



USAID | **GUINEA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Guinea PRISM II Project: 2005 Annual Report (French)

October 2005

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by Management Sciences for Health.

Guinea PRISM II Project: 2005 Annual Report (French)

Tanou Diallo

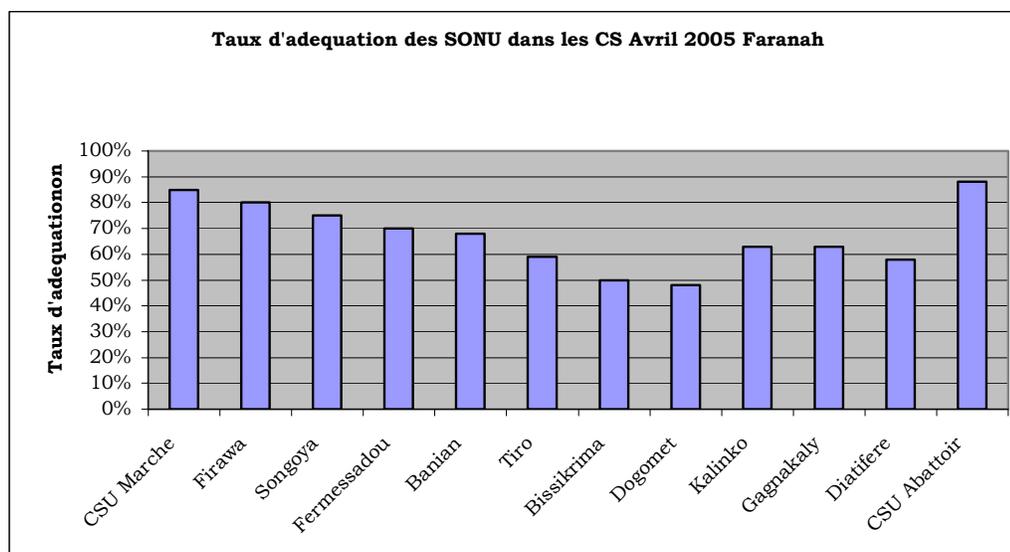
October 2005

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of Cooperative Agreement Number 675-A-00-03-00037-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Guinea PRISM II Project
Management Sciences for Health
784 Memorial Drive
Cambridge, MA 02139
Telephone: (617) 250-9500
www.msh.org

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
LISTE DES ACRONYMES.....	3
SOMMAIRE EXECUTIF	7
RESUME DES PRINCIPALES ACTIVITES	10
RESULTATS INTERMEDIAIRES PAR VOLET	12
RI1 - Accroissement de l'ACCES aux services de santé de la reproduction.....	13
SECTION I : DISPONIBILITE AU NIVEAU DES SITES DES RESSOURCES ESSENTIELLES	13
SECTION II : EQUITE DANS L'ACCES ET PERENNITE DANS L'OFFRE DES SERVICES AU NIVEAU DES SITES.....	13
1.1 Intégration des Services SR.....	15
<i>Intégration des Services de PF et de Prévention des IST/SIDA.....</i>	15
<i>Intégration des Services de Prise en charge Syndromique des cas d'IST.....</i>	18
<i>Extension & Renforcement des services à base communautaire</i>	19
<i>Formation et déploiement des Accoucheuses Villageoises formées.....</i>	22
1.3 Renforcement de la Logistique des ME & C.....	24
<i>Formation en Gestion des ME & C.....</i>	24
<i>Renforcement de la disponibilité des ME&C.....</i>	24
2002.....	27
2003.....	27
2004.....	27
2005.....	27
Niveau inférieur ou égal à 10% de ruptures	27
54.0.....	27
20.5.....	27
7.4.....	27
0**.....	27
1.4 Disponibilité du matériel médical de base et des outils IEC et de gestion.....	28
<i>Mise à disposition du Matériel médical.....</i>	28
<i>Mise à disposition du Matériel IEC (boîtes à image, dépliants, etc.).....</i>	28
1.5 Amélioration de l'Equité dans l'accès.....	30
<i>Promotion de l'accès équitable aux services SR.....</i>	30
AMELIORATION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE DANS LA GESTION DES CS.....	33
SNIS:.....	36
2.1 Normes & Procédures en SR, Protocoles de Référence.....	38
<i>Mise à jour des Normes et Procédures en SR.....</i>	38
2.3 Renforcement des systèmes de soutien à la qualité des prestations de service	40
<i>Amélioration des capacités des gestionnaires du système de santé en gestion des ressources humaines</i>	40
<i>Organisation d'un atelier MOST/SNIS.....</i>	40
<i>Amélioration des capacités de supervision des équipes cadres de district: Supervision Facilitante (SF) et COPE.....</i>	41
<i>Pratiques de reconnaissance de la qualité des soins, des services et de la gestion.....</i>	46
<i>Santé Maternelle et Infantile.....</i>	49



.....	50
2.5 Renforcement du Système National d'Information Sanitaire.....	52
<i>Mise à jour des indicateurs SR du SNIS</i>	52
<i>Décentralisation du traitement informatique des données du SNIS et renforcement des capacités des DRS et DPS en Suivi et Evaluation</i>	52
<i>Renforcement des capacités des gestionnaires des services de santé dans l'utilisation des données pour la prise de décision</i>	52
RI 3 - Accroissement de la DEMANDE des services.....	53
3.1 Amélioration des capacités en gestion et en coordination des Programmes IEC/CCC.....	54
3.2 Renforcement des interactions Communauté et Centres de santé.....	54
3.3 Accroissement de la demande pour les divers services en SR et promotion des comportements responsables.....	55
RI - 4 Amélioration de la COORDINATION.....	58
4.1 Amélioration de la coordination au niveau local.....	59
<i>Appui technique à la supervision régionale des Journées nationales de vaccination (JNV) et de la Campagne de vaccination contre la poliomyélite et de Supplémentation en Vitamine A</i>	59
<i>Participation à l'Atelier régional de restitution des résultats de l'Enquête de base portant sur l'impact de l'utilisation du partogramme dans la région de Kankan</i>	59
<i>Participations aux Comités Techniques Préfectoraux de Santé (CTPS)</i>	60
<i>Participations aux Comités Techniques Régionaux de Santé (CTRS)</i>	60
4.2 Amélioration de la coordination au niveau institutionnel.....	61
<i>Coordination avec le Ministère de la Santé</i>	61
<i>Appui à l'évaluation de la phase pilote du programme PCIME</i>	63
<i>Coordination avec les partenaires</i>	65
<i>Activités ayant entraîné un partage de coûts avec des partenaires bénéficiant d'un financement autre que l'USAID</i>	66
FAITS SAILLANTS AYANT EU DES INCIDENCES SUR LE PROJET.....	68

LISTE DES ACRONYMES

Acronymes	Définitions
AC	A gent C ommunautaire
AGBEF	A ssociation G uinéenne pour le B ien- ê tre F amilial
AF	A nnée F iscale
AT	A ssistant T echnique
AV	A ccoucheuse V illageoise
CAP	C ouple A nnée P rotection
CCS	C hef de C entre de S anté
CENAFOD	C entre N ational de F ormation et de D éveloppement
CIP/Counseling	C ommunication I nter P ersonnelle et C ounseling
CNLS	C omité N ational de L utte contre le S ida
CO	C ontraceptifs O raux
CoGes	C omité de G estion
COPE	C lient O riented P rovider E fficient.
CORE	Outil d'analyse des C oûts et R evenus
CPC	C onsultation P rimaire C urative
CPN	C onsultation P ré N atale
CPS	C hef de P oste de S anté
CPSC	C omité de P romotion de la S anté
CS	C entre de S anté
CSC	C omité de S anté C ommunautaire
CSU	C entre de S anté U rbain
CTC	C omité T echnique de C oordination
CTPS	C omité T echnique P réfectoral de la S anté
CTRS	C omité T echnique R égional de la S anté
DIU	D ispositif I NTRA- U TÉRIN
DPS	D irection P réfectorale de la S anté
DRS	D irection R égionale de la S anté
DSR	D ivision de la S anté de la R eproduction
HG	H aute G uinée
GPIEC	G roupe P réfectoral I EC
GRIEC	G roupe R égional I EC
GTZ	Agence de Développement Allemande
IEC	I nformation, E ducation et C ommunication
IPD	I nformation pour la P rise de D écision
IST	I nfection S exuellement T ransmissible
JNV	J ournée N ationale de V accination
ME&C	M édicaments E ssentiels et C ontraceptifs
MSH	M anagement S ciences for H ealth
MSP	M inistère de la S anté P ublique
MURIGA	Mutuelle de santé consacrée à la référence des femmes lors des accouchements
N&P	N ormes et P rocédures
ONG	O rganisation N on G ouvernementale

Acronymes	Définitions
PCG	Pharmacie Central de Guinée
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV/SSP/ME	Programme Elargie de Vaccination/Soins de Santé Primaires/Médicaments Essentiels
PF	Planification Familiale
PI	Prévention des Infections
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNMSR	Programme National de Maternité Sans Risques
PPS	Point de Prestation de Services
PRCL	Programme de Renforcement des Capacités en Leadership
PS	Poste de Santé
PTME	Programme de Transmission Mère et Enfant
PV	Point de Vente
RI	Résultat Intermédiaire
SAA	Soins Après Avortement
SBC	Services à Base Communautaire
SF	Supervision Facilitante
SIDA 3	Projet de Lutte contre le Sida en Afrique de l'Ouest (2, phase)
SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Santé de la Reproduction
USAID	Agence Américaine pour le Développement International

USAID/Guinée OS # 2

Utilisation accrue des services essentiels de PF/SMI et prévention des IST/SIDA

PRISM II Vision

D'ici la fin de 2005, la population de la Haute Guinée (HG) sera bien informée et en mesure de trouver, auprès d'un point de prestation de service (PPS) proche, des services de prévention et de santé reproductive répondant à leurs besoins : tous les PPS de HG offriront un paquet intégré de services de santé reproductive, tel que défini dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et conforme aux standards de qualité nationaux.

INTRODUCTION

Le Projet PRISM (Pour Renforcer les Interventions en SR et MST/SIDA) est une initiative du Gouvernement Guinéen s'inscrivant dans le cadre de sa coopération bilatérale avec les Etats-Unis d'Amérique visant l'accroissement de l'utilisation de services de Santé de la Reproduction de meilleure qualité¹. Le projet bénéficie d'un financement de l'Agence Américaine pour le Développement Internationale (USAID) et est mis en œuvre sur le terrain par l'ONG américaine MSH (Management Sciences for Health) en collaboration avec le Centre pour les Programmes de Communication de l'Université John Hopkins (JHU/CCP) et EngenderHealth.

La vision de PRISM est qu'à la fin de l'année 2005, les populations de sa zone d'intervention auront accès à des services et à de l'information en matière de santé de la reproduction de bonne qualité et répondant à leurs besoins. La zone d'intervention du projet correspond à la région naturelle de la Haute Guinée en plus de la Préfecture de Kissidougou, c'est à dire l'ensemble des 9 préfectures des régions administratives de Kankan et de Faranah.

Le présent rapport couvre les activités réalisées et les résultats obtenus avec l'appui de PRISM au cours de la période s'étalant du 1^{er} Octobre 2004 au 30 Septembre 2005, soit l'année fiscale (AF) 2005. Comme pour tous les rapports d'activités de PRISM, le présent rapport est structuré selon les 4 axes d'intervention (Résultat Intermédiaire, ou RI selon la terminologie de l'USAID) définis, à savoir : (1) **l'élargissement de l'accès** aux services et produits de la santé de la reproduction, (2) **l'amélioration de la qualité** de ces services au

¹ Ceci correspond aussi à l'objectif Stratégique n°2 inscrit au programme de l'USAID en Guinée et qui s'intitule comme suit : "Increased use of essential Family Planning, Maternal and Child Health and STI/AIDS prevention services and practices".

niveau des sites de prestation, (3) l'**accroissement de la demande** de produits et services en matière de santé de la reproduction et (4) une **meilleure coordination des interventions**.

Le rapport est constitué de trois parties. La première partie du rapport présente l'introduction, un sommaire exécutif et le résumé des principales réalisations obtenues au cours de l'année dans chacun des quatre axes d'intervention (RI). La seconde partie du rapport présente en détail pour chaque RI les stratégies et approches du projet, les activités mises en œuvre et les résultats obtenus au cours de l'année. La troisième partie présente les aspects opérationnels ayant eu un impact sur le Projet au cours de l'année.

SOMMAIRE EXECUTIF

Le présent rapport couvre l'année fiscale 2005 de l'USAID, (Octobre 2004 – Septembre 2005). Il s'articule autour des quatre axes stratégiques habituels d'intervention du projet : (1) l'accroissement de l'accès aux services de SR, (2) l'amélioration de la qualité des services, (3) l'accroissement de la demande des services et (4) l'amélioration de la coordination des interventions.

RI1 : Accroissement de l'accès aux services de SR

Le projet PRISM a appuyé au cours des dernières années l'intégration de la totalité des centres de santé de la Haute Guinée dans l'offre des services de planification familiale et de prévention des IST. Pour assurer que ces centres de santé poursuivent effectivement l'offre continue de ces services, le Projet PRISM a mis en place un programme de formation visant à faire face au déplacement de certains prestataires formés et/ou à l'arrivée de nouveaux agents (non formés) dans la région. A cet effet, au cours de cette année, le projet PRISM a organisé, la formation de 39 prestataires venant de divers centres de santé des régions sanitaires de Kankan et de Faranah. Avec cette formation, ce sont tous les centres de santé des régions sanitaires de Kankan et de Faranah qui disposent désormais de deux agents formés à l'offre de la PF et la prévention des IST/SIDA.

Tout comme la planification familiale et la prévention des IST, le Projet PRISM, appuie en Haute Guinée et dans la Préfecture de Kissidougou, l'intégration des services de prise en charge syndromique des IST dans les centres de santé. Au cours de cette année ce sont 43 centres de santé qui ont été intégrés à la prise en charge syndromique des IST portant ainsi 100% la proportion de CS offrant cette activité.

En matière de renforcement de l'accès aux services de santé, le Projet PRISM appuie aussi le déploiement d'un réseau de distribution des services communautaires dans sa zone de couverture. Ainsi, au cours de cette année l'ensemble des 423 agents SBC de la zone prioritaire de PRISM ont été formés à la distribution des contraceptifs oraux (en première intention) et la VitA dans les villages.

Le curriculum de formation par images des accoucheuses villageoises a été édité sur papier spécial et sa reproduction en un millier de copies réalisée. Au cours de cette année, la formation de 48 accoucheuses villageoises a été réalisée permettant ainsi d'atteindre 100% de la cible dans chacune des préfectures de Kankan (61/60 AV ciblées), de Kérouane (42/40 AV ciblées) et Faranah (50/50 AV ciblées). Trois nouvelles AVs formées en remplacement des démissionnaires. Au total 156 AVs formées pour un objectif de 150 AV formées dans ces trois préfectures à la fin septembre 2005.

En matière de suivi de la disponibilité des médicaments essentiels dans les centres de santé, chaque centre de santé de la zone couverte par le Projet a reçu au moins une visite de supervision conjointe PRISM/DRS au cours de cette année, soit un total de 109 centres de santé visités dans le cadre du suivi de la disponibilité des Médicaments essentiels ainsi que de la qualité de leur gestion. Au cours de cette supervision, le test IMAT² a été exécuté permettant de confirmer l'absence de plus en plus notoire des médicaments essentiels dans les centres de santé.

Au cours de cette année, 12 mutuelles de santé ont entamé la prise en charge des frais médicaux de leurs adhérents atteignant ainsi 30 sur les 31 mutuelles ciblées dans ce sens pour la fin de l'année 2005. Au cours de cette année, toutes les mutuelles mises en place dans les Préfectures de Kankan, Kérouane et de Faranah ont fait objet de visite de suivi.

Au cours de cette année, le projet PRISM a soutenu la création de 329 Comités de Santé Communautaires dans les préfectures de Kankan, Faranah et de Kérouané afin de renforcer la participation de ces communautés dans la gestion de leurs services de santé, soit 100% de la cible du Projet pour fin Septembre 2005. Après la mise en place des 329 CSC, le Projet PRISM a appuyé la mise en place des 12 CPSC, (anciens comités de gestion) au cours de l'année portant à 38 CPSC mis en place, soit 100% de la cible du Projet pour fin Septembre 2005.

RI2 : Amélioration de la qualité des services

Le niveau de qualité des prestations, apprécié à l'aide d'outils standard élaborés à partir des normes et procédures définies par le Ministère de la Santé Publique, est resté globalement élevé. Le pourcentage des prestations conformes à 60% ou plus avec les Normes & Procédures (Taux d'adéquation à 60% et plus), a atteint 78% pour la CPN ; 90% pour la Planification familiale, 73% pour la prise en charge syndromique des IST et 79% pour les prestations liées à la Survie de l'Enfant, pour un objectif annuel fixé à 75%.

En moyenne sept visites de supervision par centre de santé (7,4 pour un objectif de 4) ont été effectuées au cours de l'année par les DPS, les DRS et les techniciens de PRISM. La fréquence est largement en hausse par rapport à l'année 2004 (3,2) ou l'année 2003 (1,5).

L'intégration de l'approche COPE s'est poursuivie dans 39 centres de santé et 3 services hospitaliers portant le nombre à 91 pour un objectif annuel de 80. L'approche a été introduite au niveau communautaire dans 10 structures sanitaires, au cours de l'année, à titre expérimental.

² Inventory Management Assessment Tool

Par ailleurs, au cours de cette année, en collaboration avec les Directions Régionales des régions sanitaires de Faranah et Kankan, le projet a entrepris d'apprécier les performances des structures sanitaires et des institutions communautaires mises en place dans la zone, puis de décerner une reconnaissance à celles qui sont méritantes et susciter ainsi une culture de continuité de la qualité des services

De même, au cours de cette année, PRISM a participé techniquement et financièrement et en tant que partenaire privilégié, à la mise en œuvre ainsi qu'à la revue du programme PCIME organisé par le Ministère de la Santé.

Au cours de l'année, les prestataires de 12 centres de santé de la préfecture de Kankan ont bénéficié d'une formation sur le site en SONU. De même 25 prestataires ont été formés sur le partogramme.

Le programme de gestion de l'information sanitaire, «RAMCES» a été installé dans les 9 DPS couvertes par le Projet au cours de cette année.

RI3 : Accroissement de la demande des services

Renforcer les capacités des structures communautaires dans l'appui aux activités de changement de comportement a été le fer de lance des interventions de la composante CCC durant l'année 2005. Les groupes préfectoraux IEC ont bénéficié de l'appui technique et financier nécessaire pour réaliser les activités de sensibilisation touchant le grand public. Dans certaines préfectures, la supervision des acteurs/relais communautaires a été réalisée, ce qui a permis au projet de juger de la capacité des structures communautaires à appuyer les services de santé. La formation des pairs relais a été accentuée surtout dans les mines où une nouvelle approche qui consiste à impliquer les « Bureaux des ressortissants » dans la lutte contre le SIDA a été lancée.

RI4 Amélioration de la coordination

Au niveau décentralisé, PRISM a participé activement, au cours de cette année à l'organisation des sessions semestrielles des groupes régionaux IEC de Kankan et de Faranah.

Au niveau central, PRISM a appuyé l'organisation de l'atelier de revue de la PCIME en Guinée et à la réunion du groupe thématique SR.

En outre, la collaboration avec les divers partenaires sur le terrain se poursuit, notamment avec EngenderHealth, HKI ainsi qu'avec l'OMS en ce qui concerne la poursuite des activités PCIME, notamment.

RESUME DES PRINCIPALES ACTIVITES

RI1 - Accroissement de l'ACCES aux services de santé de la reproduction

Intégration des Services SR

- ↻ 40 chefs de centre et/ou agents CPN/PF formés à la prise en charge de la PF et de la prévention des IST ;
- ↻ 43 nouveaux CS intégrés en prise en charge syndromique des IST portant à 100% le pourcentage des centres intégrés en PEC syndromique des IST dans la zone du Projet ;
- ↻ 423 agents SBC formés dans le cadre de la stratégie de distribution des contraceptifs oraux en premier approvisionnement;
- ↻ 48 nouvelles AV formées portant à 156 le nombre total des AVs formées;
- ↻ 329 CSC et 38 CPSC mis en place dans les Préfectures de Faranah, Kankan et Kérouane;

Renforcement de la Logistique des ME & C

- ↻ IMAT administré dans 109 CS;
- ↻ Situation de la disponibilité des contraceptifs faite dans l'ensemble des centres de santé de la Haute Guinée et dans la Préfecture de Kissidougou;
- ↻ Approvisionnement spécial de tous les centres de santé de la Haute Guinée et dans la Préfecture de Kissidougou en contraceptifs ;
- ↻ Situation annuelle de la disponibilité des contraceptifs dans 3 dépôts régionaux effectuée.

Disponibilité du matériel médical de base et des outils IEC et de gestion

- ↻ Plusieurs milliers de copies du dépliant portant sur les IST/SIDA, le Foudoukoudounin et les grossesses non désirées reproduits et distribués ;

Amélioration de l'Equité dans l'accès

- ↻ 12 nouvelles mutuelles de santé fonctionnelles et l'ensemble des mutuelles de santé des Préfectures de Kankan, Kérouane et de Faranah observées dans le cadre de l'amélioration de leur fonctionnement.

RI2 - AMELIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SR

Normes et procédures SR

Les termes de références pour la révision des documents de normes et procédures en SR ont été élaborés et l'enquête réalisée.

Qualité des soins

- ↻ Le pourcentage des prestations conformes à 60% ou plus avec les Normes & Procédures (Taux d'adéquation à 60% +) est passé, dans la période, de 76% à 78% pour la CPN, de 94% à 90% pour la PF ; de 69% à 73% pour la p.e.c. syndromique des IST et de 84% à 79% pour les prestations de Survie de l'Enfant entre les années fiscales 2004 et 2005;

Renforcement des systèmes de soutien à la qualité:

Supervision

- Le nombre moyen de supervisions par CS et par année est passé de 1,5 en 2003 à 3,2 en 2004 et 7,5 en 2005.

COPE

- COPE clinique intégré dans 39 autres CS portant et 3 services hospitaliers portant à 91 les CS intégrés sur 80 ciblés et à 20 les services hospitaliers sur 18 ciblés.

Renforcement de la qualité des prestations de services SR :

- Formation sur le tas des prestataires de 12 CS de Kankan en SONU ;
- Suivi post formation en SONU réalisé dans 12 centres de santé de Faranah.

Système d'Information Sanitaire

- Le volet hôpital de l'application RAMCES a été développé pour la gestion de l'information sanitaire
- Installation de RAMCES dans toutes les 9 Préfectures sanitaires de la zone

RI 3 - Accroissement de la DEMANDE des services

Amélioration des capacités en gestion et en coordination des Programmes IEC

- Dix neuf (19) plans d'action IEC financés ;
- Quatre (4) réunions de GRIEC réalisée ;

Renforcement des interactions entre communauté et Centres de santé

- 373 acteurs/relais communautaires formés dans les Préfectures;
- 159 nouveaux pairs éducateurs, y compris les diamantaires, les représentants de certaines associations formés en prévention et lutte contre les IST/SIDA.
- 105 membres de clubs scolaires formés à la dissémination des messages pour la prévention des IST.
- 140 Responsables de salons de coiffures formés ;
- 145 enseignants formés à l'approche EPE ;
- Plusieurs milliers d'exemplaires du dépliant « Aide mémoire pour les mères » portant sur des thèmes de la maternité sans risques ont été reproduits et distribués
- La vidéo éducative « Le choix » portant sur la prévention du SIDA en cours de finalisation ;

RI - 4 Amélioration de la COORDINATION

Coordination au niveau local

- 4 GRIEC sponsorisés ;
- Participation à l'atelier national de revue de la PCIME.

RESULTATS INTERMEDIARIES PAR VOLET

RI1 - Accroissement de l'ACCES aux services de santé de la reproduction

Cette partie du Rapport Annuel de PRISM présente les progrès réalisés durant l'année fiscale 2005 dans le domaine de l'amélioration de l'accès aux services de santé de la reproduction. Elle est organisée en deux sections correspondant chacune à une stratégie par laquelle le Projet PRISM œuvre pour l'amélioration de l'accès : la première partie concerne **la disponibilité des ressources essentielles (y compris le suivi & l'évaluation des résultats)** et la seconde **l'Équité et la Pérennité** dans l'accès à ces services.

Section I : Disponibilité au niveau des sites des ressources essentielles

1. Définir, disséminer et appuyer autant que possible la mise en oeuvre du Paquet Minimum d'Activités (PMA) du système de soins de santé primaires (y compris au niveau communautaire);
2. Réaliser et consolider l'intégration des services de PF, SMI et IST/SIDA au niveau des sites et au niveau communautaire;
3. Assurer un approvisionnement pérenne des sites en matériel médical; supports IEC et de Gestion;
4. Renforcer la gestion des médicaments essentiels (y compris les contraceptifs) à tous les niveaux du système.

Section II : Équité dans l'accès et Pérennité dans l'offre des services au niveau des sites

5. Promouvoir l'équité dans l'accès aux services de SR en mettant en place une politique visant à faire respecter les tarifs des prestations;
6. Renforcer l'appropriation communautaire à travers la mise en place (1) de **mutuelles de santé** et autres associations intéressées par l'entraide communautaire et (2) de **comités de gestion** des centres de santé représentatifs de la communauté, fonctionnels et intéressés par l'amélioration du recouvrement des coûts au niveau des sites.

DISPONIBILITE DES RESSOURCES AU NIVEAU DES SITES

Pour qu'un service soit véritablement disponible dans un site de prestation, il faut que ce dernier dispose simultanément des ressources essentielles suivantes : du personnel formé en la matière, les médicaments ainsi que le matériel médical indispensables, de même que les supports IEC et de gestion prévus pour ledit service. Un site est alors considéré comme pouvant être fonctionnel dans l'offre d'un service donné lorsqu'il dispose d'au moins un prestataire formé ainsi que de la plupart³ des ressources matérielles essentielles requises pour ce service. Le projet PRISM appui sur ce plan le MSP à (i) mettre à jour et disséminer le PMA devant être offert à chaque niveau de la pyramide sanitaire et (ii) assurer que les sites de prestation de sa zone d'intervention disposent en effet des ressources essentielles nécessaires aux services de SR qui y sont prévus.

RI1 : Principales activités et résultats réalisés en 2005

- ↻ 4 prestataires formés en insertion/retrait du DIU portant le nombre total de prestataires formés à 45 sur 41 préalablement ciblés pour la fin 2005.
- ↻ 48 accoucheuses villageoises (AV) formées portant à 156 le nombre total d'AV formées par le Projet sur 150 préalablement ciblées pour la fin 2005 ;
- ↻ 20 chefs de centre de santé récemment mutés à ce poste formés en gestion des médicaments essentiels et gestion d'équipe, maintenant à 100% la proportion de chefs de centre formés.
- ↻ 12 mutuelles initiées en 2004 ont commencé la prise en charge des adhérents en 2005 portant à 30 sur 31 le nombre de total de mutuelles qui prennent en charge leurs adhérents.
- ↻ 12 CPSC mis en place portant le total à 38 sur les 38 ciblés pour la fin 2005;
- ↻ 95 CSC suivis/supervisés sur les 329 mis en place;
- ↻ 423 AC formés pour la distribution directe des contraceptifs oraux sur les 423 agents ciblés pour la fin 2005 ;
- ↻ 70% des centres de santé (CS) pour lesquels le service de PF et de prévention des IST/SIDA sont intégrés en HG, disposent de plus de 80% des ressources essentielles requises pour être fonctionnel dans l'offre de ce service pour un objectif de 75% en fin 2005 ;
- ↻ 43% des CS de la HG disposent de plus de 80% des ressources essentielles requises pour être fonctionnel dans l'offre des services de consultations prénatales (CPN) pour un objectif de 75% en fin 2005
- ↻ 41% des CS de la HG disposent de plus de 80% des ressources essentielles requises pour être fonctionnel dans l'offre des services associés à la survie de l'enfant (SE) pour un objectif de 75% en fin 2005
- ↻ 45% des CS pour lesquels la prise en charge syndromique des IST est intégrée en HG disposent de plus de 80% des ressources essentielles, pour un objectif de 75% en fin 2005 requises pour être fonctionnel dans l'offre de ce service pour un objectif de 75% en fin 2005.

³ Pour des fins de gestion et de suivi des résultats, un seuil minimal de 80% a été retenu pour établir la fonctionnalité du site sur le plan de la disponibilité des ressources matérielles essentielles.

1.1 Intégration des Services SR

L'appui du Projet au MSP pour l'intégration dans les sites fixes (Postes de Santé, Centres de Santé et Maternités des Hôpitaux) de nouveaux services SR concerne essentiellement deux volets : (1) les services de Planification Familiale, y compris la prévention des IST et (2) la prise en charge syndromique des IST. Dans chacun de ces volets, l'intégration signifie la formation des prestataires ainsi que la fourniture d'un lot initial de produits/médicaments et d'outils IEC et de gestion nécessaires à l'offre de ces services. Pour améliorer l'offre de services, à l'intégration dans les sites fixes, PRISM adjoint l'extension de certains de ces services au niveau communautaire, principalement par la mise en place des Services à Base Communautaire (SBC) ainsi que la formation et le déploiement des accoucheuses villageoises conformément à la politique du Programme National de Maternité Sans Risque (PNMSR).

Intégration des Services de PF et de Prévention des IST/SIDA⁴

Pour l'année fiscale 2005, le Projet PRISM s'était assigné un objectif essentiel dans le domaine de l'intégration des services de PF: Maintenir les acquis en faisant une formation complémentaire de 40 agents des CS des régions de Kankan et de Faranah ayant connu le déplacement de leurs prestataires déjà formés. Le tableau ci-dessous indique l'évolution du pourcentage des sites intégrés en PF et prévention des IST par le Projet PRISM depuis l'année 2002.

Pourcentage de sites en HG et Kissidougou dans lesquels la PF et la prévention des IST/SIDA est intégrée

	2002		2003		2004 - 2005	
	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat
Maternités	100	100 (n=8)	100	100 (n=9)	100	100 (n=9)
Centres de Santé	100	100 (n=89)	100	96 (n=104)	100	100 (n=109)
PS	N/A	N/A	25	13 (n=119)	47	47 (n=119)

Dans ce tableau, on peut noter que la totalité des maternités et des centres de santé et 47% des postes de santé alors intégrés au PEV/SSP/ME en Haute Guinée et dans la Préfecture de Kissidougou disposent d'au moins un prestataire formé à l'offre des services de planification familiale et de prévention des IST/SIDA. Et lorsqu'il y a de nouveaux centres de santé

4. Indicateur de Performance 1.2 de PRISM

reconnus par le PEV/SSP/ME, ils sont immédiatement intégrés par la formation des prestataires y affectés.

En outre le suivi post-formation a été assuré à travers la supervision facilitante des équipes préfectorales au niveau des CS, et celle des Chefs de centre au niveau des Postes de Santé. Ce suivi post formation permet en effet le maintien des standards de prestation mais aussi la formation sur le site des éventuels agents nouvellement y affectés.

Relance des activités d'insertion/retrait du DIU dans certains centres de santé urbains et les maternités

En partenariat avec EngenderHealth, des activités visant la revitalisation de l'offre des services (insertion/retrait) de DIU ont été planifiées et réalisées au cours de l'année fiscale 2005. A noter que la revitalisation signifie (1) évaluation des besoins, (2) formation classique de deux prestataires par site, (3) dotation du Kit DIU ainsi que du matériel IEC et de gestion des cas de DIU et (4) suivi post formation sur site de chacun des prestataires. La formation des prestataires est organisée au niveau de la maternité du CHU de Donka à Conakry.

Au cours de l'année 2005, afin de répondre aux besoins nouveaux identifiés au niveau des sites, 4 nouveaux prestataires ont été formés, portant à 45 le nombre total de prestataires formés à l'offre des services de DIU au niveau de leurs sites pour un objectif global de 41 prestataires. A noter que certains sites ont exprimé le souhait de disposer de plus de deux prestataires (Banankoro notamment) et dans deux sites, les prestataires formés ont été remplacés. Ainsi, à la fin de l'année fiscale 2005, le Projet PRISM en partenariat avec EngenderHealth, a couvert la totalité des sites ciblés pour la formation des prestataires en insertion et retrait du DIU. Par ailleurs, comme pour toute intégration de services, les 21 sites intégrés en Haute Guinée et dans la Préfecture de Kissidougou au cours des 3 dernières années ont bénéficié chacun de deux visites de suivi post intégration, espacés de 6 mois, au cours de l'année 2005. Durant ces activités de suivi, une collecte systématique des données concernant les nouvelles clientes a été réalisée. Les résultats sont consignés dans le tableau suivant.

RESULTATS INTERMEDIAIRES PAR VOLET

Evolution du nombre de clientes recrutées de 2004 à 2005 pour le DIU

Sites	Oct03 à Sept04	Oct 04 à Déc04	Janv à mars05	Avr à Juin05	Juil à Sept05	TOTAL 2005
Hop. Rég. Kankan	39	12	17	30	32	91
CSU Salamani	20	14	13	24	12	63
Hop. Kérouané	23	-	5	11	11	27
CSU Kérouané	25	-	13	15	12	40
CSA Banankoro	14	-	2	16	1	19
Hop. Mandiana	38	12	12	4	2	30
CSU Mandiana	1	6	0	9	11	26
Hop. Kouroussa	8	4	3	4	3	14
CSU Kouroussa	0	0	5	8	5	18
Hop. Pref. Siguiri	16	1	6	11	12	30
CSUSiguiri Koro	18	3	9	10	21	43
Hop. Rég. Faranah	37	10	8	10	15	43
CSU Abattoir	28	1	0	5	8	14
Hop. Kissidougou	20	-	4	13	2	19
CSU Hérémakono	3	-	1	0	5	6
CSU Madina	9	-	1	1	0	2
CSU Dar Es Salam	0	-	0	0	0	0
Hop. Dinguiraye	23	1	4	0	0	5
CSU Dinguiraye	9	1	0	0	3	4
Hop. Préf. Dabola	3	-	0	0	1	1
CSU Dabola	0	-	0	1	1	2
Total	334	65	103	172	157	497

On constate sur ce tableau que plusieurs sites connaissent un accroissement remarquable du nombre de nouvelles clientes entre les années 2004 et 2005: CSU de Salamani (de 20 à 63 clientes), CSU de Siguirikoro (de 18 à 43 clientes), CSU de Kouroussa (de 0 à 18 clientes), CSU de Mandiana (de 1 à 26 clientes) et l'hôpital régional de Kankan (de 39 à 91 clientes). Le CSU de Dar-el-salam dans la Préfecture de Kissidougou est le seul site qui n'a pas encore notifié de cas d'insertion de DIU réalisée depuis la relance de l'activité.

Ainsi donc, dans l'ensemble, pour l'année fiscale 2005, ce sont 497 nouvelles clientes qui ont été recrutées pour le DIU dans ces sites où l'activité a été relancée contre 334 au cours de l'année 2004, soit un accroissement de 49%. En analysant la situation par région sanitaire, on note une progression des cas d'insertion du DIU dans la majorité des sites de la région de Kankan et une tendance à la baisse dans celle de Faranah où de nombreux sites ont connu une rupture prolongée de stock en DIU, due essentiellement à une insuffisance de moyens financiers pour leur réapprovisionnement. La récente mise en place par le projet PRISM d'un mécanisme efficient de réapprovisionnement et le suivi plus régulier des sites de cette région devraient contribuer à accroître plus sensiblement le nombre de clientes.

Poursuite de l'intégration des services de minilaparatomie et de ligature des trompes per-césariennes dans les maternités

Toujours en collaboration avec EngenderHealth, au cours des dernières années, les services de minilaparatomie sous anesthésie locale et de ligature des trompes per-césariennes ont été intégrés dans la plupart des hôpitaux de la zone de couverture de PRISM.

Le tableau qui suit montre que ces services continuent à être utilisés malgré le fait qu'ils soient relativement nouveaux. On note en effet de nouveaux cas de ligatures de trompes (sous minilaparatomie ou per-césariennes) dans les 7 hôpitaux des régions de Kankan et de Faranah qui offrent ces services. Les hôpitaux préfectoraux de Dinguiraye et de Kouroussa ont été exclus de ce programme compte tenu de la faiblesse de leur potentiel d'utilisation.

Nombre de clientes recrutées entre octobre 2003 - Septembre 2004 et entre Octobre 2004 - septembre 2005 par méthode

Sites	Ligature des trompes sous minilaparatomie		Ligature des trompes per-césarienne	
	Oct03 –sept 04	Oct04 – sept 05	Oct03 –sept 04	Oct04 – sept 05
Hôp. Rég. Kankan	0	0	8	16
Hôp. Pref. Kérouané	0	0	4	4*
Hôp. Pref. Mandiana	1	1	0	3
Hôp. Pref. Kouroussa	NA	NA	2	13
Hôp. Pref. Siguiri	2	3	21	7
Hôp. Régional Faranah	7	5	27	13*
Hôp. Kissidougou	1	0*	13	6*
Hôp. Préf. Dinguiraye	NA	NA	5	3*
Hôp. Préf. Dabola	4	1*	10	13*
Total	15	10	90	78

* = Nombre de clientes recrutées de Janvier à septembre 2005

Ce tableau montre que le nombre de nouvelles clientes recrutées pour la minilaparatomie ne s'est pas amélioré par rapport à l'année 2004. On observe même une légère baisse de ce nombre par rapport à l'année 2004 (de 15 à 10 clientes en 2005). Le cas de l'hôpital régional de Kankan, pour lequel il n'y a eu aucune utilisatrice depuis l'intégration du service est à analyser au cours des prochains mois. Au total en 2005, ce sont 10 cas de minilaparatomie et 78 cas de ligatures des trompes per-césarienne, qui ont été réalisées dans les diverses maternités intégrées dans la zone de couverture de PRISM.

Intégration des Services de Prise en charge Syndromique des cas d'IST

L'intégration des services de prise en charge des cas d'infections sexuellement transmissibles est une activité prépondérante de nos jours compte tenu de la progression de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Le projet PRISM appuie le MSP dans cet effort en encourageant la PEC par l'approche syndromique dans tous les centres de santé de sa zone de couverture.

A la fin 2004, seulement 66% des centres de santé de la zone d'intervention du projet avaient été intégrés à la PEC syndromique des IST. Au cours de l'année 2005, les sessions de formation ciblant les prestataires au niveau des 43 sites (12 CS de Kankan et 31 de Faranah) ont permis d'achever l'intégration de la prise en charge syndromique des IST dans la totalité des CS de la Haute Guinée et de la Préfecture de Kissidougou (objectif pour fin 2005 entièrement couvert). De plus, la stratégie de formation réalisée sur le site a permis l'implication de plus d'un agent sur site dans 94% de ces structures sanitaires (103/109 CS). Ce résultat global a été facilité par notamment trois facteurs:

- la liquidation du stock tampon régional de la GTZ qui a livré des lots de Médicaments Essentiels (dont les anti-IST) aux structures sanitaires de la région de Faranah;
- la mise en œuvre de la recommandation de l'évaluation à mi-parcours de PRISM II (la stratégie de formation sur le site en PEC syndromique des IST).
- l'organisation par le MSP d'une session de formation concernant les 6 chefs de CS qui n'avaient pas encore été formés de la région de Kankan.

Le tableau suivant présente l'évolution de la proportion des centres de santé intégrés à la PEC syndromique des IST dans la zone du Projet depuis 2002, année de lancement de ce processus.

Pourcentage de CS en HG et Kissidougou ayant été intégrés à la PEC syndromique des IST⁵

2002		2003		2004		2005	
Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat
60	43*	60**	66**	75	66**	100	100**

* Haute Guinée seule

** Haute Guinée plus Kissidougou

Extension & Renforcement des services à base communautaire

Le renforcement et l'extension des services à base communautaire – SBC - constituent l'une des principales composantes des interventions de PRISM en faveur de l'élargissement de l'accès de la population aux services de santé. Ces interventions se situent à deux niveaux : 1) le renforcement de capacités des agents SBC déployés durant la première phase de PRISM en HG et 2) le déploiement des accoucheuses villageoises formées suivant les directives du Programme National de Maternité sans Risque.

⁵. Indicateur de Performance 1.3 de PRISM.

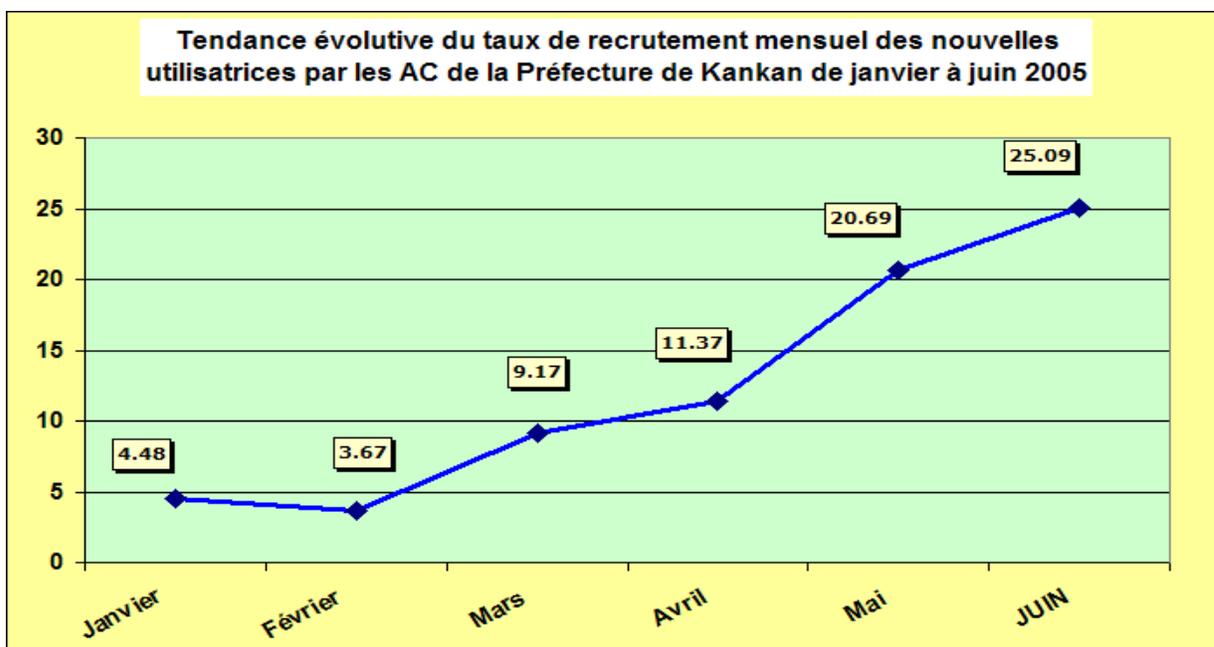
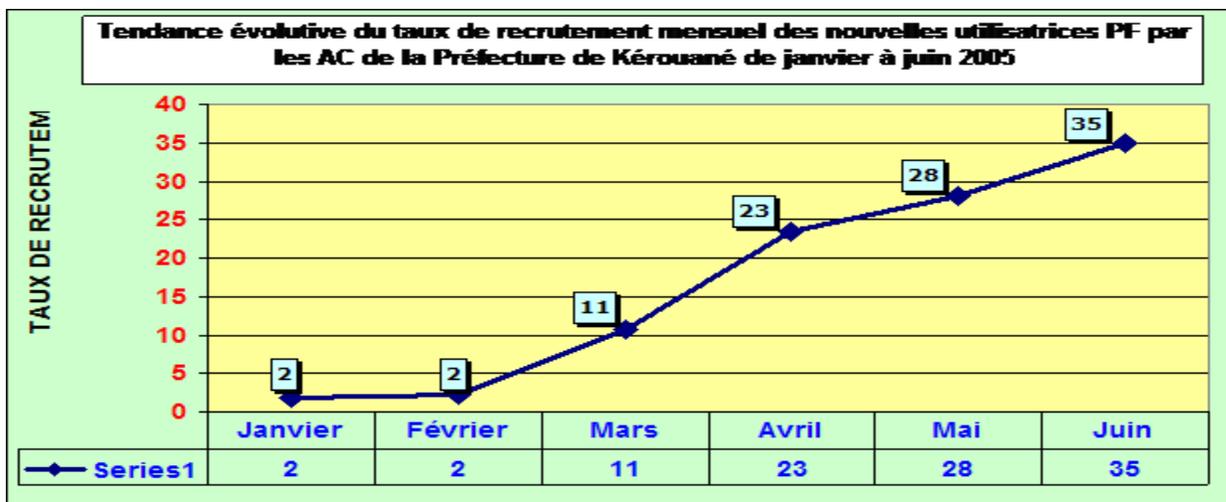
Extension et Renforcement du Programme SBC

Au cours de l'année 2005, le projet PRISM a entamé l'extension géographique du programme SBC afin d'assurer la couverture complète de tous les districts ruraux de la Haute Guinée. A cet effet, avec la formation des nouveaux agents, le nombre d'AC est passé de 78 à 84 dans la Préfecture de Kankan. Désormais, chaque Sous-préfecture rurale de Kankan dispose d'un réseau de 7 AC autour du Centre de Santé. Cet effort sera maintenu au cours des prochains trimestres jusqu'à couverture complète de tous les districts administratifs. Parallèlement, tous les AC des Préfectures de Kankan, Kérouané, Faranah, Siguiiri et Kouroussa ont été formés pour assurer la distribution directe (recrutement en première intention) des contraceptifs oraux au niveau communautaire. Au total, ce sont 423 AC (voir tableau ci-dessous) qui ont été formés à la distribution directe des contraceptifs oraux en Haute Guinée. A noter que pour certains AC des Préfectures de Siguiiri et de Kouroussa, ces formations ont été réalisées en partenariat avec ADRA et Save the Children, respectivement. Au cours des prochains trimestres, grâce à ce type de partenariat les formations des AC seront étendues aux Préfectures de Mandiana (près de deux cent agents) avec Save the Children, de Dabola (environ 99 agents) et Dinguiraye (150 agents) avec Africare et Kissidougou (environ 250 agents) avec Plan Guinée. Les contacts nécessaires ont été pris à cet effet au cours de cette année.

Nombre d'agents SBC formés pour la distribution directe des CO par Préfecture

Préfecture	Nombre agents formés		Total agents formés
	Janv05-Mars05	Avril05-Juin05	
Kerouane : PRISM	47	-	47
Kankan PRISM	21	63	84
Siguiiri PRISM PRISM & ADRA	0	41	41
	0	73	73
Kouroussa PRISM PRISM & Save the Children	0	53	53
	0	76	76
Faranah PRISM	0	49	49
Total	68	355	423

L'analyse des résultats des prestations de ces agents communautaires montre un accroissement continu du nombre de nouvelles clientes recrutées dans toutes les préfectures dès la fin de la formation et leur dotation en matériel de travail. Les préfectures de Kérouané et de Kankan notamment s'illustrent avec une augmentation importante du taux de recrutement des nouvelles clientes allant respectivement de 2 à 35% et de 4 à 25% entre les mois de janvier et juin 2005. Ces données sont présentées sur les graphiques ci-dessous.



Ces résultats très positifs démontrent clairement l'impérieuse nécessité de rendre les services disponibles le plus proche possible des utilisateurs potentiels afin de satisfaire leurs besoins.

Le défi sera de maintenir en permanence cet accroissement du nombre d'utilisateurs à travers un mécanisme durable d'approvisionnement en matériel et consommables et de suivi de la qualité des prestations offertes. Par ailleurs, le suivi réalisé dans la région de Faranah a montré que de mai à août 2005, les AC/SBC ont recruté 1,076 nouveaux utilisateurs de méthodes contraceptives, rattrapé 1,702 anciens utilisateurs qui étaient perdus de vue et distribué 553 sachets de SRO. A noter que parmi les 423 agents SBC formés à la distribution directe des contraceptifs oraux durant l'année 2005, près de 46 étaient des femmes (un peu plus de 10%). Conscient de cette situation de sous représentation des femmes dans un programme dans lequel elles sont pourtant les principales actrices et bénéficiaires le Projet PRISM envisage au cours des prochains mois deux nouvelles initiatives assez novatrices : (1) adjoindre à chaque AC homme encore actif une femme pour le seconder et (2) recruter exclusivement des femmes pour les villages dans lesquels les AC hommes ne sont plus actifs.

Formation et déploiement des Accoucheuses Villageoises formées

Rappelons que la politique nationale de « Maternité Sans Risques » (MSR) prévoit l'identification et le rattachement de 5 accoucheuses villageoises à chaque centre de santé rural. Au total, trois préfectures ont été identifiées en Haute Guinée comme prioritaires (Kankan, Kérouané et Faranah) et sont appuyées par PRISM dans ce domaine. La formation dispensée à ces AV, au delà de l'assistance à l'accouchement normal, est centrée principalement sur l'identification et la référence précoces des complications. A cet effet, PRISM a appuyé la préparation du curriculum national de formation des accoucheuses villageoises, qui préconise l'utilisation d'un guide pratique en images. La production de ce guide a été finalisée cette année avec l'appui de PRISM et a été reproduit en mille (1000) exemplaires pour être distribués aux principaux intervenants dans ce volet en Guinée. Ainsi donc, au cours de l'année fiscale 2005, ce sont 48 nouvelles accoucheuses villageoises qui ont été formées et déployées avec l'appui technique et financier de PRISM. L'atteinte de l'objectif a été facilitée grâce à la réception de 50 trousseaux des AV offertes par le PNMSR. Parallèlement, 50 sacs devant contenir le Kit des accoucheuses villageoises ont été confectionnés par PRISM et distribués aux AVs. Au total, chaque centre de santé rural des préfectures de Kankan, Faranah et Kerouane disposent d'au moins 5 AV formées. Le tableau ci-dessous indique le niveau d'avancement de la formation des accoucheuses villageoises identifiées dans les Préfectures appuyées par PRISM.

Nombre d'accoucheuses villageoises formées

2002		2003		2004		2005	
Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat
120	39	120	88	120	108	150	156

Suivi Post formation des AV

Le suivi post formation est une activité indispensable de maintien de la qualité et l'efficacité des activités déployées par les accoucheuses villageoises dans leurs localités. Ainsi, au cours de cette année une visite de suivi de 20 AV a été organisée dans quatre (4) sous préfectures de Faranah : Nialia, Tiro, Banian et Kobikoro. Spécifiquement il s'agit de visiter chaque accoucheuse dans son village et d'évaluer son aptitude à :

- faire la promotion de la consultation prénatale (CPN) et à référer les grossesses à risque ;
- faciliter les accouchements simples au village ;
- respecter les normes et procédures de prévention des infections pendant l'accouchement, y compris la décontamination de haut niveau des instruments et l'élimination des déchets ;
- assurer le suivi précoce et/ou tardif des accouchées et assurer la promotion de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0 à 6 mois ainsi que de la planification familiale ;
- faire la promotion de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois ;
- poursuivre les efforts dans la lutte contre les mutilations génitales féminines
- demeurer actif dans la lutte contre les IST/SIDA ;
- conserver et entretenir soigneusement les matériels et équipements acquis.

Quelques résultats des activités des AV durant les 9 derniers mois, tels que collectés dans leurs registres d'activités de 2005, sont présentés dans le tableau ci-dessous.

<i>Sous préfecture/ Village</i>	<i>Accouchement</i>				<i>Références</i>	<i>Décès Maternel</i>
	<i>Filles</i>	<i>Garçons</i>	<i>Morts Nés</i>	<i>Total</i>		
Arféla/Nialia	64	47	3	114	0	0
Bantou/Nialia	45	34	2	81	3	0
Kamara/Nialia	26	38	0	64	2	0
Maradou/Nialia	45	41	1	87	6	0
Kabayakoro/Tiro	95	79	3	177	7	0
Kalanko/Tiro	136	83	3	222	9	0
Saframba/Tiro	46	57	4	107	0	0
Sanankoro/Tiro	141	72	4	217	2	0
Sélén /Tiro	53	38	2	93	2	0
Totaux	651	489	22	1162	31	0

1.3 Renforcement de la Logistique des ME & C

Formation en Gestion des ME & C

En 2005, une session de formation en gestion d'Equipe et des ME a été organisée par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui technique et financier du Projet PRISM, pour 20 nouveaux chefs de centre de santé des régions de Kankan et de Faranah récemment mutés. La formation a porté sur la gestion d'équipe et des médicaments essentiels, y compris les contraceptifs et le suivi de la chaîne de froid. Ainsi, désormais tous les chefs de centre de santé en poste dans les régions sanitaires de Kankan et Faranah ont été formés en gestion d'équipe.

Renforcement de la disponibilité des ME&C

Au cours de cette année fiscale, le projet PRISM a réalisé un important effort dans le domaine du suivi/supervision des agents formés en gestion des médicaments essentiels dans les centres de santé. Cette supervision, intègre outre le suivi post formation des agents de points de vente, l'évaluation de la chaîne de froid du PEV et l'administration de l'outil IMAT dans chacun des sites.

Tous les centres de santé de la zone couverte par PRISM ont été supervisés cette année, au moins une fois, par une mission conjointe composée des cadres de PRISM et des pharmaciens Inspecteurs régionaux pour apprécier la qualité de la gestion des médicaments essentiels.

Les constats ci-dessous ont été observés :

- La disponibilité en médicaments essentiels, insuffisante en général au cours des deux années précédentes, a continué à se détériorer au cours de l'année dans les centres de santé. Aucun de ces CS n'a présenté un pourcentage de temps moyen de rupture de stock en dessous de 10% au cours de 100 jours précédents l'IMAT.
- Les taux de fonctionnalité des réfrigérateurs demeurent mauvais et atteignent à peine 80% dans la plupart des CS, mettant ainsi en cause la qualité des vaccins et l'efficacité des activités de vaccination.
- Tous les Centres de santé ont connu une rupture de stock de vaccins au cours des 100 derniers jours.

Gestion des contraceptifs

Au cours de l'année fiscale 2005, PRISM a réalisé 4 inventaires trimestriels de la situation des divers dépôts régionaux dans la zone du projet et plusieurs visites de sites pour examiner la situation de la disponibilité des contraceptifs à tous les niveaux.

Ainsi grâce à ce suivi plus rapproché, la distribution des produits contraceptifs a connu, en général, une nette amélioration par rapport aux années passées, même si des efforts supplémentaires devront être réalisés au cours des prochains trimestres. En effet, avec les ruptures de stock de plus en plus marquées des médicaments essentiels, les chefs de centre de santé ont, à un moment donné de l'année, commencé à juger inefficace de se déplacer, utilisant leurs ressources très limitées (essence, temps et leur moto), jusqu'au niveau des dépôts régionaux pour « seulement » acheter des contraceptifs. La conséquence logique de cet état de fait a été la rupture généralisée des contraceptifs constatée au cours de la dernière supervision réalisée au niveau de tous les centres de santé, entraînant du coup la rupture de stocks au niveau des agents communautaires et la paralysie du système de distribution des services à base communautaire.

Face à cette situation, PRISM a pris la mesure urgente d'approvisionner directement les centres de santé pour le court terme en livrant des « lots initiaux » gratuits pour subventionner les centres de santé n'ayant plus les moyens d'acheter les contraceptifs et éviter la rupture de stock. Ainsi à la fin de l'année fiscale 2005, l'essentiel des centres de santé couverts par le projet disposaient d'au moins 6 mois de stock de contraceptifs directement délivrés par le Projet.

Ainsi au cours de l'année 2005, les dépôts régionaux ont livré aux sites de prestation, avec l'appui du Projet PRISM, au total 222,350 unités de condom contre 121,160 durant l'année 2004; 61,350 unités de Dépo-provera contre 34,214 en 2004; 1,427 unités de DIU contre 662 en 2004; 508,950 unités de Lo-femenal contre 157,963 en 2004 et 84,594 unités d'ovrette contre 24,456 en 2004.

Situation des contraceptifs distribués dans la zone du projet PRISM (FY05 par rapport à FY04)

<i>Produits</i>	<i>Distribué en FY04</i>	<i>Distribué en FY05</i>
Conceptrol	25,460	0
Condoms	121,160	222,350
Dépoprovera	141,348	61,350
DIU	662	1,427
Lofemenal	157,963	508,950
Ovrette	24,456	84,594

Suivi & Evaluation :**Taux de Prévalence Contraceptive (CPR):**

Le taux de prévalence contraceptive est la proportion des femmes en âge de procréer utilisant une méthode moderne de planification familiale parmi les femmes de cet âge sélectionnées dans l'échantillon. C'est un indicateur généralement suivi par enquête auprès des ménages. L'enquête ménage réalisée par PRISM en 2003 avait permis de situer le taux de prévalence contraceptive en Haute Guinée à 6,9%. En 2005, sur la base de l'exploitation des données provisoires de l'ENDS-05, ce taux reste à 6,5% pour la Haute Guinée. S'il est difficile de tirer des conclusions valides sur la base de ces deux informations compte tenu des marges d'erreurs pour chacune de ces enquêtes, il est tout au moins possible d'affirmer que le niveau de prévalence en Haute Guinée s'améliore par rapport à l'ENDS-99 qui présentait pour cette région un taux de 2,9%. L'observation qui semble la plus pertinente pouvant déjà être tirée de ces résultats provisoires de l'ENDS-05 est le fait que désormais les régions administratives qui composent la Haute Guinée présentent des taux de prévalence contraceptive au moins égale sinon au dessus de la moyenne nationale. En effet, la région de Kankan présente un taux de prévalence de 7,2% et celle de Faranah un taux 5,7% alors que la moyenne nationale est de 5,7% selon l'ENDS-05. Aussi la région de la Haute Guinée se retrouve à dépasser la Basse Guinée ainsi que la moyenne et est assez proche désormais de la région Forestière, selon les résultats provisoires de l'ENDS-05. A noter que les résultats provisoires de l'ENDS-05 sont sous estimés par le fait de ne considérer que l'utilisation parmi les femmes en union pendant l'enquête alors qu'une forte proportion de femme en âge de procréer qui ne sont pas union utilisent les méthodes modernes de planification familiale. Pour rappel, l'enquête Ménage 2003 de PRISM s'était intéressée à l'ensemble des femmes en âge de procréer et utilisant une méthode moderne de planification familiale.

Couples Années de Protection (CYP) :

La progression remarquable de l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale en Haute Guinée s'observe aussi par l'augmentation de plus en plus importante du nombre de couples années de protection dans cette région. En effet, le nombre de couples années de protection est passé en Haute Guinée de 8,812 en 2002 à 10,742 environ en 2003 puis à 12,764 en 2004 pour atteindre près de 17,000 en 2005. A noter que ces deux résultats qui ne tiennent que partiellement compte des fruits de la stratégie de distribution directe des contraceptifs oraux déployée au cours de l'année 2005 en Haute Guinée, pourraient être largement améliorés au cours des prochains mois.

Gestion des Médicaments essentiels et contraceptifs

L'indicateur retenu par le projet PRISM pour suivre la disponibilité des médicaments essentiels dans les centres de santé est le pourcentage moyen de temps de rupture durant les 100 jours précédents l'évaluation. Sur cette base est calculée la proportion de centres de santé ayant connu un pourcentage moyen de temps de rupture de stock inférieur ou égal à 10%, indicateur de référence.

*Evolution du pourcentage des Centres de santé en HG pour lesquels le pourcentage moyen de temps de rupture en médicaments est en dessous de 10%**

	2002	2003	2004	2005
<i>Niveau inférieur ou égal à 10% de ruptures</i>	54.0	20.5	7.4	0**

* Evaluation basée sur le nombre de jours de rupture pour 25 molécules essentielles durant les 100 jours précédent l'évaluation (Protocole de l'IMAT). ** Evaluation basée sur le nombre de jours de rupture pour 51 molécules essentielles durant les 100 jours précédent l'évaluation. Réalisée dans la période Juillet-Août 2005 (Protocole de l'IMAT)

Plus que jamais, la situation des médicaments essentiels est problématique dans les centres de santé en Guinée. Le tableau ci-dessus montre la régression continue constatée dans les centres de santé de la Haute Guinée en matière de disponibilité des médicaments essentiels. En effet, en 2002, le pourcentage de centres de santé ayant un pourcentage moyen de temps de rupture de stock inférieur à 10% était de 54%. Ce pourcentage chute radicalement en 2005 pour atteindre 0 % alors qu'il était de 20,5% en 2003 et 7,4 % en 2004. Lorsque l'on tient en compte les efforts du Projet PRISM pour améliorer la gestion des ME en Haute Guinée comparés aux résultats précédents de l'IMAT, l'on mesure mieux l'absence de plus en plus chronique des médicaments dans le système officiel du PEV/SSP/ME.

En subdivisant ces résultats par quintile, on note encore mieux l'aggravation de la rupture des médicaments essentiels au niveau des sites de prestation. En effet si en 2004 la proportion des centres de santé ayant un pourcentage moyen de temps de rupture de stock de plus de 40% était d'environ 29%, cette proportion atteint en 2005 près de 83 (voir tableau suivant).

Distribution des centres de santé selon le % du temps moyen de rupture et par quintile

Quintiles	Année 2004		Année 2005	
	%	Nbre CS / 108	%	Nbre CS / 96
1 (0 - 20%)	25,3%	28	3	3
2 (21 - 40%)	44,4%	48	14	13
3 (41 - 60%)	23,1%	25	47	45
4 (61 - 80%)	5,0%	6	31	30
5 (81 - 100%)	0,9%	1	5	5

Dans tous les cas, le problème de disponibilité des médicaments essentiels est désormais directement liée au manque de disponibilité continue des médicaments au niveau de la cellule ME du PEV/SSP/ME. Si une solution immédiate n'est pas trouvée par les autorités publiques pour faire face à ce problème, il est évident que la viabilité de l'ensemble du système de santé guinéen serait en jeu et à très court terme.

1.4 Disponibilité du matériel médical de base et des outils IEC et de gestion

Mise à disposition du Matériel médical

L'un des objectifs du projet PRISM est d'appuyer le MSP dans l'identification et la mise en place de mécanismes pérennes permettant d'assurer la disponibilité des équipements, du matériel et des fournitures médicales au niveau de tous les points de prestations de services, afin que ceux-ci soient en position d'offrir des services de qualité à la population. Néanmoins, la fourniture directe par le projet de certains articles s'est révélée nécessaire au cours de cette année encore compte tenu de la situation de pénurie qui prévalait. Ainsi au cours de l'année 2005, du petit matériel médical produit localement ou commandé à l'extérieur a été livré à environ 65% des CS (71/109) et 5 hôpitaux sur 9 ainsi qu'à la « clinique modèle » de l'AGBEF.

Mise à disposition du Matériel IEC (boîtes à image, dépliants, etc.)

Pendant cette année, vingt milles copies (20.000) dépliants portant sur les conséquences néfastes des grossesses non désirées, sur les IST/SIDA et le « foudoukoudounin » ont été reproduites pour une large distribution dans la zone du projet. Les dépliants constituent en effet, le matériel éducatif le plus prisé par les prestataires mais aussi par les populations cibles. Ces dépliants destinés surtout aux jeunes sont distribués dans les écoles, lors des événements communautaires et dans les centres de santé.

Suivi de la disponibilité des Ressources Essentielles au niveau des CS

La disponibilité des ressources essentielles au niveau des Centres de Santé (CS) a été évaluée par les équipes de supervision des DPS avec l'appui des techniciens de PRISM. Cette évaluation qui a porté sur les 109 CS de la zone couverte par PRISM a été réalisée avec la "**Fiche d'Inventaire: Disponibilité des Services et Equipement**". Les résultats sommaires des indicateurs calculés sur cette base ainsi que leur progression dans le temps sont présentés dans le tableau suivant. En rappel, la fonctionnalité est définie comme étant la mesure dans laquelle le centre de santé dispose à la fois de prestataire(s) formé(s) et au moins de 80% des autres ressources essentielles : les molécules, le matériel médical ainsi que les outils de gestion et d'IEC nécessaires à l'offre dudit service. L'absence d'un prestataire formé rend nulle la fonctionnalité.

RESULTATS INTERMEDIAIRES PAR VOLET

Disponibilité des ressources essentielles au niveau des sites & Niveau de fonctionnalité des centres de santé par type de service (FY02 a FY05)

	Services de PF				Consultations Pré Natales				Survie de l'Enfant				PEC syndromique IST			
	FY02	FY03	FY04	FY05	FY02	FY03	FY04	FY05	FY02	FY03	FY04	FY05	FY02	FY03	FY04	FY05
Disponibilité des ressources																
Prestataires formés	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical	70%	74%	73%	80%	66%	71%	72%	79%	58%	63%	72%	71%	58%	67%	70%	75%
Médicaments Essentiels	80%	71%	81%	73%	76%	61%	74%	53%	75%	64%	75%	51%	76%	68%	68%	46%
Matériel IEC	91%	100%	94%	98%	58%	69%	67%	82%	92%	100%	96%	99%	84%	94%	81%	91%
Outils de gestion	64%	76%	74%	71%	67%	74%	69%	70%	65%	78%	68%	68%	54%	75%	72%	67%
% de CS fonctionnels																
Supérieur a 80%	60%	64%	72%	70%	34%	54%	49%	43%	50%	66	65%	41%	59%	69	53%	45%
Cible	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
Supérieur à 60%	91%	98	97%	99%	86%	86%	95%	95%	86%	100%	97%	100%	84%	94%	89.00 %	94.00 %
Inférieur à 60%	9%	2	3%	1%	14%	14%	5%	5%	14%	0%	3%	0%	16%	6%	11%	6%
Nombre de CS																
CS intégrés	89	109	109	109	89	109	109	109	89	109	109	109	38*	72	72	109
CS Evalués	89	64	85	109	89	65	85	109	89	65	85	109	38*	48	66	109
% CS évalués	100%	59%	78%	100%	100%	59%	78%	100%	100%	59%	78%	100%	100%	67%	92%	100%

Le niveau global de disponibilité des services dans les CS – exprimé par le pourcentage de CS dont le niveau de fonctionnalité atteint ou dépasse 80% a connu un bon départ en 2002, puis s'est progressivement accru jusqu'en 2004 avant de commencer à stagner et même à baisser pour certains services du fait du manque chronique des médicaments essentiels dans les sites. Pour seulement les services liés à la PF le niveau de fonctionnalité continue à être assez haut en 2005 (70%), pour un objectif annuel de 75%. Il faut noter qu'à l'absence de plus en plus chronique des médicaments essentiels dans le système de santé guinéen vient se greffer désormais la pénurie d'outils de gestion démontrant, s'il en était besoin, de la difficulté de plus en plus évidente, des autorités sanitaires publiques à assurer la gestion du système de santé. La gestion des produits de planification familiale de façon indépendante des autorités publiques explique certainement le maintien de la disponibilité de ces molécules autour du niveau acceptable de 80%, largement au dessus des autres molécules.

EQUITÉ DANS L'ACCÈS ET PÉRENNITÉ FINANCIÈRE

1.5 Amélioration de l'Équité dans l'accès

Les efforts menés aussi bien en matière d'intégration des services que de disponibilité des médicaments ne seront soutenables que si les populations servies ont la capacité/possibilité financière d'accéder à ces services. L'accessibilité financière aux soins de santé s'améliore par plusieurs moyens parmi lesquels l'équité en matière de tarification, la mise en place de mécanismes communautaires de solidarité et d'entraide pour faire face aux besoins de santé et aussi par l'implication effective des communautés dans la gestion des services de santé. Le projet PRISM appuie le Ministère de la santé dans chacun de ces trois domaines stratégiques de l'accès aux services de santé.

Promotion de l'accès équitable aux services SR

Appui à la Promotion des MURIGA

Les **MURIGA** (**MU**tuelles pour la prise en charge des **RI**sques liés à la **G**rossesse et à l'**A**ccouchement) sont une initiative du Programme National de Maternité sans Risques (PNMSR) avec pour objectif l'assistante aux femmes en milieu rural pendant leur grossesse ou lors des accouchements. Cette initiative est testée, avec l'appui de PRISM, dans les Préfectures de Kankan, Kérouane et Faranah. En outre, le Projet PRISM a été sollicité pour une assistance technique pour la même initiative dans la Préfecture de Kissidougou.

L'approche préconisée par PRISM a permis, grâce à l'implication effective des bénéficiaires, la couverture d'une gamme plus complète de services de santé liés notamment à la santé de l'enfant et pas seulement ceux liés à la grossesse et à l'accouchement. Le tableau ci-dessous indique le niveau d'avancement dans la mise en place des mutuelles dans les préfectures cibles, au 30 Septembre 2005.

Niveau d'avancement dans la mise en place des mutuelles promues par PRISM en Haute Guinée, au 30 Septembre 2005

Étapes dans la mise en place des mutuelles	Résultats Année fiscale				
	2002	2003	2004	2005	Total
1. Nombre de mutuelles initiées	9	15	7	0	31
2. Nombre de mutuelles ayant démarré la prise en charge des adhérents	0	16	2	12	30

Ce tableau montre qu'au total, 31 mutuelles de santé ont été initiées dans les préfectures de Kankan, Kérouané et Faranah entre 2002 et 2005. En rappel, initier une mutuelle signifie (1) la mise en place d'un comité d'initiative, (2) la réalisation des études de faisabilité participative, (3) l'organisation de l'assemblée générale constitutive au cours de laquelle les membres des organes de gestion sont élus et (4) la formation en gestion administrative et financière.

Parmi les 31 mutuelles créées, 30 ont couvert des charges liées aux cas de maladie des adhérents. A la fin de l'année 2004, le nombre de mutuelles fonctionnelles, c'est-à-dire ayant commencé la prise en charge des adhérents était de 18. Ainsi donc, au cours de l'année fiscale 2005, ce sont 12 mutuelles additionnelles qui ont entamé le processus de prise en charge des adhérents.

Au total, 1397 bénéficiaires ont été pris en charge par l'ensemble des mutuelles depuis la mise en place progressive en 2002, dont 684 dans la Préfecture de Faranah, 605 dans celle de Kankan et 108 dans celle de Kerouané. Sur l'ensemble des prestations offertes, seulement 12 cas d'urgences obstétricales ont été référées et prises en charges soit 0,9% des cas pris en charge. Ceci pourrait s'expliquer en partie par la faiblesse de survenue des complications obstétricales dans un espace géographique et une population mère réduits. Cet état des faits illustre également la pertinence de l'extension de la couverture à des problèmes de santé autres que les urgences obstétricales, extension souhaitée par les communautés et appuyée par PRISM. En effet, la viabilité d'une mutuelle dépend essentiellement de sa capacité contributive (cotisation régulière des adhérents) qui elle-même est fortement liée à la capacité de cette mutuelle à couvrir (en qualité et quantité) les besoins essentiels de ses adhérents.

Au cours de cette année, la DPS de Kissidougou a sollicité le Projet PRISM pour un appui technique ponctuel dans le processus de mutualisation lancé dans cette localité avec l'UNICEF. Cette assistance a porté sur la formation des membres des organes des mutuelles en gestion administrative et financière. Enfin, le processus de supervision des mutuelles a été lancé au cours de cette année par l'intégration des plans d'action des équipes préfectorales d'appui (EPA) à celui de la supervision facilitante des DPS. Les résultats de cette supervision ont permis de noter qu'après une période d'adhésion soutenue de la population, l'initiative mutualiste semble de nos jours rencontrer de plus en plus de difficultés sur le terrain. Il y aurait de moins en moins d'adhérents (2% en moyenne) avec une faiblesse du recouvrement (40% en moyenne). Certaines mutuelles disposeraient d'une somme importante d'argent mais les adhérents n'auraient pas accès aux services (faute de services et de médicaments au niveau des sites), etc.

Ainsi au cours du dernier trimestre de l'année 2005, une analyse approfondie du fonctionnement de ces mutuelles a été faite et les principaux problèmes identifiés par niveau dans le processus de mutualisation sont présentés dans les paragraphes suivants.

Niveau communautaire :

- La plupart des caisses sont encore centralisées et placées au niveau du chef lieu des Sous-préfectures. Les populations résidant dans les districts éloignés hésitent à y envoyer leur argent, se sentant éloignées de sa gestion ;
- Des cas de détournement ou de malversation financières sont constatés dans certaines mutuelles (Konsankoro, Commune urbaine de Kérouané et Batè nafadji par exemple);
- Pour la commune urbaine de Kérouané, certains postes de responsabilité de la mutuelle, contrairement à la méthodologie préconisée, ont été attribués à des personnes ayant déjà d'autres responsabilités, notamment politiques, ce qui a entamé le rapport de confiance entre les organismes de gestion et plusieurs adhérents ;
- La plupart des organes de gestion n'organisent pas de façon régulière des réunions de concertation et de compte rendu aux adhérents sur l'état de leur caisse ;
- Les comités de suivi mis en place ne sont pas suffisamment efficaces.

Niveau prestataire :

- L'engouement de certains prestataires dans le soutien de cette initiative s'est vite dissipé dès que la mutualisation est apparue comme un des mécanismes de lutte contre la sur tarification. Ainsi nombreux sont les adhérents aux mutuelles qui se sont sentis discriminés au profit des

- non adhérents payant directement les services aux tarifs fixés par le prestataire ;
- Plusieurs déclarations d'adhérents rapportent l'absence de services tels que prévus dans les conventions du fait des ruptures de stock chroniques des médicaments essentiels.

Niveau DPS:

- Les suivis par l'équipe cadre de la DPS ont été très espacés et peu efficaces dans l'application des recommandations et solutions proposées ;
- Les indicateurs de suivi ne sont pas maîtrisés par les promoteurs des mutuelles et ne sont pas intégrés dans les outils de supervision des équipes DPS.

Niveau Hôpital :

- Plusieurs déclarations d'adhérents aux mutuelles rapportent que les tarifs officiels inscrits dans les conventions ne sont pas respectés par les prestataires des hôpitaux ;
- Les agents des bureaux des entrées des hôpitaux ne sont pas suffisamment sensibilisés sur les mécanismes de prise en charge des mutualistes.

Par rapport à chacun de ces constats, des mesures correctrices ont été proposées, notamment : (1) l'organisation de réunions communautaires dans chaque Sous-préfecture à l'intention des différentes composantes sociales de la communauté, (2) le développement d'un plan de relance des mutuelles, (3) la décentralisation des caisses de mutuelles dans les districts, (4) l'utilisation des Comités de Santé Communautaire comme organe de gestion des caisses de mutuelles dans les districts, (5) la diffusion mensuelle de communiqués au niveau de la Radio rurale pour soutenir les efforts de sensibilisation des responsables des mutuelles et (6) la mise en oeuvre de mécanismes de reconnaissance en faveur des mutuelles plus performantes.

Amélioration de la Participation communautaire dans la gestion des CS

Au cours de cette année fiscale 2005, le Projet PRISM a maintenu son appui, aux DPS de Kankan, Faranah et Kérouané dans la mise en oeuvre de la nouvelle approche de participation communautaire dans la gestion des centres de santé. Pour rappel, cette approche consiste à organiser des séances de sensibilisation dans chaque gros village (village de plus de 1000 habitants) et/ou districts en vue de parvenir à un choix démocratique des représentants de la communauté dans le Comité de Santé Communautaire (CSC), chargé de suivre la réalisation du plan d'action de résolution des problèmes identifiés lors des séances de sensibilisation.

Ensuite, chacun de ces CSC choisira son représentant pour siéger à l'assemblée de mise en place du Comité de Promotion de Santé Communautaire (CPSC) qui se tient au chef-lieu de sous-préfecture où se trouve le CS. Le CPSC est chargé d'élire démocratiquement les membres d'un Bureau Exécutif (équivalent de l'ancien CoGes) et veiller au bon fonctionnement de ce bureau. Enfin, des actes administratifs sont pris au niveau préfectoral pour officialiser ces instances. Les fruits de cette approche sont déjà perceptibles sur le terrain notamment par l'implication effective des communautés lors des JNVs et l'utilisation des miroirs communautaires pour suivre et évaluer les PAO dans chaque communauté. Ainsi lors des JNVs par exemple, chacune des communautés, chacun des CSC, a veillé directement à ce que les équipes de vaccination passent dans leur village évitant les « zones d'ombre » régulièrement rapportées lors de certaines campagnes de vaccination.

De même, à Kankan Koura (Préfecture de Kankan), suite à des différends entre la communauté et les agents de santé, les membres du CPSC ont demandé et obtenu une réunion avec les autorités sanitaires préfectorales et régionales pour passer en revue leurs griefs. A cette occasion les responsables sanitaires tant au niveau régional que préfectoral ont insisté auprès des agents de santé sur la nécessité d'assurer l'implication entière de cette communauté dans la gestion de leur système de santé. Ces exemples se répètent dans toute la zone du Projet. A noter que l'objectif assigné au projet PRISM pour la fin 2005 était la mise en place de 38 comités de gestion et que cet objectif a été atteint.

Le tableau suivant présente la situation de mise en place de ces instances communautaires suivant le nouveau processus de dynamisation de la participation communautaire.

Nombre d'instances mises en place et de membres formés par préfecture

	Nombre de CSC	Nombre de CPSC (1CPSC par CS)	Membres des CSC formés	Nombre de femmes formées dans les CSC	% de femmes
Kankan	126	18	1079	369	34%
Kérouane	105	8	1061	354	33%
Faranah	98	12	807	365	45%
Total	329	38	2947	1088	37%

Ainsi après la constitution des CSC et CPSC leurs membres ont bénéficié d'un programme d'orientation visant à les rendre immédiatement opérationnels dans leurs fonctions. La finalité de l'orientation est de permettre aux différents acteurs communautaires de maîtriser leur propre statut et leur mission au sein de la communauté et de renforcer leurs connaissances du système de santé guinéen. Ainsi, les objectifs spécifiques visés par cette formation sont :

- Que chaque acteur se reconnaisse dans sa communauté comme « **leader moral** » avec des **valeurs** et une **mission** à accomplir ;
- Que chaque acteur comprenne que la santé de sa communauté est une responsabilité partagée d'abord avec la communauté elle-même ;
- Que chaque acteur comprenne mieux l'organisation du système de santé guinéen et la place de la communauté dans ce système telle que définie par les textes en vigueur;
- La mise en place d'un système de suivi et d'autoévaluation des PAO.

Au total 2,947 personnes ont pris part aux séances d'orientation dans 3 préfectures (Kankan, Kerouane et Faranah) dont 37% de femmes. L'approche participative a été utilisée comme méthode de formation. Elle favorise l'intervention active des participants par des échanges d'opinions et d'expériences.

Une attention particulière a été accordée à l'utilisation des jeux d'images comme supports didactiques que les acteurs seront amenés à utiliser ultérieurement lors des causeries éducatives dans les communautés.

Par ailleurs, les CSC ont été dotés de jeux d'images sur les thèmes suivant :

- L'organisation du système de santé guinéen et le schéma de mise en place des instances communautaires de base ;
- La promotion de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois ;
- La planification familiale, la CPN;
- La lutte contre les IST/SIDA;
- La promotion des mutuelles de Santé et l'assainissement du milieu, la lutte contre le péril fécal et l'approvisionnement en eau potable.

RI2 - Amélioration de la QUALITÉ des Services de SR

L'appui de PRISM dans le renforcement de la qualité des prestations s'articule autour de deux axes : (1) le développement, la dissémination et la mise en œuvre des Normes et Procédures SR et (2) le renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS).

Normes de Qualité et Qualité des Prestations:

1. Appuyer le MSP dans la définition, la mise à jour et la dissémination des Normes et Procédures de même que du système de référence et de contre référence, des descriptions de tâches des agents et des outils d'évaluation de la qualité des services;
2. Renforcer les mécanismes et systèmes de soutien à l'amélioration continue de la qualité des services, en particulier au niveau des unités organisationnelles décentralisées chargées de l'appui direct aux points de prestations de services (DRS et DPS).
3. Former les prestataires dans les services de la SR (PF, SMI, IST/SIDA)

SNIS:

4. Renforcer le SNIS afin que les informations sanitaires pertinentes pour une bonne gestion du système de santé soient mieux collectées, saisies, traitées et diffusées. Ceci inclut la formation des agents de santé (CS, DPS, DRS, niveau central) à la collecte et à l'utilisation effective des données sanitaires à des fins de prise de décision.

RI2 : Principales activités et résultats obtenus

Normes et procédures en SR :

- ☞ Développement des Termes de Référence pour la révision des normes et procédures en SR,
- ☞ Réalisation d'une enquête auprès des prestataires sur l'utilisation des documents actuels des normes et procédures en SR.

Qualité des soins

- ☞ Entre 2004 et 2005, le pourcentage des prestations conformes à 60% ou plus aux Normes & Procédures (Taux d'adéquation à 60% +), est passé respectivement de 76% à 78% pour la CPN, de 94% à 90% pour la PF, de 69% à 73% pour la p.e.c. syndromique des IST et de 84% à 79% pour les prestations de Survie de l'Enfant. A noter que pour chacun de ces indicateurs, la cible pour la fin de l'année fiscale 2005 était de 75% ;

Renforcement du système de soutien :

Gestion des ressources humaines

- ☞ Programme de Renforcement des Capacités en Leadership (PRCL) : Réalisation de la 3^e phase de formation des équipes de Kankan et de la formation des formateurs au niveau central.

RI2 : Principales activités et résultats obtenus

☞ Réalisation d'un atelier MOST/SNIS avec le personnel du niveau central et décentralisé.

Supervision

☞ Le nombre total de supervisions effectuées s'est accru de 142 en 2003 à 352 en 2004 et à 805 en 2005

☞ Le nombre moyen de supervisions par CS et par an s'est accru de 1,5 en 2003 à 3,2 en 2004 puis à 7,4 en 2005 pour un objectif de 4 pour la fin de l'année.

☞ Le pourcentage de CS ayant bénéficié d'au moins 3 supervisions au cours de l'année est passé de 12% en 2003 à 67% en 2004 puis à 97% en 2005 pour un objectif de 100%.

COPE

☞ COPE Clinique a été intégré dans 39 Centres de santé et 3 services hospitaliers portant le total des sites intégrés à 91 pour une cible de 80 pour la fin 2005 ;

☞ COPE Communautaire a été intégré en phase test dans un nouveau site, portant le total à 10 ;

Pratiques de reconnaissance

☞ Une approche pour la reconnaissance de la qualité des soins et un processus de mise en œuvre et les outils d'évaluation ont été développés.

Renforcement de la qualité des prestations de services SR :

Survie de l'enfant

☞ Appui à l'atelier synthèse des activités de la phase pilote PCIME ;

☞ Appui à l'atelier national de revue de la phase pilote PCIME

☞ Formation de 20 prestataires pour superviser la PCIME communautaire. Suivi post formation en PCIME des prestataires de Dabola et Mandiana

☞ Evaluation de la qualité de la chaîne de froid dans les sites des régions de Faranah et Kankan

Santé maternelle et infantile

☞ Formation sur le site en SONU des prestataires de 12 centres de santé à Kankan.

☞ Formation sur le site de 10 prestataires de la maternité de l'hôpital de Faranah sur le partogramme.

☞ Formation de 15 prestataires sur les soins prénatals et le partogramme.

☞ Suivi post formation en SAA dans les 9 hôpitaux et un centre de santé.

☞ Suivi post formation en SONU dans 12 centres de santé de la région de Faranah

Système d'Information Sanitaire

☞ Installation du programme de gestion des données (RAMCES) dans les 9 DPS.

☞ Elaboration d'un guide d'utilisation de RAMCES.

☞ Formation des membres des équipes des DPS à l'utilisation de RAMCES.

☞ Documentation d'une analyse spatiale de la morbidité générale et celle spécifique au paludisme

2.1 Normes & Procédures en SR, Protocoles de Référence

Mise à jour des Normes et Procédures en SR

Dans le cadre de la mise en œuvre du mémorandum d'entente entre la Division SR du MSP et PRISM, il a été planifié la révision des normes et procédures en SR. Il s'agit en pratique de faire une mise à jour de ces instructions en tenant compte des évolutions des connaissances scientifiques et de l'environnement socio-sanitaire en Guinée. Le projet PRISM a développé et proposé à la DSR les termes de référence d'un processus de révision, décrivant toutes les étapes incluant une dernière étape cruciale, souvent occultée, qui est la dissémination des documents. Cette dissémination doit faire en sorte que le document révisé soit disponible dans tout service de prestation en SR et que les prestataires qu'y travaillent soient conscients de son importance et sachent comment l'utiliser. Un protocole d'enquête auprès des prestataires sur l'utilisation des documents actuels a été également développé par PRISM. L'enquête a été conduite par la Division de la Santé de la Reproduction (DSR/MSP) et les résultats sont en cours de traitement et seront utilisés avec ceux de la revue documentaire pour réviser les documents de normes et procédures.

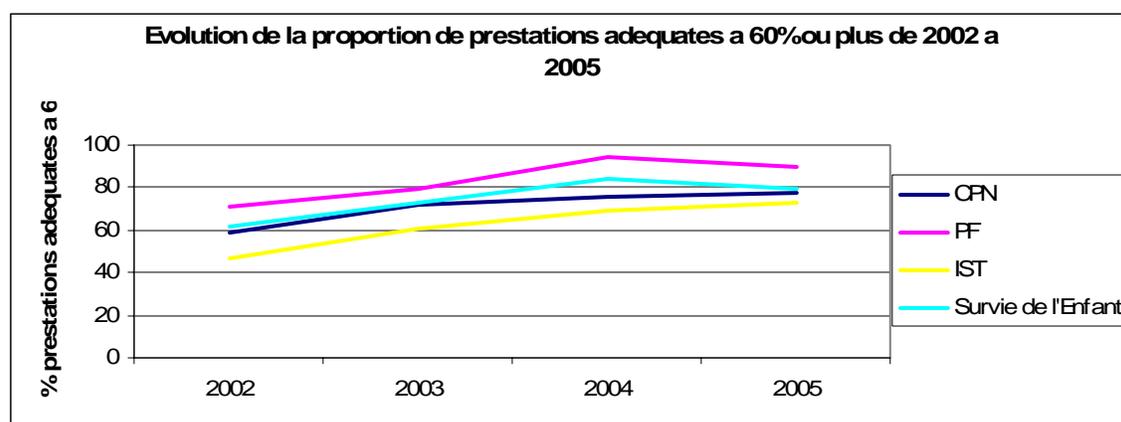
2.2 Qualité des soins.

De façon globale, la qualité des prestations est appréciée à travers leur *taux d'adéquation* aux Normes et Procédures en Santé de la Reproduction (SR) définies par le MSP. Au cours des supervisions, les interactions client-prestataires sont observées à l'aide d'instruments standardisés (Fiches d'observation). A partir de ces fiches, la qualité des prestations durant la période 2002 – 2005 a été analysée et est illustrée dans le tableau et le graphique suivants:

RESULTATS INTERMEDIAIRES PAR VOLET

*Pourcentage des prestations conformes à 60% ou plus avec les Normes et Procédures
(Taux d'adéquation à 60% +)*

Catégories d'observations	RESULTATS							
	2002		2003		2004		2005	
	Effectif observations	%						
CPN :								
traitement	396	88	328	93	461	95	400	97
counseling	396	61	326	77	450	79	324	79
ensemble	396	59	326	72	450	76	320	78
PF								
ensemble	120	71	59	79	134	94	160	90
IST								
traitement	151	65	85	76	180	84	212	88
counseling	151	56	85	67	181	79	190	79
ensemble	151	47	85	61	180	69	176	73
Survie de l'enfant								
traitement	406	72	368	84	448	91	348	85
counseling	406	73	368	83	445	92	369	90
ensemble	406	62	350	73	445	84	324	79



Comme on peut l'observer, tous les taux d'adéquation se sont régulièrement améliorés dépassant l'objectif de 75% fixé pour 2005, sauf pour la prise en charge syndromique des IST dont la légère faiblesse de l'adéquation pourrait s'expliquer par le manque de molécules anti-IST recommandées par la politique nationale.

2.3 Renforcement des systèmes de soutien à la qualité des prestations de service

Amélioration des capacités des gestionnaires du système de santé en gestion des ressources humaines

Programme de Renforcement des Capacités en Leadership (PRCL)

Dans le cadre de la continuation du PRCL, PRISM a entamé, en collaboration avec le MSP, la seconde phase de ce programme qui consiste à renforcer les capacités des cadres de la première cohorte (niveau central et DRS) formés en 2003, dans le domaine de la facilitation des formations décentralisées au niveau régional et préfectoral. Les résultats visés par cette phase sont l'intégration du programme de Leadership dans le système de santé guinéen, la création d'un « pool » de formateurs et l'identification d'une méthodologie appropriée pour continuer le PRCL à l'intérieur du pays.

L'exécution du programme de renforcement des capacités des équipes nationales et régionales en leadership s'est poursuivie avec la 3^e phase de formation des équipes de la région de Kankan et la formation des formateurs du niveau central et régional en facilitation. La 3^e phase de formation de Kankan a regroupé 25 participants tous membres des équipes de la DPS de Kankan, de la direction régionale de la santé et de l'hôpital régional. Les objectifs de cette formation étaient d'évaluer la mise en œuvre du plan d'action issu de la 2^e phase de formation, d'accroître la prise de conscience et la compétence pour inspirer les autres et d'élaborer leur propre plan d'action.

Organisation d'un atelier MOST/SNIS

Le Diagnostic Organisationnel MOST⁶ est un processus structuré, à caractère participatif, qui permet aux organisations d'évaluer la performance de leur propre gestion et de leur structure organisationnelle, de mettre au point un plan d'action concret pour procéder aux améliorations nécessaires et mettre en œuvre leur plan. Un atelier MOST axé sur le SNIS a été organisé par PRISM à Kankan et a regroupé plusieurs participants venus de tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris le niveau central. L'atelier a consisté à déterminer, par consensus :

- les niveaux actuels de développement de chacune des composantes du SNIS,
- les cinq composantes prioritaires, à améliorer ;
- le niveau de développement à atteindre dans un délai de 12 mois, pour chaque composante ;

⁶ Management and Organization Sustainability Tool

- o les plans d'actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs définis.

Un plan d'actions a été élaboré pour chacune des composantes retenues en priorité. De même, l'outil MOST est désormais intégré dans les hôpitaux régionaux de Kankan et de Faranah.

Amélioration des capacités de supervision des équipes cadres de district: Supervision Facilitante (SF) et COPE

La supervision facilitante

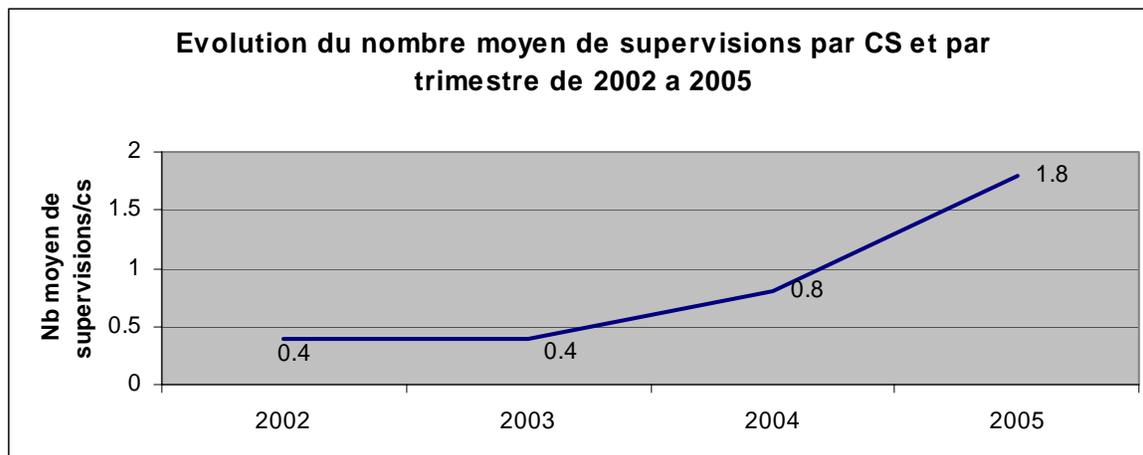
Un appui technique, financier et logistique est apporté régulièrement aux DPS et DRS pour supporter la supervision facilitante. Conformément aux recommandations issues de la revue à mi-terme du projet mais aussi es engagements pris lors de la ré application, un accent a été mis au cours de l'année fiscale 2005 sur la supervision afin d'en accroître la qualité et la fréquence de visites dans les structures sanitaires. Le tableau ci-dessous illustre l'évolution de la fréquence des supervisions depuis 2002.

Situation comparative des supervisions⁷ par an de 2002 à 2005

	2002	2003	2004	2005
Nombre de CS	89	93	109	109
N.bre de supervisions effectuées durant l'année	128	142	352	805
N.bre moyen de supervisions par trimestre	32	36	88	201
N.bre moyen de supervisions par CS et par an	1,4	1,5	3,2	7,4
N.bre moyen de supervisions par CS et par trimestre	0,4	0,4	0,8	1,8

L'effort mis sur la supervision au cours de cette année a permis de pratiquement doubler la fréquence (voir graphique ci-dessous). En effet au cours de l'année 2005, chaque centre de santé a reçu en moyenne 2 visites par trimestre contre une visite durant l'année 2004.

⁷ Aux fins du calcul des indicateurs, ils sont considérés « supervisions » les visites des CS effectuées par le personnel technique de PRISM avec ou sans des membres du personnel du MSP à des fins de supervision facilitante, formations sur le tas et suivi post-formation ainsi que les visites aux CS effectuées par le seul personnel technique de PRISM à des fins de monitoring de l'exécution des activités prévues dans le projet.



Au delà de l'appui financier, logistique et technique apporté par le projet PRISM à la planification et à l'exécution des supervisions, un effort de documentation claire et structurée de la supervision, à la fois au niveau de la DRS, de la DPS et au niveau du CS, a été fait. Au niveau des CS, l'élément final et essentiel est constitué par la revue conjointe, entre superviseurs et supervisés, des progrès accomplis et des problèmes identifiés. Ces éléments sont consignés dans un outil, la *Fiche de suivi et supervision des CS* qui réunit de façon structurée l'énoncé synthétique des problèmes, des actions concrètes à mener pour leur solution, le nom du responsable de l'exécution de chacune de ces actions et leur délai d'exécution. Ce document constitue une sorte de « plan de redressement » spécifique du CS et représente le principal outil de suivi de la supervision par le centre lui-même et par les superviseurs. Cette Fiche est désormais partie intégrante des pièces justificatives qui permettent l'accès au financement.

Une analyse périodique des résultats de ces supervisions a permis l'identification des sites à problèmes, des problèmes eux-mêmes ainsi que de leurs causes principales et la programmation des supervisions par objectif et par centre de santé, en lieu et place des supervisions précédentes qui consistaient souvent à vouloir couvrir tous les aspects pour tous les CS, au prix d'une qualité insuffisante. C'est ainsi que 97% des CS ont reçu au moins 3 visites de supervision au cours de l'année 2005 pour un objectif annuel de 80% et que 100% des CS ont reçu au moins 2 visites de supervision (voir tableau ci-dessous).

Distribution de fréquence des supervisions facilitantes par CS exécutées de 2002 a 2005

Nombre de supervisions au cours de l'année	2002		2003		2004		2005	
	Nombre de CS	Pourcent age						
0	1	1	10	11	0	0	0	0
1	52	58	35	38	12	11	0	0
2	32	36	37	40	24	22	3	3
3 ou +	4	4	11	12	73	67	106	97
Total	89		93		109		109	

Cet effort mis pour accroître la fréquence des supervisions et pour orienter ces supervisions en fonction des besoins réels identifiés en avance a probablement contribué à accroître la qualité technique des soins illustrée par des taux d'adéquation au dessus de 75% pour la CPN, la PF, les IST et les prestations de Survie de l'Enfant (voir paragraphe qualité des soins).

Il est vraisemblable qu'un des facteurs déterminants de l'amélioration de la régularité de la supervision ait été la plus forte implication du personnel technique de PRISM, aux cotés des équipes préfectorales et régionales, dans la planification, l'exécution sur le terrain et le suivi des supervisions. Durant l'année 2005, le personnel technique de PRISM a totalisé 569 journées/homme de présence sur le terrain (soit 142 journées/homme par trimestre pour un objectif de 135) à des fins de supervision facilitante, formation sur le site ou suivi post-formation.

Supervision conjointe avec le niveau central

Conformément au PAO issu du memorandum d'entente avec la Division de Santé de la Reproduction (DSR/MSP), PRISM a organisé une visite de supervision conjointe à laquelle a été intégrée la collecte des données de l'enquête sur l'utilisation des documents de normes et procédures en SR. Le but de la visite était de permettre aux cadres du Ministère de la Santé au niveau central de s'imprégner de la qualité et l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités des différents programmes relatifs à la SR tels le programme de Maternité Sans Risque, le programme de Survie de l'Enfant à travers la PCIME.

Au total 54 structures sanitaires de la zone du projet ont été visitées (24 dans la région de Faranah, 30 dans celle Kankan) pendant 3 semaines par 11 superviseurs (4 du niveau central du Ministère de la Santé, 4 des DRS et 3 de PRISM).

La leçon globale apprise de cette supervision conjointe est que les deux niveaux d'administration du système de santé (niveau central et niveau intermédiaire) ont pu se rendre compte de la difficulté de traduire les politiques et stratégies en actions sur le terrain dans un environnement sanitaire caractérisé par une insuffisance notoire de médicaments et d'engagement des ressources humaines. Néanmoins, les deux niveaux ont pu analyser et discuter ensemble les situations rencontrées sur le terrain et en tireront leçons pour une meilleure harmonie entre stratégies politiques et stratégies de mise en œuvre.

A titre d'illustration, les cadres du niveau central du Ministère de la Santé se sont rendus compte du déphasage entre les normes nationales et le curriculum de formation en SONU au niveau des Centres de Santé : le curriculum SONU enseigne et recommande l'utilisation de l'oxytocine au niveau Centre de Santé en cas de dystocie dynamique tandis que les normes ne l'autorisent pas, dans le but d'éviter son utilisation abusive par les prestataires au niveau périphérique. En effet, il est conseillé de n'utiliser l'oxytocine pour renforcer le travail que dans un environnement où les conditions sont réunies pour accéder dans les plus brefs délais à une prise en charge chirurgicale en cas d'échec. L'utilisation abusive au cours du travail pouvant provoquer éventuellement des ruptures utérines. Cependant, les nouvelles orientations internationales recommandent l'utilisation la plus large possible de l'oxycitocine au cours du 3^e stade du travail (après l'expulsion du dernier bébé) pour contribuer à réduire de façon significative la survenue de l'hémorragie du post-partum qui est la première cause médicale des décès maternels dans les pays en développement. Une telle disponibilité élargie de cette molécule implique la mise en place d'un mécanisme efficace de suivi de son utilisation. D'où l'orientation du projet PRISM d'appui aux DRS et aux DPS en matière de supervision afin de contribuer à la régularité de cette activité de suivi de la mise en œuvre des normes et procédures.

COPE

Intégration du COPE Clinique dans les CS et les services hospitaliers :

Au cours de l'année, l'approche COPE pour l'amélioration de la qualité des services a été introduite dans 39 centres de santé, portant à 91 le nombre de sites intégrés pour une cible de 80. Sur 18 services hospitaliers ciblés, 17 ont intégré l'approche. Les préfectures de Faranah, Kankan, Dabola et Mandiana ont été retenues comme prioritaires pour l'introduction de cette approche du fait que le programme Maternité Sans Risque est développé dans les 2 premières et la stratégie PCIME dans les 2 autres. Néanmoins, l'approche a été intégrée dans toutes les préfectures même si elle ne couvre pas toutes les structures sanitaires. Le suivi effectué périodiquement permet de constater que l'approche produit des résultats appréciables par endroits avec un taux moyen de réalisation des plans de résolution des problèmes autour de 80%. Cependant, on note une insuffisance du suivi par les équipes des DPS.

Il importe donc d'intégrer ce suivi à la supervision trimestrielle qui est d'ailleurs un instrument utilisé par COPE pour résoudre les problèmes identifiés.

Etat d'intégration de COPE dans les Centres de Santé en 2005

Région	Préfecture	Nombre Total de CS	NB CS Intégrés à COPE Clinique	NB CS Intégrés à COPE Communautaire	Pourcentage d'intégration de COPE Clinique
Kankan	Kankan	18	18	2	100%
	Kerouane	8	8	4	100%
	Mandiana	12	12	0	100%
	Kouroussa	12	10	0	83%
	Siguiri	15	10	0	67%
Faranah	Faranah	12	12	4	100%
	Dabola	9	9	0	100%
	Dinguiraye*	8	7	0	88%
	Kissidougou	15	5	0	33%
	TOTAL	109	91	10	83%

* Le dernier CS de Dinguiraye a adopté l'approche « cercle de qualité »

Services hospitaliers où l'outil COPE/AP a été introduit

DRS	DPS	Services
DRS de Kankan	Kankan	1. Maternité 2. Pédiatrie
	Mandiana	3. Maternité 4. Pédiatrie
	Kouroussa	5. Maternité 6. Pédiatrie
	Kérouane	7. Maternité 8. Pédiatrie
	Siguiri	9. <i>Maternité*</i> 10. Pédiatrie
DRS de Faranah	Dinguiraye	11. Maternité 12. Pédiatrie
	Faranah	13. <i>Maternité*</i> 14. Pédiatrie
	Dabola	15. Maternité 16. Pédiatrie
	Kissidougou	17. Pédiatrie

* : En collaboration avec JHPIEGO, l'outil AP (Amélioration de la Performance) a été introduit, en lieu et place de COPE, dans les maternités préfectorales de Siguiri et de Faranah.

Pratiques de reconnaissance de la qualité des soins, des services et de la gestion

Le projet PRISM en collaboration avec les régions sanitaires de Faranah et Kankan, a entrepris d'apprécier les performances des structures sanitaires et des institutions communautaires mises en place dans la zone, puis de décerner une reconnaissance à celles qui sont méritantes et susciter ainsi une culture de continuité de la qualité des services. Au cours de l'année 2005, un document décrivant le processus de mise en œuvre de l'approche et les outils qui seront utilisés a été développé. La mise en œuvre d'un tel processus s'articule autour de la démarche suivante:

- Documentation du processus décrivant l'approche de reconnaissance des performances ;
- Développement des instruments d'évaluation de la performance ;
- Consensus au niveau régional sur le processus, les instruments de diagnostic et les éléments de récompense des nominées ;
- Constitution et orientation des équipes d'évaluation de la performance sur le processus de reconnaissance;
- Information des différents acteurs concernés sur le processus et les instruments ;
- Evaluation semestrielle de la performance de chaque structure sanitaire et annuelle de chaque instance communautaire concernée ;
- Reconnaissance des structures/instances ayant atteint le niveau requis au cours de l'année comme structures performantes au cours de ladite période.

La prochaine étape prévue est de valider le processus et les outils par les autorités sanitaires régionales. Etant données les nouvelles orientations de PRISM avec un focus sur la planification familiale et les interventions de renforcement de capacités des communautés, le processus ainsi proposé sera revu et adapté avant la validation.

2.4 Renforcement de la qualité des prestations de services SR

Survie de l'Enfant

PCIME Clinique :

Au cours de cette année, avec l'appui technique et financier de PRISM et de l'OMS, le comité national de pilotage de la mise en œuvre de la PCIME a organisé en 2005 à Dabola un atelier d'élaboration d'un rapport de synthèse des activités avec la participation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la phase pilote à Dabola et Mandiana. Cet atelier a permis de tirer les leçons et de documenter l'expérience aux fins d'une revue nationale du programme avant son extension progressive pour couvrir le territoire national. La mise en œuvre des recommandations issues de cet atelier servira de préalable à une extension du programme.

Par ailleurs, le projet PRISM a participé techniquement et financièrement et en tant que partenaire privilégié, à l'atelier de revue du programme PCIME organisé par le Ministère de la Santé. L'atelier a abouti à la principale conclusion que la PCIME comme stratégie de réduction de la mortalité infantile est adaptée au contexte guinéen et que l'extension progressive de sa mise en œuvre pour couvrir tout le territoire national est recommandée avec comme préalable principal, la disponibilité permanente de médicaments dans toutes les structures sanitaires. Des recommandations ont donc été faites une nouvelle fois au Ministère de la Santé à cet effet.

En outre, au cours de l'année 2005, un suivi post formation en PCIME clinique a été réalisé à Dabola (6 CS sur 9) et à Mandiana (9 CS sur 12). Les résultats sont globalement satisfaisants et la qualité technique de la prise en charge est à un niveau élevé (taux moyen d'adéquation au dessus du niveau minimum acceptable de 65%). Le tableau ci-dessous présente les niveaux d'adéquation par domaine dans la préfecture de Mandiana.

Niveau d'adéquation des prestations de PCIME clinique dans la préfecture de Mandiana, Septembre 2005

Prestataires	Taux d'adéquation par domaine			Durée de la PEC
	Evaluation	Traitement	Conseils	
Prestataire 1	60%	100%	100%	38 min
Prestataire 2	100%	100%	100%	30 min
Prestataire 3	80%	100%	100%	37 min
Prestataire 4	100%	100%	100%	29 min
Prestataire 5	100%	100%	100%	50 min
Prestataire 6	100%	100%	100%	32 min
Prestataire 7	60%	100%	33%	55 min
Prestataire 8	75%	100%	75%	45 min
Prestataire 9	100%	100%	50%	25 min
Prestataire 10	80%	100%	50%	45 min
Prestataire 11	100%	100%	100%	30 min
Prestataire 12	67%	80%	100%	30 min
Prestataire 1	100%	100%	100%	25 min
Moyenne	93.5%	98%	92%	39 min

Le maintien de la pratique de cette stratégie dépend évidemment de la capacité du système de santé à faire face au manque chronique des médicaments au niveau des sites de prestation.

PCIME communautaire :

Comme pour la PCIME Clinique, PRISM, au cours de cette année, a appuyé la formation de 20 prestataires à la supervision des AC dans le cadre de la PCIME communautaire. Ces prestataires avaient été formés auparavant en PCIME clinique et prennent en charge les enfants dans les centres de santé selon les instructions du programme. En tant que superviseurs des agents communautaires, ils sont chargés de suivre et d'encadrer ces derniers afin de s'assurer que les directives de cette composante sont bien suivies. L'objectif de former 2 prestataires par centre de santé comme superviseur est atteint à Dabola. Par ailleurs, 58 agents communautaires ont été formés au cours de l'année 2005 à Dabola sur 80 prévus. A l'issue de la formation, ces agents communautaires ont été dotés de boîte à image pour animer le dialogue avec leur communauté sur les 11 comportements clés communautaires et familiaux retenus par la Guinée en matière de PCIME communautaire. A noter que l'appui au volet communautaire de la PCIME dans la préfecture de Mandiana est assuré par Save The Children et que dans la préfecture de Dabola, il est prévu que l'Unicef assure la formation des 22 autres agents communautaires afin de couvrir l'ensemble du territoire préfectoral.

Qualité de la chaîne de froid au niveau des Centres de santé

Dans le cadre de la surveillance de la disponibilité des vaccins de qualité, PRISM a entrepris une série de supervisions qui ciblent spécifiquement la chaîne de froid et la gestion des stocks de vaccins. A cet effet, une Fiche d'évaluation standard et permettant d'attribuer des scores de qualité a été élaborée et utilisée dans les CS des préfectures de Siguiri et Kankan. L'évaluation du niveau de fonctionnalité des frigidaires (voir tableau ci-dessous) basée sur un ensemble de 20 indicateurs (dont la température dans le frigo, la couleur de la flamme, la présence de vaccins périmés dans le frigo, etc.) a permis de montrer le niveau d'effort qui reste à faire. En effet, les frigidaires observés sont à peine fonctionnels avec des niveaux de fonctionnalité baissant jusqu'à 28% à Nounkounkan et 33% à Karfamoriya, mettant en péril l'efficacité des vaccinations réalisées. Dans le centre de santé de Siguirini, il n'y a même plus d'activités de vaccinations, faute de frigidaire en état de fonctionnement. Ces résultats ont été partagés avec les autorités sanitaires tant au niveau préfectoral que régional.

Niveau de fonctionnalité du réfrigérateur dans les CS des préfectures de Kankan et Siguiri en Avril 2005

Centre de Santé de Kankan	Réfrigérateur /Taux de fonctionnalité	Centre de Santé de Siguiri	Réfrigérateur /Taux de fonctionnalité
Sabadou Baranama	72,2	Siguirikoro	61,1
Missira	66,7	Nounkounkan	27,8
Kabada	66,7	Siguirini	0,0
Mamouroudou	72,2	Kiniébakoura	44,4
Sènkèfara	61,1	Siguiri koura	50,0
Daloba Sékou	77,8	Norassoba	66,7
Kankan koura	72,2	Nabou	55,6
Balandougou	77,8	Bankon	50,0
Koumban	66,7	Nyandankoro	44,4
Karfamorya	33,3	Maléah	38,9
Moribaya	61,1	Bolibana	38,9
Salamani	66,7	Niagassola	44,4
Tintioulen	72,2		
Missamana	72,2		
Boula	61,1		
Tokounou	66,7		
Gberedou Baran	66,7		
Bat- Nafadji	72,2		

Santé Maternelle et Infantile

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Le Ministère de la Santé a élaboré avec l'appui de PRISM au cours de l'année dernière, un curriculum de formation en SONU pour le niveau centre de santé. Ce curriculum qui comprend une partie d'enseignement en salle et une deuxième phase de formation sur le site a été mis en œuvre dans 6 préfectures de la zone d'intervention du projet. Dans le tableau suivant qui résume l'état actuel de l'intégration des SONU dans les CS, on peut remarquer que 39 CS ont été remis à niveau en SONU contre un objectif de 38.

Etat d'intégration des SONU dans les CS

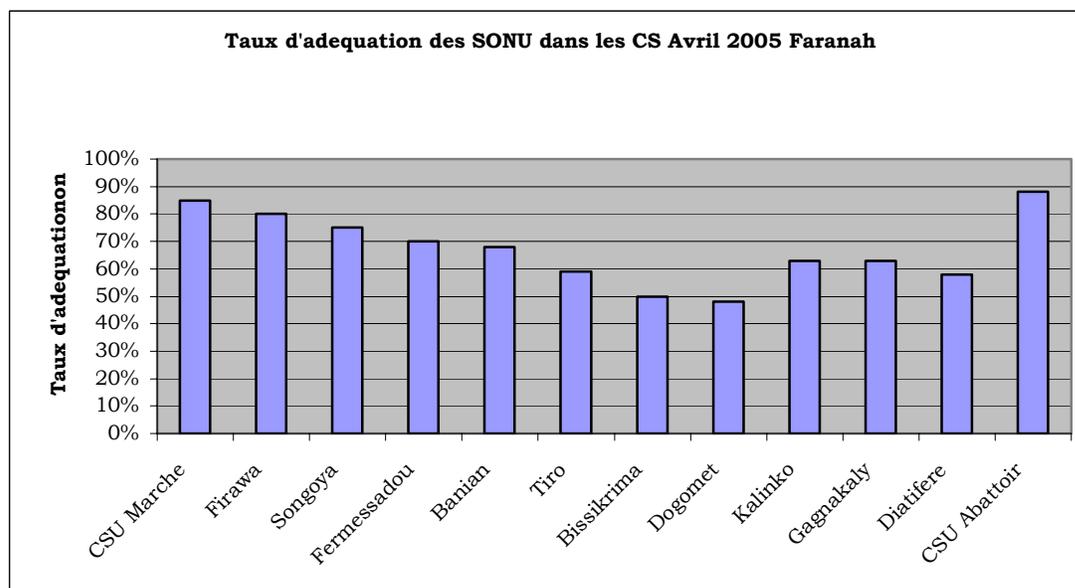
Préfectures	# total prestataires formées	# CS remis à niveau en SONU
Kérouane	11	8
Kankan	20	17
Faranah	8*	5
Dabola	3	3
Dinguiraye	3	3
Kissidougou	3	3
TOTAL	48	39

*Dont 3 en provenance de la Maternité régionale

En complément à la formation théorique dont ils ont déjà bénéficié, les prestataires de 12 centres de santé de la préfecture de Kankan ont bénéficié au cours de l'année d'une formation sur le site en SONU.

De plus une formation sur le site a été réalisée pour 10 prestataires du service de maternité de l'hôpital régional de Faranah, hôpital de référence des 4 districts sanitaires de la région. En effet, il est apparu lors d'une visite de supervision que, comme au niveau des centres de santé, les partogrammes n'étaient pas bien remplis et utilisés par les prestataires de cette maternité. Or le partogramme est un outil très important de monitoring de la femme en travail, permettant la prise de décision appropriée et au moment indiqué. Les besoins recensés au cours des visites de supervision ont conduit également à l'organisation d'une formation complémentaire en soins prénatals en plus du partogramme au profit de 15 prestataires des centres de santé de la zone du projet.

Le suivi post formation réalisé en SONU dans la région de Faranah a révélé que d'une manière générale, les procédures de prévention des infections ne sont pas bien respectées et que le partogramme n'est presque pas utilisé et est même quasi inexistant dans les centres de santé. Les taux d'adéquation aux normes varient de 48 à 88% et 8 formations sanitaires sur les 12 visitées (67%) ont un taux supérieur à 60% (cf. graphique ci-dessous).



En outre, il a été remarqué au cours de ce suivi post formation que les supervisions réalisées par les équipes des préfectures sont beaucoup plus orientées vers la vérification des résultats en terme de couverture notamment des activités préventives que vers la qualité des prestations.

Ainsi, il s'avère nécessaire que PRISM continue d'apporter un appui technique aux équipes des DRS et des DPS afin de renforcer la qualité de la supervision.

Soins Après Avortement

Le projet PRISM a intégré progressivement un programme de Soins Après Avortement (SAA) en collaboration avec JHPIEGO depuis 2001 dans les maternités des 9 hôpitaux de la zone d'intervention et dans le Centre de Santé de Banankoro. L'objectif de ce programme est d'améliorer la qualité de la prise en charge des femmes après avortement afin de réduire les décès maternels et de prévenir les récives des cas. Au cours de l'année 2005 deux visites de suivi post formation ont été réalisées dans les 10 structures sanitaires offrant ces services et a permis de faire le point sur le terrain de la disponibilité, de la qualité et de l'utilisation des services. Ainsi, il a été observé que 406 des 565 femmes ayant reçu des soins après avortement ont accepté une méthode de planification familiale post avortement - soit 72% - et que seulement 2 complications sont survenues après AMIU (0,4%). Les maternités de Dabola et Kouroussa ont les taux d'acceptation de la PF les plus faibles, soit respectivement 46% et 56% (voir tableau ci-dessous).

Résultat des services de Soins Après Avortement (SAA) durant la période de Janvier à Septembre 2005

Sites	Nbre de Cas	Nbre complications à l'entrée	Types de complications	complication à la sortie	Nbre Acceptrice de la PF	%
Hop. Rég. Kankan	161	21	20 Hémorragies 1 Anémie	0	122	76%
Hop. Kérouané	16	2	2 Hémorragies	0	15	94%
CSA Banankoro	30	3	3 Hémorragie	0	30	100%
Hop. Mandiana	20	3	2 Hémorragies 1 Infection	0	20	100%
Hop. Kouroussa	18	5	2 Hémorragie 2 Traumatisme 1 Choc	0	10	56%
Hop Pref. Siguiri	37	0	-	0	30	81%
Hop.Rég . Faranah	150	9	3 Hémorragies 6 Infections	1 Infection	93	62%
Hop. Kissidougou	59	0	-	0	45	76%
Hop. Dinguiraye	24	7	7 Hémorragies	0	18	75%
Hop. Préf. Dabola	50	10	6 Hémorragies 4 Infections	1 Choc	23	46%
TOTAL	565	60	-	2	406	72%

2.5 Renforcement du Système National d'Information Sanitaire

Mise à jour des indicateurs SR du SNIS

Le projet a apporté son appui technique à l'atelier d'harmonisation des indicateurs SR organisé par le MSP au cours de l'année 2005 à Kindia. Cet atelier avait pour objectif la révision des indicateurs SR pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en tenant compte des 9 composantes du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), définies par la politique nationale de santé et des 6 principales stratégies de mise en œuvre de cette politique.

Le document final de l'atelier et la liste harmonisée des indicateurs SR qui a été produite par les différents groupes de travail n'a pas été rendu disponible par le MSP jusqu'à présent.

Décentralisation du traitement informatique des données du SNIS et renforcement des capacités des DRS et DPS en Suivi et Evaluation

Le programme de gestion informatique des données des structures sanitaires (RAMCES) développé par PRISM, a été installé dans les 9 DPS de la zone d'intervention. Un guide d'utilisation de RAMCES a été élaboré à cet effet et les membres des équipes de DPS formés à son utilisation. De même 9 ordinateurs portables ont été achetés et octroyés par le Projet aux DPS de sa zone de couverture.

Renforcement des capacités des gestionnaires des services de santé dans l'utilisation des données pour la prise de décision

Le système d'information géographique développé par le projet PRISM à la fin de l'année 2004 a connu une amélioration certaine par l'incorporation de l'aspect spécifique lié au paludisme afin d'illustrer les fonctionnalités et l'importance d'un tel outil.

RI 3 - Accroissement de la DEMANDE des services

L'approche de PRISM dans le cadre de l'augmentation de la demande des services SR s'articule autour des points suivants: (1) l'amélioration de la coordination dans les programmes d'IEC; (2) l'amélioration de l'interaction client-prestataire ; (3) la réalisation d'événements de promotion de la SR et (4) le renforcement des capacités des responsables en gestion de l'IEC.

1. Amélioration de la coordination des programmes IEC

- Appui au développement de Stratégies et Protocoles IEC, ainsi que des groupes de travail IEC.

2. Amélioration des interactions clients/prestataires

- Evaluer, Reproduire et distribuer le matériel IEC existant
- Développer, produire et distribuer du nouveau matériel IEC pour les interactions client/prestataire
- Former les prestataires en counseling et en communication interpersonnelle.

3. Promotion de la SR

- Conduire de larges et visibles campagnes IEC sur des thèmes liés à la SR
- Soutenir le plaidoyer et la mobilisation communautaire, pour la SR et
- Octroyer des subventions aux ONGs locales oeuvrant dans le domaine de l'IEC/CCC pour la SR

4. Renforcement des capacités des gestionnaires des programmes d'IEC

- Former et maintenir une assistance technique aux gestionnaires & prestataires en IEC.

RI3 : Principales activités et résultats

- ✎ 19 Plans d'action des GRIEC/GPIEC soutenus
- ✎ Réalisation de 26 diffusions radio sur la communication interpersonnelle ;
- ✎ 373 relais communautaires mobilisés autour des CS dans les Préfectures ;
- ✎ 159 pairs éducateurs remis à niveau en santé maternelle et infantile
- ✎ 105 membres de clubs scolaires de presse formés à la dissémination de messages
- ✎ 140 responsables de salon de coiffure et maison de couture orientés sur les IST/VIH/SIDA
- ✎ 145 enseignants formés à l'approche Enfant pour Enfant
- ✎ 62 réunions de sensibilisation des hommes sur la PF réalisées : environ 5000 personnes mobilisées ;
- ✎ 47 Mamaya réalisés avec les groupes de femmes sur la PF: environ 8000 personnes mobilisées ;
- ✎ Organisation d'événements de sensibilisation grand public sur les IST/VIH/SIDA : 42 théâtres forum, 93 vidéo forum, 50 match de football féminin, 80 show de rue et 71 conférence réalisés.
- ✎ Réalisation d'une vidéo éducative sur le VIH/SIDA et les grossesses non désirées en zone minière
- ✎ Réalisation d'une enquête sur l'impact du projet sur les leaders communautaires et religieux.
- ✎ Reproduction de 20 000 dépliants
- ✎ Distribution de 1200 livres sur les méthodes de contraception modernes.

3.1 Amélioration des capacités en gestion et en coordination des Programmes IEC/CCC

La stratégie d'appui à la coordination en matière d'IEC de PRISM s'applique aussi bien au niveau central du MSP, à la division Promotion de la Santé (DNSP) plus particulièrement, qu'au niveau régional via les groupes régionaux IEC (GRIEC) et préfectoraux (GPIEC).

Renforcement des capacités de gestion des GRIEC et GPIEC

Au niveau régional et préfectoral, la coordination des activités IEC est assurée par les groupes régionaux et préfectoraux IEC (GRIEC et GPIEC). Composés des représentants de l'ensemble des intervenants dans le domaine de la promotion de la santé, chacun de ces groupes se réunit quatre fois par an, dont trois avec l'appui financier et technique de PRISM. A ces occasions, les plans d'action de chaque groupe sont revus et des actions précises planifiées pour le trimestre suivant.

Au cours de l'année 2005, les trois réunions planifiées pour chaque groupe régional IEC avec le financement de PRISM ont eu lieu. Ces réunions ont permis d'élaborer et réviser 19 plans d'action portant sur divers domaines SR, notamment la santé maternelle et infantile, la planification familiale, les IST/VIH/SIDA. Ces plans d'action ont été financés par le Projet PRISM et exécutés par les divers groupes régionaux et préfectoraux IEC. Ils s'ajoutent aux 21 réalisés en 2004 pour atteindre un total de 40 pour un objectif de 36 préalablement prévus à la fin 2005.

Coordination au niveau national

Le projet PRISM a fourni une assistance technique au Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) dans le cadre de la facilitation des contacts avec les communautés à la base. A ce sujet un programme commun a été élaboré et a conduit la secrétaire exécutive de ladite institution en compagnie d'une équipe du PRISM à Mandiana pour participer au lancement officiel de la campagne contre les IST/VIH dans cette localité. L'occasion a été mise à profit pour réaliser une série de visites dans les zones minières. De même, le projet PRISM a fourni une assistance technique au MSP pour l'élaboration des messages et supports en SR pour les jeunes.

3.2 Renforcement des interactions Communauté et Centres de santé

L'interaction entre communauté et centre de santé aura été pendant la période écoulée l'activité qui a connu un soutien accru en terme financier et d'investissement humain, ce, compte tenu du fait que l'année précédente, les résultats de l'enquête ménage ont révélé l'existence d'énormes problèmes à ce niveau.

La réponse stratégique proposée par PRISM pour réduire la « distance » entre communautés et structures de santé s'est inspirée en plus des réflexions internes, d'autres expériences ayant fait leurs preuves ailleurs. Ainsi, 272 réunions communautaires ont été organisées, de même que l'orientation de 373 relais communautaires sur la santé maternelle et infantile et les IST/VIH/SIDA pour des objectifs annuels respectifs de 90 et 81.

En outre, au cours de l'année écoulée, l'émission radio sur la communication interpersonnelle a été diffusée 26 fois au profit des prestataires et des communautés.

3.3 Accroissement de la demande pour les divers services en SR et promotion des comportements responsables

Les activités axées sur la génération de la demande ont été réparties en des phases distinctes.

La première phase, consacrée à la série d'orientation s'adressait à certaines catégories de personnes ressources, notamment les pairs éducateurs, les membres des clubs de presse dans les établissements scolaires, les responsables de salons de beauté et maisons de couture, les « banabananas » ou vendeurs de diamants et les enseignants des écoles primaires dans le cadre de la stratégie « **Enfant Pour Enfant** » en faveur de la vaccination. Ces échanges avaient été organisés pour rendre ces personnes mieux aptes à distiller les messages et à convaincre leurs cibles respectives à changer de comportement.

Récapitulatif des activités de renforcement des compétences des acteurs

Activité	Année 2004	Année 2005	Total
Pairs – éducateurs remis à niveau sur la SMI	445	159	604
Membres des clubs scolaires de presse formés à la dissémination des messages	-	105	105
Responsables des salons de coiffure et maisons de couture orientés sur les IST/VIH	-	140	140
Banabananas ou vendeurs de diamants formés en IST/VIH	-	56	56
Enseignants formés à l'approche EPE	774	145	919

La deuxième phase, en relation avec la promotion des services et comportements favorables à la bonne santé, est constituée de deux grands points. Le premier concerne la sensibilisation autour de la distribution en première intention des contraceptifs oraux et la promotion du DIU. En effet, jusqu'à une période relativement récente, les agents communautaires n'étaient pas habilités à délivrer les contraceptifs oraux en première intention parce que la politique nationale ne l'autorise pas. Les résultats concluants de l'expérience pilote conduite par PRISM a conduit le MSP à solliciter le passage à l'échelle plus élargie de la Haute Guinée de la distribution des CO en première intention par les AC. Afin de soutenir cette stratégie, PRISM a déployé un programme de communication communautaire autour des sites où les AC ont été formés pour la distribution de CO. Ainsi, 62 réunions de sensibilisation des hommes (plus de 5,000 participants) et 47 « mamaya » avec les groupes de femmes portant sur la Planification familiale (environ 1,000 participants) ont été organisés au cours de l'année 2005.

Parallèlement, afin de renforcer l'acceptation et de l'utilisation de méthodes de longue durée telle le DIU, 10 « mamaya » avec les groupes de femmes, ayant mobilisé plus de 7,500 personnes environ, ont été organisées dans les 9 préfectures autour des sites offrant ces services.

Par ailleurs, afin de contribuer plus efficacement à la lutte contre les IST/VIH/SIDA et les grossesses non désirées dans les zones minières, PRISM a réalisé un film vidéo au cours de l'année. Ce film sera utilisé dans l'avenir pour soutenir les forum et autres discussions sur le sujet. Au total, ce sont 42 théâtres forum, 93 vidéo forum, 50 match de football féminin, 80 show de rue et 71 conférences qui ont été organisés autour de la prévention des IST/VIH/SIDA.

PRISM a enfin réalisé au cours de cette année, une étude pour explorer l'impact des leaders religieux et communautaires dans le programme et l'influence que leur participation a eu au sein de leur communauté. Les résultats devraient nous aider à déterminer si ces leaders communautaires et religieux doivent jouer un autre rôle, au-delà de celui d'acceptation du programme pour devenir des véritables éducateurs sanitaires qui prônent le changement de comportement. L'étude a été menée sur le terrain par Statview, une organisation locale spécialisée dans les recherches formatives et les résultats sont encore en cours de traitement.

Suivi & Evaluation

La proportion des naissances ayant bénéficié de 3 CPN dont une au 9^{ième} mois reste à environ 60%, selon l'exploitation des données de routine du SNIS. Cet indicateur était de 53% en 2002 avant d'atteindre 59,3% en 2003, puis 61,3% en 2004.

De même la proportion des enfants ayant été vaccinés contre la rougeole avant leur premier anniversaire s'est détériorée largement par rapport aux années passées passant de 53% en 2002 et près de 72% en 2004 à environ 45,6% en 2005. Tout comme la vaccination contre la rougeole, le niveau de la vaccination contre la DTP3 se dégrade passant de 64,9% en 2003 à 50,9% en 2005. La mauvaise situation des frigidaires (voir la RI2) et le manque de plus en plus fréquent de vaccins valides au niveau des centres de santé pourraient constituer autant de causes profondes de cet état de fait.

Par contre les niveaux de connaissance de la population en général, des jeunes en particulier par rapport à la planification familiale et la prévention et lutte contre les IST/SIDA se sont largement améliorés au cours des dernières années. En effet, la proportion des jeunes hommes de 15 à 24 ans sachant que le condom est un moyen de prévention contre le SIDA est passé de 45% en 2003 à 87,6% en 2005 selon l'EDS-05. Cette situation est encore plus perceptible au niveau des jeunes filles de cet âge pour lesquelles la proportion de personnes sachant que le condoms est un moyen de prévention contre le SIDA est passé de 23% en 2003 à 82,3% en 2005 (ENDS-05). Chez les femmes en âge de procréer en général de 15 à 49 ans, cette proportion est passée de 16% en 2003 à 78,6% en 2005, toujours selon la les données provisoires de l'EDS-05.

Toujours, au cours de cette année, PRISM a soutenu des actions en faveur des différentes cibles que sont les jeunes, les travailleuses de sexe, les miniers et les femmes en âge de procréer, à travers les GRIEC. L'implication des leaders d'opinion a permis de vaincre progressivement les poches de résistance à la diffusion des messages sur la SR. A cet effet, au cours de l'année, le projet PRISM a formé 873 leaders religieux et communautaires portant le nombre total de leaders formés par le projet à 2150 personnes. Désormais des leaders religieux participent régulièrement à la dissémination des messages dans les communautés. Par ailleurs, PRISM a orienté ses efforts de communication pour le changement de comportement au cours du dernier trimestre de l'année vers la planification familiale, créant ainsi le lit à la réalisation des actions de communication communautaire pour l'année prochaine.

RI - 4 Amélioration de la COORDINATION

L'approche de PRISM dans le cadre de l'amélioration de la coordination des interventions dans le domaine de la SR consiste à : (i) renforcer les capacités de gestion et de communication du MSP, (ii) participer activement aux instances de coordination existantes, et au besoin (ii) promouvoir des mécanismes pérennes de coordination. Cette approche tient compte des divers niveaux de la pyramide sanitaire nationale. Les interventions se font donc tant au niveau local (Préfectoral, Régional) qu'au niveau central, au MSP.

Au niveau local

- Soutenir les activités des groupes régionaux SR;
- Participer et appuyer les CTPS et les CTRS;
- Renforcer les instances de coordination locales: DPS/DRS, y compris en matière de gestion et de Leadership.

Au niveau institutionnel

- Revoir régulière des activités du Projet avec les partenaires clés et les instances de coordination du projet;
- Appuyer le développement des politiques et stratégies SR au niveau central;
- Améliorer les capacités de communication électronique des unités de coordination du MSP à tous les niveaux ;

RI4 : Principales activités et résultats

- ☞ Quatre réunions des groupes régionaux IEC soutenues sur 4 programmées pour 2005;
- ☞ Quatre sessions des CTRS soutenues sur quatre programmées pour 2005;
- ☞ 18 sessions des CTPS appuyées sur 18 programmées en 2005;
- ☞ Appui à la gestion des activités de supervision réalisées au cours de l'année dans 2 DRS, et 9 DPS, couvrant la totalité de la cible pour 2005.
- ☞ Organisation d'une supervision conjointe DSR/DRS/DPS/PRISM
- ☞ Appui à l'organisation de la semaine nationale SR
- ☞ Appui à l'évaluation et à la revue de la phase pilote du programme PCIME

4.1 Amélioration de la coordination au niveau local

Appui technique à la supervision régionale des Journées nationales de vaccination (JNV) et de la Campagne de vaccination contre la poliomyélite et de Supplémentation en Vitamine A

A la demande des DRS de Kankan et de Faranah et conformément au programme des 7^{ièmes} Journées Nationales de Vaccination diffusé par le Ministère de la Santé Publique, PRISM, en 2005, a apporté un appui technique et logistique à la supervision de la campagne de vaccination. Suite aux diverses réunions préparatoires, les équipes de supervision des différents districts sanitaires ont été constituées, PRISM a été orienté sur Kérouané et Siguiri (pour la région de Kankan) et à Dinguiraye (pour la région de Faranah).

De même, dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Guinée, le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec ses partenaires au développement, a organisé la troisième campagne de vaccination contre le Tétanos néonatal dans certaines préfectures du pays dont Kankan, Kérouané, Siguiri, et Kouroussa. Le projet PRISM a apporté un appui technique et logistique à la supervision de cette campagne, notamment dans les Préfectures de Kankan et de Siguiri.

Participation à l'Atelier régional de restitution des résultats de l'Enquête de base portant sur l'impact de l'utilisation du partogramme dans la région de Kankan

Le Programme National de Maternité Sans Risques a contribué à vulgariser l'utilisation du Partogramme dans les structures sanitaires. Cet outil est essentiel pour assurer la surveillance de l'évolution du travail et de l'accouchement en vue du dépistage précoce et la prise en charge des pathologies du travail et des accouchements dystociques, responsables d'un grand nombre de décès maternels et néonataux. Dans ce cadre, le DED (ONG Allemande) d'abord, ensuite PRISM ont appuyé la mise en place de cet outil dans les maternités et centres de santé d'Haute Guinée. Parallèlement, une ONG nationale, la CERREGUI, en collaboration avec l'OMS, a entrepris une recherche/action dont la finalité est l'identification des obstacles à l'application correcte du Partogramme en zone rurale en vue d'en améliorer l'utilisation. Le Projet a été associé à cette recherche.

Participations aux Comités Techniques Préfectoraux de Santé (CTPS)

Dans le cadre de l'appui au système de santé dans sa zone d'intervention le Projet PRISM, a maintenu en 2005 sa participation à l'organisation des instances de coordination préfectorales, les CTPS, notamment. A noter que l'objectif d'une telle participation consiste à (1) contribuer à l'analyse des résultats du monitoring des structures sanitaires et à l'identification des approches de résolution des problèmes, (2) à partager avec les participants les informations liées au calendrier de mise en œuvre de certaines activités de PRISM, (3) à évaluer le cadre d'utilisation des classeurs des fiches de supervision des CS livrés par le Projet et (4) à tester la méthodologie d'identification des prestataires et agents communautaires performants.

Au cours des sessions des CTPS, les cadres de PRISM ont réaffirmé le plaidoyer pour l'utilisation des approches d'amélioration de la qualité des services: COPE (Clinique et Communautaire) ainsi que la mise à profit des acteurs communautaires formés et déployés par le Projet (AC, Pairs relais, membres CPSC et AV) dans l'analyse et la résolution des problèmes identifiés.

Participations aux Comités Techniques Régionaux de Santé (CTRS)

Au cours de l'année 2005, ont été organisées par les DRS les sessions semestrielles des CTRS. L'occasion a été mise à profit par les cadres de PRISM, pour procéder à une revue des activités du projet dans chacune des régions mais aussi et surtout de revoir la planification pour le semestre suivant de façon à intégrer harmonieusement le plan d'action du projet avec celui des DRS et des ONG partenaires. Aussi, les cadres du projet ont appuyé l'analyse des résultats des structures sanitaires (présentes par les DPS et DH). Au cours de ces sessions, la stratégie de l'intégration de la distribution communautaire des contraceptifs oraux par les agents communautaires a été présentée et approuvée par les participants. Egalement, la proposition des critères de choix des prestataires performants, les étapes de leur identification et quelques types de « marques de reconnaissance » a été présentée et discutée.

Appui aux groupes IEC régionaux et préfectoraux

PRISM, en appui aux autorités régionales dans le domaine de la coordination des interventions en SR, soutient sur divers plans et depuis quelques années déjà la tenue des réunions périodiques des groupes régionaux de travail en SR, dans le domaine de l'IEC notamment. Ainsi au cours de l'année, une session par trimestre des groupes régionaux et préfectoraux IEC a été organisée pour chacune des régions administratives couvertes par le Projet.

A noter que l'objectif de ces réunions demeure la revue du plan d'action du trimestre achevé et la préparation des activités du trimestre en cours.

4.2 Amélioration de la coordination au niveau institutionnel

Coordination avec le Ministère de la Santé

Coordination avec la Division Santé de la Reproduction (DSR)

Un Mémorandum d'Entente entre le Projet PRISM et la Division Santé de la Reproduction du Ministère de la Santé Publique a été établi. Ce mémorandum concerne l'appui du Projet aux efforts de la Division SR dans le renforcement de la coordination des interventions SR au niveau central ou national.

Au niveau central, le partenariat entre PRISM et la DSR vise particulièrement à :

- appuyer la DSR/MSP dans la conception/révision et la dissémination des documents de politiques et de stratégies SR notamment les Normes et Procédures en SR, la Politique Nationale des Services à Base Communautaire, le Programme Soins Après Avortement, l'expérience PCIME ainsi que le Protocole PTME;
- appuyer la DSR/MSP dans la conception et la mise en œuvre des recherches relatives à la Santé de la Reproduction;
- faciliter des ateliers de travail, des recherches/actions pour la révision des curriculums de formation des prestataires à tous les niveaux ;
- faciliter la documentation et la dissémination des expériences effectuées dans la zone de couverture du Projet en matière de SR.
- renforcer les capacités des cadres du MSP en général, ceux de la division SR en particulier en matière de leadership, de plaidoyer et de mobilisation des ressources ;
- renforcer les capacités en matière de communication électronique au niveau de certains services du MSP, la division SR notamment ;
- appuyer la DSR dans la mise en place d'un système d'information SR de routine ;

Au niveau des structures déconcentrées de gestion du système (DRS et DPS), le partenariat entre PRISM et la DSR vise particulièrement à :

- la mise en place d'instances de coordination SR au niveau local : Groupes régionaux et préfectoraux SR, y compris le volet IEC-SR,
- La prise en charge des journées de concertations des intervenants dans le domaine de la SR au niveau local;
- L'appui à la tenue des instances régionales et préfectorales de coordination SR, CTRS/CTPS notamment;

- L'appui aux activités de supervision facilitante et de formation sur le tas ;

Organisation de la supervision conjointe

Au cours de l'année 2005, PRISM a poursuivi son appui à la Division Santé de la Reproduction en organisant et en finançant conformément au PAO issu du Mémoire d'Entente, une visite de supervision conjointe DSR/DRS/PRISM. Le résultat de la visite aux structures périphériques a été la mise à jour des cadres du niveau central sur la qualité et l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités des différents programmes relatifs à la SR tels le programme de Maternité Sans Risque, le programme de Survie de l'Enfant à travers la PCIME et, parallèlement l'administration auprès des prestataires du questionnaire sur l'utilisation du document de Normes & Procédures en SR.

Cette visite a été l'occasion de rencontres entre les cadres du niveau central et les équipes cadres de supervision tant au niveau préfectoral que régional. Elle a également permis de passer en revue les supports de supervision des centres de santé et de discuter du détail de la mise en œuvre de la politique sanitaire au jour le jour sur le terrain. Les résultats détaillés de cette visite ont été présentés dans la partie RI 2 du présent rapport. La leçon globale apprise de cette supervision conjointe est que les deux niveaux d'administration du système de santé (niveau central et niveau intermédiaire) ont pu se rendre compte de la difficulté de traduire les politiques et stratégies en actions sur le terrain dans un environnement sanitaire caractérisé par une insuffisance notoire de médicaments et d'engagement des ressources humaines.

Appui au programme national de lutte contre le paludisme

Au cours de cette année, PRISM a organisé une rencontre avec la coordination du Programme National de Lutte contre le Paludisme en vue de s'enquérir de sa politique actuelle, notamment la prévention pendant la grossesse et la prise en charge communautaire et déterminer les axes possibles d'intervention du Projet dans ce secteur. A cette occasion, divers domaines ont été passés en ce qui concerne les éventuelles pistes d'intervention du projet PRISM:

- L'appui à l'élaboration des curricula de formation notamment celui de la prévention chez la femme enceinte ;
- Le Renforcement des compétences des prestataires dans la mise en œuvre de la politique nationale de traitement des cas et de prévention chez la femme enceinte : Formation sur la prise en charge des cas de paludisme simple et de paludisme grave, formation sur le paludisme pendant la grossesse incluant le nouveau protocole, le counseling sur l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) et la régularité de l'utilisation

de la CPN par les femmes enceintes (au moins 2 CPN après le premier trimestre de grossesse) ;

- Le suivi post-formation/supervision des prestataires ;
- Le renforcement des compétences des agents communautaires dans la prise en charge des cas simples de paludisme et référence des cas graves, à condition que le MSP définisse clairement sa politique au niveau communautaire par rapport au changement de protocole de prise en charge de ces cas ;
- Le suivi post-formation/supervision des agents communautaires formés ;
- La promotion des activités de lutte contre le paludisme au niveau communautaire: formation d'agents et organisations communautaires sur la prévention du paludisme et l'utilisation des MII, organisation par les agents/instances communautaires de séances de sensibilisation sur l'utilisation de la CPN, l'utilisation des MII et l'assainissement du milieu ;
- La sensibilisation de masse à travers les radios locales ;
- Toutes autres interventions communautaires pour le changement de comportement ainsi que le suivi/évaluation des interventions.

Participation à la Revue annuelle du PEV/SSP/ME

Au cours de l'année 2005, le projet PRISM a été associé à la préparation et la mise en œuvre de la revue nationale du PEV/SSP/ME. A cet effet, le projet a présenté ses approches de mobilisation communautaire, volet relais communautaire, mais aussi les innovations du Projet en matière d'utilisation de l'information à des fins de décision. Ainsi les 2 outils de gestion de l'information sanitaire développés par PRISM - RAMCES et SIG Santé – ont été présentés à l'ensemble des gestionnaires du système national de santé. Ces 2 outils ont suscité un très grand intérêt pour tous les participants qui ont sollicité vivement leur large diffusion à toutes les structures appropriées.

Appui à l'évaluation de la phase pilote du programme PCIME

Le projet PRISM, en partenariat avec l'OMS, a appuyé tant sur le plan technique que financier, le comité national de pilotage de la mise en œuvre de la PCIME à organiser l'atelier d'élaboration d'un rapport de synthèse des activités avec la participation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la phase pilote à Dabola et Mandiana. Cet atelier a permis de tirer les leçons et de documenter l'expérience aux fins d'une revue nationale du programme avant son extension progressive pour couvrir le territoire national. Le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de cet atelier a servi de préalable à une éventuelle extension du programme.

Appui à la Revue du programme PCIME

Faisant suite aux résultats de l'évaluation de la phase pilote, au cours de cette année, PRISM a aussi fourni son assistance technique et financière à l'atelier de revue du programme PCIME organisé par le Ministère de la Santé. L'atelier national de revue a servi de base de discussion pour aboutir à la conclusion que la PCIME comme stratégie de réduction de la mortalité infantile est adaptée au contexte guinéen et que l'extension progressive de sa mise en œuvre pour couvrir tout le territoire national est recommandée avec, comme préalable principal, la disponibilité permanente de médicaments dans toutes les structures sanitaires.

Appui à l'organisation de la Semaine nationale SR

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action issu du mémorandum d'entente entre la Division SR du MSP et le projet PRISM, une semaine nationale SR a été organisée au cours du trimestre dans le but global de mobiliser les décideurs politiques, les partenaires, les professionnels de santé et la communauté autour des problèmes clés de SR – notamment la réduction de la mortalité maternelle et néonatale – afin de susciter l'engagement de tous en faveur de l'accomplissement des objectifs de développement du millénaire. Ce forum a regroupé environ 200 participants constitués des techniciens de santé des niveaux central, intermédiaire et périphérique du système national de santé, des partenaires intervenants dans le domaine de la SR et des représentants de la communauté.

Le projet PRISM, partenaire privilégié de la DSR, a apporté à cet effet un appui technique et financier à la réalisation de ladite semaine. L'appui technique a consisté en l'élaboration des termes de référence, la détermination des objectifs à atteindre, l'identification des activités à mener, l'identification des cibles desdites activités, la confection de l'agenda de la semaine et la représentation spatiale sur carte des interventions/intervenants en matière de SR sur l'ensemble du territoire national.

Au cours de cette semaine, le projet PRISM a fait 3 communications portant sur ses expériences en matière de distribution directe des contraceptifs par les communautés, de mise en place et encadrement des mutuelles de santé et de conduite de la supervision pour améliorer la qualité technique des services.

Des tables rondes ont été organisées pour discuter plus profondément de la stratégie de distribution de contraceptifs par les communautés – dont PRISM est le leader parmi les partenaires - de l'approche de mutualisation en santé et des stratégies de développement de l'assistance qualifiée à l'accouchement, seule approche évidente actuelle de réduction efficace de la mortalité maternelle et néonatale.

Les recommandations issues du forum sont focalisées sur la promotion de l'assistance lors de l'accouchement par du personnel qualifié (Sage Femme, Infirmier, Médecin), la pérennisation des services à base communautaire y compris les SBC (pour les contraceptifs oraux), l'identification de mécanisme de motivation des agents communautaires, l'extension des mutuelles de santé pour couvrir l'ensemble du territoire national.

Coordination avec les partenaires

La collaboration entre PRISM et les autres partenaires intervenants dans le secteur de la santé a été poursuivie au cours de cette année.

Ainsi, avec Plan Guinée, des accords ont été pris pour assurer la mise en place conjointe des activités communautaires et l'extension à la Préfecture de Kissidougou de l'approche de distribution communautaire des contraceptifs oraux. Suite à ces accords, Plan Guinée a aussi rendu disponibles les médicaments anti-IST au niveau des CS de la Préfecture de Kissidougou ce qui a rendu possible l'intégration des services de prise en charge syndromique des IST ;

Avec Africare, un Mémoire d'entente pour la mise en œuvre commune des approches communautaires dans les Préfectures de Dabola et de Dinguiraye a été préparé et discuté au niveau des deux institutions. La dernière mouture, incluant les commentaires des différents responsables de ces ONGs est prête pour la signature ;

Avec HKI, des accords ont permis de rendre disponible la Vitamine A pour les besoins de toute la Haute Guinée jusqu'en Septembre 2005, dans le cadre de l'extension de la stratégie de distribution communautaire de la Vit A et des contraceptifs oraux. Parallèlement, HKI s'appuiera sur les structures étatiques existantes, les dépôts régionaux notamment, pour assurer la pérennité de cette distribution de Vitamine A. En outre, HKI maintient toujours ses représentations régionales de Kankan et de Faranah dans les locaux de PRISM dans ces deux localités ;

Avec Save the Children, les accords pris, ont permis la couverture des frais liés à l'extension de la distribution communautaire des contraceptifs oraux dans la Préfecture de Kouroussa ;

Avec EngenderHealth, les activités de suivi post formation des sites où le DIU et autres méthodes de longue durée ont été intégrés se sont poursuivies en 2005 ;

Avec la participation de la GTZ, PRISM a appuyé le Ministère de la Santé Publique, au niveau central dans la finalisation de la mise en œuvre du réseau informatique et Internet interne. Cet effort a permis de connecter le rez-de-chaussée du Ministère de la Santé au réseau global installé par la Coopération Française.

Au cours de l'année, PRISM a aussi participé à un atelier organisé par l'USAID réunissant toutes les agences d'exécution, dans l'objectif de mettre en place un mécanisme efficace de coordination et de communication. A cette occasion les différents axes stratégiques d'interventions de PRISM ont été présentés aux participants avec un accent particulier sur le partenariat opérationnel que le projet entretient avec les autres agences d'exécution de projets financés par l'USAID.

Activités ayant entraîné un partage de coûts avec des partenaires bénéficiant d'un financement autre que l'USAID

Au cours de cette année, plusieurs activités ont été réalisées par le projet PRISM en partenariat avec d'autres organisations ne bénéficiant pas du financement direct de l'USAID en Guinée. Ces activités sont résumées dans les paragraphes qui suivent :

Avec **UNICEF et OMS**, le projet PRISM a appuyé la réalisation de la **revue de la phase pilote de la stratégie PCIME**.

GTZ et Plan Guinée ont fourni aux centres de santé de la région de Faranah (Kissdougou pour Plan Guinée) les médicaments anti-IST nécessaires à leur intégration à la prise en charge syndromique des IST. PRISM a ensuite assuré la formation des prestataires ainsi que la disponibilisation des outils de gestion et d'IEC.

Le **PNMSR**, avec l'appui de **l'UNICEF et de l'OMS** a mis à la disposition de PRISM, au cours de cette année, **50 kits initiaux nécessaires pour la formation et le déploiement des accoucheuses villageoises**. Le Projet PRISM prenant en charge ensuite la formation des AVs ainsi que la production des outils et autres curricula.

En collaboration avec le **Projet PASSIP (UE)**, le projet PRISM a déployé dans la région de Kankan, plusieurs activités de **type formation**, partagé les coûts pour **l'appui à la supervision** ainsi que sur certaines interventions directes pour l'amélioration de la couverture vaccinale : fourniture de carburant de façon ponctuelle pour la sauvegarde des **vaccins** notamment au niveau de la chaîne de froid régionale de Kankan.

Avec **l'UNFPA**, le projet PRISM a appuyé la **révision des indicateurs SR de même que l'harmonisation des bases de données** permettant la gestion des rapports mensuels des centres de santé;

Avec **GTZ et la Coopération française**, PRISM a participé à la **mise en place du réseau informatique** interne du Ministère de la Santé;

Avec **l'OMS**, PRISM a couvert une partie des dépenses liées à la réalisation de l'atelier de préparation du rapport d'évaluation de la phase pilote de la PCIME.

Avec **l'UNICEF**, le Projet PRISM a permis d'appuyer la fonctionnalité des mutuelles déployées dans la Préfecture de Kissidougou au cours de cette année.

Formation des formateurs en PCIME-Clinique à Kindia : cette activité qui s'est tenue au début Octobre 2004 a été cofinancée par PRISM et l'UNICEF. La participation de PRISM a consisté à la prise en charge des deux formateurs venant de la Haute Guinée.

Fourniture par le CNLS de matériel de Promotion : Dans le cadre du lancement de la campagne de « Foudoukoudounin » dans les zones minière de Léro, le CNLS a pris en charge la production de 600 tee-shirts mis à la disposition du projet PRISM.

Formation en PEC syndromique des IST dans la région de Kankan ; Cette activité a été initiée par le CNLS, sur financement du Fonds Global. Le projet PRISM a rendu disponible le matériel de formation de même que le formateur requis.

Formation des agents des centres de santé en gestion des Médicaments Essentiels à Kankan : Cette formation a été financée par l'OMS avec la participation de PRISM en ce qui concerne le matériel de formation et la mise à disposition des formateurs.

Avec le **UNFPA, l'OMS, l'UNICEF** et plusieurs autres organisations, le Projet PRISM a appuyé la réalisation de la **semaine nationale SR**.

Sur Financement de **l'OMS**, le projet PRISM a appuyé la **CERREGUI** pour la réalisation de la recherche/action portant sur les obstacles liés à l'utilisation du Partogramme en Guinée ;

FAITS SAILLANTS AYANT EU DES INCIDENCES SUR LE PROJET

Au cours de cette année deux événements majeurs ont eu un impact sur la réalisation des activités du projet.

1. Le recrutement du Conseiller chargé de l'amélioration de la qualité des soins

Pour le recrutement du Conseiller en Santé de la reproduction et Qualité des services, poste clé rendu vacant par le départ en septembre 2004 du Dr Eléonore Rabelahasa, MSH/PRISM a lancé un processus de recrutement compétitif international. Le candidat retenu, Dr Mathias Yaméogo, de nationalité burkinabé, a été présenté à l'USAID et approuvé au cours de cette année. Avant de rejoindre MSH, Dr Yaméogo, Médecin de formation, spécialisé en Santé Publique, a travaillé pendant de longues années comme consultant au bureau régional de l'Unicef à Dakar et pour JHPIEGO, en tant que spécialiste en Santé de la Reproduction dans le volet « Amélioration de la qualité des soins ». Dr Yaméogo s'est installé dans ses nouvelles fonctions au niveau du bureau PRISM de Kankan.

2. Continuation des activités pour l'année 2006

Vers la fin de l'année 2005, l'USAID a sollicité MSH pour développer un plan d'action de continuation de certaines activités du Projet PRISM, jugées essentielles, pour l'année 2006. Après une série d'échanges, la proposition de continuation du Projet PRISM pour une année supplémentaire a été approuvée par l'USAID et signée par MSH le 29 Septembre 2005, soit à la veille de la clôture du Projet. Cette continuation ne couvre qu'une partie des termes de référence habituels du Projet PRISM. Ces aspects sont :

- La poursuite et l'expansion du Programme SBC ;
- La poursuite des activités liées à la mutualisation ;
- La poursuite des activités liées à la redynamisation de la participation communautaire dans la gestion des centres de santé -COGES- ;
- Le maintien des services de PF dans les centres de santé et maternités ainsi que l'intégration dans les postes de santé ;
- Le renforcement de la logistique des contraceptifs ;
- La mise en place d'un programme de détection et de prise en charge du cancer du col utérin dans 3 Préfectures de la Haute Guinée.

Cette réduction d'activités est conséquence d'une réduction substantielle du budget du Projet. Une telle combinaison (réduction d'activités et de budget) a entraîné une réduction importante du personnel du projet. Plus de la moitié des employés du projet ont été remerciés et le Bureau régional de Faranah fermé.

Cependant, MSH a mis cette occasion à profit pour recommander à l'USAID la nomination d'un guinéen au Poste de Directeur de PRISM. En approuvant la proposition de continuation, l'USAID a soutenu cette proposition. Ainsi pour la première fois, un cadre national est responsable de ce projet. Mr Tanou Diallo, employé du projet depuis son lancement et précédemment chargé des Opérations a été promu à cette fonction.