalence VIH est de **25%** chez les tuberculeux. La propagation du VIH est favorisée par la persistance de certains comportements tels que le multi partenariat, la précocité des rapports sexuels et la non utilisation systématique du préservatif.

En Afrique subsaharienne les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans contractent le VIH à un taux deux fois plus élevé que les jeunes hommes et représentent 21 % des nouvelles infections au VIH. Moins de 30 % des jeunes femmes ont une connaissance détaillée et exacte des mécanismes de transmission du VIH. Des facteurs complexes contribuent à la vulnérabilité des femmes et des filles. Le Fonds mondial a formulé une « Stratégie en matière d'égalité entre les sexes (SEG) » pour intensifier les services et les interventions qui réduisent les risques et la vulnérabilité à l'infection relatifs au sexe, réduire l'incidence de la morbidité pour les personnes les plus exposées, atténuer l'impact des trois maladies et répondre aux inégalités et discriminations structurelles.

La Guinée est encore loin d'atteindre l'objectif intermédiaire fixe par ONUSIDA (l'objectif 90 -90 – 90 :

- 90% de personnes sont dépistées et connaissent leur statut sérologique
- 90% de Personnes Vivant avec le VIH sont sous traitement antirétroviral
- 90% des PVVIH sous traitement antirétroviral ont une charge virale indétectable.

2. Objectifs et résultats attendus

1. Apprécier les réalisations clés des subventions du Fonds mondial ;
2. S'assurer de la disponibilité et qualité des services ;
3. Identifier les goulots et contraintes à l'accès aux services financés par les subventions du Fonds mondial ;
4. Apprécier le niveau d'appropriation des acteurs et la collaboration avec les autres bailleurs ;
5. Suivre les recommandations des missions antérieures, des thématiques suivantes :
 - GAS, Suivi biologique/laboratoire, l'accompagnement psychosociale, implication des associations PVVIH dans OCASS, Mutualisation des points focaux CE/PNLP et RECO ;
6. Inventorier des projets qui sont impliqués dans la santé communautaire et de leurs activités respectives ;

Questions formulés par le PR Paludisme (CRS)

Est-ce que les partenaires sur le terrain prennent en compte les nouvelles directives de santé communautaire ?

- Apprécier le niveau de préparation des partenaires au niveau communautaire pour la mise en œuvre de la nouvelle politique santé communautaire ;
- Apprécier le niveau d'information des responsables des centres de santé, les SR, les SSR, les relais communautaires et les OCB sur cette politique surtout dans les communes de convergence ;
- Vérifier si les relais actuellement impliqués dans les services paludisme, TB et VIH sont recrutés pour rester comme RECO dans les communes de convergence ;
- Recueillir l'avis des acteurs du niveau opérationnel sur le modèle de motivation de ces RECO à partir des subventions du Fond mondial ;
- Interroger les acteurs de mise en œuvre sur la performance des RECO si leur charge de travail augmente avec l'intégration de TB et VIH ;
- Echanger avec les acteurs sur le risque de démotivation des RECO face aux activités financées par le FM et la baisse de performance ;
- Echanger sur des éventuelles opportunités de mise à échelle de l'expérience des communes de convergence ;
- Apprécier le niveau de collaboration/complémentarité des bailleurs au niveau du terrain ;
- Quel système à mettre en place pour son renforcement ? ;

« CRS : Pour la subvention paludisme, 25% de nos résultats viennent des activités des relais communautaires ».

Résultats attendus

- Les résultats majeurs, leçons apprises et innovations des PTF/OSC dans la lutte contre les trois maladies (+ RSS) sont documentés et appréciés ;
- Les expériences des responsables PTF dans les domaines : appui DRS/DPS, amélioration offre de santé, sensibilisation VIH, appui coordination intra et intersectorielle de la santé communautaire, structures de dialogue et autres sont connues ;
- Les innovations des PTF/OSC dans des domaines Santé SR (Intégration services VIH, santé des adolescents,..) découlant des études menées sont connues ;
- Le niveau de collaboration et de complémentarité des bailleurs est apprécié ;

3. Méthodologie

3.1 Etapes

- Revue de littérature (études GIZ et d'autres PTF) ;
- Réunion préparatoire avec les PR pour cibler les sites à visiter, les informations et les documents à rendre disponible et également fixer la date de la visite terrain ;
- Prise de contact avec les autorités régionales et préfectorales, pour expliquer l'objectif de la mission, les structures et les personnes à rencontrer ;
- Séances de travail avec les Sous Récipiendaires (SR), Formation Sanitaires (FS), interview et les observations directes;
- Restitution des résultats de la mission au niveau des autorités sanitaires (DPS, DRS) et central auprès de toutes les parties prenantes ;

3.2 Cibles

- Programmes des PTF au niveau régional concernant les 3 maladies
- SR/SSR
- Dépôt régional
- DPS
 - Points Focaux PNLP/CRS
 - MCM
- Représentants des PTF / OSC
- Hôpital régional/ préfectoral
 - Laboratoire/Site GeneXpert
 - Pharmacie
- Centre Intégré
 - CPN-PTME
 - PEC Paludisme
- Agents OCASS
- Association PVVIH

3.3 Déroulement de la mission

Période : 03/06 au 15/06/2018

Préfectures ; Faranah : 4/5 - Voyage : 6.06 – Labé : 7/8 – Mamou : 11,/12 (ferié), Kindia :13/14, 15 (rapport).

3.4 Structures visitées

Structures de soutien

- Directions Régionales de la santé (DRS) et Directions préfectorales de la santé (DPS) de Faranah, Labé, Mamou, et Kindia ;
- Antennes régionales du dépôt PCG de Faranah et Labé ;

Structures de soins

- Sites de prise en charge VIH, laboratoires et pharmacie des hôpitaux régionaux de Faranah, Labé, Mamou, et Kindia ;
- CDT de Faranah, Labé, Mamou, et Kindia ;
- CSU (centres intégrés PTME) « Marché » (Faranah), Leysaré (Labé), « Loppet » (Mamou), Damakania (Kindia) ;

Organisations

- SSR : APIC (SSR CRS Faranah), FMK (SSR Child Fund Kindia), AJP - Association des Jeunes pour le progrès (SR Plan Basse Guinée) ;
- Projets d'appui laboratoire Labé : APHL, Mamou : AT Labogui ;
- Directeur pays Chemonics et chargé de projet Labogui (Conakry);
- Conseillers régionaux Chemonics : Labé et Mamou (par téléphone) ;
- Représentants des OSC, acteurs semi-étatiques Faranah : CONASOC, AJP, GUIDRE, GIZ, APIC, CECOJE, CAM CPOSC ;
 - Labé (+ PTF) : UGVD, CAM,SD-G, FMG, PAM, UNFPA, CRG, CECOJE, GIZ, STOPP Palu, ONAM) ;
- PTF Mamou : HSD/JHPIEGO, UNFPA, UNICEF (par téléphone), GIZ, Conseillers techniques des 4 régions ;
- Associations PVVIH - Faranah : Nyon Deinen Dekonvon (NDK), Labé : Modjobere Haldy Fotty (AHFL) ;
- Superviseurs OCASS : Mamou (REGAP +), Kindia (Kania Lakhon / Main dans la main / REFIG) ;

4 Informations subventions

Tableau financier des 4 nouvelles subventions (2018 - 2020)

Maladie	Paludisme	TB	VIH/SIDA (vol. comm.)	VIH/SIDA (PEC)	RSS	Total
Réципиентаire principal	CRS	Plan International		PNPCSP	MS	
Budget par maladie (Million USD)	55 663 302	14 550 605		33 573 749	3 000 000	106 787 656
Pourcentage (%)	52 %	14 %		31 %	3 %	100 %

Partenaires de mise en œuvre

Maladie	Paludisme	Tuberculose	VIH/SIDA (volet communautaire)	VIH/Sida (Prise en charge)	RSS
Réципиентаire principal	CRS	Plan International		PNPCSP	MS
Sous-recipientaires (SR)	PNLP - Plan Guinée - Child fund	Conakry et National: Health Focus, Basse Guinée: AJP, Haute Guinée: APIC, Guinée Forestière: OIM		JHPIEGO: Renforcement de la Prise en charge et soins UNICEF: PTME Croix Rouge Français: Appui Psychosocial, FMK: Dépistage, Sensibilisation	

4.1 Subvention VIH

4.1.1 Information générale sur la subvention

Unités Prises en charge VIH :

- Nbre Sites PEC: 142 ;
- File active HIV (Dec.17): 42.42632 personnes (de 35.000), PTME 7,5 % ;
- Certains CTA servent une grande proportion des patients Donka: 7.312, Dream: 4 268, MSF: 10.776 (4 CMC, 3 CTA) ;

Chiffres

- Estimation de la population générale (adultes et enfants) vivant avec le VIH en Guinée : 129 763
- L'audit de la file active de 2017: 33 897 adultes (+15 ans), 1 479 enfants (-15 ans) et 466 PVVIH dont l'âge n'était pas disponibles
 - 10 435 hommes, 25 145 femmes et 262 PVVIH dont le sexe n'était pas disponibles
- Inclusion de 1 600 PVVIH par trimestre

TCS-1(M): Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral

Désignation		2017	2018	2019	2020
TARV	FM		39 715 (82 %)	42 115 (77 %)	44 515 (72 %)
	Gouv.		8 927	12 927	14 000
Total attendus personnes sous ARV	Nbre	35 842	48 642	55 042	61.442
	%*	27,6 %	37 %	40 %	44 %
Adultes %*			38 %	42 %	46 %
Enfants %*			19 %	23 %	27 %

* Taux de couverture ARV

4.1.2 Services de prise en charge /dépistage VIH

Labé : Investigation perdue de vue 2016

- Appui en unités de téléphone (GIZ) ;
- 350 cas, 30 % déplaces, ½ décès ;
- Reste (150) a été rattrapé et sont actuellement suivi par l'unité de prise en charge ;

4.1.3 Sites PTME (CS/PS) : Prévention de la transmission mère-enfants du VIH (PTME)

Dans une présentation Powerpoint du PNPCSP dec. 2017 le responsable S+E avait décrit une augmentation des nombres de sites CDV (de 128 à 142) et PTME (de 323 à 802).

Les chiffres déclarés en réalité ne sont pas atteints, parce qu'un nombre important des CS et presque toutes les postes de Santé que le programme PNPCSP voulait intégrer ne sont pas encore fonctionnelles par manque d'intrants.

Les femmes diagnostiquées séropositives sont prise en charge jusqu'à terme de la grossesse et 18 mois après l'accouchement. Les enfants nés d'une mère séropositive le sont également jusqu'à l'âge de 18.

Les intrants nécessaires pour assurer le PTME sont axés sur la disponibilité des tests de dépistage (Determine et Bioline), des ARV (Atripla), Nevirapine sirop pour le nouveau-né et les médicaments contre les infections opportunistes (IO).

A Faranah sur l'ensemble des structures sanitaires (CS et PS) seulement 2 CSU font la PTME.

PMTCT-2.1: Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse

Désignation		2018	2019	2020
Total ♀ enceintes		540 313	544 361	568 775
Dépistage projetées		60 %	70 %	80 %
Total femmes à dépister	Nbre	324 188	388 053	455 020
	%*	60 %	70 %	80 %
	FM	214 000	217 388	225 000
	Unicef	110 188	170 665	230 020
Améliorer performance / Nbre ♀ enceintes mis sous ARV	Nbre	4 744	6 191	7 209
	%	65 %	80 %	90 %
	FM	3 744	5 191	6 000
	Etat	1 000	1 000	1 209

4.1.4 Connaissance de la maladie – Sensibilisation de la population – Dépistage volontaire

Inexistence d'une Stratégie Nationale de Communication Pour le Changement de Comportement face au VIH/SIDA.

Une « Stratégie nationale de plaidoyer/Droits humains pour l'amélioration des résultats en matière de santé liés au VIH - Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe et les personnes vivant avec le VIH et le sida en Guinée, PSI/CNLS » est disponible.

Activités de sensibilisation (CCC - changement de comportement)

- Père éducateurs (PE), Salons de coiffure, taxi moto, Associations professionnelles ;
- Club scolaires – boîte à images
- Contrat avec artistes/Groupes théâtrales (sketchs) ;
- Dotation des CD Video ;
- Emissions de radio interactives – Ré-lancement messages dans radios rurales pendant 2 mois ;
- Ciné débat : projections de film et débat (excision) Comment le publique ils ont compris, est ce qu'il y a ces pratiques similaires dans votre environnement, cela retrace la réalité ? , Comment il faut lutter cela ?;
- Cliniques universitaires, -de jeunes,
- Plateforme des acteurs mensuels : Thématiques mariage précoce, PF, Violence basée sur le genre, ... ;

HTS-1: Nombre de personnes dépistées pour le VIH et ayant reçu leurs résultats durant la période de rapportage

Désignation		2018	2019	2020
Nbre Total		724 923	799 232	876 568
Autres (Unicef/État)*		208 148		
FM		516 775	586 631	634 001
	PTME	205 000	217 388	225 000
	Détenues	525	865	1 183
	Jeunes	3 649	5 615	8 002
	Autr. Pop. vuln.	9 006	15 930	23 081
	TB/VIH	11 085	12 812	12 812
	CDIS	287 510	334 535	363 923

* Outre le Fonds Mondial l'état et l'UNICEF interviendra dans le dépistage des femmes enceintes

4.2 Subvention TB

Nombre CDT

- Total : 61, Conakry: 16 , Régions: 45 ;
- Total Nbre Cas TB sensible: 14.000/an, TB MR: 140/an;
- 55 % des malades sont traités à Conakry ;
- CTA la Carrière: PEC ½ des malades TB sensibles à Conakry ?;

Appui des partenaires Action Damien /Conakry (TB-MR) et Ordre de Malte (OFOM) /Pita (Moyenne Guinée).

« Dépister et traiter », Statistiques

- La proportion de patients VIH développant une tuberculose est de 24%
- Stratégie « dépister et traiter » : l'activité ciblera les personnes sous ARV
 - Avec le retard de démarrage, le programme compte enrôler 75% des anciens PVVIH sous ARV en 2017 ;
 - et les 25% autres en 2019.
- Par contre la recherche sera systématique chaque année chez tous les nouveaux patients enrôlés

4.3 Subvention Paludisme

SR/SSR Paludisme

- Pour les 3 préfectures visites (Faranah, Mamou et Kindia) le SR pour la mise en œuvre de l'activité de prévention est Child Fund ;
- Les SSR sont: Faranah APIC, Mamou AFVDD – Activités des Femmes Volontaires pour le Développement Durable, Kindia : FMK (Fédération Mounanfayi de Kindia) ;
- Les activités de la nouvelle subvention ont commencé depuis Janvier 2018 sur préfinancement des SR ;
- Le premier décaissement PR – SR a été fait en fin Mars 2018, le deuxième est prévu en juin après validation des pièces comptables ;
- Child Fund tient des réunions mensuelles par Skype – trimestriellement les superviseurs du terrain se réunissent avec une mission de Child Fund (Mamou) ;
- Il y'a deux superviseurs par SSR. Dans le cadre de la nouvelle subvention seul 1 superviseur est doté d'une moto ;

Pour information

- Pour la commande trimestrielle des intrants antipaludiques il est important de prendre en compte les variations saisonnières de la fréquentation. Augmentation d'approx. 60% pendant 4 mois Juillet – Octobre (saison de pluie), la prévalence de la morbidité paludisme augmente
- Arthemeter injectable 20, 40 et 80 mg prévu pour les CS pour le traitement de pré référence (forme huileux pour injection IM) et l'Arthesunate 60mg forme injectable en IV se trouve à l'hôpital pour le traitement des cas graves. Les deux formes ne doivent pas exister dans une même structure ;
- Selon des informations du PF Kindia l'utilisation effective des MILDA a baissé par rapport aux chiffres antérieurs (Disponibilité et autre que l'utilisation) ;

- Mamou : Dans les hôpitaux régionaux l'utilisation des TDR est décentralisée aux niveaux des services des consultations ;

Quotation d'un responsable ONG concernant l'impact programme Palu FM :

Les ménages sont plus conscients de l'importance des moustiquaires dont l'effet est reconnu et maintenant les décès communautaires sont plutôt liés en majorité par les morsures des serpents, par la chute accidentelle à partir d'un arbre.

Activités de sensibilisation (changement de comportement)

- Dans la préfecture de Kindia, le SSR a fait des innovations qui ont conduit au changement de comportement ;
- Projections de film pendant la nuit – sensibilisation de masse (distribution de 2 ballots de MILDA restant de campagne lors des séances de sensibilisation nocturne dans un village enclavé ;

4.4 Suivi biologique - équipement laboratoire (GeneXpert)

Observations préfectures visités

- Les laboratoires des hôpitaux régionaux sont dotés en matériel et réactifs leur permettant de réaliser les examens de confirmations parasitologie de Palu ;
- Pour le VIH, les appareils de comptage CD-4 PIMA et le GeneXpert sont disponibles et fonctionnels dans les 3/4 des laboratoires à l'exception des réactifs pour la charge virale (GeneXpert) ;
- Pour les TB, les examens GeneXpert pour la détection des mycobactéries et les tests de la résistance à la Rifampicine sont réalisés ;
- Une préoccupation majeure est la maintenance des équipements, la calibration et les matrices de contrôle de qualité des analyses (manque de système de gestion adéquat des équipements);
- Un des risques majeurs pour la fonctionnalité du GeneXpert est l'utilisation des équipements de laboratoire en général avec l'instabilité du courant. Si une interruption du courant même d'une seconde arrive, le processus est avorté (durée d'une séance de travail nécessaire est de 110 min);
- A part les examens spécifiques ARV (CD-4), tous les examens et les frais d'hospitalisation sont payants à l'hôpital (NDK) ;

Cause des dysfonctionnements des laboratoires (aperçu générale)

- Rupture de stocks de réactifs et des consommables ;
- Insuffisance des infrastructures ou leur mauvaise exploitation ;
- Non- respect des règles d'hygiène et de sécurité ;
- Vétusté et mauvaise gestion des équipements
- Manque d'électricité ;
- Irrégularité des supervisions ;
- Insuffisance du contrôle de la fiabilité des résultats d'analyses ;
- Manque de normes et procédures ;
- Limitation des plateaux techniques ;
- Ressources humaines nécessitant une amélioration de leurs compétences ;
- Absence de programme d'évaluation de la performance des laboratoires (manque de politique qualité).

Présence 2 Projets sur le terrain et Association

1. Projet LABOGUI (Fondation Mérieux) ;
2. CDC-Guinée et l'Association des Laboratoires de Santé Publique (APHL-Guinée) ;
3. Existence de l'Association d'ingénieurs et Techniciens biomédicales de Guinée (ATIB);

⇒ **Voir Annexes présentation des projets et l'association**

TCS-3.1: 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)

Désignation	2016	2018	2019	2020
Dosage de la charge virale	13 220*	21 729	35 777	43 009
Proportion des PVVIH bénéficiant de la mesure de la charge virale		80 %	85 %	90 %
	<i>FM</i>	11 321	27 621	38 000
	<i>OPPERA</i>	10 408	4 059	
	<i>ETAT</i>		4 097	5009

* Résultats des sites de Dream, MSF-B, Laboratoire National de Santé Publique et BioMol du CTA de Donka)

4.5 Système gestion des intrants (GAS)

Faranah

- Le PNLAT livre trimestriellement une quantité des antituberculeux de 3 mois au dépôt régional avec une clé de répartition établit au niveau central. Un petit stock de sécurité est déposé au dépôt régional ;
- Selon des informations cette décision est dû à un danger de déperdition – vente d'antituberculeux, Rifampicin est le plus vendu sur les marchés ;
- Très récemment le staff du DPS ont été formé dans l'utilisation du logiciel E-LMIS et le logiciel introduit ;

Dépôt Régional PCG

- Le dépôt périphérique sert de transitaire pour les antituberculeux de PNLAT, ARV ? (à mieux déceler), et joue un rôle plus actif pour les antipaludiques ;

DPS

- Le pharmacien de la DPS et le DPS avec l'appui du PF compilent et valident la commande trimestrielle. Beaucoup d'efforts ont été menés pour améliorer la qualité de données de venant des FS. Même avant les réunions mensuelles des chefs des centres le PF, le chargé des statistiques et MCM vérifient les rapports SIGL pour détecter des incohérences, par exemple comparent les chiffres épidémiologiques/utilisation des services avec les molécules consommés ;

En Juin 2018 du 11.06 – 25.06 UGL appuyé par Chemonics à travers les DRS et DPS procède à l'inventorisation des intrants des programmes PNLAT, PNPCSP, PNLP et SR pour :

- Base de données fiable ;
- Détecter sur et sous-stock ;
- Compilation et remonté des données au niveau central ;
- But : stock de 5 mois (Juin, Juillet, Aout, Sept, Octobre) ;

- A partir d'octobre tous les programmes sont approvisionnés à partir d'une commande trimestrielle ;
- ⇒ Voir Annexe TDR de l'activité

Disposition d'amélioration des services offerts par la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), 15.05.18 (extrait)

- Transmettre les plans d'approvisionnements 2018 et 2 semaines avant la date de réception prévisionnelle les copies des documents de transaction des colis ;
- Transmettre un mois avant, les plans de distribution et / ou les bons de commandes des structures avant le début des activités de distribution ;

Chiffres

- Pour les 3 prochaines années il est prévu la création de 60 nouveaux sites à raison de 20 par an

TCS-6: Pourcentage de sites ARV qui ont connu une rupture de stock de médicaments antirétroviraux durant la période de rapportage¹

Désignation	2017	2018	2019	2020
Nbre sites PEC VIH	142*	162	182	202
Proportion des sites de PEC médicales ayant connu des ruptures au cours des 6 derniers mois		16/162	10/182	4/202
		10 %	6 %	2 %

* appuyés par le FM, MSF, DREAM, SOLTHIS, FMG, MPA et l'Etat

4.6 Gestion Programmatique

4.6.1 SR/SSR Description

Child Fund

APIC – SR Plan Haute Guinée, SSR de CAM subvention Palu

- 130 ASC
- Visite à domicile, chaque AS 20 visites à domiciles
- 39 leaders communautaires
- Leaders OCB – causeries éducatives (2 x mois)
- Auprès des ménages – réticences – que ce que vous faites
- Leaders religieux parlent pendant le sermonou « aument »: gratuité antipaludiques
- Message est véhiculé et connu par la communauté

AJP - Association des Jeunes pour le progrès (SR Plan basse Guinée)

FMK – SR PNPCSP volet sensibilisation

¹ On entend par rupture, l'absence d'une des molécules ARV traceurs ci-dessous dans un site qui devrait l'avoir pendant 5 jours consécutifs
 1) Zidovudine Lamivudine-NVP cp (300-150-200), 2) Efavirenz-lamivudine-Tenofovir cp (600-300-300) et Tenofovir-Entricitabine-Efavirenz cp (300-200-600), 3) Lopinavir-Ritonavir Cp (200-50), 4) Zidovudine-lamivudine-nevirapine baby cp (60-50-30), 5) Lopinavir-Ritonavir sp (80-20), 6) Abacavir-Lamivudine (60-30), 7) Névirapine cp -200, 8) Tenofovir/Entricitabine cp (300-200)

4.6.2 Gestion de Qualité

SBM-R (JHPIEGO)

L'approche de Jhpiego à l'amélioration de la performance et de la qualité—SBM-R (Standards-Based Management and Recognition - Gestion axée sur les standards et récompense).

4 étapes du processus de SBM-R sont les suivantes :

1. La mise en application des standards d'une manière simplifiée et systématique—qui implique l'identification des écarts entre la performance souhaitée et la performance réelle, et l'élaboration de plans d'action détaillés pour l'élimination des écarts
2. La mesure du progrès pour guider le processus d'amélioration vers ces standards—de telles évaluations continues peuvent servir de motivation au groupe ou aider à informer l'amélioration des plans d'action
3. La récompense de l'accomplissement des standards par des mécanismes de reconnaissance sociale ou par les pairs—cela peut être un événement public ou une cérémonie incluant des récompenses symboliques (par exemple, des certificats, des plaques)
4. L'expérience montre que les résultats sont meilleurs quand le SBM-R est accompagné d'une gestion créative du processus de changement, de même qu'un engagement actif des prestataires, des patients et des communautés.

GIZ : Monitoring amélioré (MA)

- Evaluation a plusieurs niveaux : DPS, hôpitaux, CS, communauté
- Evaluation des résultats et des processus
- Eviter les duplications et harmoniser avec les autres mécanismes de suivi- évaluation et coordination
- Eviter de créer une charge de travail supplémentaire substantielle
- Appui sur les normes existantes
- Développer le travail en équipe et le leadership
- Promouvoir la participation des COSA et CRU

⇒ Voir les similitudes et différences de SBM-R et MA dans conclusions

4.7 Gouvernance

4.7.1 DRS – DPS

Périodicité des supervisions

- DRS – Trimestriel
- DPS – chaque 2 mois

4.7.2 Nouvelle stratégie santé communautaire

Description stratégie

Par Directeur National de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle (Dr Facinet YATTARA) / Directeur du Bureau de Stratégie et de Développement (Dr Abdoulaye KABA).

Programme de Santé Communautaire - GUINEE



Source : La santé communautaire en Guinée - de la politique à la mise en œuvre opérationnelle, Goumou Tohanizé, Chargé d'études, DNSCMT

VOLET RECO

- Tous les Agents Communautaires (ACS, AC etc) deviennent les RECO ;
- Rémunération actuelle entre 50 000 GNF à 600 000 GNF, la stratégie demande 450 000 GNF à payer par la commune (Contrat de performance) ;
- Paquet d'activités (activités liées aux divers programmes : santé maternelle, infantile, éducation, VBG, paludisme etc), la stratégie a défini un paquet intégré ;
- Ancrage (districts, centres de santé, postes de santé et ONG), la stratégie recommande un ancrage technique (CS/PS) et administratif (commune) ;
- Nombre: (5 à 20 RECO Par CS) la stratégie recommande 1 RECO pour 650 habitants ou bien 1 RECO par secteur ;
- Supervision (ONG, CCS, Agent PEV etc) la stratégie recommande la supervision par les ASC ;
- Pérennisation (plusieurs projets finissent dans 2 ans, sans plan de pérennisation) la stratégie recommande d'avoir des conventions avec les communautés et le Ministère ;

VOLET ASC

- Ce niveau actuellement n'existe pas ;
- Rémunération: la stratégie demande 1.200 000 GNF/ mois à payer par les communes ;
- Paquet d'activités: la stratégie a défini un paquet intégré plus la supervision ;
- Ancrage : la stratégie recommande un ancrage technique (CS/PS) et administratif (commune) ;
- Supervision : la stratégie recommande la supervision technique par les CCS ;
- Nombre : 1 ASC pour 10 RECO ;

Source : Dr. Kaba, directeur BSD, Synthèse lors de l'atelier « Réunion de la Plateforme pour le Démarrage des activités de la Santé Communautaire en Guinée, 15.05.18

Constats Santé communautaire Mission Terrain

- L'administration territoriale / mairies qui sont responsables de la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de santé communautaire (mariage communes et la santé)
 - Les communes sont chargés du recrutement et de la rémunération ;
- Les DRS/DPS agissent seulement comme conseiller ;
- Le vrai point de contact sont les entités de l'administration territoriales ;
- Pour rémunérer les RECO les montants doivent être inscrit dans le plan annuel d'investissement des communes rurales (PAI) ;

Faranah

- Avec une population préfectorale de 300.692 personnes la préfecture devra avoir un effectif de 463 RECO, calculé sur la base de la population totale (650 personnes par RECO) ;
- Au total dans la préfecture on dénombre 641 RECO répartis entre les quartiers, les Districts et les secteurs
- Projet PASS a recruté 65 RECO sur la base des critères définis par la nouvelle politique (5 RECO par CS avec en total 13 CS), recruté par des commissions sous préfectorales, la prise en charge des 65 RECO n'est pas encore effective ;
- Condition : CS dispose d'un compte bancaire à la BICIGUI au compte du projet PASSP pour leur permettre de décaisser les lignes budgétaires pour la réalisation des activités sur le terrain ce qui n'est pas facile pour les centres de santé, BICUGUI qui est très répandu ne facilite pas l'ouverture de comptes bancaires, Orange money n'est pas utilisé ;
- Condition pour les paiements des RECO imposée: CS dispose d'un compte bancaire, BICUGUI qui est très répandu ne facilite pas l'ouverture de comptes bancaires, Orange money n'est pas utilisé ;
- PEC Palu – Prise en charge du Palu (130 AC) ;
- ANSS : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, évoluant dans la surveillance à base communautaire, a recruté 641 Reco dans les villages, tous fonctionnels et dotés de téléphones pour la remontée des données mais ils ne sont pas rémunérés ;
- La nouvelle catégorie des ASC superviseurs n'est pas encore recrutée dans la préfecture de Faranah ;
- La catégorie des RECO polyvalent n'existe pas actuellement d'aucune ONG ou de partenaires
- 85 villages éloignées et dispersé à Banis, 10 RECO ne peuvent pas couvrir ;
- Importance de recruter les ASC localement, comme beaucoup de mutés de la fonction publique au compte du district, souvent restent pas plus que 1 à 2 mois avant qu'ils disparaissent pour une variété de raisons (maris, époux, enfants) ;

Recommandation DPS

- Pour le recrutement des ASC Superviseurs il est important pour assurer leur efficacité et fidélisation qu'ils soient recrutés localement par ex ; stagiaires (expérience avec le personnel muté d'ailleurs après 1 – 2 mois ils disparaissent pour des – raisons d'enfant, ou de mariage ;
- L'avis du DPS de Faranah : Pour le départ a respecté le découpage administratif, comme cela était parti avec l'ANSS, « quand tout cela soit ficelé, qu'ils doivent encore définir des critères ».

Labé

- Ils existent deux (2) communes de convergence dans la préfecture de Labé ;
- Dans la préfecture de Labé, 666 Re-Co sont identifiés dont 52 pour les deux communes de convergences, pour lesquels des contrats ont été établis avec la mairie ;

- Le projet PASSP a recruté 90 ReCo soit 5 /CS avec lesquels un contrat a été signé en janvier avec une prise en charge de 450 000 GNF qui n'est pas encore entrée en vigueur ;
- Le problème est que les Re-Co de PASSP cohabite avec les Re-Co d'autres programmes dont les primes varient entre 50 000 et 100 000gnf, ce qui risque d'être un facteur de démotivation pour ceux-ci ;

Mamou

- Existence de 2 communes de convergence à Mamou ;
- ⇒ Voir tableau « Complémentarité partenaires (OSC – PTF) par thématiques et approches

4.7.3 PVVIH - antenne régionale du réseau REGAP+ / OCASS – Autres Association

Faranah

Nom de l'association à Faranah : NDK - Nyon Deinen Dekonvon (NDK), 50 – 60 personnes actives

- Se sont déclarées publiquement à appartenir à une association de PVVIH - ont franchi l'étape de s'exposer et de ne plus se cacher ;
- Annuellement carnaval de sensibilisation – porte des T-Shirts
- Actuellement pas d'appui financière, ont dû quitter leur local par manque de moyens de payer le loyer, abrité dans un bureau de la DRS.
- Par faute de moyen – l'association a dû se limiter à des activités dans la ville de Faranah
- La thématique VIH n'apparaît pas dans les radios (tables rondes etc) – « toujours palu »

Connaissance de la maladie – Sensibilisation de la population – Stigmatisation - Testage volontaire

- Généralement la population a peur et honte de se présenter à l'association – il s'agit de vaincre la honte, la peur et la stigmatisation de la maladie
- « Avoir le courage de se faire dépister »

Quels sont les meilleures voies de la sensibilisation de la population en générale ?

- « Cela ne sera pas compliqué de trouver une association, mais le danger est qu'ils vont cesser les activités »

Recommandations par les membres de l'association

- Appui financier pour que l'association puisse encore mener des activités avec plus d'impact
 - Louer un local/siège digne de nom
 - activités de sensibilisation, accompagnement psychosocial, recherche de perdus de vues, ...
 - louer d'espace à la radio : tables rondes, thèmes : l'association de PVVIH existe, on peut vivre avec la maladie, ;
- Appui « Activités génératrice de revenus (AGR) » ;

Préoccupations NDK : Assistance PAM appui nutritionnel – « Médicaments sont lourds » ;

Labé

Modjobere Haldy Fotty (AHFL), approx. 200 personnes actives (à confirmer) ;

Kindia

Refig : Kania Lakhondé (Main dans la main)

Préoccupations : Formation – renforcement de capacités, Equipements (Boîte à images, badge, T-Shirt, moyen de transport, encouragement) ;

5. Points forts

5.1 Subvention VIH

Disponibilité et qualité de services (Unités PEC - PTME - CDV) – suivi biologique – Gratuité

- Disponibilité de personnel qualifié dans les unités PEC (Mamou et Labé formateurs nationaux)
- Réalisation des examens CD-4 dans les laboratoires des hôpitaux régionaux
- Gratuité effective de la prise en charge (teste de confirmation, ARV et des examens CD-4)

Mamou

- 18/18 CS et 2/18 postes de santé (PS) sont intégrés à la PTME

Kindia

- PTME : Tous Les CS sont intégrés et fonctionnels, les intrants en général sont disponibles ;
- Existence de quatre unités de prise en charge VIH dans la ville de Kindia ;
- Les femmes prise en charge dans les centres PTME ont le choix de continuer après le 18 mois d'être prise en charge soit au centre intégré ou à l'unité PEC VIH ;

Approvisionnement en ARV, tests de dépistage

Faranah

- Dépôt Régional suffisamment approvisionnés en ARV à l'exception de Nevirapine sirop, test de dépistage VIH (nombres limitées) ;
- Dans les unités PEC et PTME, pas de ruptures en ARV, à l'exception de Nevirapine sirop, tests de dépistage disponibles mais pas en grande quantité ;
- En cas de ruptures dans l'un des services de prise en charge de la ville, ceux qui ont la disponibilité dépannent les autres (Synergie et complémentarité des services) ;

Kindia

- Disponibilité des intrants ARV

Accompagnement psychosocial – Recherche perdues de vues

- Existence d'une convention entre l'association de PVVIH et l'hôpital régional (Faranah) ;
- Toutes les unités de prise en charge de VIH disposent des conseillers pré et post test ;

Connaissance de la maladie – Sensibilisation de la population – Dépistage volontaire

Labé

- Large utilisation des radios communautaires pour diffuser les messages clés sur le VIH pour atteindre un plus large public (enregistrement émission table ronde DRS, DPS, responsable unité PEC, Association PVVIH – rediffusion pendant toute l'année) ;
- Forte implication des associations de PVVIH dans les activités de sensibilisation ;

5.2 Subvention TB

- Le Personnel du Service LTO accompagne les patients coinfectés de VIH au service de prise en charge des cas pour éviter leur déperdition
- Le traitement observation directe (DOTS) dans les préfectures de Faranah et Mamou est effectif ;
- Avec des réajustements au niveau régional et l'appui d'OFOM –Ordre de Malte (basé à Pita), la disponibilité des intrants antituberculeux dans la préfecture de Labé et Mamou est bonne ;
 - L'appui de l'Ordre de Malte est complémentaire avec la subvention du Fonds Mondial en Moyenne Guinée ;

Faranah

- A partir de 2018 les antituberculeux sont approvisionnés via le dépôt régional – ce qui a mené à une amélioration de l'approvisionnement ;

Mamou

- Selon les directives tout patient VIH qui tousse plus de 2 semaines doit être testé pour la TB
 - Mais le plus souvent les patients refusent d'aller faire l'examen TB et lorsque les prestataires insistent, le patient disparaît ;

Kindia

- CDT : Le seul CDT des 4 qui prend en charge la coinfection VIH/TB ;

5.3 Subvention Paludisme

- Dans les hôpitaux régionaux et les CS les algorithmes PEC Palu sont affichés partout, avec indication de la gratuité ;
- Les intrants antipaludiques et TDR sont généralement disponibles ;
- Formation des Prestataires et leur suivi post formation ;
- Les activités de prévention chez les femmes enceintes sont effectuées à travers la distribution des MILDA et dispensation SP ;
- Les RECO sont approvisionnées en intrants de TDR et antipaludiques, assurent la prise en charge et réalisent les activités de sensibilisation aux seins des communautés sur le paludisme ;
- Le personnel du Laboratoire et agents de santé sont formés sur le diagnostic parasitologique et prise en charge du paludisme (+ suivi post formation) ;
- Suivi régulier et de proximité des activités par le PF ;
- Amélioration de la qualité de la prise en charge dans les hôpitaux (Faranah : 8 décès sur 901 cas de paludisme grave au 1^{er} trimestre, létalité inférieure à 1%) ;
- Production et diffusion des émissions radios (communautaires, - privées) ;

5.4 Suivi biologique - équipement laboratoire (GeneXpert)

- Bonne collaboration entre les laboratoires et les unités PEC VIH;
- Référence systématique des donneurs de sang testés VIH +fs ;
- GeneXpert installé et fonctionnel : Détecte des mycobactéries, la résistance à la Rifampicine... ;
- Réalisation du comptage CD-4 avec le PIMA, au début du traitement et à chaque 3 – 6 mois ; quelques fois rupture de réactifs mais globalement fonctionnel ;
- Opportunité : L'appui technique et logistique des projets LABOGUI (fondation Mérieux) et CDC/APHL-Guinée, pour renforcer les laboratoires ;
- Existence de l'Association d'ingénieurs et Techniciens biomédicales de Guinée qui peut être contractualisée pour la maintenance et d'éventuelles réparations ;

5.5 Système gestion des intrants (GAS)

- Les dépôts régionaux de Faranah et Labé sont réhabilités et fonctionnel ce qui facilite l'approvisionnement ;
- A Mamou beaucoup d'efforts sont menés pour réajuster les intrants en cas de surstock ou pré-ruptures au niveau DPS ;
- Kindia : Présence d'un pharmacien DPS et disponibilité d'un système de gestion des approvisionnements des formations sanitaires ;

5.6 Gouvernance

- Labé : Elargissement de la réunion de revue trimestrielle initialement réservé au PNLP aux autres programmes nationaux (PEV et PNPCSP) au niveau régional ;
- Les PF sont appréciés par les DPS, une extension de leurs activités au programme tuberculose et VIH est bienvenue
 - Le PF PMI de Labé confirmé que cette extension est aussi prévu pour zones PMI ;
- Tenue régulier des réunions mensuelles des chefs de centres et autres parties prenantes
- Les OSC de façon générale ont une capacité de mise en œuvre des activités et disposent d'expérience et expertise ;
- Tenue trimestriellement des réunions de concertations d'acteurs de la société civile et des PTF, appuyé par GIZ;
- Appui complémentaire des projets PASSP (BM) et HSD (JHPIEGO/USAID) dans le domaine de la santé maternel, VIH et santé communautaire ;

Labé

- Les financements locaux de la GIZ (achat d'équipements, petites réhabilitations) d'un montant jusqu'à 2500,- Euro sont toujours accompagnés d'une formation en gestion et d'un suivi rapproché des équipes décentralisées ;
- Supervision trimestrielle de la DRS financé par l'UNICEF ;

Mamou

- Existence d'un comité RBM
- Les RECO peuvent directement appeler le PF à la DPS sur des problèmes d'approvisionnement en intrants
- La DPS a donnée comme instruction qu'au niveau des CS un jour est fixé pour la soumission des rapport des RECOS, pour contrôle et validation par le chef du centre/superviseur ASC
 - Cette démarche est considéré essentielle pour que les données de santé communautaires compilées par les CS soient d'une bonne qualité avant la rencontre mensuelle au niveau DPS

Kindia

- Coordination des activités des partenaires (PTF) par la DRS, réunions hebdomadaires
- Organisation d'une plateforme des PTF, réunion mensuelle (avec présidence tournante par trimestre) ;
- L'équipe cadre de la DPS a été formé en AIGSS (Opportunité), pour lui permettre soumettre des requêtes pour le financement du PAO au PTF ;

Mise en œuvre nouvelle politique santé communautaire

- Les DRS, DPS et les ONG sont imprégnés de la nouvelle stratégie de santé communautaire
- Les DRS et DPS généralement connaissent les acteurs et leurs activités
- Certaines ONG ont amorcé le processus de recrutement des RECO sur la base des critères contenus dans le document de politique.

Labé

- Opportunité - 10 communes de convergence dans la région de Labé – financement disponible subvention FM au PR MS (via direction santé communautaire)
- OSC et PTF disposés à soutenir le processus de mise en œuvre de la nouvelle stratégie de santé communautaire

Mamou

- Recrutement et formation de 1277 RECO et d'ASC, de profil varié couvrant la préfecture par le « Programme santé région Mamou », GIZ INS, financement Banque Mondial (seulement sur une période de 9 mois) conformément à la nouvelle stratégie de santé communautaire ;
- Achat de moto-ambulances renforcées (4 roues en arrière), médicaments essentielles génériques (MEG), matériel et outils de gestion pour les ASC (commandé pas encore livrée) ;

Association PVVIH

Faranah

- L'association de PVVIH mène des activités de conseil et de sensibilisation à zéro sous, 2 membres servent d'accompagnatrice psychosociale dans le CS et l'hôpital (2 fois par semaine ils font la sensibilisation sur le VIH dans la salle d'attente) ;
- L'avantage des membres de l'association :
 - Ils sont réellement concernées ;
 - Maîtrisent le discours qu'il faut tenir, disposent d'une certaine expertise pour véhiculer le message ;
- Les membres de l'association NDK ont remplacé les conseillères de REFIG sur sollicitation des médecins (Faranah) ;
- Existence d'une convention écrite entre les services PEC et l'association PVVIH pour la prise en charge psychosocial des malades (Faranah) ;
- Existence d'une fiche de suivi des activités des membres de l'association ;
- Rôle important de l'association au moment que le diagnostic est révélé au patient « il y a un malade il faut entretenir », l'association s'occupe de tous les malades déclaré à eux (au moins du centre-ville de Faranah) ;
- Continuation des activités OCASS (Observatoire) même en absence de motivations ;

Labé

- Reconnaissance des capacités des associations PVVIH en matière de sensibilisation, de prise en charge psychosocial, recherche de perdu de vue et de l'observance par les partenaires (OS, PTF et prestataires) ;
- Association très engagé, active et informée ;
- Continuation des activités OCASS (Observatoire) même en absence de motivations ;

6. Points à améliorer

6.1 Subvention VIH

Disponibilité de services de prise en charge (Unité PEC - PTME - CDV)

Faranah

- Seulement les CSU et la maternité de l'hôpital sont fonctionnelles pour la PTME et la PEC ;
 - pour les CS et PS récemment intégrés, la formation des agents est faite mais n'ont pas encore été dotés d'intrants nécessaires à leur fonctionnalité ;
- Des 13 CS de la préfecture de Faranah seulement les 2 centres urbains (CSU) ont été approvisionnés avec les intrants nécessaires (tests dépistage, Atripla, Nevirapine sirop) pour effectuer la PTME, les 11 autres CS et toutes les PS précédemment choisies avec le personnel formé en PTME (centres intégrées) ne sont fonctionnelles en ce qui concerne la PTME, « on a formé les prestataires, mais l'activité des PTME n'est pas réalisée » ;
- Dans la préfecture de Faranah le traitement des nouveau-nés et enfants < 18 mois nés de mères séropositives n'est pas effectif à cause de la rupture de Nevirapine sirop depuis ? (à préciser) ;

Labé

- Plus ou moins 400 personnes (selon l'APVVIH y compris pour la PTME) ou 50 personnes (déclarées par l'unité PEC VIH) sont dépistées VIH et sont en attente de leur prise en charge (en attente de l'arrivée d'ARV d'une commande internationale) ;
- Préfectures de Labé : 16 CS sur 18 sont intégrées aucun des 34 postes de santé intégrés sont fonctionnels pour la PTME ;
- 34 PS formés en PTME mais non approvisionnés en intrant (Tests de dépistage Détermine - test de confirmation Bioline - Atripla - Nevirapine sirop Ziduvine) ;

CSU Leysare

- PTME depuis 2006, Nombre CPN 200+ / mois, Mai : 250 ;
- CDV à l'hôpital - pas de CDV dans les sous-préfectures ;

Rupture d'intrants ou péremption

- 2017 ruptures de tous les intrants d'approx. 4 - 6 mois (Détermine (1^{ère} test VIH), Bioline, Atripla, Duovir, Nevirapine Sirop, Ziduvine) ;
- Nevirapine sirop + Ziduvine depuis début de l'année 2018 ;
- Bioline (test de confirmation) depuis 18 Mars, péremption d'un lot fin Févr. ;

Pénurie d'intrants

- Approvisionnement mensuel en Détermine 1 paquet de 100 tests qui est suffisant pour 2 semaines d'activité, « Jamais un mois plein » ;
- Approvisionnement Atripla insuffisant ;

Conséquences sur la prise en charge PTME

- Les enfants ne sont pas traités avec l'ARV dès leur naissance
 - à partir des 6 semaines Cotrim sirop ;
- Atripla donné seulement à la moitié des femmes, « quand une femme vient on lui donne » ;
- Généralement 80 % des mères reçoivent à 80 % les ARV ;

⇒ PTME fonctionne seulement à moitié

Approvisionnement en ARV, réactifs de dépistage (et outils de gestion) – Gestion des intrants

Faranah

- Manque de traitement pour la prise en charge des nouveau-nés des femmes séropositives (Nevirapine sirop expiré) traitement avec Cotrimoxazole ;

Labé

- Les PVVIH et acteurs sur le terrain (OSC, PTF) déclarent de multiples ruptures d'ARV l'année passée jusqu'à l'heure actuelle, accentués après l'incendie à la PCG ;
- **Test de dépistage VIH** : Détermine ; 1650 péremption Sept, Bioline (test de confirmation) ; 87 - pre-rupture ;

Info : la disponibilité de Bioline (test de confirmation) est importante pour l'activité de dépistage, parce que pour certains prestataires sans le deuxième test de confirmation ils ne peuvent pas annoncer le résultat (risque faux positif ou négatif) ;

- Péremption des quantités d'ARV depuis Janv./Fevr. /Mars 2018 ;
- Rupture d'antirétroviraux en cas d'exposition au sang pas suffisante (Trivada, Kaletra) ;
- Pénurie d'outils de gestion : registre suivi de malade, cahier de malade, ordonnancier ;
- Faible remonté d'information sur le stock d'ARV disponible qui conduit parfois à la péremption (Dans le passé découverte de stock important d'ARV inutilisé, lors de la supervision) ;
- Logiciel E-LMIS installé, mis à disposition d'un ordinateur et clé internet – Non transmission des rapports SIGL par voie électronique par manque de courant pendant la journée, utilisation d'unités privée ;

Kindia

- Rupture totale en test de dépistage VIH depuis plus de 3 mois au CDT ;
- Rupture test de Bioline depuis près de deux mois pour la PTME ;

Mamou

- Rupture de Kaletra
- Rupture Nevirapine sirop depuis Février 2018

Accompagnement psychosocial – Recherche perdus de vues

Faranah

- Non déclaration de certains nouveaux cas diagnostiqués à l'association des PVVIH ;
- A cause d'une répartition de tâches entre REFIG et Regap+ (l'association y appartient) pendant l'année 2017 les accompagnateurs psychosociaux de Regap/OCASS se sont retirés de l'hôpital régional, se limitant aux deux centres urbains
 - Les accompagnateurs REFIG ne jouaient pas leur rôle / pas de visibilité ;
- Recherche de perdus de vue peu possible - manque d'appui pour la recherche de perdus de vue
 - les prestataires doivent appeler par leurs propres unités ;
- L'association de PVVIH qui appuyait les services PEC dans la recherche des perdus de vue et dans l'observance du traitement a réduit ses activités par manque de soutien ;

Labé

Les prestataires ne sont pas formés et motivés sur l'aspect psychosocial dans la périphérie ;

- Problématique de recherche des perdus de vue pas encore résolue – gestion au jour de jour ;

Kindia

- Absence d'activité psychosociale (manque d'agent de prise en charge) ;

Mamou

- Pas d'appui des associations PVVIH dans le cadre de la prise en charge psychosociale

Connaissance de la maladie – Sensibilisation de la population – Dépistage volontaire

Les activités du FM « se focalisent plus sur la prise en charge en oubliant les générations qui remontent et qui ne sont pas conscient des dangers qui les guettent - par exemple ceux qui se sont mis nouvellement dans la sexualité, les jeunes ».

Faranah

- Déficit de connaissances, 2/3 des personnes vues aux services PEC VIH ne connaissent pas les messages clés sur le VIH SIDA ;
- Eloignement des CDV et des centres PTME des populations – Insuffisance couverture des CDV sur l'étendue de la préfecture pour assurer le dépistage volontaire ;
- Des zones éloignées enclavées ne reçoivent pas les messages radio diffusé, ne reçoivent pas les ondes de la radio rurale (Marella et Kobikoro) ;
- Pas de RECOS actifs dans le domaine VIH ;

Peur de stigmatisation

- La majorité des femmes dépistées positive au VIH lors des CPN refusent de révéler leur statut à leurs conjoints parce que beaucoup sont les hommes qui n'acceptent pas leurs statuts, DPS Faranah «c'est le divorce toute suite » ;
 - Difficulté particulière des femmes venant de foyer polygames de déclarer la maladie ;

6.2 Subvention TB (LTO)

- Pas de système de transport des échantillons de crachat des centres de sante ruraux vers le CDT
 - manque de contractualisation avec les syndicats de transport ;
- Manque de matériel adéquat pour le transport des échantillons ;
- A l'exception de Kindia, les activités de prise en charge de la co-infection ne sont assurées ;
- Non mise en œuvre du DOTS communautaire dans 2/4 préfectures ;

Faranah

- Manque de lames à bordure rugueuses au niveau du service de LTO du CSU Marché (depuis le début de l'année 2018) ;

Labé

- CDT : Rupture de Détermine depuis le mois passe, Biotine en pré-rupture ;

Kindia

- Depuis près de 4 ans, pas de recrutement pour augmenter le nombre de RECO pour la mise en œuvre des activités de sensibilisation ;

6.3 Subvention Paludisme

- Retard de décaissement du PR CRS vers le SR Child Fund dans la zone FM (1^{er} décaissement effectuée à la fin du 1^{er} trimestre, le décaissement pour le T2 n'est pas encore effectuée)
- Le paiement des RECO par trimestre n'est pas apprécié par les concernées et les SSR (Child Fund)
- Les activités ont été réalisées sous – préfinancement du SSR ;
- Non-paiement des primes RECO dans toutes les zones Child Fund depuis 6 mois pour des
 - Raisons de changement de stratégie de paiement (ouverture compte Orange Money) ;
- Vétusté des motos des animateurs et superviseurs ;
- Tenue irrégulière (ou pas du tout) des réunions mensuelles des RECO au niveau des centres de santé par manque de paiement de transport ;

6.4 Suivi biologique - équipement laboratoire (GeneXpert)

- Suivi biologique incomplet des patients VIH par manque de réalisation de la charge virale ;
- Manque de Supervision des services de laboratoire dans la mise en œuvre des activités VIH et TB ;
- Non utilisation de certains équipements par manque de réactif et de disponibilité continue de l'électricité ;
- Manque de maintenance préventive des équipements ;

Faranah

- Un microscope défectueux Servant à la GE

Labé

- GeneXpert fonctionnel pour les examens TB - pas d'examen de charge virale – depuis un an manque de réactifs ;

Kindia

- Non disponibilité d'examens CD4, par faute de calibreur (depuis deux ans) au laboratoire de l'hôpital ;
- Soumission systématique des patients VIH aux ARV sans examen préalable de CD4 ;
- Réduction de la capacité fonctionnelle du GeneXpert par manque d'onduleur ;
- L'utilisation de GeneXpert est limitée aux échecs thérapeutiques (TB) et à la prise en charge des cas perdu de vue ;

6.5 Gestion des intrants (GAS)

- Il n'existe pas un système de suivi de la disponibilité des outils de gestion pour le VIH ;
- Dans le passé souvent la PCG avait déposé des intrants avec une date d'expiration proche ;
- Les intrants subventionnés dans la majorité de cas ne figurent pas dans les outils de gestion de stock et de rapportage ;

6.6 Gouvernance

- FM : Insuffisance de coordination avec les partenaires au niveau opérationnel (région, préfecture) ;
- Peu de COSAH sont fonctionnel ;
- Les réunions mensuels au niveau des centres de santé sont très irrégulier (problème de financement du transport des RECO);
- Les supervisions intégrées et formatives sont conditionnées à la disponibilité des fonds des partenaires (UNICEF et autres), fonds du BND pas visible ;

DRS/DPS

Faranah

- Les supervisions au niveau DPS sont réduit par manque de financement ;
- Une insuffisance de la tenue des réunions de concertation, de planification des activités entre la DPS et PTF d'une part et d'autre part entre la DRS et les PTF ;
- Tenue irrégulière des instances Préfectorale et Régionale : CTPS et CTRS ;

Mise en œuvre nouvelle politique santé communautaire

- Insuffisance de coordination des interventions des acteurs pour la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de la santé communautaire (manque de cartographie complète des ONG, leur intervention, l'intégration des paquets, harmonisation financière) ;

Faranah

- Absence de cadre de concertation concernant les RECO dans les centres et Postes de santé dans les Districts qui pilote les activités de lutte contre le Paludisme par le SR CHILD FUND ;
- Retard dans le paiement des per diem des 130 Reco évoluant dans la lutte contre le paludisme (source de démotivation) ;
- Les SSR, les RECO, CCS ne sont pas bien imprégné sur la nouvelle politique de la sante communautaire ;

Kindia

Selon le DPS les activités en santé communautaire du SSR AJP - Association des Jeunes pour le progrès (SR Plan Basse Guinée) ne sont pas connus au niveau de la DPS, comme le SR ne s'est pas encore présenté auprès des autorités sanitaires. (ont été sélectionné tout récemment) ;

Société civile

Faranah

- Manque d'un cadre de coordination et d'une cartographie des OSC des activités assurée par la société civile ;
 - travaillent sur les mêmes cibles, trop d'activités au même moment
- Problème de coordination, répartition de rôles, taches et zones, affecte l'acquisition de marchés ;
- ONG ne sont pas informés des appels d'offres (hors du circuit)
- Concurrence déloyale entre les ONG internationales et nationales dans l'acquisition des projets ;
- Lenteur administrative du plan dans la mise en œuvre des activités (production des outils)
 - pouvant servir pour la formation des Pairs éducateurs et collecte des données des ASC

7. Conclusions - Synthèse

7.1 Subvention VIH

Approvisionnement en ARV – Antirétroviraux

La disponibilité des antirétroviraux en générale est bonne, mais dans les zones plus éloignées de Conakry (Labé et Faranah) il y'a une pénurie (rupture partielle) en tests de dépistage VIH et Nevirapine sirop pour la prise en charge des nouveau-né des mères séropositives.

Ce facteur impacte en partie sur les activités de PTME des centres intégrés identifiés qui fonctionnent seulement partiellement. Un grand nombre des FS formés en PTME n'ont pas encore commencé leurs activités par manque d'intrants. De façon générale toutes les postes de la santé identifiée pour la PTME ne sont pas fonctionnelles.

Les outils de gestion (registres, dossier patients, ..) ne sont pas disponibles en quantité suffisant au niveau des sites PEC VIH, par exemple les soignants demandent aux patients d'acheter leur propre cahier.

Accompagnement Psychosociale

Une autre faiblesse du programme VIH est la faible couverture de personnel formé pour l'accompagnement psychosocial. L'utilisation de personnel compétent et dédié des PVVIH peut être une piste pour les programmes et PR de trouver une solution.

Sensibilisation de la population au dépistage volontaire

La population en générale et en particulier les jeunes sont insuffisamment informé et sensibilisé face au IST et la maladie VIH. La population de certaines régions (Labé, Mamou) peut être mieux informés que autres par exemple Faranah.

Le focus du FM sur les activités de prévention des populations clés et vulnérables n'est pas suffisamment complémenté par les dispositifs de l'Etat et des autres acteurs. La clôture du programme USAID de prévention «Faisons ensemble : partenaires CENAFOD, REFMAP » en 2014, qui entre autre appuyait les CDV a laissé une vide. PSI une importante agence de « marketing sociale » qui avait promu la marque « Prudence plus» avec un financement de KFW (Banque allemande orienté au financement d'activité de développement) avait cessé cette activité en 2016 après l'arrêt du soutien financier. En 2018 PSI a quitté la Guinée.

Manque d'intrants de dépistage VIH (gap) et de financement d'activités concertés - sensibilisation de la population en générale (Jeunes - inégalité de genre face au VIH)

Le FM n'achète pas d'intrants de dépistage de la population en générale (seulement en quantité limités pour des campagnes isolés). Les jeunes représentent la population qui est le plus à risque de se faire contaminer car ils sont les plus sexuellement actifs. Actuellement ils ne bénéficient pas d'interventions de bailleur ou étatique qui prennent en charge l'achat des intrants de dépistage (TDR VIH).

Actuellement il n'y a pas de programme de « marketing sociale » ou par exemple la vente de condoms dans le circuit commerciale et surtout dans de petit commerces proche des centres d'amusement est promu et parfois subventionné par un bailleur.

Les PTF et OSC mènent leurs activités avec des ressources limitées. Il n'existe pas un site web en Guinée dédiée au sujet IST/VIH. Les centres de dépistage volontaires (CDV) sont encore souvent limités aux chefs-lieux et ne bénéficient pas du soutien qu'il faut pour être effectif. Une stratégie Nationale de Communication pour le changement de comportement face au VIH/SIDA n'existe pas.

Le problème de stigmatisation des PVVIH n'est pas résolu ce qui est démontré par la réticence des femmes enceintes séropositives à informer leur mari sur leur statut par crainte de rejet social. Beaucoup reste à faire concernant « l'Inégalité et discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH - Inégalité du genre qui limite l'accès aux services équitables ».

Feuille de Route de la Prévention du VIH pour 2020, ONUSIDA,

Sensibilisation de proximité : « Les programmes de prévention servent de premier point d'entrée pour le dépistage et le traitement. Les programmes de prévention communautaires menés par des pairs sont aussi essentiels pour réduire la stigmatisation et la discrimination, un élément clé dans la réussite tant de la prévention que du traitement.

Préserver la séronégativité : En même temps, un accès élargi au dépistage et au traitement encourage les personnes à risque à connaître leur statut sérologique, ce qui, en retour, offre l'opportunité pour retenir les personnes séronégatives dans des programmes continus de prévention ».

Une approche à plusieurs acteurs et méthodes pour la sensibilisation de la population en générale est nécessaire. La concertation des acteurs et coordination des activités sur le terrain est nécessaire.

Les radios rurales jouent un rôle clé dans toutes les activités de sensibilisation de masse.

Entre autre :

- Accentuer les actions sur le dépistage et le maintien du statut des séronégatifs ;
- Redynamiser les activités de counseling pour le dépistage VIH par les activités de routine des Centres de Dépistage Volontaires (CDV).
- Sensibilisation et éducation par la population en générale à travers les RECO formés, avec ces activités inclus dans leur paquet d'activités, épaulé par les associations PVVIH ;
- Sensibilisation des adolescents et population estudiantine par des pairs éducateurs (CECOJE, ..) ;

Un des facteurs limitant est la pénurie des tests de dépistage VIH. Sans la disponibilité des intrants de dépistage avec le personnel pour le counseling (de proximité si réalisable) des activités supplémentaires ne peuvent pas être menés. Il est nécessaire de chercher d'autres bailleurs en dehors du FM.

7.2 Subvention TB

Toutes les préfectures ont un centre de diagnostic et de traitement de TB (CDT) fonctionnel. Seulement le CDT de Kindia prend en charge la co-infection comme préconisé par la politique nationale. Le dépistage de la co-infection se fait de façon systématique et les patients testés séropositifs sont référés au centre de prise en charge.

L'approvisionnement en intrants antituberculeux des CDT se fait par allocation avec un stock tampon limité au niveau du dépôt régional, qui dote par réquisition les CDT en cas de pré-rupture dans les CDT.

La disponibilité des médicaments antituberculeux (Rifampicin) sur les marchés est un facteur limitant l'approvisionnement des CDT. Selon un responsable de Chemonics la Rifampicine est considérée comme remède pour l'impuissance (viagra local), sans que ces effets n'aient jamais été prouvés.

Dans la subvention TB il est prévu que le transport d'échantillons de crachats soit négocié avec les syndicats de transporteurs. Cette activité n'est pas encore mise en œuvre par défaut de contractualisation et par manque de matériel de transport adéquat. Le plus souvent le patient est référé par le CS vers le CDT.

Approvisionnement en antituberculeux

L'approvisionnement en antituberculeux s'est nettement amélioré par rapport aux visites antérieures, dans la région Moyenne Guinée (Labé, Mamou, ..) grâce à l'appui de l'ordre de Malte (OFOM).

Néanmoins jusqu'à ce jour, un système organisé de transport des crachats est inexistant. Les malades se déplacent vers le CTD préfectorale. Le DOTS est seulement réalisée dans 2/4 préfectures.

Le manque d'un système efficace de transport de crachats et la non-mise en œuvre de DOTS communautaire impacte négativement la réduction de la morbidité de la tuberculose.

7.3 Subvention Paludisme

Approvisionnement en Antipaludiques (CRS/PNLP)

Malgré que le problème récurrent de décaissement tardive (dernier mois T1 et T2) du PR au SR's persiste la mission a constaté une nette amélioration dans l'approvisionnement des FS en antipaludiques, aussi en IV et formes pédiatriques et qui sont à l'heure actuelle disponible jusqu'au niveau communautaire (RECO).

Une faiblesse existe encore concernant la qualité des données de consommation des RECO, car les réunions mensuelles au niveau des CS se tiennent de façon irrégulière ou pas du tout, par manque de transport ou de repas communautaire pour motivation .

7.4 Suivi Biologique / Laboratoires (GeneXpert)

Bien que les appareils GeneXpert soient disponibles dans les Laboratoires des Hôpitaux Régionaux visités, ils fonctionnent en dessous de leur capacité se limitant aux tests de détection des mycobactéries et la résistance contre la Rifampicine (pas d'examen de charge virale). Dans les quatre laboratoires les examens de CD-4 ont débuté.

L'électricité non permanent et le manque d'onduleurs performants pose de sérieux risques.

Jusqu'à présent la supervision des laboratoires par les programmes (PNLAT) et PR (PNPCSP, Plan) est insuffisant, ce qui est documenté par la quasi non résolution des problèmes soulevés lors des rares supervisions.

La faible performance des appareils GeneXpert, l'inexistence des examens de charge virale, constitue un goulot d'étranglement qui impacte négativement sur la planification des ARV de 2^{ème} ligne et en générale sur la qualité de services des prise en charge VIH.

Il y'a une opportunité à saisir, la présence de deux projets « appui aux laboratoires » sur le terrain et d'une association :

1. Projet LABOGUI (Fondation Mérieux) ;
2. CDC-Guinée et l'Association des Laboratoires de Santé Publique (APHL-Guinée) ;
3. Existence de l'Association d'ingénieurs et Techniciens biomédicales de Guinée ;

7.5 Gestion des Intrants (GAS)

Les dépôts régionaux de Faranah et Labé sont réhabilités et fonctionnels. Les approvisionnements pour les intrants antipaludiques se font par réquisition trimestrielle, contrairement aux intrants VIH et TB qui se font par allocation.

Les FS font leur commande basée sur le CMM trimestriellement qui est vérifiée et validé au niveau DPS et ensuite soumise au programme Palu.

Cependant en ce qui concerne les intrants VIH et TB les quantités à livrer sont établies au niveau central. Il existe un stock tampon réduit d'antituberculeux et un peu mieux loti d'ARV au niveau des dépôts régionaux auquel en cas de pré rupture pendant le trimestre une commande peut être adressée. Aussi les DPS souvent organisent les réallocations des intrants entre les FS. Dans le cas de TB il y'a un partenaire sur le terrain (OFOM) qui appui en cas de besoin les CDT.

Particularités régionaux

Kindia

La disponibilité des intrants à Kindia est facilitée par la proximité avec Conakry (banlieue). Il est possible d'envoyer rapidement un véhicule à Conakry pour chercher des intrants. Le magasin de la PCG central sert de dépôt contrairement aux autres régions où l'approvisionnement passe par le dépôt régional.

Moyenne Guinée (Labé, Mamou)

Pour les médicaments antituberculeux il y'a toujours la possibilité de s'approvisionner en cas de pré-rupture et si le dépôt régionaux de Labé n'est pas suffisamment lotis, et demander l'appui de OFAL (Ordre de Malte) à Pita.

Système de Gestion

Les ARV dans la majorité de cas ne figurent pas dans les listes du cahier de pointillage et par la suite ne sont pas inscrits dans le RUMER. Ils ne sont pas traité à pieds égale des Médicaments Essentiels (ME), qui font partie des recettes de la FS. Leur gestion n'obéit pas aux règles du système SIGL.

Les CDT en générale ne documentent pas la dispensation journalière des médicaments avec les outils standards.

Une supervision ne pourra pas facilement déterminer l'état de stock comme l'étape après la sortie du magasin (enregistré sur la fiche de stock) n'est pas suffisamment documentée.

Il existe une contradiction apparente. Les ARV sont très cher (molécules et patients spéciaux) mais les prestataires accordent peu de considération à leur gestion.

CMM

L'essentiel du système de gestion est la connaissance des CMM des produits subventionnés, mais aussi en y tenant compte des variations saisonnières. La CMM et le Stock disponible utilisable (obtenu à partir de l'inventaire physique des stocks) permettent de faire une commande rationnelle tenant compte de la consommation au niveau des points de dispensation, des postes de santé et des RECO.

Les même règles de gestion déjà appliques pour les MEG et antipaludiques doivent s'étendre aux produits antituberculeux et ARV (outils de gestion : cahier de pointillage et RUMER, rapportage SIGL)

De façon simple PNLAT et PNPCSP devraient s'orienter à l'exemple PNL, qui de leur côté devraient faire le nécessaire pour instruire les PF de veiller à partir de Juillet/Aout 2018 sur la bonne gestion de ces intrants.

Dépôts régionaux

Si la PCG/les dépôts régionaux décident de ne plus livrer les intrants au niveau des DPS mais livrer jusqu'au FS incluant des endroits reculés et enclavés il est indispensable de conclure des contrats avec

des transporteurs privés. La logistique disponible aux dépôts régionaux, un seul véhicule, ne semble pas suffisante pour cette tâche avec tous les problèmes quotidiens (maintenance, réparations).

Suivi rapproché

Pour la réussite du système d'approvisionnement le Suivi rapproché des FS est indispensable (réunions mensuelles de qualité, supervisons intégrées régulières).

Le niveau DPS compile les rapports, fait une analyse primaire puis assure une retro-information soit par téléphone (pour les FS rurales) soit par contact physique (FS urbaines) aboutissant par une correction si nécessaire. Le processus se termine par le contrôle final et la validation pendant les réunions mensuelles en présence physique des chefs des centres. A cette occasion, les corrections apportées sont notifiées à la fois dans les documents transmis à la DPS mais dans la souche des FS pour une harmonisation des données a tous les niveaux. Les constats de l'analyse des rapports et de supervision intégrée permettent de faire la redistribution des intrants et/ou l'élaboration des commandes d'urgence. Les données épidémiologiques de prise en charge et de morbidités sont confrontées avec les données de consommation. Les données de consommation (rapport SIGL) des intrants sont compilées, les CMM par les différents FS regroupé par catégorie (CDT, unité PEC VIH, centre intégré) et en dernière instance par préfecture et ensuite par région établit.

Quantification décentralisé

Les premières timides pas sont déjà acheminés. En Mai 18 la revue trimestrielle PNLN de la région de Labé, Jusqu'à présent limité aux produits antipaludiques avait déjà inclus les résultats d'autres programmes (Palu, PEV et VIH/SIDA). Il reste encore à inviter les représentants des programmes PNLAT et PNPCSP et le PR Plan.

7.6 Gestion Financière

Le paiement électronique (Orange money) a la potentiel de contrecarrer des effets négatifs de la politique de Zero Cash (ZCP), mais peut aussi poser des problèmes au début.

Pour faire avancer les subventions il est primordial de gérer de façon proactive le budget, exploiter la flexibilité budgétaire permis et procéder à des demandes de Non-objection sans délais quand la planification et les prévisions ne concordent pas avec la réalité sur le terrain.

Instructions FM révisions du budget / Flexibilité

Afin d'établir un mécanisme clair et précis d'approbation des ajustements budgétaires, on classe les révisions budgétaires en deux catégories : « significatives » et « non significatives ».

	Révision du budget d'une <u>intervention standard</u>	Révision du budget d'une <u>catégorie de coûts facultative</u>	Faut-il obtenir au préalable l'accord écrit du Fonds mondial ?
Révision budgétaire non significative	La révision (à la hausse ou à la baisse) est inférieure à 15 pour cent du budget total de l'intervention considérée.	Augmentation inférieure à 5 pour cent du budget total affecté à la catégorie facultative considérée.	Non
Révision budgétaire significative	i) Toute révision budgétaire supérieure aux valeurs seuils définies ci-dessus pour les révisions non significatives ii) Toute révision budgétaire correspondant à l'introduction de modules ou interventions nouveaux		Oui



Les seuils définis pour les révisions non significatives ne peuvent être relevés sans avoir obtenu au préalable l'autorisation écrite du Fonds mondial.

Source : Directives du Fonds mondial pour l'établissement des budgets – Rappel, 2/2018

7.7 Gestion programmatique

Gouvernance

- Début des réunions de concertations des PTF Kindia et autres 3 préfectures appuyé par la GIZ ;
- Faible présence des PR/ programmes PNPCSP et PNLAT/Plan au niveau opérationnelle
 - Les PF PNL/CRS sur place ne sont pas mandaté de parler pour les subventions TB et VIH
- empêche leur participation et la concertation des leurs activités avec ceux d'autres partenaires
- Tenue des Réunions des instances Préfectorales et Régionale : CTPS et CTRS, mais irrégulier ;
-

Points focaux PNL/CRS

- Les PF sont appréciés par les DPS, une extension de leurs activités au programme tuberculose et VIH serait la bienvenue. Par exemple le DPS de Faranah ne juge pas pertinent et cout-efficent d'avoir encore des PF TB/VIH.

Réunions mensuelles

- Les réunions mensuelles d'une journée financée par le FM se tiennent régulièrement. Les ONG y sont invitées. La journée est très chargée. Des réunions de coordination de partenaires ont eu lieu dans le passé, mais n'ont pas été maintenu.

Supervisions intégrés

- Cette activité n'est pas réellement effectif, des supervisions ponctuel se font de façon irrégulière par manque de financement ;
- Les supervisions intégrées ne sont pas soutenues par un « basket fund » des partenaires
 - le soutien à la supervision toujours liées aux activités du bailleur, par exemple Unicef donnait des fonds, mais pas de façon régulière ;
- Dans la subvention FM 2018 – 20 un budget est disponible pour appui de la supervision au niveau des DPS, dans les subventions passé tel n'était pas le cas, le DPS doit faire la demande ;

Extrait Plan d'Action Opérationnel Conjoint (PAOC) du Secteur de la Santé 2018

252 - Organiser des supervisions semestrielles des DRS par le niveau central (10 jours par DRS) 2 préfectures par région, 1 HP, 2 CS, 2 ACS et 2 OCB par préfectures (2 personnes par équipe +1 cadre du niveau regional + 1 cadre du niveau préfectoral + le point focal, 40 420 USD, PNL/CRS) ;

253 - Organiser des supervisions trimestrielles des DPS par les DRS (2 superviseurs x 38 DPS/DCS x 3 jours) 30 779 USD, PNL/CRS

254 - Organiser des supervisions bimestrielles des Formations sanitaires par les DPS (2 superviseurs x 255 CS x2 jours, 20 767 USD, PNL/CRS) ;

.....

Santé communautaire

Trois initiatives, PASSP, les communes de convergence appuyée par MS/FM et GIZ Projet Santé pour la Région de Mamou, appliquent déjà les directives relatives à la nouvelle stratégie.

Malheureusement le projet GIZ était de courte durée (Fin : Juin 2018) ;

Par contre la majorité des projets d'appui communautaires (ANSS, STOPP Palu, CRS/PNLP, DNSFN,) continuent avec leurs anciennes dispositions, mais réfléchissent et sont disposés à prendre des dispositions de s'aligner aux documents nationaux de stratégie sante communautaire à moyen terme. Jusqu'à présent les DPS, même qu'il y'a des initiatives de coordination des partenaires (le plus visible à Kindia), n'ont pas encore trouvé une stratégie pour organiser les acteurs en plateforme pour trouver des solutions pratiques pour intégrer les paquet minimum, organiser les formations nécessaires et trouver une solution satisfaisante concernant le paiement des primes adéquates (SMIG). Ceci dit que la responsabilité ultérieure de ce processus reste au niveau de l'administration de territoire, la DRS et DPS servent seulement de conseiller.

7.8 Approches innovateurs / Qualité

Rétroprojecteur minuscule : OMPT - One Mobile Projector per trainer



<https://www.ompt.org/>

<https://www.linkedin.com/company/one-media-player-per-teacher>

<https://www.chideo.com/news/one-mobile-projector-per-trainer-video-education>

- Microphone et Haut-parleur pour des conférences Skype : Jabra
- Haut-parleur : Scotche
- Panneau solaire portatif

Gestion Qualité

Comparaison MA - Monitoring Amélioré et le SBM-R - Système d'amélioration de la performance et de la qualité (JHPIEGO)

Le **Monitoring amélioré** est un processus de surveillance périodique permettant d'apprécier l'évolution d'un programme pendant l'action, d'identifier les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent, de choisir et de mettre en œuvre les stratégies et leur action, et l'évaluation des stratégies et leurs actions. Il contribue à l'amélioration des performances du système de santé afin d'atteindre les objectifs de santé définis dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

L'approche de gestion axée sur les standards et la récompense des prestations de services de santé (SBM-R) est l'approche de l'organisation pour améliorer la performance et la qualité des services sanitaires. Elle est une méthodologie de gestion pratique et proactive qui focalise, non pas sur une longue étude des problèmes, mais sur la normalisation simplifiée et la mise en application des meilleures pratiques.

Similitudes

Les deux approches :

- Visent l'amélioration de la qualité de prestations et de soins ;
- Utilisent les standards pour apprécier la qualité de prestations et de soins
- Utilisent les mêmes critères qualité pour apprécier les standards qualités similaires ;
- Utilisent la même démarche analytique de dysfonctionnement ;
- Apprécient la performance des prestataires et structures sanitaires à travers la récompense.....etc.

Différences

Critères	Monitoring Amélioré (MA)	SBM-R
Périodicité	Périodique (chaque 6 mois)	Quotidien
Piliers de la qualité évalués	Standards basés sur les ressources, processus et résultats (Indicateurs qualitatifs et quantitatifs).	Standards basés sur les ressources et processus (indicateurs qualitatifs).
Structures cibles	Communauté, centre de santé, hôpital et DPS	Centre de santé et hôpital
Domaines	Santé de la mère et enfant, PCI et paludisme	Axe stratégies du PNDS 2015 – 2024 (les activités à haut impact)

Le principe de « quotidien » du SBM-R joue un rôle essentiel dans l'atteinte des résultats de qualité fixés entre deux tour du MA.

7.9 Conclusions Globales

La mission terrain a constaté une avancée significative dans la mise en œuvre des différentes subventions.

De plus, plusieurs facteurs jouent en faveur d'une future amélioration de l'approvisionnement en intrants (voir Annexes y relative) :

- Mutualisation des PF aux activités des programmes PNLAT et PNPCSP ;
 - Projet Stop palu (PMI) + semble être d'accord avec cette approche dans ses zones ;
- Nouveaux contrats des performances avec les mêmes conditions des 3 PR (PNPCSP, CRS et PIAN) avec la PCG ;
- Initiative de la PCG d'améliorer ces services « Disposition d'amélioration des services offerts par la PCG, Mai 2018 » ;
- Activités d'inventorisation et de redistribution des intrants antipaludiques, de la sante de la reproduction et de lutte contre le VIH organisé par l'UGL et Chemonics en Juin 2018 ;
- Présence de Conseillers Techniques Régionaux Chemonics (Labé, Mamou, Boké) ;
- Début d'une décentralisation de la quantification (Commande trimestrielle) au niveau régional/préfectoral aussi pour les ARV et des produits antituberculeux

- Passage de ces intrants prévus pour T-4 2018 (octobre) d'un système d'allocation à la réquisition
- PNPCSP avait déjà introduit un système de réquisition mensuelle pour la zone de Conakry dès T3 ;
- Etablissement d'une feuille de route – UGL/PCG/DRS/DPS (moyen et long terme) ;

Les priorités du CSS en T2 2018 étaient :

1. Gestion d'approvisionnement et stock (GAS)
2. Suivi biologique, équipement de laboratoire
3. Mise en œuvre de la santé communautaire
4. Stratégies sensibilisation de la population VIH, dépistage volontaire
5. Accompagnement psychosocial

8. Recommandations

8.1 Recommandations stratégiques

8.1.1 PNPCSP (Plan)

Services de prise en charge, dépistage VIH et Counseling psychosociaux

- Mettre à disposition des unités PEC un personnel chargé de la prise en charge psychosocial ;
- Utiliser les personnes ressources des associations PVVIH en matière de prise en charge psychosocial, recherche de perdu de vue et respect de l'observance (aussi par les OSC et PTF)
 - confier cette tâche au personnel médical ne pas réalistes ;

Prévention de la transmission mère-enfants du VIH (PTME)

- Approvisionner en quantité suffisante avec toute la gamme d'intrants nécessaires (Atripla, test de dépistage, Névirapine sirop) les FS sélectionnés comme centres intégrés (PTME), au moins rendre fonctionnelle toutes les CS ;

Stratégies d'éviter la stigmatisation

- Développer des stratégies d'atténuation de risques de stigmatisation pour les femmes dépistées VIH positif pour faciliter la communication de leur statut à leur marie, l'inciter à se faire dépister, et accepter le statu de son épouse (problème les plus aigu aux foyers polygames) ;

Sensibilisation de la population en générale

- Faire le plaidoyer au niveau central et au niveau des PTF sur les insuffisances concernant la sensibilisation de la population (recherche des bailleurs) ;
 - Le préalable pour toute activité de sensibilisation de masse est le test de dépistage et l'accès aux ARV (disponible dans les structures assez proche) ;
- Développer une Stratégie Nationale de Communication Pour le Changement de Comportement face au VIH/SIDA ;
- Promouvoir la méthode qui semble être le plus cout-efficace tel que l'utilisation des radios communautaires et ruraux avec la diffusion de tables rondes pour véhiculer les messages clés sur le VIH ;
- Collaborer avec les cliniques, les centres des jeunes/centres conviviaux qui servent comme espace de dialogue et de concertation pour échanger sur la santé sexuelle, les IST, ... (appui UNFPA) et des services de santé existants au niveau des universités (Kindia)
- Appuyer une approche pluri-acteur avec différents approches (père éducateurs salon de coiffure, Taxi-moto, écoliers, collaboration avec les religieux,)
- Utiliser les capacités des associations PVVIH en matière de sensibilisation de la population ;
- Disponibiliser des boites à images du Programme VIH au compte des SR/SSR pour faciliter la reproduction ;

Disponibilité d'ARV et TDR (et outils de gestion)

- Insister auprès des unités PEC VIH et les centres intégrés d'appliquer les mêmes règles de gestion comme pour les MEG et antipaludiques à la gestion des ARV et les inscrire dans les outils de gestion : cahier de pointillage, RUMER et rapport mensuel SIGL ;
- Fournir en plus de l'approvisionnement régulier en ARV, des outils de gestion (carnet de patients, registre, ..) nécessaire pour le bon déroulement des activités ;
- En cas de besoin que les prestataires puissent remplacer temporairement l'Atripla (TDF+3TC+EFV) avec Duovir (Lamivudine 150, Xiduvudine 300) + Efavirenz 600 mg (rupture et

sur stock des intrants Duovir et Efavirenz) pour éviter l'arrêt de traitement et la péremption (recommandations de la responsable du dépôt régional de Labé) ;

Recherche Opérationnelle

- Effectuer une recherche sur la question « Non-Utilisation du Rectocap » (Proposition du PF de Labé)

8.1.2 PNLAT/Plan

- Insister auprès des CDT/LTO d'appliquer les règles de gestion connues à la gestion des antituberculeux et les inscrire dans les outils de gestion : cahier de pointillage, RUMER et rapport mensuel SIGL ;
- Confectionner et doter les CDT de caisses appropriées pour le transport des crachats (voir la construction par des menuisiers commandé par MSF, abritant 6 à 10 lames) ;
- Instruire le personnel des CDT d'accompagner les co-infectés découverts vers l'unité de prise en charge (impliqué des accompagnements psychosociaux) pour réduire le risque de perte de vue ;
- Disponibiliser des tubes de crachat pour assurer un transport sécurisé;

8.1.3 LNSP/PNPCSP/PNLAT/Plan

- Etablir ou développer des partenariats stratégiques avec :
 1. Projet LABOGUI,
 2. CDC-Guinée et APHL-Guinée et
 3. Association d'ingénieurs et Techniciens biomédicales de Guinée (ATIB)
 4. Projet Opperia (Solthis)pour surmonter les défis du faible niveau de suivi biologique en dehors de Conakry
 - En particulier l'approvisionnement en réactifs, la mise en fonction des GeneXpert automates, électrophorèse aussi pour la charge virale et le bon fonctionnement du compteur PIMA CD-4 et maintenir la fonctionnalité des appareils.
 - Le partenaire APHL-Guinée fournit en plus un composant appui au Système de Gestion, de la Qualité au Laboratoire pour rendre les services plus efficaces et augmenter la qualité des prestataires et la performance des analyses ;
- Coordonner étroitement avec la Direction National des Laboratoires et l'INSP, Institut National de Santé Publique ;
- Créer un réseau des responsables au niveau opérationnel et central entre les projets cités ci-dessus et les programmes et PR pour réduire la longue chaîne de passation d'information et aboutir à des progrès à court et moyen terme ;
- Appuyer des initiatives et financer dans la mesure du possible la fourniture de l'électricité continue indépendant du générateur de l'hôpital pour assurer le fonctionnement du laboratoire (par exemple installation d'énergie solaire y inclus batteries) ;
- Spécifique par endroit :
 - Mamou : Fournir des Onduleurs au laboratoire pour les appareils sensibles
 - Labé : Installer un système d'énergie solaire pour le laboratoire
 - Kindia : Appuyer le laboratoire avec un « calibreur de l'appareil PUMA pour la réalisation de CD4
- D'ordres généraux :
 - Former le personnel à la mise en œuvre de la qualité au laboratoire

- Faire les branchements électriques dans les normes
- Former le personnel à la maintenance préventive
- Mettre en œuvre une politique efficace d'approvisionnement en réactifs et consommables pour éviter des ruptures (CD4, GeneXpert, automate et électrophorèse) ;

NB : pour assurer le fonctionnement permanent des laboratoires concernés, il faudra une source d'énergie autonome et fiable (énergie photovoltaïque) ;

8.1.4 PNL/CRS

- Diligenter le processus d'obtention des motos des SSR ;
- Réfléchir sur la largeur des MILDA pour la distribution de masse, comme des moustiquaires insuffisamment larges peuvent entraîner des problèmes d'utilisation ;
- Accepter le forfait d'urgences (accidents de route, états graves) de 100.000 sans que les patients sont obligés de le payer avant la prise en charge car il comprend tous les examens complémentaires, labo, radio, soins immédiats qui en réalité signifie même une subvention, aussi pour les cas de paludisme grave ;
- Former et outiller les Points focaux sur les deux autres programmes (TB et VIH) ;

8.1.5 PNPCSP/PNLAT/PNL/Plan/CRS

Appui et coordination au niveau régional (DRS) et préfectoral (DPS)

- Intégrer le DRS dans la stratégie de planification et de supervision des activités concernant les trois (3) maladies (+ RSS) au niveau régionale et préfectorale ;
- Responsabiliser les PF de parler pour toutes les subventions (Intégration dans la chaîne de communications Plan/PNLAT, PNPCSP)
 - Leur participation active aux réunions de planification et coordination au niveau préfectorale et régionale pour une meilleure visibilité de la contribution du Fond Mondial ;
- Appuyer financièrement et techniquement les DPS dans la supervision et le monitoring des FS avec un appui concerté des PR et autres bailleurs pour une supervision intégrée (par exemple joindre les ressources en basket fund) ;
 - Utiliser la nouvelle ligne budgétaire FM « appui à la supervision au niveau des DPS » ;
- Si les ressources le permettent élargir de un à deux jours la réunion mensuels des chefs des centres de santé (chaque deuxième ou troisième mois) ;

Appui au niveau communal

- Appui aux réunions communautaires au niveau CS (réunion des chefs de centre avec RECO)
 - transport, repas communautaire ;

Gestion Financière

- Introduire et tester le paiement électronique (Orange money) pour contrecarrer les effets négatifs de la politique de Zero Cash (ZCP)
 - coordonner et échanger avec les autres intervenants sur les expériences et problèmes de mise en œuvre (réunion RAF) ;
- Gérer de façon proactive le budget et exploiter la flexibilité budgétaire permis
 - procéder à des demandes de Non-objection sans délais quand la planification et les prévisions ne concordent pas avec la réalité sur le terrain ;

Systèmes gestion de qualité

- Réfléchir quels éléments des deux systèmes de gestion de qualité 1. Monitoring Amélioré (GIZ) et 2. Gestion axée sur les standards et récompense (SBM-R²) l'approche de Jhpiego à l'amélioration de la performance et de la qualité puisse servir pour solutionner les problèmes persistants de qualité auquel les formations « Formatite » jusqu'à présent n'ont pas trouvé des solutions ;
- Disponibiliser des supports de formation, manuels et des algorithmes de prise en charge imprimés/ou en version électronique word ou pdf et Présentation Powerpoint à déposer sur l'ordinateur (via une clé USB déposé au niveau DPS/PF) ;

Santé communautaire

- PR/SR/SSR : Etendre le partenariat étatiques classiques (MS, DRS, DPS) à l'administration territoriale / mairies qui sont responsables de la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de santé communautaire ;
- Informer les DRS et DPS concernées des activités de santé communautaire et participer par délégation aux réunions de coordination ;
- Réunion des partenaires au niveau des DPS : Coordonner avec les autres partenaires dans les régions/préfectures la formation et la prise en charge des nombres de RECO requis
 - Réfléchir en tant que partenaire de ces réunions sur comment pérenniser les acquis des projets en terme de financement (par ex. Projet Santé pour la Région de Mamou, PSRF) ;
- Conclure dans la réunion des partenaires DRS/DPS pour quelles zones (villages éloignées ou enclavées) avec des habitations dispersées appliquent des exceptions concernant le ratio et le nombre des RECO (Standard avec exceptions 650 habitants/RECO) ;
- Diffuser les modules de formation et textes concernant la politique nationale de stratégie communautaire ;
- Disponibiliser des boites à images aux RECO et faciliter en général leur reproduction ;

Relatif au SR /SSR

- Rendre effective la tenue régulière des réunions mensuelles des RECO dans les centres santé pour la vérification des données, des formations sur les tas, ... ;
- Activer le paiement des primes antérieurs (6 mois) des RECO dans la Zone Child Fund ;
- Trouver une solution pratique d'un paiement des primes des RECO régulier, par exemple Orange money, si possible, opter pour le paiement mensuel des primes des RECO (Actuellement trimestriel) ;
- Si faisable, procéder au paiement en Cash des transports des RECO pour leur participation aux réunions mensuelles dans les CS dans le but de faciliter leur suivi et l'analyse de leur rapport mensuel d'activité par les SSR ;
- Améliorer les conditions de travail des SSR ;

Associations PVVIH / Observatoire Communautaire sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS)

- Former en gestion de projet pour assurer la pérennisation ;
- Appuyer la formulation des propositions auprès des PTF locales ;
- Appuyer et utiliser les informations générées par l'OCASS (Observatoire) ;

² Standards-Based Management and Recognition (SBM-R)

Délégation des responsabilités

- Déléguer au maximum certaines responsabilités et activités aux partenaires ou SR pour contrecarrer la surcharge de travail des PR qui sont essentiellement occupés par les tâches de gestion et de coordination des subventions et souvent n'ont pas le temps pour les détails ;
- Pour les thématiques (par exemple les laboratoires) qui ne ressort pas des occupations quotidiennes des PR et qui sont très spécifiques il est fortement recommandé de coordonner étroitement avec les directions (LNSP, Institut Santé Public) et des partenaires compétents (Labogui – CDC/APHL) ;

8.1.6 UGL/PCG/CRS/DNPM

- Suivre de près l'utilisation des ARV, antituberculeux et antipaludique et la qualité des services (voir ci-dessus supervision intégré – instauration basket fund) ;
 - Améliorer encore la collaboration et coordination avec la DNPM - Direction Nationale de la Pharmacie et des Médicaments et la PCG – Pharmacie Centrale de Guinée ;
 - Mettre en effet immédiat la mutualisation des PF pour le VIH et la TB ;
 - Les PF peuvent sans formation additionnel déjà commencer à corriger les erreurs systématiques dans la gestion des intrants ARV et TB, les formations techniques suivront ;
 - Encourager toutes mesures de réajustements des intrants au niveau régional et surtout préfectoral ;
 - Appuyer le niveau national, régional et préfectoral à instaurer un système efficace de gestion de la péremption (appui conseil, méthodes) ;
- ⇒ Voir tableau SIAPS en Annexe

8.1.7 OSC

- Organiser un cadre de concertation entre les OSC et développer avec l'appui des partenaires (par ex. GIZ) une cartographie des intervenants ;
- Si opportun s'organiser en Consortium, exemple l'ONG Santé Espoir Vie/SEV à Kankan avec autres acteurs de la région ;
- Saisir les opportunités de financement de l'initiative 5 % (France) et Backup santé (GIZ) ;

8.1.8 Réseau PVVIH (Regap+/OCASS)

- Etablir un partenariat avec différents groupement de femmes et autres ;
- Encourager le nouveau porteur de l'OCASS COFEL de s'appuyer sur les associations PVVIH performants et efficaces pour assurer la collecte des données (agents collecteurs) ;

8.1.9 ICN/CSS

- Suivre l'utilisation de la nouvelle ligne budgétaire « appui à la supervision au niveau des DPS » ;
- Promouvoir, organiser/participer aux échanges être les RAF (programmes, PR) concernant le paiement électronique (Orange money, autres) ;
- Suivre les PR qu'ils gèrent effectivement de façon proactive le budget d'exploiter à fond la flexibilité budgétaire permis et procéder à des demandes de Non-objection sans délais (voir Instructions FM révisions du budget / Flexibilité) ;

8.1.10 PTF/MS/FM

- Mettre en place un cadre de concertation entre les PTF et représentants MS
 - Par exemple pour les régions/préfectures Faranah, Labé, Mamou, Kindia entre autres PASSP (BM), HSD/JHPIEGO (USAID), PR PNPCSP/Plan/CRS(FM) GIZ, Unicef, UNFPA, STOPP Palu (USAID) au niveau central, pour coordonner les financements au niveau régional (DRS) et préfectoral (DPS)
 - en particulier l'appui financier conjoint Etat (BND) –PTF pour les supervisions intégrées et autres activités de suivi rapproché (idéalement basket fund)
 - Formation et Rémunération RECO en complément de l'administration territoriale
 - Elaboration de directives adressées au PTF au niveau opérationnelles et les administrations sanitaires DRS/DPS qui s'accordent sur les détails pratiques ;
- Tenue de réunions de coordination des acteurs au niveau préfectoral et régional
- Financer la revue trimestrielle gestion et quantification des intrants (antipaludiques, ATV, anti TB, SR, ...) au niveau régional/préfectoral ;
- Recherche des bailleurs internationaux (JICA, USAID, autres) pour financer l'achat de tests de dépistage. Les circuits de transport et de gestion du stock et de la supervision du bon usage des intrants de dépistage sont disponibles ;

8.2 Recommandations opérationnels

8.2.1 DPS

- S'assurer de la tenue des réunions communautaires au niveau CS (réunion chef du centre avec RECO)
 - faire le plaidoyer envers les partenaires pour le transport, repas communautaire ;
- Elaborer une stratégie (feuille de route) pour la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de santé communautaire et coordonner les acteurs pour élargir la gamme des prestations des RECO ;
- Organiser au niveau préfectorale les formations manquantes des ASC appuyé par différents partenaires et mettant en commun des ressources financières des différents sources (administration déconcentrés et partenaires) ;
- Instaurer des réunions de concertation au niveau de la préfecture (exemple Kindia) ;
 - Identifier les GAP financiers et assurer la mobilisation financière ;
- Réfléchir pendant les réunions de coordination comment pérenniser les acquis des projets en terme de financement (par ex. Projet Santé pour la Région de Mamou, PSRM) ;
- Instituer des supervisions intègres DPS aux unités PEC VIH et centres PTME avec les prestataires qualifiés comme formateurs de l'unité PEC de l'hôpital régional/préfectoral ;
- Coordonner avec l'administration territoriale (communes/mairie) concernant la mise en œuvre de la politique de santé communautaire en tant que conseiller du processus (mariage communes – santé) ;

Rapportage – Formation

- Communiquer au responsables FS que la formation n'est pas un prérequis pour effectuer un certain tâche standard, par exemple la gestion des intrants selon les normes SIGL ;
 - Il est de leur responsabilité de se procurer les informations nécessaires avec l'apport de la DPS
- Inculquer que les rapports SNIS et SIGL sur la consommation d'intrants incluant les subventionnées fait partie des tâches essentiels et obligatoires du fin de mois ;

8.2.2 Administration territoriale (Commune/mairie)

- Recruter des ASC ayant un attachement local dans le cadre de la nouvelle politique de santé communautaire, pour assurer leur efficacité et fidélisation
 - Exemple de recrutement local : agents ayant finis leur étude dans les écoles de santé communautaire et exerçant leur stage dans les structures sanitaires du District ;
- Dédier un montant pour le paiement de la rémunération des RECO et ASC superviseurs dans le Plan Annuel d'Investissement des communes rurales (PAI)
- Entrer en dialogue avec le DPS qui agit comme conseiller, pour concerter sur gaps de rémunération des agents communautaires conformément à la nouvelle stratégie de santé communautaire (rechercher de combler les gaps avec l'appui des PTF santé);

9. Annexes

9.1 Coordonnées du réseautage d'appui des laboratoires

9.1.1 Coordonnées Assistants Techniques nationaux LABOGUI

André COULIBALY, MD, Medical Laboratory Scientist, Chargé de Projet LABOGUI

Fondation Mérieux – Immeuble BRIKI MOMO à Sandervalia - Boulevard Diallo Telly - Conakry

Téléphone : 00224 627 88 51 74 / Skype : coulandydesotigui / www.fondation-merieux.org

Nom	Prénoms	Poste	Téléphone	E-mail
Bah	Woppa	Mamou	224 627 27 37 57	woppa.bah@fondation-merieux.org
Camara	Aïssata	Conakry	224 627 27 37 54	aïssata.camara@fondation-merieux.org
Diallo/Sow	Mariam	Kindia	224 627 27 37 56	mariam.diallo@fondation-merieux.org
Fofana	Loukmane	Boké	224 627 27 37 55	loukmane.fofana@fondation-merieux.org
Grovogui	Siba Michel	Faranah	224 627 27 37 59	michel.grovogui@fondation-merieux.org
Haba	N. Jérémie	N'Zérokéré	224 627 27 37 61	jeremie.haba@fondation-merieux.org
Sidibe	Seybou	Mamou	224 627 27 37 58	seybou.sidibe@fondation-merieux.org
Sovogui	Ibrahima	Kankan	224 627 27 37 60	ibrahima.sovogui@fondation-merieux.org

9.1.2 CDC-Guinée et l'Association des Laboratoires de Santé Publique (APHL)

APHLGN, Immeuble Zeine 8^{ème} étage (8D), Kaloum Conakry

Nom	Fonction	Téléphone	E-mail
Dr Ebi Célestin Bilé	CTR CDC-Guinée	657 10 44 08	Efb-@cdc.gov
Dr Alpha Amadou Diallo	Chef des Projets APHL-GN	625 22 36 44	Alfaa.diallo@gmail.com
Prof. Kabiro Bah	Consultant APHL-GN	620 57 93 92	maronaiwel@gmail.com
Mr. Sidiki Camara	Lab Scientist APHL-GN	622 11 20 43	sidiki.camara@gin.aphl.org

9.1.3 Association d'ingénieurs et Techniciens biomédicales de Guinée

Nom	Fonction	Téléphone	E-mail
Mohamed CONDE	Directeur Exécutif	620099042	mohamedcondep@gmail.com atib.guinee2016@gmail.com Skype: mohamedcondep
Aboubacar Hollande Barry	Secrétaire Général Responsable Maintenance Hôpital Régional Kankan	620 78 95 55	boubacrholland@gmail.com
Soua Kolie	Secrétaire chargé à l'Organisation	620 79 65 47	
Mamadou Aminata Camara	Membre Actif	664 89 71 01	

Autres :

Rapport Kankan : Ingenieur GenExpert, vit à Conakry : 626 96 41 00

9.2 Points Focaux - Assistance Technique GAS

9.2.1 PF FM

Faranah : Dr Zaoro HABA : zaoro.haba@crs.org, Tel: 626 11 05 57

Mamou : Dr Thierno Abdoulaye BALDE : thiernoabdoulaye.balde@crs.org Tel: 628 52 93 35

Labe (PMI) Dr. Mamadou Alpha Bah: petitbah85@gmail.com , Tel:622 65 66 49

Kindia : Dr Mamadi II NABE : mamadyii.nabe@crs.org, Tel: 622 43 40 73

9.2.2 Coordonnées Conseillers Techniques Régionaux Chemonics

Labé: Dr Thierno Oumar Barry - tel: 628-29-7247

Mamou : Dr Zoumana Camara - tel : 626-65-1300

Boké : Dr Moussa Soumah - tel : 620-31-7229