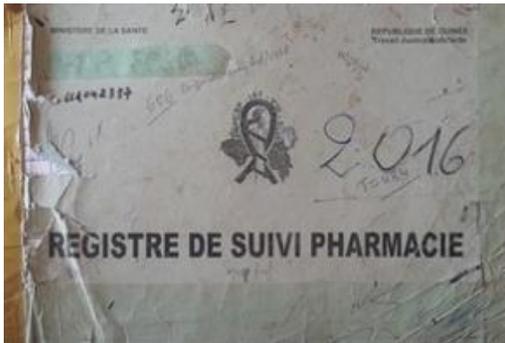


Annexe -1 Rapport Mission Suivi stratégique préfectures Boke, Boffa, Fria, Dubreka, 8 – 12.10 2018



RAPPORT MENSUEL D'ETAT DE STOCK ET DES REGIMES THERAPEUTIQUES									
Code	Libellé	Quantité	Unité	Statut	Observations	Remarque	Signature	Date	Remarque
101	Aspirine 100 mg	1000	mg	OK					
102	Paracétamol 500 mg	2000	mg	OK					
103	Amoxicilline 250 mg	1000	mg	OK					
104	Amoxicilline 500 mg	1000	mg	OK					
105	Amoxicilline 875 mg	1000	mg	OK					
106	Amoxicilline 1000 mg	1000	mg	OK					
107	Amoxicilline 1500 mg	1000	mg	OK					
108	Amoxicilline 2000 mg	1000	mg	OK					
109	Amoxicilline 2500 mg	1000	mg	OK					
110	Amoxicilline 3000 mg	1000	mg	OK					
111	Amoxicilline 3500 mg	1000	mg	OK					
112	Amoxicilline 4000 mg	1000	mg	OK					
113	Amoxicilline 4500 mg	1000	mg	OK					
114	Amoxicilline 5000 mg	1000	mg	OK					
115	Amoxicilline 5500 mg	1000	mg	OK					
116	Amoxicilline 6000 mg	1000	mg	OK					
117	Amoxicilline 6500 mg	1000	mg	OK					
118	Amoxicilline 7000 mg	1000	mg	OK					
119	Amoxicilline 7500 mg	1000	mg	OK					
120	Amoxicilline 8000 mg	1000	mg	OK					
121	Amoxicilline 8500 mg	1000	mg	OK					
122	Amoxicilline 9000 mg	1000	mg	OK					
123	Amoxicilline 9500 mg	1000	mg	OK					
124	Amoxicilline 10000 mg	1000	mg	OK					
125	Amoxicilline 10500 mg	1000	mg	OK					
126	Amoxicilline 11000 mg	1000	mg	OK					
127	Amoxicilline 11500 mg	1000	mg	OK					
128	Amoxicilline 12000 mg	1000	mg	OK					
129	Amoxicilline 12500 mg	1000	mg	OK					
130	Amoxicilline 13000 mg	1000	mg	OK					
131	Amoxicilline 13500 mg	1000	mg	OK					
132	Amoxicilline 14000 mg	1000	mg	OK					
133	Amoxicilline 14500 mg	1000	mg	OK					
134	Amoxicilline 15000 mg	1000	mg	OK					
135	Amoxicilline 15500 mg	1000	mg	OK					
136	Amoxicilline 16000 mg	1000	mg	OK					
137	Amoxicilline 16500 mg	1000	mg	OK					
138	Amoxicilline 17000 mg	1000	mg	OK					
139	Amoxicilline 17500 mg	1000	mg	OK					
140	Amoxicilline 18000 mg	1000	mg	OK					
141	Amoxicilline 18500 mg	1000	mg	OK					
142	Amoxicilline 19000 mg	1000	mg	OK					
143	Amoxicilline 19500 mg	1000	mg	OK					
144	Amoxicilline 20000 mg	1000	mg	OK					
145	Amoxicilline 20500 mg	1000	mg	OK					
146	Amoxicilline 21000 mg	1000	mg	OK					
147	Amoxicilline 21500 mg	1000	mg	OK					
148	Amoxicilline 22000 mg	1000	mg	OK					
149	Amoxicilline 22500 mg	1000	mg	OK					
150	Amoxicilline 23000 mg	1000	mg	OK					
151	Amoxicilline 23500 mg	1000	mg	OK					
152	Amoxicilline 24000 mg	1000	mg	OK					
153	Amoxicilline 24500 mg	1000	mg	OK					
154	Amoxicilline 25000 mg	1000	mg	OK					
155	Amoxicilline 25500 mg	1000	mg	OK					
156	Amoxicilline 26000 mg	1000	mg	OK					
157	Amoxicilline 26500 mg	1000	mg	OK					
158	Amoxicilline 27000 mg	1000	mg	OK					
159	Amoxicilline 27500 mg	1000	mg	OK					
160	Amoxicilline 28000 mg	1000	mg	OK					
161	Amoxicilline 28500 mg	1000	mg	OK					
162	Amoxicilline 29000 mg	1000	mg	OK					
163	Amoxicilline 29500 mg	1000	mg	OK					
164	Amoxicilline 30000 mg	1000	mg	OK					
165	Amoxicilline 30500 mg	1000	mg	OK					
166	Amoxicilline 31000 mg	1000	mg	OK					
167	Amoxicilline 31500 mg	1000	mg	OK					
168	Amoxicilline 32000 mg	1000	mg	OK					
169	Amoxicilline 32500 mg	1000	mg	OK					
170	Amoxicilline 33000 mg	1000	mg	OK					
171	Amoxicilline 33500 mg	1000	mg	OK					
172	Amoxicilline 34000 mg	1000	mg	OK					
173	Amoxicilline 34500 mg	1000	mg	OK					
174	Amoxicilline 35000 mg	1000	mg	OK					
175	Amoxicilline 35500 mg	1000	mg	OK					
176	Amoxicilline 36000 mg	1000	mg	OK					
177	Amoxicilline 36500 mg	1000	mg	OK					
178	Amoxicilline 37000 mg	1000	mg	OK					
179	Amoxicilline 37500 mg	1000	mg	OK					
180	Amoxicilline 38000 mg	1000	mg	OK					
181	Amoxicilline 38500 mg	1000	mg	OK					
182	Amoxicilline 39000 mg	1000	mg	OK					
183	Amoxicilline 39500 mg	1000	mg	OK					
184	Amoxicilline 40000 mg	1000	mg	OK					
185	Amoxicilline 40500 mg	1000	mg	OK					
186	Amoxicilline 41000 mg	1000	mg	OK					
187	Amoxicilline 41500 mg	1000	mg	OK					
188	Amoxicilline 42000 mg	1000	mg	OK					
189	Amoxicilline 42500 mg	1000	mg	OK					
190	Amoxicilline 43000 mg	1000	mg	OK					
191	Amoxicilline 43500 mg	1000	mg	OK					
192	Amoxicilline 44000 mg	1000	mg	OK					
193	Amoxicilline 44500 mg	1000	mg	OK					
194	Amoxicilline 45000 mg	1000	mg	OK					
195	Amoxicilline 45500 mg	1000	mg	OK					
196	Amoxicilline 46000 mg	1000	mg	OK					
197	Amoxicilline 46500 mg	1000	mg	OK					
198	Amoxicilline 47000 mg	1000	mg	OK					
199	Amoxicilline 47500 mg	1000	mg	OK					
200	Amoxicilline 48000 mg	1000	mg	OK					

Table de matière

Prologue déplacé.....	3
Abréviations	4
1. Coordonnées Interlocuteurs Boké-Boffa-Fria-Dubreka.....	6
2. Documents de référence	10
3. Parties délocalisées du rapport principale.....	11
3.1 Méthodologie.....	11
3.2 Informations générales sur la Guinée - Cartographie	12
3.3 Informations subventions.....	13
3.4 Gouvernance (DRS/DPS).....	15
3.5 Subvention VIH	17
3.6 Subvention TB	29
3.7 Subvention Paludisme	30
3.8 Gestion Financière	30
3.9 Gestion des Intrants (GAS).....	33
4. Constats terrain en détail.....	42
4.1 Gouvernance (DRS/DPS) - Santé communautaire.....	42
4.2 Disponibilité intrants FM.....	49
4.3 Suivi Biologique – Examens/système de laboratoire (VIH – TB).....	52
4.4 Prise en charge VIH.....	53
4.5 Prise en charge TB	55

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 échanges 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
MASPF	: 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)

1. 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
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
1.4	Dr. Mohamed Sitan KEITA	Coordinateur Regional Boké Stoppalu/USAID Guinée/RTI)	622 446 633 664 445 633	mskeita@rti.org Skype: medsit44
1.5	Dr. SOUMAH, Moussa	Conseiller Technique Régional (Chemonics)	620 317 229	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
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
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'entretien – 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
3.2	BANGOURA, Djibril	DPS/ Santé scolaire	622 41 83 68	Djibrilbangoura374@gmail.com
3.3	TENKIANO, Daniel	DPS / PF SR	628 97 17 81	Danieltenkiano71@gmail.com
3.4	Dr. BANGOURA Alsenyou	DPS / Pharmacien	620 633 430	alsenyousumanebangouma@gmail.com

No.	Nom	Structure/Fonction	Téléphone	E-mail
3.5	CAMARA Fodé Mohamed	DPS / SAF	620 75 25 89	Wafoulaz@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
3.8	Dr. TRAORE, Balla	DPS	628141060	Traoreballa49@gmail.com
3.9	Dr. Charles Keamou	DPS /PF	628 14 10 60	Keamouthea11@gmail.com
3.10	Dr. TOURE, Saidouba	DPS / MCM	622 69 91 98	saidoubatourebs@gmail.com
3.11	BARRY Aissatou	RTI / PF	620 677 426	abany@rti.org
4.	DPS Fria			
4.1	Dr. SOUMAH, Kalidou	DPS Fria	664 53 10 83 622 27 93 00	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
5.	DPS Dubreka			
5.1	Dr. CISSE, Fodé	DPS Dubreka	628 53 03 52	Cisefode74@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
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
6.5	BALAMOU, Pépé	HRB Surveillant	622 80 25 39	Balamoupepe15@gmail.com
6.6	Mr. DIALLO, El Salamana	HPB / Med Chef	622 69 61 19	Slamanadiallo2014@gmail.com
6.7	Hr. KOLIE K. Isaak	Hopital Boffa	621 70 10 73	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
7.2	Dr. DOUKINE, Ramata	HPF / Resp. Laboratoire	620 24 97 28	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
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
8.4	YAKHOUBA, Tambassa	HP / Interne	657 50 71 35	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
9.	CSU / CDT Dubreka Mafoudia			
9.1	CAMARA, Saematou	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
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
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	boctninycompare@gmail.com
12.2	CAMARA, Rodolphe	Marnoussou / vice-président	664 63 22 19	rodolphecamaraboke@gmail.com
12.3	DIALLO, Mariam	REFIG / présidente	622 21 62 41	diallomariam@gmail.com
13.	Boffa			
13.1	SOUMAH, Yousseuf	CAM / animateur	628 78 86 12	Yousseufhawa98@gmail.com
13.2	DIALLO, Aboubacar	CAM / animateur	622 74 99 63	Boubaboffa80@gmail.com
13.3	NANAMOU, Keolen Roger	CAM / animateur	621 19 68 11	Kewilnanamou94@gmail.com
14.	Fria			
14.1	KOUYATE, Fatoumata	SEF / Présidente	624 10 42 26	
14.2	CHAIFERA, Mohamed	SEF Admin.	620 2555 81 628 93 50 50	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
	Mr. SODJINOUE Joel Gnonso	Directeur Adjoint Programme de la subvention FM	625050671	JoelGnonso.SODJINOUE@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

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
9	Dr Kaman Isaac	KOLIE	DHP	Boffa	621 701 073	kolieisaac50@gmail.com
10	Dr Balla	TRAORE	DPS	Boffa	628 312 099	traoreballa49@gmail.com
11	Dr Sékou Amed Tidiane	BARRY	DG /HR	Boké	664 784 642	barrysatib@yahoo.fr
12	Dr Solange	KAMANO	DPS	Boké	664 595 707	
13	Dr Ousmane	YATTARA	DPS	Coyah	622 296 657	ousmanyat@yahoo.fr

N°	Prénoms et Nom	Titre et Adresse			Contact	
					N° Téléphone	E-mail
16	Dr Sékou	BAKAYOKO	DH/	Dubreka	623 205 489	sekoubakayoko7@gmail.com
18	Dr Sékouba	CAMARA	DH/HP	Fria	622 337 006	casekouba@yahoo.fr
59	Dr Mamadou Diouhé	BARRY	DRS Boké		628353091	diouheyaye2000@yahoo.fr
61	Dr Sékou Ahmed Tidiane	BARRY	DG-HR Boké		664 784 642 628 581 358	barrysatib@yahoo.fr

N°	Nom et Prénoms	Préfectures/ Région	Fonction	Adresse Mail	Téléphone
7	Dr Finda solange Kamano	Boké	DPS	kfindasolange@gmail.com	664 595 707
8	Dr Balla Traore	Boffa	DPS	traoreballa49@gmail.com	664 562 993
9	Dr Barry Ahmadou	Fria	DPS	barryahmadou62@gmail.com	666 972 030
16	Dr Mamadou Diouhe Barry	Boke	DRS	diouheyaye2000@yahoo.fr	628 353 091
26	Dr Fode Cisse	Dubreka	DPS	cisfefode74@yahoo.fr	628 530 352
51	Dr Kalidou Soumah	Fria	DPS	kalidousoumah53@gmail.com	664531083

2. 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)

3. 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 testées 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

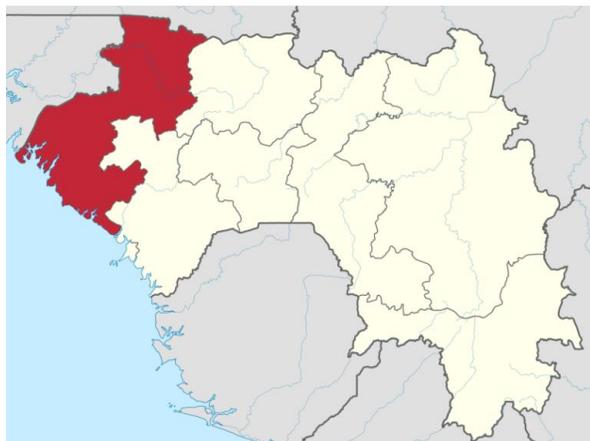
Guinée

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



3.3 Informations subventions

Information générales subvention

Tableau financier des 4 nouvelles subventions (2018 – 2020)

S-1 2018 (Janv. - Juin 2018)							Partie Budget SR du Total
Maladie	VIH/Sida (Prise en charge)	Tuberculose - VIH/SIDA (volet prévention)	Paludisme	RSS (Santé communautaire)	Total / %		
Réципиентаire 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
<i>Pourcentage du total</i>	<i>31%</i>	<i>13%</i>	<i>53%</i>	<i>3%</i>			<i>20%</i>
Date signature PR/FM	14.03.2018	29.01.2018	2 017	<i>pas encore signé</i>			
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
<i>Taux d'absorption S-1</i>	<i>100,7%</i>	<i>64%</i>	<i>51%</i>			<i>72%</i>	<i>27%</i>
<i>% du total (2018-20)</i>	<i>4,4%</i>	<i>8,4%</i>	<i>7,1%</i>			<i>7%</i>	<i>4,7%</i>
<i>Contrepartie d'état</i>	<i>15 % = 16.050.000 Dollars</i>						

Partenaires de mise en œuvre

Maladie	Paludisme	Tuberculose	VIH/Sida (volet communautaire)	VIH/SIDA (Prise en charge)	RSS
Réциpiendaire principal	CRS	Plan International	Plan International	PNPCSP	MS
Sous-réциpiendaires	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-réциpiendaires: PNLN - 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

Désignation		Budget total	% du Total	Date signature PR/SR
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	

3.4 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 tâche 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 PNL/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 discordances entre les PAO élaboré au niveau opérationnelle sans connaissances de la planification et des budgets alloués 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

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*

3.5 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 1^{ère} 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 enregistré 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

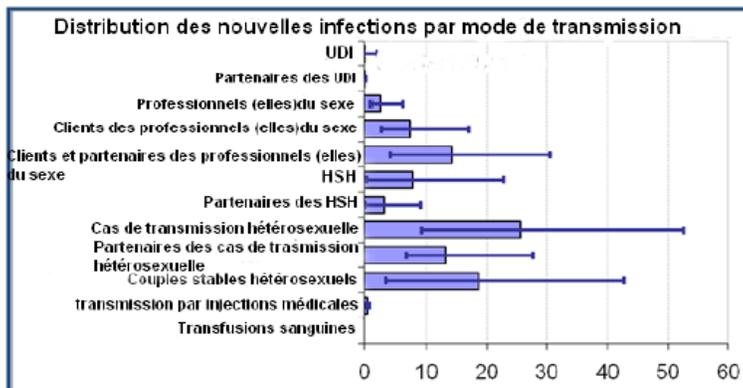
Les sites de prise en charge qui ont le plus de Patients sont principalement à Conakry et quelques hôpitaux préfectoraux.

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 à 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*

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 %).

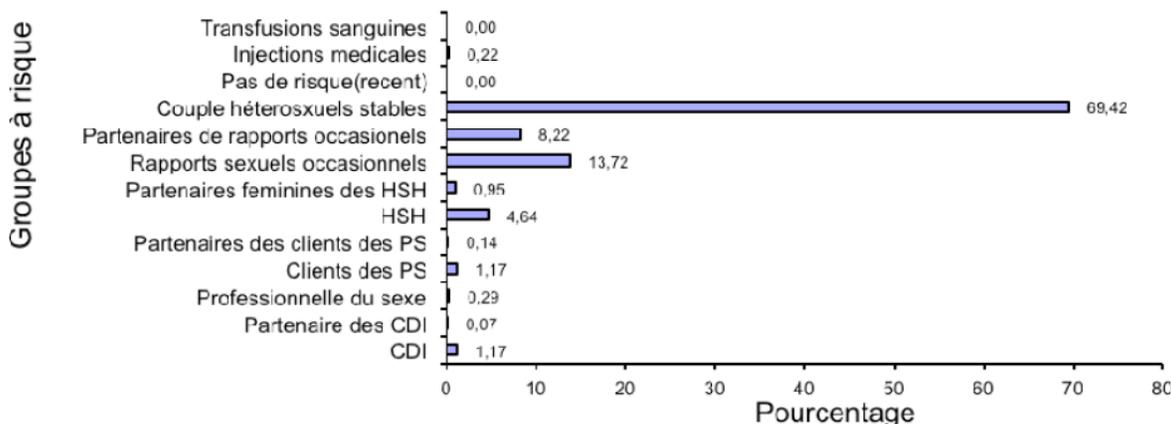
Les nouvelles infections des HSH et de leurs partenaires s’élève à 12 %. Les résultats des estimations de 2012 indiquent que l’épidémie se propage essentiellement parmi les populations liées à la prostitution (professionnelles du sexe, leurs clients et les partenaires de leurs clients) et parmi celles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

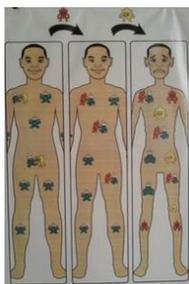


Source : rapport de situation sur la riposte nationale à l’épidémie de VIH/SIDA Sénégal : 2012-2013

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



Avec la prise régulière des ARV une vie normale est possible



Messages par graphique plus faciles à comprendre

Autres commentaires Association PVIH 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 soin 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 1^{ère} semestre 2016 (Janv. – Juin 2018)

189 756 femmes enceintes (1^{ère} 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 testées positives.

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

⇒ Pour encore plus des détails voir « Rapport de l'atelier trimestriel comité de suivi stratégique de l'ICN – PR-Programmes nationaux du 20 juillet 2018 à 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 pêcheurs – 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 mari, en estimation max. 10 % des femmes testées 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 informés, 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 (σ^{+ve} / φ^{-ve})

L'inverse le sero-disconcordance (σ^{+ve} / φ^{-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 1^{ère} test peut encore être -ve.

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

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

- 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 maladie ;
- 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 <ul style="list-style-type: none">- 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 ; <ul style="list-style-type: none">- 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
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<i>Couverture nationale : Conakry 7 régions administratives. Groupes cibles primaires (GCP) et secondaires dans l'entourage des GCP. Echantillon : 7 701 ajusté</i>		
MICS 2016	<i>Couvertures nationale milieu urbain, rural : Conakry, Boké, Kindia, Labé, Mamou, Faranah, Kankan et N°Zérékoré. Echantillon total de 8 400 ménages.</i>		
Etude CAP GIZ 2017	<i>1.600 femmes en âge de procréer et 1.600 jeunes entre 15 et 24 ans (Faranah, Mamou, Labé, Kindia)</i>		
1. Prévalence VIH			
ESCOM 2017 : Prévalence VIH %	ESCOM 2017 : Jeunes : 0,7 %, PS : 10,7, Routiers : 2,3, Pêcheurs : 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	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 %		

¹ * les chiffres ESCOM 2017 sur la réalisation d'un test VIH ne concorde pas avec MICS et CAP GIZ

Indicateur	ESCOM 2017	MICS 2016	Etude CAP GIZ 2017
	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 bienveillantes 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 actives âgées de 15-24 ans ayant 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 :		

Indicateur	ESCOM 2017	MICS 2016	Etude CAP GIZ 2017
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 <u>au cours des 12 derniers mois</u>)	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	<ul style="list-style-type: none"> - 21% des jeunes qui disaient connaître 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 1^{er} go 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	Opportunités
<ul style="list-style-type: none">- 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.	<ul style="list-style-type: none">- Il existe de nombreuses nouvelles possibilités d'élargir l'accès au dépistage du VIH.<ul style="list-style-type: none">▪ 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 PNLISH : 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 PNLISH, 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 64,00 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
<ul style="list-style-type: none"> - Augmentera le taux des dépistages et le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique - Créera un environnement plus propice pour réduire la stigmatisation 	<ul style="list-style-type: none"> - 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

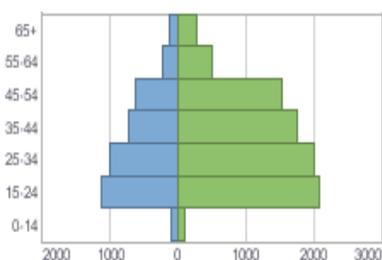
3.6 Subvention TB

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 diagnostiqués 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% ;



who_hq_reports-g2
-prod-ext-tbcountry

⇒ Voir 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.

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

3.7 Subvention Paludisme

Qualité de soins

Sur-prescription injectables

Double diagnostic (TDR et goutte épaisse)

PCIME fièvre au niveau communautaire

A explorer lors de la prochaine mission terrain

3.8 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 y a une prestataire du DPS qui est habituellement sollicitée 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 12 Trimestres de la dernière subvention (CNLS) on était seulement g 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 PNL (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 couverts 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



L'organisme aura un accès web sur la plateforme (login et mot de passe) qui lui permettra de créer les différents utilisateurs qui effectueront les paiements avec une possibilité de créer différents profils de partage des tâches en fonction des besoins de l'organisme. Cet accès lui permettra aussi d'avoir les rapports hebdo ou mensuels générés

Relevé de vos opérations

Application : Orange Money
 Réseau : GuinéeConakry Network
 Début de Période : 01/03/2019
 Fin de Période : 30/09/2019
 Compte Orange Money : 028XXXXXX (Tête de réseau)
 Contact chez le client : Employeur (Non du payeur) - Conakry

Statut du paiement (Echec ou succès)
 Type de paiement (paiement en masse)
 Numéro de téléphone du Bénéficiaire
 Montant payé

N°	Date	Référence	Opération	N° du Correspondant	Montant (GNF)	Commission	Sous Dist	Commission super dist
Statut transactions					160668			
Solde initial					8 000 000			
Solde final					17 796 000			
1	14/09/2019 13:01:19	ER140914 1301 A00001	Bank Payments	628xxxxx	200 000	0,00		0,00
2	14/09/2019 13:01:20	ER140914 1301 A00002	Bank Payments	628xxxxx	200 000	0,00		0,00
3	14/09/2019 13:01:20	ER140914 1301 A00003	Bank Payments	628xxxxx	2 000 000	0,00		0,00
4	14/09/2019 16:23:36	ER140914 1623 R00001	Bank Payments	628xxxxx	2 500 000	0,00		0,00
5	14/09/2019 16:23:36	ER140914 1623 R00002	Bank Payments	628xxxxx	500 000	0,00		0,00
6	14/09/2019 16:23:37	ER140914 1623 R00003	Bank Payments	628xxxxx	2 450 000	0,00		0,00
7	20/09/2019 16:34:06	ER160920 1634 A00001	Bank Payments	628xxxxx	340 000	0,00		0,00
8	20/09/2019 16:34:07	ER160920 1634 A00002	Bank Payments	628xxxxx	500 000	0,00		0,00
Total (GNF)					17 796 000		0,00	0,00

Commission payée par le client en GF (celui à qui l'argent et viré)

	Montant viré	Commission
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

3.9 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 arrivé 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, émergent 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 PNLISH

Outils gestion d'intrants introduit via PNLISH



Rapport mensuel SIGL



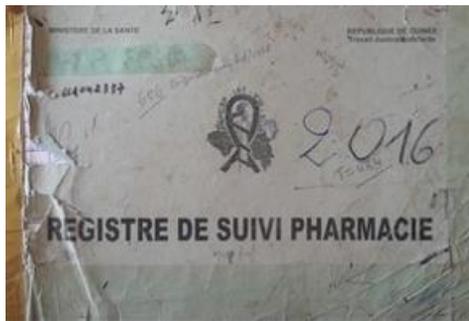
Bon de commande



Guide d'entretien gestion durable depots pharmaceutiques



Registre des suivi pharmacie



RUMER



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

Abbrev.	Designation	A. Nouveaux cas: 2RHZE / 4 RH			B. Déjà traités: 2SRHZE / 1 RHZE / 5RH			C. Enfants (0 - 14 ans): 2 RHZ / 4 RH		
		Cas 1	Facteur 2	Total A	Cas 1	Facteur 2	Total A	Cas 1	Facteur 2	Total A
1. Calculs besoins en antituberculeux										
	Unité: Comprimé/flacon									
RHZE	RHZE (150+75+275+400) mg		x 168			x 252				
RHZE	RH (150+75) mg		x 336							
RHE	R150 /H75 / E 275 mg					x 420				
	Streptomycine 1g Fl					x 56				
	Seringues 5CC+ Aiguille 21G Pièce					x 56				
	Eau distillée 10 ml Amp					x 56				
RHE	RHE (150+75+400) mg Cp									
RHZE	RHZ péd (60+30+150) mgCp								x 168	
RH	RH péd (60+30) mgCp								x 336	
Cotrim	Cotrimoxazole 480mgCp									

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 %	TDF/FTC/EFV : 5 %	TDF/3TC/ATVr : 0,6 %
AZT/3TC/NVP (Duovir N) : 18 %	AZT/3TC/EFV : 6 %	TDF/3TC/NVP : 0,3 %
	AZT/3TC/LPVr : 2 %	AZT/3TC/ATVr : 0,3 %
	TDF/3TC/LPVr : 2 %	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 commercial	Importance	Unité
1.	PROTOCOLE 1ère LIGNE - Adultes Trithérapie - Associations fixes d'ARV				
1.1	Option privilégiée recommandée.: TDF/3TC (ou FTC) + EFV - PRISE UNIQUE				
	TDF/3TC+EFV	Tenovir/Lamivudine+Efavirenz (300mg/300mg+600mg)	<i>Atripla</i>	65 %	B\30
	TDF/FTC+EFV	Tenofovir/Emcitrabine+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)	<i>Duovir N</i>	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)	<i>Tenovir Truvada</i>	++	B\30
	TDF/FTC	Tenofovir/Emtricitabine (300mg+200mg)		++	B\30
	AZT+3TC	Zidovudine/Lamivudine (300mg/150mg)	<i>Duovir</i>	++	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/Lamivudine (600+300) mg			B\60
	INTI				
	ABC	Abacavir 300mg			B\60
	IP				
	LPV/r	Lopinavir/Ritonavir 200mg+50mg	<i>Kalétra</i>	++	B\120
	ATV/r	Atazanavir/Ritonavir 300mg+100mg			B\30

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

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 privilégié 1ère ligne (0 - 36 mois): AZT + 3TC + LPV/r ou ABC+ 3TC + LPV/r					
	AZT/3TC ped	Zidovudine/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 privilégié 1ère ligne (3 - 10 ans): Efavirenz est préféré à la Névirapine					
4.4 Option privilégié 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+Efa virenz	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

Nouveaux outils de gestion de laboratoire



PIMA à Fria rangé depuis 2 ans par manque d'intrants



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'zérékoré	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'zérékoré	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 Saréboïdo	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

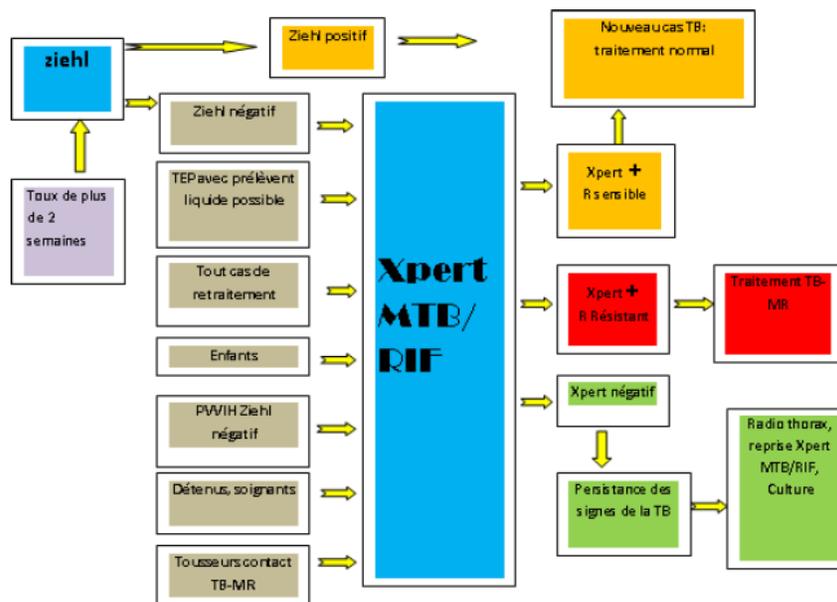
Examens de laboratoire – GeneXpert TB



Lames utiles et inutilis



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 soutien 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 sociétés 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			

No	Désignation	Boké	Boffa	Fria	Dubreka
		<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration est très limité <p>L'existant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Commission mixte (habitat) <p>Activités des services santé et d'activités chambre de mines pas intégrées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Services spécialisée (médecine 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 <p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	Verticalisation approches programmes	<p>Remarques DRS/DPS – Verticalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - « 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	<p>DNGELM - Direction Nationale des Grandes Endémies et de Lutte contre la Maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenue de la première réunion de la plateforme de concertation intra départementale des acteurs de lutte contre le VIH /Sida et la tuberculose <p>Boké : Lors des comités Techniques Régionales de Santé (CTRS) 1 x par semestre la coordination des on fait la coordination des partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussi la mise en œuvre de la nouvelle politique santé communautaire est discuté <p>Bulletin régional – épidémiologique : Dans le passé financement par 1 bailleur réunions de rédaction (2 fois par mois), Représentants même au niveau des districts</p> <p>Est-ce qu'il existe une marge de manœuvre pour se coordonner au niveau opérationnel ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une certaine façon pendant les CTRS, mais pas 100 % claire <p>Les réunions de coordination nécessitent des financements d'externes (parrainage)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'OMS nous permettait de nous réunir (ICI) - Comité BMN ? – revue trimestrielle <p>Autre instrument de suivi utile / autres appuis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contre monitoring, fait une différence significative - Appui à travers du BSD (SNIS) 			

3. Fonctionnalité DPS		
3.1	Planification et Suivi : PAO 2018 disponible, Suivi PAO ?	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 mille 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
		<p>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)</p>
		<p>Solution proposée par le DPS de Dubreka</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faisable a une seule condition, d'élaborer le PAO de façon conjointe et opérationnel <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercice planification par district et programme <p>Recommandation</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Croisement/triangulation des données programmatiques et logistiques</p> <p>Recommandation</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Etat de lieu</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 PNL – supervision mixte - Supervisions niveau central par exemple appui aux SNIS : Supervision trimestrielles, prise en charge de seulement une personne du niveau opérationnel <p>Recommandations On a besoins plus de personnes et temps - pas faire supervision pour dire bonjour</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que possible éviter la verticalité - Au-delà des réunions mensuelles (vérification/ validation des données) – il faut visiter les structures de santé

		<ul style="list-style-type: none"> - 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, Gynecologue - « L'Intégration de la supervision coute plus de temps » - <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <p>DPS Fria : Appui Unicef/ Stopp Palu; Appui via compte DRS – viré à la DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Mesures de motivation et coercion</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)	<p>Miscell. Commentaires</p> <p>Plusieurs partenaires qui appuient les mêmes RECO</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Transport de crachats reste un défi - question qui pèse lourde - PCMIÉ s'est réduit à la prise en charge du fièvre (Palu) - Comment organiser les compléments de formation ?
4.3	Communes de convergence	<ul style="list-style-type: none"> - 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, pêche) - 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

		<ul style="list-style-type: none"> - Partenaires qui intègrent les nouvelles directives ont commencé - formation PCME (PEV) prévu
4.4	Rémunération	<p>Just 'qu'à présent aucun RECO avec la rémunération recommandée de 440.000 (SMIG) Rémunération dans le passé</p> <ul style="list-style-type: none"> - RTI donnait 100.000 - Transport 50.000 transport (réduction ½, maintenant arrêté) - Surveillance à base communautaire : Rémunération pendant EBOLA : 240.000 / mois, + transport, formations <p>Effets secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme le principe de rémunération est établi (plus de volontariat) il est difficile ou impossible de motiver les RECO pour des activités non-rémunérées
4.5	Contrats déjà signé avec MATD ?	<ul style="list-style-type: none"> - Avant les formations on devrait signer les contrats – validation des noms (8g + 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	<ul style="list-style-type: none"> - Des réunions mensuelles des RECO avec les animateurs communautaires/superviseur au niveau CS sont organisés de façon routinière avec l'appui des ONG (INASCO) Unicef - partenaires appuyés par les animateurs superviseurs - Le transport et la restauration est pris en charge, réunion sont régulières, jugé très important
4.7	Coordination d'activités	<p>Recommandation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Devrait être au niveau régional
4.8	Recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - DRS / DPS à suivre le processus de sélection des RECO - « Tous les vieux RECO on va les remplacer »
4.9	Réflexions santé communautaire	<p>Réflexions autour de la nouvelle stratégie santé communautaire (Dubreka) <i>Aller vers l'autonomisation ou prestation de services ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il faut qu'on sache où on veut aller, demander – faire attention sur l'approche – Plan Guinée forestière – ACS issue des écoles - Est-ce qu'on veut s'inspirer de l'exemple de l'Éthiopie / Ruanda ? - École 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 santé communautaire (cadre de performance) <p>Recommandation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant de définir le paquet mieux de travailler sur le profil des hommes - Examiner de près les expériences pilote pour tirer des leçons et adapter la stratégie

5. Associations PVVIH		
5.1	Information / Description	<p>Boké</p> <p>Association Regap +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Association très actif, informé, Toute l'équipe présent à la rencontre - Relation avec OCASS : Health Focus OCASS-1 terminé, plus de primes <p>Association REFIG</p> <ul style="list-style-type: none"> - REFIG est ignoré à Boké, qu'on nous aide, pas de soutien
		<p>Boffa</p> <p>Représentativité pas claire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au lieu que toute l'équipe ou au moins des membres viennent à la rencontre seulement une dame âgée est venu <p>Problème de fonctionnement de l'association</p> <ul style="list-style-type: none"> - Révélé par le DPS - Personnes très âgées <p>Problèmes autour d'une moto dotée (carburant etc)</p>
		<p>Fria</p> <p>Réunion avec l'association S.E.F. avec 14 membres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porte-parole et secrétaire administrative est en même temps Point Focal FMG - Présidente : Mme Fatoumata Kouyaté <p>Création : 2008, Arrivé FEV, mise en place par FMG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Noyaux de 5 – 6 personnes, agréé - 60 membres - 140 OIV
		<p>Dubreka</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de rencontre. - Selon les informations du responsable projet OCASS de COFEL pas d'association actif
5.2	Problèmes principales	<p>Boké : Pas de siège</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rémunération prévue pour les médiateurs dans le cadre de la subvention PNLSH pas encore effectif
Activités / Fonctionnalité		
5.3	Activités de sensibilisation Associations PVVIH	<p>Boké : Activités : Carnevale de sensibilisation, écoles professionnelles</p> <p>Boffa : - 2 Médiateurs, Implication dans la recherche de perdue de vues</p> <p>S.E.F. Fria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement psychosocial - CDT ; recherche de perdues de vues
5.4	AGR - Activités Génératrice de Revenues	<p>S.E.F. Fria</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 hectare plantation (bien collectif de l'association - 2 essais de planter (maïs, arachide, manguiers, Acajou, arachides) - pas tellement productif (pas viable) financement FMG via FEV - 2020 fin du financement)

5.5	Associations PVVIH – Activités / Fonctionnalité	<p>Fria :</p> <p>Activités de sensibilisation et prévention VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depuis le 9 mai il n’y a pas des réactifs de dépistage - Aimerions élargir les interventions au sous-préfectures (pas de soutien) <p>Sources de financement des associations PVVIH</p> <p>Formulation de microprojets – sans réponses des bailleurs</p> <p>MSF ne finance plus les associations, seulement les réseaux</p> <p>Réseau Sidaction Fria - grâce à FMG, FEV finance le réseau, limité en temps</p> <p>Discussion autour la question – conseils</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>Requête de l’association au missionnaires suivi stratégique</p> <p>Activités planifiés et prévus en décembre « mois de lutte contre le Sida » sans sources de financements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 Bissau)
Qualité des services		
5.7	Gratuité des Services ?	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Dans le passé 2009 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Doléances (S.E.F. Fria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 »)

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 » <p>Solution intermédiaire trouvé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parfois la présidente collecte les ordonnances des membres, « elle s'en fous » pour chercher les ARV <p>Proposition de solution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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'asseoir » - 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	- Determine – 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 : Determine n'est pas de notre stock propre – après le counseling – CDV peut disponibiliser une petite quantité – CDT n'a jamais reçu de determine propre	HP Fria Pharmacie : Intrants tests de depistage pas en ruture (prerupture test de confirmation – Bioline) Disponibilité tests de dépistage 85 % Prerupture Determine et (quantité insuffisante)	Partout dans la préfecture il n'y avait pas de tests

Nr	Source d'info	Boké	Boffa	Fria	Dubreka
				Tests pour 1 mois (appro récente PCG Boké) FMG approvisionne en tests Dec. « mois SIDA	
3.3	PEC VIH Boké	Maintenant c'est corrigé (Bioline Determine)			
3.4	Association PVVIH	Boké <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis 6 mois ruptures de tests de dépistage - Arrive seulement depuis 1 semaine (3 paquets = 300 tests) 			
Nevirapine sirop (PEC enfants après la naissance jusqu'à 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 : 1ere rupture ; Atripla 1 mois, Duovir, Efavirenz 2 mois <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis le début de l'année quelques temps ruptures d'Atripla (aussi Truvada) - Commande était fait – mais les quantités non-livrée - Envioient des ARV près de la date de péremption 			
5.4	Hôpital préfectoral Fria	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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	Commentaires générales	Boké <ul style="list-style-type: none"> - Suffisamment d'intrants - pas connue de ruptures, en injectables, en forme pédiatrique 		Fria : Suffisamment d'intrants toutes l'année <ul style="list-style-type: none"> - Rupture en quinine 300 - Depuis 10 jours pas de TDR Pharmacie hospital : 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 <ul style="list-style-type: none"> - On cherche toujours la goutte épaisse (cas suspect) il ne faut pas laisser partir sans confirmations - Toutes les autres formes sont disponibles - zieme zieme : ACT, première – référer à l'hôpital (palujet) - Suppositoire aux PS - Arthemeter pour le CS - Palujet (matin) et soir – pendant 3 Jours 			
2.	Commentaire générales prise en charge paludisme				
2.1	Fria	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> - Depuis 2 mois pas d'examen CD-4, avant 50 /mois - Problème calibration du PIMA - Pas de charge virale – pas d'appareil - Genexpert : inexistant, ont besoin Approvisionnement eau <ul style="list-style-type: none"> - Eau pas courante Approvisionnement électricité <ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'examen de charge virale – 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			

Nr	Source d'info	Boké	Boffa	Fria	Dubreka
	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 : Prérapture lame frottis tropicale, Crayons Yama			
	Miscell.				
5.1	Laboratoire HR Fria	Appui partenaires <ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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 PVVIH a suivi une formation de 3 semaines formation <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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			

No	Désignation	Boké	Boffa	Fria	Dubreka
1.3	Défaut de protection status séropositivité / manque de confidentialité /circuit de malade	<p>Doléances l'association PVVIH S.E.F. Fria</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) ; <p>Proposition de solution par S.E.F:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>Augmenter le nombre de médiatrices à 2 médiateurs, « qu'on lui donne une place, un endroit où elle peut s'asseoir »</p>			
1.4	Dépistage conjoints	<p>De façon générale ne se pose pas tellement pour le sites PEC, plus un problème pour les sites PTME</p> <p>Boffa service PEC : Conjoints - Comment amener les conjoints au dépistage ?</p> <p>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)</p>			

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 			

No	Désignation	Boké	Boffa	Fria	Dubreka
1.2	Confidentialité	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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 mari, en estimation max. 10 % des femmes testés positives amènent leur mari			
		<ul style="list-style-type: none"> - Peur de relever leur statut - Elle dit – il ne faut pas dire à mon mari <p>Serodiscordance (femme positive – homme –ve)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invite – donne des conseils – on ne dit pas – sans qu'il soit en courant – sinon c'est le divorce <p>Recherche perdue de vue : Appeler s'ils ne viennent pas</p>			
1.5	Pistes de solutions	<p>PTME Boffa</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 connaître leur statut » 			
1.6	VBG – Violence basé sur le genre	<p>VBG : Principalement Vol</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 			

4.5 Prise en charge TB

Qualité PEC TB - Suivi

		Boké	Boffa	Fria	Dubreka
1.	Qualité PEC TB – Suivi				
1.1	Sensibilisation/ information sur le TB	<p>Boké</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Problèmes perdus de vue</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients qui sont loin – par exemple qui ont dans les iles : 3 cas 			

		Boké	Boffa	Fria	Dubreka
	Recherche perdue de vue (ONG's)	<ul style="list-style-type: none"> - On donne tout – venir – on lance les AC - on fait le DOTs (chaque 2 mois) ils viennent pour les contrôles <p>CDT Boffa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nous sensibilisons avec l'appui du CDV - Ceux dépisté avec la co-infection on ne dit pas seulement de partir – nous accompagnons rendez vous <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les pêcheurs suivent le poisson - Emploi d'une stratégie adapté avec les pêcheurs : - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Difficultés : la dispensation des médicaments – ceux qui vivent loin (ne doivent pas avoir des médicaments Plus que 5 jours – ne peuvent pas donner)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 			