**Annexe -1 Rapport Mission Suivi stratégique préfectures**

**Boke, Boffa, Fria, Dubreka, 8 – 12.10 2018**

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\Registe Suivi phramacie.png | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\OG-GAS-1.png |
|  | |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\Rapp Mens etat Stock.png | |

## Table de matière

[Prologue déplacé 3](#_Toc531498757)

[Abréviations 4](#_Toc531498758)

[1. Coordonnées Interlocuteurs Boké-Boffa-Fria-Dubreka 6](#_Toc531498759)

[2. Documents de référence 10](#_Toc531498760)

[3. Parties délocalisées du rapport principale 11](#_Toc531498761)

[3.1 Méthodologie 11](#_Toc531498762)

[3.2 Informations générales sur la Guinée - Cartographie 12](#_Toc531498763)

[3.3 Informations subventions 13](#_Toc531498764)

[3.4 Gouvernance (DRS/DPS) 15](#_Toc531498765)

[3.5 Subvention VIH 17](#_Toc531498766)

[3.6 Subvention TB 29](#_Toc531498767)

[3.7 Subvention Paludisme 30](#_Toc531498768)

[3.8 Gestion Financière 30](#_Toc531498769)

[3.9 Gestion des Intrants (GAS) 33](#_Toc531498770)

[4. Constats terrain en détail 42](#_Toc531498771)

[4.1 Gouvernance (DRS/DPS) - Santé communautaire 42](#_Toc531498772)

[4.2 Disponibilité intrants FM 49](#_Toc531498773)

[4.3 Suivi Biologique – Examens/système de laboratoire (VIH – TB) 52](#_Toc531498774)

[4.4 Prise en charge VIH 53](#_Toc531498775)

[4.5 Prise en charge TB 55](#_Toc531498776)

## Prologue déplacé

L’intention de présenter les résultats clés de ces études avec notion anthropologique est de donner un visage humain au destin souvent des souffrances des malades atteint du VIH.

Le CSS voulait aussi sortir les PVVIH d’une situation ou comptent seulement des chiffres, taux d couverture d’ARV, disponibilité d’intrants ARV, … et donner un visage à la vie quotidienne et souvent des discriminations de leur environnement qu’ils doivent faire face.

Il est pris soins que les recommandations soient des conclusions logiques des constats présentés.

**Autres sources du rapport**

Concernant la rubrique domaine « gestion financière » l’équipe missionnaire n’a pas pu collecter d’informations pertinents. Les constats et recommandations sont issues des exchanges des acteurs pendant la visite BIG en septembre qui avait comme thème principale le « problème du faible taux de décaissement ».

Concernant la problématique du faible pourcentage du taux de dépistage des conjoints services PTME une étude de la GIZ et des études de la sous-région a été prise en compte.

Un très grand apport était la Première session 2018 du Comité Technique de Coordination (CTC)

Conakry Hôtel « Kaloum », du 15 au 18 octobre 2018 qui informait les auteurs des dernières réflexions du niveau central MS est qui souvent soutenait des mêmes constats et proposait des solutions aux problèmes constatés.

## Abréviations

AAEG : Association Arc En Ciel Guinée

AFIAG : Association des Femmes Infectées et Affectées de Guinée

AGBEF : Association Guinéenne pour le Bien Être Familial

AGR : Activités Génératrices de Revenus

AGUIFOS : Association Guinéenne des Femmes et Orphelins du VIH/Sida

AGUIP+ : Association Guinéenne des Personnes Vivants avec le VIH

AGUITEB : Association Guinéenne des Technologistes Biomédicaux

AJFDG : Association des Jeunes Filles Dévouées de Guinée

ANAIM : Agence Nationale des Industries Minières

APIC : Association pour la Promotion des Initiatives Communautaires

ASFAGUI : Association des Femmes Infectées et Affectées par le VIH/Sida

ASSFEGMASSI : Association des Femmes de Guinée pour le Lutte contre les Maladies Sexuellement

Transmissibles et le SIDA.

ATS : Agent Technique de Santé

BM : Banque Mondiale

BND : Budget National de Développement

CAM : Club des Amis du Monde

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CBG : Compagnie des Bauxites de Guinée

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CCS : Chef Centre de Santé

CDV : Conseil de Dépistage Volontaires

CECOJE : Centre d’Ecoute, de Conseil et d’Orientation des Jeunes

CJMAD : Comité des Jeunes Mon Avenir d’Abord

CMG : Chambre des Mines de Guinée.

CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

DNEHS : Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins

DNPSC : Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire

DNSP : Direction Nationale de la Santé Publique

DPS : Direction Préfectorale de la Santé

DREAM : Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition

DRS : Direction Régional de la Santé

DSVCo : Direction de la Santé de la Ville de Conakry

EDSG : Enquête Démographique et de Santé de Guinée

ESCOMB : Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique

FEVK : Association Fondation Espoir Vie Kankan

FM : Fonds Mondial

FMG : Fraternité Médicale Guinée

GTZ : Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (Coopération Allemande)

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

HU : Hommes en Uniforme

ICN : Instance de Coordination National des subventions du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme)

IDH : Indicateur de Développement Humain

IEC : Information, Education et Communication

IO : Infections Opportunistes

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

M.A.T.D. : Ministère de l’administration du Territoire et de la décentralisation

MASPFE : Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l’Enfance

MICS : Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples)

MSF : Médecin Sans Frontières

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Programme conjoint des Nations Unies pour le Sida

OSC : Organisation de la Société Civile

PNACC : Programme national d’appui aux communes de convergence du

PEC : Prise En Charge

PNLAT : Programme National de Lutte Anti Tuberculose

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

PS : Professionnel (le)s du Sexe

PTME : Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l’Enfant

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

REGAP+ : Réseau des Associations Guinéennes de Personnes séropositives.

RSS : Renforcement du Système Sanitaire

SIDA : Syndrome de l’Immunodéficience Acquise

SOLTHIS : Solidarité Thérapeutique et Initiative contre le SIDA

SRMNIA : Santé de la Reproduction, Santé Maternelle, Néonatale, Infantile et santé des Adolescents et des Jeunes

SSR : Santé Sexuelle et de la Reproduction

TAR : Traitement Antirétroviral

TIC  : Test à l’initiative du Client

TIS  : Test à l’initiative du Soignant

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l’Enfance

USAID : United States Agency International Development (Agence Américaine pour le Développement International)

# Coordonnées Interlocuteurs Boké-Boffa-Fria-Dubreka

### DRS / PCG Boké / partenaires niveau région

| No. | Nom | Structure/Fonction | Téléphone | E-mail |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 | Dr Mamadou Diouhé BARRY | DRS Boké | 628 353 091 / 664 748 722 | [diouheyaye2000@yahoo.fr](mailto:diouheyaye2000@yahoo.fr) |
| 1.2 | Mr. Alpha Duma DIALLO | Point focal Palu | 628 18 05 83 |  |
| 1.3 | Dr. Charles THEA |  | 628 14 10 60 | [Keamouthea11@gmail.com](mailto:Keamouthea11@gmail.com) |
| 1.4 | Dr. Mohamed Sitan KEITA | Coordinateur Reginal Boké Stoppalu/USAID Guinée/RTI) | 622 446 633  664 445 633 | [mskeita@rti.org](mailto:mskeita@rti.org)  Skype: medsitan44 |
| 1.5 | Dr. SOUMAH, Moussa | Conseiller Technique Régional (Chemonics) | 620 317 229 | [msoumah@ghsc-psm.org](mailto:msoumah@ghsc-psm.org) |
| 1.6 | Bountomaby CISSE | Projet Stop Palu  Conseillère Technique Labo sur le diagnostic du Paludisme | 621 836 889 | [ncissebounto@yahoo.com](mailto:ncissebounto@yahoo.com) |
| 1.7 | Sow Adama | PEC Agent de traitement | 628 58 41 69  623 14 34 49 |  |
| 1.8 | DIALLO, Alpha Duma  (pas rencontré) | Point focal (AGIL) superviseur communautaire | 628 18 05 83 |  |
|  | ***PCG Boké*** | | | |
| 2.1 | Dr. Mamadou Adama DIALLO | Responsable Depot PCG Boké | 622 33 00 33 | [Mamadouadamadiallo1969@gmail.com](mailto:Mamadouadamadiallo1969@gmail.com) |
| 2.2 | EP. Amara Kandiany Coumbassa – | Chargé des Services Generaux (PCG ) | 628 60 11 97 |  |
| 2.3 | Salif Conté  Tel : 621 21 41 17 | Agent d’entretient – Manutentionnaire |  |  |

### DPS - Direction Préfectorales Santé

| No. | Nom | Structure/Fonction | Téléphone | E-mail |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***DPS Boffa*** | | | |
| 3.1 | Dr. SYLLA, Aissata | DPS / Suppl. SBC | 622 632 184 | [aichousylla@gmail.com](mailto:aichousylla@gmail.com) |
| 3.2 | BANGOURA, Djibril | DPS/ Santé scolaire | 622 41 83 68 | [Djibrilbangoura374@gmail.com](mailto:Djibrilbangoura374@gmail.com) |
| 3.3 | TENKIANO, Daniel | DPS / PF SR | 628 97 17 81 | [Danieltenkiano71@gmail.com](mailto:Danieltenkiano71@gmail.com) |
| 3.4 | Dr. BANGOURA Alsenyou | DPS / Pharmacien | 620 633 430 | [alsenyousumanebangouma@gmail.com](mailto:alsenyousumanebangouma@gmail.com) |
| 3.5 | CAMARA Fodé Mohamed | DPS / SAF | 620 75 25 89 | [Wafoula2@gmail.com](mailto:Wafoula2@gmail.com) |
| 3.6 | SAMAKE Mamadou El Hadj | DPS SAF | 622 50 62 50 |  |
| 3.7 | Mr. DIALLO, Talibé | DPS / Sup. Epid. | 625 00 79 52 | [alphatalib@gmail.com](mailto:alphatalib@gmail.com) |
| 3.8 | Dr. TRAORE, Balla | DPS | 628141060 | [Traoreballa49@gmail.com](mailto:Traoreballa49@gmail.com) |
| 3.9 | Dr. Charles Keamou | DPS /PF | 628 14 10 60 | [Keamouthea11@gmail.com](mailto:Keamouthea11@gmail.com) |
| 3.10 | Dr. TOURE, Saidouba | DPS / MCM | 622 69 91 98 | [saidoubatourebs@gmail.com](mailto:saidoubatourebs@gmail.com) |
| 3.11 | BARRY Aiisatou | RTI / PF | 620 677 426 | [abany@rti.org](mailto:abany@rti.org) |
| ***4.*** | ***DPS Fria*** | | | |
| 4.1 | Dr. SOUMAH, Kalidou | DPS Fria | 664 53 10 83  622 27 93 00 | [Kalidousoumah53@gmail.com](mailto:Kalidousoumah53@gmail.com) |
| 4.2 | Millimono Saa | DPS Fria / Hygiène | 621 92 02 19 |  |
| 4.3 | BALDE Fta Lamar… | DPS Fria / Prise en charge Sida | 622 93 13 21 | [Falamb4@gmail.com](mailto:Falamb4@gmail.com) |
| ***5.*** | ***DPS Dubreka*** | | | |
| 5.1 | Dr. CISSE, Fodé | DPS Dubreka | 628 53 03 52 | [Cissefode74@yahoo.fr](mailto:Cissefode74@yahoo.fr) |
| 5.2 | Dr. DIALLO, Thierno | DPS PF | 623 20 20 99 |  |

### Hôpital régional / préfectoral / CDT/ CSU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***6.*** | ***Hôpital Régional Boké: Direction / Unité PEC VIH*** | | | |
| 6.1 | GUILAVOGUI, Koly | HR Boké / Pharmacien | 628 913 040 | [Kolygui55@gmail.com](mailto:Kolygui55@gmail.com) |
| 6.2 | OUMOU, Hawa Balde | HR Boke / ATS | 622 180 920 |  |
| 6.3 | CAMARA, Thia | HRB / ATS | 628 547 278 |  |
| 6.4 | DIALLO | HRB /PEC | 622 013 086 | [Izzadiallo5@gmail.com](mailto:Izzadiallo5@gmail.com) |
| 6.5 | BALAMOU, Pépé | HRB Surveillant | 622 80 25 39 | [Balamoupepe15@gmail.com](mailto:Balamoupepe15@gmail.com) |
| 6.6 | Mr. DIALLO, El Salamana | HPB / Med Chef | 622 69 61 19 | [Slamanadiallo2014@gmail.com](mailto:Slamanadiallo2014@gmail.com) |
| 6.7 | Hr. KOLIE K. Isaak | Hopital Boffa | 621 70 10 73 | [kolieisaacse@gmail.com](mailto:kolieisaacse@gmail.com) |
| 6.8 | COUMBASSA, Zakaria | HPB / Médiatrice | 622 32 46 67 |  |
| ***7.*** | ***Hôpital Préfectoral Fria*** | | | |
| 7.1 | Dr. CB MAMADUBA | HPF / Dff Int. | 621 98 35 95 | [mamacboubacamara@yahoo.com](mailto:mamacboubacamara@yahoo.com) |
| 7.2 | Dr. DOUKINE, Ramata | HPF / Resp. Laboratoire | 620 24 97 28 | [Ramatadoukane57@gmail.com](mailto:Ramatadoukane57@gmail.com) |
| 7.3 | CAMARA, Aissatou | SEF / Mediatrice | 624 38 45 81 |  |
| 7.4 | ABSUNE, Maiga | FMG / PF | 621 37 71 37 |  |
| 7.5 | TELLY Boh, Mariama | HPF / PEC Surveillante | 622 54 71 02 |  |
| 7.6 | SARR, Ibrahima | HPF / Infirm. d‘état | 622 30 05 49 | [srribrahimaconakry@gmail.com](mailto:srribrahimaconakry@gmail.com) |
| 7.7 | CONDE, Mariama | HPF / Infirm. d‘état | 622 46 46 08 |  |
| 7.8 | REMY, Mama | HPF / Infirm. d‘état | 625 0793 98 |  |
| 7.9 | BARRY, Aissatou Bobo | HPF / Infirm. d‘état | 620 57 77 69 |  |
| 7.10 | BARRY, Mdon Dian | HPF / Pharmacien | 628 37 35 52 |  |
| 7.11 | DIALLO, Mamadou | HPF / Pharmacien | 628 08 98 90 | Atigou…@gmaiL;com |
| ***8.*** | ***Hôpital Préfectoral Dubreka*** | | | |
| 8.1 | Dr. Bountouraby K. | HP / chef Labo | 664 33 63 47 |  |
| 8.2 | BANGOURA, Ousmane | HP / Interne | 664 51 46 78 |  |
| 8.3 | SYLLA, Ousmane | HP / Interne | 622 76 99 09 | [Syllabe88@gmail.com](mailto:Syllabe88@gmail.com) |
| 8.4 | YAKHOUBA, Tambassa | HP / Interne | 657 50 71 35 | [Tambassachercheur20@gmail.com](mailto:Tambassachercheur20@gmail.com) |
| 8.5 | DJESSONA, Dioubate | HP / Interne | 622 06 32 60 |  |
| 8.6 | Dr. FOFANA, Mamady | HP / pharmacien | 664 20 25 85 | [mamadyfof@gmail.com](mailto:mamadyfof@gmail.com) |
| ***9.*** | ***CSU / CDT Dubreka Mafoudia*** | | | |
| 9.1 | CAMARA, Salematou | PTME / Sage femme | 628 92 00 45 |  |
| 9.2 | BILIVOGUI, Koikoi | CPC adulte / ATS | 623 26 97 52 |  |
| 9.3 | TOURE, Zenabou | CPC adulte / ATS | 628 70 92 89 |  |
| 9.4 | CONTE, Aissata | CPC adulte / ATS | 628 33 44 26 |  |
| 9.5 | KOUNDOUNO, Maria | CDT Dubreka / Technic. Sup. Labo | 628 11 48 01 |  |
| 9.6 | CAMARA, Aissata | CDT Dubreka / ATS | 664 22 08 53 |  |
| ***10.*** | ***Fria - CSU Sabendé*** |  |  |  |
| 10.1 | SOW | CS Sabende | 622 15 30 56 |  |
| 10.2 | SYLLA, Idiatou | Inf. d’état | 622 59 30 01 |  |
| 10.3 | DIALLO, Fta. Binta | Agent CPN | 622 44 57 07 |  |
| 10.4 | CAMARA, Mohammed | FMG / père éducateur | 628 93 50 50 |  |
| 10.5 | KOYATE, Fatoumata | SEF / médiatrice | 624 10 42 26 |  |
| 10.6 | SUGANE, Millimono | Sage femme | 622 95 25 65 |  |
| 10.7 | SOW Ilyassou | CDT Sabende / agent traitement | 621 26 78 40 |  |
| 10.8 | Mme SYLLA, Idiatou | CS Sabende / sage femme | 622 59 30 01 |  |
| **11.** | **CSU / Centre intégré PTME / LTO Boffa centre** | | | |
| 11.1 | KIETO, Philominée | CSU Boffa Centre PTME / Sage femme | 621 49 93 20 |  |
| 11.2 | BARRY Aissatou Alpha | CSU Boffa Centre PTME / sage femme | 622 12 92 94 |  |
| 11.3 | CAMARA, Damaye | CSU Boffa Centre PTME / ATS | 622 85 82 45 |  |
| 11.4 | SYLLA, Mariama | CSU Boffa Centre PTME/ ATS | 624 88 34 60 |  |
| 11.5 | TRAORE Aminata | CSU Boffa Centre PTME/ ATS | 629 12 83 00 |  |
| 11.6 | DIALLO, Alpha Oumou | CDT Boffa Supervis. | 628 18 05 83 | [alphaheuko@gmail.com](mailto:alphaheuko@gmail.com) |
| 11.7 | BAH, Souleymane | CDT Boffa / Biologiste | 622 28 61 23 |  |
| 11.8 | DIALLO, Abdoulaye | CDT Boffa / Agent Relance | 621 58 07 92 | [Abdiallo20172017@gmail.com](mailto:Abdiallo20172017@gmail.com) |
| 11.9 | CAMARA, Aissatou | CDT Boffa Agent Traitm. | 620 92 76 81 |  |
| 11.10 | FATOUMATA Nabé | CDT Boffa / Biologiste | 625 48 30 79 |  |

### OSC - PTF

| No. | Nom | Structure/Fonction | Téléphone | E-mail |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***12.*** | ***Boké*** | | | |
| 12.1 | SOMPARE, Mariama | Marnoussou / présidente | 620 66 02 12 | [boctninysompare@gmail.com](mailto:boctninysompare@gmail.com) |
| 12.2 | CAMARA, Rodolphe | Marnoussou / vice-président | 664 63 22 19 | [rodolphecamaraboke@gmail.com](mailto:rodolphecamaraboke@gmail.com) |
| 12.3 | DIALLO, Mariam | REFIG / présidente | 622 21 62 41 | [diallomariam@gmail.com](mailto:diallomariam@gmail.com) |
| ***13.*** | ***Boffa*** | | | |
| 13.1 | SOUMAH, Youssouf | CAM / Animateur | 628 78 86 12 | [Youssoufhawa98@gmail.com](mailto:Youssoufhawa98@gmail.com) |
| 13.2 | DIALLO, Aboubacar | CAM / Animateur | 622 74 99 63 | [Boubaboffa80@gmail.com](mailto:Boubaboffa80@gmail.com) |
| 13.3 | NANAMOU, Keolen Roger | CAM / Animateur | 621 19 68 11 | [Kewilnanamou94@gmail.com](mailto:Kewilnanamou94@gmail.com) |
| ***14.*** | ***Fria*** | | | |
| 14.1 | KOUYATE, Fatoumata | SEF / Presidente | 624 10 42 26 |  |
| 14.2 | CHAIFERA, Mohamed | SEF Admin. | 620 2555 81  628 93 50 50 | [Cherifcamara1984@gmail.com](mailto:Cherifcamara1984@gmail.com) |

### Niveau central - PR

| No. | Nom | Structure/Fonction | Téléphone | E-mail |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Programmes / PR-Principal Récipients | | | |
|  | Dr. AYABA, Aliou | Point Focal (directeur de projet) de la subvention FM | 624 370 311 | [aliou.ayaba@crs.org](mailto:aliou.ayaba@crs.org) |
|  | Mr. SODJINOU Joel Gnonsou | Directeur Adjoint Programme de la subvention FM | 625050671 | [JoelGnonsou.SODJINOU@plan-international.org](mailto:JoelGnonsou.SODJINOU@plan-international.org) |
|  | Dr. Kaba | Ministère de l’administration Territoriale et de la Décentralisation (M.A.T.D)  PNACC – Programme national d’appui aux communes de convergence | | [aboubak2@gmail.com](mailto:aboubak2@gmail.com) |

### Coordonnées de la région d’autres sources

| **N°** | **Prénoms et Nom** | | **Titre et Adresse** | | | **Contact** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° Téléphone** | **E-mail** |
| 2 | Dr | Mamadou Diouhé | BARRY | DRS | Boké | 628 353 091 664 748 722 | [diouheyaye2000@yahoo.fr](mailto:diouheyaye2000@yahoo.fr) |
| 9 | Dr | Kaman Isaac | KOLIE | DHP | Boffa | 621 701 073 | [kolieisaac50@gmail.com](mailto:kolieisaac50@gmal.com) |
| 10 | Dr | Balla | TRAORE | DPS | Boffa | 628 312 099 | [traoreballa49@gmail.com](mailto:traoreballa49@gmal.com) |
| 11 | Dr | Sékou Amed Tidiane | BARRY | DG /HR | Boké | 664 784 642 | [barrysatib@yahoo.fr](mailto:barrysatib@yahoo.fr) |
| 12 | Dr | Solange | KAMANO | DPS | Boké | 664 595 707 |  |
| 13 | Dr | Ousmane | YATTARA | DPS | Coyah | 622 296 657 | [ousmanyat@yahoo.fr](mailto:ousmanyat@yahoo.fr) |
| 16 | Dr | Sékou | BAKAYOKO | DH/ | Dubréka | 623 205 489 | [sekoubakayoko7@gmail.com](mailto:sekoubakayoko7@gmal.com) |
| 18 | Dr | Sékouba | CAMARA | DH/HP | Fria | 622 337 006 | [casekouba@yahoo.fr](mailto:casekouba@yahoo.fr) |
| 59 | Dr | Mamadou Diouhé | BARRY | DRS Boké |  | 628353091 | [diouheyaye2000@yahoo.fr](mailto:diouheyaye2000@yahoo.fr) |
| 61 | Dr | Sékou Ahmed Tidiane | BARRY | DG-HR Boké |  | 664 784 642 628 581 358 | [barrysatib@yahoo.fr](mailto:barrysatib@yahoo.fr) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nom et Prénoms** | **Préfectures/ Région** | **Fonction** | **Adresse Mail** | **Téléphone** |
| 7 | Dr Finda solange Kamano | Boké | DPS | [kfindasolange@gmail.com](mailto:kfindasolange@gmail.com) | 664 595 707 |
| 8 | Dr Balla Traore | Boffa | DPS | [traoreballa49@gmail.com](mailto:traoreballa49@gmail.com) | 664 562 993 |
| 9 | Dr Barry Ahmadou | Fria | DPS | [barryahmadou62@gmail.com](mailto:barryahmadou62@gmail.com) | 666 972 030 |
| 16 | Dr Mamadou Diouhe Barry | Boke | DRS | [diouheyaye2000@yahoo.fr](mailto:diouheyaye2000@yahoo.fr) | 628 353 091 |
| 26 | Dr Fode Cisse | Dubreka | DPS | [cissefode74@yahoo.fr](mailto:cissefode74@yahoo.fr) | 628 530 352 |
| 51 | Dr Kalidou Soumah | Fria | DPS | [kalidousoumah53@gmail.com](mailto:kalidousoumah53@gmail.com) | 664531083 |

# Documents de référence

**Document élaboré dans le cadre PSRF (GIZ Guinée)**

* Etude CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) sur la santé reproductive, les IST, le VIH/SIDA et les Mutilations Génitales Féminines auprès de 1.600 femmes en âge de procréer et 1.600 jeunes entre 15 et 24 ans ;
* Analyse situationnelle de l’intégration du VIH et de la santé de reproduction/santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents en Guinée ;
* Facteurs limitant l’implication des conjoints aux activités de la PTME dans la commune urbaine de Mamou - Dans la zone de couverture du Programme Santé de la Reproduction et de la Famille (PSRF), Fevr. 2016
* Stratégie pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, 2/2016;
* Intégration du concept de la planification familiale et de la contraception dans les documents de counseling VIH en Guinée, 2017
* Etude sur la perception de la communauté sur la qualité des prestations de soins dans les formations sanitaires en Guinée, rapport final, 6/2018, Health Focus, GIZ (PSRF)

**Approches anthropologiques – santé publique VIH/SIDA**

* Au-delà du traitement du sida : une anthropologie de l’échec thérapeutique au Cameroun, Aix-Marseille Université, Département d’Anthropologie, Thèse pour l’obtention du grade de Docteur, Gabrièle LABORDE-BALEN, 12/2016
* Procréer en temps d’infection à VIH : offre de soins et expériences de femmes en milieu urbain (Burkina Faso), Aix-Marseille Université, Ecole doctorale Espaces, Cultures, Sociétés, Thèse de doctorat, Sylvie ZONGO, 11/2012

**Gestion des risques dans les Etats fragiles : la santé d’abord ! - Optimiser l’efficacité des subventions du Fonds mondial**

<https://solthis.org/wp-content/uploads/2015/11/Solthis_FM_Gestion-des-risques-2014_rapport.pdf>

**A titre d’information – produit par CSS**

* Aperçu Prise en charge VIH en Guinée (Draft)
* Réseau TB (Draft)

# Parties délocalisées du rapport principale

## 3.1 Méthodologie

**Cibles**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * DRS * Dépôt régional * DPS (équipe cadre) * Points Focaux STOPP Palu * Pharmacien districts/logisticien * Représentants des PTF / OSC | * Hôpital régional/ préfectoral * Laboratoire/Site GeneXpert * Pharmacie * Centre Intégré   + CPN-PTME   + PEC Paludisme | * Agents OCASS * Association PVVIH |

***Questions Santé communautaire***

* Est-ce que les partenaires sur le terrain prennent en compte les nouvelles directives de santé communautaire ?
* Apprécier le niveau de préparation des partenaires au niveau communautaire pour la mise en œuvre de la nouvelle politique santé communautaire ;

**Pendant la mission en fonction des informations obtenues d’autres thématiques ont été explorés :**

Les questions à la DPS tournaient autour les thématiques suivantes :

1. Disponibilité des intrants
2. Nouvel politique de santé communautaire état de lieu – quel effort la DPS est en train d’entreprendre d’arriver à moyen terme (coordination partenaires)
3. Supervision intégrée formative souhaité et beaucoup mentionnées mais insuffisamment outillée et préparé
4. Causes profondes du faible degré de mise en œuvre des PAO DRS/DPS en 2017/18

**Questions posées dans les unités de prise en charge (Unité PEC VIH, services PTME, PEC Paludisme et CDT) :**

1. Disponibilité d’intrants au moment de la mission – pendant les 9 mois de l’année 2018

2. Spécificités par ex qualité de services : recherche de perdue de vue, CDT : système existant transport de crachats

3. Problématique non-testage du conjoint des femmes dépistés VIH +ve avec tous ses conséquences

* Une emphase particulière était mise dans les discussions sur la problématique de la réticence de femmes testes positives dans les services PTME à informer leur époux et des stratégies appliqués pour augmenter le taux des dépistages des conjoints

Dans la visite d’un CS urbain pour se renseigner sur la situation PTME l’équipe faisait toujours un effort de se renseigner sur la situation au-delà de l’institution même *(quelle est la situation dans les autres services PTME chez vos collègues – même en zone rurale ?)*

## 3.2 Informations générales sur la Guinée - Cartographie

### Guinée

La République de Guinée couvre une superficie de 245 857 Km². Le pays est constitué de quatre régions naturelles et huit régions administratives, y compris la région spéciale de Conakry. Les régions administratives à leur tour se subdivisent en préfectures. Il y a 33 préfectures, 38 communes urbaines et 303 communes rurales de développement (CRD). Sa population est estimée à 11,7 millions dont 1,8 millions d’habitants à Conakry, soit une densité de 49 habitants au Km². Environ 65% de la population vit en milieu rural. La population croît rapidement avec un taux de croissance de 3,1% . Il résulte de cette forte croissance, une extrême jeunesse de la population : en 2010, plus de 50% de la population avaient moins de 18 ans.



### **Région de Boké (préfectures visitées de Boké, Boffa, Fria )**

La préfecture de Dubreka fait partie région de Kindia

|  |  |
| --- | --- |
| Région de Boké | https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1c/Guinea_Regions.png |

## 3.3 Informations subventions

### Information générales subvention

#### Tableau financier des 4 nouvelles subventions (2018 – 2020)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **S-1 2018 (Janv. - Juin 2018)** | | | | | |  | |  | |
| **Maladie** | **VIH/Sida (Prise en charge)** | **Tuberculose - VIH/SIDA (volet prévention)** | **Paludisme** | **RSS (Santé communau-taire)** | **Total / %** |  | | **Partie Budget SR du Total** | |
| **Récipiendaire principal (PR)** | **PNLSH** | **Plan International** | **CRS** | **MS** | **Total** | **%** |  | |  |
| **Budget Total 2018-20** | **33 573 749** | **14 550 605** | **56 663 302** | **3 000 000** | **107 787 656** |  |  | | ***21 559 114*** |
| ***Pourcentage du total*** | ***31%*** | ***13%*** | ***53%*** | ***3%*** |  |  |  | | ***20%*** |
| **Date signature PR/FM** | *14.03.2018* | *29.01.2018* | *2 017* | *pas encore signé* |  |  |  | |  |
| **Budget décaissé S-1 (reporting period)** | 1 463 293 | 1 907 453 | 7 791 884 |  | 11 162 630 | *10%* |  | | *3 823 439* |
| **Dépenses S-1** | 1 473 300 | 1 215 122 | 4 003 574 |  | 6 691 996 | *6%* |  | | *1 015 019* |
| ***Taux d'absorption S-1*** | *100,7%* | *64%* | *51%* |  |  | *72%* |  | | *27%* |
| ***% du total (2018-20)*** | *4,4%* | *8,4%* | *7,1%* |  |  | *7%* |  | | *4,7%* |
| ***Contrepartie d'état*** | *15 % = 16.050.000 Dollars* | | | | |  | |  | |

**Partenaires de mise en œuvre**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maladie** | **Paludisme** | **Tuberculose** | **VIH/Sida (volet communautaire)** | **VIH/SIDA (Prise en charge)** | **RSS** |
| **Récipiendaire principal** | **CRS** | **Plan International** | | **PNPCSP** | **MS** |
| **Sous-recipiendaires** | PNLP - Plan Guinée - Child fund | PNLAT  SR 1 – Conakry : Health Focus  SR 2 - Basse Guinée : AGIL  SR 3 - Haute Guinée : AJP  SR 4 - Moyenne Guinée : Child-Fund  SR 5 - Guinée Forestière : OIM | | SR-1 : UNICEF (Qualité PEC global et pédiatrique)  SR-2 : JHPIEGO (PTME) SR-3 : CRF (accompagnement psychosocial)  SR-4 : FMG (Dépistage : CDV+hopiteaux) |  |

**\* CRS : Couverture Géographique :** 5 régions administratives (Kindia, Mamou, Faranah, Kankan et N’Zérékoré)

**Sous-recipiendaires:** PNLP - Plan - Child fund

**SSR:** 15 ONG locales couvrant 19 prefectures

**ChildFund:** FDD, CAM, APIC, FMK, AFVDD, IGVD

**Plan:** GAAP, AJP, FUDD, APIF, AJVDM, ZaliAC, AACG, GACOBO

**Niveau communautaire :** 2,500 ASC, 1500 Leaders OCB

**Date Signature des conventions entre PR et SR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **PNLSH** | | | UNICEF | Pas signé (7. 10) | | JHPIEGO | Pas signé(7.10) | | Croix Rouge  Français (CRF) | 09/18 | | FMG | 09/19 | | **CRS (**reconduction subvention antérieur) | | | PNLP |  | | ChildFund |  | | Plan |  | | |  |  | | --- | --- | | **Plan International** | | | Health Focus | 9. Mai | | AJP | 2. Mai | | AGIL | Mai | | ChildFund | 15 Avril | | OIS | Pas signé (7.10) | | **MS** | Condition ne sont pas encore réunis | |

**SR de mise en œuvre par PR – budgets respectives - date de signature**

| **Désignation** | | **Budget total** | **% du Total** | **Date signature PR/SR** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. PNLSH** |  | **33 673 748** |  |  |
| **UNICEF** | SR-1 : qualité PEC global et pédiatrique | 1 105 502 | *3,3%* | Néant (7.10) |
| **JHPIEGO** | SR-2 : PTME | 1 074 377 | *3,2 %* | Néant (7.10) |
| **Croix Rouge Français (CRF)** | SR-3 : Appui psycho-social | 436 381 | *1,3 %* | Sept. 18 |
| **FGM** | SR-4 Dépistage : CDV + Hopiteaux | 480 377 | *1,4 %* | Sept. 18 |
| **2. Plan international** |  | **9 895 729** | ***68 %*** |  |
| **PNLAT** |  | 1 992 793 | *13,7 %* |  |
| **Health Focus** | Conakry | 726 257 | *5 %* | 9. Mai |
| **AGIL** | Basse Guinée | 574 795 | *4 %* | 2. Mai |
| **AJP** | Haute Guinée | 470 197 | *3,2 %* | Mai |
| **Child Fund** | Moyenne Guinée | 413 248 | *2,8 %* | 15 Avril |
| **OIM** | Guinée Forestière | 477 586 | *3,3 %* | Néant (7.10) |
| **3. CRS** |  | **41 866 794** | ***76 %*** |  |
| **PNLP** |  | 7 550 825 | *14 %* |  |
| **Plan Guinée** |  | 4 064 017 | *7 %* |  |
| **Child Fund** |  | 2 192 650 | *3,9* |  |

## Gouvernance (DRS/DPS)

### Suivi rapproché activités FM

**Compilation données – vérification – triangulation données épidémiologiques et logistiques – Formation sur les tas – Suivi post-formation**

#### Supervision intégré formative

Dans le souci de réduire la verticalité mais aussi tenant en compte la réalité qu’il est impossible du niveau central (directions, programmes, PR) de faire un suivi rapproché des activités FM dans le 8 régions, cette tache revient au DRS et DPS.

Le suivi rapproché ne pourra pas se limiter aux réunions mensuelles (présentation/vérification/ validation des données). Cette activité importante nécessite être complémenté par les visites au niveau des structures de santé pour vérifier les outils primaires et corriger les prestataires sur le tas (observer les consultations, l’enregistrements des données épidémiologique et logistique journalières, compilation des données par semaine/mois).

Jusqu’à présent les conditions ne sont pas encore même que depuis la nouvelle subvention 2018 - 2020 des lignes budgétaires alloués à la supervision opérationnelle par PNLP/CRS et autres programmes/PR mais cette activité n’est pas encore trop effectif.

Il est question comment les ressources allouées vont arriver et être justifié au niveau opérationnelle (DRS, DPS) sans l’existence d’accord / contacts avec ces entités.

En 2018 il y avait encore beaucoup de disconcordances entre les PAO élaboré au niveau opérationnelle sans connaissances de la planification et des budgets alloues à partir du niveau central que rendait le financement des activités de supervision difficile.

La planification et budgétisation existante ne prend pas en compte le volume et la complexité des supervisions intégrées formatives. Les équipes sont insuffisamment outillée (manque canevas de supervision, maquette de rapportage) et ne disposent pas des ressources nécessaires.

*🡺 Supervisions planifiés 2018 avec des lignes budgétaires allouées aux services centraux *

### Formation continue

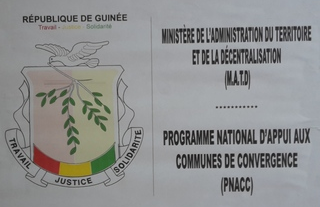
**Arrivé de nouveau outils de gestion des intrants VIH**

La mission se posait la question si des pharmaciens ou des professionnels de santé ont vraiment besoin des formations de gérer leur stock de médicaments et est-ce que à chaque moment qu’il y’a un changement il fallait absolument avoir une formation ? Est-ce que les bases des règles de gestion ne sont pas les mêmes depuis longtemps ?

Pourquoi ne pas trouver des solutions pratiques et adapté disponible sur le terrain ? Trouver des personnes ressources (pharmaciens) ou autres (formation collégiale) ou apprendre d’un autre FS qui se connais déjà ?

### Mise en œuvre nouvelle politique santé communautaire

**Programme national d’appui aux communes de convergence (PNACC) du Ministère de l’administration du Territoire et de la décentralisation (M.A.T.D.)**



Selon la présentation du directeur DNSCTM les suivantes étapes sont déjà franchies :

**Première étape: réalisée en trois phases**:

* Phase 1: Formation des formateurs préfectoraux et régionaux, suivie de formation des RECO et ASC de 10 CC à Labé
* Phase 2: Formation des RECO et ASC des régions de N’Zérékoré, Mamou et Kindia (15 CC)
* Phase 3: Formation des RECO et ASC des régions de kankan, Boké et Faranah (15 CC)

Au total: 1855 RECO et 185 ASC formés et dotés en équipements et outils

**Deuxième étape:**

* Élaboration de la grille des supervision des agents communautaires (RECO et ASC);
* Planification d’une supervision des RECO et ASC par équipes conjointes (niveaux central, régional et préfectoral): prévue pour deuxième quinzaine octobre

### OSC / OCASS

OCASS-2 est officiellement lancé 10/18 après le changement du porteur de REGAP+ à COFEL et une restructuration et réorientation.

* *Information sur OCASS -2 (4 – 9. 2018) en Annexe 2*

## Subvention VIH

### Prévalence VIH et activités de lutte contre le SIDA en Guinée

En Guinée, l'épidémie est stable avec un taux de séroprévalence de 1,7%. Les chiffres du système S+E du Programme National de la Lutte contre le SIDA et les Hépatites (PNLSH) indiquent que fin Juin 2018 44 600 PVVIH ont eu un accès gratuit au traitement antirétroviral. Enfants : 2087 (4,7 %). Les femmes étaient majoritaires : 30 128 (68 %). Les nouvelles inclusions du 1ère semestre 2018 étaient 5447 (10 % du total de la file active). En total 496 patients des patients TB est sous ARV et 666 patients de PVVIH sont registré d’être coinfecté avec le TB.

Un nombre important des personnes infectés avec le VIH ne connaissent pas leur statut (60 + %) et pour cela ne sont pas sous traitement ARV.

Les activités menées par le gouvernement et les bailleurs (par ex. FM) ont réussi à contenir l’épidémie mais jusqu’à présent ne réussit pas à faire baisser les chiffres.

Plus de femmes sont infectées (2,1%) que les hommes aux hommes (1,2%) soit un Ratio 68/32. L’inégalité de genre et certaines pratiques socioculturelles favorisent ce taux inégal.

**Sites PEC en fonction de la taille de la file active par région**

Les sites de prise en charge qui ont le plus de Patients sont principalement à Conakry et quelques hôpitaux préfectoraux.

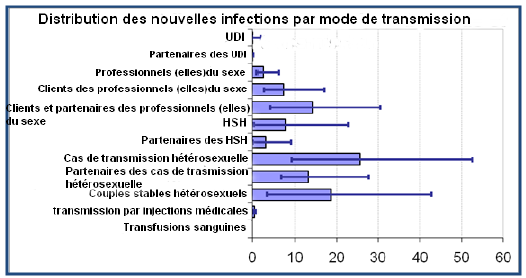
**File active – Nouv. Cas - Co-infection : TB sous ARV – VIH avec diagnostic TB**

|  | **Région** | **Total** | **%** | **Nouv. Cas (S1)** | **%** | **TB sous ARV** | **%** | **VIH avec diagnostic TB** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Conakry** | **28 591** | **64%** | **2 648** | 9% | 687 | 2% | 573 |
| 2. | **N'Zérékoré** | **4 810** | **11%** | **810** | 17% | 30 | 1% | 40 |
| 3. | **Kankan** | **3 309** | **7%** | **550** | 17% | 27 | 1% | 9 |
| 4. | **Boké** | **2 139** | **5%** | **372** | 17% | 50 | 2% | 23 |
| 5. | **Kindia** | **1 947** | **4%** | **668** | 34% | 124 | 6% | 12 |
| 6. | **Labé** | **1 921** | **4%** | **168** | 9% | 8 | 0% | 7 |
| 7. | **Faranah** | **1 035** | **2%** | **168** | 16% | 8 | 1% | 2 |
| 8. | **Mamou** | **851** | **2%** | **63** | 7% | 50 | 6% | 0 |
|  | **Total** | **44 603** |  | **5 447** | **12 %** | **984** | **18 %** | **666** |

* *Dans le document « Rapport de l’atelier trimestriel comité de suivi stratégique de l’ICN – PR-Programmes nationaux du 20 juillet 2018 a L’OIM » - Voir les Sites PEC VIH en fonction de l’importance de la file active (p.14) et sites PEC VIH par région ordonné par affluence*

### Mode de transmission (MoT) - Sources de nouvelles infections à VIH (chiffres 2012)

**Distribution des nouvelles infections par modes de transmission selon l'enquête MoT de 2012**



**Nouvelles Infections :** La transmission hétérosexuelle continue être à la tête des modes de transmissions (MoT) avec ~ 27 %. Autour des professionnels de sexe : PS : ~3 %, Client et partenaires des PS : ~15 % (Total : ~18 %).

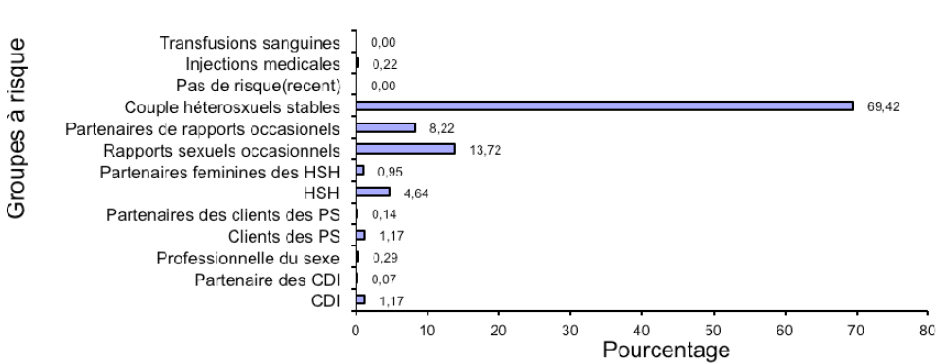
Les nouvelles infections des HSH et de leurs partenaires s’élève à 12 %. Les résultats des estimations de 2012 indiquent que l’épidémie se propage essentiellement parmi les populations liées à la prostitution (professionnelles du sexe, leurs clients et les partenaires de leurs clients) et parmi celles des couples stables hétérosexuels ayant des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels.

Les populations les plus à risque sont les jeunes et populations passerelles notamment des pêcheurs, miniers, routiers, et des hommes en uniforme.

***Source : Le Cadre Stratégique National 2013-2017 (CSN)***

En comparaison les chiffres du pays voisin Sénégal concernant les modes de transmission

**Tabl. Sénégal : Répartition des nouvelles infections en 2013 (MoT 2013)**



*Source : rapport de situation sur la riposte nationale a l’épidémie de VIH/SIDA Sénégal : 2012-2013*

### Unité PEC VIH

#### Qualité des services/soins

##### Accompagnement psychosocial

**Chevalet à l’usage de médiateurs psychosociaux, PNLSH, MSF, Solthis, UNITAID**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Solthis-AccompPsych\IndexSolthis.png | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Solthis-AccompPsych\Chevalier.png | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Solthis-AccompPsych\Graph1.png |

**Avec la prise régulière des ARV une vie normale est possible**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Solthis-AccompPsych\Graph5.png | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Solthis-AccompPsych\Text1.png | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Solthis-AccompPsych\Graph-4.png |
| *Messages par graphique plus faciles à comprendre* | |  |

**Autres commentaires Association PVVIH Fria**

* Situation spéciale d’être infecté avec le VIH : maladie chronique avec des consultations fréquentes, sans nécessairement être malade ;
* A la consultation tous les patients se mélangent. « il y’a le mélange, la pagaille ». Le personnel parle, ne prend pas suffisamment soin de garder la confidentialité et pourra donner des informations devant tout le monde, «on a tellement honte », « on en a marre » ;
* Un membre S.E.R. sert de médiatrice dans le service PEC VIH, mais elle n’a pas d’espace pour parler en confidentialité, « cela lui manque cruellement » ;

**Respect de la confidentialité A Dubréka, à la PEC et au services PTME du CSU Mafoudia,** Ce problème n’existait pas au centre urbain visité (PTME) ou le personnel a particulièrement pris soins de protéger la confidentialité des femmes enceintes. Les stagiaires ne sont pas permis d’assister aux consultations PTME par soin de protéger le statut sérologique des femmes (pour ne pas atteindre à la confidentialité) – « service spéciale ».

**Responsabilités des agents de santé par rapport à l’information sur le VIH**

|  |
| --- |
| La Guinée dispose d’une ordonnance n° 056/2009/PRG/SGG du 29/10/2009 portant amendement de la loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/Sida en République de Guinée. Cette ordonnance fixe les responsabilités de l’Etat, des agents de santé et des PvVIH par rapport à l’information sur le VIH, la gestion du statut sérologique et le traitement des personnes infectées. Cependant aucun dispositif de suivi de l’application de cette ordonnance n’est mis en place. Il n’existe donc pas d’évidences actuellement pour apprécier le niveau du respect des droits humains en matière de VIH/Sida en Guinée. |

***Source :*** *Escom 2015*

### PTME – Centres intégrées

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

***Données 1ère semestre 2016 (Janv. – Juin 2018)***

189 756 femmes enceintes (1ière CPN) presque toutes (99,8 %) avaient été conseillées pour faire le test de dépistage VIH. 155 109 (82%) avaient accepté de se faire tester. De ces femmes seulement 72 % ont été effectivement testées, probablement par faute d’absence de tests sur les sites. 1 548 femmes (1,4 %) ont été testés positives.

Seulement une fraction des conjoints des femmes testés dans le cadre de la PTME avaient été testés : 1849 (1,7%). De ceux qui avaient été testées 143 sont VIH positif (8 %).

* *Pour encore plus des détails voire « Rapport de l’atelier trimestriel comité de suivi stratégique de l’ICN – PR-Programmes nationaux du 20 juillet 2018 a L’OIM »*

**Faible taux dépistage des conjoints - impact sur couples séro- concordant et disco concordant (résultats entretiens avec les prestataires PTME)**

* Manque/ rupture de tests de dépistages ;
* Seulement les femmes « intellectuels » peuvent amener leur conjoint à la CPN
  + « C’est tout un problème, Ils n’aiment pas – sauf les intellectuels, les pécheurs – il n’ont même pas le temps d’accompagner leurs conjointes/épouses »
* Tous les couples qui viennent ensemble, les 2 conjoints sont dépistés (Dubreka, Boffa) – « pour qu’il sache son statut »
* Rare que les femmes viennent avec leur mai, en estimation max. 10 % des femmes testés positives amènent leur mari (Dubreka)
  + « il ne faut pas dire à mon mari », elle prend les médicaments en cachette
* « Les femmes ne veulent pas leur partenaire soit en courant – quelques-uns sont informé, mais c’est rare, estimation : 5 % (Fria)
* « Quelquefois il y’a des femmes qui viennent avec leur mari pour la CPN, dans ce cas on fait le test de dépistage, 4 de ces couples sont suivis par le service » (Boffa)

**Couples sérodiscordant (femme ♀-ve / homme ♂+ve -)**

* Le mari est invité pour les conseils sans qu’il soit au courant du statut +ve de sa femme – « sinon c’est la divorce »

***Sero-disconcordance (♂+ve / ♀-ve)***

L’inverse le sero-disconcordance (♂+ve / ♀-ve)n’est pas tellement connu, parce que les hommes peuvent se faire tester de façon anonyme indépendamment d’un programme officiel (PTME – Opt out) – et sont réticent de révéler leur statut au conjoints. Attention : répétition du test après au moins 3 mois, le 1ème test peut encore etre -ve.

**Scenarios de comportement d’une femme dépisté positive (estimation %)**

***Couple initialement ensemble (2%) « couples intellectuels », reçoivent ensemble leurs statut (~ 80 % sero-conconcordant)***

* Moins de problèmes de couples, car les hommes ont peur que la femmes le quitte

***Femmes testées à l’absence du conjoint***

* N’informe pas à son mari : 95 %
* Ceux qui informent leurs conjoints ont une forte chance de subir la discrimination (rejeté, abandonnée)

**A ne pas oublier :** un nombre considérable d’hommes (en couple monogame ou polygame) ne révèle pas leurs statuts à leurs épouses

**Réflexions sur des stratégies pour augmenter le dépistage des conjoints**

* Réflexion si cela ne devrait pas d’être prescrit par la loi parce que le refus favorise la propagation de la malade ;
* Mais quelles dispositions à prendre ? (Stratégies pour convaincre les conjoints de se faire tester, aussi en termes d’égalité de genre – réduire la propagation du VIH) ;
* Inviter des maris/conjoints (Boffa) ;

Des études menées en Guinée, de la sous-région et une revue systématique peuvent encore éclaircir cette thématique.

**Facteurs limitant l’implication des conjoints aux activités de la PTME dans la commune urbaine de Mamou, PSRF, 06/2016**

| **Constats / goulots d’étranglements** | **Recommandations** |
| --- | --- |
| **Facteurs au niveau de la communauté**   * Attitudes communautaires stigmatisantes envers les partenaires qui accompagnent leurs femmes à la CPN. | **L’information et la sensibilisation de la communauté sur l’importance de la maladie, de la PTME et du rôle de l’homme comme acteur de celle-ci ;**   * Le renforcement du dialogue entre le personnel de santé et les couples concernés par la PTME ; * La lutte contre la stigmatisation et le soutien aux personnes vivant avec le VIH ; * La protection de la confidentialité des résultats des tests VIH ; * L’amélioration de la qualité de l’accueil et des soins ; * Rendre disponible les intrants nécessaires au fonctionnement des services de la PTME ; * La formation des prestataires sur la PTME recentrée sur le couple |

**Implication des hommes dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH: une revue systématique pour identifier les obstacles et les facilitateurs, auteurs: FM, LM, LT, CR, AW, PN, JK**

|  |  |
| --- | --- |
| **Obstacles** | **Recommandations** |
| **Les obstacles à la participation des hommes à la PTME se situaient principalement au niveau de la société, du système de santé et de l’individu**  - Le plus pertinent était la perception par la société des soins prénatals et de la PTME en tant qu’activité de la femme et il était inacceptable que les hommes soient impliqués.  - Des facteurs liés au système de santé, tels que les longs temps d'attente à la clinique de soins prénatals et le désagrément masculin des services de PTME, ont également été identifiés.  - le manque de communication au sein du couple, la réticence des hommes à connaître leur statut VIH, l'idée reçue par les hommes que le statut VIH de leur conjoint était une approximation du sien et la réticence des femmes à impliquer leurs partenaires par peur des violences domestiques la stigmatisation ou le divorce faisaient partie des facteurs individuels. | **Les actions présentées pour faciliter la participation des hommes à la PTME étaient soit des actions du système de santé, soit des facteurs directement liés aux individus**  - L'invitation d'hommes à l'hôpital pour des consultations volontaires et le dépistage du VIH, ainsi que l'offre de services de PTME aux hommes sur des sites autres que les soins prénatals, ont été des facilitateurs essentiels du système de santé.  - La connaissance préalable du VIH et le dépistage préalable du VIH chez les hommes ont facilité leur implication.  - La dépendance financière des femmes était essentielle pour faciliter la participation des conjoints. |

#### Insuffisances d’ordre organisationnel – Chevauchements – Manque de coordination

* *Voir en Annexe 2. Insuffisance de coordination de l’intégration des services SRMNIA et VIH liée à l’absence de dialogue entre les deux directions nationales DNSFN et DNPSC*

### Activités Sensibilisation/ Dépistage volontaire

Les ambitions mondiales sont d’identifier 90% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) d’ici 2020 et favoriser leur accès à une prise en charge efficace.

**L’objectifs intermédiaires fixé par ONUSIDA 90–90–90 % pour 2020 signifient que :**

* **90 %** des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut
* 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sont sous traitement
* 90 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée

**Orientations OMS / ONUSIDA**

* Améliorer la couverture en dépistage des populations afin de faire du CTV un droit pour tous (2003)
* Combiner un ensemble de stratégies aussi bien dans les services de sante qu’au niveau communautaire - suivant les contextes épidémiologiques (2015)

**Situation en Guinée**

**% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut : 45.000 (36 %)**

* En Guinée plus que la moitié des personnes infectées par le VIH des approximativement 125.000 personnes estimés infectés (source Spectrum) ne le savent pas, bien que les tests de diagnostic du VIH aient été mis sur le marché depuis 1985 et que l’efficacité des antirétroviraux ait été démontrée.
* Ce pourcentage n’est pas clair comme pas toutes les personnes qui sont testés +ve se sont inscrit au traitement ARV

**% des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sont sous traitement : ?**

**% des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée : ?**

* Le suivi biologique en dehors de Conakry n’est pas du tout systématique (même rare) à cause des faiblesses structurelles des laboratoires et l’approvisionnement en intrants

**Résultats d’études en Guinée**

| **Indicateur** | **ESCOM 2017** | **MICS 2016** | **Etude CAP GIZ 2017** |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESCOM 2017** | *Couverture nationale : Conakry 7 régions administratives. Groupes cibles primaires (GCP) et secondaires dans l’entourage des GCP. Echantillon : 7 701 ajusté* | | |
| **MICS 2016** | *Couvertures nationale milieu urbain, rural : Conakry, Boké, Kindia, Labé, Mamou, Faranah, Kankan et N‟Zérékoré. Echantillon total de 8 400 ménages.* | | |
| **Etude CAP GIZ 2017** | *1.600 femmes en âge de procréer et 1.600 jeunes entre 15 et 24 ans (Faranah, Mamou, Labé, Kindia)* | | |
| **1. Prévalence VIH** | | | |
| **ESCOM 2017 : Prévalence VIH %** | **ESCOM 2017 :** Jeunes : 0,7 %, PS : 10,7, Routiers : 2,3, Pécheurs : 3,8, Miniers : 1,4, Détenues : 2,5 % | | |
| **2. Dépistage VIH** | | | |
| **Escom : % ayant réalisé un test VIH au cours des 12 derniers mois et connaissent les résultats** | **Jeun : 90 %, PS : 51 %, Rout : 14 % ; Péch : 88 %, Min : 72 %, Déten : 79 % \*[[1]](#footnote-1)** | **8 %**  **Femmes âgées de 15-49 ans** (au cours 12 derniers mois) | **3%**  **Jeunes 15 – 24 ans**  **(**Au cours des 6 dernier mois) |
| **MICS : Jeunes femmes sexuellement actives qui ont été testées pour le VIH et qui connaissent le résultat** | **11 %**  Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, qui ont été dépistées pour le VIH au cours des 12 derniers mois et qui connaissent le résultat : | | |
| **MICS : Femmes qui connaissent un lieu où se faire tester pour le VIH** | **34 %**  Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui déclarent connaître un lieu pour le dépistage du VIH | | |
| **3. Connaissance et attitudes du VIH/SIDA** | | | |
| **ESCOM : Bonne connaissance sur le VIH** | **Jeun : 11 %, PS : 13 %, Rout : 7 %, Péch : 5 %, Min : 16 %, Déten : 19 %** | | |
| **GIZ CAP** | **24 %**  La proportion de jeunes de 15 à 24 ans qui affirme que le risque de transmission du VIH peut être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e) et par l'utilisation du préservatif et qui rejette une des idées fausses sur le mode de transmission du VIH | | |
| **MICS : Connaissance de prévention du VIH chez les jeunes** | **14 %**  Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH | | |
| **MICS : Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant** | **39 %**  Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui identifient correctement les trois moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant | | |
| **4. Attitudes envers les PVVIH** | | | |
| **ESCOM : % de tolérance à l’endroit des PVVIH** | **Jeun : 22 %,Péch : 14 %, Min : 16 %, Déten : 37 %** | **6,8 %**  MICS : Attitudes bienveil-lantes envers les PVVIH (4 questions) |  |
| **ESCOM : % déclarant des attitudes discriminatoires à l’égard des PVVIH** | **Jeun : 54 %, Péch : 61 %, Min : 49 %, Déten :44 %** | | |
| **5. Mariage précoce et polygamie (MICS)** | | | |
| **Mariage avant l’âge de 15 ans** | **21 %**  Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 15 ans | | |
| **Mariage avant l’âge de 18 ans** | **55 %**  Pourcentage de femmes âgées de 20-49 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 18 ans | | |
| **Polygamie** | **42,7**  Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui sont en union polygame | | |
| **6. Comportement sexuel** | | | |
| **ESCOM : % Rapport sexuel avant 15 ans -Jeunes**  **CAP GIZ (Jeunes)** | **24 %** | **24 %**  Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans chez les jeunes femmes (15 –24 ans) | **23 %**  Précocité des rapports sexuels avant 15 ans |
| **MICS : Différence d’âges entre partenaires sexuels** | **54 %**  Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec un partenaire plus âgé qu'elle de 10 ans ou plus | | |
| **MICS : Rapports sexuels avec des partenaires non réguliers** | **17 %**  MICS : % de jeunes femmes sexuellement actifs âgées de 15-24 ans ayant ont eu des rapports sexuels avec un partenaire autre que le conjoint ou le partenaire cohabitant, au cours des 12 derniers mois | | **35 %**  Rapports sexuels occasionnels lors des 12 derniers mois |
| **MICS : Utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel avec des partenaires multiples** | **18 %**  % de femmes âgées de 15-49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et rapportent également qu'un préservatif a été utilisé la dernière fois qu'elles ont eu des rapports sexuels : | | |
| **ESCOM/GIZ : % utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel**  **MICS : Utilisation de préservatif avec des partenaires non réguliers** | **Jeun : 33 %, PS : 35 %, Rou : 8 %, Péch : 45 %, Min : 48 %** | **33 %**  (avec un partenaire sexuel non-matrimonial, non cohabitant au cours des 12 derniers mois) | **42 %** |
| **% utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire commercial** | **Jeun: 63 %, PS : 94 %, Rout : 55 %, Péch : 65 %, Min : 72 %** | | |
| **CAP GIZ : Incidence annuelle IST jeunes** | * 21% des jeunes qui disaient connaitre l’existence de celles-ci affirment avoir eu une IST durant les 12 derniers mois. * Les IST semblent plus fréquentes chez les jeunes en milieu rural 22% qu’en milieu urbain 17% et selon le sexe * L’incidence annuelle des IST est plus élevée chez les jeunes filles 26% contre 17% chez les jeunes garçons | | |

**ESCOM 2017 Conclusions et recommandations (Extraits)**

* L’objectif zéro discrimination d’ici 2020 reste un véritable défi aux vues du faible niveau de tolérance/ acceptation des PVVIH entretenu et des attitudes discriminatoires observées ;
* Un gap important existe au sujet des la connaissance du statut sérologique. La forte proportion des personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois cache en réalité une demande insuffisante du test lorsque l’on rapporte l’effectif des personnes connaissant leurs statuts au nombre des personnes ayant déjà entendu parler du VIH/SIDA ;

***Recommandation***

* Adopter et assurer le suivi de la mise en œuvre des approches différenciées de dépistage en vue d’atteindre le 1er 90 au sein des différents groupes cibles d’ici 2020 (promotion et accessibilité des autotests, stratégie avancée ou mobile sur les lieux de travail/d’apprentissage, ainsi que lors des grands évènements ou rassemblements ;

**ESCOMB 2015**

L’étude ESCOMB 2015 qui avait publié des chiffres sur la prévalence au sein des groupes de populations les plus à risque d’infection au VIH (les jeunes de 15 – 24 ans, les miniers, routiers, pêcheurs, hommes en uniforme, Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH), Professionnelles du Sexe (PS), détenus) mais les résultats de l’étude ne sont pas reconnus par le FM à cause des erreurs et de falsifications.

**A titre informatif l’étude CAP sur la santé reproductive en particulier chez les jeunes (y inclut les mutilations génitales féminines) enquêtait sur les thèmes suivants :**

* Caractéristiques, attitudes et comportements de la population enquêtée face à la prévention des maladies et l’utilisation des services de santé en médecine curative
* Attitudes et comportement des jeunes de 15-24 ans
* Caractéristiques, attitudes et comportements des femmes âgées de 15-49 ans face à la planification familiale

**Insuffisance des activités de routine de dépistage de la population en générale et surtout des jeunes - gap intrants dépistage VIH**

Le dépistage du VIH est essentiel pour l’extension de la couverture du traitement par les ARV et atteindre les 90-90-90 cibles. Le dépistage permet de faire des choix éclairés quant à la prévention de l’infection à VIH. Les programmes de dépistage du VIH doivent être élargis. Pour cela, nous avons besoin de volonté politique et d'investissements, ainsi que d'approches nouvelles et novatrices en matière de dépistage du VIH à mettre à échelle.

*Source : lettre ONUSIDA à CNLS Oct. 2018*

**Dépistage volontaire**

|  |  |
| --- | --- |
| **Barrières**   * La stigmatisation et la discrimination dissuadent les gens de prendre un test VIH * L'accès au dépistage confidentiel du VIH demeure un sujet de préoccupation * Beaucoup de personnes sont testées seulement après être malades et symptomatiques * Cela conduit à un traitement du VIH en retard, ce qui sape les nombreux avantages du traitement et de la prévention. | **Opportunités**   * Il existe de nombreuses nouvelles possibilités d'élargir l'accès au dépistage du VIH.   + Tests d'auto-évaluation   + Services d'essais communautaires   + Tests multi maladies aident les gens à connaître leur séropositivité |

**Commentaire Comité Suivi Stratégique (CSS)**

Depuis les missions terrain dans la région de Kankan et de Faranah, Labé, Mamou et Kindia le comité de suivi stratégique (CSS) constate une pénurie et souvent rupture d’intrants de dépistage VIH qui perdure. Pour illustrer la dimension de ce problème, même les services PTME, et le dépistage de la co-infection dans les CDT qui sont une priorité absolue des interventions du FM étaient gravement affecté, ou soit les services n’étaient plus fonctionnels ou tournaient à seulement à un pourcentage des nécessités.

Le nombre de tests quantifié du FM pour la période 2018 – 2020 est bien décrit dans les documents de planification : **2018 (Total/FM)** : 724 923 / 516 775, **2019** : 799 232 / 586 631, **2020 :** 876 568 / 634 001.

***Quantification des tests de dépistage prévue avec les fonds du FM et autres (PTF et état)***

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Désignation** | |  | **2018** | **2019** | **2020** | **Total** | ***%*** |
| **Nbre Total** |  |  | 724 923 | 799 232 | 876 568 | 28% |  |
| **Autres (Unicef/Etat)\*** | |  | 208 148 | 212 601 | 242 567 | 663 316 | *28%* |
| **FM** |  |  | **516 775** | **586 631** | **634 001** | **1 737 407** | ***72%*** |
|  |  | ***PTME*** | *205 000* | *217 388* | *225 000* | 647 388 | 37% |
|  | ***Détenues*** | *525* | *865* | *1 183* | 2 573 | 0,1% |
|  | ***Jeunes*** | *3 649* | *5 615* | *8 002* | 13 617 | 0,8% |
|  | ***Autr. Pop. vuln.*** | *9 006* | *15 930* | *23 081* | 48 017 | 2,8% |
|  |  | ***TB/VIH*** | *11 085* | *12 812* | *12 812* | 36 709 | 2,1% |
|  |  | ***CDIS*** | *287 510* | *334 535* | *363 923* | 622 045 | 36% |

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

Dans les discussions menées une des raisons évoquées pourquoi il n’y a pas suffisamment des intrants tests de dépistage est que l’état qui est responsable de l’achat de 170.000 des 208.000 tests d’autres acteurs des 724 923 totaux quantifiés.

Toutes les raisons évoqués, changement du PR CNLS à PNLSH, livraison d’ARV et de tests venus en retard, surconsommation sur la dotation du FM, etc. ne peuvent pas expliquer la situation de pénurie et des ruptures d’intrants de dépistage prolongée dans le passé dont témoignent les acteurs sur le terrain (DRS, DPS, Associations, ONG nationales ; internationales et responsables PTF décentralisées).

L’argument que le FM couvre seulement l’achat des intrants ARV à 64 % et que l’autre partie doit être supportée par les fonds la contrepartie de l’état et que cette contribution arrive souvent en retard ou n’est pas effectif est valable, mais selon le point de vue du CSS ne suffira pas d’expliquer cette faiblesse particulière au niveau de intrants de dépistage.

Il est bien plus probable qu’il s’agit d’un problème de programmation. Le FM n’a pas alloué suffisamment de fonds pour les achats de tests de dépistage.

Ou du simple fait que la quantification cible principalement les populations clés (centres spécialisées) et à haute risque et les tests à la demande du personnel soignant en réduisant la quantification des tests de dépistage de la population à quelques campagnes de sensibilisation (caravanes) des SR partenaires.

Le problème de pénurie / pré rupture/ rupture des tests de dépistage bloque beaucoup des activités des acteurs sur le terrain comme toute activité de sensibilisation ne fait pas de sens si à la fin il n’y a pas la possibilité de faire tester les intéressées.

* *La situation a été décrite en détails dans le rapport « Rapport de Mission de Suivi stratégique des préfectures Faranah, Labé, Mamou, Kindia, 4 – 15.06.2018, chapitre conclusions - Sensibilisation de la population au dépistage volontaire (P.33)*
* *Enumérée comme risque majeur dans le plan de prévention et gestion de risques CSS : 1.1 Insuffisance des activités de routine de dépistage de la population en générale et surtout des jeunes* ***(****Risques programmatiques : Conception et/ou pertinence du programme inadéquate)*

Il est compréhensible qu’avec les expériences du passé (quantification erronée, méconnaissance de la file active, péremption d’une quantité importante d’ARV, destruction et endommagement d’ARV lors de l’incendie PCG) le FM et le PR PNLSH ont la tendance à être plutôt prudent dans les estimations.

**Contradiction (cercle vicieux)**

Dans le passé le FM avait sollicité au programme d’augmenter les cas d’inclusions – mais le système de santé était incapable à dépister plus de personnes atteintes du VIH. Actuellement le FM a plafonné les nouvelles inclusions à 6400 par année. La quantification des ARV est fait en y tenant compte.

**Plus de tests disponibles augmentera le taux de détection et la charge sur le programme PNLSH de mettre à disposition les ARV.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Effets positives** | **Effets négatifs** |
| * Augmentera le taux des dépistages et le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique * Créera un environnement plus propice pour réduire la stigmatisation | * Augmentera la demande au (ARV) budgets limités – même insuffisant actuellement |

**Conclusion**

Mais en même temps sur les 125.000 personnes qui selon les statistiques sont infectées seulement 45.000 sont sous traitement ARV. Une pénurie des tests de dépistage artificielle est à l’opposé des objectifs 90/90/90 %.

### Services adaptés aux besoins

1. Stratégie pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, 2/2016 ;
2. Intégration du concept de la planification familiale et de la contraception dans les documents de counseling VIH en Guinée, 2017

* *Voir en Annexe 2 Services de santé adaptés aux besoins des adolescents et Intégration de la PF au Counselling VIH*

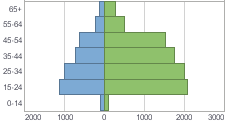
## Subvention TB

### Prévalence - Poids de la tuberculose en Guinée

La tuberculose reste un problème majeur de santé publique en Guinée. L'incidence estimée est de 177 (niveau mondial 142) pour 100 000 et la prévalence est estimée à 253 pour 100 000 (soit une diminution de 57% depuis 1999 - World TB Report 2015).

* Le taux de mortalité par tuberculose estimé est de 29 pour 100 000, ce qui représente une diminution de 68% depuis 1990 (hors co-infection tuberculose / VIH).
* En Guinée au cours de l’année 2017, 13 973 cas de TB toutes formes confondues ont été notifiés dans le pays dont 7 735 nouveaux cas incidents et 360 rechutes confirmés bactériologiquement. Le nombre estimé de cas est de 177/ 100.000 (niveau mondial 142).
* Plus d’hommes que des femmes sont diagnostiques et traités pour le TB (chiffres 2018 1 Sem ?).

**2015, Guinée selon l’âge et le sexe F / H (droite)**



* Les taux d'incidence de la co-infection tuberculose / VIH sont élevés à 38/100 000 ;
* Cas TB associé au VIH :2,332 (19%) dont 69% sous TARV ;
* Taux de létalité de la TB (incidence estimée), 2017 : 0.23
* En 2017, 219 cas de MDR-TB ont été diagnostiqués, ce qui représente 64 % du nombre estimé à détecter (340 attendus) ;
* % estimé de cas de TB avec TB-MR/RR nouv cas : 2.5%, cas déjà traités : 14%
* Le taux de détection (notification) avec est insuffisant avec 61 % ;
* Les résultats du traitement des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement pour la cohorte de 2016 montrent un taux de succès du traitement de 84% ;
* Voire aussi OMS Guinée Profil de tuberculose 

Le « Plan Stratégique de lutte antituberculeuse en Guinée 2016-2020 » du PNLAT met l’emphase à améliorer le dépistage, le traitement et la prévention des cas en vue de réduire la prévalence et la mortalité globales.

### Co-Infection TB/VIH

**Existence d’une Plateforme Co-infection TB/VIH**

* Forte coordination de ce secteur des acteurs qui ont la même convergence de vue sur les questions clés (VIH et TB) – début d’une coordination
* Echanges des plans / activités prévues
* La contrepartie de l’état est imprévisible concernant l’achat des médicaments anti-TB, pas de visibilité – aucun partenaire sait quand le budget national est fait

**Recommandation**

* Diversifier les sources d’approvisionnement
* Mettre l’état à contribution
* Disponibiliser des stocks de sécurité de 6 mois dans les dépôts

**Intégration Co-Infection : Dépistage /counseling**

**Etat de lieu DOTS**

**Recherche perdue de vues**

**PCIME – Toux**

*A explorer lors de la prochaine mission terrain*

## Subvention Paludisme

### Qualité de soins

**Sur-prescription injectables**

**Doublure diagnostique (TDR et goutte épaisse)**

**PCIME fièvre au niveau communautaire**

*A explorer lors de la prochaine mission terrain*

## Gestion Financière

Le plus gros problème est le faible niveau d'absorption des fonds (62 - 75%) malgré les besoins réels existants.

#### Faible taux d'absorption du budget :

**Exemple pratiques des difficultés sur le terrain :**

A Kindia il est presque impossible d’avoir 3 factures pro-forma en bonne et due forme, par exemple pour la restauration tandis qu’il une prestatrice du DPS qui est habituellement sollicité depuis - mais elle n’est pas en mesure de donner une facture (Louer une salle, Restauration).

Motivation indirecte des participants – arrondir leur salaire à la fin du mois, les PR sont conscients que beaucoup ne vont pas se loger dans les hôtels et économiser le forfait d’hôtel.

**A. Obstacle coté état**

* Procédures MS longue et contraignantes
* Encore longues procédures d’exonération et procédures de passation de marché

**B. Obstacles coté PR**

**Implication limitée des institutions de l’État au niveau décentralisé (sont invitées à participer aux supervisions à partir du niveau central)**

***Vraie phobie des responsables PR d’engager des dépenses***

* Histoire de dépenses illégitimes, Basé sur les vécus, expériences du pays
* **Crainte du remboursement** Les responsables des PR ont peur des risques financiers si une ONG ou un acteur étatique doit rembourser si les procédures du Fonds mondial ne sont pas suffisamment suivies ou si elles touchent des zones grises
  + Préfèrent, en cas de doute, ne pas dépenser d’argent, par exemple l’achat d'équipement plus coûteux
  + la critique attendue si la l’ONG/état doit rembourser fait hésiter le responsable
* En plus ils s’ajoutent les règles/procédures de l’ONG ou de l’état (PNLSH) que parfois signifie un doublement de procédures (FM et ONG/état) ;
* En plus il y’a les règles de l’organisation mère
* S’il y’a des zones grises le responsable préfère plutôt ne pas dépenser (chacun couvre ses derrières)

**Situation paradoxale :** Les PR’s écrivent leur propre manuel de procédure – et savent en même temps que cela n’est pas réaliste

***Réponses BID Adaptation des procédures au contexte du pays ?***

* Le FM n’est pas ferme
* Procédures ne sont pas statique mais dynamiques
* Si les procédures ne marchent pas il faut les réviser
* S’il y’a lourdeur du manuel de procédures il faut trouver des solution pratique pour les alléger en respectant les principes de base
* Forfait jusqu’à un certain montant

« entre élaborer et revoir il y’a toujours un délai »

**C. Obstacles coté FM**

* **DNO** : Trop d’avis de non Objection (DNO) sur l’opérationnalité, même des activités qui sont répétitifs il faut encore justifier (TDR etc)
* La contractualisation ne s'étend pas aux DRS (Délégations Régionales) et aux DPS (Délégations Préfectorales)

**D. Obstacle coté ?**

**Temps perdu**

* Délais importants entre le début de la subvention et le premier décaissement
* « On perd beaucoup de temps par exemple des 12tTrimestres de la dernière subvention (CNLS) on était seulement 9 opérationnel (perturbations sociales – politiques/grève des enseignants)

**Piste de solutions**

* Ce n'est que depuis cette subvention (2018-2020) que le RP paludisme en collaboration avec le PNLP (programme Lutte contre le Paludisme) dispose d'une supervision de ligne budgétaire au niveau régional / de district, son utilisation n'est pas claire
* Le problème est de savoir comment les fonds peuvent être des canaux dans quelles conditions au niveau opérationnel
* *Voir Conclusions/ Recommandations*
* *Voir document Gestion des risques dans les Etats fragiles : la santé d’abord ! - Optimiser l’efficacité des subventions du Fonds mondial : <https://solthis.org/wp-content/uploads/2015/11/Solthis_FM_Gestion-des-risques-2014_rapport.pdf>*

#### Paiement électronique

Presque toutes les PR et SR ont conclu des contrats avec des opérateurs de paiement électronique (Orange money, MTM). Les DAF ne se sentent pas entièrement couvert par le système de gestion, pour cela ils restent encore des réserves de leur part. Il reste à savoir l’impact de son utilisation.

|  |  |
| --- | --- |
| **Orange money - traçabilité et les rapports de transactions** | **Commission payée par le client en GF (celui à qui l’argent et viré)** |
|  | |  | **Montant viré** | **Com-mission** | | --- | --- | --- | | 1. | 10.000 – 50.000 | 2.000 | | 2. | 51.000 – 100.000 | 3.000 | | 3. | 101.000 – 300.000 | 8.000 | | 4. | 301.000 – 500.000 | 12.000 | | 5. | 501.000 – 1.000.000 | 20.000 | | 6. | 1.000.001 – 2.000.000 | 34.000 | | 7. | 2.000.001 – 4.000.000 | 46.000 | | 8. | 4.000.001 – 6.000.000 | 55.000 | | 9. | 5.000.001 – 8.000.000 | 68.000 | | 10. | 8.000.001 – 10.000.000 | 90.000 | |

## Gestion des Intrants (GAS)

### Système d'approvisionnement et de stockage de médicaments (GAS)

Système de documentation de la disponibilité et de la consommation de médicaments au niveau des établissements de santé récemment mis en place (E-LMIS) par UGL

* Personnel hésitant à inclure les médicaments subventionnés dans les outils de gestion - nouveau concept

**Problèmes principaux**

* Données de routine pas fiables (en particulier ceux de la consommation)
* Imprévisibilité des achats de la contrepartie de l’état

**Le responsable du dépôt régional de Boké constate un changement du système d’allocation vers la réquisition**

PCG régional fait une réquisition – le Niveau central envoie selon la disponibilité et le

La distribution des intrants du dépôt régional vers les structures sanitaires, se fait par réquisition. Selon le responsable du dépôt, cela a réduit les risques de péremption au niveau régional

**Remarques générales responsable du dépôt régionaux**

* TB on ne commande pas – VIH on ne commande pas, - quand il y’a des ruptures nous sommes très embêtés et sollicité

**Autres remarques :**

* Il est toujours possible de faire des commandes d’urgences si la disponibilité d’une molécule / item est inférieur au stock de sécurité (1 mois)
* **Problématique :** Pas suffisamment d’information sur la consommation des intrants
* La distribution est intégrée pour tous les produits (Palu – TB - VIH)

**Graduel évolution des systèmes d’intrants TB**

* Avant LTO pas de rapportage au niveau DPS - transmettaient directement au niveau central
* Maintenant on est en train de se battre - Sont en train d’entrer petit à petit dans le système
* LTO prennent part aux réunions mensuelles

### PCG Boké – appui partenaires système approvisionnement

**Partenaires**

* Chemonics – appuient maintenant mensuellement, élaboration des rapport mensuels à partir de SAGE (avant trimestriellement) -
* Stopp Palu : Beaucoup de supervision et réunions de concertation

**E-LMIS (appuyé par Chemonics)**

* Chemonics – collecte des données dans la plateforme
* SNIS (chargé de statistiques) ont impliqué les Points focaux
* Appui substantiel mais ne sont pas dédié aux 2 autres maladies
* DPS veut être aussi performant dans le VIH, TB
* Niveau central n’est pas encore arrive à l’intégration (pas encore formalisé)
* Mutualisation : « au niveau opérationnel nous nous efforçons »

**Logiciel SAGE**

* Problèmes de réseautage (SAGE)
* La connexion internet/capacité avait été amélioré
* Appui Chemonics « On est sur l’assainissement du logiciel SAGE – nettoyage de la base de données (régional)

**Réalité des livraisons :**

* On livre au niveau DPS
* Les structures qui sont sur les axes sont t livres
* On met à disposition leur frais de transport
* Comptage sur place à la DPS, émargent le frais de transport, prennent des photos , envoie en whats app

### Contrat commun avec la PCG Aout 2018

**Contrats conclus avec PCG avec indicateurs de performance**

* Exigences claires périodicité et spécificité des données (en pdf pour répondre aux exigences contractuelles, en Excel pour que cela soit exploitable pour d’autres base de données
* L’état de lieux des dépôts régionaux à part – avec détails du mouvements (début du mois, entres – sorties)

### Outils gestion d’intrants introduit via PNLSH

**Outils gestion d’intrants introduit via PNLSH**

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\OG-GAS-1.png | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\OG-GAS-2.png |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rapport mensuel SIGL | Bon de commande | Guide d’entretien gestion durable depots pharmaceutiques |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\Rapp Mens etat Stock.png | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\Bon commande.png | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\Entretien-PCG-red.png |

|  |  |
| --- | --- |
| **Registre des suivi pharmacie** | **RUMER** |
| C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\Registe Suivi phramacie.png | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\Rumer.png |

### PNLAT-Commande trimestrielle des réactifs et consommables de laboratoire du Guide technique pour le personnel de santé, Formulaire n° 09, PNLAT, 3ème ed



### Rapport GT GAS (Sept. 2018) - extraits

***Point sur la file active VIH.***

Le nombre de PVVIH sous traitement ARV au 30 juin 2018 est de 46 926 dont 13 414 hommes (29/%), 31 425 femmes (67%) et 2087 enfants (4%). Ces patients sont repartis entre la PEC pour 44 603 personnes soit 95% et la PTME pour 2323 personnes soit 5%

**Tests de dépistage**

* Les objectifs fixés pour 2019 dans le plan GAS 2018-2020 ont été révisés en tenant compte des stocks disponibles et en cours de livraison

**Autres résultats**

* Les responsables des dépôts régionaux et des inspecteurs régionaux étaient pour la première fois conviés à la réunion ;
* Pendant la réunion leur rôle des dans la validation de la commande des régions était soulignée ;
* L’équipe avait calculé un stock de sécurité pour 6 mois, mais des suggestions étais fait de le réduire à 3 en fonction du budget réduit disponible ;

### Répartition des patients par protocole thérapeutique

* Données à partir de MSR.
* en cours de réalisation pour les sites de Conakry et certains sites de l’intérieur du pays.
* Les sites ayant fournis des données à partir de MSR couvrent actuellement environ 76 % de la file active nationale (enfants 73 %)

**Adultes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **15 – 65 %** | **2 – 6 %** | **0,1 – 0,6 %** |
| TDF/3TC/EFV (Atripla) : 65 %  AZT/3TC/NVP (Duovir N)  : 18 % | TDF/FTC/EFV : 5 %  AZT/3TC/EFV : 6 %  AZT/3TC/LPVr : 2 %  TDF/3TC/LPVr**:** 2 % | TDF/3TC/ATVr **:** 0,6 %  TDF/3TC/NVP : 0,3 %  AZT/3TC/ATVr : 0,3 %  ABC/3TC/LPVr : 0,2 %  ABC/3TC/EFV : 0 ,2 %  ABC/3TC/ATVr : 0,1 % |

Le reste est réparti entre les protocoles suivants : TDF/3TC/LPVr/AZT, AZT/3TC/ATVr/TDF, ABC/3TC/ATVr/TDF, RAL + DRV/r, RAL + ETV + LPV/r, RAL + ETV + DRV/r, TDF/3TC/LPVr/ABC

**Le nombre de nouvelles inclusions est estimée à 6400 soit 533 patients/mois avec une répartition prévue dans les protocoles suivants :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Trithérapie** | **%** |
| TDF+FTC+EFV (Atripla) | 5% |
| TDF+3TC+EFV (Atripla) | 85% |
| AZT+3TC+EFV | 1% |
| AZT+3TC+NVP (Duovir N) | 8% |
| TDF+3TC+LPV/r | 1% |
| **Total** | **100 %** |

**ARV Traitements d’adultes**

| **N°** | **Abbrev.** | **Désignation** | **Nom com-mercial** | **Impor-tance** | **Unité** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **PROTOCOLE 1ère LIGNE - Adultes Trithérapie - Associations fixes d’ARV** | | | | |
| **1.1** | **Option priviligée recommendée.: TDF/3TC (ou FTC) + EFV - PRISE UNIQUE** | | | | |
|  | **TDF/3TC+EFV** | **Tenovir/Lamivudine+Efavirenz** (300mg/300mg+600mg) | ***Atripla*** | **65 %** | B\30 |
|  | **TDF/FTC+EFV** | **Tenofovir/Emcitracibine+Efavirenz**  (300mg/300mg+600mg) | **5 %** | B\30 |
| **1.2** | **PROTOCOLE 1ère LIGNES ALTERNATIFS 2ème choix - PRISE 2 x JOUR** | | | | |
|  | **AZT/3TC+NVP** | **Zidovudine/Lamivudine+Nevirapine**  (300mg/300mg+200mg) | ***Duovir N*** | **18 %** | B\60 |
|  | **AZT/3TC+EFV** | **Zidovudine/Lamivudine+Efavirenz**  (300mg/300mg+600mg) |  | **6 %** | B\60 |
| **2.** | **COMBINAISONS ENTRANT DANS RECONSTITUTION des régimes - 2ème ligne** | | | | |
|  | **INTI + INTI** |  |  |  |  |
|  | **TDF/3TC** | **Tenofovir/Lamivudine**  (300mg+300mg) | ***Tenovir Truvada*** | ++ | B\30 |
|  | **TDF/FTC** | **Tenofovir/Emtricitabine**  (300mg+200mg) |  | ++ | B\30 |
|  | **AZT+3TC** | **Zidovudine/Lamivudine** (300mg/150mg) | ***Duovir*** | ++ | B\60 |
| **3.** | **PROTOCOLE 2ième ligne (et VIH-2) 1er choix : AZT + 3TC | ABC + TDF + LPV/R** | | | | |
| **3.1** | **Combinaisons entrant dans la reconstitution des régimes (1 - 2 molécules)** | | | | |
|  | **INTI + INTI** |  |  |  |  |
|  | **ABC + 3TC** | **Abacavir/Lamuvidine** (600+300) mg |  |  | B\60 |
|  | **INTI** |  |  |  |  |
|  | ABC | **Abacavir** 300mg |  |  | B\60 |
|  | **IP** |  |  |  |  |
|  | **LPV/r** | **Lopinavir/Ritonavir** 200mg+50mg | ***Kalétra*** | ++ | B\120 |
|  | **ATV/r** | **Atazanavir/Ritonavir** 300mg+100mg |  |  | B\30 |
|  |  |  |  |  |  |

### Régimes les plus utilisées pour les enfants

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **14 – 42 %** | **2 – 8 %** | **0,1 – 0,4 %** |
| AZT/3TC/NVP : 42 %  TDF/3TC/EFV : 23 %  ABC/3TC/LPVr : 14 % | ABC/3TC/EFV : 8 %  AZT/3TC/EFV : 7 %  AZT/3TC/LPVr : 4 %  TDF/3TC/NVP : 2 % | TDF/3TC/LPVr : 0,4 %  TDF/3TC/ATVr : 0,1 %  ABC/3TC/ATVr : 0,1 % |

| **4.** | **PROTOCOLES ENFANTS - FORMES PEDIATRIQUES** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.1** | **PTME Traitement enfants après naissance (6 semaines) et PEC enfants** | | | | |
|  | **NVP ped** | **Nevirapine** 10mg/ml |  |  | Flacon 100 ml |
|  | **AZT ped** | **Zidovudine** 50 mg/5 ml - Solution orale |  |  | Flacon 100 ml |
|  | **Prise en charge VIH Enfants** | |  |  |  |
| **4.2** | **Option priviligié 1ère ligne (0 - 36 mois): AZT + 3TC + LPV/r ou ABC+ 3TC + LPV/r** | | | | |
|  | **AZT/3TC ped** | **Ziduvidine/Lamivudine**  (60+30) mg |  | + | B\60 |
|  | **ABC/3TC ped** | **Abacavir/Lamivudine** (60/30) mg |  | ++ | B\60 |
|  | **LPV/r ped** | **Lopinavir/Ritonavir**  (80/20) mg |  | ++ | B\60 |
| **4.3** | **Option priviligié 1ère ligne (3 - 10 ans): Efavirenz est préféré à la Névirapine** | | | | |
| **4.4** | **Option priviligié 1ère ligne (11- 19 ans): TDF+ FTC ou 3TC + EFV** | | | | |
|  | **AZT/3TC+NVP ped** | **Zidovudine/Lamivudine+Nevirapine**  (60mg/30mg+50mg) | Duovir N ped | **42 %** | B\60 |
|  | **TDF/3TC-EFV** | **Tenovir/Lamivudine+Efavirenz** | Atripla | **23 %** | B\60 |
|  | **Molécules entrant dans la reconstitution des régimes** | | | | |
|  | **EFV ped** | **Efavirenz** 200 mg |  | ++ | B\30 |
|  | **EFV** | **Efavirenz** 50mg |  |  | B\30 |
|  | **ABC ped** | **Abacavir** 60 mg |  | ++ | **B\60** |
| **4.5** | **Schémas Alternatifs: En l’absence d’un inhibiteur de protease ABC + 3TC + NVP** | | | | |
|  | **AZT** | **Zidovudine** 60mg |  |  | B\60 |

## 3.10 Système laboratoire

|  |  |
| --- | --- |
| **Nouveau outils de gestion de laboratoire** | **PIMA à Fria rangé depuis 2 ans par manque d’intrants** |
| **C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Outils-Gestion\traité\OG-Labo.png** | C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Laboratoire\20181011_113118.jpg |

#### Examens Charge Virale en Guinée – par l’ordre d’importance (Résultats Sem.1 Janv. – Juin 2018)

##### Conakry

| **N°** | **Nom du sites** | **File active** | **CD-4** | **Charge. Vir** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 23 | FMG | **484** | **256** | **1 557** |
| 20 | CS Tombolia | **714** | **602** | **952** |
| 11 | ASFEGMASSI | **1 104** | **181** | **773** |
| 13 | CMC Coléah | **690** | **223** | **544** |
| 7 | CS Matoto | **1 118** | **229** | **483** |
| 8 | CMC Ratoma | **1 354** | **124** | **285** |
| 5 | CS Gbessia port 1, Matoto | **1 635** | **164** | **121** |
| 16 | DREAM | **4 128** | **105** | **119** |
| 14 | CMC Minière | **1 063** | **205** | **86** |
| 26 | Clinique CIBA | **0** | **0** | **26** |
| 19 | CS Wanindara | **1 369** | **23** | **14** |
| 18 | Camp Almamy Samory | **375** | **24** | **2** |
| 12 | CS boulbinet | **21** | **2** | **2** |

##### Hors de Conakry

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nom du sites** | **Régions** | **File active** | **CD-4** | **Charge. Vir** |
| 33 | Hôpital Régional Boké | Boké | **1 043** | **3 344** | **1 596** |
| 68 | Hôpital Régional Kankan | Kankan | **1 744** | **276** | **772** |
| 84 | Hôpital Régional N'zérekoré | N'Zérékoré | **1 817** | **171** | **582** |
| 70 | Hôpital Préfectoral Siguiri | Kankan | **654** | **228** | **246** |
| 63 | HR Labé | Labé | **1 689** | **52** | **130** |
| 35 | CSA Kassopo | Boké | **600** | **138** | **83** |
| 52 | HR Faranah | Faranah | **371** | **0** | **65** |
| 55 | HP Kissidougou | Faranah | **353** | **2** | **36** |
| 94 | Hôpital Préfectoral Yomou | N'Zérékoré | **22** | **0** | **8** |
| 95 | CS Bowé | N'Zérékoré | **8** | **0** | **4** |
| 76 | Mission Philafricaine | N'Zérékoré | **1 121** | **16** | **1** |
|  | **TOTAL** |  | **44 603** | **7 780** | **8 487** |

#### Examens CD-4 en Guinée – par l’ordre d’importance

##### Conakry

| N° | Nom du sites | File active | CD-4 | Charge. Vir |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 20 | CS Tombolia | **714** | **602** | **952** |
| 28 | Clinique Pasteur | **19** | **358** | **0** |
| 23 | FMG | **484** | **256** | **1 557** |
| 7 | CS Matoto | **1 118** | **229** | **483** |
| 13 | CMC Coléah | **690** | **223** | **544** |
| 32 | CS Lambanyi | **47** | **219** | **0** |
| 14 | CMC Minière | **1 063** | **205** | **86** |
| 11 | ASFEGMASSI | **1 104** | **181** | **773** |
| 5 | CS Gbessia port 1, Matoto | **1 635** | **164** | **121** |
| 8 | CMC Ratoma | **1 354** | **124** | **285** |
| 16 | DREAM | **4 128** | **105** | **119** |
| 18 | Camp Almamy Samory | **375** | **24** | **2** |
| 19 | CS Wanindara | **1 369** | **23** | **14** |
| 3 | INSE | **373** | **15** | **0** |
| 29 | CS CBK | **71** | **15** | **0** |
| 6 | CMC Flamboyants | **1 612** | **3** | **0** |
| 12 | CS boulbinet | **21** | **2** | **2** |
|  | **Total Conakry** | **28 591** | **2 748** | **4 964** |

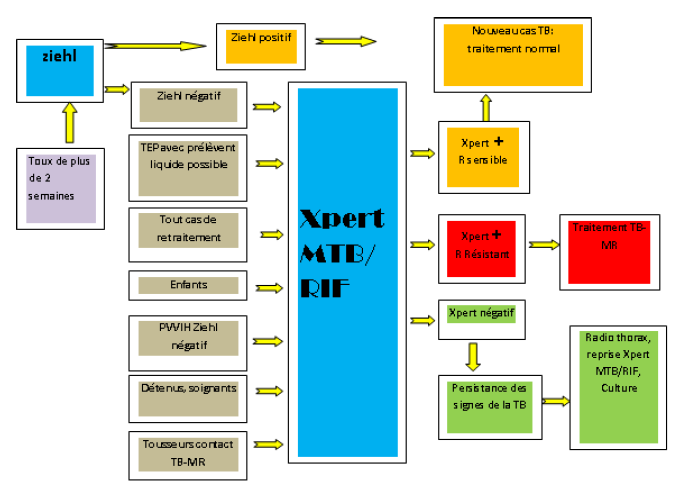
##### En dehors de Conakry

| **N°** | **Nom du sites** | **Régions** | **File active** | **CD-4** | **Charge. Vir** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 33 | Hôpital Régional Boké | Boké | **1 043** | **3 344** | **1 596** |
| 68 | Hôpital Régional Kankan | Kankan | **1 744** | **276** | **772** |
| 70 | Hôpital Préfectoral Siguiri | Kankan | **654** | **228** | **246** |
| 92 | CS Boola | N'Zérékoré | **1** | **225** | **0** |
| 47 | Hôpital Prefectoral Télémélé | Kindia | **221** | **172** | **0** |
| 84 | Hôpital Régional N'zérekoré | N'Zérékoré | **1 817** | **171** | **582** |
| 35 | CSA Kassopo | Boké | **600** | **138** | **83** |
| 78 | HP Macenta | N'Zérékoré | **8** | **107** | **0** |
| 62 | Hôpital Préfectoral Dalaba | Mamou | **13** | **55** | **0** |
| 63 | HR Labé | Labé | **1 689** | **52** | **130** |
| 89 | CSA Gouécké | N'Zérékoré | **53** | **52** | **0** |
| 45 | Hôpital Prefectoral Coyah | Kindia | **952** | **50** | **0** |
| 40 | CS Malapouya | Boké | **1** | **37** | **0** |
| 85 | CMCA/4ièmeRM | N'Zérékoré | **24** | **32** | **0** |
| 44 | Hôpital Régional Kindia | Kindia | **420** | **23** | **0** |
| 76 | Mission Philafricaine | N'Zérékoré | **1 121** | **16** | **1** |
| 42 | CS Koba | Boké | **0** | **15** | **0** |
| 54 | Hôpital Préfectoral Dinguiraye | Faranah | **90** | **15** | **0** |
| 37 | CS Saréboîdo | Boké | **35** | **10** | **0** |
| 58 | HP Pita | Mamou | **228** | **4** | **0** |
| 81 | HP Guéckédou | N'Zérékoré | **990** | **4** | **0** |
| 55 | HP Kissidougou | Faranah | **353** | **2** | **36** |
| 53 | Hôpital Préfectoral Dabola | Faranah | **221** | **2** | **0** |
| 73 | Hôpital Préfectoral Kérouané | Kankan | **32** | **2** | **0** |
|  | **TOTAL** |  | **44 603** | **7 780** | **8 487** |

### Examens de laboratoire – GeneXpert TB

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Lames utiles et inutiles** |
| **C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Laboratoire\20181011_112740.jpg** | **C:\Users\GOETZ\Pictures\02_Boke-Reduction effectif\Laboratoire\20181011_105922.jpg** |

#### Algorithme de diagnostic utilisant le test Xpert MTB/RIF



# 4. Constats terrain en détail

## 4.1 Gouvernance (DRS/DPS) - Santé communautaire

### Appui partenaires

| **No** | **Désignation** | **Boké** | **Boffa** | **Fria** | **Dubreka** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** | ***Partenaires DRS (PTF)*** | | |  |  |
| 1.1 | DRS Boké | Seulement récemment il avait réalisé que le FM finance des activités à travers d’autres partenaires, par exemple d’activités de supervision via UNICEF | | | |
| **Sociétés minières pas de soutient actuelle**   * Absence de conventions qui lie la société minière au DRS / DPS   **Recommandations :** S’inspirer de conventions d’autres zones minières en Guinée ou d’autres pays pour élaborer des conventions pour la région de Boké | | | |
| 1.2 | Sociétés minières - partenariat avec le secteur santé ? | **Sociétés minières de la région**   * (BAM) ? * Bele Air Mining (Alufer)   **Appui des société minières (partenariat avec le secteur santé) ?**   * Il y’a une conception que Boké ne nécessite pas tellement d’appuis parce qu’il se trouve dans une zone minière et reçoit l’appui des sociétés minières. * Boké effectivement reçoit moins d’appui de projets que d’autres régions, jusqu’à présent il n’y a aucune contribution, les services de santé ne sont pas impliqués * Collaboration est très limité   **L’existant**   * Commission mixte (habitat)   **Activités des services santé et d’activités chambre de mines pas intégrées**   * Services spécialisée (médicine de travail) * Activité des sensibilisation et dépistage volontaire (200 tests 2 cas positives) pendant qu’au niveau régional il y’avait rupture de tests de dépistage (avait les tests du niveau central), ont impliqué un membre de l’équipe cadre – pas de rapport de retour   **Recommandations**   * Signer un accord de partenariat, * Qu’on partage la demande et l’offre : leur centre de vaccination, disponibilité et dispensation de vaccins, Il faut qu’on sache quels sont leur disponibilité – qu’on comptabilise * Normes à respecter – dans un cadre de partenariat | | | |
| 1.3 | Verticalisa-tion approches programmes | **Remarques DRS/DPS – Verticalisation**   * « La verticalisation de ces programmes if faut qu’on en finisse », DPS Boffa. * « Eviter la verticalisation au maximum possible », DPS Dubreka * « Autant que possible éviter la verticalité », DRS Boké | | | |

### Réunions de concertation – Coordination des partenaires

| **No** | **Désignation** | **Boké** | **Boffa** | **Fria** | **Dubreka** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Réunions de concertation – Coordination des partenaires – partenariats société minières** | | | | |
| 2.1 | Coordination niveau central | **DNGELM - Direction Nationale des Grandes Endémies et de Lutte contre la Maladie**   * Tenue de la première réunion de la plateforme de concertation intra départementale des acteurs de lutte contre le VIH /Sida et la tuberculose | | | |
| **Boké :** Lors des comités Techniques Régionales de Santé (CTRS) 1 x par semestre la coordination des on fait la coordination des partenaires   * Aussi la mise en œuvre de la nouvelle politique santé communautaire est discuté   **Bulletin régional – épidémiologique :** Dans le passé financement par 1 bailleur réunions de rédaction (2 fois par mois), Représentants même au niveau des districts  **Est-ce qu’il existe une marge de manœuvre pour se coordonner au niveau opérationnel ?**   * D’une certaine façon pendant les CTRS, mais pas 100 % claire   **Les réunions de coordination nécessitent des financements d’externes (parrainage)**   * L’OMS nous permettait de nous réunir (ICI) * Comité BMN ? – revue trimestrielle   **Autre instrument de suivi utile / autres appuis**   * Contre monitorage, fait une différence significative * Appui à travers du BSD (SNIS) | | | |

### Fonctionnalité DPS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***3.*** | ***Fonctionnalité DPS*** | |  |  |
| 3.1 | Planification et Suivi : PAO 2018 disponible, Suivi PAO ? | * Les PAO sont élaborées (oct. 2017) après envoyé au DRS pour compilation qui les a soumis au niveau central * « Bottom up » - élaboration à partir de la base, au moment de la planification les DPS ne connaissaient pas la planification et les budget (lignes budgétaires) du niveau central des activités dans leur région/préfecture   + et pas suffisamment des PTF, même que les partenaires étaient parfois impliqué dans l’élaboration du PAO au niveau opérationnelle * « La suite c’est là où il y’a le problème, le suivi, « on a envoyé mais après rien » | | |
| 3.2 | *Programmes verticaux* | * Approche programme et projet – échec, chacun vient avec ses priorités * Partenaires n’ont pas la confiance - L’état est en situation de faiblesse * Très difficile – beau parler de l’alignement * Gros problèmes au niveau des programmes verticaux * Le ministère est fragmenté en mile et un programmes/projets * Quelque part on est en train de perdre des ressources * Chacun donne mais chaque partenaire vient avec ses procédures, ses outils, MS dit d’avoir ses propres procédures * Les DPS en souffrent beaucoup | | |
| ***Exemple paiement Orange money***  Récemment après une formation l’organisateur a déclaré payer avec Orange money, mais il n’avait pas encore versé à la fin de l’activité (DPS a dû prêter aux participants de sa préfecture l’argent de retour) | | |
| ***Solution proposée par le DPS de Dubreka***   * Faisable a une seule condition, d’élaborer le PAO de façon conjointe et opérationnel   + Exercice planification par district et programme   ***Recommandation***   * Regrouper les programmes, réduire la verticalisation * Il faut qu’on aille vers une harmonisation des procédures, pour que cela sera plus fluide (Manuel de procédures de l’état adapté) | | |
| 3.3 | Réunions mensuelles | **Croisement/triangulation des données programmatiques et logistiques**  **Recommandation**   * Plan/PNLAT ne pas introduire son propre jour de rencontre au niveau préfectoral - ajouter à la rencontre déjà existant, financer un deuxième jour | | |
| 3.4 | Supervision Intégré / Formatives | **Etat de lieu**   * Dans le passé supervision encore verticale * Actuellement partent 2 personnes (MCM - Médecin et chargé de maladie et ?) * Outils Palu très lourd (SIGL) – pharmacien pour superviser cette activité * Jusqu’à présent les partenaires clés se répartissent le financement des supervisions pendant l’année (Stopp Palu : 2, Unicef : 2) * Tout récemment PNLP – supervision mixte * Supervisions niveau central par exemple appui aux SNIS : Supervision trimestrielles, prise en charge de seulement une personne du niveau opérationnel     **Recommandations**  ***On a besoins plus de personnes et temps - pas faire supervision pour dire bonjour***   * Autant que possible éviter la verticalité * Au-delà des réunions mensuelles (vérification/ validation des données) – il faut visiter les structures de santé * Les différents programmes doivent se concerter comment combiner leurs ressources, Au moins qu’on inclut le pharmacien * Au moins 2 Superviseurs – pharmacien peut faire partie de l’équipe * Au moins de 3 personnes, par exemple inclure le directeur de microréalisations (M.A.T.D.), appart du chauffeur (autre MCM, SBC, Hygiene ?), variable –pharmacien, Gynecologe * « L’Intégration de la supervision coute plus de temps » -   + Supervisions intégrés formatives sont assez lourde – planifier plus de temps par structure – renforcement des équipes (éclater les taches par différents superviseurs - sinon c’est une déclaration hypocrite * Revoir les outils (canevas de supervision / rapportage)   **DPS Fria :** Appui Unicef/ Stopp Palu; Appui via compte DRS – viré à la DPS   * 2 personnes – Chaque 2 mois 6 jours (tout le tour des FS) – plus ou toutes orienté au commanditeur : Vaccination etc) | | |
| 3.5 | RH-Ressources Humaines | **Mesures de motivation et coercion**   * Former le personnel fonctionnaire (motiver et sanctionner) * Travailler sur des résultats (PPB) * Palier l’impunité du personnel de santé mécanismes de motivations et sanctions * « prestataire champion » | | |

### Santé communautaire

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***4.*** | ***Santé communautaire*** | |  |  |  |
| 4.1 | Etat de lieu (activités différents partenaires) | **Miscell. Commentaires**  ***Plusieurs partenaires qui appuient les mêmes RECO***   * Par programme des nombres différent (Palu : 15) Plan 20 * Ebola : 1 par secteur – par exemple 300 (d’autres prenaient 80 sur les 300 * Toutes les programmes n’avaient pas le même rythme * OIM a formé les RECO * Les RECO que AGil a recruté sont utilisé (une partie) * RECO multidisciplinaires (130 sur 463) * **DPS Fria****:** Tuberculose communautaire pas des AC avec AGIL (Fria ne fait pas partie des 20 préfectures enclavée d’EBOLA, VIH prévention – Fria est pris en compte (père éducateurs) | | | |
| 4.2 | Défis | * Transport de crachats reste un défi - question qui pèse lourde * PCMIE s’est réduit à la prise en charge du fièvre (Palu) * Comment organiser les compléments de formation ? | | | |
| 4.3 | Communes de convergence | * Boke : communes de convergence existent dans 2 préfectures (nbre jugé non suffisant Koba (Boffa) et Kamsa : grande pouvoir économique – mais aussi beaucoup de vulnérabilité (mines, pèche) * Paquet – 15 par CS, 180 RECO – 20 ASC (revue 8.10) * Comment la commune va les prendre en charge – on est en phase initiale, vraiment au début, mais sur une bonne voie * Partenaires qui intègrent les nouvelles directives ont commencé - formation PCME (PEV) prévu | | | |
| 4.4 | Rémunération | Just ’qu’à présent aucun RECO avec la rémunération recommandée de 440.000 (SMIG)  Rémunération dans le passé   * RTI donnait 100.000 * Transport 50.000 transport (réduction ½, maintenant arrêt * Surveillance à base communautaire : Rémunération pendant EBOLA : 240.000 / mois, + transport, formations   Effets secondaires   * Comme le principe de rémunération est établit (plus de volontariat) il est difficile ou impossible de motiver les RECO pour des activités non-rémunérées | | | |
| 4.5 | Contrats déjà signé avec MATD ? | * Avant les formations on devrait signer les contrats – validation des noms (89 + 9 AC communautaires) * Il n’y pas de RECO (même à Koba) qu’ils ont signé un contrat signé | | | |
| 4.6 | Réunions mensuelles des RECO | * Des réunions mensuelles des RECO avec les animateurs communautaires/superviseur au niveau CS sont organisé de façon routinière avec l’appui des ONG (INASCO) Unicef -partenaires appuyé par les animateurs superviseurs * Le transport et la restauration est pris en charge, réunion sont régulières, jugé très important | | | |
| 4.7 | Coordination d’activités | Recommandation   * Devrait être au niveau régional | | | |
| 4.8 | Recommen-dations | * DRS / DPS à suivre le processus de sélection des RECO * « Tous les vieux RECO on va les remplacer » | | | |
| 4.9 | Réflexions santé communau-taire | Réflexions autours de la nouvelle stratégie santé communautaire (Dubreka)  *Aller vers l’autonomisation ou prestation de services ?*   * Il faut qu’on sache ou on veut aller, demander – fasse attention sur l’approche –Plan Guinée forestière – ACS issue des écoles * Est-ce qu’on veut s’inspirer de l’exemple de l’Ethiopie / Ruanda ? * Ecole ASC à Nzérékoré – recruté et formé, les agents recrutés de cette école pour les postes dans la région, vont rester là-bas * Jusqu’à présent il n’existe pas un outil S +E sante communautaire (cadre de performance)   Recommandation   * Avant de définir le paquet mieux de travailler sur le profil des hommes * Examiner de près les expériences pilote pour tirer de leçons et adapter la stratégie | | | |

### Associations PVVIH

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***5.*** | ***Associations PVVIH*** | |  |  |
| 5.1 | **Information / Description** | ***Boké***  **Association Regap +**   * Association très actif, informé, Toute l’équipe présent à la rencontre * Relation avec OCASS : Health Focus OCASS-1 terminé, plus de primes   **Association REFIG**   * REFIG est ignoré à Boké, qu’on nous aide, pas de soutient | | |
| ***Boffa***  **Représentativité pas claire**   * Au lieu que toute l’équipe ou au moins des membres viennent à la rencontre seulement une dame âgée est venu   **Problème de fonctionnement de l’association**   * Révélé par le DPS * Personnes très âgées   Problèmes autour d’une moto dotée (carburant etc) | | |
| ***Fria***  **Réunion avec l’association S.E.F. avec 14 membres**   * Porte-parole et secrétaire administrative est en même temps Point Focal FMG * **Présidente :** Mme Fatoumata Kouyaté   **Création : 2008, Arrivé FEV, mise en place par FMG**   * Noyaux de 5 – 6 personnes, agrée * 60 membres * 140 OIV | | |
| ***Dubreka***   * Pas de rencontre. * Selon les informations du responsable projet OCASS de COFEL pas d’association actif | | |
| 5.2 | Problèmes principales | **Boké :** Pas de siège  **S.E.F. Fria** Jusqu’à 2016 logé avec siège à l’hôpital de Fria, délogé pour cause de rénovation, bâtiment abrite maintenant le laboratoire aussi délogé, aujourd’hui sans siège   * Rémunération prévue pour les médiateurs dans le cadre de la subvention PNLSH pas encore effectif | | |
|  | **Activités / Fonctionnalité** | | | |
| 5.3 | Activités de sensibilisation Associations PVVIH | Boké : Activités : Carnevale de sensibilisation, écoles professionnelles  Boffa : - 2 Médiateurs, Implication dans la recherche de perdue de vues  **S.E.F. Fria**   * Accompagnement psychosocial * CDT ; recherche de perdues de vues | | |
| 5.4 | AGR - Activités Génératrice de Revenues | **S.E.F. Fria**   * 4 hectare plantation (bien collectif de l’association * 2 essais de planter (mais, arachide, manguiers, Acajou, arachides) * pas tellement productif (pas viable) financement FMG via FEV - 2020 fin du financement) | | |
| 5.5 | Associations PVVIH – Activités / Fonctionnalité | **Fria :**  **Activités de sensibilisation et prévention VIH**   * Depuis le 9 mai il n’y a pas des réactifs de dépistage * Aimerions élargir les interventions au sous-préfectures (pas de soutien)   **Sources de financement des associations PVVIH**  Formulation de microprojets – sans réponses des bailleurs  MSF ne finance plus les associations, seulement les réseaux  Réseau Sidaction Fria - grâce à FMG, FEV finance le réseau, limité en temps  **Discussion autour la question – conseils**   * Mettre les activités dans un plan d’action (PAO) annuelle 2019, soumettre avec un rapport d’activités de l’année précédant aux différents bailleurs et réseaux (« les intentions il faut les matérialiser physiquement, pas seulement verbalement ») * Reference à AGIL comme ONG choisit par Plan SR pour la basse Guinée (TB et activités de prévention VIH/SIDA)   **Requête de l’association au missionnaires suivi stratégique**  ***Activités planifiés et prévus en décembre « mois de lutte contre le Sida » sans sources de financements :***   * Appuyer les associations PVVIH actives dans les préfectures de mettre en œuvre des activités des sensibilisation au VIH et d’encourager le dépistage volontaire | | |
| 5.6 | Difficultés dans les activités | * Problèmes en général : personnes illettrées, langues vernaculaires * Problème crucial : partage d’information, beaucoup de personnes ne sont pas informé * Taches des associations PVVIH : l’essentiel - faire en sorte que les populations acceptent de venir aux CS et se faire tester (exemples des PVVIH en bonne santé, exemples positives, sans peur) * Nous connaissons mieux que d’autres comment argumenter * « Aidez-nous – demain ça peut être vous - pour que la chaine sera coupé » * Voyage pour arriver au CDV/service PEC VIH 2 jours sur la mer (frontière avec la Guinée Bisssau) | | |
|  | **Qualité des services** | | | |
| 5.7 | Gratuité des Services ? | * Arrive parfois que les agents demandent de l’argent (ARV, autre), à faible %, par endroit (5 – 10 %) * Quand les gens ne connaissent pas * Mais l’association n’est pas vraiment en mesure de 100 % répondre à cette question comme le médiateur n’est pas présent quand l’annonce du résultat du test VIH est faite   **Dans le passé 2009 :**   * 60.000 pour la confection de document (ceux qui ne les avaient pas) * Forfait de 150.000 * Information avait été remonté à CNLS et résolu | | |
| 5.8 | Discrimination/ Stigmatisation / Confidentialité | **Doléances (S.E.F. Fria)**   * Détérioration de la situation de confidentialité depuis que l’association a dû quitter leur siège dans l’enceinte de l’hôpital (2016) * Avec le siège à l’hôpital les ordonnances routinières se renouvelaient au siège de l’association ou la confidentialité était d’une certaine façon protégée ? * Mais **lame à double tranchant :** en même temps le fait de se diriger vers ce local et être vue à la proximité, faisait l’association d’être PVVIH (siège était indexé) * **A l’heure actuel :** les PVVIH se mélangent (toute cause confondu) avec tous les autres clients des consultations externes, attendent leur tour (« vous attendez d’abord ») * Situation spéciale d’être infecté avec le VIH : maladie chronique avec des consultations fréquentes, sans nécessairement être malade * A la consultation « il y’a le mélange, la pagaille » même les stagiaires connaissent et dispensent, le personnel parle, ne prend pas suffisamment soin de garder la confidentialité et pourra donner des informations devant tout le monde, «on a tellement honte », « on en a marre » * Un membre S.E.R. sert de médiatrice dans le service PEC VIH, mais elle n’a pas d’espace pour parler en confidentialité, « cela lui manque cruellement »   **Solution intermédiaire trouvé :**   * Parfois la présidente collecte les ordonnances des membres, « elle s’en fous » pour chercher les ARV   **Proposition de solution :**   * Même si la prise en charge des PVVIH est mélangé avec les autres patients, qu’il y’a dans le service de dispensation un membre de l’association (à l’image du centre Dream ou un PVVIH dispensent les ARV à ces collègues) * Augmenter le nombre de médiatrices à 2 médiateurs, « qu’on lui donne une place, un endroit où elle peut s’assoir » * Recommencer la rémunération prévue | | |

## 4.2 Disponibilité intrants FM

**Triangulation des informations de différents sources d’origine PVVIH, Pharmacie Hôpital, DPS ; PEC VIH, CDT**

### ARV -Tests de dépistage

| **Nr** | **Source d’info** | **Boké** | **Boffa** | **Fria** | | **Dubreka** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Système gestion des ARV / Autres** | | | | | | |
| 1.1 |  | Mise à disposition outils de gestion VIH en sept. (pas encore en utilisation) | | | | | |
| 2. | **Disponibilité Intrants VIH de façon générale** | | | | | | |
| 2.1 | Association PVVIH | Boké : Des hauts et de bas, périodes où il y’avait des ruptures | | | | | |
| 2.2 | PEC VIH Boké | **Boké :** Suffisamment d’intrants   * Le pharmacien de l’hôpital est maintenant associé pour la gestion des intrants VIH * Commande et livraison au PCG ; réponse rapide, les quantités ne sont pas servis à 100 % | | | | | |
| 3. | **Intrants dépistage VIH (Determine – Bioline)** | | | | | | |
| 3.1 | Dépôt régionale Boké | * Détermine – en rupture (pas inclus dans la livraison) * Bioline suffisamment | | | | | |
| 3.2 | Tests dépistage VIH | Rupture Determine pour dépistage 2 – 3 mois  on les envoyait à l’hôpital régional (dépistage co-infection) | **CDT Boffa :** Détermine n’est pas de notre stock propre – après le counseling – CDV peut disponibiliser une petite quantité – CDT n’a jamais reçu de détermine propre | | **HP Fria Pharmacie :** Intrants tests de depistage pas en ruture (prerupture test de confimation –Bioline)  Disponibilité tests de dépistage 85 %  Prerupture Determine et (quantité insuffisante)  Tests pour 1 mois (appro récente PCG Boké)  FMG approvisionne en tests Dec. « mois SIDA | | Partout dans la préfecture il n’y avait pas de tests |
| 3.3 | PEC VIH Boké | Maintenant c’est corrigé (Bioline Determine) | | | | | |
| 3.4 | Association PVVIH | **Boké**   * Rupture très fréquent - facile de perdre de vue, si 2 x il n’y a pas d’intrants * Souvent aussi problème avec les tests de confirmation (Bioline) * Comment on peut faire des activités de sensibilisation, s’il n’y a pas de tests * On envoie à Kamsa pour les tests | | | | | |
| 3.5 | PEC Fria | * Campagnes de sensibilisation – intrants pas assez suffisant * « Même si on sensibilise – les tests ne suffisent pas » | | | | | |
| 4. | **Services PTME** | | | | | | |
| 4.1 | Dépôt régionale Boké | Détermine pas suffisamment pour dépister (PTME) | | | | | |
| 4.2 | PTME Boffa | * Envoie de DBS (Bioline) proche de la date de péremption | | | | | |
| Intrants dépistage insuffisant   * Seulement 50% des femmes sont testés * « On nous donne (1 plaquette) | | | | | |
| 4.3 | Dubreka | * Depuis 6 mois ruptures de tests de dépistage * Arrive seulement depuis 1 semaine (3 paquets = 300 tests | | | | | |
|  | **Nevirapine sirop (PEC enfants après la naissance justqu’a 6 semaines)** | | | | | | |
| 4.5 | Nevirapine sirop | **Service PEC Boké :** Nevirapine sirop pas disponible depuis un certain temps depuis Janvier 2018  **PTME Boffa :** Nevirapine en rupture permanent  **Pharmacie hôpital préfectoral Fria :** Nevirapine sirop – stock insuffisant, celui existant va périmer | | | | | |
| 5. | **ARV : Atripla – Duovir - Autres** | | | | | | |
| 5.1 | Dépôt régionaux | « On veut que le programme s’appesanti sur l’Atripla | | | | | |
| 5.2 | Association PVVIH | **Fria : *ARV en 2018 :*** 1iere rupture ; Atripla 1 mois, Duovir, Efavirenz 2 mois   * 2ieme rupture : Atripla 1 mois * Les patients sous Duovir pendant la période de rupture étaient mis sous Atripla : Quelques-unes des effets secondaires – ne pouvaient pas prendre : Fatigue générale, Vertiges | | | | | |
| 5.3 | PEC VIH Boké | * Depuis le début de l’année quelques temps ruptures d’Atripla (aussi Truvada) * Commande était fait – mais les quantités non-livrée * Envoient des ARV près de la date de péremption | | | | | |
| 5.4 | Hôpital préfectoral Fria | * Atripla actuellement – la plus consommé * 7 molécules dont on a besoin * Rupture d’Atripla 2 semaines de Atripla depuis 25.Sept * Rupture de Duovir | | | | | |
| 5.5 | PEC Dubreka | Atripla : 6 mois de rupture, revenue septembre 24 | | | | | |
| 6. | **Autre** | | | | | | |
| 6.1 | Dubreka | Pas de tests (bandelette pour les test d’hepatite) | | | | | |

### Antituberculeux

| **Nr** | **Source d’info** | **Boké** | **Boffa** | **Fria** | **Dubreka** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Disponibilité Intrants TB de façon générale** | | | | |
| 1.1 |  | Pas de ruptures | Pas eu de ruptures |  |  |
| 2. | **Système de Gestion antituberculeux** | | | | |
| 2.1 | Système Gestion | **Boffa**   * Système d’allocation – on nous prépare en décembre en soit prêt avec la consommation moyenne * On se mesure depuis Juillet * Le responsable TB souhaite avoir un cahier similaire du RUMER qui résume le total des sorties d’anti TB / jour | | | |

### Antipaludiques

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** | **Source d’info** | **Boké** | **Boffa** | **Fria** | **Dubreka** |
| **1.** | **Disponibilité d’intrants paludisme** | | | | |
| 1.1 | Commen-taires générales | **Boké**   * Suffisamment d’intrants * pas connue de ruptures, en injectables, en forme pédiatrique | | **Fria :** Suffisamment d’intrants toutes l’année   * Rupture en quinine 300 * Depuis 10 jours pas de TDR   **Pharmacie hopital :** Intrants de paludisme : bon | |
| 1.2 | Disponibilité anti-paludiques | **Dubreka *CSU Mafoudia – Agent CPC Paludisme***   * TDR seul qui manque – depuis début octobre, commande est partis pas la livraison * 2 centres qui m’aidaient avant avec des molécules n’est pas disponible – qu’on était en pré-rupture * On cherche toujours la goutte épaisse (cas suspect) il ne faut pas laisser partir sans confirmations * Toutes les autres formes sont disponibles * 2ieme 3ieme : ACT, première – référer à l’hôpital (palujet) * Suppositoire aux PS * Arthemeter pour le CS * Palujet (matin) et soir – pendant 3 Jours | | | |
| **Fria**   * Rupture temporaire de AL adulte (2 mois) dans toute la préfecture * Corrigée de façon palliative en utilisant les autres dosages | | | |
| **2.** | **Commentaire générales prise en charge paludisme** | | | | |
| 2.1 | Fria | * Abus d’injectables : quelque fois il y’a des difficultés, les agents sautent si les signes sont en fonction du palu grave – mais les chefs de service veillent à cela ; * Proposition locale – dotation pour les urgences – utilisation * Mesure de correction : minimiser les dotations * On n’utilise pas les suppositoires | | | |
| 2 .2 | CSU Mafoudia – Agent CPC Paludisme | **Dubreka**   * On cherche toujours la goutte épaisse (cas suspect) il ne faut pas laisser partir sans confirmations * Paludisme avancé : commence par ACT oral et on réfère à l’hôpital (Palujet matin et soir – pendant 3 jours) * Arthemeter pour le CS, Suppositoire aux PS | | | |
| 2.3 | Fria - PEC Paludisme | * Abus d’injectables : quelque fois il y’a des difficultés - les agents n’observent pas si les signes sont en fonction du palu grave – les chefs de service veillent à cela * Mesure locale : mis à disposition de l’artésunate pour les urgences – utilisation abusive * Mesure de correction : minimiser les dotations * On n’utilise pas les suppositoires | | | |

## 4.3 Suivi Biologique – Examens/système de laboratoire (VIH – TB)

| **Nr** | **Source d’info** | **Boké** | **Boffa** | | **Fria** | | **Dubreka** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Labo en générale (outils de gestion – approvisionnement en électricité et eau** | | | | | | | |
| 1.1 | Labo HP Fria | Outils gestion Intrants labo arrivé 10.10, pas encore en utilisation Installation   * Panneau solaire / 2 ans, pas suffisamment fonctionnel | | | | | | |
| 1.2 | Labo HP Boké | **Equipement de laboratoire pour le suivi biologique à Kamsa (Pas à Boké)**  **Laboratoire Boké -** Difficultés   * Depuis 2 mois pas d’examen CD-4 , avant 50 /mois * Problème calibration du PIMA * Pas de charge viral – pas d’appareil * Genexpert : inexistant, ont besoin   **Approvisionnement eau**   * Eau pas courante   **Approvisionnement électricité**   * Pendant la journée : 2 heures * Cela nous gêne dans le fonctionnement, il faut demander d’allumer le groupe qui coute chère   **Panneau solaires installation il y’a 2 ans**   * Puissance n’est pas suffisant, cela se décharge trop vite | | | | | | |
| **2.** | **Disponibilité appareils GeneXpert / Intrants (cartouches) VIH : Charge virale / TB / Détection Mycobacterium, Resistance Rifampicine** | | | | | | | |
| 2.1 |  | **Région Boké (HR Boke, HP Boffa, Fria) et HR Dubreka:** Inexistence GeneXpert, pas d’examens de charge virale et TB | | | | | | |
| 2.2 | Association PVVIH | * Pas d’examen de charge viral – pas d’appareil * Genexpert : n’existe pas - ont besoin | | | | | | |
| **3.** | **Disponibilité Appareils CD-4 (Pima) / Intrants (cartouches)** | | | | | | | |
| 3.1 | Examen CD-4 | BIT standard manquant pour calibrer le PIMA (depuis 2 mois), Avant ~ 50/mois | |  | | PIMA 2 – n’est plus utilisé (rupture cartouches)  Jusqu’à 2015 examens CD-4 | |  |
| 3.2 | Association PVVIH | Pas de suivi biologique à Boké : 2 mois sans CD-4 (50 /mois) – problème calibration du PIMA | | | | | | |
| 3.3 | Dépôt régionale Boké | Intrants CD-4 : ok | | | | | | |
| 3.4 | PF Stopp Palu conseillère Labo | Boké : Pre-rupture cartouches CD-4 | | | | | | |
| 3.5 | PEC VIH Boké | * Réactif de labo , cartouches CD-4 disponibles | | | | | | |
|  | HR Labo Fria | **Labo Fria :**  Compteur CD-4 : oui - rupture de cartouches  Pas de GeneXpert : pas de charge virale | | | | | | |
| **4.** | **Disponibilité autres intrants** | | | | | | | |
| 4.1 |  | **Fria : Prérupture** lame frottis tropicale, Crayons Yama | | | | | | |
|  | **Miscell.** | | | | | | | |
| 5.1 | Laboratoire HR Fria | **Appui partenaires**   * Labogui : appui en consommable, pas de tests, projet de rénovation, contrôle de qualité * Stopp Palu – resp. Labo : lames, réactifs labo palu, contrôle de qualité – « comment faire le travail » * Outils de gestion laboratoire arrivée, hier – pas encore en utilisation * « A partir d’un certain moment par exemple samedi on va rentrer les données » * Importance de faire CD4, quand c’est chuté c’est difficile de remonter * Un microscope en bonne état (il fait tout) don de Unicef, rassemblé les parts de 2 pièces qui n’étaient pas en bonne état. | | | | | | |

## 4.4 Prise en charge VIH

### Qualité de soins

| **No** | **Désignation** | **Boké** | **Boffa** | **Fria** | **Dubreka** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Qualité de soins (Accompagnement psychosocial, autre ..)** | | | | |
| 1.1 | Association PVVIH | L’implication des personnes ressources et des médiateurs de l’association PVVIH est crucial comme le problème VIH est délicat   * Sont pour les personnes infectées un repère un soutien important * Avec eux il y’a la complicité * Démontrer en exemple qu’il est possible de vivre avec la maladie et qu’avec le traitement la santé peut être ré-établit (avant – après) | | | |
| **Boké :** Médiateur de l’association PVVH a suivi une formation de 3 semaines formation   * Pour le médiateur la tâche n’est pas facile   Médiateur n’est pas présent quand l’annonce du résultat est faite | | | |
| 1.2 | PEC BOFFA | * Estimation des besoins : On n’a pas tenu compte d l’affluence (nombre de personnes) à nouvellement inclure dans la file active /mois * Agent formé de counseling   **Stratégie avancée**  Hôpital : 4 personnes  ONG qui nous aide dans le suivi | | | |
| 1.3 | Défaut de protection status séropositivité / manque de confidentiali-té /circuit de malade | **Doléances l’association PVVIH S.E.F. Fria**   * Détérioration de la situation de confidentialité depuis que l’association a dû quitter leur siège dans l’enceinte de l’hôpital (2016) ; * Avec le siège à l’hôpital les ordonnances routinières se renouvelaient au siège de l’association ou la confidentialité était d’une certaine façon protégée ; * Mais **lame à double tranchant :** en même temps le fait de se diriger vers ce local et être vue à la proximité, faisait l’association d’être PVVIH (siège était indexé) ;   **Proposition de solution par S.E.F:**   * Même si la prise en charge des PVVIH est mélangé avec les autres patients, qu’il y’a dans le service de dispensation un membre de l’association (à l’image du centre Dream ou un PVVIH dispensent les ARV à ces collègues)   Augmenter le nombre de médiatrices à 2 médiateurs, « qu’on lui donne une place, un endroit où elle peut s’assoir » | | | |
| 1.4 | Dépistage conjoints | De façon générale ne se pose pas tellement pour le sites PEC, plus un problème pour les sites PTME | | | |
| Boffa service PEC : Conjoints - Comment amener les conjoints au dépistage ?  C’est tout un problème, Ils n’aiment pas – sauf les intellectuels – les pécheurs – il n’ont même pas le temps d’accompagner leurs conjointes/épouses (BOFFA) | | | |

### Activités Dépistage volontaire (CDV et autres HR/HP) – activités Associations

| **No** | **Désignation** | **Boké** | **Boffa** | **Fria** | **Dubreka** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** | ***Activités Dépistage volontaire (CDV et autres HR/HP) – activités Associations*** | | | | |
| 1 .1 | Activités PR/SR/SSR autres acteurs | * **Sensibilisation :** Même si on sensibilise – les tests ne suffisent pas, le nombre de tests est insuffisant * Activités prévues pour décembre FMG mois de VIH : approvisionnement séparé avec intrants de dépistage | | | |

### PTME – Centres intégrées

| **No** | **Désignation** | **Boké** | **Boffa** | **Fria** | **Dubreka** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 | PTME Boffa | * Toutes les enfants pour lesquels on a fait le dépistage se sont révélé négatif * Premier jour on donne aussi les ARV * Les résultats c’est obligatoire * 30 – 40 minutes temps de consultation par patiente * Quand tu sensibilise très bien, il y’a des bonnes possibilités de les convaincre de se faire tester * On donne 1 mois de traitement | | | |
| 1.2 | Confiden-tialité | **Dubreka**: les stagiaires ne sont pas permis d’assister aux consultations PTME par soin de protéger le statut sérologique des femmes (pour ne pas atteindre à la confidentialité (service spéciale) | | | |
| 1.3 | Problème des conjoints | * **Fria :** Ne veulent pas leur partenaire soit en courant (Hommes – femmes) – quelques-uns sont informé, mais c’est rare (estimation : 5 % seulement) * Service a essayé de faire venir les conjoints * Réflexion si cela ne devrait pas d’être prescrit par la loi parce que le refus favorise la propagation de la malade * Mais quelles dispositions à prendre ? (Stratégies pour convaincre les conjoints de se faire tester, aussi en termes d’égalité de genre – réduire la propagation du VIH) | | | |
| 1.4 | PTME Dubreka | Rare que les femmes viennent avec leur mai, en estimation max. 10 % des femmes testés positives amènent leur mari | | | |
| * Peur de relever leur statut * Elle dit – il ne faut pas dire à mon mari   **Serodiscordance (femme positive – homme –ve)**   * Invite – donnes des conseils – on ne dit pas – sans qu’il soit en courant – sinon c’est le divorce   **Recherche perdue de vue :** Appeler s’ils ne viennent pas | | | |
| 1.5 | Pistes de solutions | **PTME Boffa**   * L’invitation de conjoints /maris * Crainte fondamentale d’être rejeté – abandonnée * Des fois il y’a des femmes qui viennent avec leur mari pour la CPN, dans ca on fait le test de dépistage, 4 couples sont suivi * Chaque homme accompagnant de sa femme doit faire le test * « Tous les malades doivent connaitre leur statut » | | | |
| 1.6 | VBG – Violence basé sur le genre | VBG : Principalement Vol   * 3 depuis janvier (6 ans / 4 an), plus d’hommes de l’extérieur * Ne pas dire à la police – à eux de voire – parents sont informé. | | | |

## Prise en charge TB

### Qualité PEC TB - Suivi

|  |  | **Boké** | **Boffa** | **Fria** | **Dubreka** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Qualité PEC TB – Suivi** | | | | |
| 1.1 | Sensibilisation/ information sur le TB  Recherche perdue de vue (ONG’s) | **Boké**   * AC par CS / TB Tournée foraine / ailleurs * Envoyer – Forfait * Carte Nimba – carburant – centres doivent acheminer * 97 de 600 communes * Boite de transport : n’a pas été valide   **Problèmes perdus de vue**   * Patients qui sont loin – par exemple qui ont dans les iles : 3 cas * On donne tout – venir – on lance les AC - on fait le DOTs (chaque 2 mois) ils viennent pour les contrôles | | | |
| **CDT Boffa**   * Nous sensibilisons avec l’appui du CDV * Ceux dépisté avec la co-infection on ne dit pas seulement de partir – nous accompagnons rendez vous   **Malades de Koukoudés (port 65 km) parti avec l’action Damien, Sierro léonais (la rencontre de tout le monde) -sur la cote préfecture de Boffa (pas bel AIR)**   * Les pêcheurs suivent le poisson * Emploi d’une stratégie adapté avec les pécheurs : * On donne 2 mois de traitement * Médicaments sont gères par le chef du centre le plus proche * Les AC vérifient les plaquettes vides que les patients doivent rendre avant d’être réapprovisionnée | | | |
| 1.2 | Système Transport des échantillons | Dubreka : Il n’y avait un système de transport de crachats – ont ouvert un centre à Tanene (font des crachats - Les CS envoyait de crachats justq’au 2015) | | | |
| 1.3 | Implication RECO TB | * BOFFA : RECO TB sont d’une grande utilité. Vraiment jouent leur rôle, * Stopp Palu 15 dispose de 15 RECO, les 5 TB sont parmi les 15 | | | |
| 1.4 | DOTS | * Boffa : CDT – 14 – DOTS moto * Réceptacles de transport de crachats * Plaidoyer –auprès de syndicats * Moto l’agent relanceur * La ou le transport n’est pas aussi fluide * CDT Test crachats par mois : 50 (35 sont de l’extérieur) * Mois je 4 suspect – téléphone * Récepteur 12 / Glacière | | | |
| 1.5 | PAO Plan | Stratégie Plan : Envoyer – Forfait, Carte Nimba – carburant – centres doivent acheminer  97 de 600 CS sont ciblés. Boite de transport : n’a pas été valide  20 communes enclavé frappé par EBOLA – (5 – 7) – Plan paie 450.000 | | | |
| 1.6 | CDT Fria | Difficultés : la dispensation des médicaments – ceux qui vivent loin (ne doivent pas avoir des médicaments Plus que 5 jours – ne peuvent pas donner)   * Service n’a pas d’agent de relance – DOTS communautaire ne se fait pas * Labo CDT : insuffisance de personnel ; Une seule personne, si elle est en déplacement/absente - patients doivent partir et revenir plus tard * Supervision régulière – MCM, au niveau régional – réunion de retro-information sont régulière | | | |

1. \* les chiffres ESCOM 2017 sur la réalisation d’un test VIH ne concorde pas avec MICS et CAP GIZ [↑](#footnote-ref-1)