|  |
| --- |
| Synthèse Rapport de Mission de Suivi stratégique des préfectures Faranah, Labé, Mamou, Kindia |
| 4 – 15.06.2018  *C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Phot-Red-Miss-Terrain 4 Zones\Mamou.png* |
|  |

18/07/2018

## Table de matière

[1. Synthèse 2](#_Toc2781841)

[1.1 Subvention VIH 2](#_Toc2781842)

[1.2 Subvention TB 3](#_Toc2781843)

[1.3 Subvention Paludisme 4](#_Toc2781844)

[1.4 Suivi Biologique / Laboratoires (GeneXpert) 4](#_Toc2781845)

[1.5 Gestion des Intrants (GAS) 4](#_Toc2781846)

[Particularités régionaux 5](#_Toc2781847)

[Système de Gestion 5](#_Toc2781848)

[1.6 Gestion Financière 6](#_Toc2781849)

[1.7 Gestion programmatique 7](#_Toc2781850)

[Gouvernance 7](#_Toc2781851)

[Santé communautaire 7](#_Toc2781852)

[1.8 Conclusions Globales 8](#_Toc2781853)

[2. Recommandations 9](#_Toc2781854)

[2.1 Recommandations stratégiques 9](#_Toc2781855)

[2.1.1 PNPCSP (Plan) 9](#_Toc2781856)

[2.1.2 PNLAT/Plan 10](#_Toc2781857)

[2.1.3 LNSP/PNPCSP/PNLAT/Plan 10](#_Toc2781858)

[2.1.4 PNLP/CRS 11](#_Toc2781859)

[2.1.5 PNPCSP/PNLAT/PNLP/Plan/CRS 11](#_Toc2781860)

[2.1.6 UGL/ PCG/CRS/DNPM 13](#_Toc2781861)

[2.1.7 OSC 13](#_Toc2781862)

[2.1.8 Réseau PVVIH (Regap+/OCASS) 13](#_Toc2781863)

[2.1.9 ICN/CSS 13](#_Toc2781864)

[2.1.10 PTF/MS/FM 14](#_Toc2781865)

[2.2 Recommandations opérationnels 14](#_Toc2781866)

[2.2.1 DPS 14](#_Toc2781867)

[2.2.2 Administration territoriale (Commune/mairie) 15](#_Toc2781868)

# Synthèse

## 1.1 Subvention VIH

***Approvisionnement en ARV – Antirétroviraux***

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

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

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

***Accompagnement Psychosociale***

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

***Sensibilisation de la population au dépistage volontaire***

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

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

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

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

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

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

Le problème de stigmatisation des PVVIH n’est pas résolu ce qui est démontré par la réticence des femmes enceintes séropositives à informer leur mari sur leur statut par crainte de rejet social.

Beaucoup reste à faire concernant « l’Inégalité et discrimination à l’égard des personnes vivant avec le VIH - Inégalité du genre qui limite l’accès aux services équitables ».

|  |
| --- |
| **Feuille de Route de la Prévention du VIH pour 2020, ONUSIDA,**  *S*ensibilisation de proximité**:** *« Les programmes de prévention servent de premier point d’entrée pour le dépistage et le traitement. Les programmes de prévention communautaires menés par des pairs sont aussi essentiels pour réduire la stigmatisation et la discrimination, un élément clé dans la réussite tant de la prévention que du traitement.*  Préserver la séronégativité**:** *En même temps, un accès élargi au dépistage et au traitement encourage les personnes à risque à connaître leur statut sérologique, ce qui, en retour, offre l’opportunité pour retenir les personnes séronégatives dans des programmes continus de prévention ».* |

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

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

Entre autre :

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

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

## Subvention TB

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

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

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

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

***Approvisionnement en antituberculeux***

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

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

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

## Subvention Paludisme

***Approvisionnement en Antipaludiques (CRS/PNLP)***

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

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

## Suivi Biologique / Laboratoires (GeneXpert)

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

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

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

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

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

1. Projet LABOGUI (Fondation Mérieux) ;

2. CDC-Guinée et l’Association des Laboratoires de Santé Publique (APHL-Guinée) ;

3. Existence de l’Association d’ingénieurs et Techniciens biomédicales de Guinée ;

## Gestion des Intrants (GAS)

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

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

Cependant en ce qui concerne les intrants VIH et TB les quantités à livrer sont établies au niveau central. Il existe un stock tampon réduit d’antituberculeux et un peu mieux loti d’ARV au niveau des dépôts régionaux auquel en cas de pré rupture pendant le trimestre une commande peut être adressée.

Aussi les DPS souvent organisent les réallocations des intrants entre les FS. Dans le cas de TB il y’a un partenaire sur le terrain (OFOM) qui appui en cas de besoin les CDT.

### Particularités régionaux

***Kindia***

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

***Moyenne Guinée (Labé, Mamou)***

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

### Système de Gestion

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

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

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

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

#### CMM

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

Les même règles de gestion déjà appliques pour les MEG ~~e~~t antipaludiques doivent s’étendre aux produits antituberculeux et ARV (outils de gestion : cahier de pointillage et RUMER, rapportage SIGL)

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

#### Dépôts régionaux

Si la PCG/les dépôts régionaux décident de ne plus livrer les intrants au niveau des DPS mais livrer jusqu’au FS incluant des endroits reculés et enclavés il est indispensable de conclure des contrats avec des transporteurs privés. La logistique disponible aux dépôts régionaux, un seul véhicule, ne semble pas suffisante pour cette tâche avec tous les problèmes quotidiens (maintenance, réparations).

#### Suivi rapproché

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

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

#### Quantification décentralisé

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

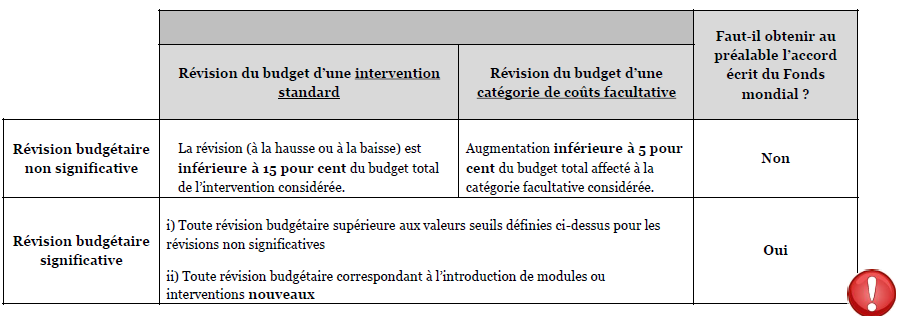
## Gestion Financière

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

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

**Instructions FM révisions du budget / Flexibilité**

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



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

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

## Gestion programmatique

### Gouvernance

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

**Points focaux PNLP/CRS**

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

**Réunions mensuelles**

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

**Supervisions intégrés**

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

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

|  |
| --- |
| 252 - Organiser des supervisions semestrielles des DRS par le niveau central (10 jours par DRS) 2 préfectures par région, 1 HP, 2 CS, 2 ACS et 2 OCB par préfectures (2 personnes par equipe +1 cadre du niveau regional + 1 cadre du niveau préfectoral + le point focal, 40 420 USD, PNLP ;  253 - Organiser des supervisions trimestrielles des DPS par les DRS (2 superviseurs x 38 DPS/DCS x 3 jours) 30 779 USD, PNLP  254 - Organiser des supervisions bimestrielles des Formations sanitaires par les DPS (2 superviseurs x 255 CS x2 jours, 20 767 USD, PNLP ;  ………….. |

### Santé communautaire

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

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

Par contre la majorité des projets d’appui communautaires (ANSS, STOPP Palu, CRS/PNLP, DNSFN, ….) continuent avec leurs anciennes dispositions, mais réfléchissent et sont disposés à prendre des dispositions de s’aligner aux documents nationaux de stratégie sante communautaire à moyen terme.

Jusqu’à présent les DPS, même qu’il y’a des initiatives de coordination des partenaires (le plus visible à Kindia), n’ont pas encore trouvé une stratégie pour organiser les acteurs en plateforme pour trouver des solutions pratiques pour intégrer les paquet minimum, organiser les formations nécessaires et trouver une solution satisfaisante concernant le paiement des primes adéquates (SMIG).

Ceci dit que la responsabilité ultérieure de ce processus reste au niveau de l’administration de territoire, la DRS et DPS servent seulement de conseiller.

## Conclusions Globales

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

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

* Mutualisation des PF aux activités des programmes PNLAT et PNPCSP ;
  + Projet Stop palu (PMI) + semble être d’accord avec cette approche dans ses zones ;
* Nouveaux contrats des performances avec les mêmes conditions des 3 PR (PNPCSP, CRS et PlAN) avec la PCG ;
* Initiative de la PCG d’améliorer ces services « Disposition d’amélioration des services offerts par la PCG, Mai 2018 » ;
* Activités d’inventorisation et de redistribution des intrants antipaludiques, de la sante de la reproduction et de lutte contre le VIH organisé par l’UGL et Chemonics en Juin 2018 ;
* Présence de Conseillers Techniques Régionaux Chemonics (Labé, Mamou, Boké) ;
* Début d’une décentralisation de la quantification (Commande trimestrielle) au niveau régional/préfectoral aussi pour les ARV et des produits antituberculeux
  + Passage de ces intrants prévus pour T-4 2018 (octobre) d’un système d’allocation à la réquisition
  + PNPCSP avait déjà introduit un système de réquisition mensuelle pour la zone de Conakry dès T3 ;
* Etablissement d’une feuille de route – UGL/PCG/DRS/DPS (moyen et long terme) ;

**Les priorités du CSS en T2 2018 étaient :**

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

# Recommandations

## 2.1 Recommandations stratégiques

### 2.1.1 PNPCSP (Plan)

#### Services de prise en charge, dépistage VIH et Counseling psychosociaux

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

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

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

#### Stratégies d’éviter la stigmatisation

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

#### Sensibilisation de la population en générale

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

#### Disponibilité d’ARV et TDR (et outils de gestion)

* Insister auprès des unités PEC VIH et les centres intégrés d’appliquer les mêmes règles de gestion comme pour les MEG ~~e~~t antipaludiques à la gestion des ARV et les inscrire dans les outils de gestion : cahier de pointillage, RUMER et rapport mensuel SIGL ;
* Fournir en plus de l’approvisionnement régulier en ARV, des outils de gestion (carnet de patients, registre, ..) nécessaire pour le bon déroulement des activités ;
* En cas de besoin que les prestataires puissent remplacer temporairement l’Atripla (TDF+3TC+EFV)) avec Duovir (Lamividine 150, Xiduvidine 300) + Efavirenz 600 mg (rupture et sur stock des intrants Duovir et Efavirenz) pour éviter l’arrêt de traitement et la péremption (recommandations de la responsable du dépôt régional de Labé) ;

#### Recherche Opérationnelle

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

### 2.1.2 PNLAT/Plan

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

### LNSP/PNPCSP/PNLAT/Plan

* Etablir ou développer des partenariats stratégiques avec :

1. Projet LABOGUI,

2. CDC-Guinée et APHL-Guinée et

3. Association d’ingénieurs et Techniciens biomédicales de Guinée (ATIB)

4. Projet Oppera (Solthis)

pour surmonter les défis du faible niveau de suivi biologique en dehors de Conakry

* + En particulier l’approvisionnement en réactifs, la mise en fonction des GeneXpert automates, électrophorèse aussi pour la charge virale et le bon fonctionnement du compteur PIMA CD-4 et maintenir la fonctionnalité des appareils.
  + Le partenaire APHL-Guinée fournit en plus un composant appui au Système de Gestion, de la Qualité au Laboratoire pour rendre les services plus efficaces et augmenter la qualité des prestataires et la performance des analyses ;
* Coordonner étroitement avec la Direction National des Laboratoires et l’INSP, Institut National de Santé Publique ;
* Créer un réseau des responsables au niveau opérationnel et central entre les projets cités ci-dessus et les programmes et PR  pour réduire la longue chaine de passation d’information et aboutir à des progrès à court et moyen terme ;
* Appuyer des initiatives et financer dans la mesure du possible la fourniture de l’électricité continue indépendant du générateur de l’hôpital pour assurer le fonctionnement du laboratoire (par exemple installation d’énergie solaire y inclus batteries) ;
* Spécifique par endroit :
  + Mamou : Fournir des Onduleurs au laboratoire pour les appareils sensibles
  + Labé :Installer un système d’énergie solaire pour le laboratoire
  + Kindia : Appuyer le laboratoire avec un « calibreur de l’appareil PUMA pour la réalisation de CD4
* D’ordres généraux :
  + Former le personnel à la mise en œuvre de la qualité au laboratoire
  + Faire les branchements électriques dans les normes
  + Former le personnel à la maintenance préventive
  + Mettre en œuvre une politique efficace d’approvisionnement en réactifs et consommables pour éviter des ruptures (CD4, GeneXpert, automate et électrophorèse) ;

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

### 2.1.4 PNLP/CRS

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

### 2.1.5 PNPCSP/PNLAT/PNLP/Plan/CRS

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

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

#### Appui au niveau communal

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

#### Gestion Financière

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

#### Systèmes gestion de qualité

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

#### Santé communautaire

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

#### Relatif au SR /SSR

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

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

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

#### Délégation des responsabilités

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

### 2.1.6 UGL/ PCG/CRS/DNPM

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

### 2.1.7 OSC

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

### 2.1.8 Réseau PVVIH (Regap+/OCASS)

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

### 2.1.9 ICN/CSS

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

### 2.1.10 PTF/MS/FM

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

## 2.2 Recommandations opérationnels

### 2.2.1 DPS

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

**Rapportage – Formation**

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

### 2.2.2 Administration territoriale (Commune/mairie)

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

1. Standards-Based Management and Recognition (SBM-R) [↑](#footnote-ref-1)