

2017

**ANNEXE 1**  
**Rapport Visite Terrain Conakry GAS et gestion**  
**financière/programmatische**  
**20.11 – 7.12.2017**

**Comité de Suivi**  
**Stratégique (CSS)**  
**ICN Guinée**

## Table de matière

Abréviations .....	3
2. Coordonnés .....	5
2.1 Coordonnés interlocuteurs .....	5
2.2 Coordonnés équipe CSS .....	7
3. Structures visitées .....	8
3.1 CTA du CHU Donka + son laboratoire.....	8
3.2 CDT du CHU Ignace Deen (Co-infection TB/VIH) – Laboratoire (LNR).....	8
3.3 CTA Dream (VIH/SIDA) / laboratoire .....	9
3.4 CDT Madina (Rx TB et HIV séparée) .....	9
3.5 AGBEF (VIH/SIDA).....	9
3.6 CDT La Carrière (Co-infection TB/HIV) .....	10
3.7 Action Damien / PNLAT .....	10
3.8 Solthis .....	11
3.9 FMG .....	12
3.10 ASFEGMACI.....	14
3.11 MSF.....	14
3.12 PSI – Population Services International.....	14
4. Fiche signalétiques Subventions FM Guinée.....	15
5. Laboratoires / équipement (LNR et autres) .....	15
6. Résultats selon les fonctions opérationnelles de la chaîne d’approvisionnement.....	18
6.1 Quantification et spécification .....	18
6.2 Achat, logistique d’importation, et dédouanement (Réception).....	28
6.3 Entreposage central/régional et stockage aux FOSA, PS, et ASC.....	33
6.4 Transport/distribution.....	44
6.5 Usage rationnel .....	54
7. Autres résultats stratégiques – Gestion programmatique – Financière – Autre .....	57
7.1 Gestion du programme (Gouvernance – gestion SR).....	57
7.2 Gestion Financière.....	61
7.3 Qualité de services .....	66

## Abréviations

AGBEF	: Association Guinéenne pour le Bien-être Familial
ARV	: Antirétroviraux
ASC	: Agents de Santé communautaire
BSD	: Bureau de Stratégie et de Développement
CCM	: Country Coordinating Mechanism
CDT	: Centre de Traitement – Tuberculose
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CRS	: Catholic Relief Services
CTA	: Centre de Traitement Antirétrovirale
CTPS	: Comité Technique Préfectoral de la Santé
DHIS2	: District Health Information System Version 2, Nom du logiciel utilisé comme Système National d'Information Sanitaire
DNEHS	: Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
DNPM	: Direction Nationale de la Pharmacie et des Médicaments
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSVCo	: Direction Sanitaire de la Ville de Conakry
DTS	: Directives de Traitement/Prescription Standards
e-LMIS	: Logiciel pour faciliter la centralisation des données de consommation des FOSA
FM	: Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la TB et le paludisme
FOSA	: Formation Sanitaire (hôpital national, régional ou préfectoral, centre de santé)
FS	: Formation Sanitaire
GAS	: Gestion d'approvisionnement et Stock
HN	: Hôpital National
HP	: Hôpital Préfectoral
HR	: Hôpital Régional
ICN	: Instance de Coordination National
IO	: Infections Opportunistes
IPPF	: Fédération Internationale Pour la Planification Familiale
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
LMNE	: Liste Nationale des Médicaments Essentiels
LNCQM	: Laboratoire National de Contrôle Qualité des Médicaments
MS	: Ministère de la Santé
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OSC	: Organisation de la société civile
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PCG	: Pharmacie Central de Guinée
PCU	: Point de Commande d'Urgence
PE	: Pères Educateurs
PEC	: Prise en Charge
PF	: Planification Familiale
PF FM	: Points Focaux FM (médecins au niveau DPS financé par le FM)
Pipeline	: Logiciel permettant la planification des intrants pays

Plan	: ONG Internationale, PR subvention TB, VIH volet communautaire (2018)
PMI	: Président Malaria Initiative
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLAT	: Programme National de Lutte Antituberculeuse
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNPCPS	: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention du VIH/SIDA
POS	: Procédure Opératoire Standard
PPN	: Politique Pharmaceutique Nationale
PR	: Principal Recipient
PS	: Poste de Santé
PSI	: Population Service International
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PTS	: Protocoles Thérapeutiques Standardisés
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
RP	: Récipiendaire principal
RSS	: Renforcement des systèmes de santé
S&E	: Suivi et Évaluation
SAGE	: Nom du logiciel de comptabilité et gestion de stock utilisé par la PCG
SBC	: Service à Base Communautaire
SIAPS	: System for Improved Access to Pharmaceutical and Services
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis
SIGL	: Système d'Information pour la Gestion Logistique
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SP	: Secrétariat Permanent (de l'ICN)
SR	: Sous-réceptiendaire
SR	: Santé de la Reproduction
TB-MR	: Tuberculose-Multiresistant
UGL	: Unité de Gestion Logistique
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URP	: Utilisation Rationnelle des Produits
USAID	: Agence des Etats Unis pour le Développement International
VIH	: Virus d'Immuno-Déficiences Humain

#### Termes technique gestion de stock

CMM	: Consommation Moyenne Mensuelle
ETP	: Équivalent Temps Plein
FEFO	: First Expired First Out
FIFO	: First In First Out
Max	: Niveau de stock maximum
Min	: Niveau de stock minimum
MSD	: Mois de Stock Disponible
PPPS	: Premier Périmé Premier Sorti
QàC	: Quantité à Commander
SDU	: Stock Disponible et Utilisable



## 2. Coordonnés

### 2.1 Coordonnés interlocuteurs

No.	Nom, Prénom	Fonction	E-mail/Site web	Telephone
<b>1.</b>	<b>Plan - PNLAT</b>			
1.1	Dr. Toupou	Pharmacien Plan	<a href="mailto:Jacques.TOUPOU@plan-international.org">Jacques.TOUPOU@plan-international.org</a>	660 71 18 98
1.2	Mr CAMARA, Abdoulaye Seffai	Responsable Pharmacie PNLAT	<a href="mailto:a.seffancamara@yahoo.fr">a.seffancamara@yahoo.fr</a>	624-94-50-50
1.3	Dr. DALAMOTA	Responsable pharmacie Ignace Deen (PNLAT)	<a href="mailto:daoudalamolota@yahoo.fr">daoudalamolota@yahoo.fr</a>	628-59-42-87 664-19-29-44
<b>2.</b>	<b>CNLS - PNPSP</b>			
2.1	Dr. Alphonse LOUA	CNLS-Responsable GAS/Appro	<a href="mailto:howoroloua@yahoo.fr">howoroloua@yahoo.fr</a>	624 196 261
2.2	Dr. Housseini Bah	PNPSP-Expert national	<a href="mailto:kadihou57@yahoo.fr">kadihou57@yahoo.fr</a>	626 417 107
<b>3.</b>	<b>CRS</b>			
3.1	Mr. BAH, Makambanya	Resp. GAS	<a href="mailto:Makambanya.bah@crs.org">Makambanya.bah@crs.org</a>	622-91-58-94
3.2	MUHIRE, Gladys	Resp. GAS	<a href="mailto:gladys.muhire@crs.org">gladys.muhire@crs.org</a>	
<b>4.</b>	<b>PSI</b>			
4.1	Dr. Joseph Tanou KALIVOGUI	Directeur adjoint chargé GAS	<a href="mailto:jkalivogui@psiguinee.org">jkalivogui@psiguinee.org</a>	625-25-79-38
<b>5.</b>	<b>Chemonics – Consultant FM</b>			
5.1	BAHATI, Claude	Chemonics - Directeur Pays	<a href="mailto:cbahati@ghsc-psm.org">cbahati@ghsc-psm.org</a> Parcelle 01 – 15, sise à Kipe, Commune Ratom	620-10-85-00
5.2	BASSONON, Dieudonné	Consultant FM - Coordinateur Appui technique FM	<a href="mailto:dbassonon@gmail.com">dbassonon@gmail.com</a>	627-2-41-41
5.3	Dr. DIALLO, Ndiouga	UNFPA	<a href="mailto:ndiallo@unfpa.org">ndiallo@unfpa.org</a>	624-07-17-68
<b>6.</b>	<b>Action Damien</b>			
6.1	Dr Souleymane HASSANE HAROUNA	Représentant Conseiller Médical PNLAT	<a href="mailto:hassoul20@yahoo.fr">hassoul20@yahoo.fr</a> Skype: hbontassi	Cel: +224 620 71 75 93
6.2	Dr. CHERIF, Gba- Foromo	Medicin Superviseur de la Lutte contre la Tuberculose	<a href="mailto:Cheriflola83@gmail.com">Cheriflola83@gmail.com</a>	Cell : 622-59- 74-32
6.3	<a href="https://www.actiondamien.be/projets/travers-le-monde/quinee">https://www.actiondamien.be/projets/travers-le-monde/quinee</a>			
<b>7.</b>	<b>CHU Ignace Deen Service Pneumologie + LNRM</b>			
7.1	Pr Oumou Younoussa Bah Sow	Responsable service Pulmologie	<a href="mailto:oumou45@yahoo.fr">oumou45@yahoo.fr</a>	
7.2	Dr. NZABINTWALI, Fulpence	Resp LNRM		622-83-10-75
7.3	Dr. CAMARA, Aboubacae	Médecin	<a href="mailto:Alcamara88@yahoo.fr">Alcamara88@yahoo.fr</a>	



No.	Nom, Prénom	Fonction	E-mail/Site web	Telephone
7.4	Mme BARRY, Rouguiatou	Infirmière		
7.5	CAMARA, Aboubacar	Médecin	<a href="mailto:Aboubacarcamara377@gmail.com">Aboubacarcamara377@gmail.com</a>	
7.6	DIALLO, Boubacar Djeb	Médecin		
<b>8.</b>	<b>CTA CHU Donca / Laboratoire</b>			
8.1	Dr. KOUMADI, Keita		<a href="mailto:komaramamady@gmail.com">komaramamady@gmail.com</a>	622-90-34-34
8.2	Dr. OUMAR, ...		<a href="mailto:Oumardoum01@gmail.com">Oumardoum01@gmail.com</a>	624-19-62-64
8.3	Mme, KEITA, Bintou			621-66-15-97
<b>9.</b>	<b>CDT Madina (23.11)</b>			
9.1	Mme SYLLA, Hassamatou	Infirmière resp. TB		655-69-91-91
9.2	Mr BAH, Mohammed	Biologiste		664-72-48-61
9.3	Mme BALDE, Mariam	Biologiste		664-50-71-72
<b>10.</b>	<b>CDT la Carrière (CAJR)</b>			
10.1	BARRY, A.	Infirmier responsable TB	<a href="mailto:malkobarry2004@yahoo.fr">malkobarry2004@yahoo.fr</a>	628-38-34-10
10.2	Dr. BARRY, Oumar	Médecin	<a href="mailto:Alphaoumarbarry79@yahoo.fr">Alphaoumarbarry79@yahoo.fr</a>	666-45-50-00
<b>11.</b>	<b>AGBEF</b>			
11.1	Dr. TRAORE, Pernamou		<a href="mailto:traorepernamou@yahoo.ca">traorepernamou@yahoo.ca</a>	626-93-59-97
11.2	SANOI, Fassouma	Directeur Executif	<a href="mailto:sanohfassouma@gmail.com">sanohfassouma@gmail.com</a>	664-360-298/ 657-101-291
11.3	CAMARA, Youssouf Fodé	Directeur Administratif et Financier (DAF)	<a href="mailto:Youfoam3@yahoo.fr">Youfoam3@yahoo.fr</a>	657-10-12-85 /666-04-66-93
11.4	<a href="https://www.ippf.org/about-us/member-associations/guinea-conakry">https://www.ippf.org/about-us/member-associations/guinea-conakry</a>			
<b>12.</b>	<b>Centre Dream</b>			
12.1	SYLLA, Fatoumata	Coordonnatrice	<a href="mailto:fatoumata.sylla@dream-guinee.org">fatoumata.sylla@dream-guinee.org</a> <a href="mailto:info@dream-guinee.org">info@dream-guinee.org</a>	664-46-96-50
12.2	DIONBATE, Momo		<a href="mailto:dioubatemomo@gmail.com">dioubatemomo@gmail.com</a>	628-42-33-66
12.3	TOURE, Hawa		<a href="mailto:Hawatoureht5@gmail.com">Hawatoureht5@gmail.com</a>	628-95-58-60
12.4	GRUGOGA, Kalira		<a href="mailto:Kalidel2006@gmail.com">Kalidel2006@gmail.com</a>	628-02-13-17
12.5	NONA-CE, Loua Fassou		<a href="mailto:Louafassounonace87@gmail.com">Louafassounonace87@gmail.com</a>	622-69-60-70
12.6			<a href="mailto:cristinacannelli@gmail.com">cristinacannelli@gmail.com</a>	
12.7	<a href="http://dream.santegidio.org/2006/03/13/fr112/?lang=fr">http://dream.santegidio.org/2006/03/13/fr112/?lang=fr</a>		<a href="http://www.amu.lu/index.php/component/k2/48-guinee-projet-de-soutien-au-programme-dream-de-lutte-contre-le-sida-projet-2013-2015/64">http://www.amu.lu/index.php/component/k2/48-guinee-projet-de-soutien-au-programme-dream-de-lutte-contre-le-sida-projet-2013-2015/64</a>	
<b>13.</b>	<b>OCASS</b>			



No.	Nom, Prénom	Fonction	E-mail/Site web	Telephone
13.1	Dr. FOFANA, Thierno Oumar	Responsable des Programme du REGAP+ Médecin	<a href="mailto:Oumar.medecin@gmail.com">Oumar.medecin@gmail.com</a> skype: oumar.fofana86	623 28 77 43/ 666 63 21 08
13.2	SOW, Thierno Amadou	Chef projet HF - Heath Focus	<a href="mailto:thierno.sow@health-focus.de">thierno.sow@health-focus.de</a>	622 69 78 09
13.3	DIALLO, Mamadou Tiapa	Chef Projet OCCASS - REGAP+	<a href="mailto:mtiapadiallo@yahoo.fr">mtiapadiallo@yahoo.fr</a>	664 27 06 52
13.4	KABA, Mariamagbé	DE - REGAP+		620 322 861
13.5		Responsable S+E	<a href="mailto:Aide.integree@gmail.com">Aide.integree@gmail.com</a>	
<b>14.</b>	<b>Solthis</b>			
14.1	BILLAUD, Anthony	CdP FM/CNLS	<a href="mailto:Resp.VIH.FM@solthis.org">Resp.VIH.FM@solthis.org</a>	624 51 09 – 43
14.2	GUIDIGBI, Hugues	CP OPPERA	<a href="mailto:Chefduprojetoppera.guinee@solthis.org">Chefduprojetoppera.guinee@solthis.org</a>	628 11 27 – 49
14.3	KABORE, Samuel	CCA OPPERA	<a href="mailto:Supplychainoppera.guinee@solthis.org">Supplychainoppera.guinee@solthis.org</a>	624 61 72 99
<b>15.</b>	<b>FMG</b>			
15.1	Dr. Mouctar		<a href="mailto:drdiallomouct@gmail.com">drdiallomouct@gmail.com</a>	628-26-54-26
15.2	Dr. DAOUDA, Sonaré	Resp. S+E	<a href="mailto:Daoudadev1986@gmail.com">Daoudadev1986@gmail.com</a>	622-59-88-99
15.3	DIALLO, Abdoul, Karim	S+E		623-75-83-88
<b>16.</b>	<b>ASFEGMACI</b>			
16.1	Dr. MAMADY, Keira		<a href="mailto:keiramamady@yahoo.fr">keiramamady@yahoo.fr</a>	622-41-46607
16.2	MANCIDY, Keita			664-29—05
16.3	Dr. Mariama, .....		<a href="mailto:asfegmassi@yahoo.fr">asfegmassi@yahoo.fr</a>	622-627-657
16.4	CISSE, Aboubacar	Psychologue	<a href="mailto:Abcisse15@yahoo.fr">Abcisse15@yahoo.fr</a>	

## 2.2 Coordonnés équipe CSS

No.	Nom, Prénom	Fonction	E-mail	Téléphone
<b>1.</b>	<b>Comité de Suivi Stratégique (CSS)</b>			
1.1	Dr CAMARA, Mamadou	Président CSS	<a href="mailto:camaramamadou50@gmail.com">camaramamadou50@gmail.com</a>	664-34-52-29
1.2	DIAKHABY, Bintou	Membre CSS	<a href="mailto:b.diakhaby01@gmail.com">b.diakhaby01@gmail.com</a>	622-20-78-20
1.3	Dr KOLIE, Jean-Robert	Membre CSS	<a href="mailto:clubdesamisdulivre@yahoo.fr">clubdesamisdulivre@yahoo.fr</a>	622-03-85-80
1.4	COULIBALY, Tory	Membre CSS	<a href="mailto:koulibalytory@gmail.com">koulibalytory@gmail.com</a>	622-02-19-43
<b>2.</b>	<b>CT – Comité Technique</b>			
2.1	Dr. SAMOURA, Demba	Président CT TB et HIV	<a href="mailto:docteursamourad@gmail.com">docteursamourad@gmail.com</a>	664-21-94-88
2.2	Dr. KOUROUMA, Mamady	Président CT Paludisme	<a href="mailto:kouroumamamady201@gmail.com">kouroumamamady201@gmail.com</a>	621-99-77-69
<b>3.</b>	<b>Expert Intégré</b>			
3.1	Dr HUBER, Goetz		<a href="mailto:Goetz.huber@cimonline.de">Goetz.huber@cimonline.de</a>	621-17-97-90

### 3. Structures visitées

#### 3.1 CTA du CHU Donka + son laboratoire

<b>Désignation / Coordonnés</b>	CTA du CHU Donka + son laboratoire	
<b>Zone d'intervention</b>	Conakry	
<b>Description Organisation / Info interlocuteur</b>	Le CTA (Centre de Traitement Ambulatoire) de Donka fait la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA	
<b>Activités</b>	<p><b>Le laboratoire CTA :</b> Le centre dispose toutes les unités d'analyse biomédicale adéquate pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (biochimie, biologie moléculaire, hématologie.....).</p> <p>L'ONG internationale SOLTHIS assure la plus part de nos formations et dote par fois le centre en équipement.</p>	
<b>Chiffres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le centre reçoit en moyenne 300 patients par mois</li> </ul> <p>La file active jusqu'à fin septembre 2017 : 7312 patients</p>	

#### 3.2 CDT du CHU Ignace Deen (Co-infection TB/VIH) – Laboratoire (LNR)

<b>Description Organisation / Info interlocuteur</b>	Ignace Deen Centre Hospitalier Service Pulmologie	Responsable Service de Pulmologie : Pr. Oumou Younoussa Bah Sow
<b>Zone d'intervention</b>	Conakry	
<b>Activités</b>	<p><b>Prise en charge / Hospitalisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TB-MR et sensible</li> <li>TB-HIV Coinfection</li> <li>24 lits</li> </ul>	<p><b>CTA Macenta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2ieme site de traitement TB-MR</li> </ul> <p><b>Laboratoire Conakry (LNR)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Culture seulement à Conakry</li> <li>Justqu'a Dec. 17/ Janv.18 pas possible faire des Antibiogrammes – pour choisir les meilleurs antituberculeux à utiliser – choisir traitement plus efficace (problème installation /maintenance 2 hottes et certification (1 hotte Macenta)</li> </ul>
<b>Autres infos pertinent</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Projet de rénovation/ reconstruction du LNR et projet d'extension pavillon d'hospitalisation</li> </ul>
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins TB MR : 2</li> <li>Infirmières : 8</li> <li>Laboratoire :</li> </ul>	





### 3.3 CTA Dream (VIH/SIDA) / laboratoire

<b>Désignation / Coordonnés</b>	COMUNITA' DI S. EGIDIO ACAP- PROGRAMME DREAM	
<b>Zone d'intervention</b>	Conakry et clinique satellites de Dubreka (2011) et Coyah (2009)	
<b>Description Organisation / Info interlocuteur</b>	SR VIH Oct 15 – Dec.17 420.724 USD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CTA VIH</li> <li>• Centre DREAM Dubreka/Centre</li> <li>• DREAM Fassia (DPS Coyah)</li> <li>• PTME auprès du dispensaire St Gabriel à Matoto</li> </ul>
<b>Activités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Dixinn il y a des patients surtout de la ville (mais il y en a qui viennent de toute la Guinée)</li> <li>• Dans le dispensaire de St Gabriel Dream prend en charge les femmes testées positives aux visites de la CPN <ul style="list-style-type: none"> <li>- à la fin de la PTME elles sont référées dans les 3 autres centres DREAM ou à autres CTA</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Chiffres</b>	File active : 4268 (PEC et PTME) • N° totale patients à la charge	Appui nutritionnel est fournis au 700 PPVIH - intrants par PAM – payé par FM
<b>Autres infos pertinent</b>	<b>Nbre Examen Labo (Oct. 17)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charge Virale : 229</li> <li>• CD4 : 797</li> <li>• ADN test(diagnostic précoce-PCR) : 25</li> </ul>	1Ere ligne ARV adultes : 3415 1ère ligne ARV enfants : 124 2ème ligne ARV adultes: 511 2ème ligne ARV enfants : 13 3ème ligne ARV adultes : 13
<b>Personnel :</b>	Coordinatrice : 1 Médecins : 4 Biologistes : 4 Pharmacien : 1 Infirmière : 1 <b>Au compte FM : 1 SE, 1 comptable</b>	Comptable : 1 Informaticien : 1 Administratif : 1 Chauffeurs 2 Staff auxiliaire : 5

### 3.4 CDT Madina (Rx TB et HIV séparée)

### 3.5 AGBEF (VIH/SIDA)

Rencontre avec le directeur exécutif, DAF, responsables programme médicale et logistiques

<b>Zone d'intervention</b>	CSA : Conakry, Kindia, Labé, Kissidougou, Kankan, Nzerekouré, Guekedou Campagnes : Conakry, à l'intérieur	
<b>Description Organisation / Info interlocuteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG nationale, née 1985, Association guinéenne pour le Bien être familiale(AGBEF)</li> <li>• Fait partie des associations membres d'IPPF</li> </ul>	<b>Domaines d'intervention</b> Santé de la reproduction : Planification familiale VIH (y compris PTME) IST

		Santé des adolescents et jeunes Obstétrique (CPN et accouchement) Gynécologie
<b>Activités FM</b>	<b>SR PSI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagnes de dépistages</li> <li>• Causeries éducatives avec population clés et à risque : HSH, minières, hommes en uniforme, ...</li> <li>• <b>CSA - services adaptés pour les populations clés</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSA - Prestations soins</li> <li>• Points prestation Jeunes : Conakry, Labé, Kindia - L'espace de jeunes, s'expriment, l'offre de services SR / IST)</li> </ul>
<b>Chiffres</b>	<p>Nombre de Causeries Educatives : 733</p> <p>Nombre de personnes touchées par CE : 16.544</p> <p>Nombre de préservatifs masculins distribués : 1.987.436</p> <p>Nombre de préservatifs féminins distribués : 7.983</p> <p>Nombre de lubrifiants distribués : 550.283</p> <p>Nombre de Combos distribués : 8.924</p> <p>Nombre de campagnes : 14</p> <p>Nombre de personnes touchées par Campagne : 18.796</p> <p>Nombre de personnes dépistées pendant les campagnes : 5.383</p> <p>Nombre de personnes dépistées positives pendant les campagnes : 118</p> <p>Nombre de personnes référées : 118</p> <p>Total des personnes dépistées pour tout le projet : 6.424</p> <p>Total des personnes dépistées positives pour tout le projet : 203</p> <p>Total des personnes dépistées positives pour tout le projet et référées : 203</p>	
<b>Autres infos pertinent</b>	Coopération GIZ : programme intégration de la PF dans le paquet VIH → Voir Rapport de l'analyse situationnelle de l'intégration du VIH et de la santé de reproduction/santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents en Guinée	

### 3.6 CDT La Carrière (Co-infection TB/HIV)

⇒ Voir activités Annexe 2

### 3.7 Action Damien / PNLAT

<b>Désignation / Coordonnés</b>	Dr. HASSANE HAROUNA, Souleymane Représentant et conseiller médical Programme National de Lutte Anti-Tuberculeuse	<a href="mailto:Hassoul20@yahoo.fr">Hassoul20@yahoo.fr</a> Cell : 620-71-75-93
<b>Zone d'intervention</b>	Conakry extension Boké	
<b>Description Organisation / Info interlocuteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG Belge, depuis 2007 en Guinée</li> </ul>	En poste en Guinée depuis Janvier 2016

<b>Activités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expertise poussée TB-MR mais aussi TB sensible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribue à l'achat de médicaments</li> <li>FM 2/3 , Action Damien et gouvernement (1/3)</li> </ul>
<b>Chiffres</b>	<p><b>PEC Patients Guinée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TB – MR : 140 malades/an (90 % à Conakry), le reste à Macenta (2ieme CDT)</li> <li>Augmentation des cas en relation avec 2016</li> <li>La Carrière : TB MR : 2016 : 37 - 2017 : 56 malades +</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TB – Sensible : 13 000 dont 50% dépisté à Conakry</li> </ul>
<b>Autres infos pertinent</b>	<p><b>Diagnostique et Suivi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gene Xpert + Culture</li> <li>Contact Malades TB MR, personnes PPVIH (de façon systématique)</li> </ul>	

- L'OMS a recommandé le régime court du traitement de la TB-MR en mai 2016
- Beaucoup des malades de Conakry viennent de Coyah et Dubreka

#### Prévalence de la tuberculose en milieu carcéral à Conakry, République de Guinée - 26/11/12

<http://www.em-consulte.com/article/771171/prevalence-de-la-tuberculose-en-milieu-carceral-a>

### 3.8 Solthis

<b>Désignation / Coordonnés</b>	ONG Solthis : Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé	Quartier Landreah, Dixinn, Corniche Nord - BP 6699 Conakry/République de Guinée Tel : (+224) 624 510 946 <a href="http://www.solthis.org">www.solthis.org</a>
<b>Zone d'intervention</b>	Echelle nationale (8 régions du pays)	
<b>Description Organisation / Info interlocuteur</b>	<p><b>Interlocuteur :</b> Chef de mission - Anne Lutun : <a href="mailto:chefdemissionguinee@solthis.org">chefdemissionguinee@solthis.org</a> Tel : (+224) 624 510 946</p> <p>ONG de solidarité internationale fondée par des médecins chercheurs, Solthis contribue à améliorer la santé de tous en renforçant durablement les systèmes de santé</p> <p>Domaines d'intervention : VIH/Sida, Tuberculose, Mère-Enfant, Infections Opportunistes neurologiques, Ebola, hépatites, diabète</p>	
<b>Activités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans le cadre de la subvention du Fonds Mondial, le CNLS (PR) a confié au SR Solthis la mise en œuvre les activités de décentralisation de la riposte du VIH dans les 8 régions de Guinée sur les volets de la formation en PEC adulte, PEC pédiatrique, DCIS, GAS et dispensation des intrants VIH et recherche opérationnelle</li> <li><b>Participation aux réunions de coordination nationale sur différentes thématiques :</b> SIS, quantification des intrants VIH, groupes cibles.</li> </ul>	

	<b>Production de documents normatifs sur le VIH :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuel de formation pour la PEC globale du VIH et de la co infection TB/VIH</li> <li>• Manuel de formation pour le dépistage</li> <li>• Manuel de procédures de gestion logistique et de suivi des ARV et intrants</li> <li>• Guide national de quantification des intrants VIH, guide sur les normes et procédures de l'examen de la charge virale</li> </ul>	
<b>Chiffres</b>	<b>Sur la subvention 2015-2017 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 249 agents de santé formés en PEC adulte</li> <li>• 199 agents de santé formés en PEC pédiatrique</li> <li>• 297 agents sur le DCIS</li> <li>• 175 agents sur la GAS et dispensation des ARVs</li> <li>• 45 agents sur la recherche opérationnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 86 sites ciblés sur la PEC</li> <li>• 65 sites sur le DCIS</li> <li>• 141 sites sur GAS et dispensation des ARVs</li> </ul>
<b>Autres infos pertinent</b>	Solthis intervient en Guinée depuis 2008 à la demande des autorités guinéennes	

### 3.9 FMG

<b>Désignation / Coordonnés</b>	ONG FMG : Fraternité Médicale Siege social Hafya Minière, 030BP34 Conakry - Guinée	Site web: <a href="http://www.ong-fmg.org">www.ong-fmg.org</a> E-mail: <a href="mailto:fmg@ong-fmg.org">fmg@ong-fmg.org</a> / <a href="mailto:drsowab@msn.com">drsowab@msn.com</a> Tél. 30 47 84 06/ 664 50 49 14/ 628 70 78 94
<b>Zone d'intervention</b>	FMG intervient dans la quasi-totalité des préfectures guinéennes. De manière permanente dans 13 préfectures et les 5 communes de la ville de Conakry et de façon ponctuelle dans 18 autres préfectures. Des antennes opérationnelles au niveau des régions de: Basse Guinée(Kindia), Moyenne Guinée(Labé),	
<b>Description Organisation / Info interlocuteur</b>	<p>Fraternité Médicale Guinée créée en 1994 est une ONG de droit guinéen régie par la loi L013/2005. Elle a à son actif 80 salariés. Son domaine de compétence est l'offre de soins et services de santé et le renforcement des capacités. Elle participe au renforcement du système de santé guinéen par son appui à l'amélioration de la couverture sanitaire au travers de ses centres de santé associatifs et l'installation des médecins en zone rurale. Elle intègre des programmes verticaux (maladies neuropsychiatriques, lèpre, paludisme, tuberculose et le VIH) et de prise en charge des populations à haut risque (HSH, professionnelles du sexe, prisonniers) dans les structures de soins.</p> <p>FMG est partie prenante de la mise en œuvre des programmes du Fonds Mondial en Guinée.</p> <p><b>Interlocuteur :</b> le Directeur Exécutif de Fraternité Médicale Guinée. Dr Abdoulaye SOW +224 628 70 78 94, <a href="mailto:drsowab@msn.com">drsowab@msn.com</a></p>	
<b>Activités Fonds Mondial</b>	Dans le cadre de la subvention du NFM 2015-2017 est SR des deux PR. <b>PR/SE/CNLS :</b> FMG est responsable du volet CDV	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Au niveau des structures CDV (formation du personnel, supervisions formatives, collecte et transmission des données),</li> <li>- Au niveau communautaire, organisation des campagnes de sensibilisation couplées au dépistage</li> </ul> <p><b>PR /PSI</b> : FMG a eu en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'encadrement des 10 SA</li> <li>- Le volet communautaire au tour des 10 SA (activités CCC : causeries éducatives avec PS et HSH)</li> <li>- Les activités de plaidoyer pour le respect des droits des PVVIH et populations clés auprès des Hommes en uniformes, des élus locaux et des jeunes,</li> </ul> <p><b>SR/UNICEF</b> : FMG est Sous Sous Réciendaire du volet PTME communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La formation des prestataires (SMNI/PTME/PEC et DBS)</li> <li>- La formation des médiateurs au niveau des sites PTME (médiation/VIH)</li> <li>- La Formation des membres des CECOJE et écoles privées et publiques (VIH, vie saine) et mise à disposition du matériel IEC,</li> <li>- Le suivi et mise à disposition des intrants,</li> <li>- L'organisation des séances de coaching pour la confection d'échantillons de DBS en faveur des prestataires formés,</li> <li>- L'organisation d'un atelier national de formation des formateurs sur la SMNI/PTME/PEC à base communautaire</li> <li>- La supervision des activités</li> </ul> <p><b>PR PLAN Guinée</b> : FMG est Sous Réciendaire du programme TB communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des AC et superviseurs</li> <li>- Supervision des activités (visite à domicile, causeries éducatives, recherches des perdus de vue)</li> <li>- 190/200, Super 5, AC 190/200, Sites 5</li> </ul>
<p><b>Chiffres</b></p>	<p><b>PR PSI</b> : valeurs cibles du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 792 causeries éducatives</li> <li>- 8924 contacts touchés par les CE</li> <li>- 5256 personnes à dépistées</li> <li>- 10 services adaptés à encadrer</li> <li>- 21 ateliers de plaidoyer à réaliser pour toucher 301 participants HU et jeunes</li> <li>- 20 rendez-vous avec les élus locaux</li> <li>- 80 élus locaux à touchés</li> </ul> <p><b>PR SE/CNLS</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9 supervisions trimestrielles à réaliser</li> <li>- 128 027 femmes et d'hommes âgés de 15 ans et plus qui ont fait un test VIH et connaissent les résultats au cours du projet</li> </ul> <p><b>PR PLAN</b> : valeurs cibles du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 200 AC et 5 superviseurs formés</li> <li>- 200 sites couverts</li> </ul> <p><b>SR UNICEF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 187 sites PTME touchés</li> <li>- 211 prestataires formés sur le DBS</li> <li>- 182 médiateurs formés (médiation et promotion de dépistage du couple)</li> <li>- 1 atelier national de formation de formateurs sur la SMNI/PTME/PEC</li> </ul>

	- 101 pairs-éducateurs formés sur les techniques d’animation sur les compétences en vie saine
<b>Autres infos pertinent</b>	FMG a développé plus de 80 projets depuis sa création avec des partenaires nationaux et internationaux, parmi ses partenaires, on peut citer les institutions onusiennes (ONUSIDA, UNICEF, PNUD et OMS), les Etats (France, Japon, Allemagne, Belgique et Luxembourg), l’Union Européenne, les ONG internationales (MSF-Belgique, ENDA Santé, Solidarité Sida, Sidaction, AEDES), nationales et Organisations Communautaires de Base guinéennes.

### 3.10 ASFEGMACI

⇒ Voir Annexe 2

### 3.11 MSF

Sont indépendant, ne reçoivent pas de fonds du FM

<b>Désignation / Coordonnés</b>	<b>MEDECINS SANS FRONTIERES- Belgique</b> Coleah Abattoir Corniche Sud, commune MATAM, BP : 3523, Conakry	Tel : 00224 (13) 40 99 09 Email : <a href="mailto:msfocb-conakry@brussels.msf.org">msfocb-conakry@brussels.msf.org</a>
<b>Zone d’intervention</b>	Conakry	
<b>Description Organisation / Info interlocuteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ONG médicale, internationale à caractère humanitaire, neutre, impartiale et indépendante</li> <li>Vient en aide à la population en détresse : déplacement de population, épidémies/endémies/pandémies, catastrophe naturelles, lacune sanitaire...</li> </ul>	
<b>Activités</b>	<b>Prise en charge de PVVIH avec 5 axes stratégiques majeurs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Accès au statut et lutte contre la stigmatisation</li> <li>Accès aux soins</li> <li>Accès aux soins de qualité</li> <li>PTME</li> <li>Recherche opérationnelle.</li> </ul>	
<b>Chiffres</b>	10.776 PVVIH en cohorte jusqu’en fin T3 (septembre) 2017.	
<b>Autres infos pertinent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projet initialement commencé depuis 2003, 14 ans d’existence</li> <li>CMC Matam (Ambulatoire et une petite hospitalisation) principalement, avec appuis en décentralisation (ambulatoires) des 3 CMC (Coleah, Flamboyant et Minière) et 3 CDS (Gbessia, Wanindara et Tombolia).</li> <li>Centre de prise en charge des cas de VIH avancé à Donka/USFR (31 lits d’hospitalisation dont 4 aux soins intensifs)</li> </ul>	

### 3.12 PSI – Population Services International

⇒ Détails sur les activités menées par les intervenants listées dans l’Annexe 2

## 4. Fiche signalétiques Subventions FM Guinée

Résumé portefeuille Fonds Mondial Guinée - Partenaires de mise en œuvre

Subvention Paludisme - CRS

Subvention TB - Plan

Subvention VIH – PEC

Subvention VIH/Sida – Volet Communautaire/prévention

⇒ Annexe 2

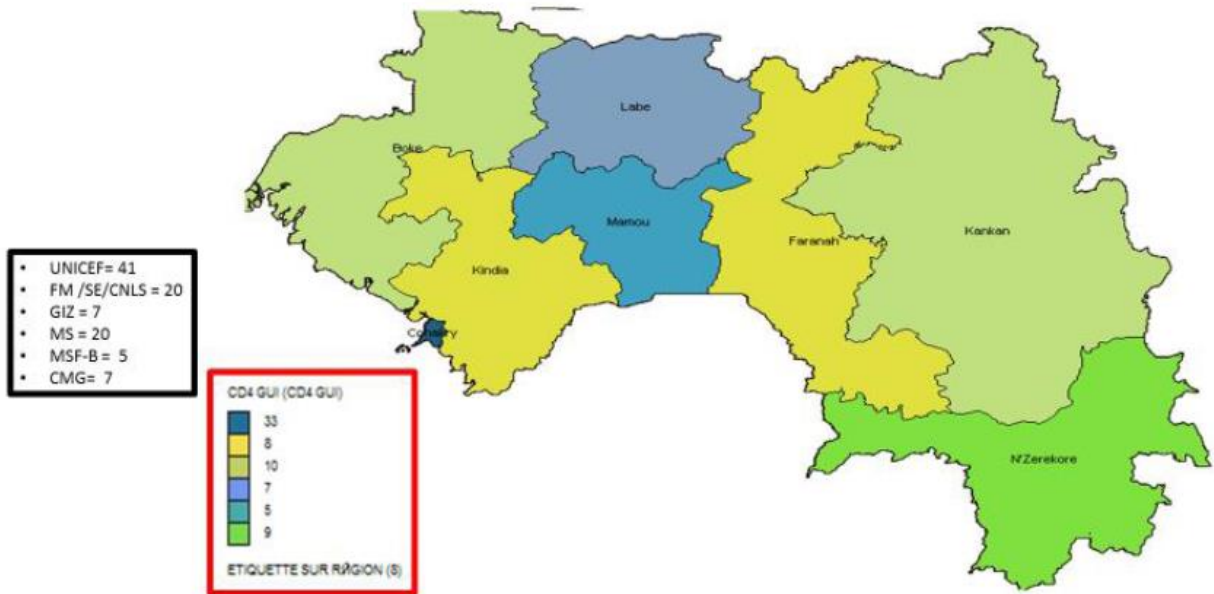
## 5. Laboratoires / équipement (LNR et autres)

1.	<b>Ignace Deen LNR</b>
1.1	<p><b>Procédure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hotte a été acheté 2015, livré il manquait des pièces, pas connectes, une tube au-dessus, connecté à l'extérieur n'était pas acheté</li> <li>• Les 2 hottes existantes ne sont pas certifiées, changements de filtres et maintenance nécessaire</li> </ul> <p><b>Autre problème/</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12.000 ligne maintenance insuffisance, pour faire toutes les activités de maintenance aussi autres, on ne peut pas les laisser</li> <li>• Nouv. Laboratoire à Macenta, manquait aussi une pièce</li> <li>• Nécessité réadapter le budget jusqu'au montant qui couvre les dépenses</li> <li>• Prestataire AFMS de l'Afrique du sud</li> <li>• Livraison des pièces et passage des spécialistes d'Afrique du Sud dans 45 jours (fin Janv 18)</li> </ul>
1.2	<p><b>Laboratoire : Plus possible de commander antibiogramme (problème de hotte)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacte négativement sur la prise en charge des patients ou un tests de sensibilité des médicaments efface est indiqué</li> <li>• On le traite à l'aveugle</li> <li>• Influence la qualité de traitement - on ne peut pas prescrire un traitement spécifique comme les Algorithmes demandent de le faire</li> </ul> <p>Projet de rénovation/ reconstruction du LNR et projet d'extension d'un pavillon d'hospitalisation</p>



Cartographie des appareils CD4 et appareils GeneXpert par région sanitaire -2016

Situation des compteurs CD4 en Guinée, 2017

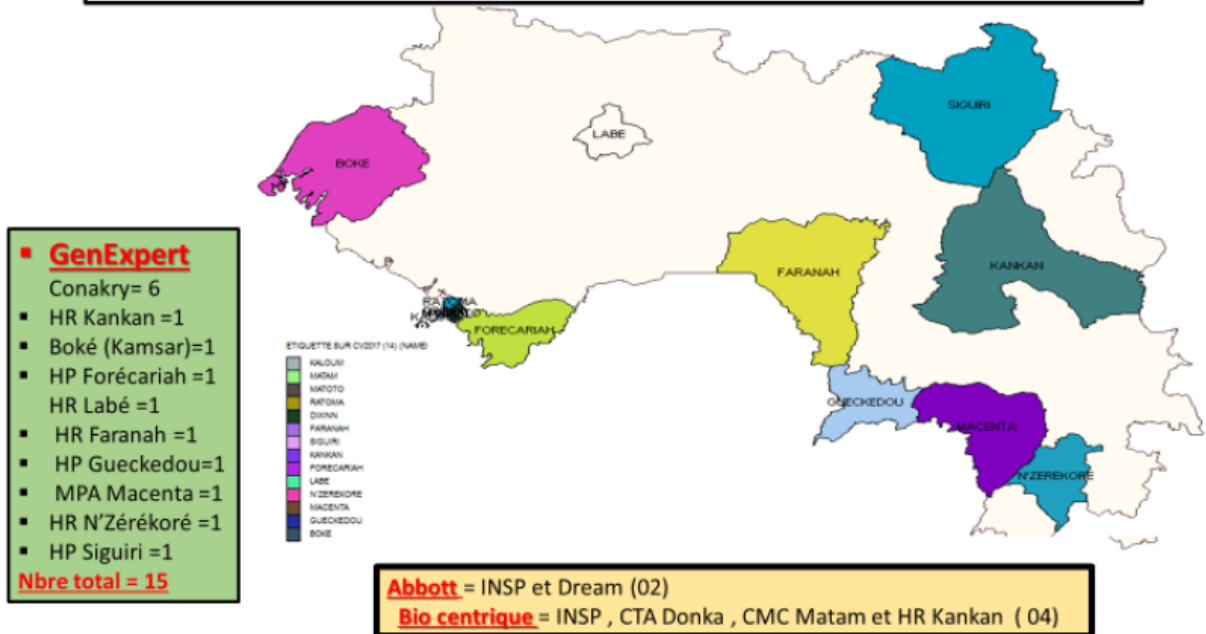


GeneXpert

- Conakry : MSF 2 , LNR (Ignace Deen)
- Temps : machine 1 heure (24 heures) –
- Ignace Deen : Tous demandes satisfaits

Cartographie des appareils d'examen de la charge virale région sanitaire -2016.

Répartition des appareils de charge virale par district sanitaire et par type d'appareil, 2017 en Guinée.





### Répartition appareils GenXpert dans les différentes structures sanitaires

N°	Régions	Structures sanitaires	Quantité	Quantité par région
1	Conakry	Laboratoire national de santé (LNSP)	1	4
		Pneumo/ HNID	1	
		Laboratoire du CTA de Donka	1	
		Laboratoire FH / HN Donka	1	
2	Kindia	HP Forécariah	1	1
3	Boké	CSA Kamsar	1	1
4	Labé	HR Labé	1	1
5	Faranah	HR Faranah	1	1
6	Kankan	HR Kankan	1	2
		HP Siguiri	1	
7	N'Zérékoré	HR N'Zérékoré	1	3
		MPA Macenta	1	
		HP Gueckedou	1	
<b>Total</b>			<b>13</b>	<b>13</b>

### TB MS – Utilisation GenExpert

- Test : Résistance à la Rifampicine
  - Cas de suspicion de résistance
  - Antécédents de traitement : 1<sup>ère</sup> Rx sans succès, rechute
  - Contact TB MR
  - Enfants
- ⇒ On essaie de limiter les traitements long (qui jusqu'à présent représentaient la majorité)

### GeneXpert dans le rapportage PNLAT

Résultat du Diagnostic:		N° GeneXpert:.....	Mycobactérie TB R résistant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Culture <input type="checkbox"/>		Date:...../...../.....	Mycobactérie TB R sensible								
N° laboratoire: _____			Mycobactérie TB R résistance indéterminée								
			Mycobactérie TB non détectée								
			Invalidée / erreur/ sans résultat								
Antibiogramme:	S	H	R	E	Z	Km	Am	Cm	Ofx	Eto/Pto	Autre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient ayant reçu des médicaments de 2 <sup>ème</sup> ligne		Non: <input type="checkbox"/>	Oui: <input type="checkbox"/>	Précisez: _____							

<https://www.tbfacts.org/xpert-tb-test/>

## GeneXpert MTB/RIF dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Bukavu, à l'Est de la République Démocratique du Congo: quelles leçons tirées après 10 mois d'utilisation?

David Lupande, David Kaishusha, Carine Mihigo, Moise Itongwa, Gustave Yenga, Philippe Katchunga, The Pan African Medical Journal. 2017;27:260. doi:10.11604/pamj.2017.27.260.12575

<http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/27/260/full/>

## Suivi et évaluation des activités de contrôle de la tuberculose au Rwanda, Manuel de Procédures, 2013

[http://www.rbc.gov.rw/IMG/pdf/suivi\\_et\\_evaluation\\_des\\_activites\\_de\\_controle\\_de\\_la\\_tb\\_au\\_rwanda.pdf](http://www.rbc.gov.rw/IMG/pdf/suivi_et_evaluation_des_activites_de_controle_de_la_tb_au_rwanda.pdf)

## 6. Résultats selon les fonctions opérationnelles de la chaîne d'approvisionnement

### Etat de situation GAS produits subventionnés FM

#### Constats/défis/obstacles - Pistes de solutions

#### Carences - Mesures Correctives à mettre en œuvre

#### ⇒ Conclusion générales

1. Quantification et spécification
2. Achat, logistique d'importation, et dédouanement
3. Entreposage central/régional et stockage aux FOSA, PS, et ASC
4. transport/distribution
5. Usage rationnel

### 6.1 Quantification et spécification

#### 6.1.1 Niveau Central

#### Quantification

No.	Observations
1.	<b>PSI</b>
1.1	<p><b>Quantification Anti IST, condoms, lubrifiants seulement en fonction des cibles définit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La quantification pour l'anti IST cible uniquement les populations clés</li> <li>• Celle des condoms prend en compte les populations clés (HSH, PS), les populations vulnérables (Routiers, Miniers, pêcheurs, Hommes en uniformes, Jeunes...) et la population générale</li> <li>• Estimation 3 – 6 épisodes IST/ an par population clé</li> </ul>
1.2	<p><b>Problématique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Important d'avoir des bases solides / fiables, les structures doivent nous dire les vérités</li> <li>• Pour que nous puissions prendre des dispositions à temps</li> </ul> <p><b>Quantification</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimation / en collaboration avec le volet PEC</li> <li>• Validé dans le budget CNLS - aussi PNLPS - une seule quantification</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un seul PR s'adresse au PPM (qui s'adresse aux fournisseurs – IDA souvent)</li> <li>• Achat se fait de façon groupée</li> </ul> <p>⇒ Tous les PR demandent - distributions groupés</p> <p>⇒ Que le système d'allocation changera à celle de réquisition (qui prend en compte l'état de stock et les données de consommations)</p> <p>⇒ A défaut les FOSA sont livrés en allocation (avec les problèmes inhérents : surstock et ruptures)</p>
<b>2.</b>	<b>Action Damien</b>
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantification 2018 – 2020 : estimation des besoins pour tout le pays (autres contributeurs BND, Action Damien), déjà fait et soumis au FM</li> </ul>
2.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCG normalement devrait faire des inventaires mensuel sur la base du contrat avec et doit partager les résultats avec les PR</li> <li>• Malheureusement cette fréquence n'est pas respecté , pas en aout, pas en octobre 2017</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>PNLAT Pharmacien Ignace Deen</b>
3.1	<p><b>Bon de commande pas idéal/ insatisfaisant</b></p> <p><i>Voir page 85/86 PNLAT guide technique pour le personnel de santé et dans l'annexes de ce rapport</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'actuel bon de commande de PNLAT n'est pas pratique comme dans la majorité de cas les CDT commandent peu de molécules, avec les molécules réimprimées beaucoup de papier est gaspillé, les lignes non utilisés et souvent barrés pour être remplacés par des item qui ne figurent pas sur la liste</li> <li>• En TB les intrants puissent atteindre jusqu'à 100+ item, sur le bon figurent 26 item</li> </ul> <p><b>Proposition du pharmacien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviter le gaspillage de 2 grandes feuilles</li> <li>• Le bon ne doit pas être pré-écrit, d'une certaine façon la version précédant était préférable</li> <li>• Colonne unité ne devrait pas être pré imprimé, parce que les produits viennent en différents formats</li> <li>• Il manque une 5ième feuille qui revient au PNLP avec toutes les signatures</li> <li>• Autres suggestions faites pour l'amélioration du formulaire</li> <li>• De façon idéale la disponibilité des intrants dans les FOSA devrait remonter via l'informatique internet</li> </ul> <p><b>Compromis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une seule feuille de bon de commande avec 3 – 5 Item les plus commandés pré-imprimés (RHZE, ..) le reste des lignes restant vides</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>La Carrière</b>
4.1	<p><b>Pour la TB sensible (allocation)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logique de la commande trimestrielle</li> <li>• Les commande entre les trimestres sont aidés par AD</li> </ul>
<b>5.</b>	<b>Ignace Deen</b>
5.1	<p><b>Tuberculose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de quantification travaille bien, Le TB a une bonne quantification, FM prend en charge les 2/3, toujours était les cas, problème de la contrepartie</li> <li>• Particularité TB : 1/3 achat de l'état ; on ne maîtrise cet apport</li> </ul> <p><b>Quantification (3 éléments)</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients enrôlés (perdus de vues, décès)</li> <li>• Projections:/ patients attendues</li> <li>• Etat de stock / l'inventaire</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p><b>Problème principale : contrepartie de l'état responsable pour l'achat de 1/3 des intrants TB</b></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TB n'a pas la même vitesse que les autres 2 maladies</li> <li>• Changement de PR (entre PSI et Plan) étaient une des causes pour ces délais</li> </ul>
--	---

### Contrôle des PR sur le stock PCG ?

<b>1.</b>	<b>PSI</b>
1.1	<b>Gestion intrants PSI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les produits médicaux, même si achetés par PSI au niveau international sont gérés par la PSG qui les livre dans les différents sites sur commande de PSI</li> </ul>
1.2	<b>Règles du contrat PR – PCG</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan : les produits sont entreposés à la PCG, le PR établit un plan de réapprovisionnement des sites avec l'implication du programme</li> <li>• PCG exécute, PSI avait encore le droit sur les produits (responsabilité située au niveau PSI)</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>Chemonics</b>
2.1	<b>Rôles des programmes (indirectement les PR)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N'ont plus besoin de s'impliquer, seulement de suivre</li> <li>• Mais pour suivre de loin il faut la transparence et plus ou moins des données correctes (vérifiables)</li> <li>• On ne peut pas tout contrôler, chaque fois qu'il y a des résistances</li> <li>• Est-ce que les PR/programmes ont la possibilité de suivre les traces – seulement cette transparence permettra aux PR de suivre moins de près, et contrôler moins</li> </ul>

### 6.2.1 Niveau prestation soins (Hôpitaux, CS, PS)

#### Allocation ou réquisition ?

No.	Observations
<b>1.</b>	<b>Action Damien</b>
1.1	<b>Comment se passe l'approvisionnement chez vous ?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allocations trimestrielles – chaque 3 mois programme transmet au PR et transmet à la PCG (Plan distribution T4 fin Sept) qui exécuté les prochaines 3 mois.</li> <li>• Plan distributions pour les meds TB sensible</li> <li>• Pour les meds TB-MR : un autre circuit, Action Damien (AD) appui la logistique pour , 3 structures à Conakry : Carrière, Ignace Deen, .....</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>AGBEF</b>
2.1	<b>Services adaptés : circuit d'approvisionnement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requête PSI – approuvé – PCG – utilisation toute suite – aller à l'intérieur, par réquisition – AGBEF organise eux même le transport</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Requetés sont faits et adressé à PSI concernant des Campagnes de sensibilisation (condoms)</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>Centre Dream</b>
3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Par réquisition</li> <li>Dream envoie les commandes au programme qui approuve</li> <li>Centre Dream cherche les intrants à la PCG</li> <li>Aussi la quantification est fait par Dream</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>Action Damien</b>
4.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>CDT sont livrés trimestriellement,</li> <li>Donnés de consommation montent trimestriellement, mais responsables ne maitrisent pas encore le CCM</li> </ul>
<b>5.</b>	<b>CTA – CHU Donka</b>
5.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>L’approvisionnement se fait par allocation et non par acquisition.</li> <li>Pas de comité de réception des approvisionnements faits par la PCG</li> </ul>

### Réquisition - Commande des intrants

<b>1.</b>	<b>CRS</b>
1.1	<b>Qui valide les commandes (PNLP ?)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le PNLP est le responsable de la validation des commandes surtout quand il s’agissait de l’allocation</li> <li>Mais il a délégué ce pouvoir au district pour simplifier le travail. De la structure à la DPS puis au dépôt régional PCG qui couvre la zone</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>PSI</b>
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible remonté des donnes, pas de donnés de consommation, pas possibilité d’analyse</li> <li>Seulement on s’est basée sur des données épidémiologiques</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>CRS</b>
3.1	<b>Données de consommation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Donnes de consommation, ne sont pas toujours fiable</li> <li>Problème de Personnel : Sous-effectif niveau de prestataire, manque de compétence</li> <li>Dans le Rumer figurent les antipaludéens</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>CNLS</b>
4.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les commandes sont élaborées par les responsables des CDT et CDV qui est validé le programme national</li> </ul>
<b>5.</b>	<b>Action Damien</b>
5.1	<b>Situation au niveau des centres</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La distribution se fait sur la morbidité, avec seuil sécurité</li> <li>On ne maitrise pas ce qu’ils ont, problème avec le CMM, personnel a été formé</li> <li>On donne le plan de distribution à la PCG</li> </ul>
<b>6.</b>	<b>PNLAT Ignace Deen</b>
6.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les meds TB sensible sont livrés aux sites de traitement</li> </ul> <b>Base de suivi de stock</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 mois et demi stock de sécurité (4,5) mois trimestriellement</li> <li>Problème de disponibilité de médicaments au niveau pays</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La décision des quantités à livrer est au 3 niveau : PR – SR (PNLAT) –</li> <li>• On essaie d'évaluer les besoins - Calcul par population : on peut donner en plus ou en moins (système d'allocation)</li> <li>• Commande d'urgence pour 2018 lancé</li> </ul>
<b>7.</b>	<b><i>PNLAT Ignance Deen</i></b>
7.1	<p><b>Longe et pénible circuit (gribouiller des signatures)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En plus de l'accord du pharmacien PNLAT n a aussi besoin l'accord du PR, « <i>on se fatigue pour rien</i> » (problèmes embouteillages à Conakry)</li> <li>• Ceci doit encore revenir chez le PNLAT</li> <li>• Souvent l'agent de santé doit se débrouiller avec ses propres moyens, paie son transport, cela pose de vrai problèmes</li> <li>• « <i>Tous ce lot de signataires qui ne servent à rien</i> »</li> </ul>
<b>8.</b>	<b><i>La Carrière</i></b>
8.1	<p><b>AD-Action Damien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Action Damien : TB-MR</li> <li>• Médicaments de schéma court - AS est partenaire le plus proche des – s'il y'a problème d'approvisionnement AD se charge – après commande par CDT – AD fournisse des moyen de locomotion - facilitent le transport</li> <li>• AD font un Bon de commande pour 30 personnes – ils sortent les meds de la PCG</li> <li>• Sans AD il y aura des ruptures</li> <li>• Schéma longue Rx TB-MR après de 5 mai 2018 n'existe plus</li> </ul> <p><b>Commande / distribution</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de distribution trimestrielle : TB sensible</li> <li>• Entre 2 distribution – ruptures (AD gère les frais), avec AD ça porte</li> <li>• Produits MR très sensibles – on ne peut pas les mettre dans le plan de distribution ou il y'a souvent des retards</li> </ul>
<b>9.</b>	<b><i>Chemonics</i></b>
9.1	<p><b>Exemple pratique de difficultés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La PCG reçoit en espacement de 2 semaines 4 différents plans de distribution (VIH-TB-Paludisme-SR)</li> <li>• Le Manuel SIGL stipule Réquisition trimestriel ; rapport du 3eme mois trimestre doit remonter avec un bon de commande.</li> <li>• Le programmes / PR : manque d'organisation qui permettrait que les bon de commandes soit émises une fois pour toutes les programmes au même moment <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Il est nécessaire que les programmes respectent les dates de soumission (ou ils se concertent, pour soumettre de façon coordonnée)</li> <li>⇒ Les bons de commande doit être établis et transmis au bon moment – date limite, avant le 15 du mois prochain</li> </ul> </li> </ul>
<b>10.</b>	<b><i>FMG</i></b>
10.1	<p><b>Commander des produits</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Commande, TDR au CNLS : nous approvisionnent à travers la PCG</li> </ul>
10.2	<p><b>Quantification et distribution niveau FOSA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARV - Celui qui quantifie et lance la commande part des besoins, tout les quantités commandés étain servi par la PCG</li> <li>• Pas de difficulté avec les commandes</li> <li>• FMG après commandé peut prendre et déposer au niveau FOSA</li> </ul>
<b>11.</b>	<b><i>ASFEGMACI</i></b>



11.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contraintes : SSR – respectons les procédures, fiche de commande dépose au programme, valide par programme, service par PCG</li><li>• Cherchent eux même à la PCG</li><li>• Utiliser les voitures du programme (demander des véhicules 2 jours en avance)</li><li>• On a une moto (avec SIDA 3)</li></ul>
12	<b><i>CTA CHU Donka</i></b>
12.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'approvisionnement des médicaments et intrants sont faits par la PCG, commande élaborée par la pharmacienne du centre validé par le programme national.</li><li>• La date de commande et livraison ne dépasse pas 2jours avec une périodicité de 2 commandes par mois.</li></ul>

### Constats/ défis pistes de solutions

No.	Constats / défis
<b>1.</b>	<b>UNFPA</b>
<b>1.1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOSA : données erronées et fabriquées</li> <li>• Jusqu'à présent on n'a pas de données fiables sur la consommation / état de stock (inventaire) demandé de 4 mois</li> <li>• Après toutes la formation et input logistique (achat ordinateurs, subventions réunions mensuels, Supervisions trimestrielles) pas de remonté de données fiables</li> </ul>
<b>1.2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commande (3mois + 1 mois de stock sécurité sur base CMM) n'arrive pas à temps</li> <li>• Les CS souvent suivent insuffisamment le niveau de leur stock, le DPS devrait les aider à surmonter les lacunes mais n'est souvent pas en mesure</li> <li>• Les formations sur la gestion de stock ont eu lieu pour la majorité des CS</li> </ul>

No.	Pistes de solutions/Recommandations
<b>2.</b>	<b>CRS</b>
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Commande d'urgence</b> : Il existe une procédure qui est complètement différent quand le seuil de sécurité est atteint, dans ce moment les CS sont obligés d'envoyer un personnel par moto pour faire un commande d'urgence à la DPS</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>Comité de Suivi Stratégique (CSS)</b>
3.1	<p><b>Un rapport d'inventaire est désirable mais si cela se montre dans la réalité impraticable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La PCG devra soumettre un rapport mensuel sur le stock théorique (dans les 5 jours ouvrables du mois prochain)</li> <li>• L'inventaire physique (trimestriel ou mensuel) devra être soumis et diffusé auprès toutes les intervenants du FM (Programmes, PR, autres qui interviennent dans les achats (AD) , PTF concernées, agences Nations Unis (FNUAP, ..) - dans les 15 jours (manuel SIGL)</li> </ul>





## Sélection et quantification

Source : Plan stratégique de la chaîne d'approvisionnement nationale, UGL, présentation PPT

<b>Forces</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dons &amp; produits à recouvrement adéquatement sélectionnés car alignés à la LNME et les Protocoles Thérapeutiques Standardisés (PTS).</li><li>2. Récente coordinations effectives entre les acteurs de chaque programme spécifique avec souvent harmonisation de la méthode de quantification ; comité national de quantification existant.</li></ol>	<b>Faiblesses</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Qualité généralement insuffisante des données historiques, fastidieusement rapportée et donc les hypothèses de quantification sont faussés.</li><li>2. Les données du SNIS/DHS2 sont peu utilisées comme source d'information pour la quantification car faute de complétudes et exactitudes des données épidémiologiques.</li><li>3. Comité national de quantification pas opérationnel.</li></ol>
<b>Opportunités</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La nouvelle Unité de Gestion Logistique (UGL) va pousser plus loin la coordination de la quantification et aligner certaines hypothèses de population.</li></ol>	<b>Menaces</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Quantifications incorrectes ou erronées menant à la rupture de stock et au sur-stockage, détruisant la confiance des patients dans le système de santé et gaspillage financier.</li></ol>



### Symptômes

1. Qualité généralement insuffisante des données historiques, fastidieusement rapportée et donc les hypothèses de quantification sont faussés.
2. Les données du SNIS/DHS2 sont peu utilisées comme source d'information pour la quantification car faute de complétudes et exactitudes des données épidémiologiques.
3. L'expression du besoin (des patients) et l'offre (des FOSA, PS et ASC) ne sont pas totalement exprimées.
4. Comité national de quantification pas opérationnel.

### Causes fondamentales

1. Insuffisance de culture de rapportage méticuleuse ; équipement et capacité limitée ; absence de supervisions formative récurrentes auprès des FOSA pour la collecte des données dans certains programmes.
2. Le SNIS/DHS2 n'est pas considéré comme source potentielle pour la quantification, par manque de complétude.
3. Insuffisances des financements

### Solutions correctives

1. Opérationnaliser le comité national
2. institutionnaliser les sous-comités de quantification trimestriel pour tous les programmes, incluant la tâche d'amélioration des données
3. Favoriser les importations séquencées selon la disponibilité de la PCG/entrepôt centrale
4. Institutionnaliser des supervisions formatives récurrentes intégrées pour tous les programmes.
5. continuer l'implémentation du formulaire intégré jusqu'à l'installation du SIGL électronique.
6. Appliquer les recommandations de l'audit institutionnel du MS/DNPM, de l'IGS, DRS et DPS de 10/2016 pour améliorer l'efficacité des supervisions formatives intégrées et autres inspections.

### Quantification

Source : Plan d'assurance qualité de la chaîne des produits pharmaceutiques, G. de Lemos, Consultant, Aout 2016

- Le PR intervient sur la quantification du besoin annuel en produits pharmaceutiques antipaludéens au travers d'une réunion annuel (avec révision après six mois)
- Ce travail est effectué par un comité intégrant : PNLP, DNPM, PMI, SIAPS, CRS.
- Ce travail de sélection est tributaire de la qualité des documents utilisés par le comité.

Ces documents sont constitués par :

- Les recueils des informations relatives aux consommations,
- Les protocoles thérapeutiques standardisés (approuvés).

Carences	Mesures Correctives à mettre en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le recueil des informations relatives aux consommations peut être amélioré car il dépend d'une bonne gestion des stocks, surtout au niveau régional et périphérique</li> <li>• Les protocoles thérapeutiques standardisés doivent être régulièrement remis à jour et de nouveaux sont à envisager lorsque sera constaté que l'un d'eux est inexistant ou qu'il y a eu des recommandations de nouvelles thérapeutiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des sessions de formation (à la charge de la PCG) destinées aux agents des structures régionales et périphériques, dans le but d'améliorer leurs compétences en matière de gestion de stocks; définir le contenu de ces actions de formation et procéder à leur programmation</li> <li>• Améliorer le recueil des informations relatives à la consommation des produits pharmaceutiques (remplissage correct du</li> </ul>



*document relatif aux consommations et organisation de sessions de formation pour les responsables de stockage au niveau régional et, surtout, périphérique --- formations sanitaires (FS)-- par la PCG*

## 6.2 Achat, logistique d'importation, et dédouanement (Réception)

### 6.2.1 Commandes internationales

No.	Observations
<b>1.</b>	<b>Délai de la commande à la réception des entrants ?</b>
	<b>CRS</b>
1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durée des commandes internationales - au minimum 6 mois,</li> <li>On place souvent la commande à temps.</li> </ul>
	<b>PSI</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durée commande internationale jusqu'à la livraison au port : 6 – 9 mois</li> <li>Procédures de dédouanement : 2 – 3 mois (procédures douanières, portuaire, imprédictibilité)</li> <li>les règles changent constamment, pharmacien PSI passe 75 % de son temps à la douane</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>Processus commandes internationales</b>
	<b>PSI</b>
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>D'approvisionnement au début de l'année avec MEF et la douane, avec copie MS « voilà nos prévisions d'importation », Ce processus est mené pour établir le cahier de charge qui sera validé par le Ministère du Budget dans lequel il y a la liste des produits qui seront exonérés de taxes et redevance per l'Etat</li> <li>Quand le fournisseur/expéditeur des produits (l'agence commerciale) établit la lettre de transport normalement par voie maritime cela dure 2 semaine (voie aérienne peut être 3 jours)</li> <li>Avec la lettre de transport la procédure peut être déclenchée au niveau de Guinée</li> <li>Le PR (p.e. PSI) émet une correspondance au MS d'établir une lettre d'exonération aux douanes pour le compte de PSI</li> <li>Après l'arrivée de produits en Guinée 8 jours de franchise sont données à l'importateur pour enlever les produits de la douane sinon des pénalités (surestaries) sont appliquées</li> </ul>
2.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plusieurs fois PSI a dû payer des surestaries, problème retard l'obtention lettre d'exonération CNLS a également connu des difficultés dans l'obtention des demandes d'exonérations au niveau du MS</li> </ul>
	<b>CNLS</b>
	C'est le FM qui assure tous les achats (médicaments, intrants, consommables.....) jusqu'au port de Conakry, du port à la PCG c'est la société de transit du FM qui assure.

### Aspect qualité - achats

<b>3.</b>	<b>PNPCSP</b>
3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les achats internationaux normalement doivent se faire dans les règles de l'art</li> <li>Démarche qualité que le FM impose : fournisseur qualifié par OMS</li> <li>Les processus de requalification de l'OMS ne sont pas une chose facile, OMS envoie des inspecteurs dans les usines, fait le contrôle qualité des produits à plusieurs reprises – FM interdit l'achat de produits d'origine non certifié</li> <li>3 % de la valeur d'achat est dédiée à la contrôle qualité, si c'est utilisé pour ce fin, on peut déduire que le produit est de la même qualité que celle d'acheté du FM</li> <li>Après tous les produits achetés des différents sources (PTF, état) sont mises dans le panier commun et sont distribué de la même manière</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il faut s'assurer que tous les produits sur le marché sont d'une qualité similaire, aussi ceux achetés sur la base des procédures nationales</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>PSI</b>
4.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vendeurs pré qualifié, Qualité FNUAP</li> </ul>

### 6.2.2 Réception

<b>1.</b>	<b>PSI</b>
1.1	<p><b>Problème processus réception des intrants dans la subvention passée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Achat faits par l'autre volet (CNLS), même que le consommateur des intrants était PSI</li> <li>Le PV n'est pas venu (arrivé depuis septembre 2016) en retard auprès du PSI avec un retard de plusieurs mois, PSI ne savait pas que les produits étaient déjà dans le pays et déjà stockés à la PCG, démarrage tardive des activités</li> <li>Insuffisance du suivi des achats</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>CRS</b>
2.1	<p><b>Dernières livraisons des 6 moi passées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intrants de labo, PPM, Microscopes + TDR, petit équipement</li> </ul> <p><b>Comité de réception</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le comité de réception (PNLP, PCG CRS, CHEMONIX) a mis les intrants en quarantaine, avant qu'ils soient reçus officiellement selon les procédures,</li> </ul>

### 6.2.3 Exonérations

<b>1.</b>	<b>PSI</b>
1.1	<p><b>Cahier de charge pour les importations (prévisions d'importation pour cette année)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soumettons à la direction des douanes, copie MS, nous importons sous leur couvert</li> <li>Traité retransmis au cabinet, chef de cabinet signe</li> <li>Problème : circuit pourrait être long, les lettres égarées</li> <li>Bloqué souvent au niveau du chef du cabinet - 2 mois au MS</li> <li>2 mois pour obtenir la lettre (avec toute documentation ; packing liste, Certificat)</li> </ul>
1.2	<p><b>Douane</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Après un autre circuit à la douane (2 semaines)</li> <li>La part de l'état serait de prendre en charge ce processus (comme contrepartie de l'état) – existence de l'arrêté</li> <li>« On doit passer par tout ce circuit »</li> </ul>
1.3	<p><b>Acrobaties en interne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enlèvement provisoire pour anticiper sur les retards</li> <li>Nous travaillons à partir du draft document (quelle ?) via voie maritime (édité avant) – LTA</li> <li>On gagne 2 semaines</li> <li>« On fait tous ces acrobaties »</li> <li>⇒ Principalement retard à l'interne (lettre d'exonération)</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>Action Damien</b>

2.1	<p><b>Avant la douane se situe le problème</b></p> <p>Problème faire sortir (l'obtention du lettre) d'exonération</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour que la lettre sort du MS – 26 jours (cabinet – circuit interne –budget)</li> <li>• 2016 achats d'intrants par AD d'une valeur de 11.200 Euro, les documents avaient trainé pendant 90 jours, saisis de la douane, pénalités : 24.000 dollar <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Goulot d'étranglement - « cela passe par tous les bureau »</li> </ul> </li> <li>• Justification : dans le passé il y avait un abus des ONG de cette exonération, le gouvernement/MS est devenu très méfiant</li> </ul> <p><b>Piste de solution</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Devra exister une liste des ONG agrégée (dont leur apport au système santé est connu) pour exempter les partenaires inclus dans le cadre des activités du FM de ce genre de difficultés</li> <li>• Ministère de coopération (CCOP) un rôle à jouer</li> </ul>
-----	--

<p><b>Forces</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Convention PCG/ETAT disponible identifiant la PCG comme centrale d'achat des Médicaments essentiels .</li> <li>2. PCG/achat possède une certaine expertise et capacité reconnue.</li> <li>3. Les PTF font bénéficier au système sanitaire de leur économie d'échelle via leurs dons et leur service d'achat (GDF, PPM, UNICEF SD, UNFPA, SCMS..etc ).</li> </ol>	<p><b>Faiblesses</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuffisance dans l' application de la convention PCG/ETAT (Achats de produits via budget national effectués par la cellule de passation de marchés ).</li> <li>2. Fonds de roulement de la PCG/achat insuffisant ainsi que pour les FOSA.</li> <li>3. <b>Difficultés de recouvrement des couts (vérifier avec la PCG)</b></li> <li>4. Absence d'indicateur pour le suivi de la performance des fournisseurs par la PCG/achat.</li> <li>5. <b>La PCG/achat ne facture pas encore le service achat au coût réel.</b></li> <li>6. <b>La procédure de dédouanement est complexe, conditions d'entreposage et de manutention probablement pas adéquates au port &amp; aéroport.</b></li> <li>7. Faible visibilité de la PCG/entreposage centrale sur les importations des dons.</li> </ol>
<p><b>Opportunités</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Possibilité d'intégrer tous les produits du budget national à la PCG/achat et gagner en économie d'échelle.</li> <li>2. Coordination des partenaires pour l'amélioration du service Achat de la PCG.</li> </ol>	<p><b>Menaces</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PCG/achat ne peut pas jouer son rôle d'achat de masse et obtenir des économies d'échelle.</li> <li>2. <b>Le dédouanement accroît le délai de livraison, renchérit le coût d'importation, peut avoir un impact négatif sur la qualité des produits.</b></li> </ol>



### Symptômes

1. Insuffisance dans l'application de la convention PCG/ETAT (Achats de produits via budget national effectués par la cellule de passation de marchés).
2. Fonds de roulement de la PCG/achat insuffisant ainsi que pour les FOSA.
3. Difficultés de recouvrement des coûts (vérifier avec la PCG)
4. Absence d'indicateur pour le suivi de la performance des fournisseurs par la PCG/achat.
5. La PCG/achat ne facture pas encore le service achat au coût réel.
6. La procédure de dédouanement est complexe, conditions d'entreposage et de manutention probablement pas adéquates au port & aéroport.
7. Faible visibilité de la PCG/entreposage centrale sur les importations des dons.

### Causes fondamentales

1. & 2. La transition des achats de la cellule et du CNLS n'est pas possible sans FDR et changement de statut de la PCG d'EPIC à ASBL.
3. La PCG/achat manque de capacité.
4. La PCG/comptabilité n'a pas assez de moyens techniques et compétence pour une comptabilité analytique.
5. Les douanes n'ont pas les moyens techniques, humains et financiers pour être efficace et effectif.
6. Plan d'appro. n'existe pas ou pas communiqué, ou trop tard ; manque de leadership/coordination

### Solutions correctives

1. & 2. Entériner le changement de statut en ASBL de la PCG et transitionner les achats de la cellule et du CNLS ; doter la PCG/achat en FDR et suivre comme un ICP (indicateurs clés de Performance) par le conseil d'administration/PCG.
3. Évaluer la PCG/achat + plan d'amélioration ; établir le suivi de la performance des fournisseurs comme un ICP par le conseil d'administration/PCG ; inclure ce critère dans l'attribution des marchés.
4. Soutenir la PCG/comptabilité pour établir une compta analytique et facturer le service achat au coût réel (prix/achat); évaluer les coûts totaux de cette activité et établir un plan d'optimisation.
5. Évaluer le service des douanes (entrepôt et manutention), rééquiper et former (induction et récurrent).
6. Donner comme rôle à l'UGL de coordonner le plan d'importation avec les programmes, PTF et PCG

### Réception

Source : Plan d'assurance qualité de la chaîne des produits pharmaceutiques, G. de Lemos, Consultant, Aout 2016

- La réception comprend l'arrivée au port, aux aéroports et le passage en douane par l'intermédiaire d'un transitaire avant que les produits pharmaceutiques puissent être acheminés vers la PCG.
- Le transit constitue un goulot important lié au transitaire

Carences	Mesures Correctives à mettre en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le transitaire ne donne pas toujours toute satisfaction dans l'accomplissement de ses missions.</li> <li>• Les procédures sont trop lourdes et contraignantes.</li> <li>• Les dons posent un problème, car de par leur statut, ils sont exemptés de droits de douane.</li> <li>• La PCG est informé souvent tardivement de l'arrivée des produits, bien que le transitaire n'ait aucun intérêt à allonger le temps de stockage dans le port ou l'aéroport (frais induits).</li> <li>• Les informations concernant les conditions de stockage en transit et durant le transport ne sont pas toujours complètes.</li> </ul>	<p>Lors du choix du Transitaire (<b>par appel d'offre</b>) il faut accorder une importance particulière à ses références (<b>notoriété</b>) et au transporteur qu'il aura choisi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alléger, dans la mesure du possible, les processus trop lourds et contraignants.</li> <li>• Afin d'éviter que les dons posent problèmes le Ministère de la Santé, communiquera rapidement le certificat de donation au Ministère des Finances qui prendra contact avec la Direction des Douanes afin d'obtenir l'exemption des droits de douane,</li> <li>• Exiger une information rapide de l'arrivée des produits pharmaceutiques.</li> </ul>



- Certaines opérations de dédouanement font l'objet de litiges.

**Mesures Correctives à mettre en œuvre**

- Définir d'une façon complète la documentation devant accompagner les produits pharmaceutiques en transit :
  - Facture de transport
  - Lettre de Transport Aérien (LTA), si le transport est par avion
  - Document de connaissance si le transport est effectué par bateau (ces documents permettent de connaître le trajet effectué lors du transport depuis le point de départ jusqu'au point d'arrivée),
  - Document de colisage avec indication des numéros de lots,
  - Exigences systématiques d'un témoin de température.
- Évaluation de la qualité des opérations de dédouanement ;
  - Effectuer la mesure trimestrielle moyenne entre la date d'arrivée d'une livraison au port et à la date d'intégration dans les stocks de la PCG.
  - Établir un ratio annuel entre le nombre d'opérations de dédouanements ayant fait l'objet d'un litige et le nombre total d'opérations de dédouanement.



## 6.3 Entreposage central/régional et stockage aux FOSA, PS, et ASC

**Il convient de distinguer les différents niveaux de stockage/distribution ;**

Source : Plan d'assurance qualité de la chaîne des produits pharmaceutiques, G. de Lemos, Consultant, Aout 2016

- **Niveau Central : PCG**
- **Niveau Régional :**
  - **Dépôts Régionaux,**
  - **Pharmacies Hospitalières**
- **Niveau Périphérique : formations sanitaires (FS)**

### 6.3.1 Niveau Central (PCG)

La PCG a conçu et mis en œuvre un Système d'Assurance Qualité (SAQ) tout à fait satisfaisant : locaux adaptés (**bien qu'un besoin d'agrandissement soit actuellement identifié**), procédures écrites existantes disponibles pour les différents postes de travail et appliquées par le personnel concerné (**réalisation régulière d'auto-inspection**)

- Personnel qualifié en nombre suffisant
- Existence de l'organisation d'une formation continue (FC) dûment documentée (enregistrement des sessions FC réalisées : intitulé de la session, date de sa réalisation, nom des personnels en ayant bénéficié)
- Bonne gestion des stocks, surveillance organisée et documentée des dates de péremption, capacité logistique suffisante pour permettre une bonne organisation des activités de distribution (**gestion informatisée de la distribution et flotte de véhicules adéquate**), procédures de nettoyage et de désinfection des magasins...

<b>1.</b>	<b>PNPCP</b>
1.1	<p><b>Organisation distribution existantes/prévues (PCG – Dépôts régionales)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCG arrivent au dépôt régionaux – de là-bas les intrants sont dispatché avec les moyens logistique aux CS</li> <li>• Cartographie : tous les postes de santé relèvent des CS, ils s'approvisionnent d'eux</li> <li>• Importance : Site PTME, la plus grandes partie se situe dans les PS</li> <li>• A partir des CS le transport aux PS est organisé</li> </ul> <p><b>Nouv. dispositions PCG subvention 2018 – 2020 envisagés (En état de renégociation)</b> <b>Pour pallier aux insuffisances</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation des frais octroyé à la PCG <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avant 5% : 2 % stockage – 3 % distribution,</li> <li>- 2018 8% : 3 % stockage - 5 % distribution</li> </ul> </li> <li>• Evaluations faites aussi en comparant avec la pratique dans autres pays</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>PNLAT</b>
2.1	<p><b>Situation d'impossibilité pas admise –</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 420 CS + hôpitaux préfectoraux ets (450)</li> <li>• Les routes aux préfectures souvent impraticables, mais des préfectures aux CS éloignées cela peut être 70 + km sur des routes souvent difficile ou impraticables, particulièrement pendant la saison de pluie</li> <li>• Dépôt 1 camion et 1 pickup</li> <li>• Impossible pour la PCG de livrer partout, cela ne se dit pas</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contradiction entre le fait est ce qu'on dit (il n'est pas admis)</li></ul>
<b>3.</b>	<b>CRS</b>
3.1	<b>Inventaires</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Il paraît que le rythme mensuel de faire une inventaire physique est trop, avec le personnel disponible et les quantité qu'il faut inventorier, un énorme travail</li><li>• Proposition : Inventaire physique trimestrielle, mais des rapports sur le stock théorique chaque mois</li></ul>
<b>4.</b>	<b>PNLAT</b>
4.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• PCG- inventaire mensuel : grand point de faiblesse, il y'a manquement</li><li>• En réalité chaque les inventaires sont publiés et diffusée plus chaque trimestre ou semestre, c'est à leur guise là-bas</li><li>• Il faut qu'un inventaire correct sorte au moins chaque trimestre, ou chaque semestre, actuellement ce n'est pas fait</li></ul>
<b>5.</b>	<b>Action Damien</b>
5.1	<b>Problème transparence Stock physique à la PCG</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Délai de la mise à jour, différence entre stock théorique et physique</li><li>• Chaque trimestre –après chaque trimestre il fallait</li><li>• Souvent chaque 6 mois seulement</li><li>• PCG : inventaire chaque mois</li><li>• AD, PCG n'envoie pas à AD</li><li>• AD cherche chez les autres</li><li>⇒ Désavantage : clé de distribution base : les SR ne reçoivent pas D procédures plus souples que le FM, souvent les commandes d'urgence (souples)</li></ul>
<b>6.</b>	<b>CNLS</b>
6.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une fois à la PCG c'est là que le CNLS intervient, sous les principes du contrat qui existe entre ces 2 institutions (contrat de gestion-stockage, contrat de distribution des médicaments dans les CDT et CDV).</li><li>• 3% du frais de médicaments sont versés le compte de la PCG pour le stockage et 2% des frais de médicament par rapport à la distribution dans les CDT et CDV.</li><li>• C'est seulement en fin 2016 que le FM a offert au CNLS 1 camion et 3 trois camionnettes pour la distribution des médicaments.</li></ul>
<b>7.</b>	<b>Chemonics</b>
7.1	<b>PCG institution parapublique</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• PCG opère dans le cadre institution parapublique</li><li>• PCG a ses problèmes de ressources humaines,</li><li>• Est-ce que les cadres sont recrutés sur base de compétences ?</li><li>• Les responsables des dépôts ne sont pas des haut cadres, max 1 + des manutentionnaires</li></ul> <b>Amélioration de la Performance PCG - Changement statut de la PCG</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Il faut que les procédures soient beaucoup plus simplifiées, basée sur une certaine performance</li><li>• Par exemple la décision de réinvestir des reliquats éventuels ne peut pas être prise au niveau managérial PCG, niveau décisionnel n'est pas suffisant ? Actuellement la gestion de finance n'est pas autonome, le gouvernement dispose d'un certain niveau d'autorité sur les finances</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuellement la PCG ; même que cela se dit dans le statut, ce n'est pas une centrale d'achat, les achats sont fait par d'autres instances du gouvernement (cellule passation de marchés, ministère de finances), normalement il faut que le gouvernement octroie à la PCG un budget pour les achats</li> <li>• Changement du statut de la PCG cela va prendre de temps, pour que la PCG devient une ASBL et soit plus autonome</li> <li>• Le contrat qui lie les PTF qui stockent leurs produits à la PCG requiert un certain niveau de performance vérifié par des indicateurs</li> </ul>
7.2	<p><b>Indicateur suivi de performance</b></p> <p><b>Indicateur satisfaction de la demande :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pourcentage de satisfaction des commandes passées à la PCG</i></li> <li>• <i>Numérateur=Nombre de produits traceurs entièrement livrés.</i></li> <li>• <i>Dénominateur=Nombre total de produits commandes par rapport à la liste des produits traceurs.</i></li> <li>• <i>Périodicité : Mensuelle</i></li> </ul> <p>Taux de satisfaction de la demande : est-ce que la PCG est en mesure de satisfaire le besoin des FS ?</p>

### Réorganisation PCG – Autres pistes

FNUAP : Recapitalization PCG Médicaments essentiels, 10.000.000 USD, achat stock initial

### 6.3.2 Niveau Régional

#### Dépôts régionaux

- Réceptionnent et organisent le stockage et la gestion des produits pharmaceutiques envoyés par la PCG, afin de satisfaire, ensuite, les commandes des pharmacies hospitalières et des FS, utilisant des véhicules permettant d'effectuer cette opération

#### Constituer un stock tampon dans les régions

No.	Question	Réponse
1.	<b>CRS</b>	
1.1	<b>CRS est mandaté par le FM pour « renforcer la chaîne d'approvisionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuellement peu de normes de gestion appliqués aux dépôts régionaux, pas d'interconnexions (pas encore le niveau requis)</li> <li>• La mise en règle de l'administration / gestion de ces dépôts régionales pose encore des défis</li> </ul> <p><b>Conclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le niveau intermédiaire, les dépôts régionaux constituent un maillon faible du système</li> </ul>
2.	<b>CNLS</b>	
2.1	Actuellement 5 dépôts régionaux sont fonctionnels depuis mars 2017 et CNLS a mis en place un plan de distribution trimestriel.	
3.	<b>PNPCP</b>	

3.1	<p><b>PCG - logique d'implémentation des dépôts régionaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Philosophie : implémentation des dépôts ou la majorité des CS se trouvent - périmètre défini</li> <li>Il existe des centres qui sont excentré, par exemple plus 150 km du chef-lieu</li> </ul>
4.	<b><i>PNLAT</i></b>
4.1	<p><b>Dépôts régionaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévu au début de fonctionner comme tampon (déposer les stocks de réserve)</li> <li>Essaie, fonctionnée brièvement, après bloqué</li> <li>PR ont besoin de savoir exactement qu'est-ce qu'il se passe avec les produits de leur subvention</li> <li>Avec les dépôts régionaux on n'a pas les informations, on ne sait pas, pas possible à gérer cette situation par un PR (pas de visibilité de traçabilité)</li> </ul>
4.2	<p><b>Manque de confiance gestion 7 dépôts régionaux / DPS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il n'y a pas la confiance des PR dans les dépôts</li> <li>On ne maîtrise pas ce qu'il sort du dépôt périphérique, la transparence de la chaîne n'est pas assurée</li> <li>On n'a pas aussi confiance au DPS de gérer les produits aux niveaux des préfectures</li> </ul>
5.	<b><i>PNLAT – Ignace Deen</i></b>
5.1	<p><b>Dépôt – régionaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse : Problème de disponibilité des produits, qui peuvent être suffisante au niveau central</li> <li>Servent principalement pour les médicaments recouvrement de coûts pas tellement pour les produits subventionnée</li> </ul>
6.	<b><i>Action Damien</i></b>
6.1	<p><b>Dépôt (régionales) relais dans certains districts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les dépôts ne maîtrisent pas les données régionales</li> <li>Souvent le PCG transfère du stock aux dépôts – mais les partenaires ne le savent pas</li> <li>Avec les programmes communaux, la consommation augmente, PCG ne peut pas suivre</li> <li>On est censé, la PCG fait des mouvements qu'on ne maîtrise pas</li> <li>Si on a une maîtrise sur le mouvement à l'interne de la PCG (Niveau Central au régional), une des ruptures dans le passé ne serait pas survenue</li> </ul>
7.	<b><i>Chemonics</i></b>
7.1	<p><b>PCG – dépôts régionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La PCG/y inclut les dépôts périphériques (c'est une entité unique) ce serait facile de s'asseoir, faire une compilation des quantités commandes, évaluer le volume à transporter ; confronter cela avec la logistique disponible à leur niveau : élaborer un plan de livraison (camion (10 – 20 tonnes)</li> <li>On connaît les distances, c'est la technicité à l'intérieur</li> </ul>
7.2	<p><b>Faiblesses dépôts régionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesses : problème de disponibilité,</li> <li>Facile à résoudre au niveau décisionnel : La gestion des produits subventionnés du FM par PCH, PR sont liés à un contrat de services/ contrat de prestation, il faut introduire des clauses de performance</li> <li>Les partenaires payent la manutention, l'assistance technique</li> <li>Disponibilité des intrants doit être la même au niveau central que dans les dépôts régionaux</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quand le stock dans les dépôts régionaux est moins que 2 mois ? la PCG central doit réapprovisionner</li> <li>• Tous les programmes/ PR doivent se mettre ensemble pour déterminer la périodicité de la distribution (4 – 6 mois)</li> </ul> <p><b>Implémentation SAGE aux dépôts régionaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'internet ne marche pas, refaire de mettre des instances locales, actuellement il est nécessaire de faire un backup physiques périodique, pour le transférer au niveau central, comme la mise en réseau n'est pas assuré</li> <li>• Les informations ne sont pas partagées en temps réel, lacunes importantes dans la visibilité</li> </ul> <p><b>Mettre des mesures d'accompagnement suivi de la performance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépôt réapprovisionné dans le délai (au moins 4 fois)</li> <li>• Performance de 80 – 85 % est acceptable : imposons mesure d'accompagnement de discussion et appliquer des pénalités</li> <li>• Il n'y a pas de raison qu'il y a des stocks au niveau central, mais qui n'est pas dans les dépôts régionales qu'il y a des stocks au niveau central, mais qui n'est pas dans les dépôts régionales</li> </ul>
8.	<b>FMG</b>
8.1	<p><b>Dépôt régional</b> A l'intérieur : à partir du dépôt régionale Dépôt régionale : au départ cela ne fonctionnait pas, ruptures, avec PSI on est allé avec force, sans intrants. Fevr – Avril 17, le système avait bien commence, avec l'incendie interrompu</p>

### Magasins régulateurs (dépôts) au niveau DPS ?

1.	<b>CRS</b>
1.1	<p><b>Pertinent d'avoir des dépôts régionaux et préfectoraux à la fois ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les 2 niveaux sont pertinents. Déjà que la PCG a ses dépôts il s'agit désormais d'appuyer les districts à avoir les leurs.</li> <li>• Souvent les intrants qui arrivent sont stockés à la DPS en attendant que les CCS viennent les récupérer et s'ils dépassent leur capacité de stockage c'est à la DPS de les garder et les livrer au fur et à mesure</li> <li>• Pour permettre un stock tampon dans les districts c'est bien qu'il y ait des entrepôts.</li> </ul>
1.2	<p><b>Le coût de construction d'un dépôt DPS et quel sera coût additionnel pour la DPS ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faut un ingénieur pour pouvoir faire ce calcul en tenant compte évidemment des besoins en espace.</li> <li>• Coût additionnel peut être oui parce qu'il faudra recruter un gardien si la DPS n'en a pas, le logisticien ou pharmacien pour celle qui n'en ont pas.</li> </ul>
2.	<b>Action Damien</b>
2.1	<p><b>Magasin régulateur au niveau des DPS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutiennent cette idée, sera une avantage pour la PCG, pourra contribuer à la rapidité des exécutions des plan de distributions (sans passer par les dépôts régionales)</li> </ul>
3.	<b>Chemonics</b>
3.1	<b>Créer un autre point de stockage au niveau de district ?</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan stratégique UGL : prévoit faire une analyse, oui ou non il est important ou nécessaire de créer un autre point de stockage, dépend le .....</li> <li>• Si on prolonge encore la chaîne (PCG – dépôts régionales – DPS) les intrants resteront encore plus de temps dans le circuit d’approvisionnement et moins dans les FOSA avant leur péremption</li> <li>• On augmente les risques, plus de mains, plus on allonge la chaîne, on est en train d’aller vers la péremption (souvent les produits arrivent en Guinée parfois avec 14 mois de cycle de vie (produits VIH ont souvent un cycle de vie totale de 2 ans)</li> </ul>
--	--

### DPS - Comités préfectorales

<b>1.</b>	<b>PNPCSP</b>
1.1	<p><b>Comité préfectorale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseigne au niveau préfectorale valide la situation des stocks, de consommation de la préfecture - fonction dans la Réallocation des CS avec surstock envers les CS en rupture d’intrants</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>FNUAP</b>
2.1	<p><b>Importance du district</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forcément le district joue un rôle fondamental dans le système</li> <li>• C’est là où on peut gérer à la proximité</li> <li>• Il y’a des réunions mensuelles au niveau des DPS, c’est l’occasion pour la DPS de faire le point avec les FOSA</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>Chemonics</b>
3.1	<p><b>Importance des districts dans le circuit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le district n’intervient pas comme point de stockage, mais constitue un point d’agrégation de données</li> <li>• Actuellement ils font la validation, mais ce ne dit pas le manuel ?</li> <li>• Pas de staff/ charge de statistique</li> </ul> <p><b>Correction au niveau DPS des bons de commandes pas de validation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L’étape de validation saute, juste revoir le bon de commande, seulement s’il y a des erreurs de calculs, téléphoner pour clarifier, sur base des CMM et rapports des 3 mois antérieures</li> <li>• Corrige les erreurs de calculs ; c’est moi qui évalue, je maîtrise mon CMM, mon maximum c’est 4 mois, j’ai 2 mois je peux commander 2 mois, seulement correction pas de validation, téléphoner en cas de clarification de questions</li> </ul> <p><b>Equipe cadre DPS = Niveau DPS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problème de compréhension de l’importance de ces données logistiques / manque de responsabilité, on ne se sent pas redevable</li> </ul>
3.2	<p><b>Validation des commandes au niveau périphérique (DPS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuel logistique intégré : page 26 : Trimestre les 5 jours qui suivent le trimestre, DPS 48 heures, valident et transmet</li> <li>• Les programmes normalement n’ont plus rien à faire</li> </ul>
3.3	<p><b>Système SNIS fonctionne – pourquoi pas le rapportage de données SIGL ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le système SNIS a toujours marché, SNIS c’est un système qui marche</li> <li>• Apparemment une fois un responsable avait menacé de ne pas payer les salaires</li> <li>• Transmet en fréquence déterminée, les mêmes personnes doivent remonter les données de consommation</li> <li>• Pourquoi il fait une partie mais il laisse l’autre ?</li> </ul>

***Les pharmacies hospitalières***

- *Réceptionnent les produits pharmaceutique commandés aux dépôts régionaux, organisent le stockage et la gestion des produits pharmaceutique en vue de leur distribution dans les services ou leur dispensation (dans le cas de malades ambulatoires)*



### Points focaux (PF) FM aux DPS

<p><b>Points focaux (PF) FM aux DPS</b> <b>Aliou, Ayaba (PV rencontre CSS – CRS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils ont des résultats mixed, souvent très motivées, mais la performance en générale n'est pas encore optimale</li> <li>• Avant d'élargir la gamme des activités il faut encore améliorer leur performance</li> <li>• Le financement du FM des Points focaux est prévu pour les 3 maladies, même si l'argent est donné à un PR spécifique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Explorer</b> : comment rendre l'impact des PF-DPS plus effectif et élargir la gamme des activités des points focaux FM/DPS aux 3 maladies</li> </ul>
---	--

<b>1.</b>	<b>PNPCSP</b>
1.1	<p><b>Points focaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ont été recruté pour les 3 maladies, Ils ont priorisé les données Palu,</li> <li>• A partir de 2018 les PF devraient être mutualisés aussi pour les autres 2 maladies</li> <li>• Pour que la remonté de données aussi des programmes VIH et T va être résolu</li> <li>• 19 FM / 19 (PMI) résultats excellent pour le palu, possible d'amélioration</li> <li>• Ceux qui ont réussi, font un bon travail</li> </ul> <p><b>Taches PF système d'approvisionnement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les CS font le remplissage d'outils de gestion</li> <li>• PF ils synthétisent/ compilent</li> </ul> <p><b>Surcharge de travail avec l'inclusion des autres maladies ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuellement les PF sont sous –utilisé, le volume de travail n'est pas grand-chose</li> <li>• Il y'a toute une équipe complète DPS : c'est même leur travail – s'ils sont fonctionnel</li> </ul> <p><b>Manque de compilation et synthèse des donnés de consommation au niveau des districts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmacien de district tournent les pouces</li> <li>• Problème de motivation et support (ordinateur, moto)</li> </ul> <p><b>Pérennisation PF ?</b> <b>Comment cela va s'est passer s'il n y a plus de financement ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans l'avenir on doit commencer réfléchir, comment reprendre cette activité par l'état , comme les PF ne sont pas de la fonction publique</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>Action Damien</b>
2.1	<p><b>Mutualisation des PF FM ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de bon rendement concernant le programme TB</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>Chemonics</b>
3.1	<p><b>Points focaux – présence au DPS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyen de s'appuyer sur leur présence</li> <li>• Appui au districts pour compiler les données de consommations, mis en commun des bon de commandes</li> <li>• Coordination des activités SIGL/GAS</li> </ul>



### 6.3.3 Niveau périphérique (FS)

- Les FS réceptionnent les produits pharmaceutiques dont elles ont la charge en termes d'organisation du stock et de sa gestion, en vue de pouvoir organiser la dispensation des produits pharmaceutiques aux populations relevant de leur zone géographique.

No.	Réponse
1.	<b>PNPCSP</b>
1.1	Réallocation – Ce qu'on remonte des sites – validation consiste : vous avez un stock Comité de validation des données : DPS, PF, Pharmacien, resp ; Prise en charge (UGL qui alde)
2.	<b>CDT Madina</b>
2.1	<p><b>Outils de gestion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre</li> <li>• Bon de livraison</li> <li>• Stock : armoire RUMER : Non</li> <li>• Commande allocation ; pour 3 mois suffisante : Réquisition Action Damien</li> <li>• Absences de rapport des consommations (seulement pendant supervisions)</li> </ul>
3.	<b>Solthis</b>
3.1	<p><b>Observation faites dans le cadre de visites post-formation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Globalement les registres/outils de première ligne sont mal remplis et l'inventaire n'est pas fait</li> <li>• problèmes classique - mauvaise gestion de stock</li> </ul> <p><b>Réallocation de stock au niveau préfectorale ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réallocation du stock ; quelques exemples Labé : surstock redirigée</li> <li>• Globalement on ne peut pas dire que le mécanisme fonctionne</li> <li>• Problème de surstock (Névirapine – constat sur plusieurs sites)</li> </ul> <p><b>Manuel SIGL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• On se sert de ce manuel pour les formations, pas dans l'opérationnel</li> <li>• Est très complet et mériterait d'être appliqué à tout le niveau</li> <li>• Le canevas est respecté par Solthis</li> <li>• Pour l'application le PNPCSP est responsable</li> <li>• Impression : niveau connaissances basiques bas</li> </ul> <p><b>UGL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UGL faut le personnel que cela prenne forme, beaucoup d'idées</li> <li>• La remontée des données de consommation dépend des programmes : les mêmes personnes, qui traitent les données SNIS devraient aussi remplir les outils SIGL</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>Nœud du problème : SIDA pas de motivation ; mêmes les gens qui sont formés et qui savent très bien - ils ne font pas (Formation – Motivation – Suivi)</b></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opportunité : existence de beaucoup de rapports d'analyse de la situation système d'approvisionnement (GAS) en Guinée –bonne base de départ</li> </ul>
4.	<b>CTA CHU Donka</b>
4.1	<b>Fonctionnement:</b> Les médecins responsables de la prescription des ARV au CTA reçoivent les patients en consultation et leur délivrent l'ordonnance pour aller à la pharmacie. La pharmacienne et son équipe sont chargées de faire la distribution des ARV aux patients. L'inventaire des stocks est journalier sur une fiche élaborée par le programme national.
5.	<b>Constat Labé (enquête EUV Dec. 2017) – produits subvention paludisme</b>

5.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion des outils de gestion insuffisante: bon de commande, fiche de stock ? seulement fiche de réception, - Pas de rapport d'inventaires, Inexistence rapport périodique SIGL des CS et hôpitaux</li> </ul>
-----	--

<p><b>Forces</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>PCG/entreposage central et régionale est reconnue et utilisé comme l'acteur d'entreposage des produits de santé par presque tous les prog. &amp; PTF.</li> <li><b>C&amp;R</b> : PCG possède un bon réseau avec 1 structure C et 6 R ; le personnel dédié avec un certaine expertise.</li> <li><b>FOSA</b> : la pratique de gestion de stock des dons fonctionne relativement bien effectuée sous une supervision renforcée.</li> </ol>	<p><b>Faiblesses</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>C&amp;R</b>: les conditions de stockage aux niveaux des entrepôts PCG et PEV ne sont pas optimales ; ; manque d'équipement et d'espace.</li> <li>Certains acteurs ne sont pas intégrés (PEV, CNTS, AGBEF).</li> <li><b>Les moyens en cas de riposte d'urgence sanitaire ne sont pas établis, intégrés, ni opérationnalisés (?)</b>.</li> <li><b>DPS &amp; FOSA</b> :rôle informel et temporaire de certaines DPS pour transbord.; conditions du magasin et point de vente souvent inappropriées ; matériels et équipements manquant ; pas de eSIGL et peu de gestion performante; personnel peu supervisé avec formation insuffisante, pas de définition de poste ; source d'énergie non sécurisée et absence de contrat de maintenance.</li> </ol>
<p><b>Opportunités</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La PCG bénéficie d'un leadership et d'un plan stratégique 2016- 2020 .</li> <li><b>C&amp;R</b> : certains entrepôts PCG &amp; PEV vont être rénovés voire construit, sous financement des PTF.</li> <li>Les PTF et le MS sont conscients de la faiblesse de l'entreposage C, R et local.</li> </ol>	<p><b>Menaces</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>C&amp;R</b> : Circuit parallèle d'entreposage</li> <li>Faible capacité de gestions de risques d'incendies et inondations.</li> </ol>

<p><b>Symptômes</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>C&amp;R</b>: les conditions de stockage aux niveaux des entrepôts PCG et PEV ne sont pas optimales ; ; manque d'équipement et d'espace.</li> <li>Certains acteurs ne sont pas intégrés (PEV, CNTS, AGBEF).</li> <li><b>Les moyens en cas de riposte d'urgence sanitaire ne sont pas établis, intégrés, ni opérationnalisés (?)</b>.</li> <li><b>DPS &amp; FOSA</b> :rôle informel et temporaire de certaines DPS pour transbord.; conditions du magasin et point de vente souvent inappropriées ; matériels et équipements manquant ; pas de eSIGL et peu de gestion performante; personnel peu supervisé avec formation insuffisante, pas de définition de poste ; source d'énergie non sécurisée et absence de contrat de maintenance.</li> </ol>	<p><b>Causes fondamentales</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>C&amp;R</b>: Les infrastructures héritées ne sont plus adéquates en conditions, équipement, et volume.</li> <li><b>Chaque partenaire veut préserver son autonomie.</b></li> <li><b>Les besoins en cas de riposte d'urgence sanitaire pas encore été intégrés.</b></li> <li>Les infrastructures des magasins de stockage au niveau des FOSA ne sont pas adaptées aux normes établies par le MS. Les FOSA ne bénéficient que de peu de supervision formative coordonnée, formation, rééquipement, etc.</li> </ol>
<p><b>Solutions correctives</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Améliorer le système d'entreposage central PCG et PEV avec scénario d'optimisation ; Evaluer les coûts de stockage et établir un plan d'optimisation ; modifier les contrats de service avec les PTF pour refléter ces coûts réels</li> <li>Renforcer l'intégration de l'entreposage des intrants pharmaceutiques de tous les partenaires a travers la PCG;</li> <li><b>Évaluer les besoins de résilience en entreposage C &amp; R + transport en cas de riposte d'urgence.</b></li> <li>Quantifier les besoins des FOSA, PS en espace de stockage et en équipement et élaborer un plan d'actions pour les renforcer.</li> </ol>	

**Carence concernant tous les niveaux :**

Le Ministère de la Santé ne dispose pas d'agents spécifiquement formés à la méthodologie et aux techniques d'inspection des locaux destinés au stockage /distribution des produits pharmaceutique ainsi qu'à l'évaluation de la conformité de l'ensemble de la chaîne de distribution des produits pharmaceutiques, par rapport aux respects de normes exigibles légalement (Bonnes Pratiques de Distribution/stockage des produits pharmaceutiques, Bonnes Pratiques Pharmaceutiques...)

<b>Carences</b>	<b>Mesures Correctives à mettre en œuvre</b>
<p><b>Au niveau Central (PCG)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Superficie des locaux de stockage/distribution insuffisante.</li> <li>• Absence d'un système d'enregistrement en continu de la température et de l'hygrométrie permettant de connaître, à tout moment, les valeurs de ces deux paramètres.</li> </ul>	<p><b>Au niveau central (PCG)</b></p> <p>Sécuriser les budgets correspondants pour l'extension des locaux de la PCG qui est déjà définie et programmée (y compris : recrutement et formation du nouveau personnel, équipements...).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisition de deux « <b>logtag</b> » : dispositif avec logiciel informatique permettant de suivre en continu l'enregistrement de la température et de l'hygrométrie.</li> <li>• Acquisition de palettes en plastique, en remplacement des palettes en bois (exigence des bonnes pratiques de stockage/distribution)</li> </ul>
<p><b>Au niveau Régional (dépôts régionaux et pharmacies hospitalières)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité avec de fortes différences, selon les DR des locaux affectés au stockage/distribution/dispensation des produits pharmaceutiques. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation parfois insuffisante du personnel affecté au stockage/distribution/dispensation des produits pharmaceutiques.</li> <li>- Pas de contrôle de la température et de l'hygrométrie de l'air des locaux destinés au stockage des produits pharmaceutiques.</li> <li>- Procédures de nettoyage (avec enregistrement des opérations de nettoyage effectuées : le nettoyage existe mais il y a rarement des procédures écrites relatives à cette opération et si'il y en a, elles ne sont pas appliquées avec les exigences de traçabilité</li> <li>- Sécurisation des locaux : pas toujours suffisante</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Au niveau régional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquérir des réfrigérateurs fonctionnant à l'énergie solaire pour le stockage des produits thermolabiles</li> <li>• Aménager tous les nouveaux locaux destinés au stockage/distribution des produits pharmaceutiques en conformité avec un document définissant les caractéristiques minimales, en termes de superficie, distribution des espaces, équipements indispensables (document existant déjà et à compléter par la DNPM)</li> <li>• Organiser des FC de remise à niveau du personnel ayant en charge le stockage/distribution des produits pharmaceutiques</li> <li>• Pourvoir les locaux de stockage/distribution de thermomètres enregistreurs</li> </ul>
<p><b>Niveau Périphérique (FS) :</b></p>	<p><b>Au niveau périphérique (FS)</b></p>



<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Locaux de stockage/dispensation fortement inadaptés pour la quasi-totalité des FS.</i></li><li>• <i>Organisation de la gestion des stocks des produits pharmaceutiques très déficitaires : manque de formation du personnel, fiches de stock non remplies (actuellement seulement 30% des FS ont des fiches de stocks correctement remplies).</i></li><li>• <i>Absence de formation du personnel des FS.</i></li><li>• <i>Pas de contrôle de la température de l'air des locaux affectés au stockage/distribution des produits pharmaceutiques.</i></li><li>• <i>Sécurité des locaux pas garantie dans de nombreux cas (protection contre le vol).</i></li><li>• <i>La gestion de la sécurité conduit, parfois, à des situations contraires au fonctionnement de la FS (ex. : les locaux sont fermés à clé, l'agent de santé est parti avec la clé et les locaux restent inaccessibles)</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Revoir tous les locaux destinés au stockage/distribution des produits pharmaceutiques en accord avec les exigences minimales préconisées par la DNPM.</i></li><li>• <i>Organiser des formations destinées au personnel des FS, notamment en ce qui concerne la gestion des stocks.</i></li><li>• <i>Acquérir des thermomètres enregistreurs</i></li><li>• <i>Acquérir des réfrigérateurs fonctionnant à l'énergie solaire pour le stockage des produits pharmaceutiques thermolabiles</i></li></ul>
--	--

## 6.4 Transport/distribution

- *La distribution/transport des produits pharmaceutiques de la PCG vers les dépôts régionaux relais de la PCG répond aux exigences de la qualité et est effectuée selon une logistique intégrée.*
- *La PCG dispose d'un nombre de véhicules et de ressources humaines adapté à sa fonction de distribution / transport*
- *Chaque opération de distribution/transport avec un véhicule de la PCG est effectué avec la présence d'un pharmacien dans le véhicule qui vérifie la correcte application de l'AQ depuis le point de départ (PCG) jusqu'au point d'arrivée (dépôt relais de la PCG)*
- **Les autres étapes de la distribution / transport sont :**
  - \*Dépôt régional-----District
  - \*District-----FS

### 6.4.1 Niveau Central (PCG)

La PCG souvent, pour solutionner leur impasse de devoir livrer aux CS conformément aux contrats établis avec les PR, invite les chefs des centres à venir recevoir leur dotation à la DPS contre paiement d'un forfait transport selon la distance à faire.

1.	<b>CRS</b>
1.1	<b>Méthode de distribution ?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Il y a un transfert du système d'allocation à la réquisition. Bien qu'il y a des insuffisances pour le moment, nous faisons de l'encadrement pour l'améliorer.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les raisons de changement du système est qu'avec l'allocation on distribuait en excès dans certains structures pour certains intrants et en dessous du besoin pour certains intrants par endroit. Désormais que les prestataires sont responsables d'exprimer le besoin.</li></ul>
1.2	<b>PCG a-t-elle les capacités de distributions ?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avec l'appui des partenaires oui. CRS, le projet de lutte contre Ebola, ... ont donné des camions en plus d'autres équipements de stockage et de manutention.</li><li>• C'est même un de nos résultats attendus dans le RSS</li><li>• Maintenant les ressources humaines ont besoin d'encadrement.</li></ul>
<b>2.</b>	<b>PSI</b>
2.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• PCG : problème récurrent que le plan de distribution n'est pas respecté (raisons diverses)</li></ul>
2.2	<b>Plan de distribution PCG</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Livraisons tardifs (2 – 3 mois)</li><li>• 1ier plan 2017 soumis en 13 Févr. n'a pas été exécuté en totalité seulement en fin du mois de Mai (décalage de 3 mois) même à Conakry (2 mois)</li><li>• PSI avait envisagé de faire la distribution eux même, mais la non –objection demandé au FM n'était pas accordé (pour éviter de créer un circuit de distribution parallèle)</li></ul>
2.3	<b>Fonctionnement / performance PCG</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Manque d'efficience de la part de la PCG, problèmes disponibilité, ,</li><li>• Assez de difficultés avec le circuit formel de distribution Rapport du plan soumis le 13 février (1 trimestre) – reçu 31 Juillet 3ieme trimestre</li><li>• Le deuxième plan soumis en Juin (distribution groupe) en novembre aujourd'hui ni justification ni rapport</li><li>• Les CS sont en contacts avec PSI, s'il y'a des ruptures et fournissent des rapports d'activités</li></ul>
2.4	<b>PCG - Est ce que c'est même réaliste que la PCG peut livrer jusqu'au niveau FOSA (capacité de jouer ce rôle ?)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Question assez complique</li><li>• On est passe à la logistique intégrée sans passer par des préalables</li><li>• Dépôts sont dans 8 régions, certaines structures sont très éloigné des dépôts, ou même inaccessibles</li><li>• A l'heure actuelle PCG est dépassé</li></ul> <b>PCG - Problèmes interne</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• PCG bénéficie de beaucoup d'appui</li></ul> <b>Relations PR – PCG - PR ne disposent pas des moyens de pression</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Quand la PCG n'exécute pas, on a pas de moyen de pression</li><li>• Le PR fait tous pour que les produits arrivent au pays les reste c'est avec la PCG</li><li>• Chaque PR a un contrat avec la PCG (stock – distribuer, PR doit donner un plan de distribution (quantité maximum : quand la PCG n'exécute pas les PR ne peuvent pas se substituer</li></ul> <b>Contrats</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• En cas de litige : Rupture de contrat possible, mais ceci est presque impossible dans la logistique intégré</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>On nous empêche d'aller vers l'autre, on veut bien rester ; mais la situation actuelle constitue une menace</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>PSI</b>
3.1	<p><b>Rapport de distribution (situation fin Novembre 17)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport de distribution Février reçu en Juin</li> <li>Pas encore reçu celle de la distribution après</li> </ul> <p><b>Factures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>C'est au PR de réclamer les factures ; La PCG est souvent en retard</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>Action Damien</b>
4.1	<p><b>PCG – FM panier commun</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lien avec la PCG - suit la logique intégrée, tous les intrants entrent dans le magasin de la DPS centrale</li> <li>FM paie les frais de stockage, contribue au panier commun, les PR font le plan de distribution</li> </ul> <p><b>Actuellement avancés qualité de services (PCG)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A Conakry ça va plus vite</li> <li>Clé de répartition après 3 jours (TB sensible)</li> <li>PCG n'aime pas que les FOSA s'approvisionnent individuellement</li> </ul> <p><b>Solution Distributions proposé par Action Damien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PCG doit distribuer 4 x par an, le contrat qui lie les PR</li> <li>PCG de devrait pas livrer directement jusqu'au dernier FOSA</li> <li>Respect de calendrier de distribution (dans les 2 semaines à Conakry)</li> <li>A l'intérieur plus complexe, AD ne maîtrise pas la situation là-bas</li> </ul> <p><b>Nouveautés PNLAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4 nouvelles préfectures de la basse cote : Coyah, Dubreka, Bofa et Boke (1 CDT = 4 maintenant 8 CDT), on passe à CDT par préfecture, formation de l'élaboration améliorer l'accessibilité</li> </ul>
<b>5.</b>	<b>FNUAP</b>
5.1	<p><b>PCG a besoin de réorganisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A l'état actuel les distributions cela ne marche pas</li> <li>PCG n'a pas la capacité de livrer jusqu'au niveau FOSA, à la limite jusqu'au niveau DPS en payant 100.000 frais de transport</li> </ul> <p>Déposer les intrants tous les 3 mois au niveau DPS</p>

### *Sous-traitance prestataires privés avec chaîne de distribution ?*

<b>1.</b>	<b>Action Damien</b>
1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Donner leurs médicaments ; mauvaises conditions, humidité</li> <li>Méthode pour éviter les ruptures (éviter livrer chaque trimestre)</li> <li>CDT pour 30 malades (peu de meds) – livrer 1 fois /an</li> </ul>
1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour le composant palu nous avons préféré avoir un seul interlocuteur qui est la PCG</li> <li>Elle est la seule responsable de transporter le médicament du magasin à la structure qui distribue</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ce qui nous évitera à gérer des problèmes à différents niveaux</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>PSI</b>
2.1	<b>Explorer partenariat public privée</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>PCH est dans la logique d'essayer de garder toutes ses prérogatives</li> <li>Mais elle n'a pas les moyens, n'ont pas la logistique</li> </ul>
2.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il faut faire le maximum d'appuyer la PCG d'améliorer leur performance pour éviter de créer des circuits parallèles</li> <li>Mais s'il n'y a pas d'amélioration au Niveau de la PCG il sera pertinent de tester des approches novatrices</li> </ul>
2.3	<b>Approches innovatrices</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>PCG - Dans leur prorogation existe la possibilité de contractualiser avec les privées</li> <li>Existence Cartographie qui décrit quelles zones sont difficilement accessibles, ou pour la PCG cela sera difficile envoyer leur véhicule</li> <li>Cette cartographie peut être exploitée pour contractualiser avec des privées et assurer la disponibilité des produits au niveau périphérique</li> </ul>
2.4	<b>Exemple d'innovation en Tanzanie et Sénégal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour approvisionner des localités enclavés - partenariat public Privée (Coca Cola) PNA Sénégal a contractualisé avec des structures privées, sans que les PR étaient impliqués, pour assurer la disponibilité des produits au niveau périphérique</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>Chemonics</b>
3.1	<b>Sous-traitance ?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ont marché ailleurs</li> <li>Ne pas aller dans ce sens, pas avant qu'on n'ait épuisé toutes les options</li> <li>On a quand même une flotte, les moyens sont là ? chaque dépôt a des moyens de transport</li> </ul>

#### 6.4.2 Niveau intermédiaire

##### Système allocation versus réquisition

##### Système d'allocation versus système de réquisition basée sur CMM et Inventaires (besoin) - redéploiement des structures en surstock vers celles en ruptures

- Théoriquement assurer une bonne disponibilité au niveau central (pays) ne règlera pas totalement les problèmes d'approvisionnement (Rupture, péremption) au niveau de FOSA.
- Avec le système d'allocation, il y a toujours des centres plus performants avec plus d'activité donc plus de consommation de certains intrants indépendamment des données épidémiologiques nationales.
  - Et il y a d'autres qui avec les mêmes données prennent en charge moins de patients et consomment moins.
- Malgré tous les efforts fournis en formation et en appui logistiques qui fonctionnent encore principalement les données de consommation de certains intrants ne montent pas.

##### PCG - 5 dépôts régionaux

- Problèmes de gestion
- Voir Entreposage – niveau intermédiaire





### DPS (niveau opérationnel)

No.	Réponse
<b>1.</b>	<b>PSI</b>
1.1	<b>Stockage des intrants au niveau des DPS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intrants stockés dans des bureaux DPS</li> <li>Chefs des centres viennent de prendre (par exemple: antipaludiques)</li> </ul>
1.2	<b>Subvention Paludisme – règlements spéciales (un peu modifié)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les centres peuvent exprimer directement eu besoins et aller directement s’approvisionner au niveau des dépôts régionaux</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>PNPCSP</b>
2.1	<b>Un stock c’est toujours un risque</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quand on multiplie les lieux de stockage</li> <li>Donca : manque de capacité, stock ambulatoire</li> <li>Pas de local adapté</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>Plan</b>
3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meds palu : on fait venir les responsables des centres de venir à la DPS un moment précis : tout est déjà enpaqués avec bon de livraison, pas de stockage réel au DPS (transition seulement)</li> <li>Si des agents sont en déplacement i.e. ; Vaccination autres activités, ils sont déposés seulement quelques quelques jours à la DPS</li> </ul> <p><b>Meds TB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les CDT sont en centre-ville</li> <li>Les PR ordonnent la sortie de médicaments de la PCG</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>CRS</b>
4.1	<b>Problème</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il faut donner le transport au chef du centre pour s’approvisionner</li> <li>Le moment que le produit est gratuit il faut donner le cout de transport</li> <li>Ils paient le cout de transport</li> <li>1 % stockage + 4 % pour la distribution</li> <li>Dépend de la distance et de la saison</li> <li>Chef du centre obligé de mettre dans un véhicule (100.000 – 200.000) difficile que cela couvre le transport (150 km peut-être)</li> <li>Ce qu’a été demande</li> </ul>
<b>5.</b>	<b>CRS</b>
5.1	<b>Pharmacien de district (superviseur)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pharmacien de l’hôpital fait office en cas de défaut</li> <li>FOSA fait son bon de commande, DPS valide – envoie à la PCG</li> <li>Le logisticien DPS, relève du Pharmacien</li> </ul> <p><b>Entrepôts dans les Préfectures ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>On trouve partout des produits – DPS doivent avoir des entrepôts</li> <li>Salle de conférence fait office, pas accompagné de faire un bon système de gestion</li> <li>Beaucoup de produits, beaucoup de périmées</li> <li>Stockage des intrants dans les couloirs</li> <li>Une étude sera nécessaire</li> </ul> <p><b>Double langage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>On dit il n’y a pas de magasinier, en même temps on dépose dans les DPS</li> <li>Dons sont stockés, stockes souvent on ne sait même pas à quoi ça sert</li> </ul>

	<p><b>Points Focaux FM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyvalents, fonds tous</li> </ul> <p><b>Contrat PR / PCG : livrer directement aux CS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Axes convoquent les Chefs de centres, ils viennent ils payent leurs transport, seulement si c'est arrivé au centre signature, la facture est payé</li> </ul> <p><b>PNLP a délégués la responsabilité aux DPS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PNLN a autorisé les DPS de valider les commandes</li> </ul>
<b>6.</b>	<b><i>Constat Labé (enquête EUV Dec. 2017) – produits subvention paludisme</i></b>
6.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bon de commande sont groupés (centralisés) au niveau de la DPS et envoyé au dépôt régionale :</li> <li>• DP régionale livre aux DPS qui fait le dispatching : DPS communiquent aux CS de venir chercher les produits</li> <li>• On dit qu'ils ont donnés de l'agent pour le transport des médicaments ; mais il n'y a pas de traces</li> <li>• Faiblesse : Chaque CS prend ce qu'il trouve : Bon de commande / bon de livraison ne sont pas disponible - seulement bon de réception <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que la quantité livré et conforme à la qte demandé ?</li> <li>- On ne voit pas concordance entre la commande et la livraison (pas de traces)</li> </ul> </li> <li>• Chaque région a trouvé des stratégies de la distribution</li> </ul>

### **Manque de coordination des commandes CS, faiblesses supervisons aspect GAS**

#### **Le DPS ne remplit pas son rôle de coordination concernant le système GAS**

- L'équipe cadre de la DPS qui est l'autorité au niveau du district sur le plan médical pourra théoriquement équilibrer le sur-stockage ou la pénurie de intrants subventionnées au niveau du district, sans toujours solliciter le niveau central. Mais entrepôt de district n'existe pas, malgré la présence des pharmaciens de districts et/ou logisticiens par endroit.
- Souvent une partie des intrants subventionnées ou de dons sont stockés dans les couloirs, des bureaux, salle de réunions etc de la DPS.
  - Le manque d'entrepôts au niveau des DPS avec l'insuffisance d'espace de stockage dans les structures de santé constituent une insuffisance dans le système. Il y a un besoin d'avoir toujours un stock tampon dans la DPS indépendamment des dépôts régionaux PCG.

#### **Synthèse**

- Entrepôt de district n'existe pas, malgré la présence des pharmaciens de districts et/ou logisticiens par endroit
- Souvent une partie des intrants subventionnées ou de dons sont stockés dans les couloirs, des bureaux, salle de réunions etc de la DPS
- L'équipe cadre de la DPS pourra théoriquement équilibrer le surstockage ou la pénurie de intrants subventionnées au niveau du district, sans toujours solliciter le niveau central
- Le manque d'entrepôts au niveau des DPS avec l'insuffisance d'espace de stockage dans les structures de santé constituent une insuffisance dans le système



## Renforcement niveau intermédiaire

Deux options possibles : Approvisionnement des CS via les dépôts régionaux (validation commande comité .... Préfectorale) ou via les DPS (ou l'ensemble)

### 6.4.3 Niveau Prestation de soins

<b>Forces</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Une certaine intégration et mutualisation du transport/distribution.</li><li>2. <b>PCG C &amp; R possèdent des véhicules et une certaine expérience en transport/distribution, et la distribution fonctionne trimestriellement.</b></li></ol>	<b>Faiblesses</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Transport/distribution pas intégré (PEV, AGBEF, CNTS, campagne palu), peu mutualisé et laissée ad-hoc entre entrepôts R, DPS, et FOSA (pour certains dons + produits à recouvrement).</li><li>2. <b>R vers DPS, FOSA</b> : la distribution n'est pas organisée ni géré avec les méthodes les plus performantes ni respectent les bonnes conditions ; véhicules &amp; manutention rarement adéquats entre entrepôts R et FOSA ; flotte souvent inutilisée aux PCG C et R ; long délais à la PCG pour réaliser les plan de distrib (dons) et fréquence trimestrielle non satisfaisante (dons) ; distribution/récupération informelle entre PCG R, DPS, et FOSA en cas de visite administrative; système empirique.</li><li>3. Non application du manuel de logistique intégrée.</li><li>4. Les besoins spécifiques tels que transport frigorifique ou congelé (réactifs et plasma) et la logistique inversée (crachats pour la TB; produits inutilisables) ne sont pas satisfaits. Manque de procédure et d'outils pour surveiller la température tout au long du réseau de transport.</li></ol>
<b>Opportunités</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La compétence en transport/distribution, et gestion de flotte existe en Guinée. (Secteur privée et Secteur public)</li></ol>	<b>Menaces</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Environ 72% des FOSA pas atteignables par des routes carrossables.</li><li>2. L'absence du maintien de conditions de transport peut détériorer les produits, et peut créer du gaspillage de produits et donc financier.</li></ol>



### Symptômes

1. Transport/distribution pas intégré (PEV, AGBEF, CNTS, campagne palu), peu mutualisé et laissée ad-hoc entre entrepôts R, DPS, et FOSA (pour certains dons + produits à recouvrement).
2. R vers DPS, FOSA : la distribution n'est pas organisée ni géré avec les méthodes les plus performantes ni respectent les bonnes conditions ; véhicules & manutention rarement adéquats entre entrepôts R et FOSA ; flotte souvent inutilisée aux PCG C et R ; long délais à la PCG pour réaliser les plan de distrib (dons) et fréquence trimestrielle non satisfaisante (dons) ; distribution/récupération informelle entre PCG R, DPS, et FOSA en cas de visite administrative; système empirique.
3. Non application du manuel de logistique intégrée.
4. Les besoins spécifiques tels que transport frigorifique ou congelé (réactifs et plasma) et la logistique inversée (crachats pour la TB; produits inutilisables) ne sont pas satisfaits. Manque de procédure et d'outils pour surveiller la température tout au long du réseau de transport.

### Causes fondamentales

1. & 2. La PCG n'est pas totalement perçue comme l'acteur majeur du transport, n'a assez de compétence technique (gestion de flotte et maintenance), de moyens, ni n'est rémunéré pour fournir un service de transport effectif et efficace incontesté de la PCG C aux 410 FOSA.
3. La PCG/transport/distrib. ne se conçoit pas totalement comme un « fournisseur de service de transport/distrib. » intégratif et exhaustif, de bout en bout de la chaîne (incluant la logistique inversée, etc.).

### Solutions correctives

1. &2 et 3. Évaluer le système du transport/distribution C & R et 410 FOSA incluant le transport réfrigéré et congelé, prélèvements (crachat et sang) voire produits périmés avec scenario d'optimisation et utilisation de technologies innovantes (drones pour les zones difficiles d'accès) + plan d'amélioration ; créer un service transport/distribution à la PCG conduit par un expert de formation logistique ; soutenir la PCG/comptabilité pour évaluer les couts et facturer le service transport/distribution au coût réel (m<sup>3</sup>/km).
4. Évaluer les besoins de résilience en transport/distribution en cas de riposte d'urgence sanitaire

Carences	Mesures Correctives à mettre en œuvre
<p><i>C'est surtout dans les deux dernières phases de la distribution/transport que l'on note des carences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Véhicule pas toujours disponible en nombre</li><li>• Véhicule pas toujours adapté au transport des produits pharmaceutiques</li><li>• Conditions de transport (surtout température) pas toujours de nature à garantir la qualité des produits pharmaceutiques, surtout les thermolabiles</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disposer de véhicules destinés au transport des produits pharmaceutiques pouvant garantir la qualité du transport depuis les dépôts régionaux vers les districts et depuis ceux-ci vers les FS.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ceci sera atteint au travers d'une répartition équitable des nombreux véhicules présents dans les régions, qui ont été distribués durant l'épidémie d'EBOLA (les besoins de santé publique sont prioritaires par rapport à tout autre besoin exprimé)</li></ul></li><li>• Organiser des sessions de formation (contenu durée et programmation à définir par la PCG ; calendrier d'exécution à établir avec la DNPM), destinées aux personnels ayant en charge la distribution / transport dans les structures périphériques</li><li>• Disposer un témoin de température avec les produits pharmaceutiques transportés (indication des températures maximales atteintes durant le transport)</li></ul>





## 6.5 Usage rationnel

### CRS : Injectables :

- En pré ruptures, les formes injectables
- Une surconsommation
- Formes pédiatriques réglées
- Suppositoires/ cela ne se consomme pas si rapidement comme les injectables

Problématique soulevés première visite site association d'autres molécules pas nécessairement indiqué (par exemple des antibiotiques)

Source : Restitution de la Visite de Sites du Comité de Suivi Stratégique de l'ICN-Guinée dans les DPS de Dalaba et de Kindia

### Points faibles

- **Prescription médicale :** Association de plusieurs molécules (Antipaludique, Antiparasitaires ...) « Couvrir tous pour être sur »
- La gratuité des médicaments antipaludique est « diluée » dans les autres prescriptions payantes

### Recommandations

- Amener les prescripteurs à se conformer à l'ordinogramme notamment dans le diagnostic biologique et la prescription thérapeutique contre le paludisme en évitant les associations non justifiées pour assurer entre autres l'effectivité de la politique de gratuité
- Assurer des séances de CIP et de conseils pendant les prestations envers les usagers et rendre explicite les supports IEC adaptés sur la gratuité des produits dans les centres de santé.



<b>Forces</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Le SNIS/DHIS2 qui est installé permet un certain S&amp;E centralisé de l'URP par les DPS et le service de S&amp;E des programmes.</li><li>2. Les comités thérapeutiques des FOSA et des DPS sont conscients de leur rôle dans le S&amp;E mensuel de l'URP des FOSA.</li></ol>	<b>Faiblesses</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Les données du SNIS sont incomplètes pour un S&amp;E effectif de l'URP par les services S&amp;E des programmes.</li><li>2. Le travail des comités thérapeutiques et des DPS sur l'URP des FOSA n'est pas efficace ni effectif ; les tarifs ne sont toujours affichés aux FOSA ni même pratiqués, et les PTS prescrit.</li><li>3. <b>FOSA</b> : la pénurie de stock et le manque de FDR poussent parfois les FOSA à vendre aux patients des dons, ou à prétendre la rupture de stock ; les FOSA, PS, et ASC achètent aux grossistes privée en cas de rupture de stock aux PCG R.</li><li>4. Les dons peuvent "cannibaliser" les produits à recouvrement</li><li>5. Motivation limitée de FOSA pour prescrire des produits non rémunérant.</li></ol>
<b>Opportunités</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. L'amélioration du SNIS/DHIS2 est une sous-orientation stratégique prioritaire du PNDS 2015-2024 avec un financement et une attention particulière.</li><li>2. L'utilisation du SNIS/DHIS2 dans tout le pays va permettre un suivi effectif et efficace de l'URP.</li></ol>	<b>Menaces</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Le modèle PCG risque de s'effondrer si les FOSA, PS, et ASC achètent moins ou pas via les PCG R (mais des produits contrefaits ou sous-standard) avec un impact sur l'efficacité des traitements.</li></ol>

<b>Symptômes</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Les données du SNIS/DHIS2 sont incomplètes pour un S&amp;E effectif de l'URP par les services S&amp;E des programmes ; entre les DPS et les FOSA, le SNIS est sous format papier</li><li>2. Le travail des CT et des DPS sur l'URP des FOSA n'est pas efficace ni effectif ; les tarifs ne sont toujours affichés aux FOSA ni même pratiqués.</li><li>3. <b>FOSA</b> : la pénurie de stock et le manque de FDR poussent parfois les FOSA à vendre aux patients des dons, ou à prétendre la rupture de stock ; les FOSA, PS, et ACS achètent aux grossistes privée en cas de rupture de stock aux PCG régionales.</li><li>4. Les dons peuvent "cannibaliser" les produits à recouvrement.</li><li>5. Motivation limitée de FOSA pour prescrire des produits non rémunérant.</li></ol>	<b>Causes fondamentales</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Le SNIS/DHIS2 est en amélioration sous la conduite de la BSD ; usage limitée des données par le S&amp;E des programmes.</li><li>2. &amp; 3. Supervisions formatives et contrôles récurrents des DPS, DRS et l'IGS aux FOSA pas suffisant et efficaces.</li><li>4. Manque de cohérence dans l'offre de produit des programmes ; coordination défailante du programme et ses acteurs ; leadership limité du MS pour éviter l'injection de dons dans le système de santé sans son autorisation et coordonner ses dons.</li><li>5. (?)</li></ol>
--	---

<b>Solutions correctives</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 2, et 3. Accroître les moyens financiers et techniques pour terminer la mise en œuvre du SNIS/DHIS2 ; former le service S&amp;E des programmes à l'exploitation efficace des données SNIS pour le S&amp;E de l'URP, et la prise de décisions correctives ; créer (?) un groupe de travail national programmes/IGS pour prendre des décisions sur les cas irrationnels et assister DRS/DPS dans les actions correctives ; développer un plan de mesures pour améliorer l'expression du besoin (des patients) et l'offre (des FOSA, PS et ASC) ; associer spécifiquement les inspecteurs/superviseurs des DNPM, DRS, et DPS.</li><li>4. Créer un service de coordination des dons auprès de l'UGL, doter en moyens technique et humain.</li></ol>
---

## FFOM Usage rationnel « Politique Pharmaceutique Nationale; Juin 2014 - Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire (DNPL)

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste nationale des médicaments essentiels,</li> <li>• Guide thérapeutique national,</li> <li>• Guide spécifique pour les hôpitaux nationaux,</li> <li>• Formulaire simplifié du médicament,</li> <li>• Formulaire national du médicament,</li> <li>• Ordinogramme pour les Centres de Santé,</li> <li>• Table d'équivalence,</li> <li>• Protocoles thérapeutiques pour certains programmes verticaux,</li> <li>• Prescription en DCI dans la majorité des</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de programme d'éducation du public,</li> <li>• Non-application des textes réglementaires pour la prescription, la dispensation et la promotion médicale,</li> <li>• Absence de contrôle de la promotion médicale,</li> <li>• Utilisation de personnes non qualifiées dans la prescription et la dispensation,</li> <li>• Insuffisance d'informations sur le médicament,</li> <li>• Pratique d'une automédication abusive,</li> <li>• Absence de plan de formation continue,</li> <li>• Absence d'ouvrages indépendants d'information</li> </ul>
<p>structures sanitaires publiques,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réglementation de la prescription et de la dispensation,</li> <li>• Droit de substitution accordé par la loi aux pharmaciens,</li> <li>• Comités du médicament dans certains hôpitaux,</li> <li>• Existence des Ordres Professionnels,</li> <li>• Paquet Minimum d'activités défini par niveau de structure sanitaire,</li> <li>• Système de référence et de contre référence,</li> </ul>	<p>sur le médicament,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance de diffusion des outils d'aide à la prescription et à la dispensation au près des praticiens.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditionnement non adapte au pouvoir d'achat de la population,</li> <li>• Insuffisance de la fonctionnalité de la contre référence.</li> </ul>



## 7. Autres résultats stratégiques – Gestion programmatique – Financière – Autre

### 7.1 Gestion du programme (Gouvernance – gestion SR)

#### 7.1.1 Performance et résultats

<b>1.</b>	<b>AGBEF</b>
1.1	<p><b>Difficultés/ goulot d'étranglements</b></p> <p><b>Activités « causeries éducatives » se sont déroulés avec beaucoup de difficultés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PS très ambulantes : Père éducatrices PS, Kankan – se déplacent souvent</li> <li>• Paiement de collation + transport avec la ZCP presque impossible à payer à temps</li> <li>• A posé beaucoup de problèmes qu'on n'a pas attendus</li> </ul>
1.2	<p><b>Contribution Dialogue Pays Fondation COCoBa/SRMNIA + VIH</b></p> <p><b>Coalition des organisations communautaires de base sur l'intégration des services SRMNIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participe au dialogue pays – Mise en place COCoBa/SRMNIA + VIH de 20 OCB, voir Innovations</li> <li>• Dans OCASS – AGBEF assure la vice-présidence</li> </ul>
	Rapport de l'analyse situationnelle de l'intégration du VIH et de la santé de reproduction/santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents en Guinée, Dr SAKOUVOGUI A.V., Juillet 2017
<b>2.</b>	<b>Solthis</b>
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par manque de décaissements du PR n'ont pas été en mesure d'exécuter une partie de ses activités planifiées : une grande partie des études, Formations tx d'achèvement 30 – 40 %</li> <li>• L'achat d'une plateforme de charge virale ne s'est pas réalisé</li> <li>• Beaucoup de va et viens, discussions/ changements de spécifications PNPSCP, décision stratégique – n'est plus repris dans la nouvelle subvention, occasion manqué</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>FMG</b>
3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On est arrivé pas à exécuter une partie des activités, voir finances – le cout des campagnes de sensibilisation à l'intérieur était sous-estimés</li> </ul>

#### **Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre**

Source : Rapport Annuel 2016, Programme national de prise en charge et de prévention des IST/VIH/SIDA (PNPCSP), Mai 2017

- Absence de flexibilité dans les procédures du PR qui souvent a recours à la non objection du gestionnaire de portefeuille du Fonds mondial pour la Guinée avec un allongement du temps requis pour l'approbation finale.
- Insuffisance de ressources humaines pour faire face à toutes les sollicitations du programme et pour conduire les activités ; et ceci d'autant plus que, le PNPSCP de par son statut de "programme" du Ministère de la Santé (en charge des normes et procédures de la PEC des PVVIH) est impliqué dans plusieurs activités avec plusieurs partenaires/ONG (UNICEF, UNFPA, SOLTHIS, AGBEF, FMG, REGAP, DREAM, MSF-B...)
- Environnement peu fourni en experts disponibles pour la conduite des études, missions planifiées.

- La mise en œuvre des activités est souvent freinée par des lourdeurs et par l'absence d'outil de gestion de la subvention validé (manuel de gestion des SR, Manuel des procédures administratives, comptables et financières).

Constats / défis	Proposition résolution des défis
<b>AGBEF – Recommandations de l'équipe technique</b>	
<b>Manque de capacitation des SR par PR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les PR's souvent déçoivent à la fin du programme</li> <li>• A la fin tout s'arrête automatiquement</li> <li>• Il faut qu'à la fin on puisse tirer quelque chose de son appui</li> <li>• Il faut y réfléchir pour cultiver la pérennité</li> </ul>	<b>Plan de transition/ capacitation SR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un ensemble d'accompagnements / appuis pour assurer la pérennité</li> <li>• Inclusion dans le contrat PR/SR</li> </ul> <b>ICN soit un avocat des OSC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appuyer la mise en œuvre des mesures concrètes (Supervisions/formation/suivi rapproché) de capacitation des SR et autres mesures d'accompagnement</li> </ul>
<b>Retrait des équipements</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au plan logistique (énième expérience) la manière de retirer l'équipement est humiliante</li> <li>• Les disques durs externes, même les clés USB sont retirées des SR</li> <li>• Mesquin – quelle manière de séparation ?</li> <li>• Il y'a d'autres équipement ou on peut encore mieux comprendre mais même les ordinateurs portables/desktop ont une certaine durée de vie, avec la progression rapide de la technologie après 2 ans ils sont souvent dépassés</li> <li>• Est-ce que les personnes auxquels ces équipements souvent vétustes par l'usage intense vont être passés vont même les utiliser ?</li> <li>• Les SR même s'ils ne sont pas plus sélectionnés pour la prochaine subvention vont continuer à travailler dans le même domaine</li> <li>• Nous qui avaient travaillé avec beaucoup d'énergie on ne peut même pas garder le matériel beaucoup utilisé pour continuer notre travail ?</li> <li>• C'est frustrant, chaque fois</li> <li>• Retirer le gros matériel cela on comprend</li> </ul>	

### 7.1.2 Système S+E

1.	<b>AGBEF</b>
1.1	<b>Périodicité rapport SR - S+E : trimestrielle</b>
2.	<b>Dream</b>
2.1	Rapportage S+E : trimestriel

### 7.1.3 Réunion internes / concertation avec PR (externes)

1.	<b>AGBEF</b>
1.1	<b>Cadre de concertation entre PR et SR (Réunions)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les réunions extraordinaires sont nombreuses, pas de planning fixe, pas un cadre</li> <li>• En moyenne 3 x par mois (suivi rapproché)</li> </ul>

1.2	<b>Réunions internes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les matins les coordinateurs de programmes se rencontrent</li> <li>1 x par semaine rencontre avec les pères éducateurs</li> </ul>
2.	<b>Ignace Deen</b>
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunions internes, tous les jours : discussion sur les cas actuels – problèmes traitement</li> <li>Réunions de services mensuels</li> <li>Réunion TB MR de temps en temps, pas régulière</li> </ul>
3.	<b>Solthis</b>
3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunions hebdomadaires avec CNLS: on répète souvent les constats des mêmes problèmes <ul style="list-style-type: none"> <li>Permis d'améliorer le suivi ce que n'allais pas, mais sans souvent le résoudre</li> </ul> </li> <li>Au rapport trimestriel du SR, il y a une feedback du PR – qui ensuite produit encore une réponse de la part du SR</li> </ul>
4.	<b>FMG</b>
4.1	<b>Rencontres – de concertation avec le PR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chaque mois 1ère mercredi SR et PR</li> </ul>

#### 7.1.4 Supervision (Interne/externe)

1.	<b>Centre Dream</b>
1.1	Supervision PR : Magasin - état de stock : 3 x cette année  <b>Plutôt des Supervision électronique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>PR évalue les rapports trimestriels</li> <li>PAM appui techniquement, fournit et conseille sur les critères d'inclusion au programme nutritionnel</li> <li>Un audit de la maison mère avait été effectué, les originaux des factures étaient déposés PR, qui avait engendré des problèmes au début – auditeurs partis là-bas</li> </ul>
2.	<b>Action Damien</b>
2.2	<b>Supervision</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programmé trimestriellement avec PNLAT</li> <li>Superviseur d'Action Damien supervise les structures PNLAT à Conakry - périodicité : hebdomadaire</li> </ul>
3.	<b>Ignace Deen</b>
3.1	<b>Supervisions (GLC)/ OMS, Fondation Action Damien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports proposent des recommandations que la structure essaie d'implémenter</li> <li>L'application des dernières recommandations est évaluée</li> </ul>
3.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervision PNLAT : Valide les données du rapport TB MR, plutôt collecte de données</li> </ul>
4.	<b>CDT Madina</b>
4.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervision (2017 : 3 x)</li> <li>Supervisions intégrées</li> <li>Rapport trimestriel, les données de consommation sont seulement transmises à cette date</li> </ul>



### 7.1.5 Formations

<b>1.</b>	<b>AGBEF</b>
1.1	<b>Participation à des formations ?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Plutôt Orientations dans le cadre de la mise en œuvre, l'équipe programme et finance était orienté, explications ZCP</li><li>• AGBEG a formé des pères éducateurs - différents thématiques : 5 séries de 3 jours</li><li>• Formé toutes les prestataires des services adaptés (PEC IST)</li><li>• Bénéficiaire d'une formation de plaidoyer / MSF</li></ul>
<b>2.</b>	<b>Centre Dream</b>
2.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dream a formé 106 laborantins sur la manipulation de l'appareil compteur CD4</li><li>• Formation de 8 agents sur la maintenance des équipements CD4 de charge virale</li><li>• 19 agents à Kindia - Prélèvement sur DBS</li></ul>
<b>3.</b>	<b>Ignace Deen</b>
3.1	<b>Activités PR</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 3 infirmiers ont bénéficié d'une formation de 4 jours</li><li>• 2 Médecins : 1 semaine</li><li>• Formations courtes MR trimestriellement, TB sensible 1 x</li></ul>
<b>4.</b>	<b>CDT Madina</b>
4.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 agents formées et certifiées</li></ul>
<b>5.</b>	<b>CDT La Carrière</b>
5.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2017 médecin 4 formations : Recherche opérationnelle, TB MR schéma court actualisée, Prévention des infections</li></ul>
<b>6.</b>	<b>ASFEGMACI</b>
6.1	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 personne - Formation en suivi évaluation Sénégal, Dakar</li></ul>



## 7.2 Gestion Financière

<b>1.</b>	<b>PSI</b>
1.1	<b>Gestion de la ZCP ?</b> <b>Opportunités/Innovations pour mieux gérer le zéro cash policy</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dernièrement après 3 fois de négociations, conclusion d'un contrat avec Orange money<ul style="list-style-type: none"><li>- Autres organisations utilisent Orange money : CRS, AGITEB, Health focus (aussi Areeba/MTN)</li><li>- Orange money est vu comme une opportunité, mais pas encore suffisamment expérience de PSI</li></ul></li><li>• Expériences avec Crédit rurale, bonne expérience avec Ecobanque (1 – 2 % bénéfiques sur les montants) mince pourcentage, protection du cashier avec une garde de sécurité</li><li>• PSI avait essayé de recruter un LFA local (5 – 7 % bénéfiques) pendant le projet FM TB et VIH pour les transactions dans des zones reculés, enclavés, mais aucun candidat avait postulé (DAO pas suffisamment attractif, risque trop grand ?)</li></ul>
<b>2.</b>	<b>AGBEF</b>
2.1	<b>Difficultés - Décaissement - ZCP</b> <b>Circuit de la mobilisation de ressources</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• SR veut réaliser une activité, écrit les TDR, contacte le fournisseur qui établit un pro-forma, transmet au PR, qui sera responsable des paiements</li><li>• Les pièces restent au niveau PR</li></ul> <b>Avances aux prestations</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pour certaines formations les prestataires demandent des avances, que n'est pas possible avec la ZCP</li><li>• Avec les fournisseurs c'est une question de confiance s'ils acceptent ces conditions</li></ul> <b>SR - Pas de compte pour les activités</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• AGBEF a seulement un compte pour le paiement des salaires des employées</li><li>• Les activités sont directement payées par le PR</li><li>• Retard même sur les salaires</li></ul> <b>Crée des Frustrations à tous les niveau- père éducatrice, fournisseurs</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le ZSP en soi n'est pas tellement un problème, cela soulage même</li><li>• Le problème est les retards des paiements qui en résultent</li><li>• Cela ne crédibilise pas la structure, les personnes concernées peuvent crier sur vous</li></ul>
2.2	<b>Avances exceptionnelles</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alimenter un compte pour gérer des urgences</li></ul>
2.3	<b>ZCP – personnel de l'intérieur 1<sup>er</sup> jour des formations réclament avance</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Personnel sont dans la salle, le premier jour ils n'ont pas de ressources, viennent de l'intérieur réclament leurs avances</li></ul>
2.4	<b>Avances financières aux SS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les requêtes financières des SR auprès des PR peuvent prendre 1 - 2 mois +</li></ul>
2.5	<b>2 Comptables sur le terrain</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Il n'est difficilement compréhensible pourquoi 2 comptables (1 PR – 1 SR) soient occupé avec la même activité – « parler des difficultés, il faut qu'on le dise »</li></ul>
2.6	<b>Non-paiement de frais administratif malgré que les clauses étaient stipulé dans le contrat / ligne budgétaire</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les frais de gestion font partie des recettes dans la comptabilité du SR</li><li>• Une partie des frais de gestion n'a pas été décaissé (PSI)</li></ul>

2.7	<p><b>Retard – insuffisance d’investissements dans les Infrastructures/ achat d’équipements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les cliniques adaptées disposaient d’un budget pour rénovation – mais qui n’était pas décaissé</li> <li>⇒ Investissements à temps dans les Infrastructures/ équipement</li> </ul>
3.	<b>Centre Dream</b>
3.1	<p><b>Demande de prolongement d’activité d’Appui nutritionnel (sans frais)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis Mars 2017 un appui nutritionnel est fournis au 700 PPVIH , budget n’a pas été pas absorbé (jusqu’à Mars 18, pour faire un an)</li> <li>• Ont adressé une demande écrite d’extension de l’activité</li> <li>• L’argent du FM au PAM a été viré : une partie des intrants (l’huile, riz et haricot) pas encore arrivée (80 % + 10% + 10%)</li> </ul>
3.2	<p><b>Exemple de formation à Kindia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cheque individuel à chaque participant</li> <li>• Comptable qui a payé individuellement</li> <li>• Copie des pièces d’identité</li> </ul>
3.3	<p><b>Décaissement à temps ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si les documents sont bien faits le circuit est court</li> <li>• Ne souffrent pas de la politique de ZCP</li> </ul>
3.4	<p><b>Problème particuliers de Dream</b> <b>Reliquat Activité 83 – appareil Abbott et autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tester la résistance aux antituberculeux – forfait 14.000 USD</li> <li>• 15.000 anciennes factures de maintenances appareil d’Abott (contrôle qualité) – réclamé tardivement</li> <li>• Parc informatique</li> <li>• Charge virale ?</li> <li>• Ont besoin des ARV de troisième ligne</li> </ul>
5.	<b>Solthis</b>
5.1	<p><b>Difficultés : retards dans les décaissements</b> <b>Gros retard suivi des lettres de gestion - conditionnent le décaissement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un an de retard de la comptabilité - on est encore sur la comptabilité 2016</li> <li>• Lettre de gestion/ trimestriel : consiste de l’ensemble des justificatifs de prestation, revue de dépenses - retour, s’il y’a des éléments manquants, nécessite des réponses/commentaire de la part du PR</li> <li>• Raisons : Manque de suivi financier CNLS - ne suit pas le rythme du projet</li> </ul> <p><b>Conséquences sur les activités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard de mise en œuvre</li> <li>• Taux accomplissement 30 – 40 % des formations prévue, peu des études réalisées</li> <li>• Equipement non - achetée</li> </ul> <p>⇒ Présente un risque sur l’éligibilité des dépenses</p> <p><b>Réunions de concertation PR (CNLS) avec SR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Périodicité des réunions hebdomadaire mis en place pour établir un cadre de concertation (Solthis – CNLS)</li> <li>• PR devra organiser mensuellement des réunions avec toutes les SR (1 x depuis aout, fortement sollicité par LFA, l’agence judiciaire)</li> </ul>



	<p><b>Retard DNO : Demande Non Objection adressé au PR</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Depuis 1 an DNO génotypage (niveau CNLS)</li><li>• Diverses raisons pour un retard de DNO : pas de réponse pour longtemps - pas donné l'autorisation – demande de donner des précisions</li><li>• Par exemple une DNO était adressé pour un type de formation – DNORH qui avait abouti seulement en Avril 2017 – retard de 1 an et ½, (cble atteint hauteur de 35 – 40 %)</li><li>• Les activités de formation à Conakry ont été exécutées</li><li>• Ces difficultés ont été décrites dans divers rapports trimestriel</li><li>• Le faible pourcentage des cibles atteintes posera un problème</li></ul>
5.2	<p><b>Audit financier Solthis en cours (PMG)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vérification de l'ensemble de pièce comptable</li></ul> <p><b>Préfinancement activités par Solthis</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un grand nombre des activités a été financés sur fonds propres, même qu'ils étaient inscrits sur les lignes budgétaires du PR</li></ul>
<b>6.</b>	<b>FMG</b>
6.1	<p><b>Mis à disposition de fonds / Décaissements</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• PSI - pas de difficultés - mis à disposition à temps des fonds</li><li>• Coté CNLS : problèmes avec les activités des dernier 2 ans : campagnes en dehors de Conakry</li><li>• Les couts à l'intérieur étaient sous-estimés (erreur de programmation), insuffisance de fonds en 2016</li><li>• Budget d'origine : Campagne de masse Kindia : 5.000.0000 FG - y inclus le déplacement et cout de séjour de tout le personnel impliqué</li><li>• Il a été essayé de jumeler les activités semblables de PSI et CNLS – planification conjointe mais cela n'a pas abouti</li><li>• Finalement en 2017 on a seulement réalisé 1 campagne sur 2</li></ul> <p><b>Revue programmatique et budgétaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oct. 2015 – Dec. 2016 (Revue programmatique)</li><li>• Revue programmatique est venue tard</li></ul>
6.2	<p><b>ZCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ZCP on s'est habitué, Soucies dans le cadre de campagnes</li><li>• Faire des photocopies des pièces, monter la documentation pour approbation avant le paiement</li><li>• Primes de transport aux pères éducateurs normalement devra être donne le même jour, maintenant beaucoup des arrières</li><li>• Les SR courent le risque de perde leur crédibilité auprès de ses pères (a fallu l'intervention des responsables)</li><li>• Comme FMG en dehors du FM dispose de l'image FMG une solution a été trouvée</li><li>• Mais cela a un impact sur les relations avec les acteurs de mise en ouvre</li><li>• On a fait des préfinancements, qui ne sont pas remboursé</li></ul> <p><b>Achat de fournitures</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Goulot d'étranglement -Fournitures : PR donne une liste de fournisseurs pré qualifié</li></ul>





Constats / défis	Proposition résolution des défis
<b>AGBEF – Recommandations de l'équipe</b>	
<p>Les contrats avec le PR stipulent de faire un rapport financier, même que toutes les preuves de paiement (factures/ fiches comptables) se font au niveau des PR,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport qu'on ils façon demande sans les pièces – envoyé une partie des pièces</li> <li>• Pas de support</li> <li>• Cela peut avoir des incidences sur les audits</li> <li>• Nous avons aucun élément des, pas de pièces</li> </ul>	<p><b>Disponibilité des supports</b> Les PR doivent donner les chiffres – rapport au SR</p>
<p>Selon AGBEF les clauses du contrat n'ont pas été respectées, PSI n'a pas encore transféré les frais administratifs arrêté dans le budget</p>	<p><b>Recommandations – soutien CSS</b> PSI doit des frais de gestion aux et doit faire face à ces obligations</p>

**Combinaison paysage de financement / recouvrement de la contrepartie- font le lien entre les deux**

Recouvrement de la contrepartie	Paysage de financement
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veille sur les engagements de l'état</li> <li>• Est-ce que l'engagement passé ont être respecté ?</li> <li>• Coté gouvernement : Quels sont les manquements de la contrepartie ?</li> <li>• Suivi des engagements de l'état</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprendre la lettre d'allocation du FM</li> <li>• Qu'est- ce qu'on demande au FM</li> <li>• Décaissement du gouvernement ?</li> <li>• Année 1/2/3 : Passer l'ensemble de la subvention passée</li> </ul>

**Préoccupations majeures du FM**

**[TDR Redynamisation du comité de Finances/ recouvrement des fonds de contrepartie](#)**

### 7.3 Qualité de services

#### Qualité rendement ressources humaines – Santé communautaire

No.	Réponse
1.	<b>Dream</b>
1.1	<p><b>Perdus de vies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une centaine sur 4.000 de la file active</li> <li>• On déclare seulement après 3 mois</li> <li>• Normalement cela n'arrive pas là, le fiche du patient a différents points de contact en cas que le patient est défaillant</li> <li>• Si on ne peut pas joindre un patient parce qu'il s'est déplacé à l'intérieur souvent le médecin du CTA demande aux patients de chercher le dossier médical auprès de Dream</li> <li>• Les activistes aussi dans les cliniques satellites de Dubreka et Coyah vont dans les ménages pour faire le suivi des malades défaillantes</li> </ul>
2.	<b>Action Damien</b>
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'importance est que dès le départ les agents de santé sensibilise bien le patient (Mesures d'accompagnement)</li> </ul> <p><b>Agent de relance/ASC (Relanceur / dépanneur)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quand il y'a un malade irrégulier (l'agent de relance/ASC) 1 dans chaque commune de Conakry, avec moto, frais des fonctionnements (5 à Conakry), aussi 1 à chaque préfecture le rend visite</li> <li>• Motivation : SMIG 350 – 400.000 en total 700.000 – 1.000.000 qui inclut aussi l'entretien moto avec carburent</li> <li>• Aussi aide avec le transport pour transporter les crachats</li> <li>• Remonté de rapports trimestriels</li> </ul>
2.3	<p><b>Perdu de vues - Raisons</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rupture d'intrants</li> <li>• Attitude de prestataire - Mal accueillies</li> <li>• « <i>Autres choses qui se passent dans les couloirs</i> »</li> <li>• Les malades doivent comprendre sa maladie pour qu'il n'arrête pas le traitement après 2 mois quand ça va mieux e il pense qu'il est guéri</li> </ul>
3.	<b>La Carrière</b>
3.1	<p><b>Perdus de vues (MR) - Problème de transport, de nourriture</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raison principale manque de moyens quelqu'un de Dalaba doit se déplacer chaque jour</li> <li>• Ignace Deen seulement 10 lits hospitalisation</li> <li>• Souvent les parents à Conakry ne l'acceptent pas dans leur foyer</li> <li>• Un autre exemple est quand Etat clinique se dégrade, le patient ne peut plus accepter de traitement, ne sont plus optimiste</li> </ul> <p><b>Compréhension traditionnelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Problème de diable, sorcellerie, disent qu'ils s'en foutent, après 2 mois, pensent que c'est une guérison prématurée</li> <li>• Autres voyagent dans d'autres pays pour une meilleur traitement</li> </ul> <p><b>Recherche des perdus de vues</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si les malades s'absentent on l'appelle</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Certain qu'on appelle, ils ne veulent pas venir- on documente</li></ul> <p><b>Méthode de contrôle</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les malades doivent amener les pochettes vides (paquet blister) - Quand tu finis de prendre ne jette pas, revenez avec les vides</li></ul> <p><b>Les malades TB sensible n'ont pas un problème de moyens</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Perte de vues - le traitement est décentralisé le patient peut rester dans son ménage/ préfecture</li><li>• TB : 3 – 5 % - effort sont fournis de les rattraper</li></ul>
3.2	<p><b>Manière la plus fréquente de transmission – via Chischa</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jeunes délinquants – fument toute la journée</li><li>• Seulement quand ça fait mal ils reviennent</li><li>• Lieux de loisir chicha , sous forme de fumée, sont dans tous les coins, même à la plage</li><li>• Le même ambou est utilisé par tous - salive sur l'ambou</li><li>• La tranche d'âge de 25 – 35 ans la plus présente dans les cas de TB</li><li>• Cout dose 50.000 : tu paies vient avec tes amis / servent toutes les personnes – cotisent- on et dans le billet</li></ul>