

AiderAfrique

# Rapport de mission auprès de l'ASFEGMASSI

Conakry, Guinée

30 janvier – 21 février 2007

Emmanuel Schaer, président  
schaer@aiderafrique.org, tél +33 (0)6 74 97 79 12

# Sommaire

Sommaire.....	2
Abréviations.....	3
I - Contexte et objectifs de la mission.....	4
Le contexte.....	4
Les objectifs.....	4
II - Méthodologie.....	4
III – Vue d'ensemble .....	5
Une situation sociale tendue.....	5
Une épidémie généralisée.....	5
Une prise en charge insuffisante.....	5
Les financements internationaux.....	5
Un nouvel opérateur à Conakry.....	6
IV – Constats positifs.....	6
Un service exemplaire.....	6
Un local rénové et multifonctionnel.....	6
Une activité en croissance.....	6
Une bonne conformité.....	7
V – Difficultés et points faibles.....	7
Des capacités de proposition insuffisantes.....	7
Une relation difficile avec le CNLS.....	8
Le suivi biologique: un obstacle réel, quelques perspectives.....	8
VI - Conclusion.....	9
VII - Recommandation.....	9
Renforcer les capacités de proposition aux partenaires.....	9
VIII Annexes.....	11
1. Détail du suivi par contacts.....	11
2. Coût du bilan biologique initial.....	11
3. Photos.....	11
4. Rapport d'activité 2006 de l'ASFEGMASSI (19 pages).....	11
Annexe 1 – Détail du suivi par contacts (ordre alphabétique).....	12
AEDES/SongES.....	12
AGUIP+.....	12
CNLS.....	12
CBG.....	14
Dream.....	14
FEG .....	14
FHI .....	15
FM/PNPCSP.....	15
Fraternité Médical Guinée (FMG).....	17
GTZ.....	18
Laboratoire national (Institut national de Santé Publique, INSP).....	18
MSP.....	18
PAM .....	19
PCG .....	19
Santia.....	20
SCAC .....	20
Syndicats.....	20
USAID .....	21
Wafrica.....	21
Annexe 2 – Coût du bilan biologique initial (GNF).....	22
Annexe 3 – Photos.....	23

# Abréviations

<b>AGR</b>	Activité Génératrice de Revenus
<b>ARV</b>	Traitement Anti Rétro-Viral
<b>ASFEGMASSI</b>	Association des Femmes de Guinée pour la Lutte contre les infections sexuellement transmissibles y compris le SIDA
<b>CBG</b>	Compagnie des Bauxites de Guinée
<b>CDV</b>	Centre de Dépistage Volontaire
<b>CNLS</b>	Comité National de Lutte contre le Sida
<b>CTA</b>	Centre de Traitement Ambulatoire
<b>GNF</b>	Francs Guinéen
<b>GTZ</b>	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération allemande)
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>FSD</b>	Fonds Social de Développement
<b>IO</b>	Infection Opportuniste
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MAP</b>	Programme Multinational de Lutte contre le Sida de la Banque Mondiale
<b>MSF/B</b>	Médecins Sans Frontières Belgique
<b>MSP</b>	Ministère guinéen de la Santé Publique
<b>OCPH</b>	Organisation Catholique pour la Promotion Humaine (Caritas)
<b>PEC</b>	Prise En Charge globale/médicale des PVVIH
<b>PNPCSP</b>	Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>SCAC</b>	Service de Coopération et d'Action Culturelle (Coopération française)
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TS</b>	Travailleuse de sexe
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development (Coopération américaine)

# I - Contexte et objectifs de la mission

## Le contexte

En avril 2005, AiderAfrique s'est engagé auprès de l'ASFEGMASSI à fournir des traitements ARV à des patients suivis par l'association guinéenne. A ce jour, AiderAfrique prend en charge la trithérapie de 33 PVVIH. Dans le cadre de ses missions, AiderAfrique apporte également un soutien au renforcement des capacités de l'ASFEGMASSI.

L'ASFEGMASSI est membre du Réseau Afrique 2000<sup>1</sup> (17 associations africaines et l'association AIDES), qui vise à renforcer les capacités d'action et de plaidoyer des organisations, et notamment à mettre en place des centres de prise en charge des PVVIH. Début 2006, suite à une mission conjointe<sup>2</sup> d'AIDES et AiderAfrique, l'ASFEGMASSI a élaboré un projet de renforcement de la prise en charge des PVVIH. Le projet a reçu le soutien de la Coopération française qui a financé la réhabilitation du local, l'équipement d'un laboratoire et la formation du personnel. AIDES et AiderAfrique sont chargés d'effectuer le suivi/évaluation de ce projet par des missions en alternance tous les 6 mois<sup>3</sup>.

## Les objectifs

La mission avait pour objectif :

- Le suivi et l'évaluation de l'activité de l'ASFEGMASSI en 2006
- L'entretien des relations avec les partenaires et le plaidoyer pour l'ASFEGMASSI auprès de ces partenaires
- Une assistance sur les difficultés rencontrées en 2006
- Le renforcement du suivi/évaluation de la PEC avec le logiciel Santia<sup>4</sup>

# II - Méthodologie

La mission a employé les moyens suivants :

- Des séances de travail avec l'équipe de l'ASFEGMASSI. Par ex. : la rédaction de projets, l'évaluation de l'activité et de la gestion 2006
- Des entretiens avec les institutions, bailleurs de fonds, partenaires et autres acteurs de la lutte contre le sida, en compagnie d'un ou plusieurs membres de l'ASFEGMASSI
- Des séances de formation au logiciel Santia au profit de l'ASFEGMASSI et du PNPCSP

La mission s'est déroulée exclusivement à Conakry, notamment pour mettre l'accent sur la pérennisation du centre de prise en charge.

La mission a été interrompue à la fin de la deuxième semaine par la promulgation de l'état de siège militaire. La restitution de la mission à l'ASFEGMASSI a été annulée mais des recommandations ont été faites tout au long des deux semaines. La cérémonie d'inauguration de la rénovation du local a également dû être reportée à cause des événements politiques.

---

1 [www.reseauafrique2000.org](http://www.reseauafrique2000.org)

2 Se reporter au rapport « Rapport mission Guinée janvier 2006.doc »

3 Pour la mission d'AIDES en août 2006, se reporter au rapport « Rapport mission Guinée août 2006.doc »

4 Logiciel de suivi des patients et de l'activité d'un centre de PEC globale VIH : [www.santia.org](http://www.santia.org)

# III – Vue d'ensemble

## Une situation sociale tendue

La Guinée vit une grave crise économique et politique. Malgré d'importantes ressources minières, la mauvaise gouvernance et une corruption notoire entravent son développement. La Guinée est classée parmi les 14 derniers pays selon l'indice de développement humain (IDH) de l'ONU. Les ressources de la population sont insuffisantes par rapport au prix des denrées de base<sup>5</sup>.

Début 2007, un mouvement social de grande ampleur paralyse le pays et obtient du chef de l'Etat un changement de gouvernement. La répression des forces de l'ordre fait plusieurs dizaines de victimes<sup>6</sup>.

## Une épidémie généralisée

D'après la dernière étude nationale<sup>7</sup>, la prévalence du VIH est de 1,5% dans la population adulte: 1,9% chez les femmes et 0,9% chez les hommes. En milieu urbain, la prévalence chez les femmes s'élève à 3,9%.

Selon le rapport UNGASS Guinée 2005<sup>8</sup>, le taux d'infection chez les femmes enceintes a progressé de 1,5 à 2,8%. Se reporter à ce rapport pour un descriptif général de l'épidémie dans le pays.

38% des travailleuses du sexe sont séropositives, ainsi que 4% de leurs clients<sup>9</sup>.

Le nombre de PVVIH s'établit donc à plus de 100 000 dans le pays.

## Une prise en charge insuffisante

Moins de 2000 PVVIH reçoivent un traitement ARV, auprès des hôpitaux Donka et Ignace Deen de Conakry, des CTA de Matam (MSF/B), Mamou, Labé et Faranah (GTZ), et d'autres ONG (OCPH, ASFEGMASSI, Dream).

Dans les hôpitaux de Conakry, le prix mensuel du traitement ARV s'élève à 35 000 GNF soit 15% du salaire moyen d'un fonctionnaire (250 000 GNF/mois). De plus, on déplore dans ces services des pratiques parallèles qui portent préjudice aux patients les plus modestes (cf. rapport de mission AIDES août 2006). Surtout, les frais d'examens biologiques sont entièrement à la charge des patients. Par ex. le coût du bilan initial s'élève à plus de 150 000 GNF (cf. annexe 2) soit 60% du salaire moyen d'un fonctionnaire.

## Les financements internationaux

- Le Fonds Mondial  
Round 2: 9 M USD, en attente de décaissement de la 2ème phase<sup>10</sup>

5 Le riz - aliment de base en Guinée - est principalement importé alors que la monnaie nationale est faible. Début 2007, le sac de riz de 50Kg coûte 50% (120 000 GNF) du salaire moyen d'un fonctionnaire (250 000 GNF/mois). Les dépenses d'alimentation représentent 90% des ressources d'un foyer. Le prix élevé de l'essence (5 000 GNF/l) entrave l'activité économique.

6 La Guinée a connu plusieurs grèves en 2005 et 2006 pour protester contre la situation économique déplorable, mettant en cause notamment la corruption des dirigeants. Mais en janvier 2007, c'est un mouvement social d'une ampleur sans précédent, mené par les syndicats, qui paralyse le pays pendant 3 semaines. Les manifestations sont réprimées dans la violence, faisant plusieurs dizaines de morts. Dans le bras de fer entre la population et le chef de l'Etat soutenu par l'armée, un début d'insurrection populaire éclate et l'état de siège militaire est décrété. Fin février, le chef de l'Etat accède aux revendications de la population et un premier ministre consensuel est nommé. Les membres du gouvernement sont remplacés, avec l'espoir d'une meilleure gouvernance.

7 Enquête démographique et de santé Guinée 2005 (EDSG III), CNLS

8 Rapport UNGASS 2005 Guinée, CNLS

9 Etude du projet AEDES, à laquelle l'ASFEGMASSI a collaboré

10 Détail du budget à disposition

- Round 6: 20 M USD en négociation<sup>11</sup>
- Banque Mondiale MAP : 20 M USD (12/2002 – 07/2008), géré par le CNLS (se reporter à la revue à mi-parcours mai-juin 2006<sup>12</sup>).

## Un nouvel opérateur à Conakry

Le centre Dream, nouveau centre de prise en charge globale des PVVIH, a démarré ses activités en 2006 à Conakry (cf. annexe 1).

# IV – Constats positifs

## Un service exemplaire

Malgré la grande difficulté à exercer une activité de soins et d'accompagnement dans le contexte de crise que connaît la Guinée, l'ASFEGMASSI a su - de façon exemplaire - mener à bien sa mission sociale et tenir ses engagements auprès des PVVIH : lors de la grève nationale qui a paralysé la Guinée pendant 3 semaines au mois de janvier 2007, une permanence a été assurée au centre notamment pour la fourniture d'ARV<sup>13</sup>. Certains patients ont même été livrés à domicile ou visités par un médecin de l'équipe. Aucune rupture d'approvisionnement n'a été constatée. Il faut savoir que pendant cette période tous les commerces et services publics étaient fermés et que les déplacements étaient très difficiles. La mission salue le sens de responsabilité et l'engagement de l'équipe pendant cette période alors que la perspective de rémunérations pour l'année 2007 était incertaine.

## Un local rénové et multifonctionnel

Le projet de l'ASFEGMASSI de renforcement de la prise en charge (mars 2006) a trouvé auprès de la Coopération française un nouveau partenaire, attentif et efficace, qui a financé par un FSD<sup>14</sup> du SCAC la réhabilitation et l'équipement du centre (laboratoire d'analyse). La métamorphose est complète: le local est à la fois agrandi et rénové.

Autour d'une cour fermée, le local comprend :

- la partie ouverte au public: un bureau d'accueil, un lieu d'attente, un bureau de consultation, un bureau d'assistance au médecin, une salle d'observation avec 2 lits, un local de pharmacie, un bureau de counselling, un local de prélèvement biologique
- une partie privée: une grande salle de réunion/formation avec TV-magnétoscope, deux bureaux administratifs et le local de laboratoire d'analyse<sup>15</sup>.

Il reste accessoirement à mieux définir le circuit du patient dans le bâtiment.

Cf. photos en annexe 3.

## Une activité en croissance

Le premier constat quantitatif de l'année 2006 est le doublement de la file active :

- de 45 à 108 patients sous ARV
- de 100 à 212 patients sous prophylaxie IO

Quelques chiffres:

<sup>11</sup> Idem

<sup>12</sup> Rapport général de la revue à mi-parcours du projet multisectoriel de lutte contre le sida (PMS), CNLS, juin 2006

<sup>13</sup> Alors que la grève générale interdisait toute activité et rendait très difficiles les déplacements, les membres de l'équipe se sont relayés pour assurer une permanence, notamment la responsable de la pharmacie qui réside à proximité du centre. La délivrance des médicaments a pu s'organiser en fonction des appels téléphoniques des bénéficiaires.

<sup>14</sup> Le FSD comprend également la formation du personnel. Son montant total est de 170 M GNF.

<sup>15</sup> Le laboratoire d'analyse est en cours d'équipement. Un microscope, une centrifugeuse et un spectrophotomètre ont été réceptionnés. Un incinérateur est construit. Une biologiste et une technicienne de laboratoire sont sur le point d'être mises à disposition. Le laboratoire pourra réaliser les examens de suivi biologique de base.

- 2018 consultations médicales
- 296 visites à domicile
- 32 patients bénéficiaires de soins à domicile
- 208 tests de dépistage (prévalence positive 55%)
- 7000 travailleuses du sexe et clients touchés par les activités de prévention
- 5 collaborateurs bénéficiaires de formation (PEC, plaidoyer, planification stratégique)

Ces chiffres ne doivent pas occulter d'autres aspects de la réalité :

- de nombreux cas d'hospitalisation pour coinfection TB sont constatés
- le coût du suivi biologique est un obstacle pour beaucoup de patients (cf. partie V)
- certains patients qui payaient leur traitement ARV sont partis au centre Dream où le traitement est gratuit
- 14 décès ont été enregistrés

Se reporter à l'annexe 4 : Rapport annuel 2006 de l'ASFEGMASSI (19 pages)

## Une bonne conformité

La mission a pu constater à travers les échanges avec l'équipe et le contrôle sur pièces que l'activité de l'ASFEGMASSI en 2006 est conforme à sa mission, aux règles et aux objectifs définis.

La mission a notamment effectué les tâches suivantes :

- contrôle du budget par pointage de postes, contrôle de caisse
- pointage de l'activité VAD
- contrôle de dossiers médicaux ARV par sondage
- contrôle du stock d'ARV, inventaire

Ces contrôles ont donné lieu à des demandes d'explications et à des corrections d'anomalies mineures, et ont fait l'objet de quelques recommandations.

Concernant la vie associative, la mission a constaté que le registre de PV est tenu à jour et que la fréquence et le contenu des réunions sont des indices encourageants. L'AGE prévue fin 2006/début 2007 n'a pas pu se tenir, en partie à cause de la grève.

*Se reporter à l'annexe 1 pour le détail du suivi par contacts*

## V – Difficultés et points faibles

### Des capacités de proposition insuffisantes

L'ASFEGMASSI dispose de plusieurs atouts pour mettre en place de nouveaux partenariats :

- une capacité de PEC reconnue
- de bonnes relations avec les institutions
- des partenaires nationaux et étrangers
- une équipe volontaire et motivée

Toutefois, la mission a constaté que les capacités de l'association à proposer des projets à de nouveaux partenaires sont insuffisantes.

La mission a mis en évidence à la fois:

- un manque d'initiative et de suivi<sup>16</sup>
- un défaut de prévoyance quant aux échéances<sup>17</sup>
- des capacités de rédaction de projet insuffisantes<sup>18</sup>

Les entretiens communs (partenaire/mission/ASFEGMASSI) ont également montré que les capacités d'écoute, d'analyse, de négociation et de plaider des membres de l'équipe sont à développer.

Ce point faible est grave car il oblitère le développement de l'association. Jusqu'à maintenant, cette faiblesse pu être masquée par les excellentes relations qu'entretient l'ASFEGMASSI avec plusieurs institutions (MSP, PNPCSP).

## Une relation difficile avec le CNLS

L'ASFEGMASSI, premier opérateur associatif guinéen de PEC, n'a pas obtenu de financement récent de ses activités par le CNLS, premier partenaire des ONG de lutte contre le sida.

Le CNLS contracte avec les opérateurs à l'aide d'appels à projets pour les micro-projets, ou dans le cadre d'accords de gré à gré pour les projets plus importants (GTZ, Sida3, AGBEF (Association guinéenne pour le bien-être familial), Dream)<sup>19</sup>.

Le projet de renforcement de la prise en charge de l'ASFEGMASSI (mars 2006) a reçu un accueil favorable auprès du CNLS<sup>20</sup> et aurait pu faire l'objet d'un accord de gré à gré, mais aucune suite n'a été donnée depuis. Par ailleurs, la secrétaire générale du CNLS n'a pas pu recevoir la mission ni s'entretenir par téléphone à ce sujet<sup>21</sup>.

Un appel à micro-projets a eu lieu fin 2006 par voie de presse<sup>22</sup>, mais de toute évidence l'ASFEGMASSI en a été intentionnellement tenue à l'écart<sup>23</sup>.

## Le suivi biologique: un obstacle réel, quelques perspectives

Le coût du suivi biologique est exorbitant pour la plupart des patients (ex. bilan initial supérieur à 150 000 GNF, cf. annexe 2). De fait, les patients n'effectuent pas tous les examens utiles et l'évolution des constantes biologiques n'est pas toujours suivie.

Un patient est décédé en 2006 de la co-infection tuberculose, alors qu'il était sous traitement ARV, dans le groupe de patients pris en charge par AiderAfrique. Il n'a pas pu

16 Ex. le projet PAM : la mission a constaté des écarts importants entre les déclarations du bailleur et celles de l'association concernant le suivi du dossier. Il résulte une certaine confusion que l'ASFEGMASSI n'a pas pu éclaircir.

17 Par ex., au cours de l'année 2006 où l'équipe a été rémunérée ponctuellement par le biais d'un financement AIDES, l'ASFEGMASSI n'a pas recherché de financement pour les rémunérations 2007. Lors de la mission, l'équipe travaillait sans rémunération et manifestait son inquiétude pour l'avenir.

18 Par ex. le projet « projet CDV asfegmassi 2006 » est incohérent (objet de CDV mais budget de centre de PEC globale) et son chiffrage est erroné (prix du traitement ARV).

19 Un financement complémentaire à AEDES a également eu lieu. Il existe en outre des plans d'actions avec les collectivités locales (CRD).

20 Lettre d'intention du 25/04/06

21 En revanche, la mission a été reçue par M. Mohamed Sano, responsable de la réponse aux initiatives locales

22 Public ciblé: travailleuses du sexe, pêcheurs et transporteurs. Annonce le 06/11/07 dans le Lynx, la Nouvelle Tribune et le Démocrate.

23 Il paraît évident que l'annonce par voie de presse seule – bien que procédé légal - n'est pas adaptée au contexte national : la diffusion de la presse écrite est très limitée. Il nous semble que le CNLS avait tout à fait les moyens de compléter l'annonce officielle par des démarches plus à même d'atteindre le but recherché. Il a d'ailleurs financé la mise à jour d'un annuaire des ONG. Le PNPCSP par ex. avait informé les opérateurs de son appel à projets par lettre. Il est regrettable que l'ASFEGMASSI, ancien opérateur pour le CNLS, n'ait pas été informé directement d'un appel à projets pour lequel ses compétences sont connues. Cette information n'a pas non plus été transmise par le réseau ROSIGUI: Dr Fatou Barry (vice-présidente ASFEGMASSI) et M. Rahim Diallo (président de la FEG), membres du bureau du ROSIGUI, siégeant au comité de sélection du CNLS n'ont pas informé l'ASFEGMASSI, membre du ROSIGUI. Cela révèle à la fois un grave dysfonctionnement de ce réseau et des conflits d'intérêt entre ONG. Il faut noter que le CNLS a recruté dans son personnel plusieurs membres d'associations bénéficiaires.

payer les frais d'examens initiaux pour bénéficier gratuitement du traitement antituberculeux. Lors de la mission, AiderAfrique a proposé à l'ASFEGMASSI de prendre en charge les frais d'examens des patients les plus démunis de ce groupe.

La mise en place du laboratoire d'analyse au sein du centre a pour but de faciliter le suivi biologique des patients en réalisant les principaux examens<sup>24</sup> sur place et avec des techniques à faible coût.

*Se reporter à l'annexe 1 pour le détail du suivi par contacts*

## VI - Conclusion

La mission est reconnaissante et admirative du travail accompli et des efforts de l'équipe pour assurer la mission de l'association dans un contexte national détérioré.

L'année 2006 est une année de croissance pour l'ASFEGMASSI, qui dispose dorénavant d'un centre offrant toutes les conditions pour développer les activités de prévention et de prise en charge à une plus grande échelle.

Toutefois, l'ASFEGMASSI doit disposer de meilleures capacités de proposition aux bailleurs/partenaires pour assurer son développement et offrir davantage de services aux PVVIH, comme la prise en charge du suivi biologique.

*Les documents cités peuvent être fournis sur simple demande à AiderAfrique*

## VII - Recommandation

### Renforcer les capacités de proposition aux partenaires

- S'assurer que le personnel chargé des relations avec les partenaires a les capacités humaines (contact, représentation, écoute, prise de parole...) et intellectuelles (analyse, synthèse, rhétorique...) nécessaires pour être en situation d'échanger, de négocier et de plaider. Il est possible qu'un simple entraînement dans des situations pratiques suffise à développer ces capacités.
- Améliorer le suivi des échanges : les entrevues avec les partenaires doivent faire l'objet d'un compte-rendu écrit – même succinct - qui aide l'équipe à connaître et à appréhender la situation de la relation avec le partenaire.
- Mettre en place une procédure de veille et de prospection des nouveaux partenaires
  - Assurer une veille des partenaires potentiels et des appels à projets (presse, web, réseaux d'ONG...)
  - Faire une recherche prospective (base de données, prise de contacts...)

---

<sup>24</sup> Le centre Dream, nouvellement équipé d'un laboratoire de haut niveau et de grande capacité, a proposé à l'occasion de la mission ses prestations de comptage CD4 à prix coûtant à l'ASFEGMASSI, mais l'offre reste supérieure au tarif public subventionné (10 000 GNF). AiderAfrique préconise la technique Dynabeads pour le comptage manuel des CD4 à l'aide d'un microscope ordinaire. Le Laboratoire National a d'ailleurs réalisé une formation sur cette technique en 2006 (Kindia) et a proposé son assistance à l'ASFEGMASSI à ce sujet. Alternative aux automates de comptage, cette technique peut être plus facilement déployée sur de futurs sites en région.

- Avant la proposition, l'association est dans une phase d'écoute du partenaire et de prise d'informations. Dans cette phase, le compte-rendu est particulièrement important : les informations doivent être soigneusement notées et hiérarchisées, reprenant les principales questions/réponses<sup>25</sup>. Certains éléments informels peuvent être notés (attitude du partenaire, préoccupations annexes au projet...)
- Créer une procédure d'élaboration, de rédaction et de validation des projets, avec un planning pour chaque projet
  - L'élaboration doit solliciter le personnel acteur de terrain (concerné par l'activité en question dans le projet), car chaque collaborateur est source de proposition<sup>26</sup> pour enrichir le projet à l'aide de son expérience. Il lui donne in fine un contenu plus pertinent, voire une approche originale qui fera la valeur ajoutée de l'ASFEGMASSI par rapport aux autres opérateurs. Cette valeur ajoutée peut être décisive dans l'appréciation du partenaire.
  - La rédaction du projet doit éviter les copier/coller. Le projet doit être relu et vérifié minutieusement par une personne compétente qui dispose du temps nécessaire pour cette tâche.
  - Un planning doit être défini pour chaque projet en détaillant ses 3 phases - élaboration, rédaction, validation - pour éviter la précipitation de dernière minute qui est source d'erreurs
  - AiderAfrique est à la disposition de l'ASFEGMASSI pour relire les projets avant leur dépôt
- Créer une procédure de suivi, de relance et d'entretien des relations
  - Le dépôt du projet peut donner lieu à la signature d'un récépissé qui évitera toute incertitude ultérieure<sup>27</sup>
  - En général, le partenaire doit être relancé régulièrement pour connaître sa décision
  - Un partenaire existant doit faire l'objet d'attention. Il faut entretenir ses relations avec lui pour
    - évaluer sa satisfaction quant au projet
    - le tenir informé sur le projet en fonction des aspects qu'il juge les plus importants
    - anticiper ses changements d'orientation
- Diversifier les sources de financement en fonction du domaine d'activité du partenaire (santé, micro-crédit/AGR, droits des femmes, développement...), de sa nature (gouvernement, institution internationale, ONG, hôpital, laboratoire, collectivité locale, entreprise...) et de sa localisation (Europe, USA..)

25 Ex. entretien mission/ASFEGMASSI/Coopération allemande du 02/02 : une ouverture a été clairement formulée et des informations pratiques ont été communiquées.

26 Ex. draft de projet du Dr Bangoura sur les VAD

27 Ex. la 2ème version du projet PAM: si les corrections avaient été faites rapidement et déposées à une date vérifiable, l'ASFEGMASSI aurait pu démontrer une inégalité de traitement par rapport au projet d'un autre opérateur.

## VIII Annexes

1. Détail du suivi par contacts
2. Coût du bilan biologique initial
3. Photos
4. Rapport d'activité 2006 de l'ASFEGMASSI (19 pages)

# Annexe 1 – Détail du suivi par contacts (ordre alphabétique)

## AEDES/SongES

Dr Mariam Diallo, coordinatrice SongES (médecin de santé publique, ex-UNICEF)  
Soumah Mohamed, suivi-évaluation ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique  
06/02

SongES participe au renforcement des capacités des ONG depuis 1997. Cette association est le sous-traitant de AEDES pour le projet « AEDES » (cf. § FMG) dont la ville de Conakry est partenaire. La référente du projet chez AEDES est Isaline Greindl, elle intervient également au Burundi (cf. Sidaction). Le projet a pour but de constituer une réponse des ONG basée sur leur expérience et leur crédibilité, avec le concours des PVVIH. Dans cette optique, les centres de santé primaire agissent en proximité<sup>28</sup>. 2 médiateurs de l'ASFEGMASSI sont financés par ce projet pour effectuer des VAD. Le but recherché est la décentralisation des soins, en rapport au retrait à venir de MSF/B du centre de PEC de Matam. Une formation à la vie associative (2 jours) est prévue pour l'ASFEGMASSI dans la 1<sup>ère</sup> semaine de mars.

D'après Dr Youssouf Koïta (ASFEGMASSI et PNPCSP), AEDES pourrait être sollicité pour financer l'activité VAD pour un montant plus conséquent.

Dans cette démarche de décentralisation des soins dans les quartiers de Conakry, les ONG prestataires du projet AEDES seront amenées à prescrire les ARV lorsque ceux-ci seront fournis par le FM. Or il se trouve que la plupart des patients de l'ASFEGMASSI résident dans ces quartiers, et non à Kaloum, siège de l'association. Interrogée par la mission sur la possible concurrence de l'offre de soins auprès de ces patients, l'ASFEGMASSI a choisi de mettre l'accent sur sa stratégie de VAD. La mission encourage l'ASFEGMASSI à faire valoir l'intérêt de cette approche.

## AGUIP+

La rencontre prévue à l'occasion de la cérémonie d'inauguration de la rénovation du centre n'a pas pu avoir lieu à cause de l'annulation de celle-ci<sup>29</sup>.

## CNLS

Mohamed Sano, responsable de la réponse aux initiatives locales  
Soumah Mohamed, suivi évaluation ASFEGMASSI, Mme Touré, ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique  
02/02

---

28 La stigmatisation liée aux soins dans le quartier de résidence serait un faux débat. Un centre comme MSF a essuyé les mêmes reproches au démarrage.

29 L'inauguration était prévue le 12/02, en présence notamment de l'ambassadeur de France, mais la situation politique s'est détériorée subitement le 09/02 et les jours suivants (nomination par le président guinéen d'un proche comme 1er ministre en dépit des revendications sociales, début d'insurrection populaire entraînant de nombreuses victimes, proclamation de l'état de siège militaire).

### Fonctionnement

Le CNLS comprend un secrétariat exécutif composé de:

Secrétaire exécutive Dr Mariama Djélo Barry

Responsable de la réponse sectorielle (secteur public) Mme Mahava Souma \*

Responsable suivi/évaluation/planification Dr Tierno Souleymane Diallo

Responsable administratif et financier Dr Alphandou Barry (+ agence de gestion KPMG)

Responsable passation des marchés M. Lamine Camara (tout contrat, y compris ONG)

Responsable des initiatives locales (ONG) M. Mohamed Sano \*

\* assisté de Cheikh Idiane Sidibi

Cette équipe est en place depuis 2002.

Il existe un comité de sélection multisectoriel - en fait un comité d'approbation - des micro-projets ONG + secteur privé, dont les membres sont : le Ministère des affaires sociales (1 voix), le Ministère de la santé (2 voix), une cellule d'appui (1 voix), le réseau d'ONG Rosigui (1 voix), le réseau d'ONG Fenosigui (1 voix), la Chambre des mines (1 voix), 2 responsables du secrétariat exécutif du CNLS (2 voix). Il sélectionne les projets pour le PMS, et a sélectionné pendant un temps les projets FM. Le FM a cessé de faire appel au comité en juin 2006, sans motiver sa décision.

Par ailleurs, la BM a un représentant résident à Conakry (décédé, son successeur n'est pas encore en fonction) et un chargé de pays pour la Guinée.

### Contractualisation

La revue à mi parcours (juin 2006) a recommandé la suppression du plafond de 4500 USD et le fonctionnement par appel à projets (cf rapport mission Aides août 2006). Un appel à projets ciblant les TS, transporteurs et pêcheurs a été lancé le 6/11/06 par voie de presse écrite (Le Lynx, Nouvelle Tribune, Le Démocrate), avec une échéance du dépôt des dossiers le 6/12/06. 27 dossiers ont été reçus pour les 5 lots transporteurs, 17 dossiers pour les 4 lots pêcheurs. Aucun nouvel appel d'offre n'est prévu à ce jour.

Outre les micro-projets, le CNLS a conclu des accords de gré à gré avec des structures importantes de PEC : GTZ, Sida3, AGBEF (Association guinéenne pour le bien-être familial), et des plans d'action avec les collectivités locales (CRD) dans le cadre de la décentralisation. Une offre technique et financière de Dream est en cours d'étude. Le CNLS a également fourni un financement complémentaire à AEDES. Une réallocation des fonds est en cours et bloque actuellement les décaissements. Il reste un fond résiduel de financement pour les accords de gré à gré.

### ASFEGMASSI

L'ASFEGMASSI a réalisé un projet parmi les 10 premiers contrats. Les micro projets sont automatiquement refinancés si plus de 70% des objectifs sont atteints. Le rapport d'exécution du projet n'a pas été fourni à temps par l'ASFEGMASSI.

La mission a fait remarquer au CNLS que la publication de l'appel d'offres dans la presse écrite, si elle est une procédure administrative nécessaire, se révèle insuffisante pour informer les ONG. La mission constate par ailleurs la défaillance des réseaux d'ONG dans la transmission de l'information (cf. note 23).

La mission n'a pas pu obtenir de rendez-vous avec la secrétaire exécutive, qui était sur le point de partir en déplacement, ni même de s'entretenir avec elle par téléphone.

D'autre part, la mission n'a pas pu rencontrer Patrick Grizeau, conseiller technique du SCAC détaché auprès du CNLS, en congé en France à cette période.

Des dysfonctionnements<sup>30</sup> dans les financements accordés par le CNLS ont été rapportés à la mission. La mission envisage d'alerter la BM à ce sujet.

## CBG

Dr Youssouf Koïta (ASFEGMASSI et PNPCSP) informe la mission que malgré la formation de plusieurs médecins de l'entreprise par Merck, la CBG n'a pas démarré d'activité de prise en charge et n'a pas alloué de fonds dans ce domaine.

## Dream

Kpakilé Félérou, directeur, biologiste de formation  
Emmanuel Schaer, AiderAfrique  
31/01

Dream est un nouveau centre de PEC situé dans le quartier Corniche et inauguré en mars 2006. Le projet est issu de la communauté catholique italienne de San Egidio (mais le centre ne fait pas de prosélytisme religieux) qui a déjà mené d'importants projets de PEC VIH au Mozambique, Angola, Nigeria... Outre les activités de PEC classiques (soins médicaux, aide nutritionnelle, causeries), le centre propose l'éducation nutritionnelle et sanitaire et le suivi à domicile (1 agent actuellement). L'approche de Dream cible la femme enceinte comme point d'entrée de la PEC : à partir du suivi de la grossesse, sont pris en charge en cas de séropositivité les enfants, le conjoint et les éventuelles co-épouses. Des pairs éducateurs sont progressivement employés (appelés « activistes », 1 pair pour 5 bénéficiaires).

A ce jour, la file active est de 570 patients, dont 290 sous ARV et 40 enfants. Aucun perdu de vue n'est décompté jusqu'à maintenant. Le centre a une capacité d'accueil de 1000 personnes. Les différents bâtiments sont vastes et neufs et le laboratoire d'analyse est de haut niveau (charge virale, CD4...) et de grande capacité. A l'occasion de la mission, le centre a fait une offre de services (tests CD4 et charge virale) à l'ASFEGMASSI (cf. note 24).

Son directeur regrette de n'avoir pu obtenir de financement local (le principal bailleur est la Fondation italienne de subsidiarité de la dette guinéenne), ce qui l'amène à revoir à la baisse le projet de décentralisation en région.

## FEG

Rahim Diallo, président FEG et membre du bureau ROSIGUI, Dr Alimou, coordinateur, M. Condé, comptable

La FEG revendique une file active de 90 patients sous ARV. Toutefois, aucune fourniture d'ARV n'a eu lieu en 2005 et 2006 suite à la faillite de son bailleur ADSETI. Un projet de cybercafé a également échoué pour la même raison. La FEG manque de ressources pour rémunérer son équipe, les micro-projets n'y suffisant pas. La file de patients est dans une grande précarité économique. Les principales priorités de la FEG sont : la fourniture d'ARV, le salariat d'une équipe permanente, les AGR, la recherche d'un partenaire extérieur. Le réseau REGAP+ auquel la FEG appartient a déposé un projet au FM.

---

30 Le CNLS soutient des projets qui ne sont plus pérennes, comme Sida3 qui s'est terminé officiellement le 30/09/2006. Ce projet a laissé à l'abandon les patients PTME de Boké et Kindia. Le financement récent du CNLS à Sida3 servirait à rémunérer une équipe dont on peut douter de l'efficacité depuis la fermeture officielle du programme.

La mission interroge Rahim Diallo (ROSIGUI) à propos de l'appel à projets du CNLS dont l'ASFEGMASSI n'a pas été informée<sup>31</sup> et l'encourage à poursuivre son travail de plaidoyer pour les PVVIH, pour lequel il possède un leadership.

## FHI

Dr Shasha S. Willibrord, représentant permanent  
Soumah Mohamed, suivi-évaluation ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique  
06/02

Au grand étonnement de la mission, FHI affirme ne pas avoir reçu de projet concret de CDV, ni le projet de renforcement de la PEC (mars 2006). Son représentant renvoie la mission sur USAID pour plaider le projet et suggère une collaboration franco-américaine pour le centre.

FHI a néanmoins apporté son conseil à la construction de l'incinérateur du centre.

Par ailleurs, USAID informe la mission que FHI n'est pas reconduit comme agence d'exécution (cf. § USAID).

## FM/PNPCSP

Dr Youssouf Koïta, coordinateur adjoint PNPCSP<sup>32</sup> et coordinateur des programmes ASFEGMASSI  
Emmanuel Schaer, AiderAfrique  
04/02

Le projet ASFEGMASSI déposé au FM est en bonne voie: les ARV pour 100 PVVIH seraient fournis au centre (sans 2ème ligne), ainsi que des réactifs et consommables. La grève a reporté le déblocage des fonds. L'approvisionnement se fera par la PCG et non plus l'UNICEF. Les salaires ne peuvent être pris en charge dans le round 2, et probablement pas non plus dans le round 6.

### Historique et situation actuelle

Le PNPCSP est actuellement en attente du 1<sup>er</sup> décaissement de la 2<sup>ème</sup> phase du round 2<sup>33</sup>. Ce décaissement aurait dû avoir lieu depuis la fin décembre. Ce retard est peut-être lié aux incertitudes sur l'évolution de la situation politique. Le round 2 date de 2003, son application en Guinée a donc plus de 2 ans de retard. La 2<sup>ème</sup> phase s'étend sur 2 ans et devait démarrer au 1/4/06. Le PNPCSP a demandé par lettre aux ONG de faire une proposition de projet à financer par le FM sur la 2<sup>ème</sup> phase, en se conformant aux documents FM (indicateurs, budget, activités sélectionnées). C'est dans ce cadre que l'ASFEGMASSI a déposé son projet<sup>34</sup>. Le PNPCSP n'a aucune idée de la date à laquelle le décaissement aura lieu.

Le PNPCSP a été créé pour reprendre la gestion du FM au CNLS, après une période initiale où ce dernier a pris du retard dans la gestion du Fonds ; il n'était d'ailleurs pas destiné à le faire. La Guinée n'a pas postulé au round 3. Le volet TB du round 4 a été refusé et le volet TB du round 5 a été accepté. Les volets VIH et paludisme du round 6 ont été acceptés, même si des demandes de précisions de la part du FM sont en cours de traitement.

---

31 Rahim Diallo a eu connaissance de l'appel d'offres du CNLS. Suite au reproche de la mission de n'avoir pas diffusé l'information au sein du réseau ROSIGUI, il renvoie la responsabilité à Dr Fatou Barry (ASFEGMASSI et ROSIGUI) et indique qu'il a plaidé pour l'ASFEGMASSI auprès du PAM.

32 La coordinatrice est Dr Fatoumata Binta Diallo. Tous deux sont nommés par le ministre de la santé.

33 Un round = 2 phases

34 La 1ère version est intitulée incorrectement CDV

### Fonctionnement

Un appel à manifestation d'intérêt a eu lieu (clos le 15/1/06). On remarque que la GTZ et FHI n'y ont pas répondu (FHI n'est pas reconduit comme agence d'exécution de USAID, et la GTZ manifeste un intérêt pour un budget beaucoup plus important).

Chaque projet est d'abord étudié par l'Unité de gestion du FM, dirigée par le Dr Kaba, pour vérifier sa cohérence financière. Le PNPCSP se prononce ensuite, en vérifiant la conformité avec les documents acceptés par le FM (indicateurs, budget, activités sélectionnées), la pertinence des activités, les capacités de l'organisation à réaliser ces actions, et ses ressources disponibles.

### ASFEGMASSI

Le projet ASFEGMASI a reçu un avis positif de l'Unité de gestion.

La mission fait remarquer que le projet comporte une incohérence : un intitulé et un narratif de projet de CDV, mais un budget de projet de PEC globale. D'autre part, le poste salarial semble élevé (40% du total). Dr Koïta rappelle que l'ASFEGMASSI était très occupée par la rénovation du local et que le délai de dépôt du dossier était court (15 jours), le dépôt du dossier a été précipité.

Le PNPCSP a déjà fourni cette année à l'ASFEGMASSI des médicaments IO, et a dépanné temporairement en ARV.

La mission suggère que l'ASFEGMASSI demande les traitements ARV pour 150 à 200 patients et non pas 100, car il ne faut pas seulement prendre en charge la file active actuelle mais tenir compte de la file d'attente existante et de la progression pour les mois et années à venir. Le PNPCSP estime que le risque lié à une augmentation rapide est trop important car le financement du FM n'est pas absolument pérenne et que les conséquences d'une rupture d'approvisionnement serait encore plus néfastes. Un compromis consiste à considérer les 100 patients sous ARV actuellement, et à définir un objectif de progression à N et N+1, par ex. 50 par an, qui soit en conformité avec la progression prévue par le document FM. Les nouvelles inclusions se feront de toute façon en accord avec le comité technique national (réuni par quinzaine) auquel assiste Dr Mariama Ciré Kouyaté (responsable PEC ASFEGMASSI).

En complément AiderAfrique prévoit la mise en place d'un stock de sécurité, en rotation avec les délivrances et approvisionnements pour éviter sa péremption.

### Prise en compte des salaires par le FM

Le round 2 phase 2 ne prévoit que 130 000 USD pour ce poste, affectés à l'équipe de gestion du FM. Aucune rémunération de personnel n'est prévue dans le round 6 (sauf pour le personnel du PNPCSP et de l'Unité de gestion du Fonds : 400+200 K USD) .

La mission estime qu'un plaidoyer est nécessaire auprès du FM à ce sujet. Le PNPCSP pense que le FM a probablement une vision incomplète des capacités des ONG et de leurs capacité, et s'appuie sur le personnel de santé public - qui est sous-payé - tout en considérant la mauvaise gouvernance guinéenne.

### ARV

Le round 2 prévoit les traitements ARV pour 5 000 PVVIH, le round 6 en programme 11 000. Soit un total de 16 000 environ en totalisant les autres bailleurs.

### Avenir proche

Lorsque le décaissement FM sera effectif, une commande de la PCG sera passée pour un montant de 667 000 USD (IO + ARV + IST), dont 486 000 USD pour les ARV. Le FM prévoit une progression des inclusions d'environ 10% par trimestre. Une convention d'exécution sera conclue entre l'ASFEGMASSI et le PNPCSP, qui détaillera la fourniture d'ARV et IO, le suivi biologique, la file actuelle et les objectifs d'inclusions, les réactifs et les consommables de laboratoire.

## CNLS

Suite la mise en place progressive du FM, la BM réduit son financement au MAP. L'importance du CNLS va donc diminuer au profit du PNPCSP.

En conclusion, la mission constate que Dr Koïta est un appui clé pour l'ASFEGMASSI auprès du FM.

## Fraternité Médical Guinée (FMG)

Dr Sow, directeur

Soumah Mohamed, suivi-évaluation ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique  
06/02

FMG, créée en 1994 par des médecins, est une ONG qui gère 4 centres de soins (3 à Conakry, 1 à Kindia). Y sont dispensés les soins de santé primaire et les soins TB, lèpre, VIH et santé mentale. En 1996, FMG a fourni des soins aux TS sur les lieux de prostitution et en consultations mobiles, avec le programme Sida 3. Mais les moyens ont ensuite fait défaut. En 2001, Sida3 fournit des médicaments IO et forme du personnel FMG. En 2006, 800 TS sont suivies.

Actuellement et jusqu'en avril 2006, FMG a pour partenaire ENDA (Sénégal) dans les activités suivantes:

- TS (PEC médicale, AGR)
- PEC de 30 OEV (scolarité et soins médicaux)
- Formation de TS et du personnel
- Cadre de concertation des ONG sur les TS
- Etude de séroprévalence chez les clients des TS (4% chez les clients, 38% chez les TS)
- Promotion d'une dynamique des acteurs sur les TS, analyse juridique du cadre de la prostitution.

Ce projet sera poursuivi sur fonds propres.

Deuxièmement, FMG est opérateur dans le projet AEDES de renforcement des acteurs, sous la tutelle de la direction sanitaire de la ville de Conakry. L'appui technique est réalisé par AEDES (fonds UE) et la sous-traitance de la formation des associations est confiée à SongES. Ce projet associe 5 centres de santé primaire (2 associatifs et 3 publics) et 5 associations (ASFEGMASSI, FEG (qui s'est retiré du projet), AGUIP+, AFIAG, Felika), pour la PEC du VIH/sida (médicale, psychosociale, communautaire et OEV). Ce projet ne dispose pas d'ARV. Il s'est rapproché du centre MSF/B pour le transfert de compétences et vise la décentralisation des soins pour une plus grande proximité avec le public (en comparaison avec MSF/B, Donka, ASFEGMASSI). Un projet similaire existe au Burundi et en Haïti. L'objectif est de démontrer que les centres de santé primaire peuvent réaliser une PEC avec ARV. La durée du projet est de 2 ans, un stock de sécurité d'ARV a été acquis, un fonds d'appui de 50 000 USD va être disponible très prochainement.

La mission suggère à FMG de déposer un projet au FM pour obtenir des ARV. FMG propose à l'ASFEGMASSI de prendre en charge les soins aux patients qui résident dans leur secteur, dans le cadre d'une décentralisation des soins. Dr Bintou Bamba (présidente ASFEGMASSI) repousse cette proposition et met en avant l'activité de VAD de l'ASFEGMASSI. Il serait également à craindre une captation des patients par l'ONG de quartier, comme cela a pu se produire avec le centre MSF/B.

Plusieurs médecins FMG ont été formés au centre Donya (Mali). Le laboratoire de FMG a la capacité de faire les tests d'hématologie, parasitologie, sérologie et bactériologie. Un biologiste a été formé à Kindia à la technique de comptage CD4 Dynabeads.

## GTZ

Ibrahima Sory Barry, conseiller technique

Soumah Mohamed, suivi-évaluation ASFEGMASSI, Mme Touré, ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique

02/02

La GTZ soutient des associations de PVVIH (ex. AGUIP+), la communication en milieu scolaire pour le changement de comportement en Moyenne Guinée, effectue une surveillance épidémiologique et fournit un appui technique transversal.

Le financement à AGUIP+ est hors programme (hors zone Moyenne Guinée) et financé sur fond direct de la Coopération allemande : [www.gtz.de/backup-initiative](http://www.gtz.de/backup-initiative) ([backup-initiative@gtz.de](mailto:backup-initiative@gtz.de)).

La GTZ suggère à l'ASFEGMASSI de lui fournir un projet mené par des PVVIH, sur lequel son conseiller technique se propose de donner son conseil avant transmission à la Coopération allemande.

## Laboratoire national (Institut national de Santé Publique, INSP)

Dr Aboubacar Savané, biologiste chef, Dr Gamou, biologiste

Bamba Karamoko, gestionnaire ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique

05/02

Le tarif des examens effectués au Laboratoire national est fixé par le Ministère de la santé. Le laboratoire connaît des ruptures d'approvisionnement de réactifs (ex. rupture de CD4 depuis plus de 6 mois. Idem à Donka). Le tarif subventionné des CD4 demeure inchangé (11 000 GNF), le coût réel s'établissant autour de 150 000 GNF. Le laboratoire national a vocation à être centre de référence pour la charge virale et la PCR. Il veille à la décentralisation des unités de test.

La mission présente l'approche prise par l'ASFEGMASSI pour son laboratoire : réaliser les examens de base à l'aide de techniques simples, la numération CD4 par comptage manuel (technique Dynabeads), le matériel (centrifugeuse, spectrophotomètre, microscope) et le personnel (la biologiste Régina Loix du SMI Coronthie). Le Laboratoire a organisé une formation sur la technique Dynabeads à Kindia en novembre 2006, se propose d'assister l'ASFEGMASSI à ce sujet et d'assembler le microscope réceptionné. Un protocole d'accord pourra être conclu pour définir la collaboration future.

Dr Savané fut coordinateur national du programme national de prise en charge VIH/sida pendant 6 ans.

## MSP

Dr May Barry, directeur national

Dr Bintou Bamba, présidente ASFEGMASSI, Mme Touré, ASFEGMASSI, Dr Youssouf Koïta coordinateur des programmes ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique.

01/02

Après un échange d'appréciation positive sur les partenariats réciproques avec l'ASFEGMASSI, la mission présente au MSP la perspective d'AiderAfrique de transférer la prise en charge des 33 patients au FM lorsque celui-ci fournira des ARV. Le MSP demande à AiderAfrique de poursuivre l'appui technique auprès de l'ASFEGMASSI au delà de ce transfert et met en garde contre le risque de retard dans la fourniture d'ARV par le FM, qui

comporte des règles non écrites dans son fonctionnement. En réponse, AiderAfrique s'engage à entretenir un stock de sécurité à l'ASFEGMASSI et à poursuivre l'appui technique par les missions de suivi/évaluation du projet. Le MSP est vivement intéressé par le logiciel Santia de suivi des patients et de l'activité d'un centre de PEC VIH (un outil de collecte nationale étant en cours de développement au MSP) : une présentation au MSP est programmée, ainsi qu'une formation des responsables du PNPSP, dans les jours suivants.

## PAM

Adama Doumbouya, chargé de VIH/sida et de développement communautaire  
Dr Fatou Barry, vice-présidente ASFEGMASSI, Soumah Mohamed, suivi-évaluation  
ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique  
05/02

Le nouveau programme 2007-2011 du PAM est en cours d'élaboration, les fonds n'ont pas encore été reçus. En 2006, le PAM a pris en charge 624 familles. Le budget sera réduit sur le nouveau programme : seulement 512 familles seront prises en charge (412 à Conakry, 50 à Kankan, 50 à Labé). Les bénéficiaires actuels sont Dream – depuis juin 2006 – et les ONG prestataires pour MSF/B : Aide Famille Africaine, Action Intégrée Mère Enfant, Fondation Elisabeth Fati (?), FEG, CRS (Catholic Relief Society). Dream prend en charge 50 familles, CRS suit 70 familles. 5 personnes sont comptées par famille (au lieu de 7 en 2006). Il est peu probable que le PAM contracte avec une nouvelle ONG vu la réduction du budget : les actions se poursuivront avec les partenaires de départ. Une ration bimensuelle comprend 48 Kg de riz, 12 Kg de petits pois, 6 litres d'huile, 10 Kg de CSB, 2 Kg de sucre, 2 Kg de sel.

Sollicité par la mission sur le fait que le projet ASFEGMASSI n'a pas été retenu malgré de bonnes capacités de PEC, le PAM indique que le projet initial de renforcement de la prise en charge de l'ASFEGMASSI demandait un budget trop important pour le PAM. De plus, il aurait dû être formulé en nombre de familles prises en charge et non pas en montant chiffré. Un deuxième projet – pour le PAM seul – a été déposé au cours du 1<sup>er</sup> semestre et des corrections ont été apportées à l'occasion de la mission d'AIDES en août 2006 (Le nombre de familles a été réduit de 70 à 50 familles). Mais à ce moment, le PAM n'avait plus suffisamment de moyens disponibles. La contractualisation avec Dream a eu lieu avant cette date. Les chances sont désormais minimales pour un soutien à l'ASFEGMASSI en 2007. Par contre, le PAM incite l'ASFEGMASSI et ses partenaires à faire un plaidoyer pour l'aide alimentaire au sein du FM. Le programme du PAM ne prévoyait pas d'aide aux PVVIH : ce soutien a été fait de manière dérogatoire.

Dr Fatou Barry fait un long plaidoyer en faveur de l'ASFEGMASSI avec une perspective historique et Soumah Mohamed dénonce les ONG peu crédibles qui profitent du soutien du PAM.

## PCG

Dr Houssein Bah, directeur  
Bamba Karamoko, gestionnaire ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique  
05/02

La mission s'enquiert de la préparation de la commande de médicaments ARV et IO du FM (660 K USD). La sélection et la cotation des fournisseurs par la PCG se fera simultanément faute de temps (grève de janvier). L'appel d'offres concerne des laboratoires qualifiés par l'OMS pour les ARV, et qualifiés ou non pour les autres produits. La PCG souhaite tenir

compte des services offerts par les fournisseurs et pas seulement de leurs différences tarifaires, et se propose de regrouper les achats des opérateurs (Dream, MSF/B...).

## Santia

ASFEGMASSI, MSP/PNPCSP, Emmanuel Schaer (Santia)

### ASFEGMASSI

Formation de Soumah Mohamed et de Cissé. Présentation approfondie à Keira Mamady. Préparation de la mise en place du réseau par Cissé. Début de saisie des dossiers patients par Soumah Mohamed.

### MSP/PNPCSP

Le Directeur national de la santé Dr May Barry est vivement intéressé par cette solution pour collecter les données au niveau national. Emmanuel Schaer (Santia) est à la disposition du MSP pour effectuer des missions de formation.

Par ailleurs, il existe un projet en cours de réalisation d'une base de données nationale au CNLS (SIDAPES, Dr Tierno Souleymane, responsable suivi/évaluation au CNLS).

08/02

Le logiciel est présenté au MSP : Dr May Barry, directeur national de la santé, responsables du PNPCSP et de l'Unité de gestion du FM, un informaticien. Intérêt manifeste des participants.

09/02

Les responsables du PNPCSP assistent à une formation dispensée par Emmanuel Schaer (Santia) au sein du centre de l'ASFEGMASSI. Cette formation à l'ASFEGMASSI souligne à l'attention des pouvoirs publics la compétence de l'association dans le métier de la PEC. La deuxième session est annulée à cause des événements politiques (cf. note 29).

## SCAC

Jacques Biau, attaché de coopération santé/gouvernance, Arnaud Klein, relations ONG, AFVP

Emmanuel Schaer, AiderAfrique

Déjeuner 02/02

Le SCAC exprime sa satisfaction vis-à-vis de l'ASFEGMASSI, des travaux de rénovation et du déroulement du partenariat. L'inauguration est prévue les prochains jours en présence de l'ambassadeur de France M. Berrit. Au sujet du besoin de financement des salaires 2007, le SCAC précise que les rémunérations peuvent être prises en charge dans un FSD mais elles doivent être prévues dès le départ. Un nouveau FSD est envisageable (ex. décentralisation à Boké) une fois le premier FSD soldé et le fonctionnement du centre assuré.

## Syndicats

05/02

Emmanuel Schaer (AiderAfrique) rencontre brièvement les leaders syndicaux Pr Ibrahima Fofana et Mme Rabiadou Diallo à la Bourse du travail, pour leur transmettre un communiqué de soutien à la société civile guinéenne par les OSC françaises (PCPA Guinée), leur exprimer un soutien solidaire du mouvement social et s'entretenir avec Mme Rabiadou Diallo de la prise en charge des employés séropositifs par les entreprises minières.

## USAID

Dr Soukénatou Traoré, chargée VIH, Dr Mariama Ciré Bah, chargée de la santé de la reproduction, Elisabeth Kibour, superviseur santé  
Soumah Mohamed, suivi-évaluation ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique  
08/02

Le nouveau plan stratégique 2006-2008 de l'USAID est défini et doit débiter en mars 2007. L'agence exécutive pour le volet VIH est désormais RTI (Research Triangle Institute) et non plus FHI. L'installation des bureaux de RTI devrait avoir lieu d'ici fin mars 2007. RTI fera appel à PSI. L'ASFEGMASSI étant déjà référencée dans les activités de FHI, RTI disposera de son contact. Le pouvoir de décision sur les projets appartient à RTI, USAID n'est pas en contact direct avec les ONG locales. Des ONG locales « avant-gardistes » doivent être désignées par RTI dans chaque domaine d'intervention pour coordonner l'action des associations. USAID communiquera à la mission par email le document stratégique (EPS) du nouveau programme. Son thème est la bonne gouvernance et le renforcement de la société civile et des capacités gouvernementales. Le VIH est un thème transversal.

USAID assure à la mission qu'elle conserve le projet de l'ASFEGMASSI et estime qu'il présente une bonne opportunité pour la lutte contre le VIH/sida. D'autre part, le projet d'antenne à Kankan est bien vu, car Kankan fait partie de la zone prioritaire d'intervention. USAID rappelle que rien n'avait été promis à l'ASFEGMASSI en 2006, en référence à l'email de relance d'AIDES (Mach-Houd Kouton).

## Wafrica

Mariam Camara, présidente, équipe ASFEGMASSI, Emmanuel Schaer, AiderAfrique  
06/02 et 07/02

Wafrica est une nouvelle association qui a pour objectif de venir en aide aux femmes, notamment dans le domaine du VIH/sida. Le siège est situé dans le bâtiment du cyber Mouna. Sa présidente, docteur en pharmacie, est une guinéenne qui revient des Etas-Unis. L'équipe est composée de jeunes stagiaires.

L'association n'est pas bailleur, mais oriente les ONG opérateurs vers les bailleurs ou vers le PNUD par exemple. Wafrica a organisé une vente de charité (Hôtel Le Rocher) dont le produit (un tableau, 1,2 millions de GNF) doit être versé à l'ASFEGMASSI. Wafrica informe la mission et l'ASFEGMASSI de l'éventuelle implantation en Guinée de la fondation américaine Aids Health Care au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2007 (PEC avec ARV).

*La mission est interrompue le vendredi 09/02 au soir à cause des événements politiques<sup>35</sup>*

---

<sup>35</sup> Vendredi 09/02 au soir, le Président guinéen nomme un proche comme 1er ministre en dépit des revendications du mouvement social. Un début d'insurrection populaire éclate à Conakry et en région, faisant plusieurs victimes. Le lundi suivant, l'état de siège militaire est proclamé, la circulation est interdite aux heures de la journée, entre autres restrictions.

## Annexe 2 – Coût du bilan biologique initial (GNF)

Hémogramme		
	NFS	10 000
	Plaquettes	7 500
	Hématocrite	10 000
Biochimie		
	Glycémie	5 000
	Transaminases	20 000
	Créatinine	15 000
	Triglycérides	15 000
Sérologie		
	Confirmation VIH	15 000
	Antigènes Hbs	25 000
Bactériologie		
	ECBU	15 000
Parasitologie		
	GE	5 000
	Selles	3 000
Radio pulmonaire		?
CD4		10 000
<b>Total</b>		<b>&gt; 155 500 GNF</b>

## Annexe 3 – Photos



L'équipe de l'ASFEGMASSI autour de la présidente Dr Bintou Bamba



Le bureau de consultation médicale de Dr Mariama Ciré Kouyaté