Ministère de la Santé de Guinée

Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les Hépatites

Evaluation et renforcement des capacités organisationnelles et fonctionnelles de 29 sites de prise en charge du VIH/SIDA à grande cohorte en Guinée

03 Septembre 2019

Table des matières

Listes des acronymes **5**
Liste des figures 7
Listes des Tableaux **8**
I-Introduction **14**
II. Objectifs **15**
II.1. Objectif général 15
II.2 Objectifs spécifiques 15
III. Résultats attendus **15**
IV. Méthodologie **16**
IV.1. Type d'enquête 16
IV.2. Période de l'étude et collectes des données 16
IV.3. Etendue de l'enquête 17
IV.4. Organisation pratique de l'enquête 18
IV.4.1. Outils de collecte et d'analyse des données nécessaires au modèle 18
IV.4.2. Recrutement des enquêteurs 19
IV.4.3. Formation des enquêteurs 19
IV.4.4. Superviseurs de proximité 20
IV.4.5 : Déroulement de l'enquête 20
IV.4.6. Durée de la collecte 20
V. Résultats **24**
V.1. Caractéristiques générales des sites à grandes cohortes 24
V.2. Etats des infrastructures, matériels et équipements 24
V.2.1. Espace de travail 24
V.2.2. Confidentialité des soins 26
V.2.3. Matériels de bureaux 26
V.2.4. Moyens de transport pour activités VIH 26
V.2.5. Source d'énergie et disponibilité de l'électricité 27
V.2.6. Personnel et formation 29
V.2.7. Outils de gestion et formation 34
V.3. Entretiens avec les prestataires, gestionnaires, partenaires et bénéficiaires 64
V.3.1. Entretiens avec les prestataires 64
V.3.2. Entretiens avec les gestionnaires et partenaires 65

V.4. Entretien avec les bénéficiaires 72
V.4.1. Perceptions des bénéficiaires rencontrés dans les formations sanitaires 72
V.4.2. Perceptions des bénéficiaires rencontrés dans la communauté 75
V.6. Classement et catégorisation des sites 78
V.7. Elaboration des plans d'ameliorations 81
VI. Discussions **82**
VI.1. vision et état de la riposte nationale 82
VI.2. Etat des infrastructures 82
VI.3. Etat du matériel/équipements 83
VI.4. Etat du personnel 84
VI.5. Etat des outils de gestion 85
VI.6. Offre de dépistage VIH 86
VI.7. Offre de traitement ARV et continuum de soins 88
VI.7. Appui nutritionnel 89
VI.8. Accès à la Charge virale 90
VI.9. Collaboration TB/VIH 90
VI. 10. Gestion des intrants 91
VI.10.1. Moyens de stockage 91
VI.10.2. Disponibilité des tests de dépistage VIH et autres maladies 91
VI.10.3. Disponibilité des ARV 92
VI.10.4. Circuits de patients, laboratoire, médicaments et données 94
VI.10.5. Gestion des données et suivi du programme 95
VI.10.6. Supervisions 96
VI.11. Profil clinique et immunologique des patients à l'initiation au traitement 97
VI.12. Classement des sites selon leur capacité 98
VII. Forces et limites de l'étude **99**
VIII. Conclusions et Recommandations **100**
IX. Annexes **102**
IX.1. Tableaux 102
Tableau 1 : 29 sites PEC à grande cohorte évalués 102
IX.2. Contributeurs à l'élaboration des outils de collecte des données 158
IX.3. Enquêteurs et superviseurs 158
IX.4. Autres annexes 159
X. Références **160**

Auteurs :

Dr. Habakkuk A. Yumo, MD, MSc, PhD (Consultant International)
Dr. Sidibe Sidikiba, MD, MSc, MPH (Consultant National)
Dr. Foromo Guilavogui (Point Focal, PNLSH)
Dr. Youssouf Koita (Coordonateur National PNLSH)

Citation suggérée :

Habakkuk A. Yumo, Sidibe Sidikiba, Foromo Guilavogui, Youssouf Koita. Evaluation et renforcement des capacités organisationnelles et fonctionnelles de 29 sites de prise en charge du VIH/SIDA à grande cohorte en Guinée. Ministère de la Santé de Guinée. Programme National de lutte contre le VIH/SIDA et les Hépatites, Conakry (2019).

Remerciements

Cette étude est un travail collectif réalisé grâce à l'implication de tous les acteurs ayant intervenus depuis sa conception (élaboration des termes de références jusqu'à la validation du rapport final. Les conseils, orientations et soutiens dont nous avons bénéficié du Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites (PNLSH) et autres structures du Ministère de la Santé, des partenaires techniques et financiers, d'Expertise France et du Fonds Mondial ont été déterminants pour le succès de cette mission. Nous remercions également les participants à l'étude pour les informations fournies. Il s'agit notamment, des gestionnaires du programme VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des prestataires des soins VIH et des personnes vivant avec les VIH/SIDA. Le travail de terrain a été réalisé par des enquêteurs et superviseurs qui ont joué un rôle déterminant dans l'acquisition de l'information présenté dans ce rapport. Nos remerciements vont aussi à l'endroit de tous les experts (nationaux et internationaux) pour leurs diverses contributions lors de la revue de ce rapport. A ce propos, nous tenons à remercier particulièrement les participants à l'atelier de validation dudit rapport. Par ailleurs, la participation des responsables des sites lors des ateliers d'élaboration des plans d'améliorations a été remarquable. Nous remercions par la même occasion tous les facilitateurs pour l'assistance dans la conduite desdits ateliers.

Listes des acronymes

ARV	Antiretroviral
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
PEC	Prise en Charge
PTME	Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH
PNLSH	Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites
PR	Récipiendaire Principal
SIDA	Syndrome Immunodéficience Humaine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
PCR	Polymérase Chaine Réaction
TB	Tuberculose
DHIS-2	District Health Information System- 2
DBS-PCR	Dry Blood Spot- Polymérase Chaine Reaction
PEPS	Premier Expiré-Premier Sortie
MSR	Modèle Simplifié Reproductible
DCIS	Dépistage Conseil à l'initiative du Soignant
TARV	Traitement Antiretroviral
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CD4	Cluster of Differentiation 4
CMC	Centre Médical Communal
HR	Hôpital Régional
HP	Hôpital Préfectoral
CSA	Centre de Santé Amélioré
CS	Centre de Santé
MSF	Médecin Sans Frontière
FM	Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
AT	Assistance Technique
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SR	Sous récipiendaire

GTE	Groupe Technique d'Excellence
FMG	Fraternité Médicale Guinée
FOSA	Formation Sanitaire
VAD	Visites á domicile
RPDV	Recherche des Perdus de Vues
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
MPA	Mission Philafricaine
CV	Charge virale
PVD	Perdus de Vue
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
SISP	Système d'information sanitaire préfectoral
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
INSE	Institut National de la Santé de l'Enfant
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
UPEC	Unité de Prise en Charge
GNF	Franc National Guinéen
VIP	Very Important Personality
INSP	Institut National de Santé Publique
TPI	Traitement Préventif Intermittente à l'Isoniazide

Liste des figures

Figure	Désignation	Page
Figure 1	Distribution des sites par région administrative	25
Figure 2	Disponibilité espaces d'accueil et de counseling	27
Figure 3	Disponibilité du matériel de bureaux	28
Figure 4	Disponibilité des moyens de transport pour les activités VIH	29
Figure 5	Disponibilité de l'électricité dans les sites	30
Figure 6	Disponibilité du matériels informatiques	31
Figure 7	Statut des responsables des sites PEC	32
Figure 8	Statut des prescripteurs dans les sites PEC	33
Figure 9	Statut des dispensateurs des sites PEC	34
Figure 10	Statut des APS dans les sites PEC	35
Figure 11	Mouvement du personnel dans les sites PEC	36
Figure 12	Disponibilité outils de gestion de laboratoire	37
Figure 13	Disponibilité outils de gestion PEC	38
Figure 14	Disponibilité outils de gestion pharmacie	39
Figure 15	Disponibilité outils de gestion électronique des données	40
Figure 16	Disponibilité matériels de consultations	41
Figure 17	Disponibilité moyens de stockage des intrants	42
Figure 18	Disponibilité équipements de laboratoire	43
Figure 19	Dépistage VIH pour enfants et adolescents	44
Figure 20	Stratégie de dépistage VIH auprès enfants et adolescents	45
Figure 21	Mise en œuvre du DCIS	46
Figure 22	Enrôlement sous ARV	47
Figure 23	Mise en œuvre du « dépister-traiter »	48
Figure 24	Disponibilité des services de prise en charge VIH	49
Figure 25	Fréquence des renouvèlements des ARV	49
Figure 26	Disponibilité des tests de dépistage VIH et autres maladies	50
Figure 27	Laboratoire d'acheminement des échantillons pour la charge virale	51
Figure 28	Temps de rendu des résultats PCR pour enfants <18 mois	52
Figure 29	Méthodes d'identification des PDV	53
Figure 30	Cascade d'identification des PDV	54
Figure 31	Disponibilité des directives et services de collaboration TB/VIH	55
Figure 32	Disponibilité des préservatifs	55
Figure 33	Disponibilité des services de transfusion sanguine sécurisée	56
Figure 34	Rupture des tests de dépistage VIH au cours des 3 derniers mois	57
Figure 35	Disponibilité des ARV dans les sites le jour de l'évaluation	58
Figure 36	Disponibilité des ARV pédiatriques le jour de l'évaluation	59
Figure 37	Délai de livraison des ARV	60
Figure 38	Complétude et promptitude des rapports de dépistage et PEC	61
Figure 39	Saisie des données dans le DHIS-2	61
Figure 40	Qualité des données de PEC	62
Figure 41	Contenu des supervisions dans les sites	63

Figure 41	Fonctionnalité des circuits patients, laboratoire, médicaments et données	64
Figure 42	Profil clinique des patients à l'initiation sous ARV	65
Figure 43	Profil immunologique des patients à l'initiation sous ARV	66
Figure 44	Capacité des 29 sites PEC à grande cohorte, Guinée, 2019	81

Listes des Tableaux

#Tableau	Designation	Page
Tableau 1 :	29 sites PEC à grande cohorte évalués	104
Tableau 2:	Disponibilité des salles d'accueil et counseling	105
Tableau 3 :	Disponibilité des espaces de soins et dispensation	106
Tableau 4 :	Confidentialité des soins VIH	107
Tableau 5 :	Disponibilité du matériel de bureaux	108
Tableau 6 :	Disponibilité des moyens de transports	109
Tableau 7 :	Electricité et sources d'énergies dans les sites	110
Tableau 8:	Disponibilité du matériel informatique	111
Tableau 9 :	Profil des responsables des sites	112
Tableau 10 :	Formation des responsables des sites	113
Tableau 11:	Profil des prescripteurs	114
Tableau 12 :	Formation des prescripteurs	115
Tableau 13 :	Profil des dispensateurs des ARV	116
Tableau 14 :	Formation des dispensateurs des ARV	117
Tableau 15 :	Statut et formation des agents psychosociaux (APS)	118
Tableau 16 :	Synthèse situation du personnel dans les sites	119
Tableau 17 :	Disponibilité des outils laboratoire	121
Tableau 18:	Disponibilité des outils PEC	122
Tableau 19:	Disponibilité des outils de gestion pharmacie	123
Tableau 20:	Disponibilités des systèmes électroniques de gestion	124
Tableau 21 :	Disponibilité du matériel de consultation	125
Tableau 22:	Disponibilités des moyens de stockage des produits	126
Tableau 23:	Disponibilité des équipements de laboratoire	127
Tableau 24:	Disponibilité du dépistage VIH pour adultes	128
Tableau 25:	Disponibilité du dépistage VIH pour enfants et adolescents	129
Tableau 26:	Etat de mise en œuvre des stratégies de dépistage VIH auprès des enfants et adolescents	130
Tableau 27:	Mise en œuvre du DCIS	131
Tableau 28:	Taux d'enrôlement sous ARV	132
Tableau 29 :	Etat de la mise en oeuvre du « dépister-traiter » dans les sites	133
Tableau 30 :	Disponibilité de la prise en charge dans les sites	134
Tableau 31 :	Disponibilité des tests de dépistage VIH et autres maladies le jour de l'enquête	135
Tableau 32 :	Taux de réalisation de la charge virale dans les sites	136
Tableau 33 :	Etat du diagnostic précoce par DBS-PCR chez enfants	137

Tableau 34 :	Temps du rendu des résultats DBS-PCR dans les sites	138
Tableau 35 :	Disponibilité des services et/ou d'appui nutritionnel	139
Tableau 36 :	Etat de la recherche des perdus de vus dans les sites	140
Tableau 37 :	Etat de la recherche de la TB chez les patients VIH	141
Tableau 38 :	Etat de l'intégration des services TB/VIH	142
Tableau 39 :	Disponibilité des services de transfusion sanguine sécurisée	143
Tableau 40 :	Etat des ruptures des tests de dépistage VIH et autres réactifs au cours des 3 derniers mois	144
Tableau 41 :	Disponibilité des ARV dans les sites le jour de l'enquête	145
Tableau 42 :	Disponibilité des ARV pédiatriques le jour de l'enquête	146
Tableau 43 :	Etat des formations en dispensation	147
Tableau 44 :	Stockage des ARV selon Premier Expiré-Premier Sortie (PEPS)	148
Tableau 45 :	Etat des livraisons des ARV dans les sites par la PCG	149
Tableau 46 :	Etat des délais de livraisons des ARV dans les sites	150
Tableau 47:	Complétude et promptitude de la transmission des rapports	151
Tableau 48:	Qualité des données prise en charge	152
Tableau 49:	Etat du circuit patient dans les sites	153
Tableau 50:	Etat du circuit laboratoire dans les sites	154
Tableau 51:	Etat du circuit médicaments dans les sites	155
Tableau 52:	Etat du circuit des données dans les sites	156
Tableau 53 :	Synthèse de l'état du circuit dans les sites	157
Tableau 54 :	Profil clinique à l'initiation du TARV	158
Tableau 55:	Profil immunologique à l'initiation du TARV	159
Tableau 56 :	Indicateurs composites utilisés pour le classement des sites	80
Tableau 57 :	Sites à capacité adéquate (indice : 94%-70%)	82
Tableau 58:	Sites à capacité moyenne (indice : 69%-60%)	82
Tableau 59 :	Site à capacité faible (indice < 60%)	83

Résumé Exécutif

Introduction

La Guinée avec un taux de prévalence du VIH de 1.5%, compte environ 120 000 personnes vivants avec le VIH. Néanmoins, l'épidémie est concentrée au sein des populations clés notamment les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes (11.4%) et les professionnels du sexe (10.7%). Dans ce pays, la prise en charge du VIH/SIDA (PEC) fait encore face à d'énormes défis malgré les ressources conséquentes investies par le Gouvernement et ses partenaires notamment le Fonds Mondial et ceci après plus de 2 décennies de lutte contre cette pandémie. Ces défis se caractérisent par la faiblesse des indicateurs clés du programme notamment la faible couverture en ARV (40%), fortement affecté par des taux élevés de perdus de vus (30% et 42% chez les femmes et hommes, respectivement) ; le faible taux de suppression virale (~35%) et une augmentation du taux mortalité VIH de 22% entre 2013 et 2018.

Cette faiblesse étant liée à une insuffisance de capacités organisationnelles et opérationnelles des sites PEC, le Programme National de Lutte Contre le SIDA et les Hepatites (PNLSH) et ses partenaires ont consenti d'entreprendre une évaluation approfondie des sites PEC afin de mieux identifier les facteurs qui sous-tendent la faible performance du programme et y apporter des mesures correctrices adéquates à travers l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des plans d'améliorations spécifiques des site. C'est dans ce contexte que le PNLSH à travers Expertise France a mobilisé 2 consultants (international et national) pour cette étude.

Objectifs

L'étude avait pour objectif d'évaluer les capacités organisationnelles et opérationnelles des 29 sites à grandes cohortes et fournir les données nécessaires pour l'élaboration des plans d'améliorations spécifiques à chaque site.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale mixte dont les données ont été collectées dans 29 sites de prise en charge à grande cohorte en Guinée. La collecte a eu lieu entre Avril et Mai 2019 et elle s'est faite à travers une revue documentaire ; des entretiens individuels et de groupes avec des gestionnaires, prestataires et les bénéficiaires ; les observations et la vérification des données sur site. Les données ont été collectées à travers les outils pré-

tests suivants : une grille principale pour les données quantitatives auprès des prestaires des sites, des guides d'entretien-gestionnaires et bénéficiaires pour la collecte des données qualitatives auprès des partenaires, gestionnaires et bénéficiaires et un fichier Excel pour la vérification des données programmatiques.

Les données collectées visaient à évaluer la disponibilité des moyens et des services VIH dans les sites. Ainsi, les informations collectées étaient en rapport avec l'état des infrastructures, des équipements/matériels, la disponibilité du personnel, des services VIH et des intrants entre autres. Ces données ont été collectées par 17 enquêteurs (y compris 5 superviseurs) tous formés.

L'étude s'est déroulée en 2 phases : la phase pilote (pré-test) portant sur 4 sites (3 à Conakry et 1 à l'intérieur du pays) et la phase d'enquête proprement dite sur les 25 autres sites. Un masque de saisie développé au moyen du logiciel Epidata a été utilisé pour la saisie des données quantitatives qui ont été analysées avec Excel (Microsoft) et SPSS, et les résultats présentés sous forme de tableaux et graphiques. Concernant les données qualitatives, elles ont fait l'objet d'une analyse thématique du contenu selon une approche inductive.

Les résultats de l'étude ont servi à l'élaboration des plans d'améliorations des sites. Un outil standardisé développé sur Excel (Microsoft) a été utilisé pour l'élaboration des plans d'améliorations des sites et ceci de manière participative avec les responsables des sites à travers une série d'ateliers.

Résultats

Les 29 sites évalués étaient repartis dans les 8 régions administratives de la Guinée, mais la majorité (52%) des sites était localisée dans la région de Conakry.

76% et 86% des sites disposaient, respectivement des salles d'accueil/counseling et des points de dispensation. La confidentialité (intimité auditive et visuelle) était garantie dans 55% des sites. 47% des sites disposaient d'une moto et/ou d'une voiture pour les activités VIH/SIDA tandis que 27% des sites ne disposaient d'aucun moyen de transport (ex. Hôpital d'Ignace Deen, CMC Flamboyants, FMG, CSA Kassopo entre autres). 59% des sites disposaient d'un groupe électrogène (principale source secondaire d'énergie dans les sites).

Les coupures d'énergie étaient assez fréquentes avec seulement 21% des sites n'ayant pas connu d'interruption d'électricité les 7 derniers jours précédant l'enquête.

90% des sites avaient un ordinateur fonctionnel, mais seulement 48% avaient accès à une connexion internet. 86% des responsables des sites étaient des titulaires et 83% étaient formés en PEC. Les prescripteurs (des ARV) étaient respectivement des titulaires et des bénévoles ; dans 58% et 36% des cas, et 60% de ceux-ci étaient des médecins. Au cours des 12 derniers mois précèdent l'évaluation, 38% des sites avaient enregistré le départ d'au moins un personnel impliqué dans la PEC, mais seulement, 30% des départs ont eu un remplacement. L'absence de motivation des prestataires contribuerait énormément à cette instabilité des prestataires au niveau des sites. Le MSR était disponible et fonctionnel dans respectivement 72% des sites. Les équipements de laboratoire étaient peu disponibles avec 41% et 52% des sites disposant respectivement d'un compteur d'hématologie et de biochimie.

Le dépistage du VIH était disponible dans tous les sites pour les adultes,et dans 86% des sites les pour enfants et adolescents. Le DCIS était peu pratiqué dans les sites avec seulement un taux de réalisation de 20%. Le taux d'enrôlement sous ARV était de 73% et la mise en œuvre du « dépister-traiter" était effective dans seulement 41% des sites. Les tests de dépistage VIH et autres maladies étaient disponibles dans 83% des sites le jour de l'enquête, mais 3 mois avant celle-ci, 36% des sites avait connu la rupture d'au moins un type de test de dépistage VIH ou autres réactifs. Les médicaments ARV étaient disponibles dans 71% des sites. Les formes pédiatriques étaient moins disponibles, surtout la 2e ligne qui était disponible dans seulement 45% des sites. Le circuit du patient était adéquat dans seulement 21% des sites et ceci à cause de l'absence de l'éducation sanitaire/thérapeutique lors des visites dans les sites.

67% des patients initiaient le TARV à un stade clinique avancé de la maladie (stade clinique OMS 3 ou 4) et 56% avaient un taux de CD4≤ 350. Le classement des sites en fonction de leur indice de capacité montrait que les 5 premiers sites (DREAM, CMC Matam, Hôpital de Jour de Donka, CS Gbessia port 1 (Matoto), CMC Coléah] étaient les sites de Conakry par opposition aux 5 derniers (HP Siguiri, HP Kissidougou, HR N'zérekoré, HP Coyah, CSA Kassopo) qui étaient les sites de l'intérieur du pays. Ce résultat suggère que la qualité des soins VIH serait meilleure dans les sites de Conakry par rapport aux sites de l'interieur du pays. La qualité des données était faible marquée par des discordances élevées dans certains sites. Les supervisions étaient inadéquates car le plus souvent orientées vers la collecte active des données.

A travers une série de 6 ateliers organisés à Conakry et à Kindia et en s'appuyant sur les résultats de l'évaluation, des plans de renforcement des capacités des sites ont été élaborés et ceci sur la base des besoins spécifiques à chaque site. Au total, 29 plans d'améliorations visant le renforcement des capacités organisationnelles et fonctionnelles des sites de prise en charge ont grande cohorte eu été développées.

Conclusions et Recommandations

Le programme de prise en charge VIH présente quelques points forts qu'il convient de renforcer. Il s'agit entre autres, de l'existence d'un nombre minimum de personnel, d'équipements/matériels et d'intrants. Il s'agit surtout de l'existence de certains sites tels que DREAM, CMC Matam (MSF) et l'Hôpital de jour de Donka dont les capacités sont appréciables. Les capacités de ces trois sites indiquent clairement qu'une offre des soins VIH de qualité est possible en Guinée.

Ceci devrait constituer une source d'encouragement et de motivation de tous les acteurs de la riposte nationale à œuvrer pour corriger les nombreuses lacunes rapportées par cette évaluation. Il s'agit notamment de l'exigüité des espaces de travail, d'un personnel limité en qualité et en nombre, de la démotivation du personnel, du non-respect de la confidentialité des soins, des ruptures fréquentes et pernicieuses des intrants VIH, de la faiblesse du système de collecte et de rapportage des données et l'inadéquation des supervisions. Ces lacunes sont plus marquées dans les sites de l'intérieur du pays, entrainant de facto la migration des patients vers les sites de Conakry.

La correction de ces faiblesses, surtout dans les sites de l'intérieur devrait permettre le désengorgement des sites de Conakry et l'amélioration de la qualité des soins VIH dans l'ensemble des sites à grande cohorte en Guinée. Ce changement passera par la mise en œuvre des recommandations contenues dans ce rapport, mais surtout par la mise en œuvre effective des plans d'amélioration spécifiques des sites. Ce renforcement des capacités de ces sites devrait (re)positionner la Guinée dans la voie de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030.

I-Introduction

La Guinée, avec un taux de prévalence VIH de 1,5%[1] au sein de la population, fait face à une épidémie de type généralisé. Le pays comptabilise 157 sites CDV, 142 sites au niveau desquels les services de prise en charge du VIH ont été intégrés et 482 sites PTME. 29 des 142 structures sanitaires recensées totalisent 90% de la file active de patients VIH+ sous traitement ARV. La prévalence varie selon le milieu de résidence (2,7% en milieu urbain contre 1,2% en milieu rural) ; prévalence qui enregistre une plus forte concentration au sein des populations clés[2] tels que les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (11,4%), les professionnelles de sexe (10,7%), et au sein des groupes vulnérables tels que les détenus (2,3%), les routiers camionneurs (2,3%). Au niveau de la population générale, la couverture en matière de dépistage est de l'ordre de 7%.

Cette faible performance serait due en partie à une forte médicalisation du dépistage, entrainant ainsi une faible participation des acteurs communautaires dans l'atteinte du premier des objectifs 90-90-90. C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé de Guinée a obtenu du Fonds mondial (FM), une subvention VIH/Sida (volet traitement et soins) de 39 573 743 $US pour la période 2018-2020 selon la procédure de reconduction. Le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les Hépatites (PNLSH) a été désigné Récipiendaire Principal (PR) pour le volet traitement et soins aux côtés de Plan International Guinée en charge du volet Prévention. Une partie de cette subvention est destinée à réduire la mortalité et la morbidité chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH, grâce à un meilleur accès au traitement, aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH.

Lors de l'élaboration de la requête de financement pour la reconduction du programme, il a été constaté que la majorité des sites de PEC VIH étaient confrontés à une insuffisance de capacités organisationnelles et opérationnelles réduisant leurs performances et la qualité des services fournis aux patients. Afin de mieux identifier les facteurs qui sous-tendent la mauvaise performance de ces services, la conduite d'une évaluation est

[1] EDS (EDSG V) 2018
[2] 2 ESCOMB 2017

nécessaire. Une telle démarche est utile et pertinente afin de mieux identifier les obstacles et facteurs pouvant faciliter l'amélioration des services des PVVIH en Guinée.

C'est dans ce cadre que le PNLSH a obtenu d'Expertise France (Initiative 5%) une assistance technique (AT) à travers 2 consultants (national et international) pour conduire une évaluation approfondie des 29 sites à grande cohorte (≥ 228 patients) en Guinée. Ensuite, appuyer l'élaboration des plans d'améliorations des sites, ainsi que l'accompagnement de la mise en œuvre de ces plans. C'est dans ce contexte que l'AT a été divisée en 2 phases : la 1ere phase consacrée à l'évaluation approfondie et l'élaboration des plans d'améliorations des 29 sites et la 2eme phase dédiée à l'accompagnement desdits plans au niveau des sites. Ce rapport d'étude rend compte du déroulement de la 1ère phase de cette assistance technique.

II. Objectifs

II.1. Objectif général

Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins VIH fournis dans les 29 sites prioritaires de prise en charge en Guinée d'ici 2020.

II.2 Objectifs spécifiques

i. Analyser les capacités organisationnelles et opérationnelles des 29 sites à grandes cohortes ;
ii. Appuyer l'élaboration des plans d'améliorations des 29 sites à partir des spécificités et besoins individuels, des ressources financières disponibles et des indicateurs / cibles du cadre de performance de la subvention afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins VIH.

III. Résultats attendus

Au terme de la phase 1, les principaux résultats attendus étaient les suivants :

i) Les capacités organisationnelles (infrastructures, matériels et équipements) et opérationnelles (disponibilité et offres des services/soins VIH) des 29 sites à grandes cohortes connues, et leurs besoins spécifiques d'appui techniques et financiers ont été identifiés ;

ii) Les résultats de l'évaluation sont partagés et appropriés par les différentes parties prenantes : responsables des sites de PEC, partenaires institutionnels, partenaires techniques et financiers et autres acteurs clés de la riposte ;

iii) Les 29 sites de prise en charge disposent de leur plan d'amélioration spécifique.

IV. Méthodologie

IV.1. Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête transversale mixte (quantitative et qualitative) dans 29 sites à grandes cohortes de Guinée.

IV.2. Période de l'étude et collectes des données

La collecte des données s'est déroulée entre Avril et Mai 2019. Elle a été faite à travers les méthodes ci-après :

i) ***La revue documentaire :*** Elle a consisté à exploiter entre autres les documents et outils du PNLSH, notamment ceux relatifs à la prise en charge. Cette revue a permis de faire le point de la situation de la prise en charge VIH/SIDA en Guinée. Elle a aussi contribué à l'information pour l'élaboration des outils de collecte des données ainsi qu'à l'acquisition des données secondaires sur les activités de dépistage et de prise en charge des sites.

ii) ***Les entretiens individuels :*** Ils ont consisté à des entretiens avec les responsables des sites, les prestataires, les bénéficiaires, les gestionnaires du programme, les partenaires institutionnelles, les partenaires techniques et financiers et autres acteurs de la société civile impliqués dans la riposte nationale. Ces entretiens ont permis de collecter les informations des sites sur l'état des infrastructures, du personnel (nombre, qualité, formation, …), du matériel et équipements médicaux/laboratoires, la disponibilité des documents normatifs et outils de travail, la disponibilité et la qualité des services VIH, la disponibilité des intrants/médicaments, le circuit des patients, du laboratoire, des médicaments et des données, la perception des acteurs/partenaires sur la

disponibilité et la qualité de la prise en charge ainsi que la satisfaction des bénéficiaires.

iii) ***Les observations :*** Il s'agissait notamment d'observer l'état des infrastructures, des équipements/matériels ainsi que la disponibilité du personnel et de l'offre des services (dépistage, traitement et suivi) au niveau des sites. Elle a permis également d'objectiver la disponibilité des documents normatifs/guides et les outils de gestion du programme. Elle a également permis la prise des images (photos) de certains endroits d'intérêts.

iv) ***La vérification sur site des données :*** Elle a permis de vérifier la qualité des données de dépistage et de prise en charge, mais aussi l'effectivité des supervisions, ainsi que la transmission des rapports mensuels d'activités.

IV.3. Etendue de l'enquête

L'enquête a couvert les 28 sites préalablement identifiés comme sites à grandes cohortes pour l'évaluation. En plus, sur requête du PNLSH un site supplémentaire (HP de Lola) devenu site à grande cohorte en Décembres 2018 a été ajouté à la liste. Au total, l'enquête a porté sur 29 sites de prise en charge **(Table 1, Annexe 1).**

IV.4. Organisation pratique de l'enquête

IV.4.1. Outils de collecte et d'analyse des données nécessaires au modèle

a. Outils de collecte

Cinq (5) types d'outils ont servi à la collecte d'informations sur le terrain. Il s'agit :

i) **La grille principale :** Elle a servi à l'évaluation de l'état des lieux des sites sur le plan des infrastructures, personnel, offre des services, disponibilités des services VIH (Annexe 2). Cet outil a été adapté du questionnaire SARA (Service Availability and Readiness Assessment) de l'OMS [1] et du Document des Politiques, Normes et Protocoles de prise en charge de l'infection par le VIH chez l'adulte et l'enfant en Guinée [2]. Cette grille a été administrée dans chacun des sites évalués.

ii) **Le guide d'entretien-gestionnaire** : Il a servi à l'évaluation de la perception des acteurs institutionnels et partenaires clés sur la disponibilité et la qualité de la PEC (Annexe 3). Au niveau central, les partenaires institutionnels et acteurs de mise en œuvre (PR, SR) ont été sélectionnés et interviewés jusqu'à saturation de l'information. Au niveau périphérique, les responsables des sites, les chefs des formations sanitaires et les directeurs préfectoraux de la santé ont été également interviewés.

iii) **Le guide d'entretien-bénéficiaire** : Il a servi à l'évaluation de la perception des bénéficiaires (PVVIH) sur la disponibilité et la qualité de la PEC (Annexe 4). Au niveau de chaque site, dix (10) bénéficiaires présents dans le site le jour de l'enquête ont été sélectionnés au hasard et interrogés. En plus, ce guide a été utilisé pour une discussion dans la communauté avec un groupe des bénéficiaires, membres des associations des PVVIV.

iv) **Une grille d'analyse des circuits** patients, laboratoires, médicaments et données pour l'évaluation des trajets dans les sites (Annexe 5). Dans chaque site, une grille a été administrée.

v) **Une fiche Excel** pour la vérification des données dépistage et prise en charge des sites (Annexe 6). Les données secondaires sur le dépistage VIH et la PEC ont été collectées dans chaque site.

Les consultants ont produit les premières moutures de ces différents outils. Les dites moutures ont été enrichies par la contribution des partenaires et acteurs de la

riposte nationale. La liste de ces experts est présentée en annexe (Annexe 7) Ces outils, ainsi que le protocole de l'évaluation (Annexe 8) (développés par les consultants) ont été validés par le Groupe Technique d'Excellence (GTE) mis en place pour accompagner les consultants dans la conduite de cette mission (Annexe 9). Le rapport de la réunion de validation du protocole et outils sont présentés en annexe (Annexe 10).

IV.4.2. Recrutement des enquêteurs

Au total, 17 enquêteurs ont été présélectionnés (sur la base des critères de l'appel à candidature) pour la formation sur les outils et la collecte de données. Ces enquêteurs ont été recrutés selon les qualifications et les compétences recherchées, parmi lesquelles avoir une expérience dans la collecte des données et une bonne connaissance de l'outil informatique (Annexe 11).

IV.4.3. Formation des enquêteurs

Une formation a été organisée à l'intention des enquêteurs sur la méthodologie de collecte des données et l'utilisation des outils (Annexe 12).

Cette formation a porté essentiellement sur les éléments suivants :

- Les définitions opérationnelles liées à la collecte des données;
- La méthodologie de l'enquête et l'organisation pratique sur les sites ;
- Le remplissage des outils de collecte des données ;
- La vérification de la complétude des données dans les outils ;
- La saisie des données ;
- L'assurance qualité des données (à travers la contre saisie).

Cette formation de 2 jours était essentiellement pratique, avec un accent particulier sur des jeux de rôles pour le remplissage des différents outils de collecte. Elle a été conduite par les consultants et a débouché sur deux (2) jours de pré-test des outils sur le terrain et d'une journée de restitution de la procédure de collecte des données. Le rapport de formation des enquêteurs et du pré-test est présenté en annexe (Annexe 13).

IV.4.4. Superviseurs de proximité

A la tête de chaque équipe, un enquêteur avait été désigné comme chef d'équipe pour jouer le rôle de superviseur de proximité. Les superviseurs de proximité étaient chargés de la coordination des activités de terrain. Ils avaient principalement pour tâches de :

i) introduire l'équipe d'enquêteurs auprès des autorités administratives/sanitaires des sites concernés.

ii) aider à résoudre les éventuels problèmes rencontrés sur le terrain ;

iii) s'assurer du respect de la conformité du remplissage des outils de collecte des données. Pour cela, ils étaient chargés entre autres d'observer le déroulement de l'administration du questionnaire par les enquêteurs, de vérifier la complétude des données dans les grilles et apporter les mesures correctrices immédiates ;

iv) administrer le guide d'entretien-gestionnaire

v) faire la contre-saisie des données (dans les masques de saisie) pour l'assurance qualité des données.

IV.4.5 : Déroulement de l'enquête

L'enquête a été conduite en 2 phases :

a) la phase pilote pour le pré-test des outils de collecte des données. Ce pré-test a eu lieu dans 4 sites : 3 sites à Conakry (FMG, CMC Coleah, CMC Flamboyant) et 1 site à l'intérieur du pays (HP Coyah). Cette phase a permis aux enquêteurs de se familiariser avec les outils. Elle a surtout permis d'évaluer la pertinence et la cohérence des questions. Au terme de cette phase, des ajustements mineurs ont été effectués sur les outils de collecte de données. Aussi, une liste définitive de 15 enquêteurs incluant 5 superviseurs a été retenue. Les deux (2) autres enquêteurs formés ont été placés sur la liste d'attente .

b) la phase d'enquête proprement dite pour la collecte des données dans les 25 sites restants.

IV.4.6. Durée de la collecte

La phase pilote et l'enquête proprement dite ont duré entre 2 et 10 jours respectivement. Chaque équipe avait en moyenne 2 jours par site pour la collecte et la saisie de données. Au total, chaque équipe d'enquêteurs a eu en moyenne 12 jours de travail de terrain

(collecte et saisie des données), durée de voyage exclue pour les équipes de l'intérieur du pays.

IV.4.7. Supervision de la collecte de données

La supervision des équipes d'enquêteurs a été assurée d'une part par les chefs d'équipes (ou superviseurs de proximité). D'autre part, ces équipes ont également été supervisées par les consultants (national et international) en charge de cette évaluation. Les consultants (en compagnie des experts du PNLSH) ont visité un nombre de sites (à Conakry et à l'intérieur du pays) pour s'enquérir du déroulement effectif de la collecte des données sur le terrain. Une grille de supervision pour les consultants a été utilisée à cet effet (Annexe 14).

IV.4.8. Saisie, contrôle-qualité, gestion, stockage et analyse des données

- **Saisie** : Deux masques de saisie élaborés au moyen du logiciel Epidata ont été utilisés pour la saisie des données quantitatives (grille principale et le guide d'entretien bénéficiaire). Pour le Guide d'entretien-Gestionnaire et la grille d'analyse des circuits, les données ont été saisies dans les fichiers Word. Pour la vérification des données de dépistage et de prise en charge, les enquêteurs ont saisi les données directement dans le fichier Excel. La saisie des données a été faite sur le terrain par les enquêteurs.

- **Contrôle-qualité :** L'assurance-qualité des données a été faite à trois (3) niveaux :
  - ***Contrôle-interne au niveau des* sites** : Elle s'est faite par la vérification de la complétude des données des outils papier par les enquêteurs eux-mêmes à travers une permutation de rôle entre enquêteurs : le questionnaire administré par l'enquêteur «x » était remis à l'enquêteur « y » pour vérification et vice-versa. En cas de données incomplètes, les corrections étaient faites sur le champ.
  - **Contre-saisie au niveau des sites** : Les données saisies par les enquêteurs étaient vérifiées par le chef-d'équipe (superviseur) à travers la revue d'un échantillon des questions.

- **Contre-saisie au niveau central :** Les données saisies sur Epidata ont été exportées sur les fichiers Excel. A partir de ce support, les consultants ont procédé par échantillonnage à une revue croisée de la base des données et des outils papier pour s'assurer de la cohérence et de la complétude des données numériques. Par ailleurs, une revue exhaustive de la base des données (grille principale) a été effectuée afin de nettoyer les données incohérentes avant l'analyse.

❖ **Gestion et stockage :**

Les fichiers numériques de tous les outils ont été transmis par les enquêteurs par voie électronique aux consultants. Au niveau des consultants, ces fichiers ont été rangés par site et stockés dans des supports numériques. Quant aux outils papier, ils ont été classés par site et archivés au PNLSH conformément aux procédures internes de cette structure.

❖ **Analyses des données :** Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du tableur Excel (Microsoft) et SPSS . Les analyses descriptives, les tableaux et les figures ont été utilisés pour le résumé des résultats. Ces résultats ont été présentés en valeur absolue (pour les questions relatives au dénombrement) ou en proportion. Concernant les données qualitatives, l'analyse a été faite manuellement. A ce sujet, une analyse thématique du contenu des informations suivant une approche inductive a été effectuée.

IV.5. Elaboration des plans d'améliorations des sites

La formulation des plans d'améliorations pour chacun des 29 sites à partir des résultats de l'évaluation s'est réalisée à travers une série des ateliers organisée à Conakry et Kindia. Au cours desdits ateliers, les responsables des sites avaient pour responsabilité d'identifier les actions correctrices par rapport aux lacunes rapportées par les sites. La méthodologie du déroulement de ces activités sont disponibles en annexe dans les TdR des ateliers d'élaboration des plans d'améliorations (Annexe 15). Ces plans d'améliorations ont été développés sur la base d'un outil standardisé élaboré pour les besoins de la cause. Cet outil résume les résultats de l'évaluation pour chacun des 29 sites tout en intégrant le plan d'amélioration du site, ainsi que son plan de suivi. Cet outil

peut également servir à l'auto-évaluation des sites. Le modèle de cet outil est disponible en annexe (Annexe 16).

IV.6. Chronogramme final de la mission

La mission s'est déroulée du 15 Avril au 05 Septembre 2019 et les activités clés étaient:

- le développement et la validation du protocole de l'évaluation ainsi que des outils de collecte des données ;
- le recrutement et la formation des enquêteurs ;
- la collecte des données ;
- l'analyse et la rédaction du rapport ;
- la validation et la restitution du rapport
- l'élaboration des plans d'amélioration.

Ces activités sont résumées dans le chronogramme présenté en annexe (Annexe 17).

V. Résultats

V.1. Caractéristiques générales des sites à grandes cohortes

Les 29 sites évalués étaient repartis dans les 8 régions administratives de la Guinée. La majorité (52%) de ces sites étaient dans la région de Conakry **(fig. 1),** 86% étaient des Unités de Prise de Charge (UPEC) et avaient une instance gestionnaire publique. Les sites étaient équitablement représentés dans les hôpitaux régionaux (21%) et hôpitaux de préfecture (21%), 17% dans les CMC, 14% dans les CS et les ONG médicaux (DREAM, MAP, FMG, ASFEGMASSI), 10% dans les CHU (Donka, Ignace Deen, INSE) et 1% dans le CSA (CS Kassopo).

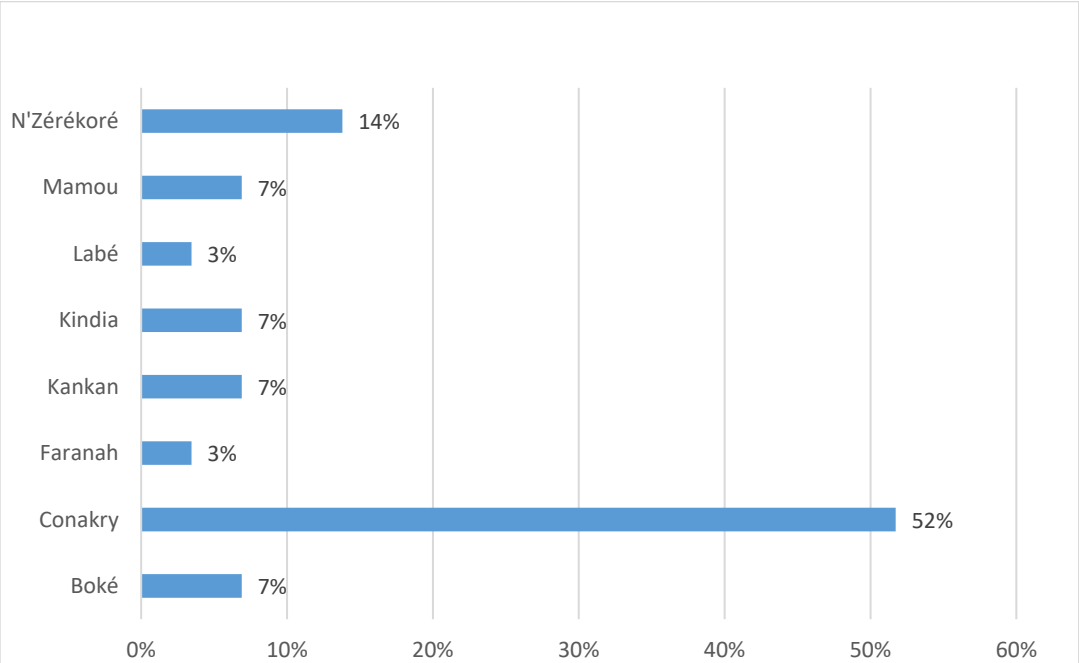

Fig. 1: Distribution des sites par region administrative

V.2. Etats des infrastructures, matériels et équipements

V.2.1. Espace de travail

La quasi-totalité des sites était logée (ou intégrée) chacun au sein d'une formation sanitaire (Hôpitaux ou Centre de Santé). L'état des infrastructures des sites était généralement lié à celui des formations sanitaires (FOSA) les abritant. Au sein de ces FOSA, des espaces de travail étaient alloués pour les activités de dépistage et de prise en charge. L'évaluation de ces espaces par rapport aux normes montrait que 76% et 86%

des sites disposaient, respectivement des salles d'accueil **(fig. 2),** et des salles de dispensation. Les sites à très faible disponibilité en espace de travail étaient Kissidougou, Guéckédou, Lola, Coyah, Kindia, N'Zérékoré **(Tableaux 2 et Tableau 3, annexe).** Les espaces de travail dans ces sites étaient particulièrement très exiguës. Par exemple, les sites de Coyah et de Kindia se résumaient à un seul bureau servant d'espace de counseling, consultation, dispensation, stockage des outils de gestion (dossiers patients, registres). Pareillement, à N'Zérékoré, les locaux dédiés à la PEC étaient excessivement exigus avec un seul bureau servant pour le CDV, la mise en observation, la consultation et l'appui psychosocial.

A l'hôpital de jour de Donka, avec une file active de plus de 5000 patients, la salle d'attente est exiguë ; en outre la pharmacie ne dispose pas d'espace suffisant pour le stockage des médicaments et l'activité des pharmaciens se résument à la distribution des médicaments qu'à la dispensation.

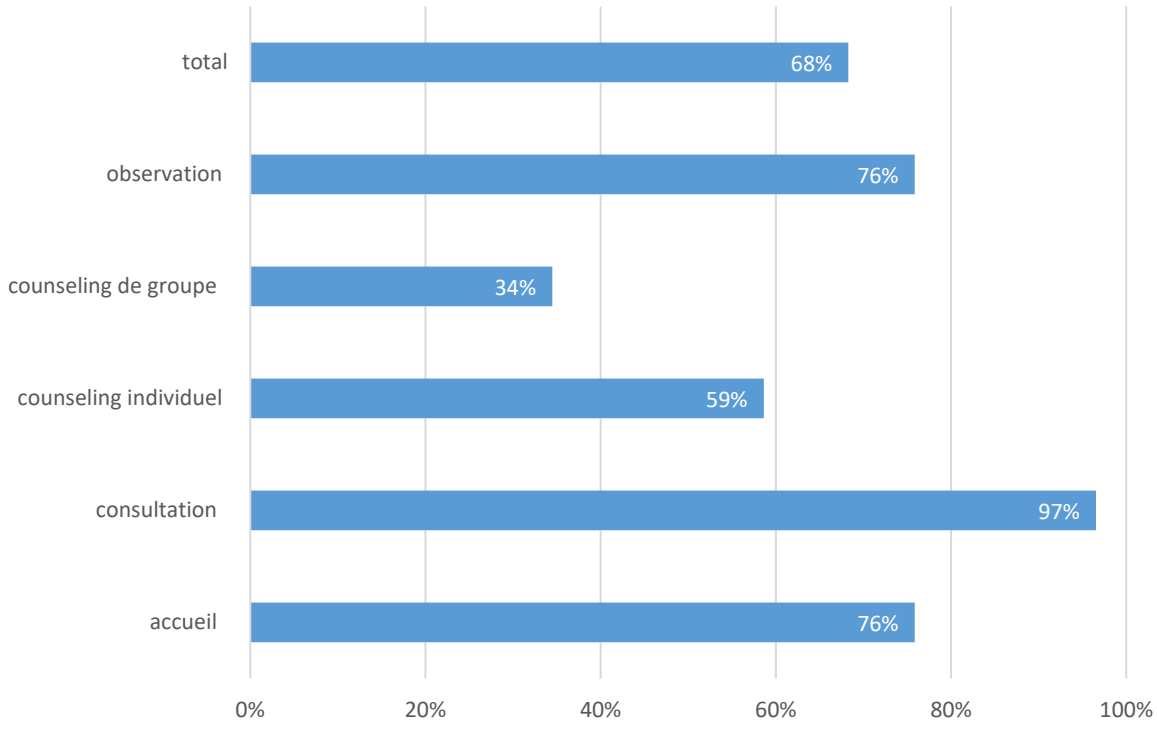

Fig. 2: Disponibilité espaces d'accueil et counselling

V.2.2. Confidentialité des soins

Les sites pouvant garantir la confidentialité (intimité auditive et visuelle) de counseling étaient estimés à 55%. L'intimité auditive uniquement était garantie dans 17% des sites, et l'intimité visuelle dans 3%. Par contre, 24% des sites ne présentaient aucune forme d'intimité. C'était le cas des sites de Pita, Siguiri, Coyah, Kassopo et Kindia entre autres **(Tableau 4, annexe).**

V.2.3. Matériels de bureaux

Le matériel minimum de bureau pour le fonctionnement du site était évalué sur la disponibilité de 4 éléments à savoir : table, fauteuil haut dossier, chaise visiteur et armoire. Sur cette échelle, 88% des sites répondaient aux normes. Les fauteuils à haut dossier étaient le matériel le moins représenté avec un indice de disponibilité de 69% **(fig. 3).** Le site de l'INSE et de Siguiri étaient les moins lotis en matériel de bureaux avec un indice composite de 25% **(Tableau 5, annexe).**

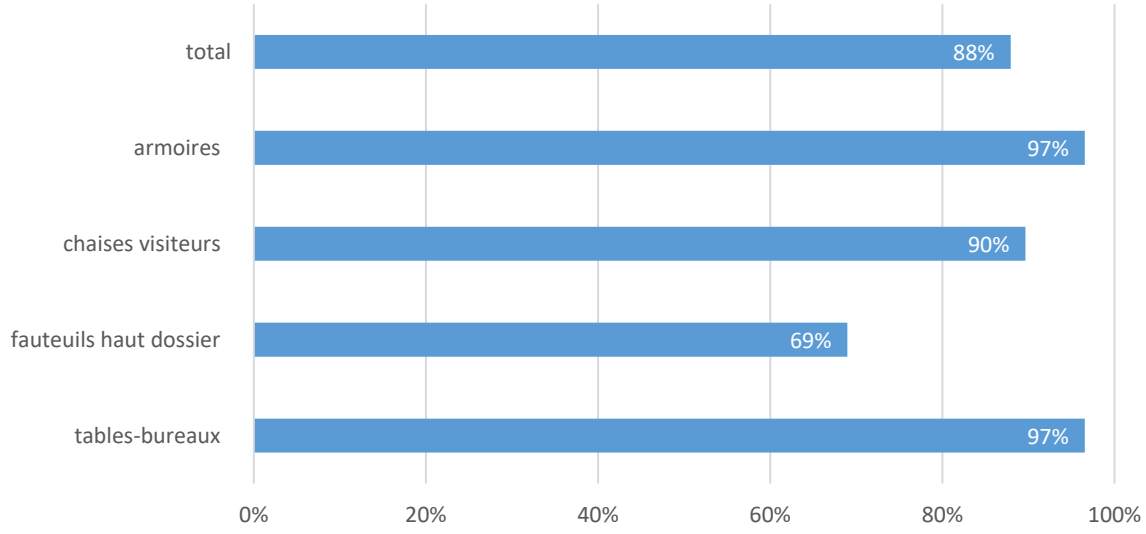

Fig. 3: Disponibilité du materiels de bureaux

V.2.4. Moyens de transport pour activités VIH

Près de la moitié (47%) des sites disposaient d'une moto et/ou d'une voiture pour les activités VIH/SIDA. Les motos étaient prédominantes, car disponible dans 69% des sites

(fig. 4). 27% des sites ne disposaient d'aucun moyen de transport. Il s'agit notamment de l'Hôpital d'Ignace Deen, CMC Flamboyants, FMG, CSA Kassopo entre autres (**Tableau 6, annexe**). Respectivement, dans 77% et 29% des cas, les motos et voitures disponibles étaient exclusivement réservées aux activités VIH.

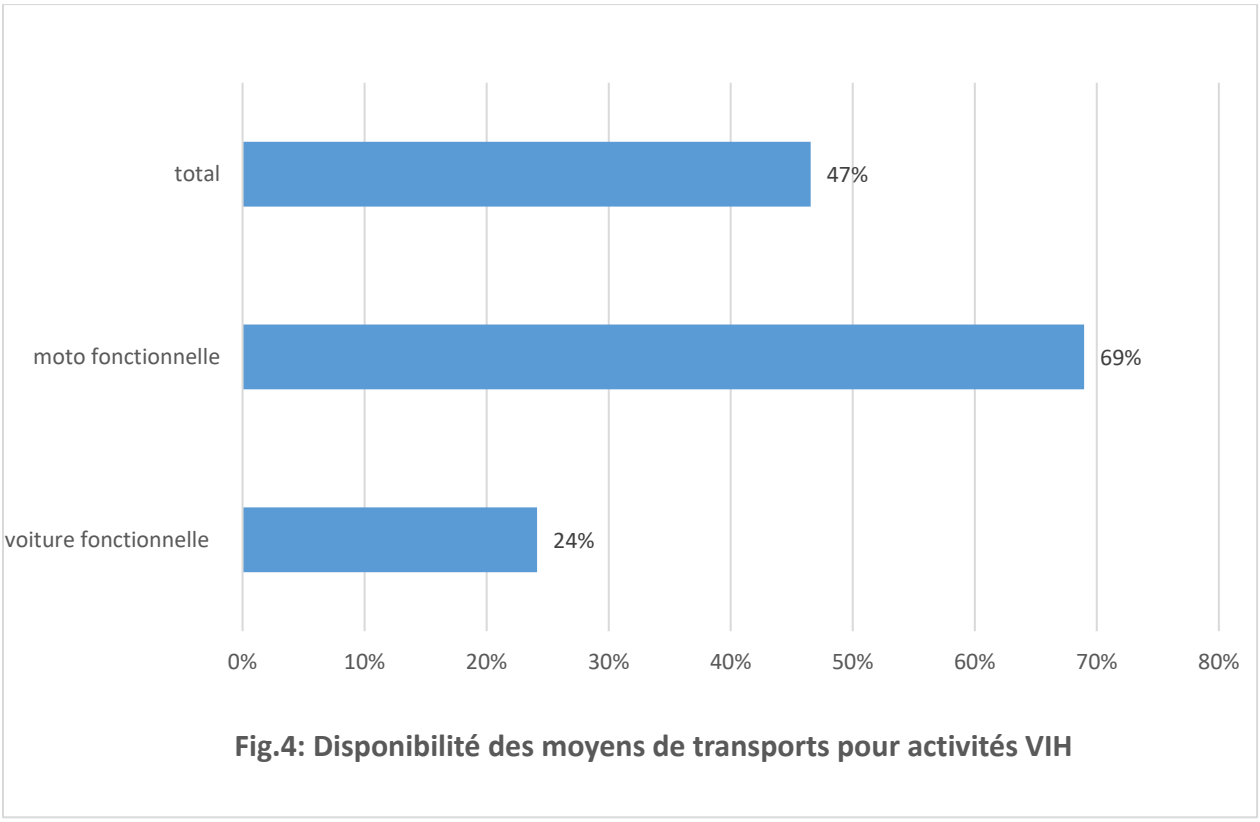

Fig.4: Disponibilité des moyens de transports pour activités VIH

V.2.5. Source d'énergie et disponibilité de l'électricité

Presque tous les sites étaient connectés au réseau électrique central (EDG). Mais, seulement 69% de ces sites utilisaient ce réseau comme source principale d'énergie **(fig. 5).**

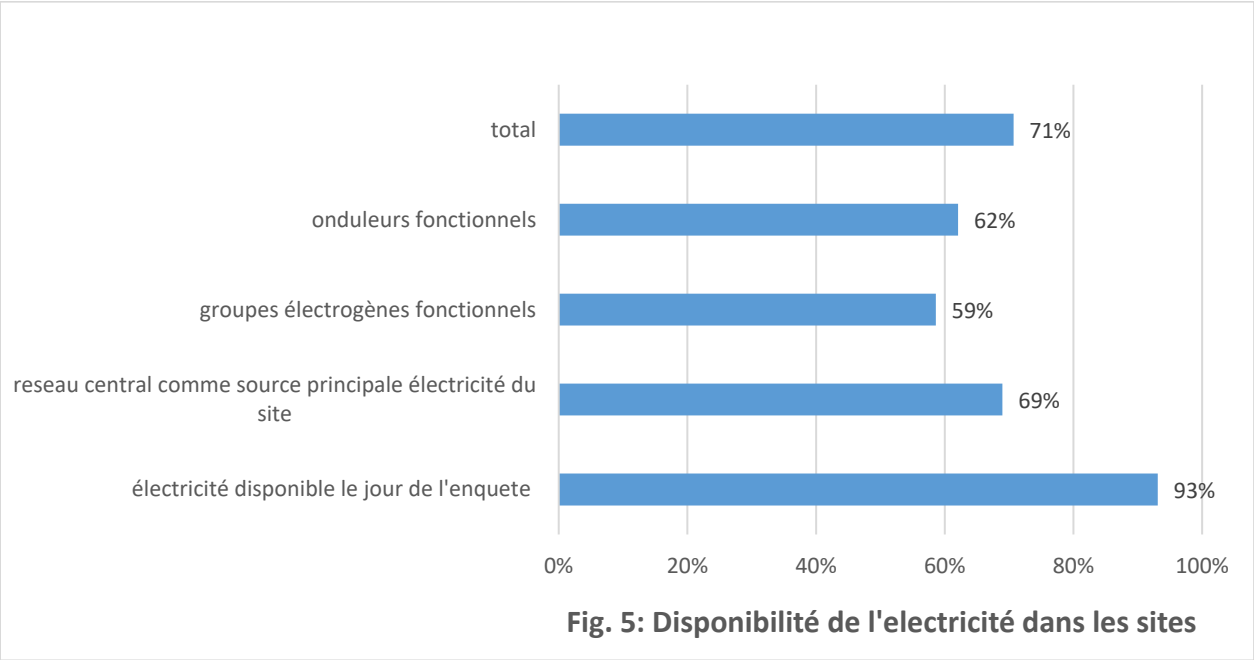

Fig. 5: Disponibilité de l'electricité dans les sites

Les groupes électrogènes étaient disponibles dans 59% des sites et représentaient la principale source secondaire d'énergie **(Tableau 7).** Au cours des 7 derniers jours précédant l'enquête, seulement 21% des sites avaient eu l'électricité sans interruption.

Matériel informatique

L'indice moyen de disponibilité du matériel informatique était de 39%. Parmi les éléments évalués, les scanners (34%) et la connexion internet (48%) étaient faiblement représentés. Les ordinateurs étaient disponibles et fonctionnels dans 90% des sites **(fig.6).** Avec un indice de disponibilité de 20%, les sites de Siguiri, CMC Flamboyant et CMC Minière étaient les moins équipés en matériels informatiques **(Tableau 8, annexe)**.

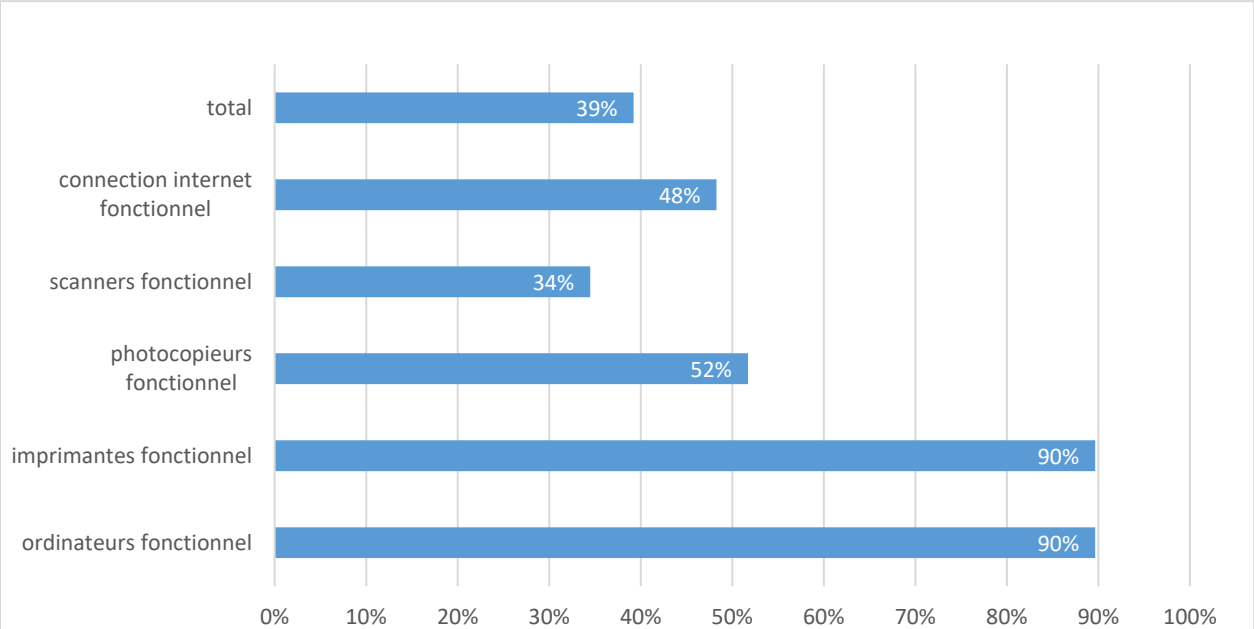

Fig. 6: Disponibilité du materiels informatiques

V.2.6. Personnel et formation

Responsables des sites : 86% des responsables des sites étaient des titulaires **(fig.7)**. Dans 2 sites, (CS Matoto et CMC Flamboyants), les responsables étaient des bénévoles **(Tableau 9, annexe)**. Les responsables des sites étaient à 83% des Médecins **.** Dans 76% des cas, les responsables des sites avaient reçu une formation en PEC les 12 derniers mois précédents l'enquête. Ceci était vrai dans seulement 45% des cas pour la formation en PTME. Les responsables des sites de Mamou, Mission Philafricaine/Macenta et Kindia entre autres n'avaient pas reçu de formation en PEC les 12 derniers mois précédant l'enquête **(Tableau 10, annexe).**

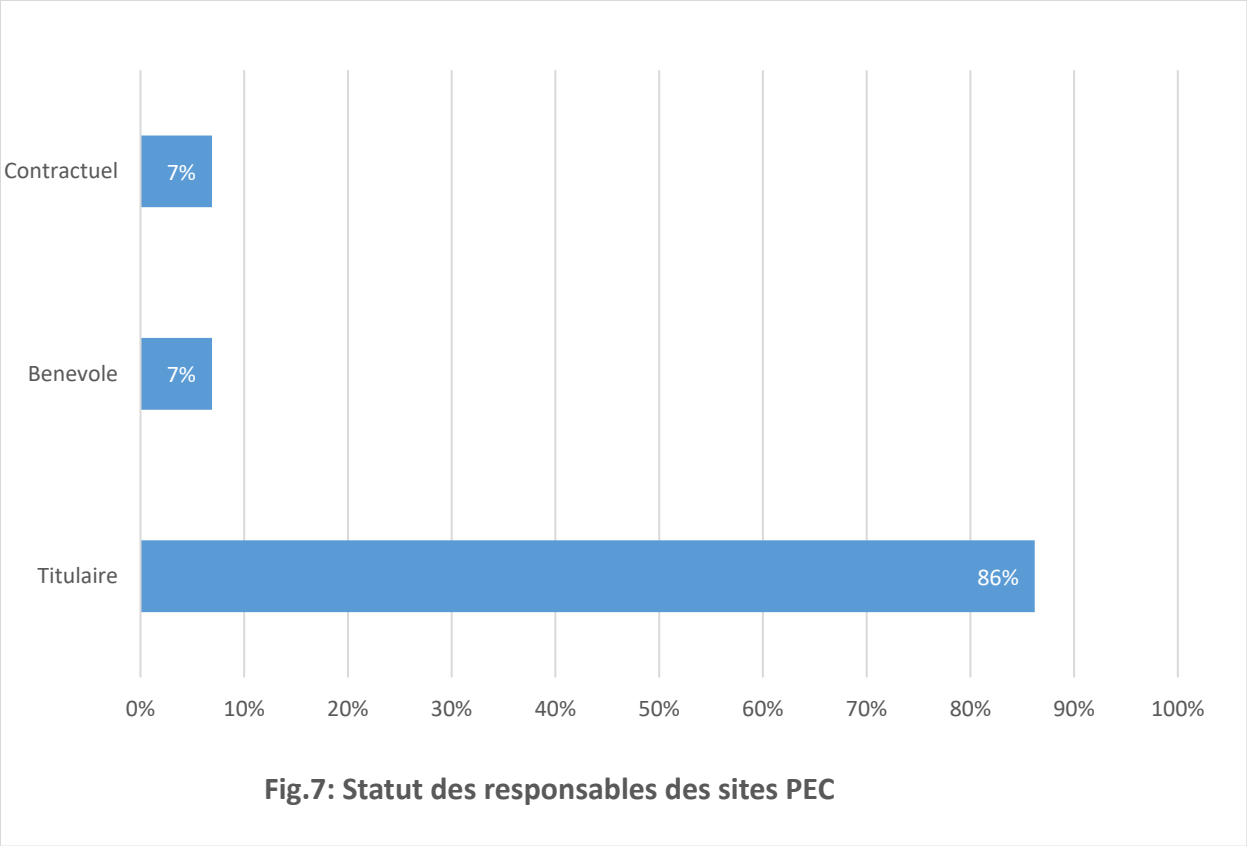

Fig.7: Statut des responsables des sites PEC

Prescripteurs : Les prescripteurs étaient dans 58% et 36% des cas, respectivement des titulaires et des bénévoles **(fig.8).** Les prescripteurs bénévoles étaient particulièrement assez présents dans certains sites notamment : N'zérékoré (100%), CMC Matam MSF (75%), Siguiri et Labé (67%) **(Tableau 11, annexe).** Les prescripteurs étaient à 60% des Médecins. Dans 60% des cas, les prescripteurs avaient reçu une formation en PEC les 12 derniers mois précédant l'enquête. Ceci était vrai dans seulement 64% des cas pour la PTME.

Dans plusieurs sites, les prescripteurs n'avaient pas reçu de formations en PEC durant les 12 derniers mois précédant l'enquête. Il s'agit par exemple des sites de Siguiri, Guéckédou, CMC Matam, Mission Philafricaine entre autres **(Tableau 12, annexe).**

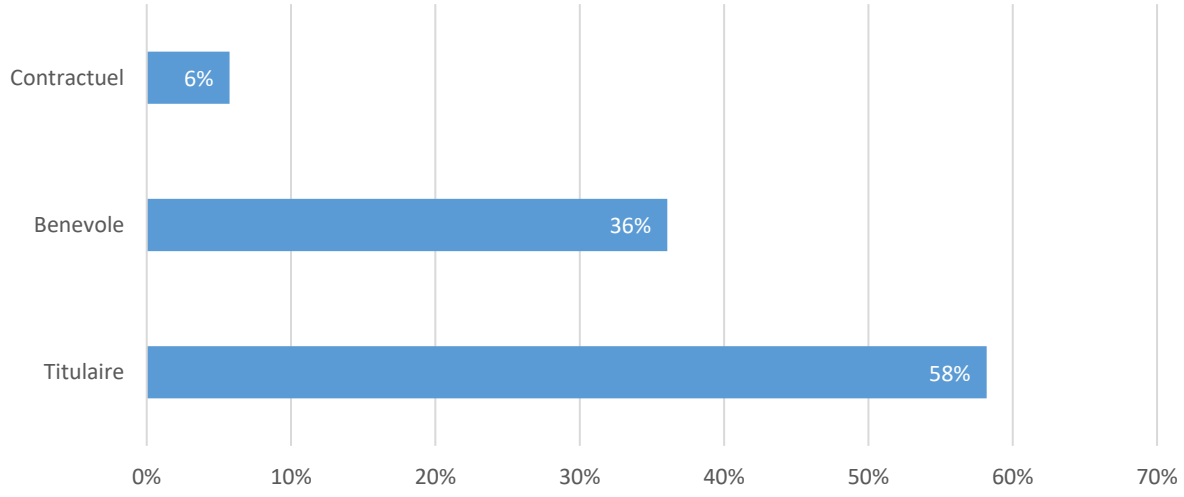

Fig. 8: Statut des prescripteurs dans les sites PEC

Les dispensateurs

Dans les 29 sites enquêtés, les dispensateurs étaient à 80% des titulaires et à 16% des bénévoles **(fig. 9).** Moins de la moitié (44%) des dispensateurs était des pharmaciens. La fréquence des dispensateurs bénévoles était particulièrement élevée à INSE (67%), ASFEGMASSI (50%) et Pita (50%) entre autres **(Tableau 13, annexe).** Dans les 12 mois précédant l'évaluation, des dispensateurs avaient été formés dans 60%, 51% et 40% des cas, respectivement, en dispensation, GAS et collecte des données. Les dispensateurs n'avaient reçu aucune formation dans certains sites à l'exemple de l'hôpital de jour de Donka et CS Tombolia **(Tableau 14, annexe).**

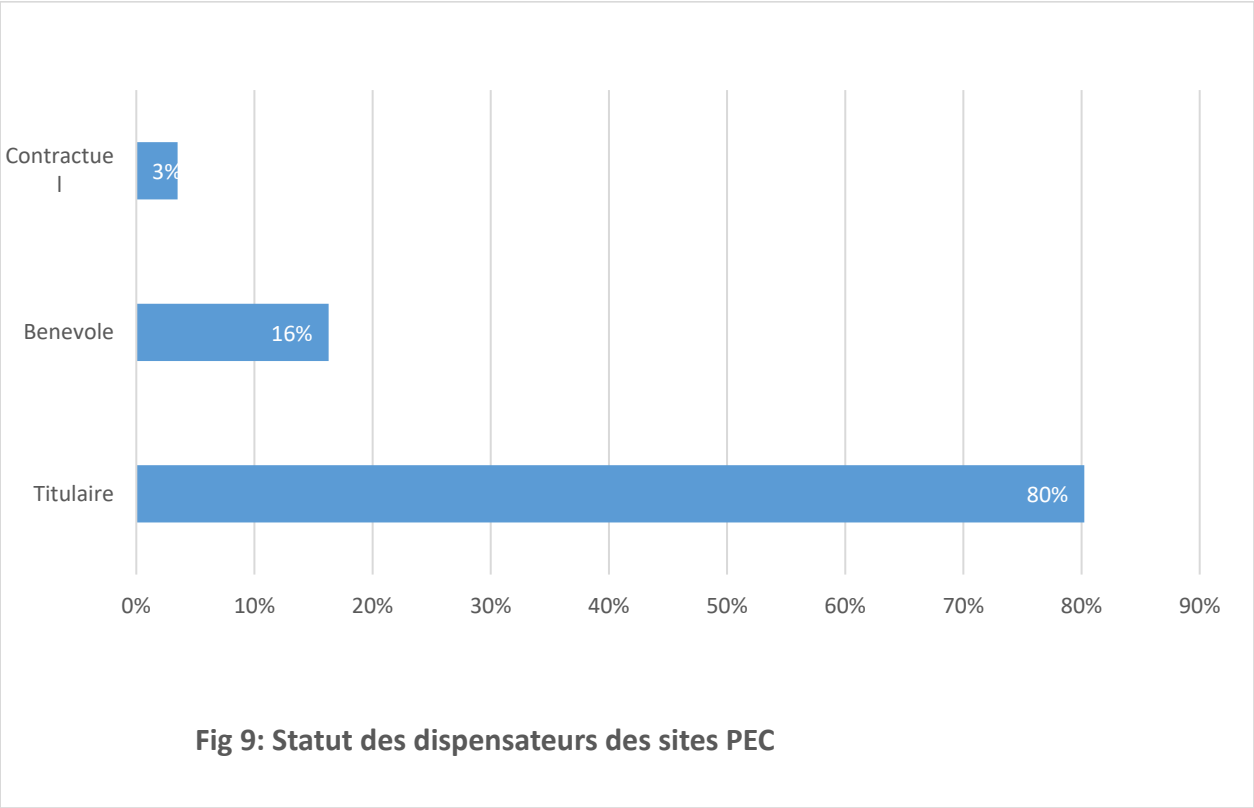

Fig 9: Statut des dispensateurs des sites PEC

Accompagnateurs psychosociaux (APS)

Les APS étaient majoritairement (40%) des bénévoles, suivis des contractuels (38%) **(fig. 10)**. Tous les APS étaient des bénévoles dans les sites tels que : Ignace Deen, Siguiri, CMC Matam, Donka et N'zérekoré (100%) **(Tableau 15, annexe).** La majorité (83%) des APS avait reçu une formation les 12 mois précédant l'enquête.

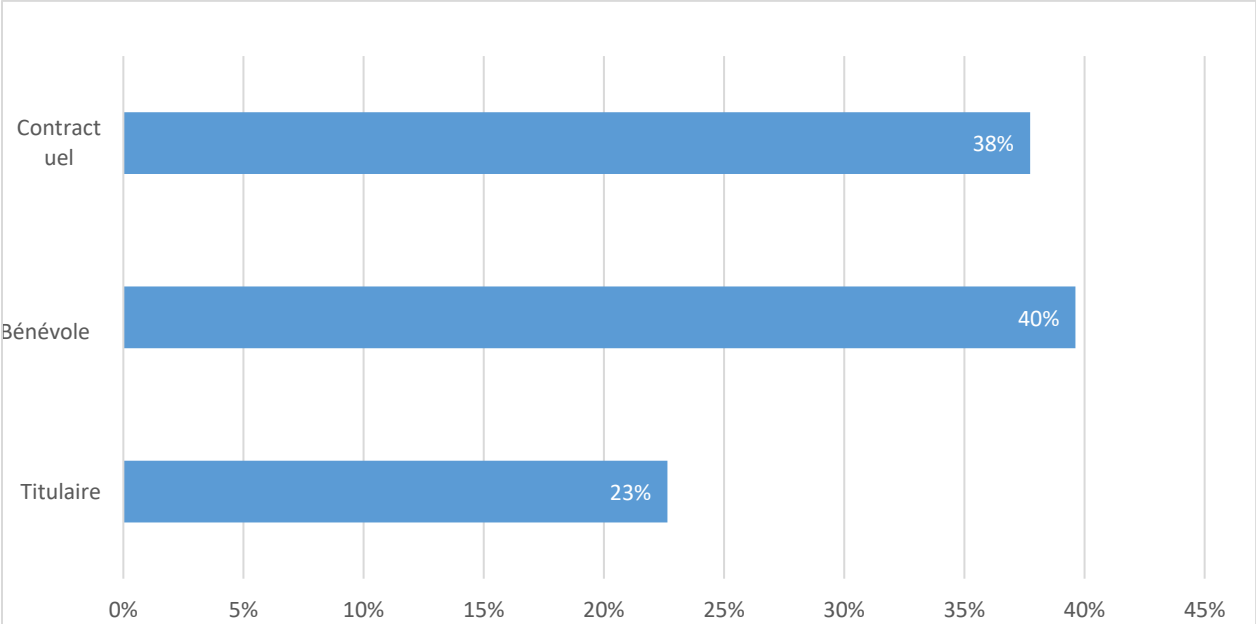

Fig. 10: Statut des APS dans les sites PEC

L'absence de formation des prescripteurs et des dispensateurs avait affecté substantiellement l'indice de disponibilité du personnel dans certains sites notamment à Kindia (42%), CS Wanidara (44%) et de l'hôpital de jour de Donka (50%) entre autres **(Tableau 16, annexe).**

Mouvement du personnel

Au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation, 38% des sites avaient enregistré le départ d'au moins un personnel impliqué dans la PEC. Au total 20 personnels PEC avaient quitté leur poste dans 11 sites, mais avec un taux de non remplacement de 70% **(fig. 11).**

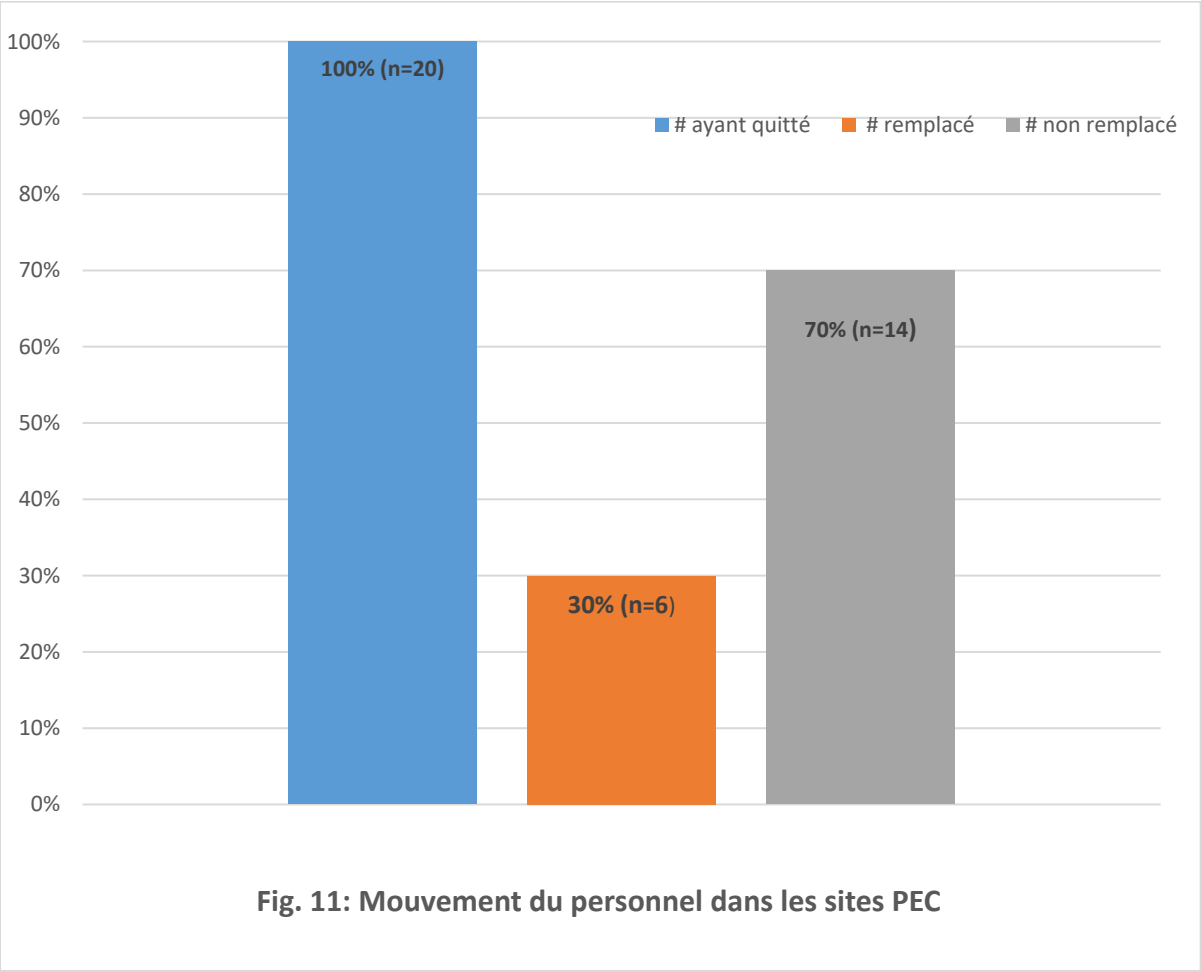

Fig. 11: Mouvement du personnel dans les sites PEC

V.2.7. Outils de gestion et formation

Outils de gestion Laboratoire

L'indice moyen de disponibilité des outils de gestion du laboratoire était de 56% dans l'ensemble des sites évalués. Les outils les moins disponibles étaient : le registre de dépistage du laboratoire (34%), le bon de commande de la charge virale (41%) et le bon de commande des examens pré-remplis (48%) entre autres **(fig. 12).** Ces outils étaient complètement absents dans 4 sites à savoir: Lola, Kissidougou, Guéckédou et Siguiri **(Tableau 17, annexe)**. Quant aux directives nationales PEC, cet outil était disponible dans 66% des sites.

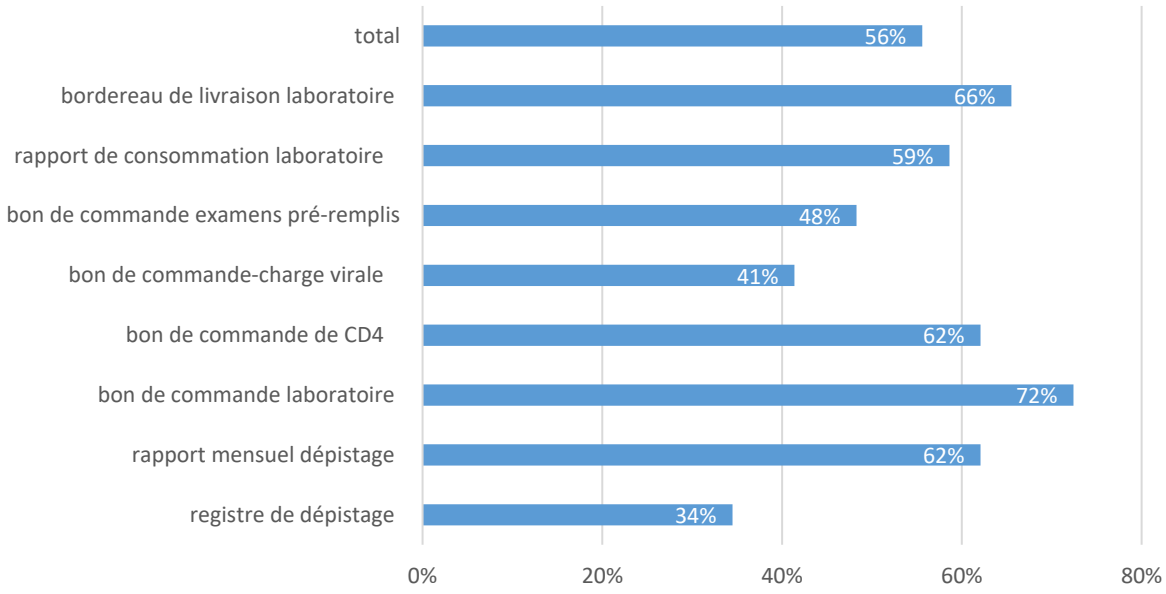

Fig. 12: Disponibilité outils de gestion laboratoire

Outils de gestion de prise en charge

L'indice moyen de disponibilité des outils de gestion PEC était de 80% dans l'ensemble des sites évalués. Les outils les moins disponibles étaient : la fiche de transfert (69%), l'ordonnance médicale (72%) et la fiche de référence/contre référence (76%) **(fig. 13).** Ces outils étaient absents ou très faiblement disponibles dans certains sites surtout au niveau de ceux de l'intérieur à l'exemple de : Kissidougou (0%), Mission Philafricaine (29%), Lola (43%) et Siguiri (57%), **(Tableau 18, annexe)**.

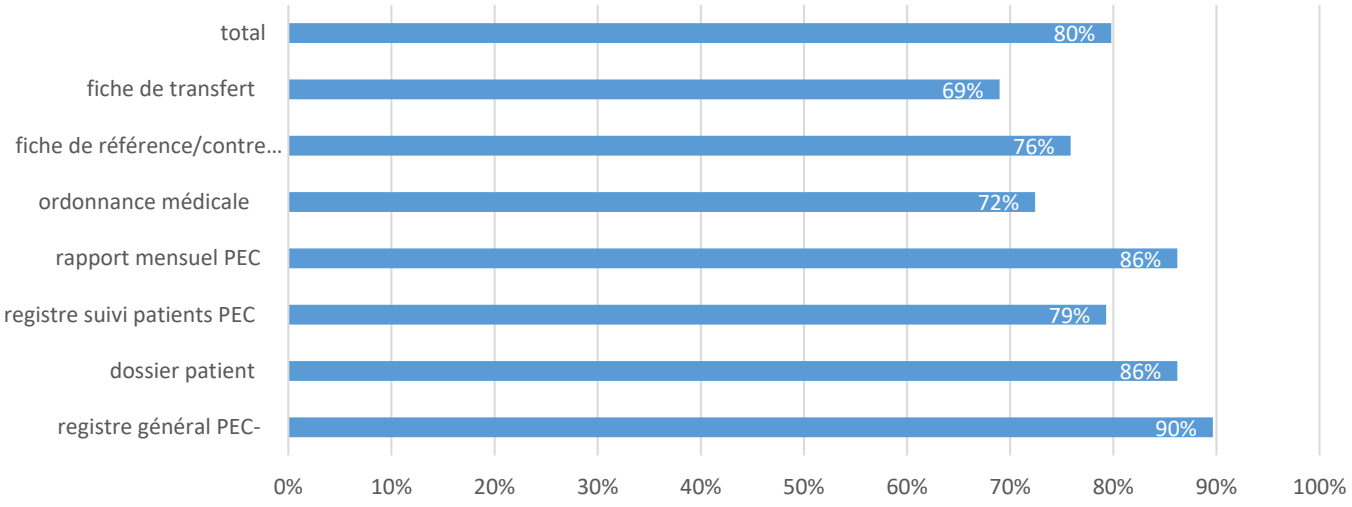

Fig. 13: Disponibilité outils de gestion PEC

Outils de gestion pharmacie

L'indice moyen de disponibilité des outils de gestion de la pharmacie était de 47% dans l'ensemble des sites évalués. Les outils les moins disponibles étaient : le registre de suivi des patients (31%), le rapport système d'information et gestion logistique intégré (38%), le rapport mensuel et le rapport état de stock (41%) **(fig. 14).** Ces outils étaient absents à CMC Flamboyant et Kindia (0%) ou très faiblement disponibles à Pita (13%), Siguiri, CMC Matam et CS Gbessia port 1 Matoto (13%) entre autres **(Tableau 19)**.

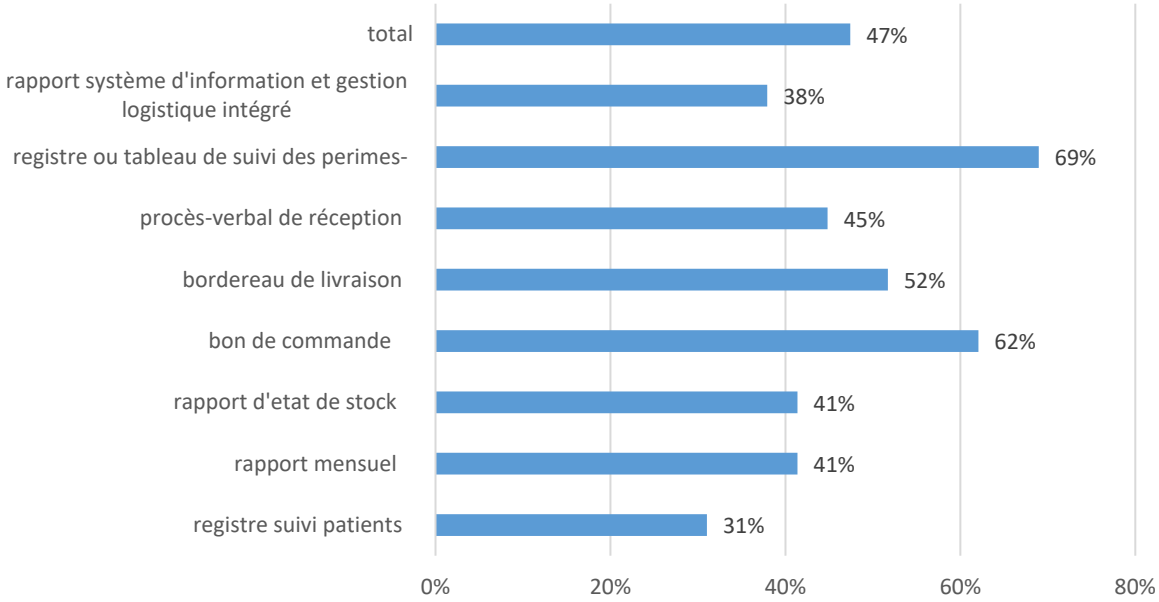

Fig. 14: Disponibilité outils gestion pharmacie

Outils de gestion électroniques

L'indice moyen de disponibilité des outils de gestion électroniques était de 55% dans l'ensemble des sites évalués. Le MSR était disponible et fonctionnel dans respectivement 72% . Un système de backup des données était disponible dans 38% des sites **(fig. 15).** Ces outils étaient complètement absents à Kissidougou, CMC Minière, Siguiri et Boké **(Tableau 20)**.

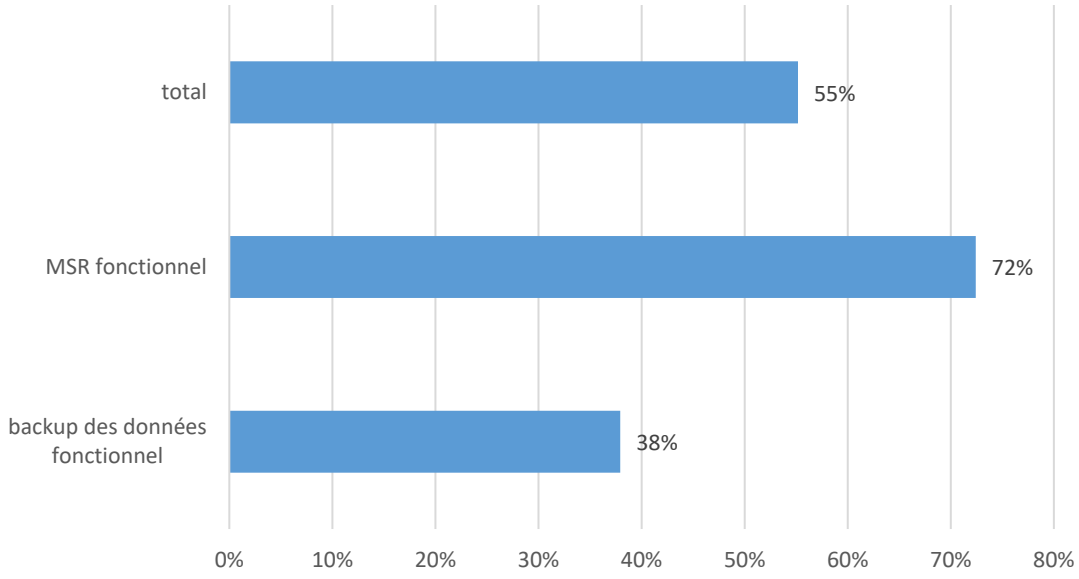

Fig. 15: Disponibilité outils électroniques de gestion des données

Matériel de consultation

Le matériel de consultation était moyennement (51%) disponible dans l'ensemble des sites évalués. Le matériel de consultation pour enfants était le moins disponible: soit un indice de disponibilité de 34% pour le pèse-bébé et la balance pour enfants **(fig. 16).** Tout le matériel évalué n'était pas disponible dans les sites de Pita, Coyah, Labé et Kassopo **(Tableau 21, annexe).**

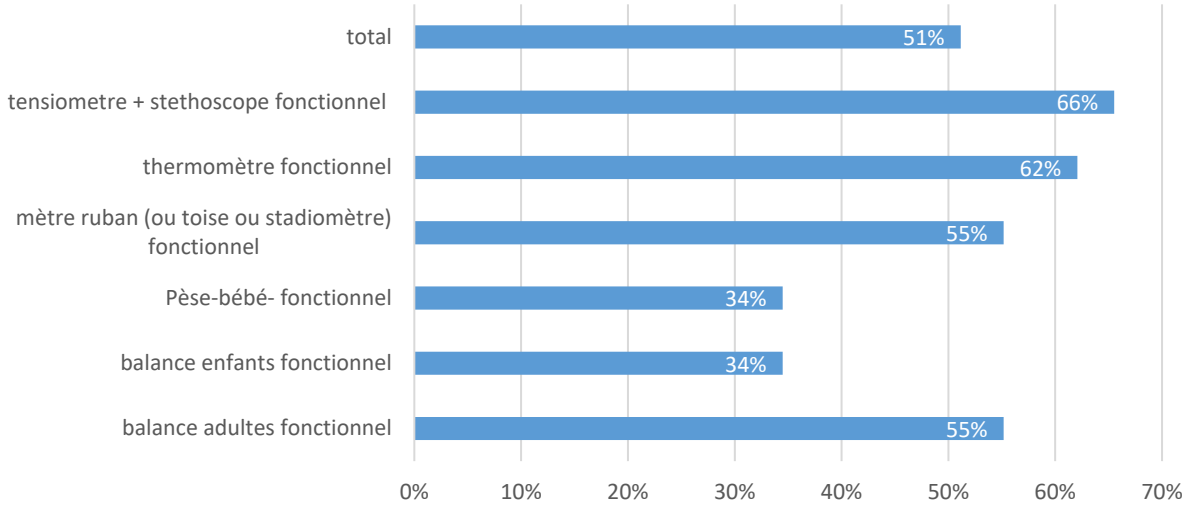

Fig. 16: Disponibilité materiels de consultations

Moyens de stockage intrants VIH

L'indice moyen de disponibilité des moyens de stockage des intrants VIH était de 71% dans l'ensemble des sites évalués **(fig.17).** Le thermomètre mural et la chambre froide étaient les éléments les moins retrouvés avec des indices de disponibilité de 29% et 45%, respectivement. Les moyens de stockage évalués étaient faiblement représentés dans les sites de N'zérekoré (29%), CSA Kassopo (43%) et Tombolia (43%) **(Tableaux 22, annexe).**

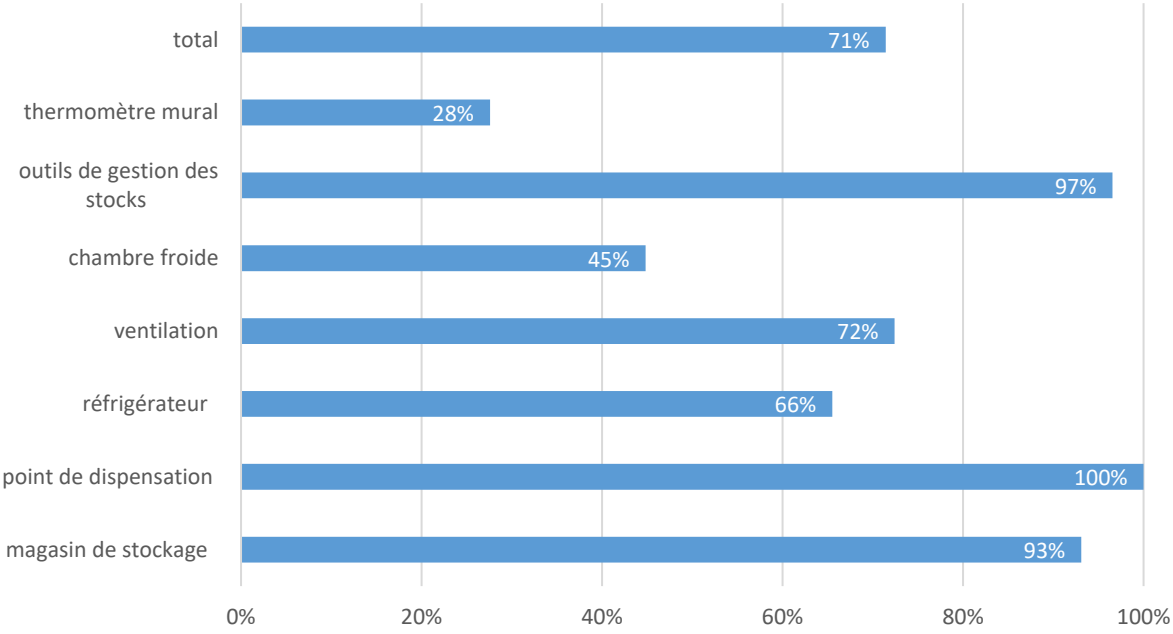

Fig. 17: Disponibilité des moyens de stockage intrants

Equipements/matériel de laboratoire

La disponibilité en équipements de laboratoire pour les soins VIH a été évaluée par rapport aux éléments suivants : compteur d'hématologie, compteur de biochimie, compteur de CD4, appareil de charge virale. L'indice moyen de disponibilité de ces équipements/matériel était de 45% dans l'ensemble des sites évalués. La disponibilité de l'appareil à charge virale (14%) et du compteur d'hématologie (41%) était la plus faible dans les sites **(fig. 18).** Ces équipements étaient complétement indisponibles et/ou non fonctionnels dans les sites de Mamou, Pita, Coyah et Kassopo **(Tableau 23 ; annexe).**

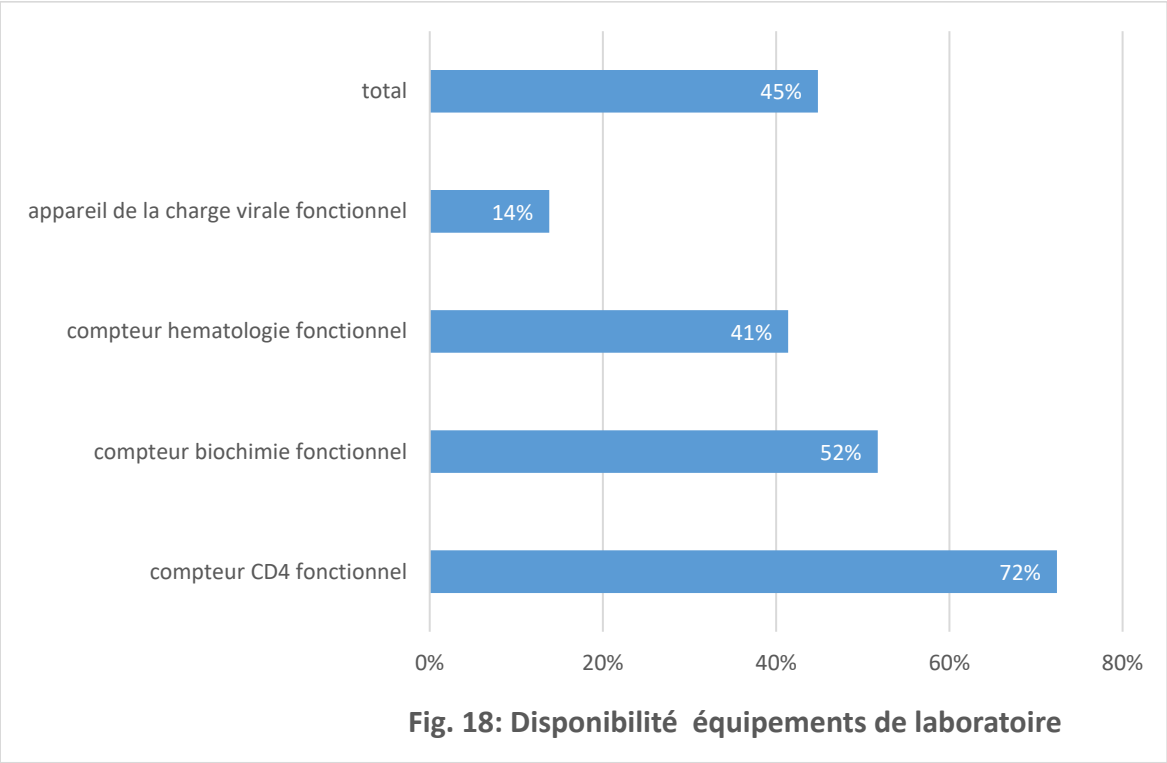

Fig. 18: Disponibilité équipements de laboratoire

Disponibilité et qualité des soins

Dépistage VIH pour adultes

Le conseil pré et post-test et le dépistage VIH pour adultes étaient disponibles dans tous les sites évalués **(Tableau 24, annexe).**

Dépistage pour enfants et adolescents

L'offre de dépistage VIH pour enfants et adolescents était dans 86% des sites évalués. Plus spécifiquement, le dépistage pour enfants de moins 18 moins était disponible dans moins de la moitié (48%) des sites **(fig. 19).** L'offre de dépistage VIH pour enfants et adolescents était très faible dans les sites de Lola (20%) et Boké (40%) **(Tableau 25, annexe).**

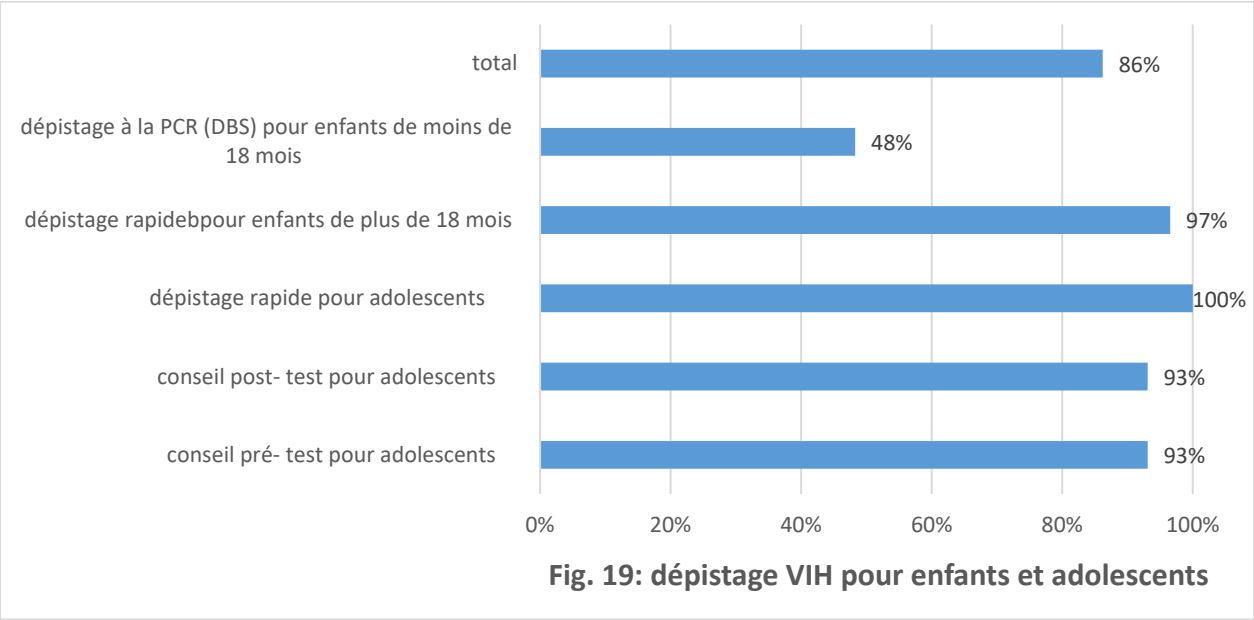

Fig. 19: dépistage VIH pour enfants et adolescents

Stratégies de dépistage VIH chez enfants et adolescents

Les stratégies de dépistage VIH recommandées pour l'identification des cas auprès des enfants et adolescents étaient mises en œuvre dans 65% des sites. La mise en œuvre du diagnostic précoce par le DBS-PCR était la plus faible avec un indice moyen de 52%. Par ailleurs, le dépistage des enfants à travers les cas index, et le dépistage systématique des enfants tuberculeux étaient mise en œuvre respectueusement dans 66% et 79% des sites **(fig. 20).** La mise en œuvre de toutes les stratégies recommandées était complètement absente dans les sites de N'zérekoré, Boké, Macenta, Coyah et Guéckédou **(Tableau 26, annexe).**

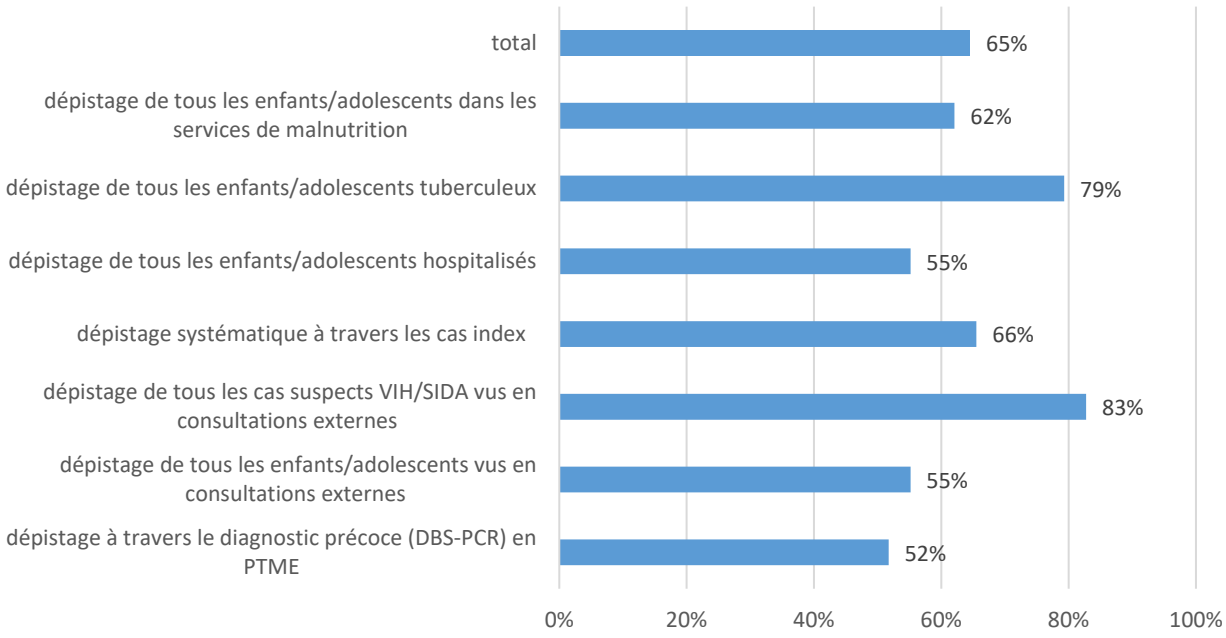

Fig. 20: Strategies de dépistage VIH auprès des enfants et adolescents

Mise en œuvre du DCIS

Le Dépistage Conseil à l'initiative du Soignant (CDIS) recommande l'offre de dépistage VIH à tous les patients en contact avec la formation sanitaire, indépendamment du motif de consultation [3]. L'évaluation de la mise en œuvre de cette stratégie dans 22 formations sanitaires (FOSA) au mois de mars 2019 indiquait les résultats suivants : Parmi les 15 697 patients ayant consulté dans les dites FOSA, 3148 avaient été dépistés au VIH, soit un taux de dépistage hospitalier de 20% **(fig. 21).** Ce taux variait entre 2% à Kissidougou et 91% à ASFEGMASSI **(Tableau 27, annexe).**

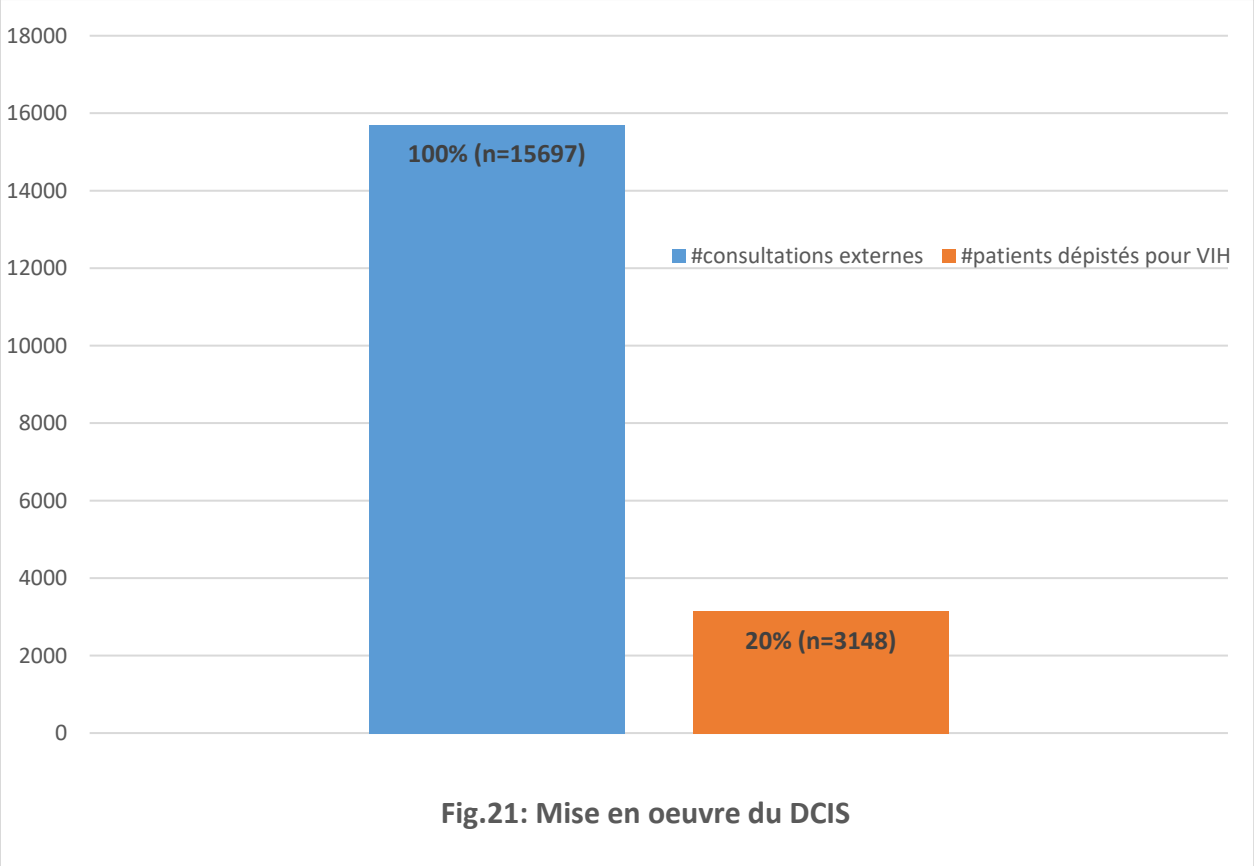

Fig.21: Mise en oeuvre du DCIS

Enrôlement des patients sous TARV

Durant le mois de mars 2019, 4270 patients avaient été dépistés pour le VIH dans l'ensemble des 29 sites évalués. Parmi ce nombre, 852 avaient été dépistés VIH-positifs, soit un taux de séropositivité de 20%. Parmi les sujets dépistés VIH-positifs, 618 avaient été mis sous TARV ; soit un taux d'enrôlement TARV de 73% **(fig. 22).** Le taux d'enrôlement était en dessous de la moyenne dans les sites de Siguiri (21%), Pita (33%), CS Wanidara (43%) et CMC Matam (44%). Par contre, il était à 100% ou plus à DREAM,

Ignace Deen, Lola entre autres. Au total, 36% des sites avaient atteints un taux d'enrôlement TARV de 90% **(Tableau 28, annexe).**

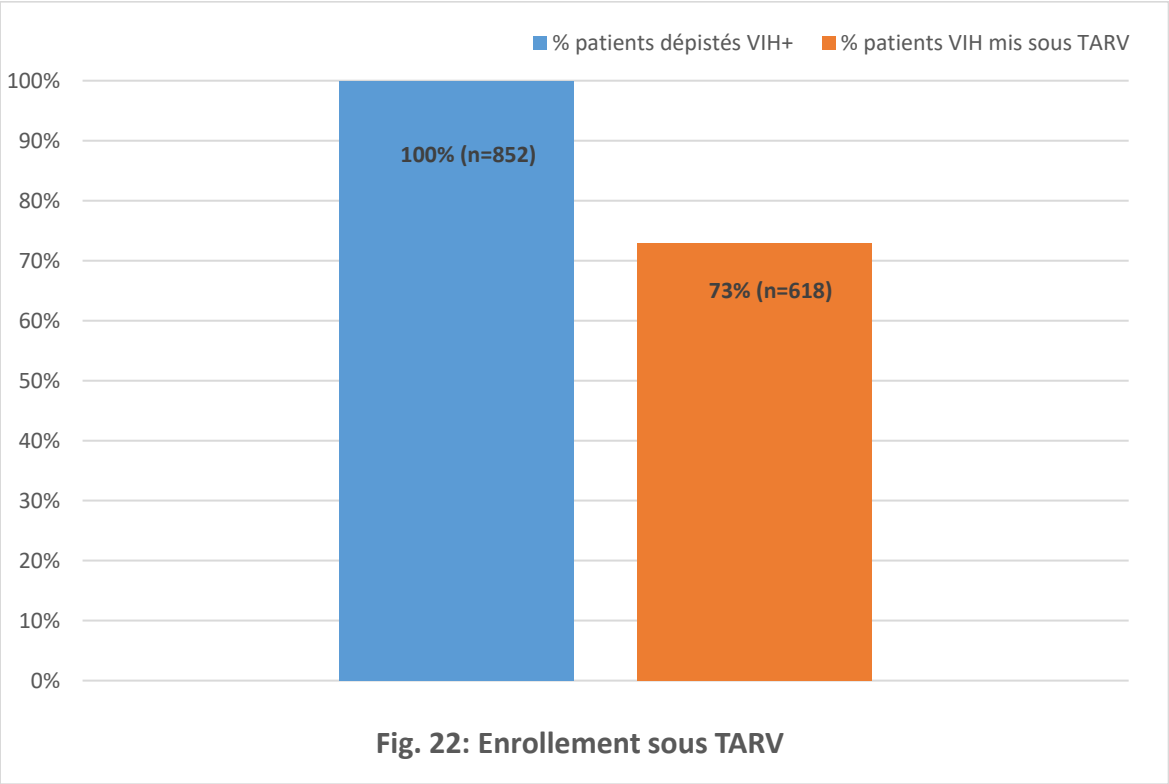

Fig. 22: Enrollement sous TARV

Mise en œuvre du « dépister-traiter »

La mise en œuvre du « dépister-traiter » était effective dans 41% des sites. La demande d'un bilan biologique aux personnes dépistées VIH+ avant de commencer le TARV était pratiquée dans tous les sites **(fig. 23).** L'indice de mise en œuvre du « dépister-traiter » variait de 33% à ASFEGMASSI à 100% dans 12 sites y compris Ratoma, N'zérekoré, Boké entre autres **(Tableau 29, annexe).**

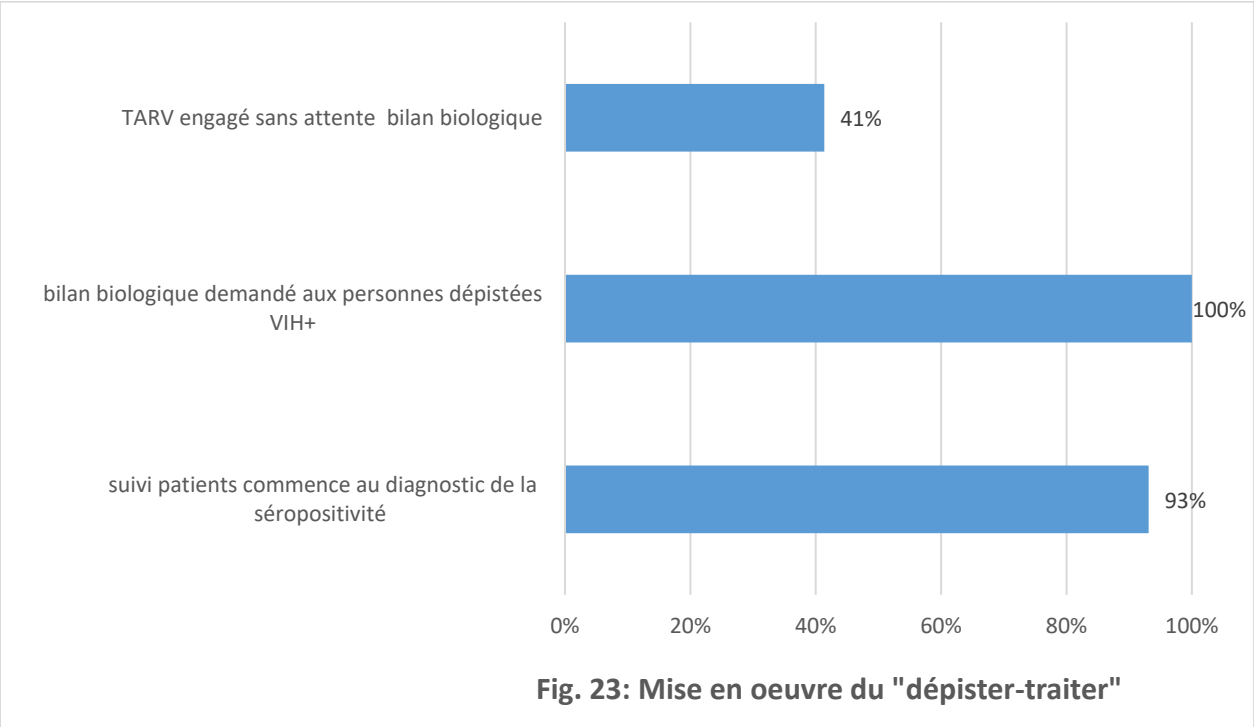

Fig. 23: Mise en oeuvre du "dépister-traiter"

Disponibilité de la prise en charge VIH

L'indice moyen de disponibilité de la PEC était de 81% des sites évalués. Les TARV adultes et enfants (de moins de 10 ans) étaient disponibles respectivement dans 100% et 86% des sites évalués. Les visites à domicile (VAD) et la recherche des perdus de vus (RPDV) étaient pratiquées respectivement dans 48% et 76% des sites **(fig. 24.** L'indice moyen de disponibilité du TARV variait de 50% dans les sites Kassopo, Lola, Pita à 100% dans plusieurs autres sites à l'exemple de Boké, Labé DREAM, CMC Minière entre autres **(Tableau 30, annexe).**

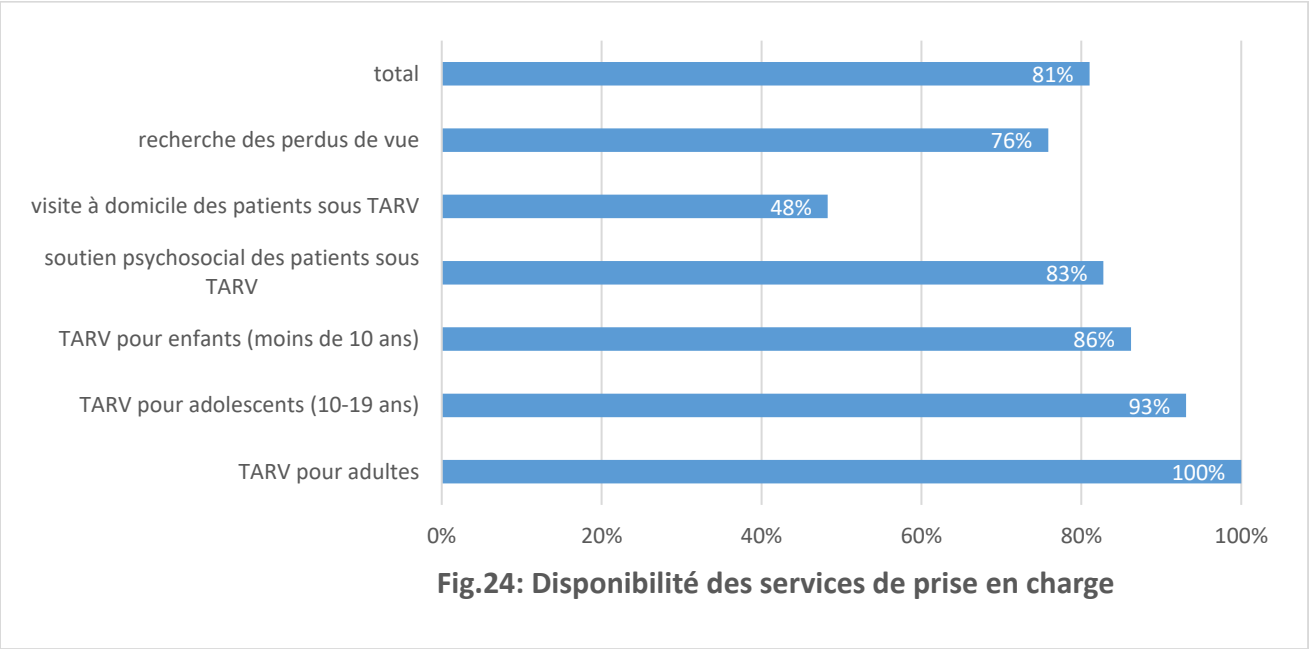

Fig.24: Disponibilité des services de prise en charge

Fréquence de renouvèlement des ordonnances

Le renouvèlement des ordonnances (ARV) pour les patients stables se faisait tous les 3 mois et tous les mois dans 34% et 29% des sites **(fig. 25).**

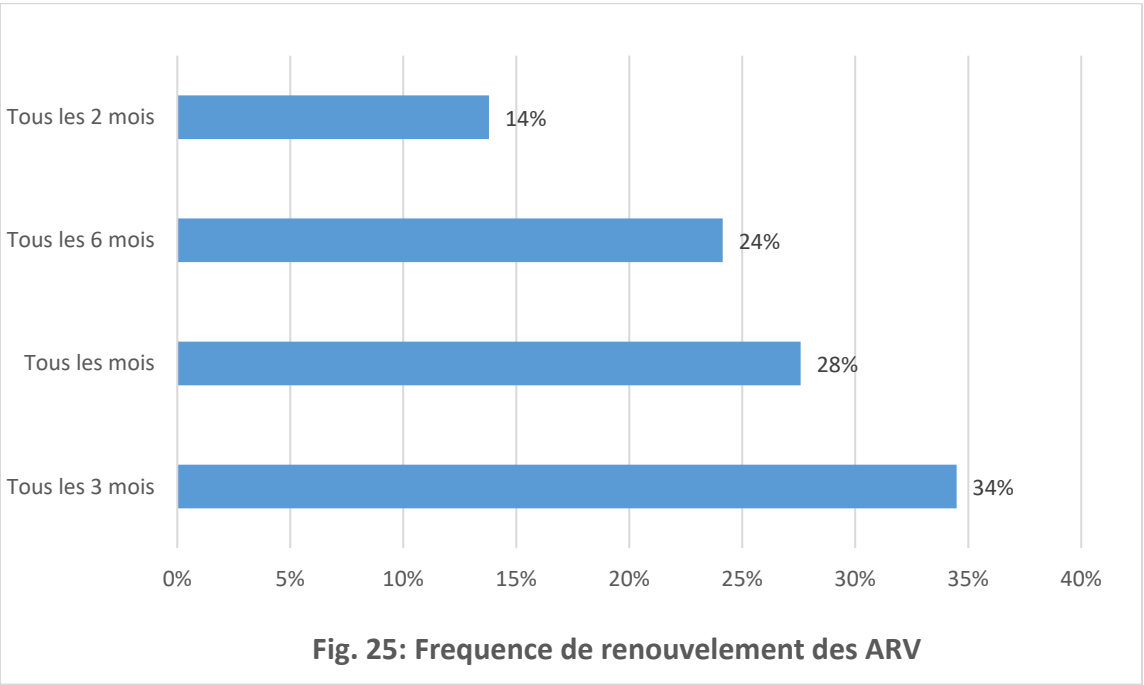

Fig. 25: Frequence de renouvelement des ARV

Diagnostic et suivi biologique

Tests de dépistage VIH et autres maladies

L'indice moyen de disponibilité des tests VIH et autres maladies (syphilis, hépatites, ….) était de 83% dans les sites évalués. Les tests rapides VIH-Determine étaient disponibles dans 97% (28/29) et le Bioline dans 93% (27/29) des sites évalués. Le VIH-Syphilis Duo était le test le moins présent dans les sites avec un indice de disponibilité à 55% **(fig. 26)**. L'indice moyen de disponibilité de ces réactifs variait de 50% au CMC Minière à 100% dans 10 sites à l'exemple d'ASFEGMASSI **(Tableau 31, annexe).**

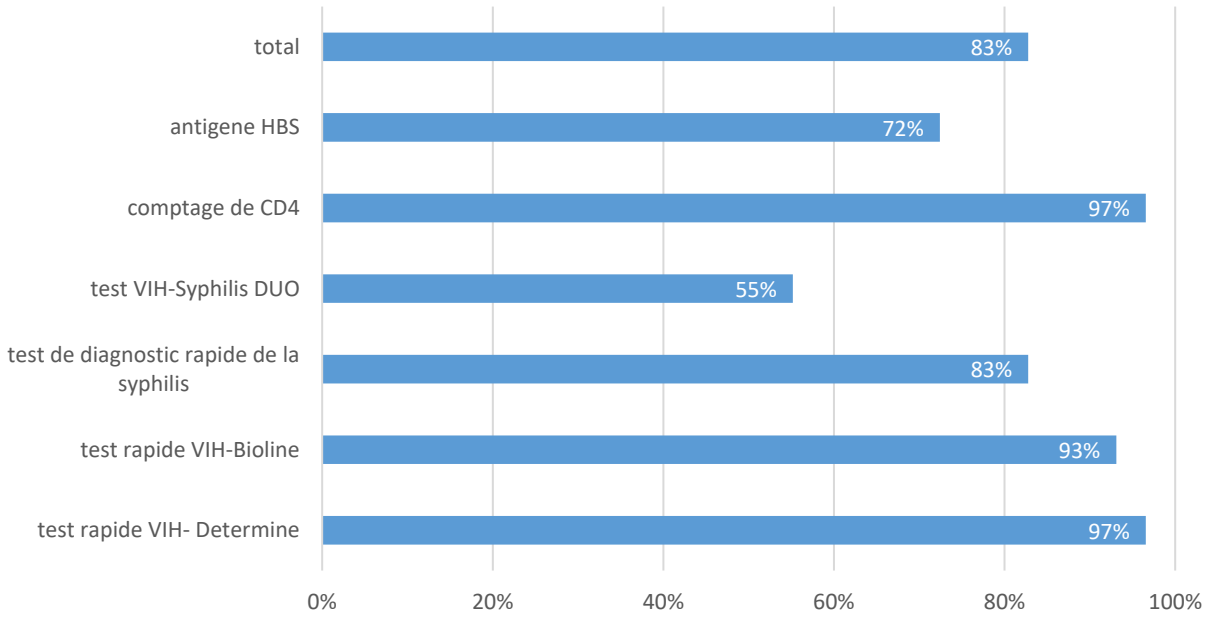

Fig. 26:Disponibilité des tests de depistage VIH et autres maladies

Disponibilité et demande de la charge virale

La mesure de la charge virale (CV) était disponible dans 5 structures à savoir : INSP, DREAM, CMC Matam, CTA Donka et MPA Macenta. Les réactifs de CV étaient disponibles dans toutes ces structures au moment de l'enquête. La charge virale (CV) était demandée pour le suivi des patients VIH+ dans 62% (18/29) sites. Les sites ne disposant pas de plateforme à CV acheminaient les échantillons majoritairement à CMC Matam (39%), suivi de l'INSP (33%) **(fig. 27)** La demande de la charge virale (CV) avait été évaluée sur 290 patients sous TARV repartis sur les 29 sites évalués. Parmi ces

patients, 38% (109/290) avaient au moins une mesure de la charge virale au cours des 12 derniers mois. Cet indice variait de 0% dans plusieurs sites à l'exemple de Lola, Kissidougou, Manou à 100% CMC Minière, ASFEGMASSI ou DREAM **(Tableau 32, annexe).**

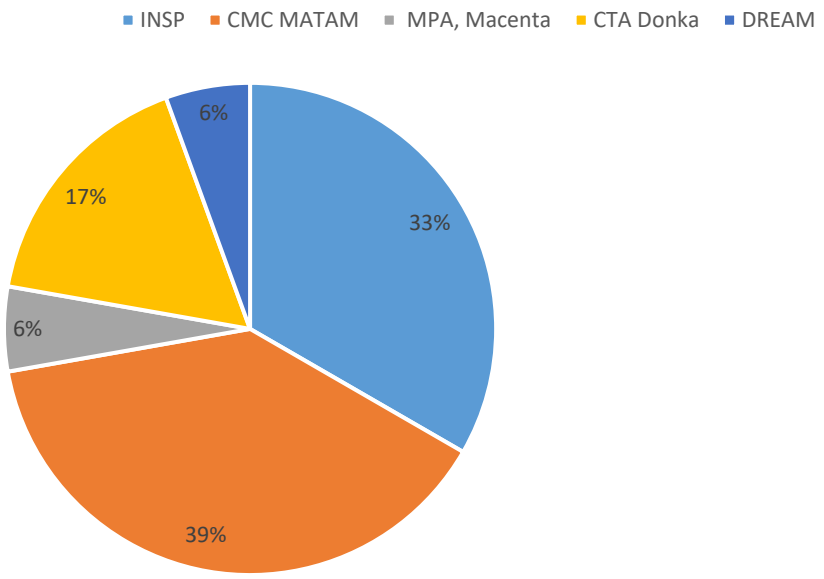

Fig.27: Laboratoire d'acheminement des échantillons pour charge virale

Dépistage précoce par DBS-PCR chez les enfants

Le dépistage VIH par DBS-PCR pour enfants de moins de 18 mois était disponible dans 52% (15/29) des sites. Ce test était disponible dans 80% des sites de Conakry contre 20% des sites hors Conakry **(Tableau 33, annexe).** Dans 75 % des cas, les causes de la non réalisation du DBS-PCR étaient dues essentiellement au manque des kits DBS au niveau des sites. A part les sites appuyés par les partenaires (exemple, sites MSF), un système structuré de transport des échantillons DBS était quasi-inexistant dans les autres sites.

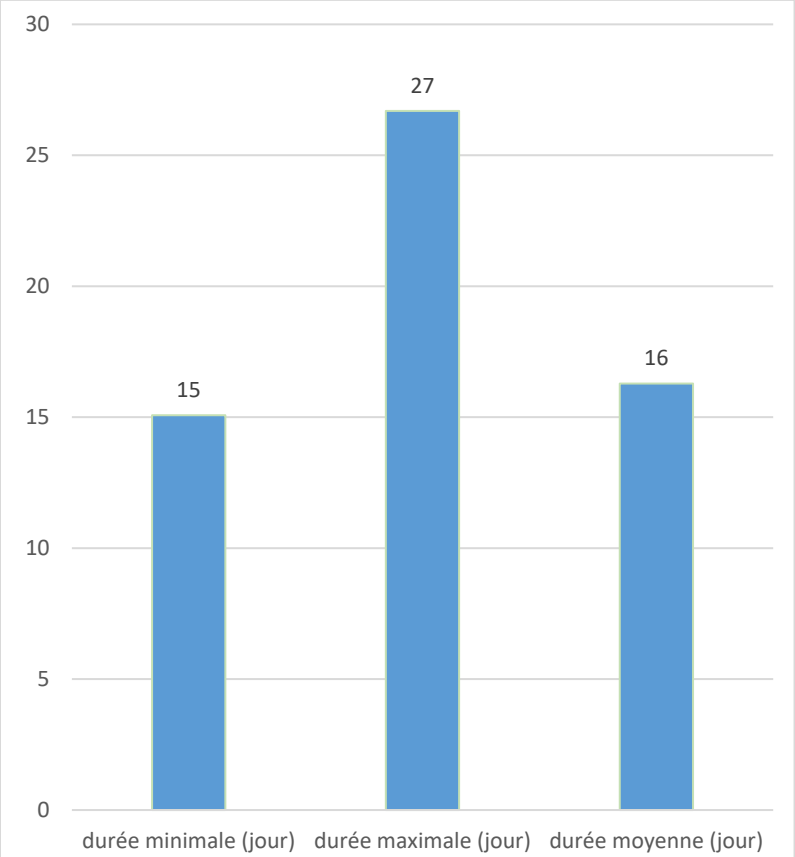

Fig. 28: Temps de rendu des résultats de PCR pour enfants moins de 18 mois

Temps de rendu des résultats DBS-PCR

Dans les sites réalisant le dépistage par DBS-PCR, le temps de rendu des résultats variait de 15 à 27 jours, avec une moyenne de 16 jours **(fig. 28).** Les résultats étaient rendus presque le même jour au CMC Matam ; mais pouvait être long dans d'autres sites. Par exemple, à INSE, il était de 75 jours **(Tableau 34, annexe).**

Continuum des soins VIH/SIDA

Appui nutritionnel

Les services de récupération et/ou d'appui nutritionnel étaient disponibles dans 59% (17/29) des sites. Ces services étaient disponibles dans 73% des sites de Conakry contre 43% des sites hors Conakry **(Tableau 35, annexe).** L'appui du PAM en kits alimentaires était particulièrement visible à DREAM et à l'HR de N'zérekoré.

Recherche des perdus de vue (PDV)

L'identification des PDV se faisait dans 59% (17/29) des sites à travers la revue des registres de suivi des patients et dans 21% (6/29) des sites à travers un système électronique **(fig. 29).**

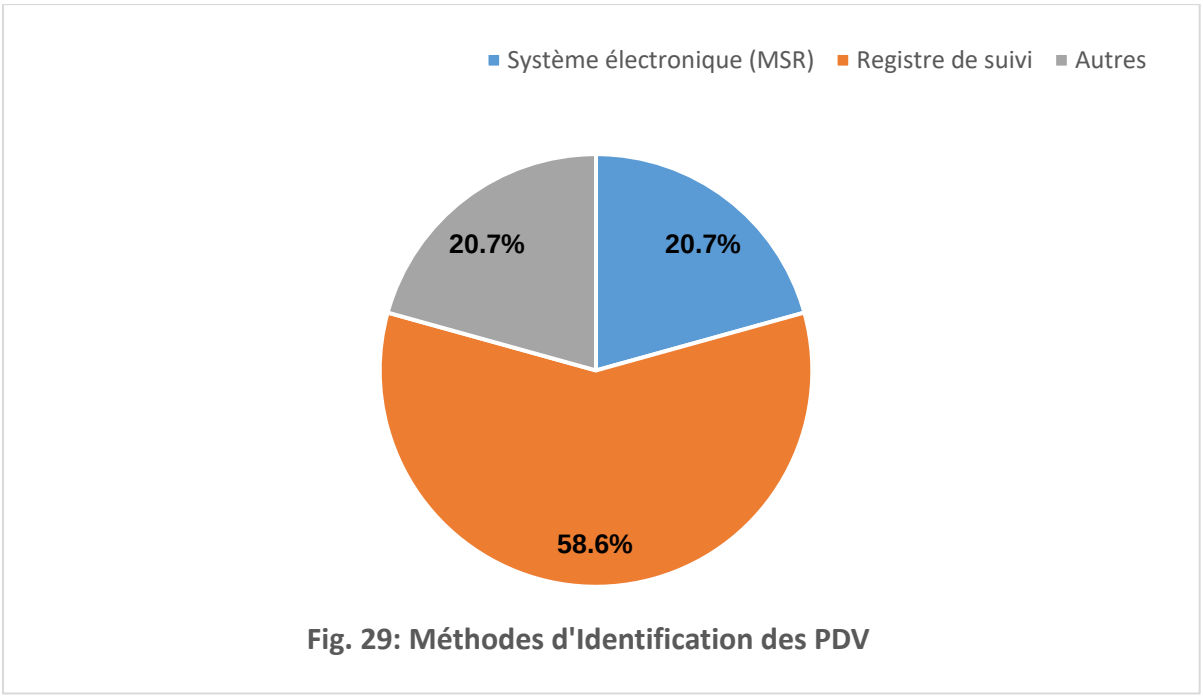

Fig. 29: Méthodes d'Identification des PDV

Au cours des 3 mois précèdant l'évaluation, la recherche des PDV était effective dans 68% (19/29) des sites. Cette recherche se faisait essentiellement à travers les appels téléphoniques menés par les accompagnateurs psychosociaux (APS). Sur 2 465 PDV identifiés, 35% avaient été recherché et parmi ceux-ci, 21% avaient été retrouvé **(fig. 30).** La recherche des PDV variait de 0% à Ignace Deen et l'hôpital de jour de Donka à 100% dans plusieurs sites à l'exemple de CMC Flamboyant, CMC Coleah et HP Kissidougou entre autres **(Tableau 36, annexe).** Le manque de moyen de transport (44%) et de communication (22%) étaient les principales causes de non recherche des PDV dans les sites.

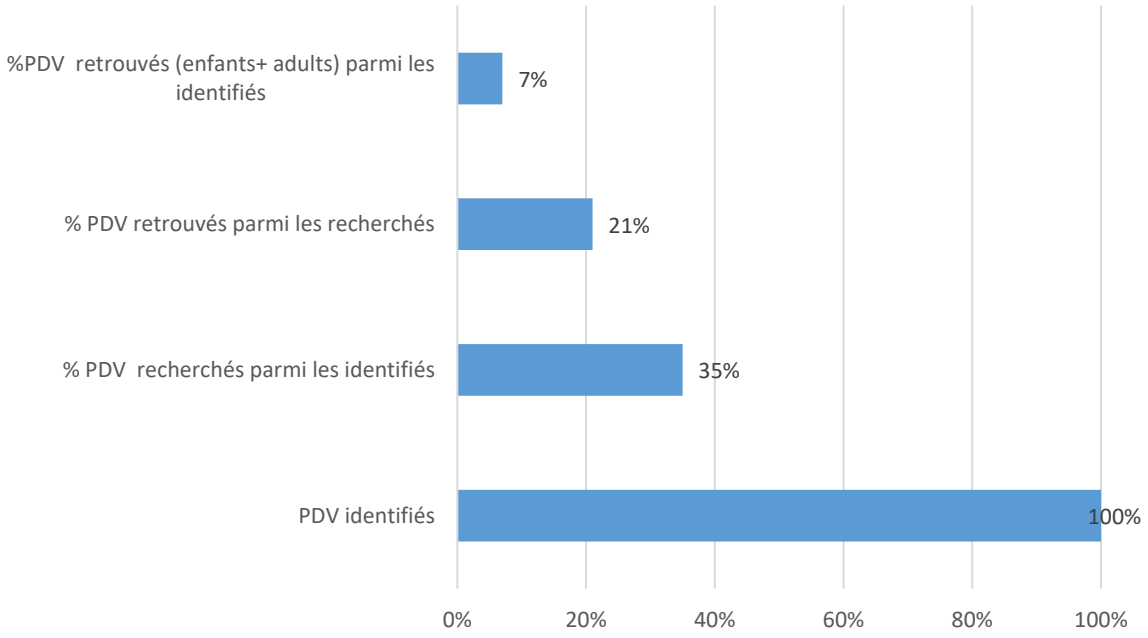

Fig. 30: Cascade d'identification des PDV

Recherche de la TB chez PVVIH

La TB était systématiquement recherchée chez les PVVIH dans 76% (22/29) des sites. Cet indice variait de 0% dans les sites tels que Pita, Siguire, Coyah à 100% dans les sites plusieurs sites à l'exemple de Flamboyant, Coleah et CMC Miniere **(Tableau 37, annexe).** La mise en œuvre de la TPI à l'INH était effective dans seulement 29% des sites.

Intégration des services TB/VIH

L'indice moyen de disponibilité des services de collaboration TB/VIH était de 45% dans les sites évalués. En effet, les CDT étaient intégrés dans 59% (17/29) des sites, tandis que le dépistage VIH chez les patients TB était effectif dans 55% des sites **(fig. 31).** Cet indice variait de 17% à HR de Kindia à 100% à Ignace Deen et CMC Flamboyants entre autres **(Tableau 38, annexe).**

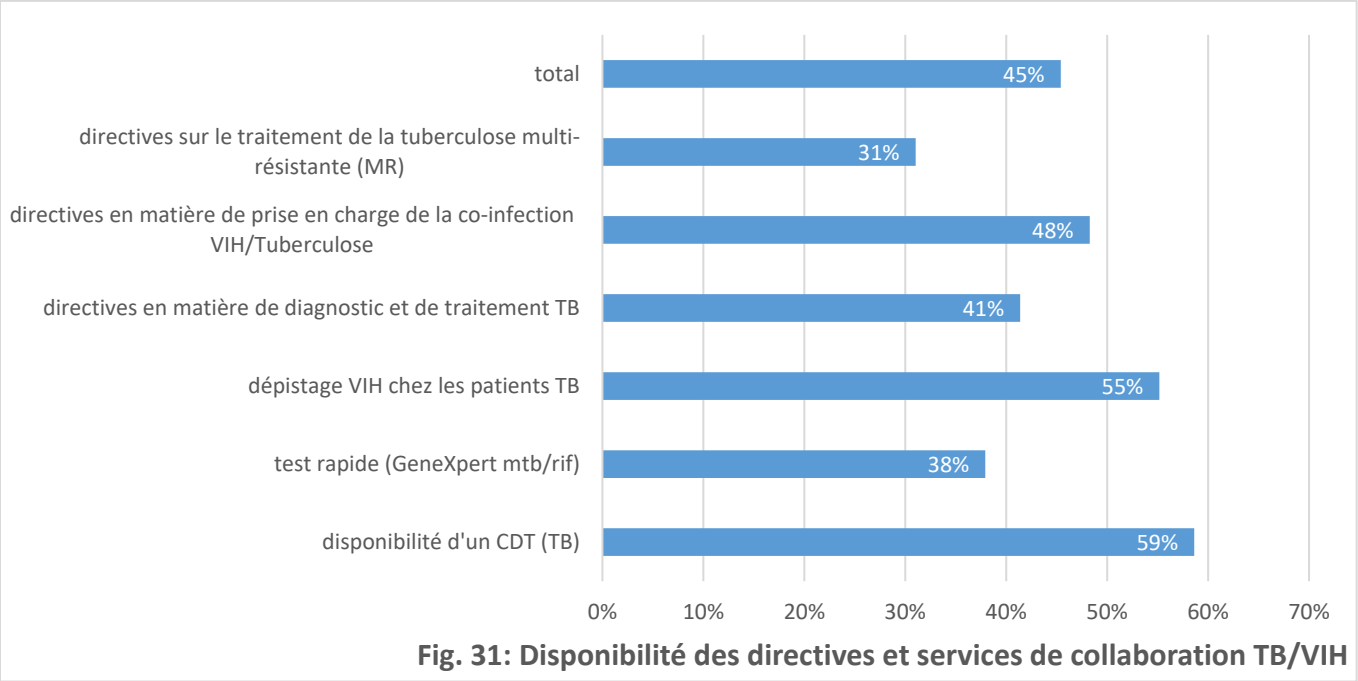

Fig. 31: Disponibilité des directives et services de collaboration TB/VIH

Disponibilité des préservatifs

Les préservatifs étaient disponibles dans 76% (22/29) des sites et ils étaient distribués gratuitement dans tous ces sites **(fig. 32).**

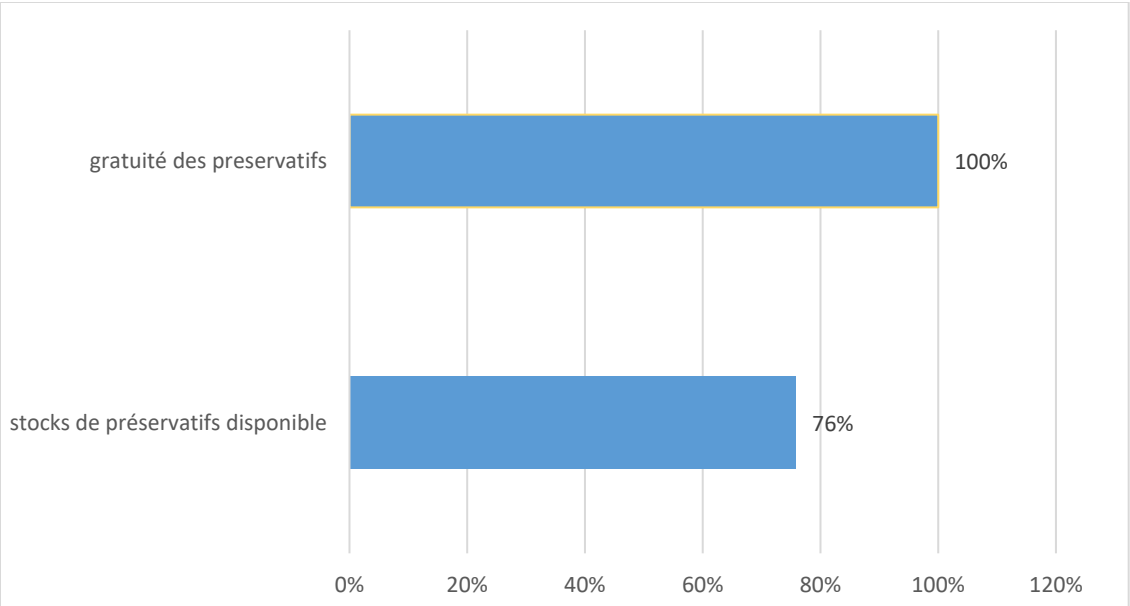

Fig. 32: Disponibilité des preservatifs

Disponibilité des services de transfusion sécurisée

La transfusion sanguine était disponible dans 55% des sites **(fig. 33).** Les poches de sang étaient dépistées pour le VIH, la syphilis, l'hépatite B et C dans tous les sites. **(Tableau 39, annexe).**

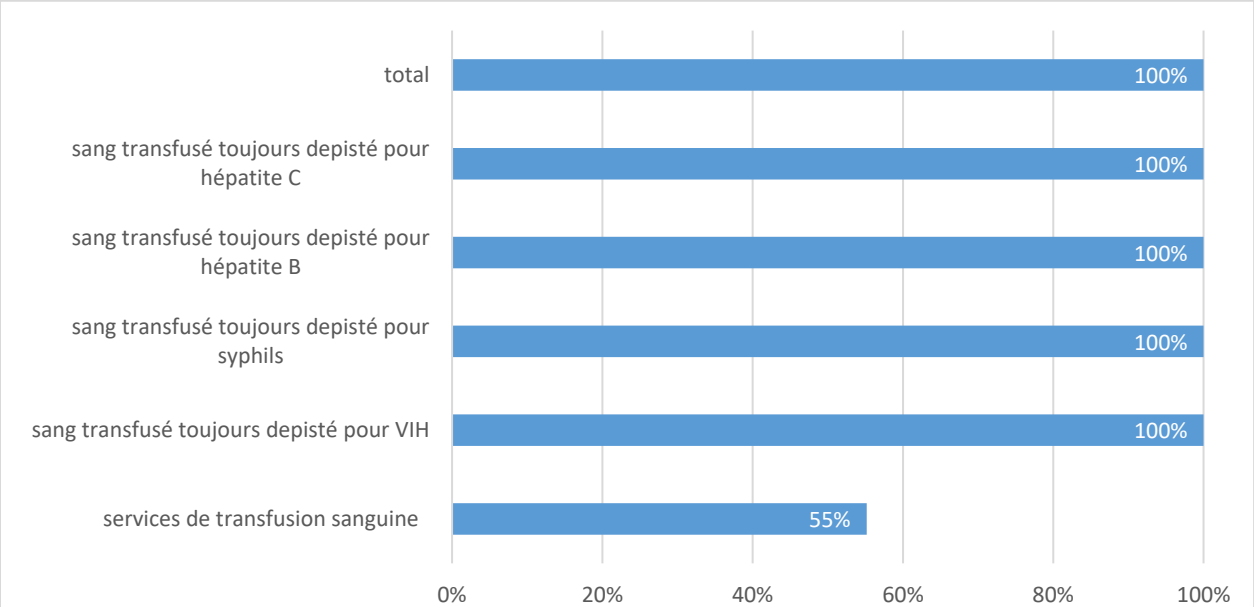

Fig. 33: Disponibilité des services de transfusions sanguines securisées

Rupture des tests de dépistage VIH et autres réactifs

Au cours des 3 derniers mois précèdant l'enquête, les ruptures d'au moins un type des tests de dépistage VIH ou autres réactifs avait été constatées dans 36% des sites. Les ruptures des tests rapides VIH-Determine et Bioline étaient enregistrées dans 31% et 21%, respectivement, tandis que les ruptures des réactifs CD4 étaient enregistrées dans 68% **(fig. 34)**. Ces ruptures variaient de 0% à CMC Minière à 83% à Coyah **(Tableau 40, annexe).** Par ailleurs, les ruptures des réactifs charge virale avaient été rapportées dans 50% (2/4) des structures réalisant ce test. Il s'agissait du Centre DREAM et CMC Matam MSF.

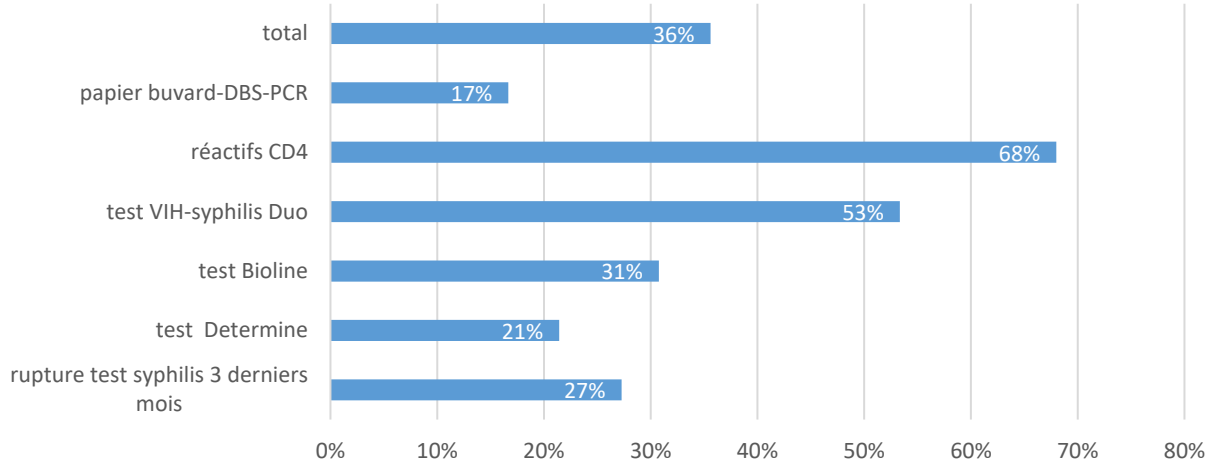

Fig. 34: Rupture des tests de dépistage VIH au cours des 3 derniers mois

Disponibilité des antirétroviraux (ARV) le jour de l'enquête

L'indice moyen de disponibilité des ARV dans les sites était de 71% **(fig. 35).** Le Duovir-N et l'Atripla étaient disponibles dans 79% et 86% des sites, respectivement. La Nevirapine (NVP) était disponible seulement dans 38% des sites évalués. Cet indice variait de 0% à Coyah, Pita et Mamou à 100% au CMC Miniere, CS Wanindara, DREAM entre autres **(Tableau 41, annexe).**

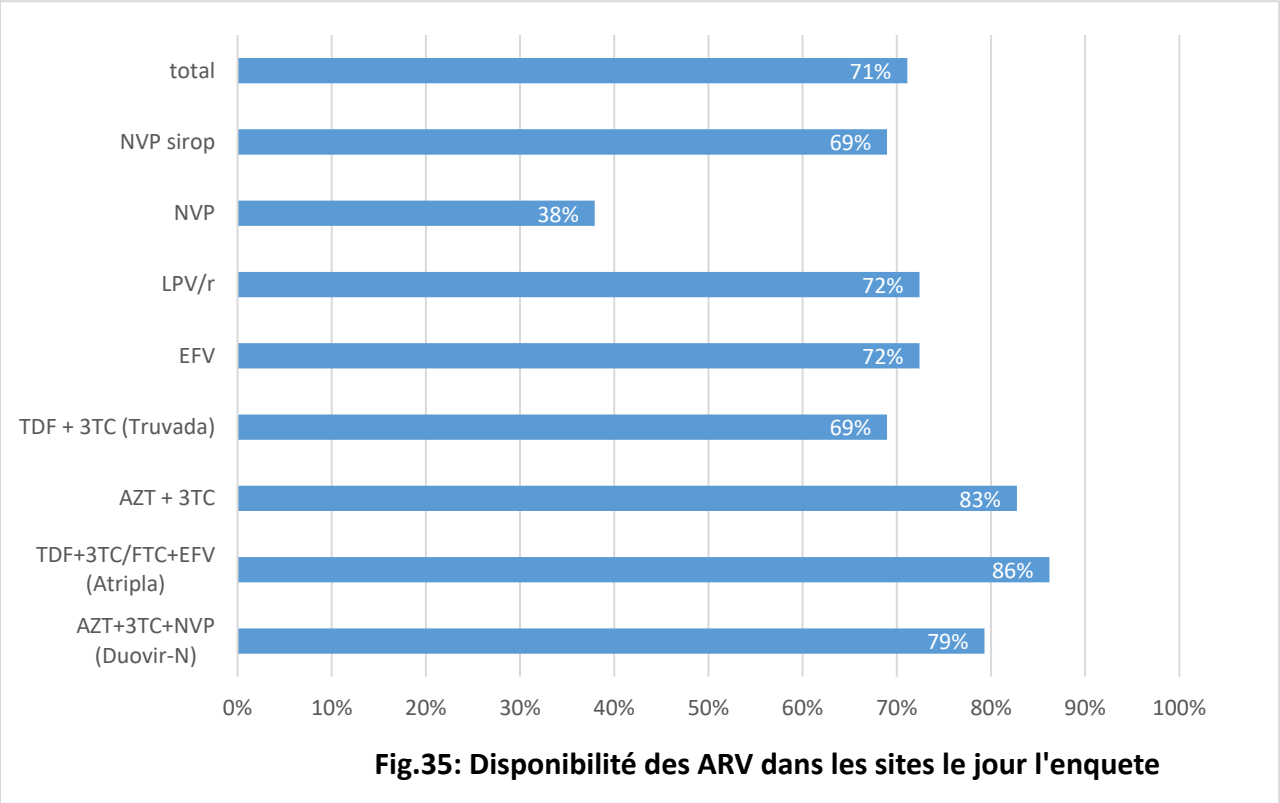

Fig.35: Disponibilité des ARV dans les sites le jour l'enquete

Disponibilité des ARV pédiatriques

Les ARV pédiatriques étaient disponibles dans 57% (20/29) des sites. Les ARV pédiatriques de 2eme ligne étaient les moins disponibles avec un indice 45% **(fig. 36).** Les ARV pédiatriques (1e et 2e ligne) étaient complètement absents dans 9 (31%) sites le jour de l'enquête **(Tableau 42, annexe).**

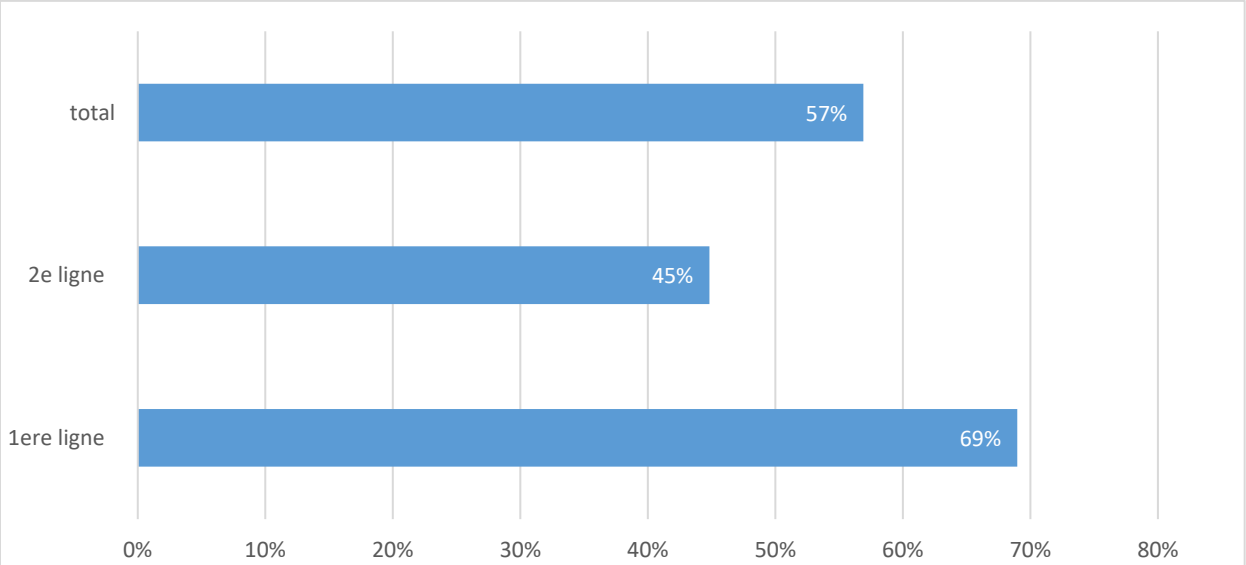

Fig.36:Disponibilité ARV pediatrique le jour de l'évaluation

Formation en dispensation

Au cours des 12 mois précédant l'évaluation, la formation des dispensateurs avait eu lieu dans 38% des sites. Parmi ces sites, 56% étaient des sites de Conakry **(Tableau 43, annexe).**

Stockage des ARV selon Premier Expiré-Premier Sortie (PEPS)

Le stockage des ARV suivant la méthode Premier Expiré-Premier Sortie (PEPS) était respecté dans 72% (21/29) des sites. Les sites ne respectant pas cette méthode étaient en majorité (63%) les sites hors Conakry **(Tableau 44, annexe).**

Livraison des ARV dans les sites par la PCG

D'après les prestataires, les ARV étaient livrés dans 93% (27/29) des sites par la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG). Seuls les sites de Siguiri et N'zérékoré organisaient leur livraison **(Tableau 45, annexe).** Le système « pull distribution » était à 100% utilisé comme méthode de réapprovisionnement des sites.

Délai de Livraison

Les délais des livraisons des ARV étaient de « 2 semaines à 1 mois » dans 52% (15/29) des sites et « moins de 2 semaines » dans 34% (10/29) des sites **(fig.37).** Parmi les sites dont les ARV étaient livrés entre « 2 semaines à 1 mois », 60% (9/15) étaient les sites de Conakry. Par ailleurs, quelques sites (n=4) avaient rapporté des délais de livraisons de plus de mois **(Tableau 46, annexe).**

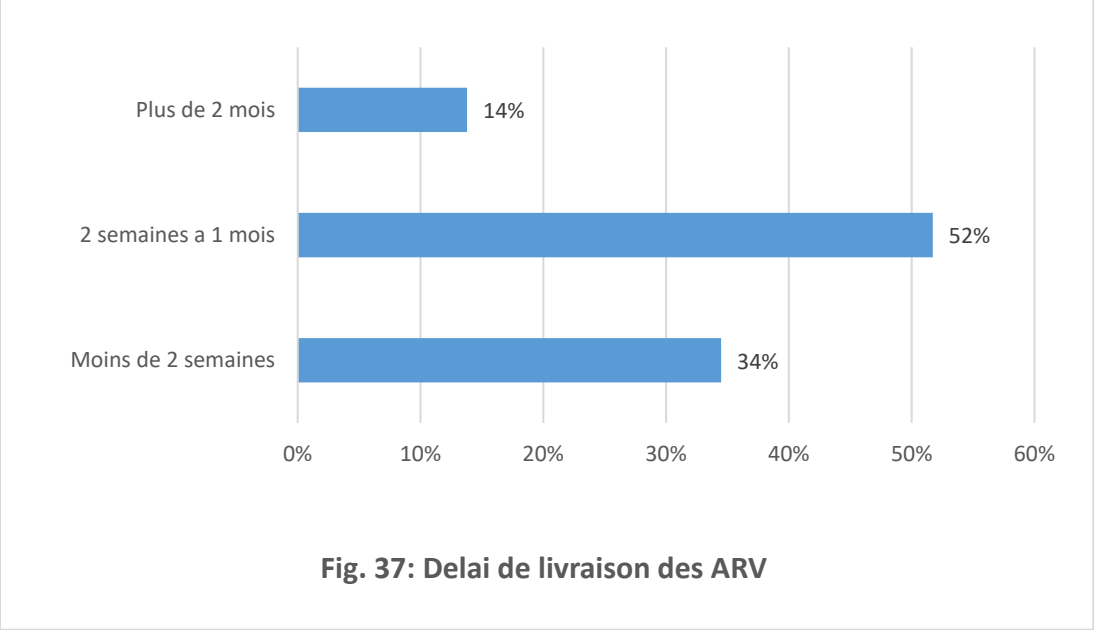

Fig. 37: Delai de livraison des ARV

Complétude et promptitude des rapports

Le délai de transmission des rapports était connu par les responsables des sites ou gestionnaires des données dans 41% (12/29) des sites évalués **(fig. 38).** Pour le mois de mars 2019, les rapports mensuels dépistage VIH et PEC avaient été transmis respectivement par 90% (26/29) et 83% (24/29) des sites. L'indice de complétude et promptitude des rapports variait de 0%-100% entre les sites **(Tableau 47, annexe).**

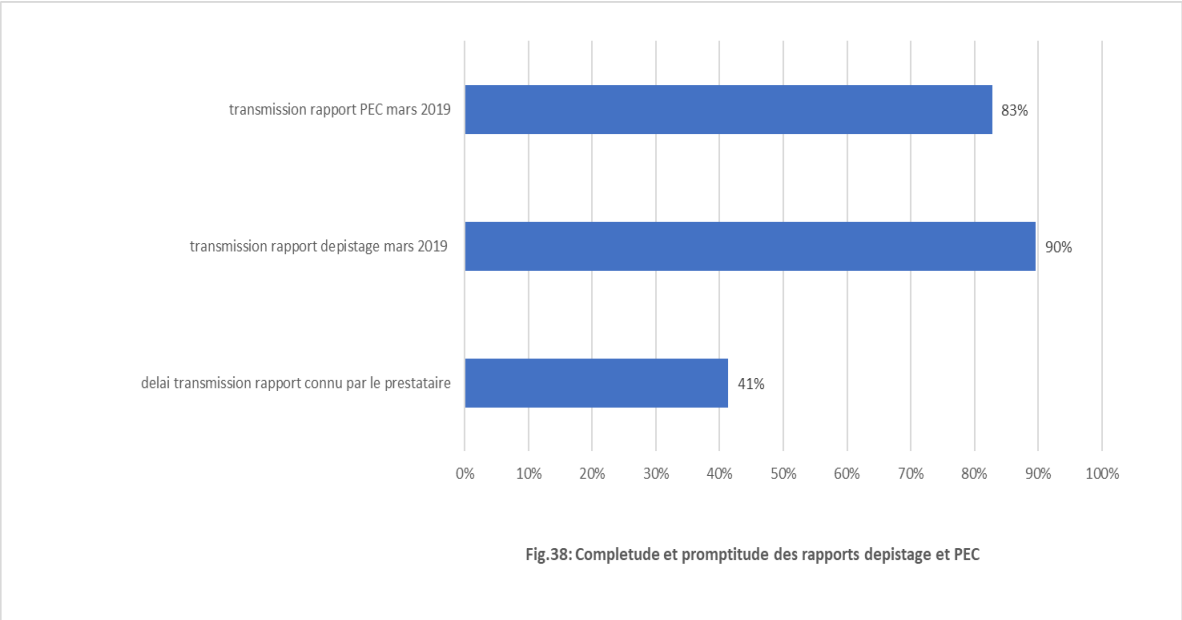

Fig.38: Completude et promptitude des rapports depistage et PEC

Saisie des données dans le DHIS-2

Les données étaient transmises au SISP pour la saisie dans le DHIS-2 dans 34% (10/29) des sites. Les retards étaient constatés pour le saisie dans le DHIS-2 dans 29% des sites **(fig. 39**). Le manque d'électricité et le retard des données sources étaient respectivement à 43% et 29% responsables des retards dans la saisie des données.

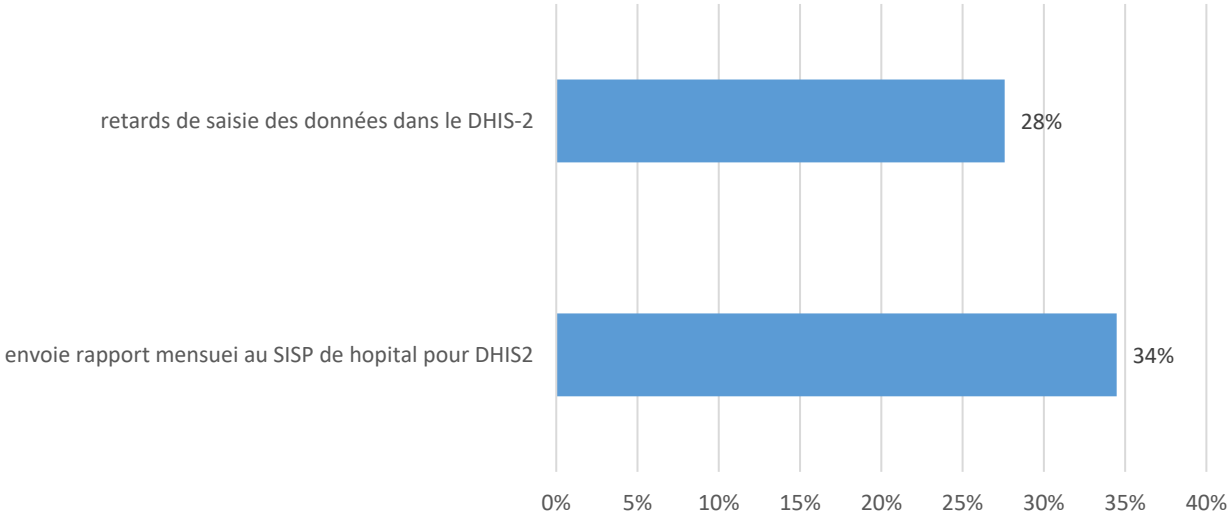

Fig. 39: Saisie de données dans le DHIS-2

Qualité des données

La vérification de la qualité des données PEC avait rapporté une variation de -7,5% entre les données rapportées par les sites et les données disponibles dans les registres de traitement. En effet, les 22 sites dont les données étaient disponibles pour cet indicateur avaient rapporté (rapport mensuel) un total de 45 661 patients ayant reçu les ARV entre Janvier et Mars 2019 contrairement à 49 080 patients enregistrés dans le registre de suivi. Cette variation représente une sous notification de 3419 patients pour la période. Soit, une sous-notification mensuelle moyenne de 1140 patients **(fig. 40).** Les discordances variaient de -550% à Kankan à 67% Siguiri **(Tableau 48, annexe).** Dans 52% des sites les gestionnaires des données avaient reçu une formation en gestion des données au cours des 12 derniers précèdent l'enquête.

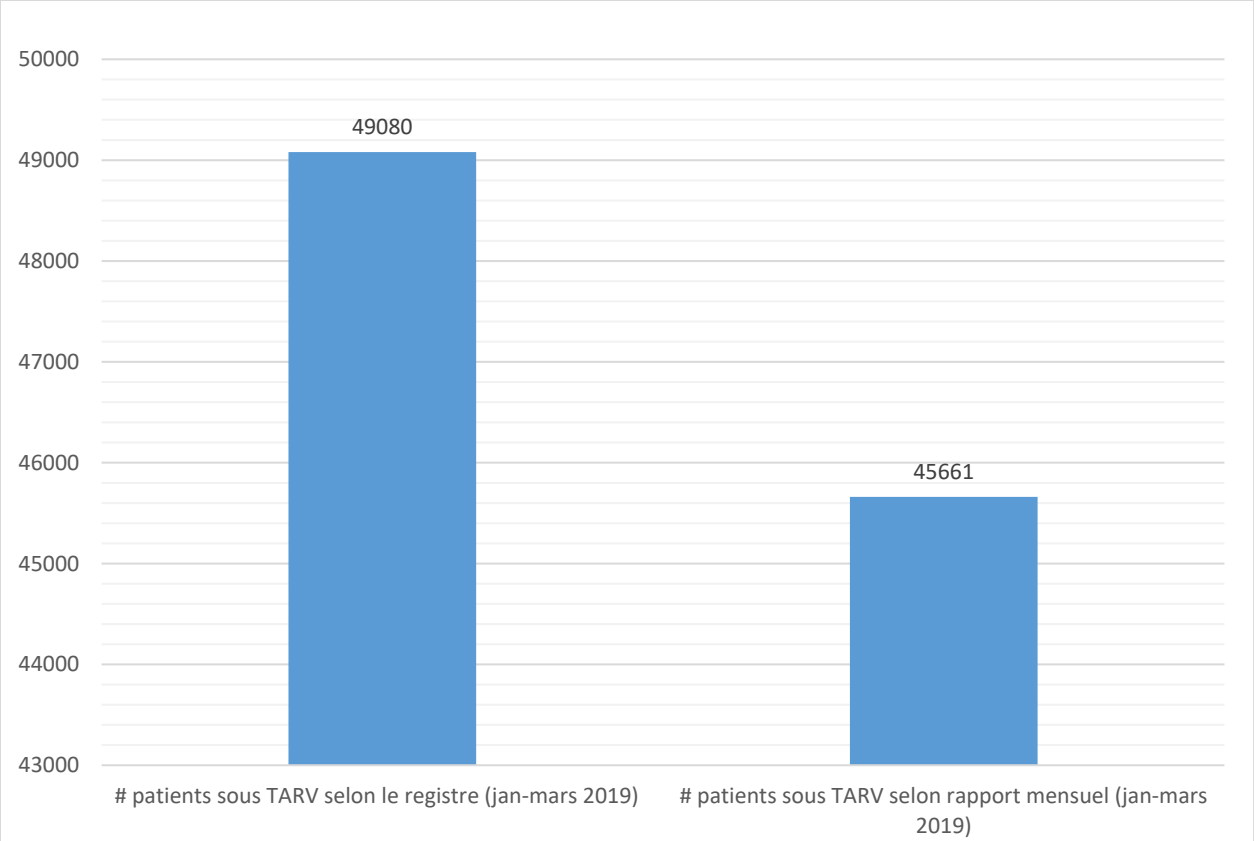

Fig.40. Qualité des données PEC

Fréquence des supervisions

Près d'un tiers (32%) des sites avaient été supervisés par la DPS au cours du mois de l'enquête et durant les trois derniers mois. Les supervisions mensuelles des sites par la DPS étaient effectives dans 61% des cas. Le contenu des supervisions comprenait la revue de la pharmacie (93%), revue de l'état du personnel (82%), la revue des données programmatiques (79%) entre autres. Le rapport de la supervision était transmis aux sites dans seulement 39% des cas **(fig. 41).**

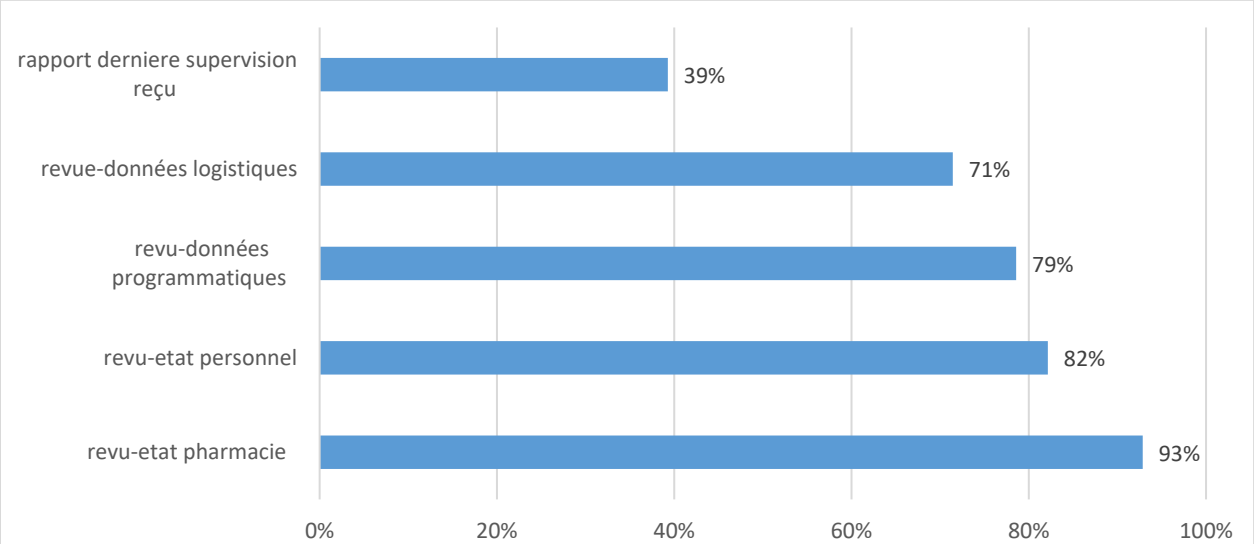

Fig.41: Contenu des supervisions dans les sites PEC

Circuits des patients, laboratoires, médicaments et données

La fonctionnalité des circuits patients[3] (PVVIH sous TARV), laboratoire, médicaments et données dans les sites était respectivement de : 21%, 100%, 59% et 24% **(fig.42).** L'absence de l'éducation sanitaire et/ou thérapeutique lors des visites de renouvèlement des ordonnances était la principale cause de la faible performance de la fonctionnalité des circuits patients dans les sites **(Tableau 49, annexe).** Le circuit du laboratoire était adéquat dans tous les sites **(Tableau 50, annexe).** L'insuffisance de l'utilisation des outils de gestion (fiche/registre de stocks, …) était responsable de la performance

[3] Le circuit du patient est considéré comme normal (fonctionnel) si lors de la visite de renouvèlement de l'ordonnance, le patient reçoit au minimum les services ci-après : accueil→éducation sanitaire/thérapeutique→consultation (prescripteur)→laboratoire (si nécessaire)→consultation (prescripteur)→dispensation (pharmacie).

moyenne du circuit des médicaments **(Tableau 51, annexe).** En outre, les connaissances limitées des responsables des sites/gestionnaires des données sur le flux des données et la quasi-absence de la retro-information (14%) étaient responsables de la faible performance de la fonctionnalité du circuit des données dans les sites. **(Tableau 52, annexe).** Evalué à 51%, l'indice de fonctionnalité des circuits était significativement affecté par la défaillance du fonctionnement des circuits patients et données dans les sites **(Tableau 53, annexe).**

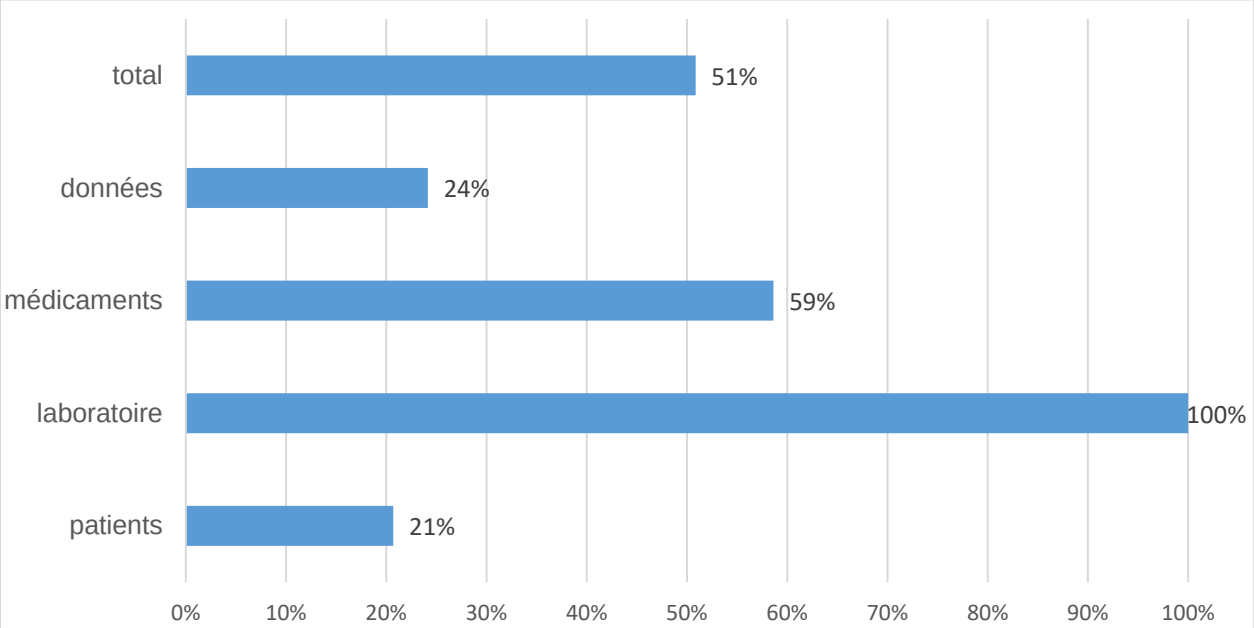

Fig. 42. Fonctionnalité des circuits patients, laboratoire, médicaments et données

Profil clinique des patients à l'initiation sous traitement VIH

L'évaluation du profil clinique auprès de 163 PVVIH répartis dans 18 sites indiquait que 55% des patients avaient initié le TARV au stade clinique 3 de l"OMS et 11% au stade 4. Au total, 67% des patients avaient initié le TARV au stade clinique 3 ou 4 de la maladie **(fig.43).** Dans certains sites, tous les patients (100%) avaient été mis sous TARV au stade clinique 3 + 4. Il s'agit notamment des sites de Kissidougou, Guéckédou, CS Gbessia port 1 entre autres. Par contre, à Ignace Deen, CMC Matam, DREAM et INSE, la majorité des patients initiait le TARV au stade clinique 1 ou 2 **(Tableau 54, annexe).**

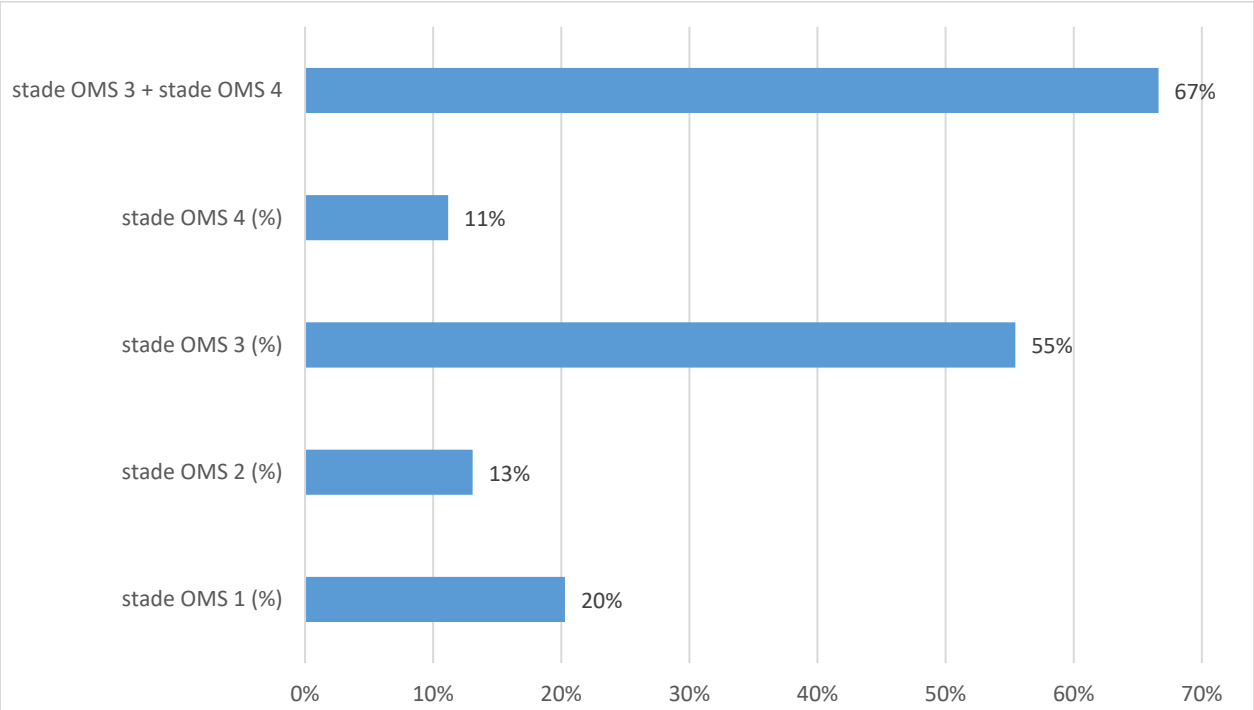

Fig.43: Profil clinique à l'initiation sous TARV

Profil immunologique des patients à l'initiation du traitement VIH

D'après l'évaluation du taux de CD4 à l'initiation du TARV auprès de 127 PVVIH répartis dans 16 sites, 31% des patients avaient été initiés au TARV à un taux CD4 < 200 et 25% à un taux de CD4 entre 201-350. Au total, 56% des patients avaient été initiés au TARV à un taux de CD4 ≤ 350 **(fig. 44)**. Dans certains sites, la proportion de patients initiés au TARV à un taux de CD4 ≤ 350 était assez élevée. Il s'agit notamment du CMC Ratoma (100%), Boké (89%), Mamou (63%) entre autres. Par contre, au Centre DREAM, au CMC Matam et au CS Matoto moins du tiers des patients avait initié le TARV à un taux de CD4 ≤ 350 **(Tableau 55, annexe).**

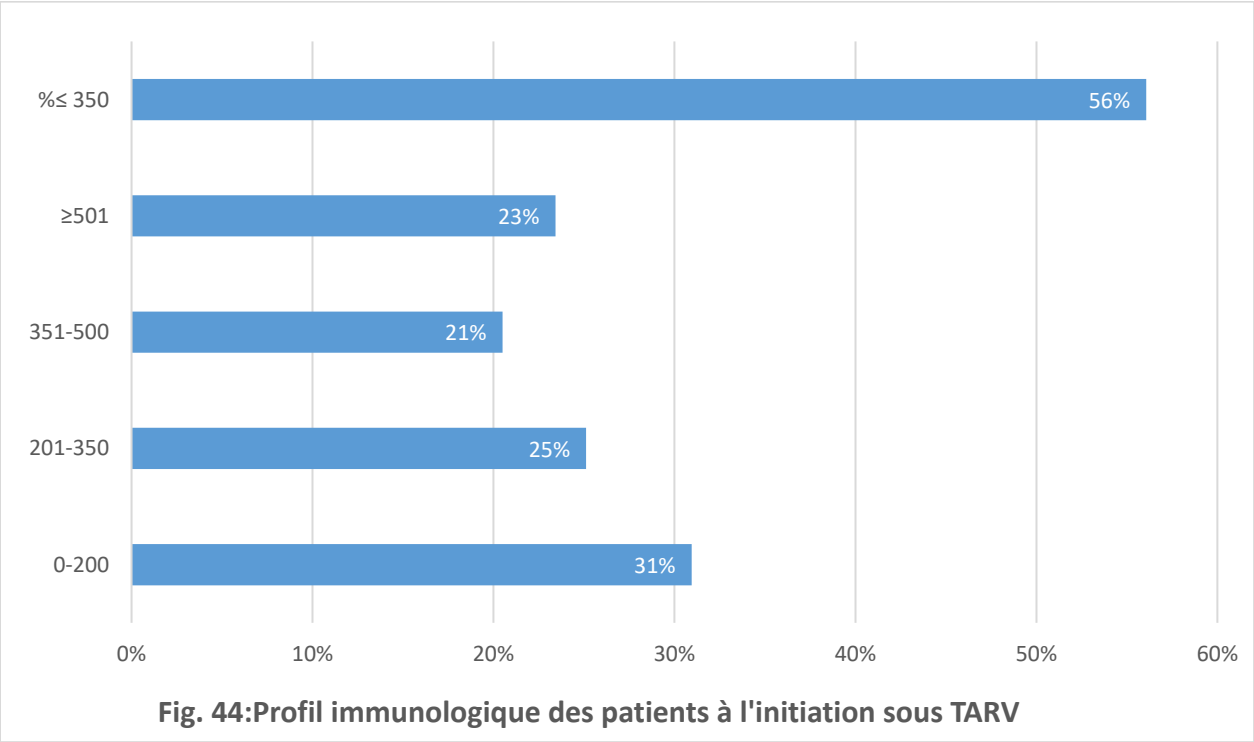

Fig. 44:Profil immunologique des patients à l'initiation sous TARV

V.3. Entretiens avec les prestataires, gestionnaires, partenaires et bénéficiaires

V.3.1. Entretiens avec les prestataires

Perceptions des prestataires sur les facteurs entravant la qualité des soins VIH

- **Infrastructures**

La majorité des répondants trouvaient la plupart des locaux et bureaux très petits et contigus, insuffisants et inadéquats par rapport au « paquet d'activités » de prise en charge VIH/SIDA. Au même titre, certaines pharmacies étaient perçues comme *«non appropriées à une dispensation »* adéquate. Les observations des enquêteurs ont permis de confirmer cet état de fait. En effet, comme en témoignent certaines photos (en annexe), certains locaux étaient assez délabrés, avec des murs peu propres et des toitures présentant des fuites par endroit.

- **Personnel**

L'insuffisance du personnel, le manque de compétence de certains pharmaciens et l'absence de formation continue du personnel, avaient été cités comme des obstacles

importants à la qualité des soins dans les sites. Plus important, le manque des primes pour les prestataires impliqués dans la PEC avait été évoqué par la majorité des répondants comme un goulot d'étranglement majeur à l'offre des soins VIH de qualité dans les sites.

- **Equipements/Logistique**

Les avis des prestataires étaient convergents sur l'insuffisance ou l'absence des équipements/matériel tels que: réfrigérateur solaire (pour réactifs et autres intrants), thermomètre, otoscope, microscope, climatiseur au point de dispensation, balance, toise, ordinateur et de connexion internet. Par ailleurs, le manque des moyens de déplacement (véhicule, moto) pour les activités VIH et la survenue fréquente des pannes des machines de laboratoire (compteur biochimie, compteur hématologie, …) étaient autant des facteurs liés aux équipements/logistiques entravant la fonctionnalité des sites PEC.

- **Intrants VIH**

Les ruptures fréquentes des réactifs/médicaments (Détermine, CD4, ARV de 2ème ligne, …) du point de vue des répondants, constituaient une autre entrave majeure à la disponibilité et à l'offre des soins VIH de qualité. Aussi, le mauvais circuit de transport des DBS apparaissait comme un frein important pour une prise en charge de qualité pour les enfants infectés par le VIH. En plus, les temps d'approvisionnement et de réapprovisionnement des sites étaient jugés très longs par les prestataires.

En somme, le déficit quantitatif et qualitatif en personnel de PEC, l'exiguïté et par endroit le délabrement des locaux des sites PEC, l'insuffisance du matériel de base pour les consultations et des équipements de laboratoire, et les ruptures fréquentes en intrants/médicaments étaient rapportés par les prestataires comme obstacles majeurs pour la disponibilité des soins VIH de qualité dans les sites.

V.3.2. Entretiens avec les gestionnaires et partenaires

Perceptions des gestionnaires et partenaires sur les facteurs entravant la qualité des soins VIH

Infrastructures

D'après les enquêtés, les locaux de certains sites PEC sont inadaptés, avec des bâtiments exigus, vétustes et inappropriés, qui manquent parfois de confort (absence de climatiseurs, de sièges confortables), et des bureaux ou des espaces non commodes pour

le counseling, obligeant en conséquence *« le personnel à travailler dans la promiscuité »*. La majorité des enquêtés était d'avis que la plupart des sites sont hors normes sur le plan infrastructurel. L'exiguïté des espaces de travail ne garantit pas toujours la confidentialité des soins VIH : *« le médecin consulte avec 5-7 stagiaires »,* nous a confié un des enquêtés. Par ailleurs, l'un des enquêtés s'était offusqué du fait que *« le PNLSH, l'institution chapotant les activités des sites, est lui-même dans un local temporaire »*.

Personnel

Les sites se trouvent confrontés à une insuffisance de formation du personnel. Parfois, *« les stagiaires et les aides de santé »* font office de pharmaciens. Le personnel manque de bonne connaissance technique dans certaines situations. Aussi, l'insuffisance de motivation pécuniaire (notamment des bénévoles) ou à travers des voyages de formation du personnel constitue un autre obstacle à l'offre des soins. Pour cette raison, certains enquêtés trouvent que la prise en charge du VIH est un « programme non attrayant ». Par ailleurs, certains répondants ont décrit ou qualifié le personnel de prise en charge comme *« vieillissant » et « instable »* ; *« limité et non fidélisé »* ; *« inadéquat en nombre et en qualité dont la plupart sont des bénévoles »*; *«peu formés en prise en charge »*. A ces problèmes relevés, viennent se joindre celui de la coordination du programme au niveau national par rapport à la non capitalisation des actions menées par les différents acteurs dû au fait qu'*« on réinvente la roue chaque fois »*, dans un contexte de doublons des activités d'un personnel non motivé, sachant que *« le VIH n'apporte rien à l'hôpital»*.

Equipements/logistiques

Les enquêtés ont relevé l'insuffisance d'appareils de laboratoire performants, du manque d'entretien des appareils existants. Une absence, insuffisance ou vétusté d'engins roulants (véhicules, ambulances, motos) souvent confrontés au problème de carburant. Par ailleurs, le manque d'électricité et de pérennité dans la fourniture des outils de gestion et de réactifs pour l'opérationnalisation des compteurs CD4 et charge virale constitue un autre goulot d'étranglement majeur pour les soins VIH de qualité dans les sites PEC.

Intrants VIH

La plupart des enquêtés ont rapporté la rareté et la non disponibilité des intrants/médicaments, les ruptures fréquentes et prolongées notamment les intrants de la charge virale. Ils ont attribué cette situation au non fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement et de distribution. En outre, la quantification douteuse à cause de la

non maitrise de la file active, l'incomplétude des items lors des livraisons des produits de santé à travers les mécanismes d'approvisionnements du Fonds Mondial, le gap financier non payé par l'Etat, étaient d'autres facteurs entravant la disponibilité des intrants/médicaments dans les sites, et partant, entravent la qualité des soins VIH. Les approches de solution proposées consistaient à i) « une bonne maitrise de la file active », condition sine qua non pour une quantification fiable ; ii) « une amélioration du circuit des commandes et la promptitude dans leur traitement » ; iii) « une amélioration du circuit de distribution » ; iv) » un renforcement des capacités des prestataires sur la gestion des approvisionnements et des stocks ».

Autres facteurs

D'autres facteurs connexes affectant la qualité des soins VIH ont été évoqués. Il s'agit de l'attitude des patients qui, sous l'effet de la stigmatisation, refusent de se faire prendre en charge mais optent plutôt pour la médecine traditionnelle (recours à la médecine traditionnelle).

Les supervisions des sites jugées de moindre qualité et plus focalisées sur la collecte des données impactent négativement la qualité des soins VIH. La faible communication autour du VIH/SIDA limite la demande des services VIH par les populations.

Comme solutions, les répondants ont proposé un renforcement de la communication et de la sensibilisation dans les médias, incluant des témoignages à visages découverts. D'autres solutions évoquées pour améliorer la qualité des soins VIH étaient : la prise en compte des prestataires des sites dans la répartition des primes de la subvention ; l'organisation des revues mensuelles des activités VIH/SIDA au niveau district (à l'exemple du programme paludisme), la présentation lors des réunions de coordination régionale des résultats du programme VIH/SIDA par le DPS ; la promotion des témoignages à visages découverts ; le renforcement des activités des réseaux des PVVIH et la mise à contribution des activistes pour le plaidoyer ; le renforcement de la sensibilisation dans les villages et l'implication de la médecine traditionnelle dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Avis sur la gratuité des soins VIH et démotivation du personnel

Les points de vue des répondants étaient nuancés sur la corrélation entre la gratuité de la prise en charge VIH et la démotivation des prestataires/responsables des structures de

santé. Pour certains, la gratuité n'a pas d'impact négatif sur les formations sanitaires (FOSA), car les PVVIH paient d'autres types des soins et médicaments qui génèrent les revenus pour les structures. D'autres ont par contre estimé que cette gratuité pourrait avoir un impact sur le personnel car, les *« prestataires des sites veulent avoir les primes VIH au même titre que les responsables du programme au niveau central »*. Comme solution, un répondant avait suggéré que *« la motivation devrait être ascendante »* (de la périphérie au niveau central) et ceci pour exprimer la priorisation des prestataires des sites dans l'allocation des primes, souhait absolu émis par la quasi-totalité des enquêtés. Selon une catégorie des répondants, la démotivation du personnel pourrait être résolue par la création d'une prime spéciale du personnel de PEC ; celle-ci devant être financée par le budget de l'Etat et des financements innovants à l'image du système de récompense primée par les sociétés commerciales, de la prime de craie qui existe au niveau de l'éducation ou du modèle des primes de MSF pour ses structures d'appui *(primes en fonction de la performance)*.

Avis sur la faible performance du programme VIH/SIDA malgré la gratuité des services pour la population cible

Les informateurs étaient d'avis que des nombreux facteurs sont tributaires de la faible performance des services, malgré la gratuité des soins. Les raisons évoquées étaient la faible mobilisation communautaire pour le dépistage, l'existence d'un personnel inadéquat parce que composé de fonctionnaires constamment en déplacement et souhaitant bénéficier des mêmes primes que ceux du niveau central, et qui laissent en conséquence la prise en charge aux mains des stagiaires/bénévoles encore inexpérimentés : « ***La faiblesse actuelle du programme VIH***…. » nous a confié un des sujets interrogés, « ***n'est pas liée à la gratuité des services, mais aux facteurs [de] non rémunération des agents à l'image de ceux au niveau central.*** » La non maitrise de la file active entrainant une mauvaise quantification était aussi évoqué comme facteur de la faible performance du programme. L'enquête a aussi révélé que la gratuité des soins VIH n'est de toute évidence pas pratiquée entièrement dans les structures. Les répondants ont affirmé que par endroit, les patients sont victimes d'arnaques caractérisées notamment par la vente des médicaments par certains prestataires. Les solutions proposées par les interviewés pour améliorer la performance du programme étaient : l'octroi des primes aux prestataires des sites, le renforcement de

la mise en œuvre de la politique de gratuité ; la bonne maitrise de la file active pour permettre une bonne quantification et palier aux ruptures récurrentes des stocks dans les sites.

Avis sur la disponibilité de l'offre de dépistage VIH au niveau national

La majorité des personnes interrogées avait estimé que la disponibilité de l'offre de dépistage VIH était **bonne** ». Les principales raisons avancées étaient i) le fait que le dépistage soit systématique (y compris tous les enfants malnutris) à travers la mise en œuvre du dépistage conseil à l'initiative du soignant (DCIS), ii) la facilité pour toute personne de se faire dépister pour le VIH, iii) l'accessibilité des CDV qui sont ouverts toute l'année et qui disposent d'un personnel formé avec un minimum d'intrants. Pour améliorer la performance du dépistage les répondants ont proposé les solutions suivantes : mise en place des intrants en quantité, motiver le personnel, former des nouveaux agents et des prestataires notamment en counseling, réactualisation de la sensibilisation qu'il faut désormais faire à grande échelle avec des spots publicitaires.

Avis sur la disponibilité des services de prise en charge VIH

La majorité des informateurs était d'avis que la disponibilité des services de prise en charge VIH était **« bonne »**. Les principales raisons évoquées étant le pas d'enrôlement appréciable et la disponibilité d'un minimum d'intrant et de personnel formé, ainsi que des laboratoires fonctionnels et des outils de gestion disponibles. Néanmoins, une minorité de personnes ayant émis des réserves en termes d'appréciation, avait évoqué d'abord la faible disponibilité des intrants et la PEC qui est concentrée à Conakry, mais aussi le fait que tous les centres adaptés ne font pas la PEC. Les solutions proposées pour améliorer la PEC étaient les suivantes : i) rendre d'avantage disponible les médicaments et intrants dans les sites, ii) améliorer la communication et d'assurer la gratuité des services biologiques, iii) opérer une demande différenciée (selon l'état du patient) du bilan biologique, iv) améliorer la couverture géographique de la prise en charge à travers le développement *« d'un plan d'extension et de décentralisation de la PEC »*.

Avis sur l'engouement des populations pour le dépistage

A en croire nos informateurs, l'engouement des populations pour le dépistage était *« faible »* pour les raisons suivantes : i) *« très peu des gens se font dépister volontairement, en raison d'une mauvaise communication/sensibilisation »* qui, selon eux, se doit d'être intensifiée *; ii) « 100% des personnes sensibilisées lors des campagnes ne se font pas toujours dépistées »* ; iii) *« la population ne ressent en rien la nécessité de se faire dépister quand on n'est pas malade, en conséquence, les malades sont généralement dépister tardivement»*.

Avis sur l'engouement des patients pour le traitement

Les avis des informateurs convergeaient sur le fait que l'engouement des patients pour le traitement était **« fort »** pour les raisons suivantes : i) généralement, les patients acceptent leurs statuts après un bon counseling et adhèrent facilement au traitement, ii) les patients sont *« souvent très contents de prendre les ARV lorsqu'ils sont disponibles* ». Néanmoins, selon une minorité des répondants, le niveau d'engouement des patients pour le traitement est « moyen » à cause du déni encore observé chez certains patients qui préfèrent aller se faire soigner auprès des praticiens de la médecine traditionnelle, sans oublier le fait qu'ils sont souvent vus à un stade avancé de la maladie.

Niveau d'implication des associations (société civile/ONG) dans la mobilisation communautaire pour le dépistage et traitement VIH/SIDA

La majorité des informateurs étaient d'avis que le niveau d'implication des ONG/société civile dans la riposte contre le VIH/SIDA est *« moyen »* à cause de : i) des pesanteurs sociales et la stigmatisation (tabous), mais aussi de la faible mobilisation communautaire, limitant les actions des ONG; ii) la pléthore d'ONG confrontées au double problème de financement et de manque de moyens pour les activités, iii) le manque de complémentarité entre les ONG/associations PVVIH et l'Etat. Toutefois, certains informateurs ont jugé le niveau d'implication des ONG/associations « bon » parce que « l'Observatoire des PVVIH marche bien, au même titre que le REGAP+ qui a des antennes à l'intérieur du pays ». D'après ces informateurs, ces structures sont « actives et promptes à revendiquer ».

Propositions pour améliorer la demande des services de dépistage et prise en charge

Au vu des constats susmentionnés, les enquêtés ont formulé les recommandations ci-après pour améliorer la demande des services de dépistage et prise en charge VIH/SIDA en renforçant : i) la communication/sensibilisation autour du VIH/SIDA, ii) les capacités en ressources humaines des sites, iii) la coordination du programme en matière de leadership et l'approche multisectorielle (CNLS) de la riposte, iv) les capacités des associations des PVVIH, v) l'implication des leaders religieux dans la mobilisation communautaire, avec une nouvelle approche visant à adapter les messages aux cibles. Par ailleurs, les mesures suivantes devraient être prises en compte: i) assurer la disponibilité et la bonne gestion des intrants/médicaments, ii) assurer la disponibilité des outils de collecte des données, iii) améliorer la qualité des supervisions, iv) rendre disponible un personnel motivé et v) renforcer sa redevabilité, vi) améliorer la disponibilité de la charge virale notamment au niveau périphérique (UPEC).

Perceptions sur la qualité des données VIH (dépistage et traitement)

Les données VIH, à en croire la plupart de nos informateurs sont de *« faibles »* qualité pour les raisons suivantes : i) discordances constatées entre différentes sources (outils), ii) remplissage inadéquat des outils primaires, iii) système de collecte active donnant lieu à un « risque d'erreur élevé » ; iv) manque de formation du personnel, v) multiplicité des outils de collecte, vi) ruptures fréquentes des outils de collecte.

Pour améliorer la qualité des données VIH, des propositions suivantes ont été évoquées : i) disponibiliser, standardiser et rendre opérationnels les outils de collecte des données, ii) équiper les sites PEC en : kits informatiques, climatiseur, réseau internet wifi, iii) informatiser et mettre en réseaux le système de collecte des données ; iv) éviter les ruptures fréquentes des dossiers patients et autres outils de collecte ; v) renforcer les capacités des gestionnaires des données à tous les niveaux, vi) disponibiliser les gestionnaires des données dans tous les sites, vii) assurer la motivation du personnel en charge des données, viii) assurer un suivi de proximité pour rendre la collecte et le rapportage une activité de routine et mettre fin à la collecte active.

Perception sur la qualité des supervisions des sites de dépistage VIH et prise en charge

La quasi-totalité de nos répondants pense que les supervisions sont *« inadéquates »* car les objectifs sont essentiellement axés sur la collecte des données. En plus, les recommandations des supervisions ne sont pas toujours suivies. Par ailleurs, *« les superviseurs n'intègrent pas toujours les supervisés dans la détermination des objectifs des supervisions »* et leurs rapports ne sont pas partagés avec tous les décideurs. De tous les sujets interrogés, très peu ont porté un jugement appréciatif sur les supervisions, à l'exception de la fréquence jugée acceptable. Les approches suivantes ont été proposées pour une amélioration de la qualité des supervisions: i) améliorer le contenu, avec une priorité accordée aux supervisions « formatives » et conjointes intégrées ; ii) assurer la redevabilité des superviseurs et inclure les supervisés dans le planning des supervisions ; iii) revoir le plan, la mise en œuvre et les outils de supervision ; iv) revoir le profil des superviseurs, v) assurer la retro-information et le partage des rapports avec tous les prestataires supervisés et les décideurs (institutionnels) de la riposte.

V.4. Entretien avec les bénéficiaires

Les entretiens avec les bénéficiaires ont eu lieu dans les formations sanitaires (bénéficiaires rencontrés dans les sites PEC) et dans la communauté (bénéficiaires membres d'association de PVVIH).

V.4.1. Perceptions des bénéficiaires rencontrés dans les formations sanitaires

Caractéristiques des bénéficiaires

Au total, 270 bénéficiaires en visite dans les formations sanitaires ont été interrogés sur la qualité des soins VIH au niveau des sites. Ces bénéficiaires étaient repartis dans tous les 29 sites évalués et plus de 70% d'entre eux était de sexe féminin. La moitié (51%) était suivi dans les sites de Conakry et presque tous (99%) étaient sous ARV. La majorité (44%) avait une durée sous ARV entre 1-4 ans. Toutefois, 14% des patients avaient une durée sous ARV ≥ 10 ans. Cinquante huit pour cent (58%) et 37% des bénéficiaires avait jugé l'accueil dans les sites « bon » et « très bon », respectivement et ceci parce qu'ils étaient souvent bien accueillis et recevaient des bons conseils *([« je suis bien accueilli », « conseil du personnel et accueil chaleureux »])*. Presque tous les enquêtés (97%) trouvaient adéquat le *« respect de la confidentialité »* dans les sites. Par contre, une

faible minorité (3%) le trouvait *« inadéquat »* pour les raisons suivantes : [*« Des gens entrent et sortent durant l'entretien », « Il a dévoilé mon statut devant d'autres patients », « Les médicaments sont donnés à la fenêtre devant tout le monde », « Tout se dit devant d'autres patients », « Le cadre n'est pas discret », « Les soignants ne respectent pas la confidentialité »].* La majorité des bénéficiaires (81%) trouvait le temps d'attente *« normal »,* tandis qu'une minorité (18%) le trouvait *« long »* pour les raisons suivantes : [*«file d'attente longue », « quelques fois long à cause de l'affluence », « Je mets trop de temps au niveau de la pharmacie », «le pharmacien n'a pas de considération pour nous les PVVIH », « le pharmacien me fait attendre au profit d'autre qui viennent acheter », « le médecin reçoit parfois d'autres patients venus après moi »].*

Gratuité des tests VIH et ARV

D'après la majorité (94%) des répondants, le test VIH était gratuit dans les sites tandis qu'une faible minorité (1%) avait un avis contraire parce qu'ils avaient soit vu un patient payer ou alors eux-mêmes avaient payer pour être dépistés : [*« J'ai été témoin d'une fois où le patient a payé », « J'ai payé au laboratoire »]. D*'après cette minorité, le test du VIH coûterait entre 10000-150000 GNF.

D'autre part, selon la majorité (93%) des bénéficiaires, les ARV étaient *« gratuits »* . Cependant, une minorité (7%) avait un avis contraire. En outre, une autre minorité (12%) des répondants avait déclaré avoir payé pour d'autres types des soins dans les sites à l'exemple de : *[« examens médicaux =180000 GNF ; hospitalisation= 55000 GNF ; autres médicaments= 65000 GNF, prestation des agents = 10000 GNF »*].

Résidence des bénéficiaires

Un peu plus de la moitié (51%) des bénéficiaires était suivie dans les 15 sites de la région de Conakry. Après cette région, les bénéficiaires venaient plus des régions de: N'Zérékoré (15%), Boké (8%), Kankan (7%) et Mamou (7%).

Distance entre domicile et sites de PEC

Les distances entre les domiciles des bénéficiaires et les sites de PEC variaient entre moins d'1 km-572 km, avec une moyenne de 21±35 km et une médiane de 6 km. La plupart (50%) des bénéficiaires résidait à une distance ≤ 5 km du site de PEC. Par

contre, 16% des bénéficiaires résidaient à une distance > 30 km du site PEC. Parmi les bénéficiaires suivis dans les sites de la ville de Conakry, 24% (33/138) résidaient dans 5 régions hors Conakry : Kinda (82%), Faranah et Mamou (6%) et Kankan et Labé (3%).

Coût de transport vers les sites de PEC

Les coûts de transport entre le domicile des bénéficiaires et le site de PEC variait entre 1000-300000 GNF, avec une moyenne de 21662 ± 40791 GNF et une médiane de 10000 GNF. La majorité (62%) des bénéficiaires déboursait entre 1000-10000 GNF pour les frais de transport pour se rendre dans les sites.

Fréquence de l'approvisionnement en ARV

L'approvisionnement des ARV était mensuel chez la plupart (52%) des bénéficiaires tandis que l'approvisionnement bimensuel ou trimestriel était de 19%. Par ailleurs, 8% des bénéficiaires recevaient leurs ARV tous les 6 mois. L'approvisionnement trimestriel était prédominant dans les sites suivants : MPA (17%), Ignace Deen, ASFEGMASSI et CMC Minière (13%).

Visite à domicile (VAD) durant les 12 derniers mois

Seulement 10% de bénéficiaires avait reçu une visite à domicile au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Les VAD n'était pas réalisée pour diverses raisons, notamment le refus par les bénéficiaires d'être visité et ceci par peur de stigma ou à cause de la non proposition des visites par les agents de sante communautaires : *[« Je veux bien seulement j'ai peur d'être stigmatisé », « Je ne veux pas de visite à domicile », « Jamais contacté par ces agents », «Je ne savais pas que cela était possible »].*

Rupture de stock au site de PEC durant les 12 derniers mois

Prés du 1/3 (29%) des bénéficiaires avait rapporté les ruptures des stock d'ARV dans les sites durant les 12 derniers mois. Par ailleurs, 49% des répondants avaient déclaré que les ruptures avaient duré plus d'un mois. Divers moyens étaient utilisés par les bénéficiaires pour pallier aux ruptures, notamment l'utilisation des comprimés restant, le dépannage par un ami et l'envoi des ARV par un parent. Les réponses suivantes étaient assez évocatrices de ces moyens d'adaptation : *[« J'avais encore quelques comprimés avec moi », « Ma sœur m'envoyait des produits de Conakry », « à travers les associations des PVVIH », « stock ARV fourni par mes amis » , «Dotation au niveau des sites PTME», «avec mon stock de réserve »].* Néanmoins, dans certains cas, les patients restaient sans prise d'ARV et prenaient uniquement du

Cotrimoxazole *[« prise de cotrimoxazole »].* En effet, la majorité des bénéficiaires (70%) déclarait avoir manqué la prise des ARV pendant les périodes des ruptures.

V.4.2. Perceptions des bénéficiaires rencontrés dans la communauté

Une discussion de groupe avec 8 membres des associations de PVVIH sur la qualité des soins VIH dans les sites PEC avait relevé les points suivants :

Accueil dans les sites : Ces bénéficiaires trouvaient l'accueil globalement passable (retards d'approvisionnement en ARV, absence de motivation du personnel, mauvaise organisation interne des sites et des activités des APS: [*«le pharmacien vient en retard (10h) et commence à servir autour de 11h »*. Cependant, *« l'accueil est meilleur dans les sites appuyés par les partenaires (bonne organisation des services) et moins bon dans les sites publics » ; « les prestataires du secteur public sont frustrés car ne reçoivent pas les primes du PNLSH » ; « L'accueil est mieux dans les sites ayant les médiateurs »].*

Respect de la confidentialité :

D'après les bénéficiaires, la confidentialité n'est pas du tout respectée dans les sites ; surtout dans les sites publics. Les PVVIH font également l'objet des comportements stigmatisants de la part des prestataires. Les exemples et récits ci-après étaient assez symptomatiques des malaises profonds auxquels sont confrontés les PVVIH au quotidien dans les sites tant à Conakry qu'à l'intérieur du pays :

i) *[« Il n'y a pas de confidentialité dans les sites non tenus par les partenaires. Par exemple, les résultats des patients sont rendus public à Donka »] ;*
ii) *[« A Fria une fois testé positif, le statut est divulgué partout, le dépistage est fait par les stagiaires »] ;*
iii) *[«…à Dalaba, l'association de PVVIH s'est disloqué, parce que les prestataires ont divulgué le statut de leurs membres partout »] ;*
iv) *[« …j'ai abandonné mon traitement pendant 2 ans parce que mon statut avait été divulgué à Ignace Deen et …..ensuite à Kankan. A cause de cela, j'ai eu un échec thérapeutique;… je suis maintenant en 2e ligne »] ;*
v) *[« un médecin à Wanidara dit « je ne traite pas les PVVIH le vendredi, d'ailleurs c'est une maladie qui ne guéri pas »] ;*
vi) *[« à Faranah, le médecin écrit sur sa porte «RDV des PVVIH à 14h »] ;*

vii) *[« les patients ont peur de dénoncer les prestataires qui divulguent leur statut »] ;*

viii) *[« tout ceci est dû au manque de formation des prestataires (stagiaires), changement de postes, non recyclage du personnel, pas de suivi du programme pour assurer la qualité des services »].*

Temps d'attente dans les sites

D'après les bénéficiaires, le *« temps d'attente est moyennement long dans tous les sites, en fonction de la file active », mais il est « …trop long dans les sites publics parce que le médecin vient en retard (ex : CS Madina dispensaire)].*

Gratuité du test de dépistage, des ARV et du suivi biologique

Les bénéficiaires étaient d'avis que les tests de dépistage et les ARV étaient vendus dans certains sites. Les réponses ci-après illustrent les pratiques d'arnaques dont les patients feraient l'objet dans les sites

i) [« au CMC Minière, certains prestataires prennent de l'argent pour les ARV »]

ii) [« au mois de mars, le dépistage était payant dans plusieurs sites »]

iii) [« les médicaments sont vendus dans certains sites (ex. CMC Minière) aux patients VIP »]

iv) [« un patient déclare avoir été arnaqué 800 000 frs (ouverture et mise sous traitement) »]

v) [«CS Tombolia, un patient a payé 100 000 frs pour l'ouverture du dossier »]

vi) [«…les prestataires créent d'autres besoins (autres tests) pour prendre l'argent aux patients »]

vii) [« CS Mototo, sage-femme déclare " le dépistage coûte 10 000 frs »]

viii) [« A Kankan, une sage-femme a été destituée parce qu'elle vendait les médicaments (50 000 frs) »].

ix) [Les CD4 et la charge virale sont payés par endroits et coûtent entre : 50000-120000 GNF en fonction des sites].

Les visites à domicile (VAD)

Les bénéficiaires pensent que les VAD ne sont pas effectuées par manque des moyens. Selon eux, lorsque ces visites sont bien menées, elles sont *« très utiles pour remonter les*

malades déprimés à travers les témoignages par les pairs ». D'après les bénéficiaires, malgré le manque de moyens, les associatifs continuent de faire les VAD de façon discrète. Les répondants estiment que pour améliorer les VAD, les partenaires devraient responsabiliser les associatifs.

Les ruptures des stocks d'intrants et ARV

Les bénéficiaires étaient d'avis que certains sites ont connu les ruptures récentes des stocks d'intrants et d'ARV comme l'illustrent les témoignages ci-après : *[«… CS Wanidara : ruptures (2e ligne) au mois de Juin »], [« …CMC Minière : ruptures (2e ligne) depuis un mois »], [« …CMC Ratoma : plus de 5 mois sans test de dépistage »].*

Propositions pour améliorer la qualité des soins VIH selon les bénéficiaires

Les bénéficiaires ont proposé les mesures ci-après pour améliorer la qualité des soins VIH dans les sites :

a) assurer une implication active et à temps plein des PVVIH dans la prise en charge (actuellement, les APS travaillent à temps partiel) ;
b) assurer le suivi des activités des prestataires (pour garantir le respect des directives en matière de prise en charge). Ce suivi devrait être fait principalement par les chefs de centre ;
c) motiver les prestataires à travers l'allocation des primes ;
d) assurer la disponibilité des médicaments/intrants dans les sites ;
e) respecter l'arrêté ministériel sur la gratuité de la prise en charge VIH ;
f) former/recycler le personnel soignant ;
g) renforcer les capacités du REGAP+ pour une implication plus active dans le plaidoyer et la résolution des problèmes des PVVIH.

V.6. Classement et catégorisation des sites

Parmi les 53 indicateurs composites (voir liste des tableaux) évalués de la disponibilité des services, 35 (Tableau ….) ont été sélecté pour le classement des sites. Les indicateurs sélectionnés pour ce classement devrait être composé d'au moins 2 éléments et être entièrement renseigné pour tous les 29 sites.

Tableau 56 : Indicateurs composites utilisés pour le classement des sites

#	Indicateurs composite	Fonction
1	Disponibilité des espaces de counseling	Capacité organisationnelle
2	Disponibilité des espaces de soins	Capacité organisationnelle
3	Disponibilité des mobiliers de bureaux	Capacité organisationnelle
4	Disponibilité des moyens de transport	Capacité organisationnelle
5	Disponibilité des sources d'energie	Capacité organisationnelle
6	Disponibilité du personnel des sites PEC	Capacité organisationnelle
7	Disponibilité du materiel informatique	Capacité organisationnelle
8	Disponibilité des outils de gestion de laboratoire	Capacité organisationnelle
9	Disponibilité des outils gestion PEC	Capacité organisationnelle
10	Disponibilité des outils gestion pharmacie	Capacité organisationnelle
11	Disponibilité des systèmes électroniques de gestion	Capacité organisationnelle
12	Disponibilité du matériel de consultations	Capacité organisationnelle
13	Disponibilité des moyens stockage d'intrants	Capacité organisationnelle
14	Disponibilité des équipements de laboratoire	Capacité organisationnelle
15	Profil des responsables des sites	Capacité organisationnelle
16	Formation des responsables des sites	Capacité organisationnelle
17	Profil des prescripteurs des sites	Capacité organisationnelle
18	Formation des prescripteurs	Capacité organisationnelle
19	Profil des dispensateurs	Capacité organisationnelle
20	Formation des dispensateurs	Capacité organisationnelle
21	Statut et formation des agents psychosociaux (APS)	Capacité organisationnelle
22	Disponibilité de dépistage VIH pour adultes	Capacité fonctionnelle
23	Disponibilité de dépistage VIH pour enfants	Capacité fonctionnelle
24	Disponibilité des stratégies dépistage VIH pour enfants	Capacité fonctionnelle
25	Mise en œuvre de la stratégie "dépister-traiter"	Capacité fonctionnelle
26	Disponibilité des services de collaboration TB/VIH	Capacité fonctionnelle
27	Disponibilité des soins de PEC VIH	Capacité fonctionnelle
28	Disponibilité des tests de dépistage VIH	Capacité fonctionnelle
29	Disponibilité des medicaments ARV	Capacité fonctionnelle

30	Disponibilité des ARV pédiatrique	Capacité fonctionnelle
31	Normalité du circuit patients	Capacité fonctionnelle
32	Normalité du circuit laboratoire	Capacité fonctionnelle
33	Normalité du circuit médicament	Capacité fonctionnelle
34	Normalité du circuit données	Capacité fonctionnelle
35	Gestions des données	Capacité fonctionnelle

Pour chacun des sites, la moyenne des indices de tous les indicateurs ci-dessus listés a été calculé. Cette moyenne ou indice de capacité (organisationnelle et fonctionnelle) a servi de base pour le classement des sites. Ainsi, sur la base de cette mesure, la capacité moyenne des 29 sites été de 67%. Cette capacité variait de 50% (HP Siguiri) à 87% (Centre DREAM) (fig. 45).

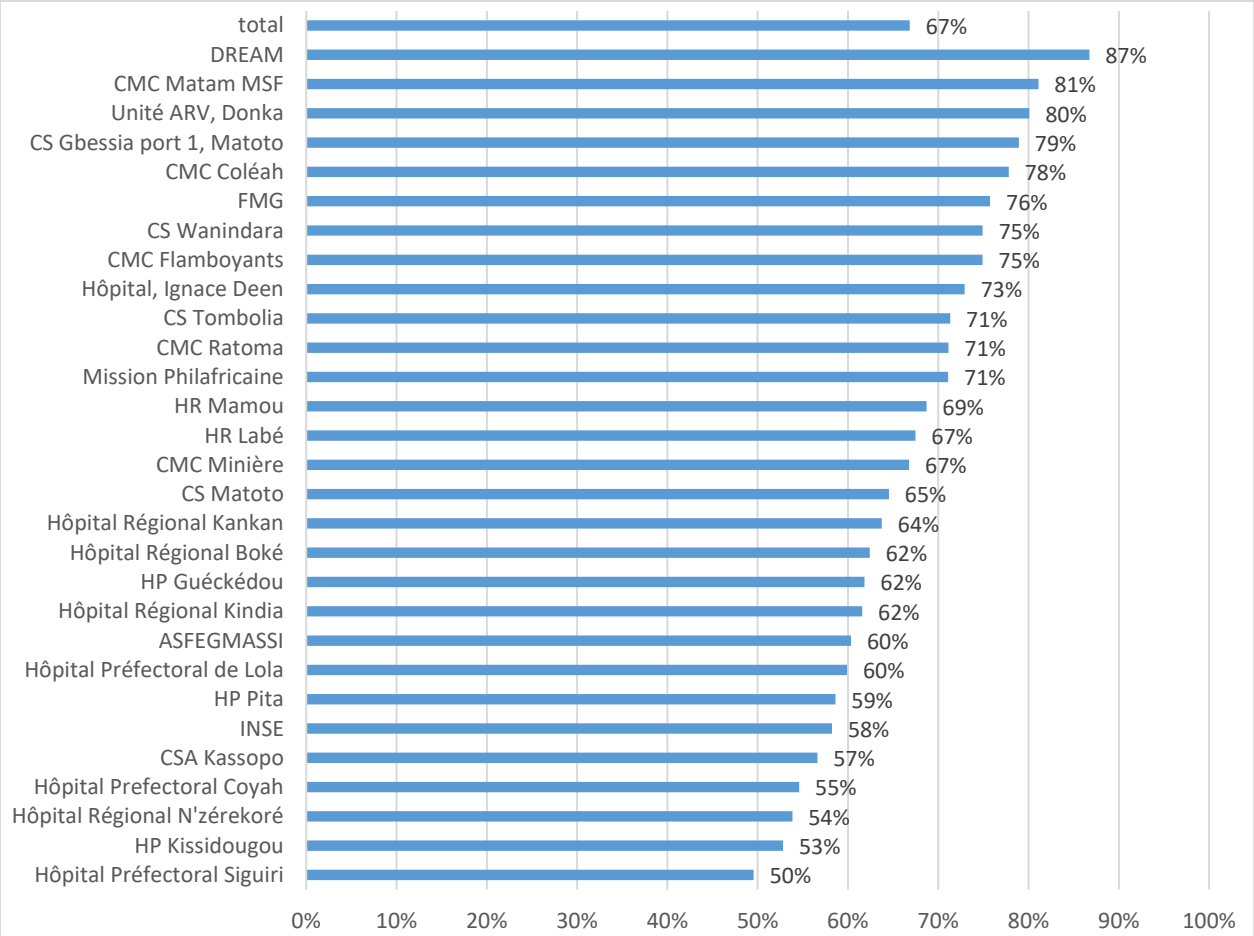

Fig. 45: Capacité des 29 sites PEC à grande cohorte, Guinée, 2019

En effet, le centre DREAM vient en tête avec un indice de 87%, suivi de CMC Matam (81%) et du CTA Donka (80%). En dernière position vient Siguiri (50%), suivi de Kissidougou (53%) et N'zérekoré (54%).

Parmi les 35 indicateurs utilisés pour le classement des sites, 21 et 14 étaient respectivement des indicateurs de capacite organisationnelles et fonctionnelles (Tableau 57). Pour l'ensemble des 29 sites, la moyenne des indicateurs organisationnelles était de 63% contre 72% pour les indicateurs fonctionnels.

Dans le but de prioriser le renforcement des capacités au cours de la mise en œuvre des plans d'amélioration, nous avons classé et catégorisé les sites en 4 groupes en fonction de l'indice de capacité: [Groupe 1 : 95%-100%, excellent] ; [Groupe 2 : 94-70%, adéquate]; [Groupe 3 : 69%-60%, moyen] ; [Groupe 4 :< 60% ; inacceptable]. Sur la base de cette classification, nous avons 0 (0%) des sites dans le groupe 1, 12 (41%) dans le groupe 2 **(Tableau 57)**, 34% (10) dans le groupe 3 **(Tableau 58)** et 25% (7) dans le groupe 4 **(Tablea 59)**.

Tableau 57 : Sites à capacité adéquate (indice : 94%-70%)

Site	Rang	Region	indice	File active (30/06/2018)	Capacité
Mission Philafricaine	12	N'zérekoré	71%	1121	Adéquate
CMC Ratoma	11	Conakry	71%	1354	
CS Tombolia	10	Conakry	71%	714	
Hôpital, Ignace Deen	9	Conakry	73%	3184	
CMC Flamboyants	8	Conakry	75%	1612	
CS Wanindara	7	Conakry	75%	1369	
FMG	6	Conakry	76%	484	
CMC Coléah	5	Conakry	78%	690	
CS Gbessia port 1, Matoto	4	Conakry	79%	1635	
Unité ARV, Donka	3	Conakry	80%	5294	
CMC Matam MSF	2	Conakry	81%	2777	
DREAM	1	Conakry	87%	4128	

Tableau 58: Sites à capacité moyenne (indice : 69%-60%)

Site	Rang	Région	indice	File active (30/06/2018)	Capacité
Hôpital Préfectoral de Lola	22	N'zérekoré	60%	455	Moyenne
ASFEGMASSI	21	Conakry	60%	1104	
Hôpital Régional Kindia	20	Kindia	62%	420	
HP Guéckédou	19	N'zérekoré	62%	990	
Hôpital Régional Boké	18	Boké	62%	1043	
Hôpital Régional Kankan	17	Kankqn	64%	1744	

CS Matoto	16	Conakry	65%	1118	
CMC Minière	15	Conakry	67%	1063	
HR Labé	14	Labé	67%	1689	
HR Mamou	13	Mamou	69%	602	

Tableau 59 : Site à capacité faible (indice < 60%)

Site	Rang	Region	indice	File active (30/06/2018)	Capacité
Hôpital Préfectoral Siguiri	29	Kankan	50%	654	Faible
HP Kissidougou	28	Faranah	53%	353	
Hôpital Régional N'zérekoré	27	N'zérekoré	54%	1817	
Hôpital Prefectoral Coyah	26	Kindia	55%	952	
CSA Kassopo	25	Boké	57%	600	
INSE	24	Conakry	58%	373	
HP Pita	23	Mamou	59%	228	

Parmi les 12 sites à capacité adéquate (groupe 2), 11 (92%) étaient des sites de Conakry. Par ailleurs, tous les sites du groupe 2 étaient localisés en milieu urbain. En outre, 25% de ces sites étaient des CHU/Hôpitaux régionaux contre 48% qui étaient des Hôpitaux préfectoraux/CMC/CS. Cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0.5).

V.7. Elaboration des plans d'améliorations

Les ateliers d'élaboration des plans d'améliorations (renforcement des capacités) des sites se sont tenue du 21-23/08/2019 pour les 15 sites de Conakry et du 28-30/08/2019 pour les 14 sites de l'intérieur du pays. Ces ateliers ont été précédés par une journée d'orientation des facilitateurs qui s'est tenue le 20/08/2019. Au total les facilitateurs ont été formés pour la conduite des ateliers d'élaboration des plans d'améliorations. Ces ateliers ont connu la participation des responsables des sites et ont débouché au développement de 29 plans d'améliorations des sites à grande cohorte en Guinée. Les rapports de la journée d'orientation des facilitateurs et des ateliers des plans d'améliorations sont disponibles en annexe 18, 19 et 20. Par ailleurs, les 29 plans d'améliorations des sites sont disponibles en annexe (annexe 21).

VI. Discussions

VI.1. vision et état de la riposte nationale

La Guinée ambitionne l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici à 2020 et l'éradication de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030, et ceci à travers l'accès universel à la prévention, aux soins et aux traitements, à l'appui et au soutien aux personnes vivant avec le VIH [4]. A quelques mois de l'échéance de 2020, le taux de couverture en ARV (2e « 90 ») reste faible à 40% [5]. Les proportions des PVVIH connaissant leur statut sérologique *(1er « 90 »)* ainsi que ceux sous ARV ayant une charge virale supprimée *(3e « 90* ») ne sont pas connues en raison du manque de données fiables. Néanmoins, la revue épidémiologique 2019 estime ces indicateurs respectivement à 49% et 35% [6].

Fort de ces constats, cette étude vient à point nommé faire un diagnostic de la situation de l'accès aux soins et traitement, identifier les faiblesses du programme de prise en charge, mais surtout proposer des solutions à même d'inverser la tendance actuelle et repositionner la Guinée sur la voie de l'éradication du VIH à l'horizon 2030.

Les résultats indiquent que la faiblesse actuelle de la PEC en Guinée est liée aux insuffisances en rapport avec l'état des infrastructures, la disponibilité du matériel/équipements, du personnel, des outils de gestion, l'offre et la demande des services, la gestion des intrants/médicaments, des données et suivi du programme, et communication et la mobilisation sociale sur le VIH/SIDA.

VI.2. Etat des infrastructures

L'indice moyen de disponibilité des salles de counseling dans l'ensemble des sites évalués était de 68% **(Tableau 2).** Cet indice peu élevé témoigne de l'insuffisance des espaces de travail et l'étroitesse des conditions d'accueil des patients dans les sites. En effet, le faciès des sites de prise en charge est caractérisé par l'exiguïté et la vétusté des locaux, avec par endroit le site PEC tenant sur une seule salle. Cette insuffisance est plus accrue dans les sites présentant un indice de disponibilité en salle de counseling <50%. Il s'agit surtout de sites de l'intérieur, en l'occurrence, Lola, Kissidougou, Guéckédou, Kankan, N'zérekoré, Coyah et Kindia **(Tableau 2 et 3).** Dans ces sites, les prestataires sont obligés de partager les salles/bureaux et ceci impact négativement la qualité de l'offre de services VIH, notamment le manque de confidentialité de la PEC. En fait, la

confidentialité (auditive et visuelle) des soins VIH était garantie dans seulement un peu plus de moitié (55%) des sites **(Tableau 4).** Des bureaux et espaces de travail adéquats sont des facteurs de motivation du personnel [7]. Ces conditions n'étant pas réunies dans la plupart des sites, cette insuffisance pourrait est un facteur majeur de démotivation des prestataires. De même, elle pourrait être également un facteur démotivant pour les patients, contribuant à une faible demande des services ou à l'abandon du traitement ou mieux à la migration des patients vers les sites de capacité meilleure, contribuant ainsi au taux de perdus de vue.

Recommandation # 1 : Mettre les sites exiguës dans les normes sur le plan des infrastructures. En adéquation avec le document des normes de PEC en Guinée et autres bonnes pratiques [2], chaque site PEC devrait avoir au minimum : i) une salle d'accueil (salle d'attente), ii) une salle de counseling de groupe pour l'éducation sanitaire, iii) une salle de counseling individuel (bureau d'APS), iv) un bureau par prescripteur, iv) une salle de dispensation des ARV (différente de la pharmacie publique de l'hôpital), v) une salle d'archive (stockage des outils de gestion). Par ailleurs, les sites en état de délabrement (murs fissurés, toiture fuyante,) qui nécessitent des travaux de rénovation des locaux (peinture, réfections de toitures, …) devront faire l'objet des devis détaillés. Il s'agit entre autres des sites suivants : ASFEGMASSI, Labé, Pita, Mamou, Kankan et Hôpital Régional N'zérekoré.

Recommendation # 2 : Considérer l'utilisation des locaux des centres de traitement et d'épidémiologie (CETPI/unité d'infectiologie) (dédié à la lutte contre Ebola), qui existent dans certaines hôpitaux régionaux pour la prise en charge du VIH/SIDA. Par exemple, à l'hôpital Regional de Kindia, cette structure est sous-utilisée tandis que le site PEC se résume à un seul bureau.

VI.3. Etat du matériel/équipements

La plupart des sites était dépourvus du matériel/équipements nécessaires pour un fonctionnement optimal. Il s'agit notamment du matériel de bureaux et de consultation, du matériel roulant pour les activités VIH, du matériel informatique pour la gestion du site, les équipements de laboratoire pour le diagnostic et suivi biologique des patients, et les sources d'énergie secondaire pour la continuité de l'électricité. Le matériel roulant et les équipements de laboratoire étaient les moins disponibles, avec des indices respectifs

de 47% et 45%. Par ailleurs, les besoins étaient plus marqués dans les sites de l'intérieur l'exemple de Pita, de Labé, de Kassopo, de Coyah où le matériel de consultation était complétement absent **(Tableau 21).** Il est à noter que les capacités organisationnelles des sites était basse (63%) comparativement aux capacités fonctionnelles (72%). Ceci indique la nécessité d'investir dans les infrastructures, le materiel/équipements et outils afin de mettre les sites aux normes pour un fonctionnement optimal.

Recommandation # 3 : Doter les sites en matériel de bureau et de consultation, en matériels roulants et informatiques, en équipements de laboratoire et en source secondaire d'énergie (groupes électrogènes ou panneaux solaires) en fonction de besoins **(Tableau 5-8 & 21).**

VI.4. Etat du personnel

L'indice de disponibilité du personnel était de 68%. Cet indice était affecté par plusieurs facteurs tels que la présence des bénévoles exerçant comme responsables des sites (14% des bénévoles), prescripteurs (39% de bénévoles) ou dispensateurs (16% des bénévoles). Cet indice était également affecté par l'insuffisance de formation du personnel en PEC, prescription et dispensation **(Tableau 9-15).** Il est également à noter le nombre des départs du personnel impliqué dans la PEC et cela sans remplacement. Au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête, 20 personnels impliqués dans la PEC ont quitté leur poste et seulement 30% (n=6) de ce nombre a été remplacé. Cet important mouvement pourrait s'expliquer par la démotivation du personnel du fait de la non rémunération (pour les bénévoles) et/ou de l'absence des primes pour le personnel titulaire/contractuels. En fait, comme l'indiquent les données qualitatives de cette évaluation, la qualité des soins VIH serait fortement affectée par le désintérêt de certains prestataires des sites en rapport avec leur non prise en compte dans les primes comme c'est le cas pour le personnel du niveau central. La convergence des avis de tous les acteurs interrogés à ce sujet indique que la question des primes aux prestataires constituerait un goulot d'étranglement majeur pour la qualité des soins VIH en Guinée.

Nous pensons que ce point mérite d'être examiné en profondeur. En effet, considérant le rôle prépondérant des prestataires des sites dans la chaine des résultats du cadre de performance de la subvention Fonds Mondial et compte tenu du contexte marqué par la faible performance actuelle du programme VIH, il serait indiqué de considérer les

prestataires dans l'allocation des primes. En somme, afin de contribuer à stabiliser le personnel PEC et à améliorer la qualité des soins VIH dans les sites ; nous recommandons les mesures ci-après :

Recommandation #4 : S'assurer que tous les responsables des sites PEC soient des titulaires ou au moins des contractuels. Dans la mesure du possible, envisager la contractualisation des bénévoles exerçant en ce moment comme responsables des sites à Lola, Flambloyants, Labe et CS Matoto.

Recommandation #5 : S'assurer de la formation/recyclage de tous les responsables des sites, prescripteurs, dispensateurs/pharmaciens, technicien de laboratoires et ceci suivant les curricula de formation en la matière.

Recommandation #6 : Dans une approche inclusive, prendre en compte les prestataires des sites dans l'allocation des primes. Le modèle d'allocation des primes liées à la performance actuellement mise en œuvre par MSF-Belgique dans 7 sites PEC à Conakry pourrait servir de base de discussion pour le choix/adoption du model approprié.

VI.5. Etat des outils de gestion

Les directives nationales PEC était moyennement disponible (66%) dans les sites et moins de la moitié (48%) du personnel PEC était formé à cet outil. La qualité des soins étant tributaire des connaissances des prestataires, l'impact de l'indisponibilité des directives nationales PEC ainsi que de l'insuffisance de formation des prestataires sur la qualité des soins VIH est inestimable.

Les outils de gestion étaient globalement peu disponibles dans les sites et ceci à cause des ruptures. Même-ci les outils PEC étaient plus disponibles (80%) par rapport aux autres outils (ex : pharmacie et laboratoire), on a remarqué l'absence total des outils clés tels que le dossier-patient (86%) et le registre de suivi des patients (79%) dans certains sites. La disponibilité des outils de gestion de laboratoire et de pharmacie était surtout affectée par l'absence des registres de dépistage (34%), du bon de commande de la charge virale (38%), le registre de suivi patients (31%) et le rapport système d'information et gestion logistique intégré (38%). L'absence de ces outils dans les sites

entrainent l'utilisation les outils improvisés pour la gestion des patients *(ex: l'utilisation des cahiers ordinaires comme dossier patients ou registre de suivi patients dans certains sites)*. Cette pratique a pour corollaire, la non standardisation du suivi des patients et l'indisponibilité de certaines données, avec des conséquences évidentes sur la qualité des soins et des données VIH. Par endroit, il a été constaté l'utilisation des anciennes versions de certains outils malgré la disponibilité des nouvelles versions desdits outils. Ceci soulève un problème au de formation du personnel et du suivi de la mise en œuvre du programme.

Les outils de gestion électronique était faiblement disponible (55%). Cet indice était fortement affecté par l'indice de disponibilité des systèmes de back up des données (38%). Par contre, l'indice de fonctionnalité du MSR (72%) était globalement appréciable, même-ci dans certains sites, nous avons remarqué que certains éléments (souris, clavier, …) des kits informatiques dédiés à cet outil était absents, rendant tout le system inopérant. Malgré ce manquement, le niveau de fonctionnalité du MSR suggère qu'avec un suivi adéquat, l'utilisation des outils électroniques est possible dans les sites à grandes cohortes en Guinée.

Recommandation # 7 : Disponibiliser les directives nationales PEC dans tous les sites et former/recycler le personnel à son utilisation ;

Recommandation # 8 : Eviter les ruptures en disponibilisant de manière continue les outils de gestion (PEC, laboratoire, pharmacie, systèmes électroniques) dans les sites selon les besoins;

Recommandation # 9 : Former/recycler le personnel dans l'utilisation des outils de gestion, y compris les nouvelles versions des outils ;

Recommandation # 10 : Assurer le suivi de l'utilisation des outils de gestion dans les sites, particulièrement les nouvelles versions des outils.

VI.6. Offre de dépistage VIH

Le conseil et dépistage VIH était disponible dans tous les sites pour les adultes, mais absents dans quelques sites pour les enfants et adolescents. En fait, l'indice moyen de disponibilité du dépistage chez les enfants (86%) était affecté particulièrement par l'indisponibilité du dépistage par DBS-PCR pour enfants de moins de 18 mois dans plus

de la moitié (52%) des sites. Cette faiblesse était due au manque d'intrants pour le dépistage par DBS-PCR, à l'insuffisance de formation du personnel, au lenteur/absence du retour de résultats et à l'inexistence/ineffectivité d'un système de transport des échantillons des sites vers les laboratoires de référence. Par ailleurs, même-ci l'appareil GeneXpert était disponible dans 38% (11/29) des sites pour le dépistage de la TB, cette technologie recommandée pour le diagnostic précoce du VIH pour les enfants n'était pas encore utilisée [8, 9].

Quant aux stratégies de dépistage des enfants et adolescents, leurs mises en œuvre était juste passable (65%). En fait, hormis le dépistage de tous les cas suspects VIH/SIDA vus en consultations externes qui était pratiquée dans 83% des sites, les autres stratégies recommandées telles que le dépistage systématique des enfants tuberculeux (79%) et le dépistage des enfants à travers les cas index (66%) n'étaient pas suffisamment mise en œuvre dans les plusieurs sites. Le renforcement du dépistage à travers les portes d'entrées sus-citées devrait améliorer l'identification des cas des enfants et adolescents vivant avec le VIH comme l'indiquent des articles récents sur cette question [10-12].

La principale stratégie pour l'identification des cas VIH auprès des adultes au niveau des sites était le DCIS [3]. Fort malheureusement, avec un taux de réalisation de 20%, la pratique de cette stratégie reste encore très faible dans les sites. Toutefois, compte tenu des nouvelles évidences sur l'inefficience du DCIS en contexte à faible prévalence VIH (comme la Guinée) [10], cette stratégie devrait être dépriorisé progressivement en faveur des approches de dépistage différenciés [13].

Recommandation # 11 : Disponibiliser les intrants pour dépistage par DBS-PCR dans tous les sites et assurer le rendu des résultats dans le délai;

Recommandation #12 : former/recycler le personnel en matière de dépistage précoce par DBS-PCR

Recommandation # 13 : Mettre en place un système de transport des échantillons DBS-PCR

Recommandation # 14 : Considérer l'utilisation de la technologie GeneXpert pour le dépistage précoce du VIH auprès des enfants.

Recommandation # 15 : Former le personnel sur le dépistage différencié du VIH et disponibiliser le document de politique nationale sur cette stratégie à tous les niveaux.

VI.7. Offre de traitement ARV et continuum de soins

Le TARV était disponible dans tous les sites pour les adultes, mais absents dans quelques sites pour les enfants et adolescents. En fait, l'indice moyen de disponibilité (81%) du TARV été affecté par l'absence en TARV pour enfants et adolescents dans certains sites. Le TARV pour adolescents (10-19 ans) et enfants (0-10 ans) était disponible respectivement dans 93% et 86% des sites. Tous les sites n'offrant pas le TARV pour enfants et adolescents étaient localisées à l'intérieur du pays.

Recommandation # 16 : Renforcement les capacités des prestataires sur la prise en charge, particulièrement la PEC pédiatrique et adolescents.

Le continuum des soins était réalisé par les APS, mais ceux-ci n'étaient disponible que dans 72% des sites. Ce continuum des soins était également limité par l'insuffisance des visites à domicile (48%) et la recherche des perdus de vus (76%). En fait, avec seulement 35% des perdus de vus (PDV) recherchés parmi les cas identifiés, mais surtout avec 7% des PDV retrouvés parmi les cas identifiés, il est clair que le continuum des soins reste très insuffisant. Une étude récente sur les PDV en Guinée estime la rétention à 12 mois à 70% chez les femmes et 50% chez les hommes [14]. Ces données illustrent fort à propos l'ampleur de la problématique des PDV et l'impact sur la qualité des soins VIH. Cette lacune serait liée à plusieurs facteurs, parmi lesquels l'insuffisance de la recherche des PDV qui d'après les APS se justifient par le manque des moyens de transport et communication. Aussi, il est à noter que les APS travaillent en ce moment en temps partiel. Cette disposition semble limiter leur rôle dans les sites, y compris la recherche des PDV. En outre, seulement 21% des sites utilisent un système électronique (ex. MSR) pour l'identification des PDV. Le reste utile des méthodes manuels, notamment la revue des registres ou l'agenda du RDV. Ces méthodes manuelles peuvent s'avérer peu fiable surtout dans les sites à grand volume. La transition de tous les sites vers un système électronique pour l'identification des PDV s'avère nécessaire.

Recommandation # 17 : Disponibiliser les APS dans tous les sites au prorata de la file active ;

Recommandation # 18 : Contractualiser les APS en plein temps pour un accompagnement plus efficace des patients ;

Recommandation # 19 : Discuter avec les APS (actuellement en service) afin de déterminer les moyens (transport, communication, …) nécessaires pour un accompagnement plus efficace des patients, notamment à travers les visites à domicile et la recherche des perdus des vus.

Recommandation # 20 : Opérer à une transition de tous les 29 sites vers l'utilisation d'un système électronique pour l'identification des PDV. A court terme, cette mesure pourrait se faire a travers le MSR et à moyen terme par le DHIS-2 Trackeur.

Le « dépister-traiter » était mise en œuvre dans moins de la moitié (41%) des sites, malgré l'adoption de cette stratégie au niveau national [2]. Il est à noter que le taux d'enrôlement sous ARV des patients dépistés VIH+ était de 73%. Ceci indique que la mise en œuvre effective du « dépister-traiter » devrait permettre à la Guinée d'atteindre le 2e « 90 » d'ici à 2020. En tenant compte du fait que 36% (10/29) des sites évalués ont déjà atteint cet objectif **(Tableau 28),** il est fort probable que le pays atteindra cet objectif en 2020, surtout avec la mise en œuvre du « dépister-traiter ».

Recommandation # 21 : Former/recycler les prescripteurs sur le « dépister-traiter » et suivre sa mise en œuvre lors des supervisions et à travers la retro-information sur les rapports mensuelles d'activités.

VI.7. Appui nutritionnel

L'appui nutritionnel à travers les kits alimentaires était disponible dans seulement 7% (2/19) des sites (DREAM et N'zérekoré). L'appui nutritionnel est considéré comme une pierre angulaire du soutien du traitement VIH. En effet, en plus de la correction des carences nutritionnelles chez les patients VIH+, son efficacité dans la rétention au traitement est largement démontrée, y compris auprès des enfants et adolescents [15, 16]

Recommandation # 22 : Etendre l'appui nutritionnel dans tous les sites à grande cohorte.

VI.8. Accès à la Charge virale

L'accès à la charge virale reste faible, malgré la disponibilité de 5 plateformes à charge virale fonctionnelles en Guinée, dont 4 à Conakry (INSP, CTA Donka, DREAM, CMC Matam) et une plateforme à l'intérieur du pays (Macenta). Une 6e plateforme est disponible à Kankan, mais non fonctionnelle. La rupture d'intrants pour charge virale, l'ineffectivité du système de transport des échantillons, mais aussi le manque de formation/recyclage des prestataires (surtout de l'intérieur) à l'utilisation de la CV, les problèmes liés à la gestion des données, sont les principaux goulots d'étranglements de l'accès à cet examen. La conséquence directe est le faible taux (38%) de réalisation de la CV dans les sites. Ceci est un très mauvais indicateur de la qualité des soins VIH si on considère que l'échec thérapeutique est d'abord viral, immunologique et clinique [17-19]. En d'autres termes, il est fort probable que plusieurs patients soient en ce moment sous un protocole thérapeutique inadapté à cause de la non détection de l'échec thérapeutique « viral », faute de mesure de charge viral. Une campagne de rattrapage de mesure de la CV devrait permettre de détecter ces patients et de les « switcher » sur les régimes appropriés.

Recommandation # 23 : Disponibiliser (en continue) les intrants/réactifs à CV dans les structures désignées pour la réalisation de la CV;

Recommandation # 24 : Mettre en place un système de transport et gestion efficace pour l'acheminement et le traitement des échantillons au laboratoire ;

Recommandation # 25: Former/recycler le personnel à l'utilisation de la CV pour le suivi des patients sous ARV ;

Recommandation # 26: Initier une réflexion sur la faisabilité des campagnes de rattrapage pour la mesure de la CV afin de détecter les patients en échec thérapeutique.

VI.9. Collaboration TB/VIH

La disponibilité des activités collaboratives TB/VIH était moyen (52%) parce qu'affecté par l'insuffisance de la mise en œuvre de la TPI à l'INH (29%) mais aussi de la recherche systématique de la TB chez les patients VIH (76%). Par ailleurs, juste un peu plus de la moitié (59%) des sites à grande cohorte avait un CDT intégré en leur sein, mais aussi le

dépistage du VIH chez les patients TB (55%) était aussi insuffisant. L'insuffisance des capacités des prestaires et du suivi de la mise en œuvre de la TPI, l'indisponibilité des intrants (tests de dépistage VIH, comprimés d'INH), mais aussi la non intégration de la PEC de la TBC dans les sites de PEC expliqueraient les lacunes suscitées.

Recommandation # 27 : Former/recycler les prestataires dans la mise en œuvre de la TPI ;

Recommandation # 28 : Renforcer le suivi de la mise en œuvre de la TPI lors des supervisions, mais aussi à travers la retro-information sur les rapports d'activités des sites ;

Recommandation # 29 : Evaluer la faisabilité de l'intégration de la prise en charge TB dans tous les sites PEC VIH à grande cohorte afin de faciliter la mise en œuvre des activités collaboratives TB/VIH comme démontré dans d'autres contextes [20].

VI. 10. Gestion des intrants

VI.10.1. Moyens de stockage

L'indice de disponibilité des moyens de stockage des médicaments et autres produits de santé était de 70%. Cet indicateur était affecté par l'absence des éléments telles que les réfrigérateurs, la climatisation, la ventilation et le thermomètre mural.

Recommandation # 30 : Disponibiliser dans tous les sites les moyens nécessaires pour le stockage des médicaments et autres produits de santé et ceci en fonction des besoins spécifiques **(Tableau 22).**

VI.10.2. Disponibilité des tests de dépistage VIH et autres maladies

Les tests de dépistage VIH et autres maladies étaient globalement assez disponible (indice moyen 83%) dans les sites le jour de l'enquête, même-ci des ruptures était constatées dans certains sites **(Tableau 31).** Cependant, on constate que 3 mois précèdant l'enquête, plus du tiers (36%) des sites avait connu la rupture d'au moins un test de dépistage (Détermine, Bioline, réactifs CD4, papier buvard DBS- PCR,….) **(Tableau 40).** Ceci concorde avec l'avis des informateurs clés sur les ruptures fréquentes de tests dépistages et intrants de suivi biologique.

VI.10.3. Disponibilité des ARV

L'indice de disponibilité des ARV était de 71% dans les sites le jour de l'enquête. Cet indicateur était affecté par les ruptures des certaines molécules, particulièrement les ARV pédiatriques (ex. NVP sirop) dans les sites **(Tableau 41).** Par ailleurs, 3 mois précédent l'enquête, des ruptures des différentes molécules avaient été rapportées dans plusieurs sites. Ces données concordent avec l'avis des informateurs clés sur les ruptures fréquentes des médicaments dans les sites.

En somme, les données ci-dessus indiquent que les sites ont connu des ruptures des tests de dépistage, ainsi que des ARV au cours de la période Janvier-Mai 2019, avec des durées allant parfois à plus d'un mois (selon l'enquête des bénéficiaires). Cependant, d'après les informations collectées auprès de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), Il n'y a pas eu des ruptures des stocks des tests de dépistage, ni des médicaments ARV au cours de cette même période. En définitive, les ruptures récurrentes des médicaments et autres intrants constatées dans les sites au cours cette évaluation étaient « artificielle » et essentiellement due à un dysfonctionnement du circuit de distribution.

La PCG à travers un contrat avec le PNLSH a la responsabilité de la distribution des médicaments et autres intrants au niveau des sites. Pour atteindre cet objectif, la PCG a mis en place 2 mécanismes de distribution :

i) Distribution des sites de Conakry : distribution des colis faite par les camions de la PCG (dépôt central) qui distribuent les colis directement dans les sites et ceci sur la base des commandes validées par le PNLSH.

ii) Distribution des sites hors Conakry : distribution des colis faite par les camions de la PCG (dépôt régionaux) soit directement dans les sites (situés le long de l'axe du trajet vers les DPS) ou au niveau des DPS. Dans ce dernier cas, les sites ont la responsabilité de récupérer les produits au niveau de la DPS moyennement les frais de transport payés par la PCG. Dans ce 2e mécanisme, la PCG (dépôts régionaux) distribue les produits sur la base des commandes validées par le pharmacien du district. Il est à noter que le pharmacien du district a la responsabilité de la compilation des bons de commande des sites et transmission au dépôt régional. Par conséquent, dans ce mécanisme, le PNLSH n'intervient pas dans la revue et la validation des commandes des

sites. Ceci constitue une faille dans le contrôle des intrants par le bénéficiaire principale (PNLSH).

Cependant, malgré ces dispositions prises, des retards dans la transmission des bons de commande sont constatés à tous les niveaux : des sites vers le PNLSH et du PNLSH vers la PCG -dépôt central d'une part, et d'autre par des sites vers les DPS et des DPS vers la PCG-dépôt régionaux. Ces retards créent des retards dans les livraisons et de fait, les ruptures « artificielles » constatées. Par ailleurs, la promptitude de la PCG à livrer les produits dès la réception des bons de commande est un autre goulot d'étranglement. En fait, la PCG ne pouvant pas livrer les sites individuellement pour des raisons logistiques évidentes est obligée de procéder à des livraisons groupées. Ceci prolonge de facto la durée des livraisons dans les sites, occasionnant de fait de ruptures « artificielles » constatées. La problématique des ruptures des médicaments/intrants VIH en Guinée a fait l'objet des plusieurs études/missions/assistances technique dans un passé récent mais tous les résultats escomptés restent encore attendus. Même-ci la PCG s'est engagé à livrer les sites 72 heures après réception des bons des commandes, 52% des sites actuellement livrés entre 2 semaines à 1 mois. Le système actuel ne permettant pas de tracer le processus de transmission des commandes et des livraisons, il est difficile d'établir les niveaux de responsabilités et du coup, les intervenants (responsables des sites, DPS, PNLSH, PCG) se rejettent mutuellement les responsabilités des ruptures « artificielles » constatées dans les sites. En plus des retards ci-dessus évoqués, la non maitrise de la file active des patients sous traitement due à la faible qualité des données pourrait également contribuer à une quantification inadéquate des besoins.

Recommandation # 31: Saisir l'opportunité du déploiement actuel du « Trackeur DHIS-2 » pour : i) synchroniser la file active et la consommation des ARV dans les site, ii) incorporer un système d'alerte (ex. SMS) permettant de surveiller les niveaux des stocks et d'alerter tous les intervenants (pharmacien, responsable du site, DPS, DRS, PNLSH, PCG) de la chaine de distribution, mais aussi les partenaires et bailleurs des fonds sur les risques des ruptures, iii) générer, valider et transmettre automatiquement les bons de commande des sites afin de déclencher les livraisons à temps. Les trois fonctions ci-dessus citées permettront : i) d'avoir la maitrise de la file active et de son alignement aux consommations réels des médicaments, contribuant ainsi à renforcer une bonne gestion des intrants; ii) de prévenir les ruptures des stocks tout en informant

les intervenants en temps réels ; iii) réduire la charge de travail des pharmaciens et gestionnaires par rapport à l'établissement des bons de commande ; iv) faciliter la transmission des bons de commandes et vi) reduire les delais de livraisons et partant minimiser les ruptures des stocks. L'application PAMA [21]peut servir de modèle pour la conception, développement et évaluation de ces fonctions qui devrait se faire dans le cadre d'une recherche opérationnelle.

Recommandation # 32: Responsabiliser les sites pour qu'ils s'approvisionnement en médicaments et intrants VIH directement dans les dépôts de la PCG (central ou régionaux). En effet, le mécanisme actuel de livraison des produits dans les sites, non seulement s'écarte de la politique nationale de distribution des produits pharmaceutiques, est non soutenable, mais surtout irréaliste car la PCG aura difficilement les moyens logistiques de livrer les sites immédiatement à la demande de ceux-ci. Par conséquent, conformément à la politique nationale, les moyens devraient être données aux sites PEC afin qu'ils s'approvisionnent en produits/intrants VIH dans les dépôts de la PCG au même titre que les autres produits pharmaceutiques sous recouvrement des couts (ex : paracetamol, amoxicilin, mebendazole, etc). Cette approche nous semble réaliste et soutenable, mais surtout cadre avec la politique nationale en la matière et s'inscrit dans une perspective de renforcement du système national de distribution des produits pharmaceutiques.

Recommandation # 33: Mettre en place un mécanisme permettant au PR (PNLSH) d'avoir le contrôle sur toute la chaine de distribution des intrants et ceci à tous les niveaux.

VI.10.4. Circuits de patients, laboratoire, médicaments et données

Le circuit des patients dans les sites est globalement inadéquat. Ceci est due au manque de l'offre de l'éducation sanitaire/thérapeutique aux patients lors des visites de renouvèlement des ordonnances. Dans la plupart des sites, le circuit patients se limitait à trois points : Accueil-->prescription-->pharmacie. Ce constant à amener un informateur à conclure que *« dans les sites, on fait plus le renouvellement des ordonnances et non la prise en charge des patients »*. Seuls 21% de sites évalués avaient des séances

d'éducation sanitaire/thérapeutique dans le circuit patient. Le circuit du laboratoire était adéquat dans tous les sites. Par contre, le circuit des médicaments et des données étaient affectés respectivement par la non utilisation des outils de gestion (fiches/registres de stocks,…) et la méconnaissance de la chaine de transmission des rapports par les prestataires

Recommandation # 34: Intégrer l'éducation sanitaire/thérapeutique dans le paquet des soins des patients lors des visites de renouvellement des ordonnances,

Recommandation # 35: Veiller à l'utilisation des outils de gestion dans le circuit des médicaments dans les sites :

Recommandation # 36: Former/recycler le personnel en gestion des données

VI.10.5. Gestion des données et suivi du programme

Qualités des données

Les avis des informateurs clés étaient convergents sur la faiblesse de la qualité des données VIH et ceci pour plusieurs raisons y compris la carence des gestionnaires des données dans les sites, ainsi que leur formation et suivi, la multiplicité des outils des collectes des données, parfois non harmonisés, les défaillances dans l'utilisation du MSR et du DHIS-2 et les lacunes en matière d'utilisation des données au niveau local et de retro-information sur les rapports d'activités. Même-ci la variation constatée sur les données TARV était faible (-7.5%) **(Tableau 48),** il reste évident que les lacunes ci-dessus évoquées devraient être adressées pour améliorer la qualité des données et ainsi permettre un suivi plus efficace de la performance du programme mais aussi des prises des décisions sur des bases plus encore factuelles. A cet effet, le déploiement en cours du module « trackeur » du DHIS-2 constitue une **énorme** opportunité pour un saut qualitatif sur la qualité des données VIH et notamment la maitrise de la file active. Cependant, le « trackeur »-DHIS-2 n'aura les résultats escomptés que si son contenu prend en compte l'essentiel des défis actuels affectant non seulement la qualité des données, mais aussi la qualité des soins et la gestion des intrants VIH (voir ci-dessus). Pour cela, sa mise en œuvre devrait se faire dans le cadre d'une recherche opérationnelle afin de maitriser le processus et les contraintes de sa mise œuvre. A cet effet, les recommandations ci-après devraient être considérer :

Recommandation # 37 : Elaborer et valider le document de référence du « trackeur ». Il s'agirait d'un document dans lequel seront décrits les modules à développer dans cette application. Le document de référence de l'application PAMA [21] ci-dessus évoqué peut servir de modèle pour l'élaboration du document de référence du « trackeur »-DHIS-2. Ce document est nécessaire pour le suivi et l'évaluation du déploiement de cette application.

Recommandation # 38: Procéder au paramétrage du « trackeur » suivant le document de référence ci-dessus évoqué.

Recommandation # 39: Elaborer et valider le protocole de recherche opérationnelle du « trackeur » et tester l'efficacité de cette application dans un nombre limité des sites et ceci suivant le protocole de l'étude.

Recommandation # 40: Effectuer un passage à l'échelle du déploiement du « trackeur » sur l'ensemble des sites à grandes cohortes en fonction des résultats de la phase pilote.

VI.10.6. Supervisions

Les résultats de cette étude sont sans équivoques sur la qualité inadéquate des supervisions. En rappel, une supervision de qualité devrait atteindre un objectif clinique, managérial ou professionnel [22]. Par contre, les missions de supervisions des sites PEC sont plus axées sur la collecte des données qui normalement devrait être une activité de routine. En plus, le système en place ne permet pas un suivi efficace de la mise en œuvre des recommandations des supervisions. Ces lacunes constituent un sérieux problème de redevabilité des superviseurs à tous les niveaux. La qualité des soins VIH étant tributaire de la qualité du suivi des prestataires et de la mise en œuvre des activités dans les sites, des solutions novatrices s'avèrent indispensables pour favoriser la redevabilité des superviseurs et partant améliorer la qualité des supervisions.

Recommandation # 41: Considérer l'utilisation d'une plateforme électronique pouvant permettre le suivi en ligne des supervisions. Une telle application permettra de tracer les objectifs et la conduite des supervisions, mais aussi les états de la mise en œuvre des recommandations qui en découlent desdites supervisions.

VI.11. Profil clinique et immunologique des patients à l'initiation au traitement

La majorité (67%) des patients initiait le TARV au stade clinique OMS 3+4 (67%) ou à un taux de CD4 ≤ 350 (56%). Ce résultat indique que la plupart des patients VIH+ était mis sous traitement à un stade avancé de la maladie et corrobore les résultats des études précédentes en Guinée et ailleurs [23]**.** L'initiation sous TARV à un stade avancé de la maladie est associée à un risque élevé de mortalité liée au VIH [24-26]. Ceci pourrait expliquer l'augmentation de la mortalité liée au VIH en Guinée qui est passé de 3500 à 4300 entre 2013 et 2018 [27]. Il est démontré que les facteurs associés à l'initiation tardif des patients sous TARV sont généralement en rapport avec les problèmes de stigmatisation et discrimination (source de détresse psychologique et de diagnostic tardif), les difficultés dans la communication entre les prestataires et les patients, et le diagnostic à travers la stratégie DCIS [28]. On pourrait également ajouter à cette liste la faible communication autour du VIH/SIDA et la préférence de certains patients aux traitements alternatifs, à l'exemple de la médicine traditionnelle. Comme présenté dans les résultats de cette évaluation, tous les facteurs ci-dessus évoqués notamment l'environnement des soins VIH assez stigmatisant (manque de confidentialité) par endroits sont des réalités du programme pris en charge VIH en Guinée. Ces facteurs devraient être adressés afin de permettre aux patients de bénéficier des avantages de l'enrôlement précoce sous TARV **[29]** améliorer la qualité des soins dans les sites et réduire la mortalité lies au VIH en Guinée.

Recommandation # 42: Renforcer le suivi des sites PEC et des prestataires à travers un système d'assurance/contrôle qualité des soins. A cet effet ; un système de coaching tel que recommandé par l'OMS [30] devrait être envisager. Ceci permettra d'améliorer l'environnement de prise en charge, y compris le développement des capacités des prestataires. Mais surtout, le coaching contribuera à standardiser les pratiques dans les sites et promouvoir les soins VIH de haute qualité.

Recommandation # 43 : Renforcer la mobilisation sociale autour du dépistage et la prise en charge précoce à travers l'implication plus active des associations et réseaux des

PVVIH dans la sensibilisation des communautés, la communication plus active dans les masses media, reseaux sociaux et lieux publiques (ex : mosquée, églises, etc..).

VI.12. Classement des sites selon leur capacité

Le classement des sites selon leur indice de capacité montre que les 5 premiers [(DREAM, CMC Matam, Hôpital du jour de Donka, FMG, CS Gbessia port 1 (Matoto)] sont les sites de Conakry par opposition aux 5 derniers (Siguiri, N'zérekoré, Kissidougou, Coyah, Kassopo) qui sont les sites de l'intérieur du pays. Ce résultat suggère que la qualité des soins serait meilleure dans les sites de Conakry. Plus de la moitié (51%) des bénéficiaires dont nous avons interrogés était suivie dans les sites de Conakry. Ce résultat qui est proche des 61% rapporté par une étude antérieure [14] renforce l'hypothèse selon laquelle la qualité des soins serait meilleure dans les sites de Conakry. Dans notre échantillon, la majorité (82%) des patients suivis dans les sites de Conakry, mais qui résidait hors Conakry venait de la région de Kindia. Parmi les 29 sites évalués, 2 (Coyah et Kindia) appartenaient à la région de Kindia. Et, le classement montre que Coyah (56%) et Kindia (62%) sont des sites à faible et moyenne capacité, respectivement. De ce fait, la faible qualité des soins dans ces sites expliquerait la migration des patients vers les sites de Conakry. La proximité de Kindia avec Conakry (56 km de distance) faciliterait également cette migration. Les autres patients suivis dans les sites de Conakry venaient de Faranah (6%), Mamou (6%), Kankan et Labé (3%). Les capacités des sites de ces régions sont globalement faibles. Par contre, malgré la très faible capacité des sites de la région de N'zérekoré (HR N'zérekoré, Lola et Guéckédou), aucun patient suivi dans les sites de Conakry ne venait de cette région, très probablement à cause de la très longue distance entre N'zérekoré et Conakry (864 km). Ces résultats suggèrent que les sites de Conakry devraient être envahis par les patients de l'intérieur nul n'était leurs grandes distances avec les sites de l'intérieur; et ceci à cause de la faible qualité des soins dans les sites de l'intérieur. En effet, sur les 12 sites du groupe 2 (capacité adéquate), 10 (83%) sont les sites Conakry. L'amélioration des capacités des sites de l'intérieur est un impératif afin de désengorger les sites de Conakry, mais surtout améliorer la qualité des soins dans les sites de l'intérieur.

Il est important de noter l'incohérence entre les capacités des sites et la file active. Le cas de l'HR de N'zérekoré illustre bien cette réalité. En fait, ce site est avant-dernier (28/29) avec un indice de capacité de 54%, mais pourtant a une file active de 1817 patient contre 484 pour le site de FMG qui est 4e dans le classement avec un indice de 77%. Ceci étant, la file active n'est pas un bon indicateur pour évaluer la performance d'un site en fonction de ses capacités. En fait, la file active d'un site est surtout tributaire de la population de son aire d'attraction. De ce fait, l'indicateur idéal pour l'évaluation des performances des sites par rapport à leur capacité serait le taux de réalisation de la cible des patients sous ARV, calculé sur la base de la population de l'aire d'attraction du site. Malheureusement les cibles annuelles TARV des sites ne sont pas encore en cours de validation.

Recommandation # 44: Prioriser le renforcement des capacités des sites de l'intérieur dans la mise en œuvre des plans d'amélioration.

Recommandation # 45: Déterminer les cibles TARV annuelles des 29 sites sur la base de la population de l'aire d'attraction afin de permettre le suivi de la performance des sites.

VII. Forces et limites de l'étude

Cette étude a permis de faire un diagnostic quasi-complet des capacités organisationnelles et fonctionnelles des sites le long des composantes clés d'un programme de prise en charge VIH. En fait, l'étude donne une photographie des sites sur le plan des infrastructurels, matériel/équipements, personnel, intrants, gestion des données et suivi. En plus, sa composante qualitative a permis d'apprécier la profondeur des lacunes constatées à travers la perspective des intervenants et acteurs clés de la réponse nationale. En outre, le suivi des recommandations prévu à travers l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'améliorations des sites est très pertinent. En fait, cette approche innovante s'écarte des pratiques traditionnelles des évaluations des programmes, e plus souvent sans suivi. Néanmoins, cette étude était basée essentiellement sur les données collectées auprès des informateurs clés (prestataires, bénéficiaires, gestionnaires et partenaires). De ce fait, les résultats auraient été affectés par les biais de rappel (dû à l'oubli) couramment associé aux interviews [31]. Par endroit, les responsables des sites étaient absents lors du passage des

enquêteurs et les assistants avaient été interviewés. La qualité des informations fournies par ces assistants aurait aussi affectés les résultats de cette enquete. Par ailleurs, les résultats auraient été affectés par les biais de sélection inhérents aux études transversales [32]. En outre, l'indice de capacité a été calculé en utilisant les indicateurs composites dont les données étaient disponibles pour tous les sites. Cette approche aurait introduit un biais de mesure dans le classement des sites du fait de la sélection raisonnée des indicateurs composites. Malgré ces lacunes, les résultats sont assez robustes car les données ont été collecté dans tous les sites (échantillonnage exhaustif) et triangulées à travers plusieurs sources.

VIII. Conclusions et Recommandations

Cette étude a été d'un apport inestimable pour la compréhension des goulots d'étranglement de l'offre de soins VIH de qualité. Les résultats indiquent l'existence de quelques points forts qu'il convient de renforcer. Il s'agit entre autres, de l'existence d'un nombre minimum de personnel, d'équipements et de matériels ; d'intrants/médicaments ; des réseaux de PVVIH/ONG/société civile, organisés et qui s'impliquent quoique peu, dans la mobilisation communautaire pour le dépistage. Il s'agit surtout de l'existence de certains sites tels que DREAM, CMC Matam (MSF) et le CTA de Donka dont les performances sont appréciables malgré certaines faiblesses qui peuvent être corrigés. Les performances de ces trois sites indiquent clairement qu'une offre des soins VIH de qualité est possible en Guinée. Ceci devrait constituer une source d'encouragement et de motivation de tous les acteurs de la riposte nationale à œuvre pour corriger les nombreuses lacunes rapportées par cette évaluation. Il s'agit notamment de l'exigüité des espaces de travail, d'un personnel limité en qualité et nombre, de la démotivation du personnel, du non-respect de la confidentialité des soins, de l'arnaque et du requêtage des patients par endroits à travers le paiement du dépistage VIH ou la vente des ARV, de l'insuffisance du matériel/équipements surtout de laboratoire, des ruptures fréquentes et pernicieuses des intrants VIH, de la défaillance du système de collecte et rapportage des données, de l'inadéquation des supervisions, de la faiblesse de la communication sur le dépistage et prise en charge VIH. Ces lacunes sont plus marquées dans les sites de l'intérieur du pays, entrainant de facto la migration des patients vers les sites de Conakry. La correction de ces lacunes, surtout dans les sites

de l'intérieur devrait permettre le désengorgement des sites des Conakry et l'amélioration de la qualité des soins VIH dans l'ensemble des sites à grandes cohortes en Guinée. Ce changement passera par la mise en œuvre des recommandations ci-dessus, mais aussi par la mise en œuvre effective des plans d'amélioration des sites. Ces actions devraient (re)positionner la Guinée dans la voie de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030.

IX. Annexes

IX.1. Tableaux

Tableau 1 : 29 sites PEC à grande cohorte évalués

#	Site	Région	File active (30/06/2018)
1	Hôpital, Ignace Deen	Conakry	3184
2	Hôpital Préfectoral de Lola	N'zérekoré	455
3	CMC Flamboyants	Conakry	1612
4	CMC Coléah	Conakry	690
5	HP Kissidougou	Faranah	353
6	HR Mamou	Mamou	602
7	CMC Minière	Conakry	1063
8	HP Guéckédou	N'zérekoré	990
9	HP Pita	Mamou	229
10	Hôpital Préfectoral Siguiri	Kankan	654
11	HR Labé	Labé	1689
12	CMC Matam MSF	Conakry	2777
13	CS Gbessia port 1, Matoto	Conakry	1635
14	Mission Philafricaine, Macenta	N'zérekoré	1121
15	Hôpital Prefectoral Coyah	Kindia	952
16	FMG	Conakry	484
17	CSA Kassopo	Boké	600
18	Hôpital Régional Kindia	Kindiq	420
19	INSE	Conakry	373
20	CS Matoto	Conakry	1118
21	ASFEGMASSI	Conakry	1104
22	CMC Ratoma	Conakry	1354
23	Hôpital Régional N'zérekoré	N'zérekoré	1817
24	Hôpital Régional Boké	Boké	1043
25	DREAM	Conakry	4129
26	CS Wanindara	Conakry	1369
27	Unité ARV, Donka[4]	Conakry	5294
29	Hôpital Régional Kankan	Kankan	1744
29	CS Tombolia	Conakry	714

[4] Hôpital de Jour, Donka

Tableau 2: disponibilité des salles d'accueil et counseling

site	salle accueil	Salle consultation	Salle counseling individuel	Salle counseling de groupe	Salle observation	total	Indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1[5]	1	1	1	4	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	0[6]	1	1	0	0	2	40%
CMC Flamboyants	1	1	1	1	1	5	100%
CMC Coléah	1	1	1	0	1	4	80%
HP Kissidougou	0	0	0	0	0	0	0%
HR Mamou	1	1	1	1	1	5	100%
CMC Minière	1	1	1	0	1	4	80%
HP Guéckédou	0	1	0	0	0	1	20%
HP Pita	1	1	1	0	1	4	80%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	0	0	1	3	60%
HR Labé	1	1	0	0	1	3	60%
CMC Matam MSF	1	1	1	1	1	5	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	1	1	5	100%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	0	1	4	80%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	1	0	0	0	1	20%
FMG	1	1	1	1	1	5	100%
CSA Kassopo	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Régional Kindia	1	1	0	0	0	2	40%
INSE	0	1	0	0	1	2	40%
CS Matoto	1	1	0	0	1	3	60%
ASFEGMASSI	1	1	1	0	1	4	80%
CMC Ratoma	0	1	0	0	1	2	40%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	0	0	0	2	40%
Hôpital Régional Boké	1	1	0	0	0	2	40%
DREAM	1	1	1	0	1	4	80%
CS Wanindara	1	1	1	1	1	5	100%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Régional Kankan	0	1	0	0	1	2	40%
CS Tombolia	1	1	1	1	1	5	100%
total	22	29	17	10	22	98	
Indice	76%	97%	59%	34%	76%	68%	

[5] 1= disponible. *Notation est applicable à tous les tableaux ci-dessous sauf indication contraire.*

[6] 0= non disponible: *Notation est applicable à tous les tableaux ci-dessous sauf indication contraire.*

Tableau 3 : disponibilité des espaces de soins et dispensation

site	salle des soins	salle de dispensation	magasin de stockage intrants	source d'eau (pompe ou forage)	Incinérateur /fosse à déchets	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0	1	0	0	1	20%
CMC Flamboyants	1	1	1	1	1	5	100%
CMC Coléah	0	1	1	1	1	4	80%
HP Kissidougou	0	0	1	1	0	2	40%
HR Mamou	1	1	1	1	1	5	100%
CMC Minière	0	1	1	1	1	4	80%
HP Guéckédou	0	0	0	0	0	0	0%
HP Pita	1	1	1	0	0	3	60%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	1	1	1	5	100%
HR Labé	1	1	1	1	0	4	80%
CMC Matam MSF	1	1	0	1	1	4	80%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	1	1	5	100%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	1	1	1	0	3	60%
FMG	1	1	1	1	1	5	100%
CSA Kassopo	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Régional Kindia	0	1	1	1	0	3	60%
INSE	1	1	1	1	1	5	100%
CS Matoto	1	1	0	1	1	4	80%
ASFEGMASSI	1	1	0	1	1	4	80%
CMC Ratoma	0	1	1	1	1	4	80%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	0	0	1	1	2	40%
Hôpital Régional Boké	0	1	1	0	1	3	60%
DREAM	0	1	1	1	1	4	80%
CS Wanindara	1	1	1	1	1	5	100%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	1	1	5	100%
CS Tombolia	1	1	1	1	1	5	100%
total	**18**	**25**	**24**	**25**	**22**	**114**	
Indice	**62%**	**86%**	**83%**	**86%**	**76%**	**79%**	

Tableau 4 : Confidentialité des soins VIH

Site	confidentialité (intimité auditive et visuelle) de salle de counselling	indice
Hôpital, Ignace Deen	Intimité auditive et visuelle	1
Hôpital Préfectoral de Lola	Intimité auditive uniquement	0
CMC Flamboyants	Intimité auditive et visuelle	1
CMC Coléah	Intimité auditive et visuelle	1
HP Kissidougou	Intimité auditive uniquement	0
HR Mamou	Intimité auditive et visuelle	1
CMC Minière	Intimité auditive et visuelle	1
HP Guéckédou	Intimité auditive et visuelle	1
HP Pita	Pas d'intimité	0
Hôpital Préfectoral Siguiri	Pas d'intimité	0
HR Labé	Intimité auditive uniquement	0
CMC Matam MSF	Intimité auditive et visuelle	1
CS Gbessia port 1, Matoto	Intimité auditive et visuelle	1
Mission Philafricaine, Macenta	Intimité auditive et visuelle	1
Hôpital Prefectoral Coyah	Pas d'intimité	0
FMG	Intimité auditive et visuelle	1
CSA Kassopo	Pas d'intimité	0
Hôpital Régional Kindia	Pas d'intimité	0
INSE	Intimité auditive et visuelle	1
CS Matoto	Pas d'intimité	0
ASFEGMASSI	Intimité auditive et visuelle	1
CMC Ratoma	Intimité auditive uniquement	0
Hôpital Régional N'zérekoré	Intimité auditive uniquement	0
Hôpital Régional Boké	Pas d'intimité	0
DREAM	Intimité auditive et visuelle	1
CS Wanindara	Intimité auditive et visuelle	1
Unité ARV, Donka	Intimité auditive et visuelle	1
Hôpital Régional Kankan	Intimité visuelle uniquement	0
CS Tombolia	Intimité auditive et visuelle	1
total		**16**
%		**55%**

Tableau 5 : disponibilité du matériel de bureaux

Site	tables-bureaux	fauteuils haut dossier	chaises visiteurs	armoires	total	Indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	4	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	0	1	1	3	75%
CMC Flamboyants	1	1	1	1	4	100%
CMC Coléah	1	1	1	1	4	100%
HP Kissidougou	1	0	1	1	3	75%
HR Mamou	1	1	1	1	4	100%
CMC Minière	1	1	1	1	4	100%
HP Guéckédou	1	1	0	1	3	75%
HP Pita	1	1	1	1	4	100%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	0	0	0	1	25%
HR Labé	1	1	1	1	4	100%
CMC Matam MSF	1	1	1	1	4	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	0	1	1	3	75%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	4	100%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	1	4	100%
FMG	1	1	1	1	4	100%
CSA Kassopo	1	1	1	1	4	100%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	1	4	100%
INSE	0	0	0	1	1	25%
CS Matoto	1	0	1	1	3	75%
ASFEGMASSI	1	1	1	1	4	100%
CMC Ratoma	1	0	1	1	3	75%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	0	1	1	3	75%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	1	4	100%
DREAM	1	1	1	1	4	100%
CS Wanindara	1	1	1	1	4	100%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	4	100%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	1	4	100%
CS Tombolia	1	0	1	1	3	75%
Total	**29**	**20**	**26**	**29**	**102**	
Indice	**97%**	**69%**	**90%**	**97%**	**88%**	

Tableau 6 : disponibilité des moyens de transports

site	voiture fonctionnelle	moto fonctionnelle	total	Indice
Hôpital, Ignace Deen	0	0	0	0%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	2	100%
CMC Flamboyants	0	0	0	0%
CMC Coléah	0	1	1	50%
HP Kissidougou	1	1	2	100%
HR Mamou	0	1	1	50%
CMC Minière	0	1	1	50%
HP Guéckédou	1	1	2	100%
HP Pita	0	1	1	50%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	1	1	50%
HR Labé	0	1	1	50%
CMC Matam MSF	1	1	2	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	0	1	1	50%
Mission Philafricaine, Macenta	1	0	1	50%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	2	100%
FMG	0	0	0	0%
CSA Kassopo	0	0	0	0%
Hôpital Régional Kindia	0	1	1	50%
INSE	0	0	0	0%
CS Matoto	0	1	1	50%
ASFEGMASSI	0	0	0	0%
CMC Ratoma	0	0	0	0%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	1	1	50%
Hôpital Régional Boké	0	1	1	50%
DREAM	1	1	2	100%
CS Wanindara	0	0	0	0%
Unité ARV, Donka	0	1	1	50%
Hôpital Régional Kankan	0	1	1	50%
CS Tombolia	0	1	1	50%
total	7	**20**	**27**	
Indice	**24%**	**69%**	**47%**	

Tableau 7 : Electricité et sources d'énergies dans les sites

site	électricité disponible le jour de l'enquete	reseau central comme source principale électricité du site	groupes électrogènes fonctionnel	ondulaires fonctionnels	total	Indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	0	1	3	75%
Hôpital Préfectoral de Lola	0	1	1	1	3	75%
CMC Flamboyants	1	1	0	0	2	50%
CMC Coléah	1	1	0	1	3	75%
HP Kissidougou	1	0	1	1	3	75%
HR Mamou	1	0	1	0	2	50%
CMC Minière	1	1	1	0	3	75%
HP Guéckédou	1	1	1	0	3	75%
HP Pita	1	1	0	1	3	75%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	0	0	0	1	25%
HR Labé	1	1	1	1	4	100%
CMC Matam MSF	1	0	1	1	3	75%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	0	1	3	75%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	4	100%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	0	1	1	3	75%
FMG	1	1	1	1	4	100%
CSA Kassopo	0	1	0	0	1	25%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	1	4	100%
INSE	1	0	1	0	2	50%
CS Matoto	1	0	0	0	1	25%
ASFEGMASSI	1	1	0	0	2	50%
CMC Ratoma	1	1	1	1	4	100%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	0	0	2	50%
Hôpital Régional Boké	1	0	1	1	3	75%
DREAM	1	0	1	1	3	75%
CS Wanindara	1	1	0	1	3	75%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	3	100%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	0	3	75%
CS Tombolia	1	1	0	1	3	75%
total	**27**	**20**	**16**	**18**	**81**	
Indice	**93%**	**69%**	**59%**	**62%**	**70%**	

Tableau 8: Disponibilité du matériel informatique

site	ordinateurs fonctionnel	imprimantes fonctionnel	photocopieurs fonctionnel	scanners fonctionnel	connection internet fonctionnel	total	Indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	0	0	0	2	40%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	0	1	4	80%
CMC Flamboyants	1	0	0	0	0	1	20%
CMC Coléah	1	0	0	0	1	2	40%
HP Kissidougou	1	1	1	0	1	4	80%
HR Mamou	1	1	0	0	1	3	60%
CMC Minière	0	1	0	0	0	1	20%
HP Guéckédou	1	1	1	1	1	5	100%
HP Pita	0	1	1	1	1	4	80%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0	0	0	1	1	20%
HR Labé	1	1	0	0	1	3	60%
CMC Matam MSF	1	1	1	0	0	3	60%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	0	0	3	60%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	1	1	5	100%
FMG	1	1	0	0	0	2	40%
CSA Kassopo	1	1	1	0	0	3	60%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	1	0	4	80%
INSE	1	1	0	0	1	3	60%
CS Matoto	1	1	0	0	0	2	40%
ASFEGMASSI	1	1	0	0	0	2	40%
CMC Ratoma	1	1	1	1	0	4	80%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	0	1	0	3	60%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	0	0	3	60%
DREAM	1	1	1	1	1	5	100%
CS Wanindara	1	1	1	1	0	4	80%
Unité ARV, Donka	1	1	0	0	1	3	60%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	1	1	5	100%
CS Tombolia	1	1	0	0	0	2	40%
total	**26**	**26**	**15**	**10**	**14**	**91**	
Indice	**90%**	**90%**	**52%**	**34%**	**48%**	**39%**	

Tableau 9 : Profil des responsables des sites

Site	Position						Qualification		
	Titulaire	Benevole	Contractuel	Total	%titulaire	%Benevole	Medecin	Pharmacien	Paramedical
Hôpital, Ignace Deen	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
Hôpital Préfectoral de Lola	0	1	0	1	0%	100%	1	0	0
CMC Flamboyants	0	0	1	1	0%	0%	1	0	0
CMC Coléah	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
HP Kissidougou	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
HR Mamou	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
CMC Minière	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
HP Guéckédou	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
HP Pita	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
HR Labé	0	1	0	1	0%	100%	1	0	0
CMC Matam MSF	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
CS Gbessia port 1, Matoto	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
Mission Philafricaine, Macenta	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
Hôpital Prefectoral Coyah	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
FMG	1	0	0	1	100%	0%	0	1	0
CSA Kassopo	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
Hôpital Régional Kindia	1	0	0	1	100%	0%	0	0	1
INSE	1	0	0	1	100%	0%	0	0	1
CS Matoto	0	0	1	1	0%	0%	1	0	0
ASFEGMASSI	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
CMC Ratoma	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
Hôpital Régional N'zérekoré	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
Hôpital Régional Boké	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
DREAM	1	0	0	1	100%	0%	0	0	1
CS Wanindara	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
Unité ARV, Donka	1	0	0	1	100%	0%	0	0	1
Hôpital Régional Kankan	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
CS Tombolia	1	0	0	1	100%	0%	1	0	0
total	**25**	**2**	**2**	**29**			**24**	**1**	**4**
%	**86%**	**7%**	**7%**				**83%**	**3%**	**14%**

Tableau 10 : Formation des responsables des sites

site	# responsable site	Formation au cours des 12 derniers mois				
		PEC	DCIS	PTME	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	3	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	0	2	67%
CMC Flamboyants	1	1	1	1	3	100%
CMC Coléah	1	1	0	0	1	33%
HP Kissidougou	1	1	0	0	1	33%
HR Mamou	1	0	0	0	0	0%
CMC Minière	1	1	1	0	2	67%
HP Guéckédou	1	1	0	1	2	67%
HP Pita	1	1	1	1	3	100%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	1	1	3	100%
HR Labé	1	1	1	1	3	100%
CMC Matam MSF	1	1	0	0	0	33%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	0	1	1	67%
Mission Philafricaine, Macenta	1	0	0	0	0	0%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	0	2	67%
FMG	1	1	1	1	3	100%
CSA Kassopo	1	1	1	1	3	100%
Hôpital Régional Kindia	1	0	0	0	0	0%
INSE	1	1	0	0	1	33%
CS Matoto	1	1	0	0	1	33%
ASFEGMASSI	1	0	0	0	0	0%
CMC Ratoma	1	1	1	0	2	67%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	1	1	3	100%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	1	3	100%
DREAM	1	1	1	0	2	67%
CS Wanindara	1	1	0	0	1	33%
Unité ARV, Donka	1	0	0	0	0	0%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	1	3	100%
CS Tombolia	1	1	1	1	3	100%
Total	29	22	16	13	51	
%		76%	55%	45%	53%	

Tableau 11: Profil des prescripteurs

site	Position					Qualification		
	Titulaire	**Benevole**	**Contractuel**	**Total**	**% Titulaire**	**%benevole**	**Médecin**	**Paramedical**
Hôpital, Ignace Deen	1	1	0	2	50%	0%	1	1
Hôpital Préfectoral de Lola	2	2	0	4	50%	50%	2	2
CMC Flamboyants	1	0	6	7	14%	0%	5	2
CMC Coléah	9	1	0	10	90%	10%	3	7
HP Kissidougou	4	0	0	4	100%	0%	4	0
HR Mamou	2	2	0	4	50%	50%	1	3
CMC Minière	4	2	0	6	67%	33%	6	0
HP Guéckédou	1	0	0	1	100%	0%	0	1
HP Pita	1	1	0	2	50%	50%	0	2
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	2	0	3	33%	67%	1	2
HR Labé	2	4	0	6	33%	67%	4	2
CMC Matam MSF	1	3	0	4	25%	75%	1	3
CS Gbessia port 1, Matoto	4	1	1	6	67%	17%	4	2
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	0	2	50%	50%	1	1
Hôpital Prefectoral Coyah	2	0	0	2	100%	0%	1	1
FMG	2	1	0	3	67%	33%	3	0
CSA Kassopo	1	0	0	1	100%	0%	1	0
Hôpital Régional Kindia	1	1	0	2	50%	50%	0	2
INSE	3	1	0	4	75%	25%	1	3
CS Matoto	5	3	0	8	63%	38%	1	7
ASFEGMASSI	1	1	0	2	50%	50%	2	0
CMC Ratoma	2	2	0	4	50%	50%	1	3
Hôpital Régional N'zérekoré	4	0	0	4	100%	0%	4	0
Hôpital Régional Boké	6	4	0	10	60%	40%	10	0
DREAM	1	3	0	4	25%	75%	4	0
CS Wanindara	1	2	0	3	33%	67%	3	0
Unité ARV, Donka	1	0	0	1	100%	0%	1	0
Hôpital Régional Kankan	0	3	0	3	0%	100%	0	3
CS Tombolia	7	3	0	10	70%	30%	8	2
total	**71**	**44**	**7**	**122**			**73**	**49**
%	**59%**	**36%**	**6%**	**100%**			**60%**	**40%**

Tableau 12 : Formation des prescripteurs

Site	# Prescripteurs	Formation au cours des 12 derniers			
		PEC	DCIS	PTME	indice formation PEC
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	4	4	4	0	100%
CMC Flamboyants	7	2	2	1	29%
CMC Coléah	10	10	10	3	100%
HP Kissidougou	4	4	4	3	100%
HR Mamou	4	3	2	0	75%
CMC Minière	6	6	6	3	100%
HP Guéckédou	1	0	0	0	0%
HP Pita	2	2	2	1	100%
Hôpital Préfectoral Siguiri	3	0	0	0	0%
HR Labé	6	6	5	5	100%
CMC Matam MSF	4	0	0	0	0%
CS Gbessia port 1, Matoto	6	1	0	0	17%
Mission Philafricaine, Macenta	2	0	0	0	0%
Hôpital Prefectoral Coyah	2	1	1	0	50%
FMG	3	3	3	0	100%
CSA Kassopo	1	1	0	0	100%
Hôpital Régional Kindia	2	1	1	0	50%
INSE	4	3	2	2	75%
CS Matoto	8	0	1	1	0%
ASFEGMASSI	2	0	0	1	0%
CMC Ratoma	4	0	0	0	0%
Hôpital Régional N'zérekoré	4	4	4	3	100%
Hôpital Régional Boké	10	5	3	6	50%
DREAM	4	4	3	1	100%
CS Wanindara	3	0	0	0	0%
Unité ARV, Donka	1	0	0	0	0%
Hôpital Régional Kankan	3	2	2	2	67%
CS Tombolia	10	9	8	8	90%
total	**121**	**72**	**64**	**41**	
%		**60%**	**89%**	**64%**	

Tableau 13 : Profil des dispensateurs des ARV

Site	Position						Qualification	
	Titulaire	Benevole	Contractuel	Total	%titulaire	% bénévole	Pharmacien	Paramedical
Hôpital, Ignace Deen	3	0	0	3	100%	0%	0	3
Hôpital Préfectoral de Lola	3	0	0	3	100%	0%	2	1
CMC Flamboyants	3	0	2	5	60%	0%	1	4
CMC Coléah	2	2	0	4	50%	50%	0	4
HP Kissidougou	2	0	0	2	100%	0%	2	0
HR Mamou	2	0	0	2	100%	0%	0	2
CMC Minière	3	0	0	3	100%	0%	3	0
HP Guéckédou	3	1	0	4	75%	25%	3	1
HP Pita	2	2	0	4	50%	50%	0	4
Hôpital Préfectoral Siguiri	2	0	0	2	100%	0%	0	2
HR Labé	2	3	0	5	40%	60%	3	2
CMC Matam MSF	3	0	0	3	100%	0%	0	3
CS Gbessia port 1, Matoto	2	0	0	2	100%	0%	0	2
Mission Philafricaine, Macenta	2	0	0	2	100%	0%	2	0
Hôpital Prefectoral Coyah	2	0	0	2	100%	0%	0	2
FMG	1	0	0	1	100%	0%	1	0
CSA Kassopo	3	1	0	4	75%	25%	1	3
Hôpital Régional Kindia	1	1	0	2	50%	50%	0	2
INSE	1	2	0	3	33%	67%	0	3
CS Matoto	2	1	0	3	67%	33%	1	2
ASFEGMASSI	1	1	0	2	50%	50%	0	2
CMC Ratoma	3	0	1	4	75%	0%	3	1
Hôpital Régional N'zérekoré	1	0	0	1	100%	0%	1	0
Hôpital Régional Boké	5	0	0	5	100%	0%	5	0
DREAM	2	0	0	2	100%	0%	0	2
CS Wanindara	3	0	0	3	100%	0%	2	1
Unité ARV, Donka	4	0	0	4	100%	0%	2	2
Hôpital Régional Kankan	3	0	0	3	100%	0%	3	0
CS Tombolia	3	0	0	3	100%	0%	3	0
total	**69**	**14**	**3**	**86**			**38**	**48**
%	**80%**	**16%**	**3%**	**100 %**			**44%**	**56%**

Tableau 14 : Formation des dispensateurs des ARV

site	# dispensateurs	Formation au cours des 12 derniers en PEC			
		GAS	Dispensation	Collecte et gestion des données	indice formation dispensation
Hôpital, Ignace Deen	3	2	2	1	67%
Hôpital Préfectoral de Lola	3	2	2	2	67%
CMC Flamboyants	5	4	4	1	80%
CMC Coléah	4	2	2	0	50%
HP Kissidougou	2	0	2	2	100%
HR Mamou	2	1	2	1	100%
CMC Minière	3	2	2	2	67%
HP Guéckédou	4	2	1	0	25%
HP Pita	4	4	4	4	100%
Hôpital Préfectoral Siguiri	2	1	1	1	50%
HR Labé	5	0	4	4	80%
CMC Matam MSF	3	3	3	0	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	2	1	0	0	0%
Mission Philafricaine, Macenta	2	0	1	1	50%
Hôpital Prefectoral Coyah	2	0	2	0	100%
FMG	1	1	1	1	100%
CSA Kassopo	4	1	1	1	25%
Hôpital Régional Kindia	2	0	0	0	0%
INSE	3	3	3	3	100%
CS Matoto	3	2	2	1	67%
ASFEGMASSI	2	1	2	2	100%
CMC Ratoma	4	1	1	1	25%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	1	0	100%
Hôpital Régional Boké	5	5	5	0	100%
DREAM	2	2	2	2	100%
CS Wanindara	3	0	0	0	0%
Unité ARV, Donka	4	1	0	2	0%
Hôpital Régional Kankan	3	2	2	2	67%
CS Tombolia	3	0	0	0	0%
total	**86**	**44**	**52**	**34**	
%		**51 %**	**60%**	**40%**	

Tableau 15 : Statut et formation des agents psychosociaux (APS)

site	Position								
	Titulaire	Bénévole	Contractuel	Total	Dispose d'au moins 1 APS	Formés	%Titulaire	% bénévole	%formés
Hôpital, Ignace Deen	0	1	0	1	1	1	0%	100%	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	3	0	4	1	4	25%	75%	100%
CMC Flamboyants	0	0	4	4	1	4	0%	0%	100%
CMC Coléah	0	0	3	3	1	3	0%	0%	100%
HP Kissidougou	0	0	2	2	1	0	0%	0%	0%
HR Mamou	1	1	2	4	1	4	25%	25%	100%
CMC Minière	0	0	2	2	1	2	0%	0%	100%
HP Guéckédou	1	0	0	1	1	1	100%	0%	100%
HP Pita	0	1	0	1	1	1	0%	100%	100%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
HR Labé	1	2	0	3	1	1	33%	67%	33%
CMC Matam MSF	0	1	0	1	1	1	0%	100%	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	3	0	0	3	1	1	100%	0%	33%
Mission Philafricaine, Macenta	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
Hôpital Prefectoral Coyah	2	0	0	2	1	2	100%	0%	100%
FMG	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
CSA Kassopo	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
Hôpital Régional Kindia	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
INSE	0	1	3	4	1	4	0%	25%	100%
CS Matoto	0	3	1	4	1	2	0%	75%	50%
ASFEGMASSI	1	0	0	1	1	1	100%	0%	100%
CMC Ratoma	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	4	0	4	1	4	0%	100%	100%
Hôpital Régional Boké	0	0	3	3	1	3	0%	0%	100%
DREAM	1	2	0	3	1	3	33%	67%	100%
CS Wanindara	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
Unité ARV, Donka	0	1	0	1	1	1	0%	100%	100%
Hôpital Régional Kankan	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
CS Tombolia	1	1	0	2	1	1	50%	50%	50%
Total	**12**	**21**	**20**	**53**	**21**	**44**			
%	**23%**	**40%**	**38%**		**72%**	**83%**			

Tableau 16 : Synthèse situation du personnel dans les sites

site	Responsible site titulaire	Responsabile site formé	Prescripteur titulaire	Prescripteur formé	dispensateur titulaire	dispensateur formé	APS titulaire	APS formé	Moyenne (%)
Hôpital, Ignace Deen	100%	100%	50%	100%	100%	67%	0%	100%	77%
Hôpital Préfectoral de Lola	0%	67%	50%	100%	100%	67%	25%	100%	64%
CMC Flamboyants	0%	100%	14%	29%	60%	80%	0%	100%	48%
CMC Coléah	100%	33%	90%	100%	50%	50%	0%	100%	65%
HP Kissidougou	100%	33%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	67%
HR Mamou	100%	0%	50%	75%	100%	100%	25%	100%	69%
CMC Minière	100%	67%	67%	100%	100%	67%	0%	100%	75%
HP Guéckédou	100%	67%	100%	0%	75%	25%	100%	100%	71%
HP Pita	100%	100%	50%	100%	50%	100%	0%	100%	75%
Hôpital Préfectoral Siguiri	100%	100%	33%	0%	100%	50%	0%	0%	48%
HR Labé	0%	100%	33%	100%	40%	80%	33%	33%	53%
CMC Matam MSF	100%	33%	25%	0%	100%	100%	0%	100%	57%
CS Gbessia port 1, Matoto	100%	67%	67%	17%	100%	0%	100%	33%	60%
Mission Philafricaine	100%	0%	50%	0%	100%	50%	0%	0%	38%
Hôpital Prefectoral Coyah	100%	67%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	90%
FMG	100%	100%	67%	100%	100%	100%	0%	0%	71%
CSA Kassopo	100%	100%	100%	100%	75%	25%	0%	0%	63%

Hôpital Régional Kindia	100%	0%	50%	50%	50%	0%	0%	0%	31%
INSE	100%	33%	75%	75%	33%	100%	0%	100 %	65%
CS Matoto	0%	33%	63%	0%	67%	67%	0%	50 %	35%
ASFEG MASSI	100%	0%	50%	0%	50%	100%	100%	100 %	63%
CMC Ratoma	100%	67%	50%	0%	75%	25%	0%	0%	40%
Hôpital Régional N'zérekoré	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100 %	88%
Hôpital Régional Boké	100%	100%	60%	50%	100%	100%	0%	100 %	76%
DREAM	100%	67%	25%	100%	100%	100%	33%	100 %	78%
CS Wanindara	100%	33%	33%	0%	100%	0%	0%	0%	33%
Unité ARV, Donka	100%	0%	100%	0%	100%	0%	0%	100 %	50%
Hôpital Régional Kankan	100%	100%	0%	67%	100%	67%	0%	0%	54%
CS Tomboliа	100%	100%	70%	90%	100%	0%	50%	50 %	70%
Moyenne (%)	**86%**	**61%**	**59%**	**55%**	**84%**	**63%**	**20%**	**61 %**	**61%**

Tableau 17 : Disponibilité des outils laboratoire

site	registre de dépistage	rapport mensuel dépistage	bon de commande de laboratoire	bon de commande de CD4	bon de commande-charge virale	bon de commande examens pré-remplis	rapport de consommation laboratoire	bordereau de livraison laboratoire	total	Indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
CMC Flamboyants	0	0	1	1	1	1	1	1	6	75%
CMC Coléah	1	1	1	1	0	0	0	0	4	50%
HP Kissidougou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
HR Mamou	0	1	0	0	0	1	0	1	3	38%
CMC Minière	0	1	1	0	0	0	0	1	3	38%
HP Guéckédou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
HP Pita	0	1	1	1	1	1	1	1	7	88%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
HR Labé	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
CMC Matam MSF	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	0	0	1	1	6	75%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0	1	1	0	1	1	0	4	50%
FMG	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
CSA Kassopo	0	0	1	0	0	0	1	1	3	38%
Hôpital Régional Kindia	0	1	1	0	0	0	0	0	2	25%
INSE	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25%
CS Matoto	0	0	1	1	0	1	1	0	4	50%
ASFEGMASSI	0	1	1	0	0	0	1	1	4	50%
CMC Ratoma	0	0	1	1	0	0	0	1	3	38%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	0	0	1	1	0	0	1	3	38%
Hôpital Régional Boké	0	1	1	1	0	0	0	0	3	38%
DREAM	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
CS Wanindara	0	1	1	1	1	1	1	1	7	88%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
Hôpital Régional Kankan	0	1	0	0	0	0	0	0	1	13%
CS Tombolia	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
total	**10**	**18**	**21**	**18**	**12**	**14**	**17**	**19**	**129**	
Indice	**34%**	**62%**	**72%**	**62%**	**41%**	**48%**	**59%**	**66%**	**56%**	

Tableau 18: Disponibilité des outils PEC

site	registre général PEC-	dossier patient	registre suivi patients PEC	rapport mensuel PEC	ordonnance médicale	fiche de référence/contre référence	fiche de transfert	total	Indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	0	1	1	1	1	6	86%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	0	0	0	0	3	43%
CMC Flamboyants	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
CMC Coléah	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
HP Kissidougou	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
HR Mamou	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
CMC Minière	1	1	0	1	0	1	1	5	71%
HP Guéckédou	0	0	1	1	1	0	0	3	43%
HP Pita	1	1	1	1	1	1	0	6	86%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	1	1	0	0	0	4	57%
HR Labé	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
CMC Matam MSF	1	1	0	1	1	1	1	6	86%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
Mission Philafricaine, Macenta	0	0	1	0	1	0	0	2	29%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
FMG	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
CSA Kassopo	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
INSE	1	1	1	1	1	0	0	5	71%
CS Matoto	1	1	1	1	0	1	1	6	86%
ASFEGMASSI	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
CMC Ratoma	1	1	1	1	0	1	1	6	86%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	0	0	0	0	0	0	1	14%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
DREAM	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
CS Wanindara	1	1	1	1	0	1	1	6	86%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
Hôpital Régional Kankan	1	1	0	1	1	1	1	6	86%
CS Tombolia	1	1	1	1	1	1	0	6	86%
total	**26**	**25**	**23**	**25**	**21**	**22**	**20**	**162**	
Indice	**90%**	**86%**	**79%**	**86%**	**72%**	**76%**	**69%**	**80 %**	

Tableau 19: Disponibilité des outils de gestion pharmacie

site	registre suivi patients	rapport mensuel	rapport d'etat de stock	bon de commande	bordereau de livraison	procès-verbal de réception	registre ou tableau de suivi des perimes-	rapport système d'information et gestion logistique intégré	total	Indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	1	0	1	0	4	50%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	1	1	1	0	1	7	88%
CMC Flamboyants	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
CMC Coléah	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
HP Kissidougou	0	0	0	1	1	0	0	0	2	25%
HR Mamou	0	0	0	1	1	1	1	0	4	50%
CMC Minière	0	0	0	1	1	0	1	0	3	38%
HP Guéckédou	0	1	1	1	1	1	1	1	7	88%
HP Pita	0	0	0	0	0	0	1	0	1	13%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0	0	0	0	0	1	0	1	13%
HR Labé	1	1	0	0	0	0	1	0	3	38%
CMC Matam MSF	0	0	0	0	0	0	1	0	1	13%
CS Gbessia port 1, Matoto	0	0	0	0	0	0	1	0	1	13%
Mission Philafricain, Macenta	0	0	0	1	1	1	0	1	4	50%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
FMG	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
CSA Kassopo	0	0	0	0	0	0	1	0	1	13%
Hôpital Régional Kindia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
INSE	0	1	0	1	1	1	0	0	4	50%
CS Matoto	0	1	1	1	0	0	0	1	4	50%
ASFEGMASSI	0	0	1	1	1	1	1	0	5	63%
CMC Ratoma	0	0	0	1	0	0	0	0	1	13%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	0	0	0	0	0	0	1	1	13%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
DREAM	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
CS Wanindara	0	0	1	1	0	1	1	1	5	63%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	1	1	0	7	88%
Hôpital Régional Kankan	0	0	0	0	0	0	1	0	1	13%
CS Tombolia	0	0	0	0	0	0	1	0	1	13%
total	**9**	**12**	**12**	**18**	**15**	**13**	**20**	**11**	**108**	
Indice	**31%**	**41%**	**41%**	**62%**	**52%**	**45%**	**69%**	**38%**	**47%**	

Tableau 20: Disponibilités des systèmes électroniques de gestion

site	backup des données fonctionnel	MSR fonctionnel	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	0	1	1	50%
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0	0	0%
CMC Flamboyants	1	1	2	100%
CMC Coléah	1	1	2	100%
HP Kissidougou	0	0	0	0%
HR Mamou	1	1	2	100%
CMC Minière	0	0	0	0%
HP Guéckédou	1	1	2	100%
HP Pita	1	0	1	50%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0	0	0%
HR Labé	1	1	2	100%
CMC Matam MSF	1	0	1	50%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	2	100%
Mission Philafricaine	1	1	2	100%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0	0	0%
FMG	1	1	2	100%
CSA Kassopo	0	1	1	50%
Hôpital Régional Kindia	0	1	1	50%
INSE	0	1	1	50%
CS Matoto	0	1	1	50%
ASFEGMASSI	0	1	1	50%
CMC Ratoma	0	1	1	50%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	1	1	50%
Hôpital Régional Boké	0	0	0	0%
DREAM	1	1	2	100%
CS Wanindara	0	1	1	50%
Unité ARV, Donka	0	1	1	50%
Hôpital Régional Kankan	0	1	1	50%
CS Tombolia	0	1	1	50%
total	**11**	**21**	**32**	
Indice	**38%**	**72%**	**55%**	

Tableau 21 : Disponibilité du matériel de consultation

site	balance adultes fonctionnel	balance enfants fonctionnel	Pèse-bébé-fonctionnel	mètre ruban (ou toise ou stadiomètre) fonctionnel	thermomètre fonctionnel	tensiometre + stethoscope fonctionnel	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	0	0	1	0	1	3	50%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	0	0	0	1	0	2	33%
CMC Flamboyants	1	1	1	1	1	1	6	100%
CMC Coléah					1	1	2	33%
HP Kissidougou	0	0	0	0	1	1	2	33%
HR Mamou	1			1	1	1	4	67%
CMC Minière	1	1	1	1	0	0	4	67%
HP Guéckédou	0	0	0	0	1	1	2	33%
HP Pita	0	0	0	0	0	0	0	0%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	0	0	0	0	1	2	33%
HR Labé	0	0	0	0	0	0	0	0%
CMC Matam MSF	1	1	1	1	1	1	6	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	0	0	1	1	1	4	67%
Mission Philafricaine	1	0	0	1	1	1	4	67%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0	0	0	0	0	0	0%
FMG			1	1	1	1	4	67%
CSA Kassopo	0	0	0				0	0%
Hôpital Régional Kindia	1	0	0	0	0	0	1	17%
INSE	0	1	1	1	0	0	3	50%
CS Matoto	0	0	1	1	1	1	4	67%
ASFEGMASSI	0	0	0	0	0	1	1	17%
CMC Ratoma	1	1	1	1	1		5	83%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	0	0	1	1	1	4	67%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	1	1	1	6	100%
DREAM	1	1	1	1	1	1	6	100%
CS Wanindara	1	1	0	1	1	1	5	83%
Unité ARV, Donka	0	0	0	0	0	1	1	17%
Hôpital Régional Kankan	1	1	0	0	1	1	4	67%
CS Tombolia	0	0	0	1	1	0	2	33%
total	**16**	**10**	**10**	**16**	**18**	**19**	87	
indice	**55%**	**34%**	**34%**	**55%**	**62%**	**66%**	**50 %**	

Tableau 22: Disponibilités des moyens de stockage des produits

site	magasin de stockage	point de dispensation	réfrigérateur	ventilation	chambre froide	outils de gestion des stocks	thermomètre mural	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	1	1	0	3	43%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	1	0	1	0	5	71%
CMC Flamboyants	1	1	1	1	1	1	0	6	86%
CMC Coléah	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
HP Kissidougou	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
HR Mamou	1	1	1	1	0	1	1	6	86%
CMC Minière	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
HP Guéckédou	1	1	0	1	0	1	0	4	57%
HP Pita	1	1	1	1	1	1	0	6	86%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	1	1	1	1	0	6	86%
HR Labé	1	1	1	0	1	1	0	5	71%
CMC Matam MSF	0	1	1	0	0	1	1	4	57%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	0	0	0	1	1	4	57%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	0	1	1	6	86%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	0	1	0	1	0	4	57%
FMG	1	1	1	0	0	1	0	4	57%
CSA Kassopo	1	1	0	0	0	1	0	3	43%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	1	1	1	0	6	86%
INSE	1	1	0	1	1	1	0	5	71%
CS Matoto	1	1	0	1	0	1	0	4	57%
ASFEGMASSI	0	1	1	1	0	1	0	4	57%
CMC Ratoma	1	1	0	1	0	1	0	4	57%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	0	0	0	0	0	2	29%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	1	0	1	0	5	71%
DREAM	1	1	1	1	1	1	0	6	86%
CS Wanindara	1	1	0	0	0	1	1	4	57%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	1	0	6	86%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	1	1	1	0	6	86%
CS Tombolia	1	1	0	0	0	1	0	3	43%
total	**27**	**29**	**19**	**21**	**13**	**28**	**8**	**142**	
indice	**93%**	**100%**	**66%**	**72%**	**45%**	**97%**	**29%**	**70%**	

Tableau 23: Disponibilité des équipements de laboratoire

site	compteur CD4 fonctionnel	compteur biochimie fonctionnel	compteur hematologie fonctionnel	appareil de la charge virale fonctionnel	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	0	1	0	2	50%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	0	0	0	1	25%
CMC Flamboyants	1	1	1	0	3	75%
CMC Coléah	1	0	0	0	1	25%
HP Kissidougou	1	1	0	0	2	50%
HR Mamou	0	0	0	0	0	0%
CMC Minière	1	1	1	0	3	75%
HP Guéckédou	1	1	0	0	2	50%
HP Pita	0	0	0	0	0	0%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	0	0	2	50%
HR Labé	1	1	0	0	2	50%
CMC Matam MSF	1	1	1	1	4	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	0	0	0	1	25%
Mission Philafricaine, Macenta	0	0	1	1	2	50%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0	0	0	0	0%
FMG	0	1	0	0	1	25%
CSA Kassopo	0	0	0	0	0	0%
Hôpital Régional Kindia	0	1	1	0	2	50%
INSE	1	1	1	0	3	75%
CS Matoto	1	0	0	0	1	25%
ASFEGMASSI	1	0	0	0	1	25%
CMC Ratoma	1	1	1	0	3	75%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	0	0	0	1	25%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	0	3	75%
DREAM	1	1	1	1	4	100%
CS Wanindara	0	0	1	0	1	25%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	4	100%
Hôpital Régional Kankan	1	1	0	0	2	50%
CS Tombolia	1	0	0	0	1	25%
total	**21**	**15**	**12**	**4**	**52**	
indice	**72%**	**52%**	**41%**	**14%**	**45%**	

Tableau 24: Disponibilité du dépistage VIH pour adultes

site	conseil pré-test pour adultes	conseil post test pour adultes	dépistage rapides adultes	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	3	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	3	100%
CMC Flamboyants	1	1	1	3	100%
CMC Coléah	1	1	1	3	100%
HP Kissidougou	1	1	1	3	100%
HR Mamou	1	1	1	3	100%
CMC Minière	1	1	1	3	100%
HP Guéckédou	1	1	1	3	100%
HP Pita	1	1	1	3	100%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	1	3	100%
HR Labé	1	1	1	3	100%
CMC Matam MSF	1	1	1	3	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	3	100%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	3	100%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	3	100%
FMG	1	1	1	3	100%
CSA Kassopo	1	1	1	3	100%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	3	100%
INSE	1	1	1	3	100%
CS Matoto	1	1	1	3	100%
ASFEGMASSI	1	1	1	3	100%
CMC Ratoma	1	1	1	3	100%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	1	3	100%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	3	100%
DREAM	1	1	1	3	100%
CS Wanindara	1	1	1	3	100%
Unité ARV, Donka	1	1	1	3	100%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	3	100%
CS Tombolia	1	1	1	3	100%
total	**29**	**29**	**29**	**87**	
indice	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	

Tableau 25: Disponibilité du dépistage VIH pour enfants et adolescents

site	conseil pré- test adolescents	conseil post- test adolescents	dépistage rapide adolescents	dépistage rapide enfants de plus de 18 mois	dépistage à la PCR (DBS) enfants de moins de 18 mois	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	0	4	80%
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0	1	0	0	1	20%
CMC Flamboyants	1	1	1	1	1	5	100%
CMC Coléah	1	1	1	1	1	5	100%
HP Kissidougou	1	1	1	1	0	4	80%
HR Mamou	1	1	1	1	0	4	80%
CMC Minière	1	1	1	1	1	5	100%
HP Guéckédou	1	1	1	1	0	4	80%
HP Pita	1	1	1	1	0	4	80%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	1	1	0	4	80%
HR Labé	1	1	1	1	0	4	80%
CMC Matam MSF	1	1	1	1	1	5	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	1	1	5	100%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	1	0	4	80%
FMG	1	1	1	1	1	5	100%
CSA Kassopo	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	1	0	4	80%
INSE	1	1	1	1	1	5	100%
CS Matoto	1	1	1	1	0	4	80%
ASFEGMASSI	1	1	1	1	0	4	80%
CMC Ratoma	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	1	1	0	4	80%
Hôpital Régional Boké	0	0	1	1	0	2	40%
DREAM	1	1	1	1	1	5	100%
CS Wanindara	1	1	1	1	1	5	100%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	1	0	4	80%
CS Tombolia	1	1	1	1	1	5	100%
total	**27**	**27**	**29**	**29**	**14**	**125**	
indice	**93%**	**93%**	**100%**	**97%**	**48%**	**86%**	

Tableau 26: Etat de mise en œuvre des stratégies de dépistage VIH auprès des enfants et adolescents

site	dépistage à travers le diagnostic précoce (DBS-PCR) en PTME	dépistage de tous les enfants/adolescents vus en consultations externes	dépistage de tous les cas suspects VIH/SIDA vus en consultations externes	dépistage systématique à travers les cas index	dépistage de tous les enfants/adolescents hospitalisés	dépistage de tous les enfants/adolescents tuberculeux	dépistage de tous les enfants/adolescents dans les services de malnutrition	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	0	1	1	1	1	1	0	5	71%
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0	1	0	0	1	1	3	43%
CMC Flamboyants	0	1	1	1	1	1	1	6	86%
CMC Coléah	1	0	1	1	0	1	1	5	71%
HP Kissidougou	0	0	1	0	0	1	0	2	29%
HR Mamou	0	1	1	1	1	1	1	6	86%
CMC Minière	1	0	1	0	0	1	0	3	43%
HP Guéckédou	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
HP Pita	0	1	1	1	1	1	1	6	86%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0	1	1	1	1	1	5	71%
HR Labé	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
CMC Matam MSF	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
Mission Philafricaine, Macenta	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
FMG	1	0	1	1	0	1	1	5	71%
CSA Kassopo	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
INSE	1	0	1	1	1	1	1	6	86%
CS Matoto	1	1	1	0	0	1	1	5	71%
ASFEGMASSI	0	1	1	1	1	1	0	5	71%
CMC Ratoma	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Hôpital Régional Boké	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
DREAM	1	1	1	1	0	0	0	4	57%
CS Wanindara	1	1	1	1	1	1	1	7	100%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	1	0	6	86%
Hôpital Régional Kankan	0	1	1	1	1	1	1	6	86%
CS Tombolia	1	0	1	0	0	1	1	4	57%
total	**15**	**16**	**24**	**19**	**16**	**23**	**18**	**131**	
%	**52%**	**55%**	**83%**	**66%**	**55%**	**79%**	**62%**	**65%**	

Tableau 27: Mise en œuvre du DCIS

site	# consultations externes	# de test de dépistage VIH réalisé	%dépistage VIH (DCIS)
Hôpital, Ignace Deen			
Hôpital Préfectoral de Lola	290	81	29%
CMC Flamboyants	154	117	76%
CMC Coléah	999	74	7%
HP Kissidougou	1039	23	2%
HR Mamou	306	217	71%
CMC Minière	691	88	13%
HP Guéckédou	713	56	8%
HP Pita			
Hôpital Préfectoral Siguiri	319	295	92%
HR Labé	1416	126	9%
CMC Matam MSF			
CS Gbessia port 1, Matoto	481	71	15%
Mission Philafricaine, Macenta	495	427	86%
Hôpital Prefectoral Coyah			
FMG	403	74	18%
CSA Kassopo	144	72	50%
Hôpital Régional Kindia	819	131	16%
INSE	262	52	20%
CS Matoto	911	64	7%
ASFEGMASSI	500	457	91%
CMC Ratoma	2130	213	10%
Hôpital Régional N'zérekoré	503	97	19%
Hôpital Régional Boké	1358	137	10%
DREAM			
CS Wanindara	1130	169	15%
Unité ARV, Donka			
Hôpital Régional Kankan			
CS Tombolia	634	107	17%
total	**15697**	**3148**	**20%**

Tableau 28: Taux d'enrôlement sous ARV

Site	Dépistés au VIH	Dépisté VIH+	Taux positivité	Initié sous TARV	Taux d'enrolement ARV	Atteinte du 2e 90
Hôpital, Ignace Deen	102	35	34%	35	100%	1
Hôpital Préfectoral de Lola	81	9	11%	12	133%	1
CMC Flamboyants	117	35	30%	25	71%	0
CMC Coléah	74	21	29%	10	48%	0
HP Kissidougou	107	23	21%	17	74%	0
HR Mamou	217	25	12%	12	48%	0
CMC Minière	88	30	34%	29	97%	1
HP Guéckédou	56	23	41%	12	52%	0
HP Pita	159	15	9%	5	33%	0
Hôpital Préfectoral Siguiri	295	56	19%	12	21%	0
HR Labé	126	32	25%	17	53%	0
CMC Matam MSF	99	55	56%	24	44%	0
CS Gbessia port 1, Matoto	71	31	44%	23	74%	0
Mission Philafricaine, Macenta	427	62	15%	30	48%	0
Hôpital Prefectoral Coyah	239	17	7%	61	359%	1
FMG	117	12	10%	8	67%	0
CSA Kassopo	72	19	26%	19	100%	1
Hôpital Régional Kindia	131	25	19%	15	60%	0
INSE	52	8	15%	7	88%	0
CS Matoto	64	7	11%	7	100%	1
ASFEGMASSI	457	22	5%	22	100%	1
CMC Ratoma	213	26	12%	15	58%	0
Hôpital Régional N'zérekoré	97	62	64%	62	100%	1
Hôpital Régional Boké	137	52	38%	27	52%	0
DREAM	34	30	88%	27	90%	1
CS Wanindara	450	42	9%	18	43%	0
Unité ARV, Donka	81	44	54%	44	100%	1
Hôpital Régional Kankan						
CS Tombolia	107	34	32%	23	68%	0
total	**4270**	**852**	**20%**	**618**	**73%**	**36%**

Tableau 29 : Etat de la mise en oeuvre du « dépister-traiter » dans les sites

site	suivi patients commence au diagnostic de la séropositivité	bilan biologique demandé aux personnes dépistées VIH+	TARV engagé sans attente bilan biologique	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	0	2	67%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	3	100%
CMC Flamboyants	1	1	0	2	67%
CMC Coléah	1	1	1	3	100%
HP Kissidougou	1	1	1	3	100%
HR Mamou	1	1	0	2	67%
CMC Minière	0	1	0	1	33%
HP Guéckédou	1	1	1	3	100%
HP Pita	1	1	0	2	67%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	0	2	67%
HR Labé	1	1	0	2	67%
CMC Matam MSF	1	1	0	2	67%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	3	100%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	3	100%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	3	100%
FMG	1	1	0	2	67%
CSA Kassopo	1	1	0	2	67%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	3	100%
INSE	1	1	0	2	67%
CS Matoto	1	1	0	2	67%
ASFEGMASSI	0	1	0	1	33%
CMC Ratoma	1	1	1	3	100%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	1	3	100%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	3	100%
DREAM	1	1	0	2	67%
CS Wanindara	1	1	1	3	100%
Unité ARV, Donka	1	1	0	2	67%
Hôpital Régional Kankan	1	1	0	2	67%
CS Tombolia	1	1	0	2	67%
total	**27**	**29**	**12**	68	
indice	**93%**	**100%**	**41%**	78%	

Tableau 30 : Disponibilité de la prise en charge dans les sites

site	TARV pour adultes	TARV pour adolescents (10-19 ans)	TARV pour enfants (moins de 10 ans)	soutien psychosocial des patients sous TARV	visite à domicile des patients sous TARV	recherche des perdus de vue	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	0	1	5	83%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	0	0	0	3	50%
CMC Flamboyants	1	1	1	1	1	1	6	100%
CMC Coléah	1	1	1	1	0	1	5	83%
HP Kissidougou	1	1	0	1	0	1	4	67%
HR Mamou	1	1	1	1	1	1	6	100%
CMC Minière	1	1	1	1	1	1	6	100%
HP Guéckédou	1	0	0	1	1	1	4	67%
HP Pita	1	1	1	0	0	0	3	50%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	1	1	0	1	5	83%
HR Labé	1	1	1	1	1	1	6	100%
CMC Matam MSF	1	1	1	1	0	1	5	83%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	1	0	1	5	83%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	0	1	5	83%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	0	1	1	5	83%
FMG	1	1	1	1	1	1	6	100%
CSA Kassopo	1	1	1	1	0	0	4	67%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	0	0	0	3	50%
INSE	1	1	1	0	0	0	3	50%
CS Matoto	1	1	1	1	0	1	5	83%
ASFEGMASSI	1	1	1	1	1	1	6	100%
CMC Ratoma	1	1	1	1	1	1	6	100%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	0	0	1	1	1	4	67%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	1	0	0	4	67%
DREAM	1	1	1	1	1	1	6	100%
CS Wanindara	1	1	1	1	1	0	5	83%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	1	6	100%
Hôpital Régional Kankan	1	1	0	1	1	1	5	83%
CS Tombolia	1	1	1	1	0	1	5	83%
total	**29**	**27**	**25**	**24**	**14**	**22**	**141**	
indice	**100%**	**93%**	**86%**	**83%**	**48%**	**76%**	**81 %**	

Tableau 31 : Disponibilité des tests de dépistage VIH et autres maladies le jour de l'enquête

site	test rapide VIH-Determine	test rapide VIH-Bioline	test de diagnostic rapide de la syphilis	test VIH-Syphilis DUO	comptage de CD4	antigene HBS	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	1	1	6	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	0	1	1	5	83%
CMC Flamboyants	1	1	0	1	1	0	4	67%
CMC Coléah	1	1	0	0	1	1	4	67%
HP Kissidougou	1	1	1	1	1	1	6	100%
HR Mamou	1	0	1	0	1	1	4	67%
CMC Minière	1	1	0	0	1	0	3	50%
HP Guéckédou	1	1	1	1	1	1	6	100%
HP Pita	1	1	1	1	0	0	4	67%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	1	0	1	1	5	83%
HR Labé	1	1	1	0	1	0	4	67%
CMC Matam MSF	1	1	1	1	1	1	6	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	1	1	0	5	83%
MPA, Macenta	1	1	1	0	1	1	5	83%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0	1	0	1	1	3	50%
FMG	1	1	0	1	1	1	5	83%
CSA Kassopo	1	1	1	0	1	0	4	67%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	0	1	1	5	83%
INSE	1	1	1	0	1	1	5	83%
CS Matoto	1	1	1	1	1	1	6	100%
ASFEGMASSI	1	1	1	1	1	1	6	100%
CMC Ratoma	1	1	1	1	1	1	6	100%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	1	1	1	1	6	100%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	0	1	1	5	83%
DREAM	1	1	1	1	1	0	5	83%
CS Wanindara	1	1	1	1	1	1	6	100%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	1	6	100%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	0	1	1	5	83%
CS Tombolia	1	1	0	1	1	0	4	67%
total	**29**	**27**	**24**	**16**	**29**	**21**	**144**	
indice	**97%**	**93%**	**83%**	**55%**	**97%**	**72%**	**83%**	

Tableau 32 : Taux de réalisation de la charge virale dans les sites

site	#patient ayant fait la charge virale/10	indice
Hôpital, Ignace Deen	2	20%
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0%
CMC Flamboyants	2	20%
CMC Coléah	6	60%
HP Kissidougou	0	0%
HR Mamou	0	0%
CMC Minière	10	100%
HP Guéckédou	0	0%
HP Pita	0	0%
Hôpital Préfectoral Siguiri	2	20%
HR Labé	2	20%
CMC Matam MSF	4	40%
CS Gbessia port 1, Matoto	3	30%
Mission Philafricaine, Macenta	5	50%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0%
FMG	10	100%
CSA Kassopo	0	0%
Hôpital Régional Kindia	2	20%
INSE	7	70%
CS Matoto	9	90%
ASFEGMASSI	10	100%
CMC Ratoma	5	50%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	0%
Hôpital Régional Boké	0	0%
DREAM	10	100%
CS Wanindara	10	100%
Unité ARV, Donka	5	50%
Hôpital Régional Kankan	0	0%
CS Tombolia	5	50%
total	**109**	
indice	**38%**	

Tableau 33 : Etat du diagnostic précoce par DBS-PCR chez enfants

site	1=Site Conakry 0=hors Conakry	dépistage precoce enfants par DBS-PCR
Hôpital, Ignace Deen	1	0
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0
CMC Flamboyants	1	1
CMC Coléah	1	1
HP Kissidougou	0	0
HR Mamou	0	0
CMC Minière	1	1
HP Guéckédou	0	0
HP Pita	0	0
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0
HR Labé	0	0
CMC Matam MSF	1	1
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1
Mission Philafricaine, Macenta	0	0
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0
FMG	1	1
CSA Kassopo	0	1
Hôpital Régional Kindia	0	1
INSE	1	1
CS Matoto	1	1
ASFEGMASSI	1	0
CMC Ratoma	1	1
Hôpital Régional N'zérekoré	0	0
Hôpital Régional Boké	0	1
DREAM	1	1
CS Wanindara	1	1
Unité ARV, Donka	1	0
Hôpital Régional Kankan	0	0
CS Tombolia	1	1
total	**15**	**15**
indice	**52%**	**52%**

Tableau 34 : Temps du rendu des résultats DBS-PCR dans les sites

site	durée minimale (jour)	durée maximale (jour)	durée moyenne (jour)
Hôpital, Ignace Deen			
Hôpital Préfectoral de Lola			
CMC Flamboyants	3	10	4
CMC Coléah	10	14	12
HP Kissidougou			
HR Mamou			
CMC Minière	2	36	8
HP Guéckédou			
HP Pita			
Hôpital Préfectoral Siguiri			
HR Labé			
CMC Matam MSF	0	0	0
CS Gbessia port 1, Matoto	1	8	3
Mission Philafricaine, Macenta			
Hôpital Prefectoral Coyah			
FMG	1	1	1
CSA Kassopo			
Hôpital Régional Kindia			
INSE	60	90	75
CS Matoto	30	40	15
ASFEGMASSI			
CMC Ratoma	45	60	52
Hôpital Régional N'zérekoré			
Hôpital Régional Boké	14	31	4.5
DREAM	14	30	21
CS Wanindara	14	15	10
Unité ARV, Donka			
Hôpital Régional Kankan			
CS Tombolia	2	12	6.2
total	**15**	**27**	**16**

Tableau 35 : Disponibilité des services et/ou d'appui nutritionnel

site	Site Conakry	services de récupération et/ou appui nutritionnel
Hôpital, Ignace Deen	1	1
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0
CMC Flamboyants	1	0
CMC Coléah	1	1
HP Kissidougou	0	1
HR Mamou	0	0
CMC Minière	1	1
HP Guéckédou	0	1
HP Pita	0	0
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0
HR Labé	0	1
CMC Matam MSF	1	1
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1
Mission Philafricaine, Macenta	0	1
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0
FMG	1	0
CSA Kassopo	0	0
Hôpital Régional Kindia	0	1
INSE	1	1
CS Matoto	1	1
ASFEGMASSI	1	1
CMC Ratoma	1	1
Hôpital Régional N'zérekoré	0	1
Hôpital Régional Boké	0	0
DREAM	1	1
CS Wanindara	1	1
Unité ARV, Donka	1	0
Hôpital Régional Kankan	0	1
CS Tombolia	1	0
total	**15**	**17**
%	**52%**	**59%**

Tableau 36 : Etat de la recherche des perdus de vus dans les sites

Site	identification perdus de vus (PDV) effective	#PDV identifiés-trois derniers mois-(enfants+adultes)	#PDV recherchés (adultes + enfants)	#PDV retrouvés (enfants + adults) parmi les identifiés	% PDV recherchés parmi les identifiés	% PDV retrouvés parmi les recherchés	%PDV retrouvés (enfants + adults) parmi les identifiés
Hôpital, Ignace Deen	1	185	0	0	0%	0%	0%
Hôpital Préfectoral de Lola	0						
CMC Flamboyants	1	43	43	9	100%	21%	21%
CMC Coléah	1	17	17	3	100%	18%	18%
HP Kissidougou	1	252	252	34	100%	13%	13%
HR Mamou							
CMC Minière	1	60	60	21	100%	35%	35%
HP Guéckédou	1	8	8	5	100%	63%	63%
HP Pita	1	4	4	2	100%	50%	50%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	16	16	10	100%	63%	63%
HR Labé	1	250	222	32	89%	14%	13%
CMC Matam MSF							
CS Gbessia port 1, Matoto	1	73			0%		0%
Mission Philafricaine, Macenta	1	46	20	16	43%	80%	35%
Hôpital Prefectoral Coyah	0						
FMG	1	5	5	5	100%	100%	100%
CSA Kassopo	1	54		4	0%		7%
Hôpital Régional Kindia	0						
INSE	0						
CS Matoto	0						
ASFEGMASSI	1	31	0	0	0%		0%
CMC Ratoma	1	30	30	15	100%	50%	50%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	639	185	27	29%	15%	4%
Hôpital Régional Boké	1	16			0%		0%
DREAM	0						
CS Wanindara	0						
Unité ARV, Donka	1	658	0	0	0%		0%
Hôpital Régional Kankan	0						
CS Tombolia	1	78	10	0	13%	0%	0%
total	**19**	**2465**	**872**	**183**	**35%**	**21%**	**7%**
%	**68%**						

Tableau 37 : Etat de la recherche de la TB chez les patients VIH

site	recherche TB chez patients VIH	TPI à l'INH	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	0	1	50%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	0	1	50%
CMC Flamboyants	1	1	2	100%
CMC Coléah	1	1	2	100%
HP Kissidougou	1	0	1	50%
HR Mamou	1	0	1	50%
CMC Minière	1	1	2	100%
HP Guéckédou	1	0	1	50%
HP Pita	0	0	0	0%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0	0	0%
HR Labé	0	0	0	0%
CMC Matam MSF	1	1	2	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	2	100%
Mission Philafricaine, Macenta	1	0	1	50%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0	0	0%
FMG	1	0	1	50%
CSA Kassopo	0	0	0	0%
Hôpital Régional Kindia	1	0	1	50%
INSE	1	0	1	50%
CS Matoto	1	0	1	50%
ASFEGMASSI	0	0	0	0%
CMC Ratoma	1	1	2	100%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	0	1	50%
Hôpital Régional Boké	1	0	1	50%
DREAM	1	0	1	50%
CS Wanindara	1	1	2	100%
Unité ARV, Donka	1	0	1	50%
Hôpital Régional Kankan	0	0	0	0%
CS Tombolia	1	1	2	100%
total	**22**	**8**	**30**	
indice	**76%**	**29%**	**52%**	

Tableau 38 : Etat de l'intégration des services TB/VIH

site	disponibilité d'un CDT (TB)	test rapide (GeneXpert mtb/rif)	dépistage VIH chez les patients TB	directives en matière de diagnostic et de traitement TB	directives en matière de prise en charge de la co-infection VIH/Tuberculose	directives sur le traitement de la tuberculose multi-résistante (MR)	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	1	1	6	100%
Hôpital Préfectoral de Lola								
CMC Flamboyants	1	1	1	1	1	1	6	100%
CMC Coléah	1	1	1	0	1	0	4	67%
HP Kissidougou	1	0	1	1	1	0	4	67%
HR Mamou	0							
CMC Minière	1	1	1	1	1	0	5	83%
HP Guéckédou	1	1	1	0	0	0	3	50%
HP Pita	0							
Hôpital Préfectoral Siguiri	0							
HR Labé	0							
CMC Matam MSF	1	1	1	0	0	0	3	50%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	1	1	1	6	100%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	1	1	6	100%
Hôpital Prefectoral Coyah	0							
FMG	1	0	1	1	1	1	5	83%
CSA Kassopo	1	0	1	0	0	0	2	33%
Hôpital Régional Kindia	0	1	0	0	0	0	1	17%
INSE	0							
CS Matoto	1	0	1	1	1	1	5	83%
ASFEGMASSI	0							
CMC Ratoma	1	0	1	1	1	0	4	67%
Hôpital Régional N'zérekoré	0							
Hôpital Régional Boké	1	0	0	0	1	0	2	33%
DREAM	0							
CS Wanindara	1	1	1	1	1	1	6	100%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	1	6	100%
Hôpital Régional Kankan	0							
CS Tombolia	1	0	1	1	1	1	5	83%
total	**17**	**11**	**16**	**12**	**14**	**9**	**79**	
%	**59%**	**38%**	**55%**	**41%**	**48%**	**31%**	**45%**	

Tableau 39 : Disponibilité des services de transfusion sanguine sécurisée

site	services de transfusion sanguine	sang transfusé toujours depisté pour VIH	sang transfusé toujours depisté pour syphils	sang transfusé toujours depisté pour hépatite B	sang transfusé toujours depisté pour hépatite C	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	0						
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	1	1	5	100%
CMC Flamboyants	0						
CMC Coléah	0						
HP Kissidougou	1	1	1	1	1	5	100%
HR Mamou	1	1	1	1	1	5	100%
CMC Minière	0						
HP Guéckédou	1	1	1	1	1	5	100%
HP Pita	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	1	1	1	5	100%
HR Labé	1	1	1	1	1	5	100%
CMC Matam MSF	0						
CS Gbessia port 1, Matoto	0						
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	1	1	5	100%
FMG	0						
CSA Kassopo	0						
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	1	1	5	100%
INSE	1	1	1	1	1	5	100%
CS Matoto	1	1	1	1	1	5	100%
ASFEGMASSI	0						
CMC Ratoma	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Régional N'zérekoré	0						
Hôpital Régional Boké	1	1	1	1	1	5	100%
DREAM	0						
CS Wanindara	0						
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	5	100%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	1	1	5	100%
CS Tombolia	0						
total	**16**	**16**	**16**	**16**	**16**	**80**	
indice	**55%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100 %**	

Tableau 40 : Etat des ruptures des tests de dépistage VIH et autres réactifs au cours des 3 derniers mois

site	rupture test syphilis 3 derniers mois	test Determine	test Bioline	test VIH-syphilis Duo	réactifs CD4	papier buvard -DBS-PCR	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	0	0	0	1	1	0	2	33%
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0	1	0	1	0	2	33%
CMC Flamboyants	0	0	0	0	1	0	1	17%
CMC Coléah								
HP Kissidougou	0	0	0	1	1	0	2	33%
HR Mamou								
CMC Minière	0	1	1	0	1	0	3	60%
HP Guéckédou	0	0	0	0	1	0	1	20%
HP Pita								
Hôpital Préfectoral Siguiri								
HR Labé	1	0	0	0	1	0	2	40%
CMC Matam MSF	0	0	0	0	0	0	0	0%
CS Gbessia port 1, Matoto	0	0	0	0	1	0	1	17%
Mission Philafricaine, Macenta	0	0	1	0	1	0	2	33%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	1	1	1	1	0	5	83%
FMG								
CSA Kassopo								
Hôpital Régional Kindia	0	0	1	0	1	1	3	50%
INSE	0	1	0	0	1	0	2	33%
CS Matoto	0	0	0	0	0	0	0	0%
ASFEGMASSI	1	0	0	1	0	0	2	33%
CMC Ratoma	1	0	0	1	0	0	2	33%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	1	1	1	0	5	83%
Hôpital Régional Boké	0	1	1	0	1	0	3	50%
DREAM	0	0	0	0	1	0	1	17%
CS Wanindara								
Unité ARV, Donka	1	0	1	1	1	0	4	67%
Hôpital Régional Kankan	0	1	0	0	0	0	1	17%
CS Tombolia	0	0	0	1	1	1	3	50%
total	**6**	**6**	**8**	**8**	**17**	**2**	**47**	
indice	**27%**	**21%**	**31%**	**53%**	**68%**	**17%**	**36%**	

Tableau 41 : Disponibilité des ARV dans les sites le jour de l'enquête

site	AZT+3TC+NVP (Duovir-N)	TDF+3TC/FTC +EFV (Atripla)	AZT + 3TC	TDF + 3TC (Truvada)	EFV	LPV /r	NVP	NVP sirop	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	0	1	0	0	1	5	63%
CMC Flamboyants	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
CMC Coléah	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
HP Kissidougou	0	1	1	0	0	0	0	0	2	25%
HR Mamou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
CMC Minière	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
HP Guéckédou	1	1	1	0	0	1	0	1	5	63%
HP Pita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Hôpital Préfectoral Siguiri	1	1	1	1	1	1	0	1	7	88%
HR Labé	1	1	1	1	1	1	0	1	7	88%
CMC Matam MSF	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
Mission Philafricaine, Macenta	1	1	1	1	1	1	1	0	7	88%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
FMG	1	1	1	1	1	1	0	1	7	88%
CSA Kassopo	0	1	1	1	1	1	0	1	6	75%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	0	0	1	0	1	5	63%
INSE	1	1	1	0	0	0	0	0	3	38%
CS Matoto	1	1	1	1	1	1	0	1	7	88%
ASFEGMASSI	1	1	0	1	1	1	0	1	6	75%
CMC Ratoma	1	1	1	1	1	0	1	1	7	88%
Hôpital Régional N'zérekoré	1	1	1	1	1	1	0	1	7	88%
Hôpital Régional Boké	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
DREAM	1	1	1	1	1	1	1	0	7	88%
CS Wanindara	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
Unité ARV, Donka	1	1	1	1	1	1	0	0	6	75%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	1	1	1	0	1	7	88%
CS Tombolia	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
total	**23**	**25**	**24**	**20**	**21**	**21**	**11**	**20**	**165**	
indice	**79%**	**86%**	**83%**	**69%**	**72%**	**72%**	**38%**	**69%**	**71%**	

Tableau 42 : Disponibilité des ARV pédiatriques le jour de l'enquête

site	1ere ligne	2e ligne	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	1	2	100%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	2	100%
CMC Flamboyants	1	1	2	100%
CMC Coléah	1	1	2	100%
HP Kissidougou	0	0	0	0%
HR Mamou	1	1	2	100%
CMC Minière	1	1	2	100%
HP Guéckédou	0	0	0	0%
HP Pita	1	0	1	50%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0	0	0%
HR Labé	0	0	0	0%
CMC Matam MSF	1	1	2	100%
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1	2	100%
Mission Philafricaine, Macenta	0	0	0	0%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0	0	0%
FMG	1	0	1	50%
CSA Kassopo	1	0	1	50%
Hôpital Régional Kindia	0	0	0	0%
INSE	1	0	1	50%
CS Matoto	1	1	2	100%
ASFEGMASSI	1	0	1	50%
CMC Ratoma	1	0	1	50%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	0	0	0%
Hôpital Régional Boké	1	0	1	50%
DREAM	1	1	2	100%
CS Wanindara	1	1	2	100%
Unité ARV, Donka	1	1	2	100%
Hôpital Régional Kankan	0	0	0	0%
CS Tombolia	1	1	2	100%
total	**20**	**13**	**33**	
%	**69%**	**45%**	**57%**	

Tableau 43 : Etat des formations en dispensation

Site	Site Conakry	Formation en dispensation des ARV dans les 12 derniers mois
Hôpital, Ignace Deen	1	0
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0
CMC Flamboyants	1	0
CMC Coléah	1	0
HP Kissidougou	0	1
HR Mamou	0	0
CMC Minière	1	1
HP Guéckédou	0	0
HP Pita	0	0
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0
HR Labé	0	0
CMC Matam MSF	1	0
CS Gbessia port 1, Matoto	1	0
Mission Philafricaine, Macenta	0	1
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0
FMG	1	0
CSA Kassopo	0	1
Hôpital Régional Kindia	0	0
INSE	1	1
CS Matoto	1	1
ASFEGMASSI	1	1
CMC Ratoma	1	1
Hôpital Régional N'zérekoré	0	1
Hôpital Régional Boké	0	0
DREAM	1	0
CS Wanindara	1	1
Unité ARV, Donka	1	1
Hôpital Régional Kankan	0	0
CS Tombolia	1	0
total	**15**	**11**
%	**52%**	**38%**

Tableau 44 : Stockage des ARV selon Premier Expiré-Premier Sortie (PEPS)

Site	Site Conakry	Stockage PEPS
Hôpital, Ignace Deen	1	1
Hôpital Préfectoral de Lola	0	0
CMC Flamboyants	1	1
CMC Coléah	1	1
HP Kissidougou	0	1
HR Mamou	0	0
CMC Minière	1	1
HP Guéckédou	0	0
HP Pita	0	1
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	1
HR Labé	0	1
CMC Matam MSF	1	1
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1
Mission Philafricaine, Macenta	0	1
Hôpital Prefectoral Coyah	0	0
FMG	1	1
CSA Kassopo	0	0
Hôpital Régional Kindia	0	1
INSE	1	0
CS Matoto	1	1
ASFEGMASSI	1	1
CMC Ratoma	1	1
Hôpital Régional N'zérekoré	0	1
Hôpital Régional Boké	0	1
DREAM	1	1
CS Wanindara	1	0
Unité ARV, Donka	1	0
Hôpital Régional Kankan	0	1
CS Tombolia	1	1
total	**15**	**21**
%	**52%**	**72%**

Tableau 45 : Etat des livraisons des ARV dans les sites par la PCG

Site	Site Conakry (1=site Conakry ; 0=hors Conakry)	Livraison des ARV par la PCG (1=PCG ; 0=non PCG)
Hôpital, Ignace Deen	1	1
Hôpital Préfectoral de Lola	0	1
CMC Flamboyants	1	1
CMC Coléah	1	1
HP Kissidougou	0	1
HR Mamou	0	1
CMC Minière	1	1
HP Guéckédou	0	1
HP Pita	0	1
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	0
HR Labé	0	1
CMC Matam MSF	1	1
CS Gbessia port 1, Matoto	1	1
Mission Philafricaine, Macenta	0	1
Hôpital Prefectoral Coyah	0	1
FMG	1	1
CSA Kassopo	0	1
Hôpital Régional Kindia	0	1
INSE	1	1
CS Matoto	1	1
ASFEGMASSI	1	1
CMC Ratoma	1	1
Hôpital Régional N'zérekoré	0	0
Hôpital Régional Boké	0	1
DREAM	1	1
CS Wanindara	1	1
Unité ARV, Donka	1	1
Hôpital Régional Kankan	0	1
CS Tombolia	1	1
total	**15**	**27**
%	**52%**	**93%**

Tableau 46 : Etat des délais de livraisons des ARV dans les sites

Site	Site Conakry (1= site Conakry ; Hors Conakry)	Délai de livraison des ARV
Hôpital, Ignace Deen	1	Moins de 2 semaines
Hôpital Préfectoral de Lola	0	Moins de 2 semaines
CMC Flamboyants	1	Plus de 2 mois
CMC Coléah	1	2 semaines a 1 mois
HP Kissidougou	0	Moins de 2 semaines
HR Mamou	0	Moins de 2 semaines
CMC Minière	1	2 semaines a 1 mois
HP Guéckédou	0	Moins de 2 semaines
HP Pita	0	2 semaines a 1 mois
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	Moins de 2 semaines
HR Labé	0	2 semaines a 1 mois
CMC Matam MSF	1	Plus de 2 mois
CS Gbessia port 1, Matoto	1	2 semaines a 1 mois
Mission Philafricaine, Macenta	0	2 semaines a 1 mois
Hôpital Prefectoral Coyah	0	2 semaines a 1 mois
FMG	1	2 semaines a 1 mois
CSA Kassopo	0	2 semaines a 1 mois
Hôpital Régional Kindia	0	Plus de 2 mois
INSE	1	Moins de 2 semaines
CS Matoto	1	2 semaines a 1 mois
ASFEGMASSI	1	2 semaines a 1 mois
CMC Ratoma	1	Moins de 2 semaines
Hôpital Régional N'zérekoré	0	Plus de 2 mois
Hôpital Régional Boké	0	Moins de 2 semaines
DREAM	1	2 semaines a 1 mois
CS Wanindara	1	2 semaines a 1 mois
Unité ARV, Donka	1	Moins de 2 semaines
Hôpital Régional Kankan	0	2 semaines a 1 mois
CS Tombolia	1	2 semaines a 1 mois

Tableau 47: Complétude et promptitude de la transmission des rapports (1=oui ; 0= Non)

site	délai transmission rapport connu par le prestataire	transmission rapport dépistage mars 2019	transmission rapport PEC mars 2019	Formation en gestion des données au cours des 12 derniers mois	total	indice
Hôpital, Ignace Deen	1	0	0	0	1	25%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	1	4	100%
CMC Flamboyants	0	1	0	1	2	50%
CMC Coléah	0	1	1	0	2	50%
HP Kissidougou	0	1	1	1	3	75%
HR Mamou	0	1	1	1	3	75%
CMC Minière	0	1	1	0	2	50%
HP Guéckédou	1	1	0	1	3	75%
HP Pita	1	1	1	0	3	75%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	1	1	0	2	50%
HR Labé	1	1	1	0	3	75%
CMC Matam MSF	1	1	1	0	3	75%
CS Gbessia port 1, Matoto	0	1	1	1	3	75%
Mission Philafricaine	0	1	1	1	3	75%
Hôpital Prefectoral Coyah	1	0	0	0	1	25%
FMG	1	1	1	1	4	100%
CSA Kassopo	0	1	1	0	2	50%
Hôpital Régional Kindia	1	1	1	0	3	75%
INSE	0	1	1	1	3	75%
CS Matoto	0	1	1	1	3	75%
ASFEGMASSI	1	1	1	1	4	100%
CMC Ratoma	0	1	1	1	3	75%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	1	1	1	3	75%
Hôpital Régional Boké	0	1	1	0	2	50%
DREAM	0	1	1	0	2	50%
CS Wanindara	0	0	0	0	0	0%
Unité ARV, Donka	0	1	1	1	3	75%
Hôpital Régional Kankan	1	1	1	1	4	100%
CS Tombolia	1	1	1	0	3	75%
total	**12**	**26**	**24**	**15**	77	
indice	**41%**	**90%**	**83%**	**52%**	**66%**	

Tableau 48: Qualité des données prise en charge

site	# patients sous TARV selon le registre (jan-mars 2019)	# patients sous TARV selon rapport mensuel (jan-mars 2019)	variation
Hôpital, Ignace Deen	2674	2674	0%
Hôpital Préfectoral de Lola			
CMC Flamboyants	80	80	0%
CMC Coléah	51	51	0%
HP Kissidougou			
HR Mamou	1247	1524	18%
CMC Minière	87	87	0%
HP Guéckédou			
HP Pita			
Hôpital Préfectoral Siguiri	1057	3194	67%
HR Labé	3341	1362	-145%
CMC Matam MSF	2178	2025	-8%
CS Gbessia port 1, Matoto	2148	2148	0%
Mission Philafricaine, Macenta			
Hôpital Prefectoral Coyah			
FMG	1104	1104	0%
CSA Kassopo	77	73	-5%
Hôpital Régional Kindia	1034	414	-150%
INSE	21	20	-5%
CS Matoto	2566	3746	32%
ASFEGMASSI	58	68	15%
CMC Ratoma	72	72	0%
Hôpital Régional N'zérekoré			
Hôpital Régional Boké	61	35	-74%
DREAM	3408	3408	0%
CS Wanindara	4187	4545	8%
Unité ARV, Donka	16602	16602	0%
Hôpital Régional Kankan	5432	834	-551%
CS Tombolia	1595	1595	0%
total	**49080**	**45661**	**-7.5%**

Tableau 49: Etat du circuit patient dans les sites

Circuit patients VIH sous ARV		
site	**description**	**circuit normal (1=Normal[7]; 0=Anormal**
Hôpital, Ignace Deen	Acceuil->consultation médicale->pharmacie	0
Hôpital Préfectoral de Lola	Acceuil->APS->consultation médicale->(laboratoire)->pharmacie-	1
CMC Flamboyants	Acceuil (médiatrices)->consultation->(laboratoire)->pharmacie	0
CMC Coléah	Accueil -> consultation (Médecin) -> counseling (Médiatrices) –> prise en charge (Médecin) -> pharmacie	1
HP Kissidougou	Acceuil (UPEC, verification RDV)->pharmacie	0
HR Mamou	UPEC (Consultation + Ordonnance) -----> pharmacie	0
CMC Minière	Acceui (UPEC, codification)->consultation->pharmacie	0
HP Guéckédou	UPEC->pharmacie->counseling	1
HP Pita	UPEC (Consultation (Renouvèlement d'ordonnance) -----> Pharmacie	0
Hôpital Préfectoral Siguiri	UPEC (Consultation + Ordonnance) -----> pharmacie	0
HR Labé	UPEC (Consultation + Ordonnance) -----> pharmacie	0
CMC Matam MSF	Réception->triage->consultation->pharmacie	0
CS Gbessia port 1, Matoto	UPEC->pharmacie	0
Mission Philafricaine	CDV->UPEC(consultation)->pharmacie	0
Hôpital Prefectoral Coyah	UPEC (consultation+ ordonnance)->pharmacie	0
FMG	Réception->CDV->PEC->pharmacie	0
CSA Kassopo	Réception->médecin prescripteur (consultation + suivi)->laboratoire->pharmacie	0
Hôpital Régional Kindia	Réception->médecin prescripteur (consultation + suivi)->laboratoire->pharmacie	0
INSE	Réception->médecin prescripteur (consultation + suivi)->pharmacie	0
CS Matoto	Réception->chargé de la PEC->dispensation	0
ASFEGMASSI	Accueil->PEC->pharmacie	0
CMC Ratoma	Accueil->Prescripteur->Pharmacie	0
Hôpital Régional N'zérekoré	Accueil->UPEC->Pharmacie	0
Hôpital Régional Boké	Accueil->prescripteur->pharmacie->APS pour éducation thérapeutique	1
DREAM	Accueil->éducation sanitaire (salle d'attente)->(laboratoire)->consultation->pharmacie	1
CS Wanindara	Réception->médecin prescripteur (consultation + suivi)->pharmacie	0
Unité ARV, Donka	Accueil->médecin prescripteur (renouvèlement ordonnance)->pharmacie	0
Hôpital Régional Kankan	UPEC (Consultation + Ordonnance)-> (labo)->pharmacie	0
CS Tombolia	Médiateurs->PEC->dispensation->PEC	1
total		**6**
indice		**21%**

[7] *circuit patient normal: accueil→éducation sanitaire/thérapeutique→consultation (prescripteur)→laboratoire(si nécessaire)→consultation (prescripteur)-dispensation (pharmacie)*

Tableau 50: Etat du circuit laboratoire dans les sites

Circuit laboratoire		
site	**description**	**Circuit (1=Normal[8]; 0= Anormal)**
Hôpital, Ignace Deen	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
Hôpital Préfectoral de Lola	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
CMC Flamboyants	réception->prélèvement->analyse->counseling (APS ou infirmier/médecin	1
CMC Coléah	réception –>prélèvement –>salle technique –> résultats (validation et enregistrement) –>patient (sous pli fermé) –>counseling (Médiatrices)	1
HP Kissidougou	laboratoire (counseling, analyses biomédicales)->UPEC->pharmacie	1
HR Mamou	réception->enregistrement->prélèvement-> analyse du prélèvement-> rendu des résultats	1
CMC Minière	laboratoire ->counseling->UPEC->pharmacie	1
HP Guéckédou	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
HP Pita	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
Hôpital Préfectoral Siguiri	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
HR Labé	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
CMC Matam MSF	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
CS Gbessia port 1, Matoto	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
Mission Philafricaine	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
Hôpital Prefectoral Coyah	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
FMG	réception->prélèvement->résultats->CDV	1
CSA Kassopo	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
Hôpital Régional Kindia	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
INSE	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
CS Matoto	réception->conseil pré-test->prélèvement->PEC	1
ASFEGMASSI	labo->psycho associatif->PEC	1
CMC Ratoma	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
Hôpital Régional N'zérekoré	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
Hôpital Régional Boké	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
DREAM	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
CS Wanindara	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
Unité ARV, Donka	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
Hôpital Régional Kankan	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
CS Tombolia	réception->prélèvement->résultats->PEC	1
total		**29**
indice		**100%**

8 Circuit normal : réception->conseil pré-test->prélèvement->PEC

Tableau 51: Etat du circuit médicaments dans les sites

Circuit médicaments site	description	Circuit (1= Normal[9], 0=Anormal)
Hôpital, Ignace Deen	commande-> programme-> PCG-> CTA->magasin-> dispensation	0
Hôpital Préfectoral de Lola	reception-> outils de gestion->magasin->dispensation	1
CMC Flamboyants	reception-> outils de gestion (fiche de stocks, logiciel e-SIGLE)->dispensation	1
CMC Coléah	reception-> outils de gestion->magasin->dispensation	1
HP Kissidougou	PCG-> outils de gestion->magasin-> dispensation	1
HR Mamou	reception---->stockage (magasin)---->dispensation	0
CMC Minière	réception des médicaments-> outils de gestions->magasin->point dispensation->dispensation	0
HP Guéckédou	PCG->DPS->hôpital->magasin de stockage->point de dispensation	1
HP Pita	reception (PCG)--->magasin--->dispensation	1
Hôpital Préfectoral Siguiri	reception---->stockage (magasin)---->dispensation	0
HR Labé	reception---->stockage (magasin)---->dispensation	0
CMC Matam MSF	PCG-> magasin-> dispensation	0
CS Gbessia port 1, Matoto	PCG/MSF->magasin->dispensation	0
Mission Philafricaine	PCG->site->magasin->dispensation	1
Hôpital Prefectoral Coyah	PCG->magasin central->point de dispensation->dispensation	1
FMG	reception->stockage (magasin)->point de dispensation->dispensation	0
CSA Kassopo	reception->magasin->outils de gestion->dispensation	1
Hôpital Régional Kindia	reception->magasin->outils de gestion->dispensation	1
INSE	reception->magasin->dispensation	0
CS Matoto	reception->magasin->outils de gestion->dispensation	1
ASFEGMASSI	reception->stockage (point de dispensation)->dispensation	0
CMC Ratoma	reception->magasin->outils de gestion->dispensation	1
Hôpital Régional N'zérekoré	reception->magasin->outils de gestion->dispensation	1
Hôpital Régional Boké	reception->magasin->outils de gestion->dispensation	1
DREAM	reception->magasin->outils de gestion->dispensation	1
CS Wanindara	reception->magasin->outils de gestion->dispensation	1
Unité ARV, Donka	reception->magasin->outils de gestion->dispensation	1
Hôpital Régional Kankan	reception---->magasin---->dispensation	0
CS Tombolia	reception->magasin->dispensation	0
total		**17**
indice		**59%**

[9] *réception-> outils de gestion->magasin->dispensation*

Tableau 52: Etat du circuit des données dans les sites

Circuit données		
site	**description**	**Circuit (1=normal[10], 0=anormal)**
Hôpital, Ignace Deen		0
Hôpital Préfectoral de Lola		0
CMC Flamboyants		0
CMC Coléah		0
HP Kissidougou		0
HR Mamou	site---->DRS----->niveau central	0
CMC Minière		0
HP Guéckédou	site->DPS->DRS->niveau central->programme	1
HP Pita		0
Hôpital Préfectoral Siguiri	site---->DHIS2 -----> DPS -----> DRS -----> BSD (Ministère)	1
HR Labé	site---->DHIS-2----->DRS----->niveau central	1
CMC Matam MSF		0
CS Gbessia port 1, Matoto	site->DCS->programme	1
Mission Philafricaine	site->DPS->DRS->niveau central	1
Hôpital Prefectoral Coyah	site->DPS->DRS->niveau central	1
FMG		0
CSA Kassopo		0
Hôpital Régional Kindia		0
INSE		0
CS Matoto		0
ASFEGMASSI		0
CMC Ratoma		0
Hôpital Régional N'zérekoré		0
Hôpital Régional Boké		0
DREAM		0
CS Wanindara		0
Unité ARV, Donka		0
Hôpital Régional Kankan		0
CS Tombolia	site->DCS->programme VIH	1
total		**7**
indice		**24%**

[10] *site->DPS->DRS->niveau central*

Tableau 53 : Synthèse de l'état du circuit dans les sites

Circuit patients, laboratoire, medicaments, données						
site	**patients**	**laboratoire**	**médicaments**	**données**	**total**	**indice**
Hôpital, Ignace Deen	0	1	0	0	1	25%
Hôpital Préfectoral de Lola	1	1	1	0	3	75%
CMC Flamboyants	0	1	1	0	2	50%
CMC Coléah	1	1	1	0	3	75%
HP Kissidougou	0	1	1	0	2	50%
HR Mamou	0	1	0	0	1	25%
CMC Minière	0	1	0	0	1	25%
HP Guéckédou	1	1	1	1	4	100%
HP Pita	0	1	1	0	2	50%
Hôpital Préfectoral Siguiri	0	1	0	1	2	50%
HR Labé	0	1	0	1	2	50%
CMC Matam MSF	0	1	0	0	1	25%
CS Gbessia port 1, Matoto	0	1	0	1	2	50%
Mission Philafricaine	0	1	1	1	3	75%
Hôpital Prefectoral Coyah	0	1	1	1	3	75%
FMG	0	1	0	0	1	25%
CSA Kassopo	0	1	1	0	2	50%
Hôpital Régional Kindia	0	1	1	0	2	50%
INSE	0	1	0	0	1	25%
CS Matoto	0	1	1	0	2	50%
ASFEGMASSI	0	1	0	0	1	25%
CMC Ratoma	0	1	1	0	2	50%
Hôpital Régional N'zérekoré	0	1	1	0	2	50%
Hôpital Régional Boké	1	1	1	0	3	75%
DREAM	1	1	1	0	3	75%
CS Wanindara	0	1	1	0	2	50%
Unité ARV, Donka	0	1	1	0	2	50%
Hôpital Régional Kankan	0	1	0	0	1	25%
CS Tombolia	1	1	0	1	3	75%
total	**6**	**29**	**17**	**7**	**59**	
indice	**21%**	**100%**	**59%**	**24%**	**51%**	

Tableau 54 : Profil clinique à l'initiation du TARV

Site	stade OMS 1 (%)	stade OMS 2 (%)	stade OMS 3 (%)	stade OMS 4 (%)	stade OMS 3 + stade OMS 4
Hôpital, Ignace Deen	30%	30%	40%	0%	40%
Hôpital Préfectoral de Lola					
CMC Flamboyants					
CMC Coléah					
HP Kissidougou	0%	0%	0%	100%	100%
HR Mamou	0%	40%	60%	0%	60%
CMC Minière	25%	0%	75%	0%	75%
HP Guéckédou	0%	0%	100%	0%	100%
HP Pita					
Hôpital Préfectoral Siguiri	20%	30%	50%	0%	50%
HR Labé					
CMC Matam MSF	60%	10%	20%	10%	30%
CS Gbessia port 1, Matoto	0%	0%	100%	0%	100%
Mission Philafricaine, Macenta	50%	0%	50%	0%	50%
Hôpital Prefectoral Coyah					
FMG					
CSA Kassopo					
Hôpital Régional Kindia	0%	13%	63%	25%	88%
INSE	70%	20%	10%	0%	10%
CS Matoto					
ASFEGMASSI	10%	30%	60%	0%	60%
CMC Ratoma					
Hôpital Régional N'zérekoré	0%	0%	100%	0%	100%
Hôpital Régional Boké	0%	0%	75%	25%	100%
DREAM	40%	30%	20%	10%	30%
CS Wanindara					
Unité ARV, Donka					
Hôpital Régional Kankan	20%	20%	50%	10%	60%
CS Tombolia	20%	0%	70%	10%	80%
total	**20%**	**13%**	**55%**	**11%**	**67%**

Tableau 55: Profil immunologique à l'initiation du TARV

site	0-200	201-350	351-500	≥501	%≤ 350
Hôpital, Ignace Deen					
Hôpital Préfectoral de Lola					
CMC Flamboyants					
CMC Coléah					
HP Kissidougou	50.0%	10.0%	30.0%	10.0%	60.0%
HR Mamou	12.5%	50.0%	25.0%	12.5%	62.5%
CMC Minière	57.1%	0.0%	14.3%	29.6%	57.1%
HP Guéckédou					
HP Pita					
Hôpital Préfectoral Siguiri					
HR Labé					
CMC Matam MSF	0.0%	25.0%	37.5%	37.5%	25.0%
CS Gbessia port 1, Matoto	44.4%	11.1%	44.4%	0.0%	55.6%
Mission Philafricaine, Macenta	55.6%	0.0%	22.2%	22.2%	55.6%
Hôpital Prefectoral Coyah					
FMG					
CSA Kassopo					
Hôpital Régional Kindia					
INSE					
CS Matoto	10.0%	20.0%	50.0%	20.0%	30.0%
ASFEGMASSI	0.0%	50.0%	10.0%	40.0%	50.0%
CMC Ratoma	30.0%	70.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Hôpital Régional N'zérekoré	12.5%	50.0%	12.5%	25.0%	62.5%
Hôpital Régional Boké	66.7%	22.2%	0.0%	11.1%	88.9%
DREAM	20.0%	0.0%	10.0%	70.0%	20.0%
CS Wanindara					
Unité ARV, Donka	30.0%	10.0%	20.0%	40.0%	40.0%
Hôpital Régional Kankan					
CS Tombolia	44.4%	33.3%	11.1%	11.1%	77.8%
total	**31%**	**25%**	**21%**	**23%**	**56%**

IX.2. Contributeurs à l'élaboration des outils de collecte des données

Programme Nationale de Lutte contre le SIDA et les Hépatites (PNLSH) Marta Darder	1. Dr Foromo Guilvogui 2. Dr Pé Damey 3. Dr Zakaria Bah 4. Amadou Cissé 5. Lazard M'boungou 6. Dr Arnold Ahiatsi 7. Dr Laye Kaba 8. Dr Youssouf Koita
Instance National de Coordination (ICN)/GIZ	Dr. Goetz Huber
Expertise France, Initiative 5% et Coopération Française	1. Nemdia Daceney 2. Soumeya Rahli 3. Dr Mamadou Dieng 4. Dr Jean-Pierre Lamarque
Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme	1. Isabel Benlloch Velar 2. Sarah Hoibak 3. Marta Darder 4. Herby Derenoncourt 5. Paula Hacopian

IX.3. Enquêteurs et superviseurs

Equipe	**Superviseurs**	**Enqueteurs**
Equipe 1	Dr Aboubacar Kadiatou BANGOURA	1.Dr Kaba Saran KEITA 2.Dr Marie BORE
Equipe 2	Prof Mohamed Maciré SOUMAH	1.Dr Fatoumata Damaro CAMARA 2.Dr Amara Tabaouo SAMAKE
Equipe 3	Prof Fodé Bangaly SAKO	1.Dr Ibrahima BALDE 2. Dr Anne Marie SAGNO
Equipe 4	Prof Thierno Mamadou TOUNKARA	1. M. Ibrahima DIALLO 2. Dr Marie Rose SANDOUNO
Equipe 5	Prof Fodé Amara TRAORE	1.Dr Lancinet KEITA 2. M. Soriba SANE

IX.4. Autres annexes

# Annexe	Désignation
Annexe 2[11]	Grille Principale
Annexe 3	Guide Entretien-Gestionnaires
Annexe 4	Guide Entretien-Bénéficiaires
Annexe 5	Grille Analyse Circuits
Annexe 6	Fiche Excel-vérification des données
Annexe 7	Contributeurs à l'élaboration des outils de collecte des données
Annexe 8	Protocole de l'évaluation, 29 sites PEC à grande cohorte
Annexe 9	Note de création, Groupe Technique d'Excellence (GTE)
Annexe 10	Compte rendu, réunion de validation du protocole de l'étude et outils de collecte des données
Annexe 11	Profil et taches des enquêteurs
Annexe 12	TdR, Atelier de formation des enquêteurs
Annexe 13	Rapport de formation des enquêteurs et du pré-test
Annexe 14	Grille de supervision des consultants
Annexe 15	TdR élaboration des plans d'amelioration s
Annexe 16	Modèle (Caneva), plan d'amelioration des sites
Annexe 17	Chronogramme de la mission (15 Avril au 05 Septembre 2019)
Annexe 18	Rapport session d'orientation des facilitateurs
Annexe 19	Rapport de l'atelier d'élaboration des plans d'améliorations pour les 15 sites de Conakry
Annexe 20	Rapport de l'atelier d'élaboration des plans d'améliorations pour les 14 sites de l'intérieur du pays
Annexe 21[12]	29 plans d'améliorations des sites à grande cohorte

[11] *Les annexes 2-20 sont compilés dans un document intitulé « Compilation des annexes du rapport de l'étude sur les capacités organisationnelles et fonctionnelles de 29 sites de prise en charge du VIH à grandes cohortes en Guinée »*

[12] Les 29 plans d'améliorations des sites à grande cohorte sont disponibles en fichier numérique au PNLSH.

X. Références

1. World Health Organization (WHO). Service Availability and Readiness Assessment (SARA). An Annual Monitoring System for service delivery. Reference Manual. Geneva:WHO;2015. WHO/HIS/HSI/2014.5 Rev.1.
2. République de Guinée. Ministère de la Santé. Direction Nationale des Grandes Endémies et de la lutte contre la maladie. Programme National de lutte contre les IST/VIH/SIDA et les Hépatites (PNLSH). Politiques, Normes et Protocoles de prise en charge de l'Infection par le VIH chez l'adulte et l'enfant en Guinée. Conakry : PNLSH;2018.
3. République de Guinée. Ministère de la Santé. Direction Nationale de la Prevention et de la Sante Communautaire. Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prevention des IST/VIH/SIDA (PNPCSP). Guide de Dépistage Conseil a l'Initiative du Soignant. Conakry:PNPCSP;2013.
4. République de Guinée. Primature. Comité National de lutte Contre le SIDA (CNLS). Secrétariat Exécutif. Cadre Stratégique National de lutte contre le SIDA 2018-2022.Conakry :CNLS ;2017.
5. UNAIDS. Coverage of people receiving ART (all ages). UNAIDS Estimates 2019; Global AIDS Monitoring 2019. https://aidsinfo.unaids.org/. Accessed 15/08/2019.
6. République de Guinée. Ministère de la Santé. Direction Nationale des Grandes Endémies et de la lutte contre la maladie. Programme National de lutte contre les IST/VIH/SIDA et les Hépatites (PNLSH). Revue épidémiologique et programmatique, et analyse de cascades en Guinée. Rapport final. 7 Mai 2019.
7. David H Peters, Subrata Chakraborty, Prasanta Mahapatra, Laura Steinhardt. Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states. Human Resources for Health 2010, 8:27.

8. World Health Organization (WHO). Information notice. Novel point-of-care tools for early infant diagnosis of HIV. July 2017. https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/early-infant-diagnosis-hiv-2017/en/
9. Flavia Bianchi, Jennifer Cohn, Emma Sacks, Rebecca Bailey, Jean-Francois Lemaire et al. Evaluation of a routine point-of-care intervention for early infant diagnosis of HIV: an observational study in eight African countries. The Lancet HIV. 2019;6(6). DOI:https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30033-5.
10. Yumo HA, Ajeh RA, Beissner M, NdenkehJN, Jr., Sieleunou I, Jordan MR, et al. Effectiveness of symptom-based diagnostic HIV testing versus targeted and blanket provider initiated testing and counseling among children and adolescents in Cameroon. PLoS ONE 2019; 14(5):e0214251.
11. Yumo HA, Kuaban C, Ajeh RA, Nji AM, Nash D, Anastos K, et al. Active case finding: comparison of the acceptability, feasibility and effectiveness of targeted versus blanket provider-initiated testing and counseling of HIV among children and adolescents in Cameroon. BMC Pediatrics 2018; 18:309.
12. Penda CI, Moukoko CEE, Koum DK, Fokam J, Meyong CAZ, Talla S, et al. Feasibility and utility of active case finding of HIV-infected children and adolescents by provider-initiated testing and counselling: evidence from the Laquintinie hospital in Douala, Cameroon. BMC Pediatrics 2018; 18:259. https:// doi.org/10.1186/s12887-018-1235-3. PMID: 30075712.
13. République de Guinée. Ministère de la Santé. Direction Nationale des Grandes Endémies et de la lutte contre la maladie. Programme National de lutte contre les IST/VIH/SIDA et les Hépatites (PNLSH). Guinée : une stratégie nationale différenciée en matière de conseil et de dépistage du VIH. Conakry :PNLSH ;2018.
14. Vallès X. Étude sur la Problématique des perdus de vue durant la Prise en Charge du VIH/Sida et la PTME. Le Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, le VIH et la Tuberculose, Geneva (2019).
15. Saskia de Pee, Nils Grede, Divya Mehra, Martin W. Bloem. The Enabling Effect of Food Assistance in Improving Adherence and/or Treatment Completion for Antiretroviral Therapy and Tuberculosis Treatment: A Literature Review. AIDS Behav (2014) 18:S531–S541. DOI 10.1007/s10461-014-0730-2.

16. Young, S., Wheeler, A.C., McCoy, S.I. et al. AIDS Behav (2014) 18(Suppl 5): 505. https://doi.org/10.1007/s10461-013-0547-4.
17. Bartlett JA, Shao JF. Successes, challenges, and limitations of current antiretroviral therapy in low-income and middle-income countries. The Lancet. Infectious Diseases 2009; 9(10):637-649. DOI: 10.1016/S1473-3099(09)70227-0.
18. Jeannette L. Aldous and Richard H. Haubrich. Defining Treatment Failure in Resource-Rich Settings. Curr Opin HIV AIDS. 2009 Nov; 4(6): 459–466. doi: 10.1097/COH.0b013e328331dea5.
19. Laurent Bélec; Jean-Paul Bonn. Challenges in Implementing HIV Laboratory Monitoring in Resource-constrained Settings. How to Do More With Less. Future Microbiol. 2011;6(11):1251-1260.
20. Yumo HA, Kuaban C, Neuhann F. WHO recommended collaborative TB/HIV activities: evaluation of implementation and performance in a rural district hospital in Cameroon. Pan African Medical Journal. 2011; 10:30.
21. Research for Development International (R4D International). Patients Management Application (PAMA). Yaoundé :R4D International ;2014. http://r4dinternational.org/pama.php#.
22. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La supervision des personnels de santé au niveau district. Geneve :OMS ;1988. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40712/9242542296_fr.pdf?sequence=1
23. The IeDEA and COHERE Cohort Collaborations. *Clinical Infectious Diseases* 2018 66 (6);893–903. doi.org/10.1093/cid/cix915.
24. Egger M, May M, Chêne G et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. Lancet 2002; 360:119–29.
25. Walker AS, Prendergast AJ, Mugyenyi P et al. Mortality in the year following antiretroviral therapy initiation in HIV-infected adults and children in Uganda and Zimbabwe. Clin Infect Dis 2012; 55:1707–18.
26. Nathan Ford, Graeme Meintjes, Alexandra Calmy, Helen Bygrave, Chantal Migone, Marco Vitoria et al. Managing Advanced HIV Disease in a Public Health Approach. Clin Infect Dis. 2018 Apr 1; 66(Suppl 2): S106–SS110.

27. UNAIDS. Trends of AIDS-related deaths. Guinea. UNAIDS 2019 estimates. https://aidsinfo.unaids.org/. Accessed on 15/08/2019.
28. Denis Nash, Olga Tymejczyk, Tsigereda Gadisa, Sarah Gorrell Kulkarni, Susie Hoffman, Muluneh Yigzaw et al. Factors associated with initiation of antiretroviral therapy in the advanced stages of HIV infection in six Ethiopian HIV clinics, 2012 to 2013. J Int AIDS Soc. 2016; 19(1): 20637. doi: 10.7448/IAS.19.1.20637.
29. Sulggi A. Lee and Steven G. Deeks. The Benefits of Early Antiretroviral Therapy for HIV Infection: How Early is Early Enough?. EBioMedicine. 2016 Sep; 11: 7–8. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.08.009.
30. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for clinical mentoring to support scale-up of HIV care, antiretroviral therapy and prevention in resource-constrained settings. Geneva:WHO;2006.
31. Coughlin SS. Recall bias in epidemiologic studies. J Clin Epidemiol. 1990;43(1):87-91.
32. Selikoff IJ, Seidman H. Evaluation of selection bias in a cross-sectional survey. Am J Ind Med. 1991;20(5):615-27.