# Annexe

## 6.1 FFOM – Région Boké / Dubreka

**D’origine interne (FM : PR/programmes/SR/SSR – inclus Stopp Palu)**

|  | **F – Forces** | **F – Faiblesses** |
| --- | --- | --- |
|  | **Gouvernance – Suivi** * L’associations PVVIH efficace au niveau préfectoral dans la majorité des cas
* Réunions mensuelles CCS et aux niveau CS (réunion communautaire) tenue régulièrement avec appui financière Stopp-Palu/ SR)
* Appui substantiel des PF FM dans la majorité des cas
* Appui de proximité de Stop-Palu apprécié par DRS/DPS

**VIH*** PEC Boffa maitrise bien le logiciel MSR

**TB*** Amélioration de la disponibilité antituberculeux (pas de rupture)
* Présence de partenaires efficaces (Action Damien, OFOM dans d’autres régions)

**Paludisme*** Bonne disponibilité d’intrants antipaludiques

**GAS*** PNLSH : Outils de gestion GAS et laboratoire imprimé et distribué
* E-LMIS installé dans les DPS
* Depuis 2018 pré positionnement des intrants dans les dépôts régionaux
* PNLP : système de réquisition

***PCG**** Tous les dépôts régionaux sont réhabilités et sont en bonne état

**Suivi biologique** * Dans 1 semestre 2018 quelques avances en particulier examens CD-4, pas insuffisamment charge virale en dehors de Conakry
 | **Gouvernance*****Activités FM en générale**** Activités FM encore vue comme approche vertical – DRS/DPS se sentent encore moins concernées et responsable
* Activités PTF peu coordonnées
* Visibilité FM insuffisant

***Planification/suivi*** * Processus et mise en œuvre PAO 2018 inefficace

***Mutualisation PF FM**** Mutualisation des PF (FM/Stopp Palu) pour les autres maladies VIH et TB pas encore effectif
	+ L’intégration pas encore formalisé au niveau central
	+ Données VIH, TB non performant
* PF sont encore trop identifié avec le PR CRS

***Associations PVVIH**** Associations PVVIH n’ont pas de siège, insuffisance de financements, parfois non fonctionnelle (2/4)

***Politique santé communautaire**** Nouvelle politique de santé communautaire encore au début, pas d’harmonisation d’activités, faible coordination des acteurs, pas de cadre de performance

***Suivi rapproché*** **Réunion mensuels CCS*** Temps impartis pour couvrir les sujets et les différents activités (utilisation des services, consommation d’intrants, vérification – triangulation des données insuffisant – 1 jour de rencontre prévu
	+ TB et VIH insuffisamment couvert

**Supervision Intégré formative*** Grande différence entre la volonté et la réalité, supervisons en fonction d’appui / bailleur
* Nécessité allouer personnel et temps adéquat
* Inexistence canevas de supervision spécifique
* Pas de rapports de supervision qui remontent au niveau central
 |

***F - Faiblesses suite***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **VIH*** Activités dépistage VIH insuffisantes - pénurie/pré-/rupture intrants de dépistage
* Activités PTME seulement partiellement fonctionnelles
* Défaut de confidentialité du statut sérologique PVVIH
* Faible taux dépistage conjoints services PTME
* Hésitation de la part de prestataires d’intégrer les médiateurs PVVIH dans le circuit, mauvaises conditions de travail, pas d’espace de counseling
* Courant très limité pendant la journée limite l’utilisation des ordinateurs, par ex. MSR, (génératrice fonctionne principalement la nuit), exception Fria

**TB*** Recherche perdue de vues et l’appui au transport d’échantillons très limité au 20 communes identifié post Ebola (PAO Plan)

**Co-infection (TB/VIH)*** Insuffisance nombre des services qui prennent en charge la co-infection (1/4)
* Pénurie/rupture tests dépistage VIH

**Gestion financière*** Impact négatif ZCP sur les activités et le taux consommation à l’intérieur du pays
* Appui DRS/DPS seulement via autres partenaires (Unicef, Stopp Palu)

**Gestion programmatique*** Attentes exagérées du personnel à des formations avec tout changement de normes PEC ou introduction de nouveau outils (gestion/SNIS) sans chercher des solutions pratiques

**GAS*** Intrants subventionnées traités différemment que MEG – attitude

***Dépôts régionaux**** Insuffisance de la logistique (1 camion moyen taille)
* Logiciel Sage : problèmes de réseautage
* Nettoyage de la base de données (régional) du logiciel SAGE fait défaut – mais en cours (Assainissement)

**Suivi biologique** * Au moment de la mission pas d’examen CD-4 et charge virale dans les 4 laboratoires visités par manque de calibration, défaut d’appareil GeneXpert et rupture d’intrants
* Commencement d’examens CD-4 en dehors de Conakry, examens de charge virale seulement dans quelques pôles (Kankan, appui OPPERA/Labogui, Kamsa/Boké)
* Conditions de précarité dans la majorité des laboratoires (instabilité des sources d’énergie, problème d’adduction eau, faiblesse du système gestion intrants, managérial et assurance qualité)
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O – Opportunités** | **M – Menaces** |
| **Origine externe (Etat/PTF/autre)** | **Gouvernance – Suivi** * Nv. Direction DNGELM dynamique
* Initiative MS : PAO
* Nv. orientations 2019 secrétaire général

**GAS*****Dépôts régionaux / Logiciel SAGE*** * Système SAGE installé est fonctionnel
* La connexion internet/capacité avait été amélioré
* Suivi rapproché AT Chemonics au dépôts régionaux (mensuellement lors d’établissement rapport mensuel)

***E-LMIS*** * Base de données existante
* Collecte des données dans la plateforme par chargé de statistiques, AT Chemonics, implication PF

**Suivi biologique** Multitude d’acteurs appui laboratoire (Labogui, OPPERA, etc) – opportunités de concertation | **VIH*** Reduction d’acteurs intervention domaine VIH (clôture projet UDAID/ Faisons ensemble, ..)

**Paludisme*** Défis/Nécessité d’harmoniser la planification campagne distribution Milda avec le/ les bailleur (s) qui finance(nt) le gap

**Gestion financière*** Faible tissue bancaire à l’intérieur, fort encrage secteur informel
* Fonds de contrepartie qui achètent des intrants décaissés en retard (4 ème trimestre 2018)
* Manuel de procédures MS pas appliqué

***GAS**** Achat d’ARV et des tests de dépistage peu d’acteurs (FM, Unicef, Etat)

Imprévisibilité des achats avec les fonds de l’état |