PRISM II: Rapport d'évaluation Services à Base Communautaire [Evaluation of Services Provided by the Community Workers]

Kéfing CONDE avec la collaboration de Mamoudou Dioubaté

January - March 2004

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of Cooperative Agreement No. 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.

Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST/SIDA (PRISM II)
Management Sciences for Health
784 Memorial Drive
Cambridge, MA 02139
Telephone: (617) 250-9500
www.msh.org

USAID | GUINEA
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PRISM II
Rapport d'évaluation mi-parcours

Janvier/Mars 2004

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

Rapport d'évaluation mi-parcours

Kéfing CONDE avec la collaboration de Mamoudou Dioubaté

Janvier/Mars 2004

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

Remerciements

La mission remercie tous les travailleurs de PRISM pour leur disponibilité. Elle remercie singulièrement les agents communautaires, les représentants des pouvoirs déconcentrés et décentralisés et les responsables SBC des préfectures visitées.

Responsables PRISM et Représentants d'institutions

1. Dr Pasquale Farese — Directeur du projet
2. Tanou Diallo — Responsable des Opérations de PRISM
3. Dr Nanamoudou Kéita — RRP/Faranah
4. Guillaume Bakady — Conseiller Technique IEC
5. Mlle Maggie Partilla — Consultante PRISM
6. Suzanna Galdos — Experte en Santé Communautaire
7. Dr Sékou Condé — Coordinateur SR/RIC/Kankan
8. Bakary Camara — Coordinateur SR/RIC/Faranah
9. Lamine Kéita — Responsable suivi/évaluation PRISM
10. Lamine Sadji Kaba — Animateur CENAFOD
11. Les DMR des régions de Kankan et de Faranah
12. Les Chargés SBC des régions de Kankan et de Faranah

Table des matières

1. Contexte et méthodologie de l'évaluation 8

1.1. Contexte de l'évaluation 8

1.2. Déroulement et méthodologie 9

1.3. Difficultés rencontrées 12

2. Stratégie d'intervention du projet 13

2.1. Sélection et recrutement des agents communautaires/superviseurs 13

2.2. Formation des acteurs 17

2.3. Activités de supervision des SBC 21

2.3. Activités de supervision des SBC 21

3. L'organisation du travail des AC 26

3.1. Rôles et responsabilités des AC 26

3.2. Organisation et déroulement du travail d'AC 27

3.3. Les services demandés aux AC 28

3.4. Approvisionnement et réapprovisionnement 30

3.5. Réalisation des séances de sensibilisation 33

3.6. Participation aux réunions mensuelles 35

3.7. Tenue des documents 37

3.8. La référence des clients 39

4. Compréhension communautaire des SBC 42

4.1. Niveau de connaissance des SBC et des acteurs 42

4.2 Appréciation communautaire des SBC 44

4.3. Niveau de participation de la communauté 48

5. Motivation des agents communautaires 51

6. Système de communication et d'information 54

7. La pertinence des stratégies 56

8. Impacts des activités réalisées 58

9. Facteurs de viabilité des SBC 60

9.1. la politique de soutien 60

9.2. du transfert des connaissances 60

9.3. des aspects socioculturels 60

9.4. des capacités institutionnelles et de gestion 60

9.5. De la motivation des acteurs 61

10. Points forts et faibles 62

12. Annexes 64

Abréviations

AC	Agent Communautaire
AGBEF	Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial
AT	Assistant Technique
ATS	Agent Technique Sanitaire
CENAFOD	Centre Africain de Formation pour le Développement
CPN	Consultation Prénatale
CS	Centre de Santé
CCS	Chef de Centre de Santé
CTRS	Comité Technique Régional de la Santé
CTC	Comité Technique de Coordination MSP
DBC	Distribution à Base Communautaire
DIU	Dispositif Intra Utérin
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
FAMPOP	Family Planning Options Project
FG	Francs guinéens
GTZ	Coopération Technique Allemande
IEC	Information-Education-Communication
IRS	Inspection Régionale de la Santé
JHU-CCP	John HopkinsUniversity – Center for Communication Program
LMD	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
MSH	Management Sciences for Health
MST-SIDA	Maladies Sexuellement Transmissibles- Syndrome d'Immuno déficience Acquise
NU	Nouveaux Utilisateurs

PSI-OSFAM	Population Services International - Option Santé Familiale
PARLS	Programme d'Assistance aux Réfugiés libériens et Sierra-léonais
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PRISM	Activité Pour le Renforcement des Interventions en SR et MST/SIDA
RUMER	Registre d'Utilisation des Médicaments et des Recettes
SBC	Services à Base Communautaire
SIG	Système d'Information pour la Gestion
SR	Santé de la Reproduction
SRO	Solution de Réhydratation Orale
STC	Save the Children
UR	Utilisateurs Réguliers
USAID	United States Agency for International Development

1. Contexte et méthodologie de l'évaluation

1.1. Contexte de l'évaluation

Financé par l'USAID, le Projet PRISM est un projet d'appui au programme de la santé de la reproduction dans les régions de Haute Guinée et de la Moyenne Guinée. Il est mis en œuvre par MSH et JHU-CCP en vue du renforcement et de l'extension des «Services à Base Communautaire» Il s'inscrit dans la suite du projet FAMPOP qui a été mis en place en 1997.
Selon le document de base de la politique nationale des SBC, les axes d'intervention des AC sont essentiellement l'éducation pour la santé, la distribution et la vente des produits, les soins primaires et les conseils/références dans les domaines suivants : maladies diarrhéiques ; Planification familiale ; nutrition ; maladies parasitaires et onchocercose, hygiène et assainissement ; MST/SIDA ; accouchement assisté.

Les Services à Base Communautaires» sont donc des activités sanitaires de proximité, réalisées dans la communauté par des volontaires sous la supervision de professionnels de la santé. Ils ont pour buts d'améliorer la santé de la population par l'extension de l'accès aux services de santé de qualité en dehors des logiques classiques et par la mobilisation de la demande pour ces services.
En Guinée, les SBC sont exécutés par les AC qui oeuvrent dans les domaines de la santé de la reproduction et la prévention des IST/SIDA en particulier la planification familiale et la CPN ; la lutte contre les maladies diarrhéiques, la survie de l'enfant et les soins primaires ; la vente d'une gamme limitée de médicaments essentiels. Les AC contribuent également à la mobilisation de la population pour la Stratégie Avancée.

L'augmentation de l'utilisation des services de la SR par le renforcement de l'intervention client-prestataire reste le thème central autour duquel s'articulent les stratégies d'appui de PRISM en faveur du système de soins de santé primaire en Guinée. Les interventions de PRISM visent essentiellement les communautés et les structures formelles du système sanitaire. L'objectif d'un tel choix est d'amener les communautés à accéder facilement à des services de qualité. L'implication des structures sanitaires formelles à toutes les étapes de la marche du projet vise à pérenniser le système SBC et les acquis du projet.

C'est dans cette logique que PRISM appui le MSP dans sa politique de rendre disponibles les services SR dans les Points de Prestation de Services (PPS) conformément aux instructions du Paquet Minimum d'Activités (PMA). Pour réussir cet appui, PRISM en partenariat avec d'autres agences a formé des hommes et des femmes en SBC, mis à disposition des supports de formation, les ressources, les médicaments et le matériel indispensable.

Cette évaluation à mi-parcours s'inscrit comme une analyse des principaux résultats et des relations de partenariat entre les AC, les CS, les DPS et les institutions d'intervention. Elle entend mettre en relation l'efficacité des stratégies d'intervention et les résultats atteints. C'est dans cet esprit que ce travail privilégie l'approche qualitative pour comprendre les points forts, les points faibles et les difficultés de mise en œuvre du projet SBC par le PRISM. Elle a été réalisée par deux consultants (un consultant principal et un assistant) du 22 janvier au 30 mars dans les préfectures de Kankan, Siguiri, Mandiana, Kérouané, Kouroussa, Dabola, Faranah et de Dinguiraye.

De manière particulière, cette évaluation avait pour objectifs de :

- Comprendre et d'analyser les compétences techniques acquises et l'efficacité des AC en terme de qualité des services offerts aux communautés ;
- Expliquer l'effet, les forces et les faiblesses des axes de coordination développés entre les AC et les autres agents de la communauté ;
- Expliquer les facteurs de motivation des AC et les effets porteurs des appuis de la communauté et des superviseurs ;
- Analyser les stratégies utilisées par les différents partenaires pour voir s'il y a des aspects positifs qui pourraient être adaptés par le PRISM

1.2. Déroulement et méthodologie

Cette évaluation à mi-parcours a privilégié l'étude documentaire, les approches qualitative et quantitative et l'observation. La combinaison de ces différentes techniques a permis de produire des données et connaissances utiles à l'analyse des compétences techniques des AC, d'expliquer les forces et les faiblesses des activités de supervision, de comprendre les stratégies d'acteurs pour des Services à Base Communautaire adaptés, désirés et concertés.

Pendant la phase préparatoire et pour la saisie des données informatiques (quantitatives), la mission d'évaluation a bénéficié de l'appui méthodologique d'une consultante, du responsable chargé du suivi évaluation et des équipes techniques de PRISM. L'évaluation a aussi bénéficié de la contribution des services d'appui de PRISM notamment dans la production et la reproduction des outils de collecte, le recrutement et la formation des enquêteurs, la préparation des fiches de présence et la convocation des participants.

Préalablement prévue pour 35 jours de travail repartis sur deux mois (février, mars), la mission a duré 41 jours pour diverses raisons dont entre autres les difficultés d'information des personnes devant participé aux focus group, les retards accusés dans le recrutement et la formation des enquêteurs et les problèmes de communication à l'intérieur de l'équipe de PRISM.

Le travail d'évaluation a commencé par une analyse documentaire et la préparation des outils de collecte (questionnaire et guides) Ce travail de chambre a été fait au siège de PRISM, il a permis de comprendre les objectifs, les acteurs et les axes d'intervention du projet. Il a en outre aidé la mission d'évaluation à comprendre les stratégies d'intervention et les canaux de communication en place. C'est grâce aux informations contenues dans les rapports et autres documents du projet (PRISM et partenaires) qu'il a été possible de sélectionner les thématiques en relation avec les objectifs de l'évaluation et/ou de concevoir les questionnaires pour l'enquête quantitative et quatre guides d'enquête pour les focus group.

Les informations qualitatives ont été collectées en un passage par deux équipes d'évaluateurs. Chaque équipe était composée d'un consultant et d'un assistant. La première a évolué dans les préfectures de Kérouané, Mandiana, Siguiri, Kankan et de Faranah; tandis que la seconde a évolué dans les préfectures de Dabola, Dinguiraye et de Kouroussa. Dans chaque préfecture, il a été animé séparément quatre groupes de discussion avec : les leaders communautaires (Imams/marabout, élus locaux, chefs coutumiers, leaders d'opinions) ; les agents

communautaires, les superviseurs (agent PEV et CCS) et l'équipe DPS (DPS, agent SBC, AT/AGBF, DMR et autres cadres)

Exception faite aux groupes de la DPS, les autres groupes de discussion comprenaient entre six et douze personnes. Les Agents Communautaires conviés à participer aux focus group ont été sélectionnés par une consultante internationale (Mlle Maggie Partilla) à partir d'une base de données informatisées au niveau de PRISM. Quant aux participants aux autres groupes de discussion, ils ont été identifiés au nombre des acteurs directement impliqués dans les activités SBC par les équipes DPS des préfectures. Pour tous les acteurs, le choix des participants a tenu compte du statut, de l'âge, du sexe et de la résidence des individus.

Au total, 267 individus ont participé aux groupes de discussions dans huit préfectures. Pour l'ensemble, les femmes ne représentaient que 17 %. C'est au nombre des AC que les femmes étaient le plus représentées (41,17%) Les raisons qui expliquent la faible représentativité des femmes dans les groupes de discussion sont en relation avec : l'absence et/ou la sous représentativité des femmes dans les groupes DPS, leaders communautaires et agents superviseurs (CCS et agents PEV) le tout en relation avec les mentalités communautaires.

Echantillon focus group					
Préfecture	**DPS**	**AC**	**Leaders**	**Superviseurs**	**Total**
Kouroussa	6	12	9	11	38
Mandiana	4	9	11	6	30
Kérouané	5	8	8	7	28
Kankan	3	12	12	10	37
Siguiri	3	10	9	13	35
Dabola	6	12	9	9	36
Dinguiraye	4	12	7	8	31
Faranah	3	10	7	12	32
Ensemble	34	85	72	76	267

Lors des discussions, les consultants ont eu pour tâches : de créer une dynamique au sein du groupe en mettant les participants en confiance par un «contrat de communication»; de diriger la dynamique du groupe en respectant la grille d'entrevue et en maintenant les débats à l'intérieur des thèmes ; de poser des questions sensées amener les participants à faire-part de leurs propres expériences ; d'enregistrer les messages sur bandes sonores et/ou de prendre note ; de résumer brièvement les discours pour un meilleur partage des messages[1].

Les discussions ont duré entre une heure et trois heures de temps par groupe d'acteurs. Ces discussions ont été organisées autour de questionnements contenus dans des guides d'enquête qui ont été conçus de manière concertée avec l'équipe technique de PRISM. Ces guides prenaient en compte un certain nombre de thématiques en relation avec : les critères ayant prévalu à la sélection des AC, les formations reçues et/ou les compétences techniques acquises aux différents niveaux de la chaîne par les agents ; l'efficacité des services et l'organisation du travail des SBC ; la performance et le niveau d'acceptation des méthodes par les communautés ; le système

[1] Les textes en italiques sont des discours d'acteurs à l'intérieur des groupes de discussion organisés dans les différentes préfectures.

de supervision, sa pertinence et sa régularité ; les relations d'acteurs et l'efficacité de l'appui de la communauté ; les normes et le niveau de partage de l'information; la compréhension des rôles et responsabilités en terme d'évolution des comportements.

Dans le souci d'établir un cadre cohérent d'analyse, le travail de synthèse des résultats s'est construit comme un essai de mise en relation des différentes activités et stratégies utilisées. Après la traduction des messages, il a procédé au relevé des messages-clés et à la construction des homologies. Ce sont les messages en relation avec les SBC qui ont fait l'objet de l'analyse. L'analyse et l'interprétation des données ont permis de dresser un tableau constituant une description analytique des capacités des différents acteurs.

Parallèlement à la collecte des données qualitatives par le focus group, une étude quantitative par le questionnaire a été organisée (du 11 au 5 mars) dans les préfectures de Kérouané, Faranah, Mandiana, Dabola, Siguiri, Dinguiraye, Kankan et de Kouroussa. Cette collecte effectuée en un passage avait pour but de confirmer ou d'infirmer certaines données qualitatives collectées par la technique du focus group. [2]

Pour atteindre cet objectif, elle a pris en examen les stratégies d'acteurs, les activités des SBC et l'utilisation effective par les populations des services offerts par les AC. L'étude quantitative a été réalisée par trente deux enquêteurs qui ont été recrutés à Kankan grâce à un appui appréciable du CENAFOD. Ces enquêteurs ont été formés par les consultants à l'administration des questionnaires. Cette formation a aussi servi de cadre à la traduction en Maninka des mots clés contenus dans les différents questionnaires et guides. Cette transcription des concepts a tenu compte des concepts les plus communément partagés par les différentes variantes lexicales du Maninka.

A l'issue de la formation, il a été constitué 16 binômes. Chaque binôme était composé d'une femme et d'un homme pour faciliter l'accès aux différents sexes. Pour des raisons liées à l'étendue du territoire d'étude (huit préfectures), les données ont été collectées par deux binômes par préfecture pendant quinze jours.

Les facteurs discriminants ont été identifiés et retenus avec l'appui des responsables du programme et de la consultante pour le prélèvement des échantillons. Au niveau des centres de santé et dans les villages identifiés, les enquêteurs ont administré quatre types de questionnaires en fonction des acteurs à savoir : les Chefs de Centre de Santé et agents PEV (Superviseurs), les Agents Communautaires, les clients et les non-clients. Au total, il a été touché par le questionnaire 1.800 individus repartis comme suit : 40 agents de santé, 160 AC, 800 clients et 800 non-clients.

Les entrevues individuelles pour l'administration des questionnaires ont été organisées soit au domicile de l'enquêté, soit à son lieu de travail, soit dans un milieu jugé par lui discret pour éviter l'interférence de curieux. Les clients et les non-clients interrogés dans les villages ont été choisis dans les ménages selon leur disponibilité au moment du passage des enquêteurs. Pour atteindre ces individus, il a été procédé à une introduction en cascade. Dans chaque village, les

[2] Même s'il prend quelques résultats quantitatifs le présent rapport est resté néanmoins très qualitatif

enquêteurs se sont présentés en premier lieu aux autorités déconcentrées et/ou décentralisées avant de se diriger vers les individus[3].

La mission d'évaluation a touché formellement par les entrevues individuelles et les focus group 2.067 individus utilisateurs ou non des services offerts par les SBC. Les résultats obtenus à l'issue des travaux de terrain ont été restitués à Kankan et à Conakry. Ces deux niveaux de restitution ont permis de confronter et d'harmoniser les points de vue et de proposer les axes à améliorer.

1.3. Difficultés rencontrées

La principale difficulté rencontrée dans la réalisation des focus group a été la mauvaise circulation de l'information à l'intérieur de PRISM (entre équipe technique et autres services) et/ou avec l'administration sanitaire.

A cette difficulté, il faut ajouter le parallélisme des interventions lors des focus group suite aux discussions entre les participants consécutives le plus souvent à des points de vue soit contradictoires soit complémentaires sur une même question.

Les contraintes auxquelles les équipes d'enquêteurs ont été confrontées étaient l'accès difficile à certains villages, la grande mobilité des femmes au moment du passage des enquêteurs et la pénurie d'essence qui a perduré dans la région au moment où les enquêteurs étaient programmés pour le terrain.

NB : Toutes les recommandations contenues dans ce rapport viennent directement des enquêtés. Pour des raisons de compréhension et d'opérationnalité, certaines parmi elles ont été reformulées par le consultant.

[3] Les données chiffrées se trouvant dans ce rapport sont essentiellement ceux des enquêtés quantitatives.

2. Stratégie d'intervention du projet

2.1. Sélection et recrutement des agents communautaires/superviseurs

Les agents communautaires de la zone couverte par le projet dans les huit préfectures de la Haute Guinée appartiennent à 139 villages et sont constitués en 69 mini-réseaux regroupés à l'intérieur de huit réseaux préfectoraux. Les agents communautaires sont organisés en des mini-réseaux de cinq à sept individus autour des centres de santé. Les villages auxquels appartiennent les AC ont été sélectionnés par les chefs de centres de santé au nombre des agglomérations qui étaient couverts par la stratégie avancée des centres de santé.

Selon les témoignages recueillis à tous les niveaux, c'est suite à une série de deux réunions de concertation des agents de santé avec les représentants des communautés villageoises que des hommes et des femmes répondant aux critères préalablement définis ont été sélectionnés pour devenir des agents communautaires. Cependant 62% des CCS et agents PEV disent n'avoir participé au recrutement d'aucun AC. Ils ne reconnaissent non plus pas les critères qui ont prévalu au recrutement des AC.

> « *Un jour, deux individus sont venus nous voir pour nous demander comment et où nous nous soignons. Après plusieurs discussions, ils nous ont demandés de réfléchir pour le choix futur d'un agent qui va être le représentant de la communauté pour la distribution de certains produits* » (Chef de village Kouroussa)

Ces réunions dans la majorité des villages ont été organisées de façon très restreinte avec une partie de la communauté et/ou avec des élus locaux des bureaux de district, les représentants de secteurs et autres leaders communautaires. En conséquence, 38% seulement des personnes enquêtées connaissent les modalités de choix d'un AC et auraient participé au recrutement des agents. Dans plusieurs villages, les personnes les plus intéressées par la planification familiale notamment les femmes et les jeunes ont souvent été informés de manière informelle soit par l'AC lui-même, soit par personne interposée et/ou lors des activités de stratégies avancées.

> *« C'est nous les anciens, en accord avec l'Imam et les élus locaux, qui avons choisi les deux représentants de PRISM (AC) de notre village. Pour le faire, nous avons reçu les conseils du Chef de Centre de Santé de Nabon. Le critère qui a prévalu au choix de l'agent masculin, c'est son sérieux et son niveau d'instruction. Nous avons pensé en ce moment que pour faire un travail aussi compliqué que la distribution et l'administration des médicaments, il faut choisir des individus qui savent lire et écrire »* (Leaders communautaires Siguiri)

Les critères qui ont prévalu à la sélection des agents communautaires étaient : la sédentarité d'hommes et de femmes acceptant de travailler bénévolement pour leur communauté d'appartenance ; la disponibilité, le volontariat, la discrétion et la courtoisie ; les aptitudes

d'écoute et les capacités physiques permettant un déplacement régulier en rapport avec les activités d'AC. A ces éléments d'appréciation, les représentants de certains villages auraient privilégié les critères comme le niveau d'instruction, les relations avec le monde extérieur et/ou la pratique officielle ou non d'activités de santé.

Lors du processus de la remobilisation des SBC organisées par une agence nationale de formation (CENAFOD), les animateurs ont aidé les communautés à exprimer leurs soucis pour leur santé reproductive. Ils ont en outre clarifié avec les villages intéressés les missions et activités des AC. Cette redynamisation, dans la suite du projet FAMPOP, avait aussi insisté sur l'importance d'avoir des AC/SBC et sur les rôles qui devraient ceux de la communauté. Cette démarche, pour 79% des superviseurs, aurait participé au choix de personnes de qualité comme AC.

Malgré cette approche, les entretiens séparés organisés avec les sages, les femmes et les jeunes, les AC reconnaissent avoir été désignés sur base de consensus par les communautés dont ils représentent et pour lesquelles ils travaillent

> *«Après les différents entretiens, les gens qui étaient venus de Kankan ont demandé aux jeunes et aux femmes de désigner les personnes qui répondent le mieux aux critères énumérés. Chaque groupe a communiqué le nom d'une personne. C'est au nombre des propositions faites qu'une personne a été choisie pour devenir Agent Communautaire, cette personne c'était moi »* (Agent Communautaire Dabola)
> *« Pour choisir, l'AC féminin de mon village, les anciens étaient obligés de demander l'avis de son conjoint, on ne peut pas faire autrement dans un village à cause des principes traditionnels et de la religion» (*Leader communautaire Faranah)

Les agents ont entre 24 et 56 ans et sont en majorité mariés. Plus de la moitié des AC affirme avoir fait des études de fois jusqu'à la fin du secondaire. Ce sont surtout les AC masculins qui, en acceptant de jouer le rôle d'agent communautaire, avaient d'autres objectifs inavoués. C'était le non-dit de leur engagement.

> *«Plusieurs personnes avaient accepté ce travail au début à cause des bénéfices qu'ils pouvaient réaliser sur la vente des médicaments. Certains de nos collègues disaient que la formations allaient se poursuivre pour faire d'eux des agents de santé. Ce sont surtout ceux qui étaient instruits qui aspiraient à cela » .*

De l'avis des acteurs, certains des agents communautaires ne sont pas l'émanation de la communauté. En dehors de quelques rares AC, on pourrait dire qu'ils ont été choisis par des personnes qui n'incarnent qu'une partie du pouvoir au sein des villages. Dans plusieurs cas de figures observés, le choix des AC a été largement influencé involontairement ou à dessein par les formes d'organisation sociales et/ou la hiérarchie sociale qui gouverne les villages et les

communautés. Ce qui fait dire à 10% des agents de santé que les personnes choisies ne sont pas les bonnes.

Certains AC, anciens garçons de salle, ont été malicieusement insérés par les CCS en signe de reconnaissance des services antérieurement rendus ; d'autres ont été désignés parce qu'ils auraient anciennement représenté des projets de développement au sein de la communauté. Cette situation fait que beaucoup d'AC cumulent plusieurs fonctions (Accoucheuse traditionnelle, Imam, membre d'ONG, représentant de micro-finance, ouvrier dans des entreprises de construction). Contrairement à ce que plusieurs acteurs font croire quant au poids des hommes, le choix des femmes comme AC a buté sur leur dépendance sociale et économique.

> *« Dans un village de la sous préfecture de Baranama, le choix de l'ensemble de la communauté était tombé sur un jeune femme qui avait reçu de la formation comme accoucheuse villageoise. Son mari s'est opposé catégoriquement à ce qu'elle devienne un Agent Communautaire parce que disait-il que sa femme ne s'occupait plus beaucoup de la maisonnée »* (CCS Kankan)

Plusieurs témoignages s'accordent à reconnaître que certains époux s'étaient opposés sans ménagement au choix de leurs épouses. A cet élément ayant défavorisé les femmes, les différents acteurs rencontrés disent que

> *« Contrairement à l'homme, la femme n'a pas la facilité de rencontrer qui elle veut et quand elle le veut. Une femme chez nous doit rester à la maison pour s'occuper de son mari et de ses enfants. Elle ne peut pas être partout comme un homme. Une femme qui se promène beaucoup ne mérite pas de confiance, même la paternité de ses enfants est souvent remise en cause par la communauté. Le travail d'AC exige à ce que l'agent fasse du porte à porte pour rencontrer les hommes et les femmes. Les hommes n'aiment pas que les jeunes femmes en âge de procréer fassent ce travail* »(AC Mandiana*)*

Dans la grande majorité des communautés ayant un AC (FAMPOP reconduit), les logiques de communication par le truchement des réunions entre le CCS et les villageois n'ont été ni formalisées, ni élargies aux différentes composantes des communautés. Le mystère qui a entouré le recrutement de certains AC dans certains villages les empêchent aujourd'hui d'avoir une tradition de concertation avec les tous acteurs. On peut donc dire que les critères définis avec les animateurs du CENAFOD, lors des séances de remobilisation des communautés pour le choix et/ou la sélection des agents communautaires, n'ont pas été respectés dans tous les cas.

> *« On ne pouvait pas respecter le mode de choix qui voulait qu'on passe par le vote au cas où il y aurait plusieurs candidats. Dans tous les cas, l'essentiel c'était de proposer au nom du village quelqu'un qui devait nous représenter. Je ne dis pas que les*

> *critères n'étaient pas bons (appropriés), mais ils ne nous convenaient pas ou ils ne convenaient pas à notre mode de vie (environnement socioculturel) » (Leaders Communautaires Kankan)*

Ces différents éléments de dysfonctionnement ont conduit à des choix qui ont favorisé les hommes « instruits » au détriment des femmes en majorité analphabètes. Ce qui logiquement a conduit dans plusieurs villages à exclure du processus une bonne frange de la population des activités de PF car, dans ces milieux conservateurs, il est très difficile, voir impossible, pour un homme de parler publiquement de sexualité avec une femme. Ainsi, les AC masculins sont très limités dans leurs activités auprès des femmes. A propos d'agent, plusieurs leaders pensent que

> *« Dans ce travail, les hommes et les femmes ont leurs rôles. Pour être efficaces, il faut un minimum de deux AC par village (gros et petit) : une femme et un homme. Il est plus facile pour une femme de parler de sexualité avec une femme qu'avec un homme. Mieux, un individu ne peut pas s'entendre avec tout le monde. Si un n'est pas bon, l'autre l'est »* (leaders communautaires Kérouané)

En terme de préférence, selon le sexe, 51 % des personnes interrogées préfèrent un AC masculin contre 48% qui portent leur choix sur des AC féminin. Les leaders communautaires, tout en confirmant la fonctionnalité des AC masculins, reconnaissent que pour une plus grande couverture il est utile d'avoir par village des AC adultes appartenant aux deux sexes. Les communautés auraient tendance à avoir des préférences pour un équilibre entre le nombre d'AC et le sexe. Les études quantitatives montrent que 48% des individus sollicitent des AC féminins contre 50% des enquêtés qui préfèrent les AC masculins et, 2% les deux sexes.

Les AC féminins seraient très sollicités par les femmes pour les services en rapport avec la planification familiale. Les hommes par contre seraient très efficaces dans la mobilisation, la sensibilisation et d'accompagnement des cas référés. Les demandes d'avoir un ou deux AC se font de plus en plus pressantes pour les gros villages non encore couverts par les SBC.

L'appartenance de l'AC à la communauté qu'il sert est tantôt un facteur de rapprochement avec les personnes les plus réticentes, tantôt une barrière sociale pour des raisons liées à la hiérarchie sociale (âge, sexe). Dans certains milieux, le choix de l'AC au sein de la communauté a été un frein réel à la sensibilisation parce que plusieurs individus n'arrivent pas à croire au changement qui a été opéré en lui après seulement six jours de formation. Les éléments participant à leur blocage viennent du fait que les AC choisis sont «alphabètes ». Les individus pensant ainsi ne croient nullement en la capacité d'un analphabète dans la distribution des médicaments.

> *« Après ma formation à Faranah, le CCS est venu avec moi dans mon village pour que je fasse la restitution devant tout le monde. Ce que j'ai fait. Après, certaines mauvaises langues ont commencé à me dénigrer. Elles disaient que je ne pouvais pas leur dire quelque chose d'important à cause de la brièveté et de*

> *la rapidité de ma formation. Un individu est allé jusqu'à dire à certains de mes clients de ne pas me consulter »* (AC Banankoro Kérouané)

63 % des superviseurs interrogés sur base de questionnaire sont des professionnels diplômés d'écoles spécialisées ; 42 % de ceux-ci sont sortis d'établissement d'enseignement technique (écoles primaire et secondaire de la santé), les autres (21%) disent être diplômés d'établissements d'enseignement supérieur.

Ceux qui ne sont pas sortis d écoles spécialisées (37%) ont généralement étudié jusqu'au secondaire et auraient appris le travail d'agent de santé sur le tas. Par rapport au mode de choix, 50% des ces superviseurs reconnaissent avoir été choisis par leur hiérarchie ; 47 % parmi eux disent qu'il sont devenus superviseurs SBC par suite d'affectation, 3 % des superviseurs disent qu'ils ont été obligés.

Dans le court terme, il est urgent de : responsabiliser les communautés vis-à-vis des AC/SBC ; renforcer les séances de supervision et les échanges d'expériences entre les AC appartenant à un même mini-réseau ; d'accompagner le choix et la formation d'AC pour certains gros villages demandeurs (non encore couverts)

2.2. Formation des acteurs

Suite aux discussions organisées avec les structures nationales et régionales pour la détermination des différents niveaux de responsabilité et d'engagement, le projet PRISM en accord avec ces partenaires de terrain a procédé à un transfert de connaissances à travers une série de formations étagées. Les acteurs visés par ces formations étaient les formateurs et/ou les équipes de supervision (équipe DPS et CSS) et les agents communautaires. Ces formations ont été organisées et financées par le PRISM et/ou par d'autres agences évoluant sur le terrain. Elles ont été exécutées soit par les professionnels de la santé, soit par des agences spécialisées en formation communautaire.

Les différentes formations qualifiantes distribuées aux différents niveaux de la chaîne l'ont été de manière cyclique et/ou calquée sur l'organisation territoriale du ministère de la santé publique. Elles s'inscrivent d'une part dans, l'amélioration des services à base communautaire et la prise en compte de l'équité entre sexes et, d'autre part, à renforcer les capacités de prise en charge des AC et leur participation au processus d'amélioration de la santé au sein des communautés.

Ces formations, avant et après le processus de remobilisation/redynamisation, avaient pour but de répondre aux besoins et demandes de formation des formateurs SBC, des superviseurs et agents communautaires dans leurs rôles respectifs de supervision et de prestation de services.

Pour une meilleure efficacité, les formations ont été organisées à des niveaux différenciés à l'intention de trois types d'acteurs : coordinateurs, superviseurs, agents communautaires.

> *« Je crois que dans la vie, la chose la plus importante et la plus valorisante, c'est la formation, l'instruction. Si tu ne connais rien, si tu n'as rien appris, tu ne peux rien faire de bon et de viable. C'est comme le travail d'AC, de superviseur ou autre on ne peut rien faire convenablement sans avoir reçu la formation. Sans mentir, les formations qui nous ont été données ont été très bonnes aussi bien pour nous que pour les communautés que nous servons »* (DPS Dinguiraye)

Cette logique avait pour but de transférer des connaissances théoriques et pratiques, des compétences organisationnelles, des ressources et des moyens utiles aux AC en vue d'induire des changements de comportements.

- Le premier palier a consisté à former les superviseurs du niveau intermédiaire de la hiérarchie sanitaire (IRS, DPS) en même temps que les représentants de l'AGBF. Ce niveau de formation avait avec pour objectifs de former les formateurs régionaux ;

- Les compétences créées à la première échelle devaient ensuite former au second niveau de la chaîne les superviseurs SBC (Chefs de centres de santé et les chargés de PEV) à leurs rôles de formateurs, d'animateurs et superviseurs des AC. Les études quantitatives montrent néanmoins que 18 % des superviseurs n'ont reçu aucune formation. Certains, environ 68 %, affirment avoir reçu entre 1 et 2 formations, les autres auraient reçu de 3 à 6 formation.

- Le troisième palier de formation devait aider au choix et à la formation des AC. D'une durée de 6 jours, la formation des AC a été effectuée avec tantôt l'appui de l'AGBEF par le CCS et l'Agent PEV, tantôt par les équipes de la DPS. Ces formations ont fait l'objet de restitution dans les villages par les apprenants.

Les différents thèmes développés lors de ces formations sont des réponses aux besoins des AC et des superviseurs après l'expérience FAMPOP et/ou d'autres agences intervenant sur le terrain. Les enseignements ont porté sur les questions en relation avec : les tâches et les responsabilités des AC, les informations de base en PF, les méthodes disponibles en PF, la connaissance des méthodes de lutte contre les MST/SIDA, la prise en charge d'un cas de diarrhée, l'organisation d'une séance d'IEC, la consultation, la logistique, l'approvisionnement et le réapprovisionnement, les conseils/références etc.

Ces séances de formation//information et leurs contenus ont accordé plus d'importance aux aspects techniques qu'aux aspects de communication interpersonnelle et/ou d'éléments militant en faveur de l'analyse de comportements observables en matière PF.

Les méthodes utilisées pour la formation étaient la lecture dirigée et les travaux de groupe. Les représentants PRISM et ceux des agences partenaires et les animateurs des formations ont

privilégié l'explication et la répétition au détriment des jeux de rôles et de la démonstration comme stratégies de transfert des connaissances des différents modules programmés. Cette manière de faire n'a pas pris suffisamment en compte le niveau culturel des personnes recrutées. En pareil cas et vue la complexité des questions soulevées par les SBC, le projet aurait dû utiliser de manière différenciée le principe de découverte de soi même par soi même pour mieux agir.

Les AC ayant reçu de la formation reconnaissent avoir reçu des supports didactiques, du matériel d'IEC, des fournitures et un lot initial de produits à chaque AC. De l'avis de tous les acteurs, le contenu des formations, les outils et les documents didactiques fournis lors des formations étaient de bonne qualité, accessibles et adaptés aux différents niveaux.

Les formations reçues sont appréciées, elles auraient participé à développer chez les apprenants des connaissances utiles et appropriées au travail des AC/SBC. Cependant, 43 % des superviseurs affirment que les supports didactiques utilisés lors des formations présentaient des limites quant à leur qualité (insuffisamment bons) pour 5% des superviseurs qui disent que ces supports pas du tout bons. Pour 58 % des agents de santé interrogés, les supports sont encore disponibles à leurs niveaux.

En rapport avec les objectifs assignés aux SBC, certains CCS et agents PEV trouvent que les formations données sont insuffisantes en nombre et en contenu. Par exemple 100 % des AC de la zone PRISM trouvent que les formations sont insuffisantes en terme de compétence (28%), de contenu (25%) de fréquence (25%), de durée (19%) et pour d'autres raisons (2%). Les uns soit 34 % accusent le contenu des formations ; les autres 55 % disent que l'insuffisance des formations vient du fait qu'elles n'étaient pas en mesure de faire acquérir les connaissances nécessaires au développement des compétences recherchées ; les autres accusent les insuffisances quant à la fréquence des formations (46%) et la durée des formations (32%)

Dans la zone non PRISM, les données se présentent comme suit : insuffisance de compétences (32%), fréquence (25%), durée de la formation (24%°), l'insuffisance de contenu (12%) et autres (7%) Les CCS de Dabola et les agents PEV ayant pris part aux discussions de groupe affirment que le nombre et la qualité du matériel et les supports utilisés lors de leur formation n'étaient pas appropriés « pas bons » et ils étaient de mauvaise qualité.

Pour les deux zones, 7,1% des superviseurs disent que les supports didactiques utilisés au moment de leur formation n'étaient pas « du tout bons ». Dans l'ensemble 50% des superviseurs enquêtés trouvent que les formations sont suffisantes, les autres disent qu'elles ne le sont pas.

> *« En comparant la qualité et le nombre des services demandés à un AC à son niveau de formation, chacun de nous sait que la différence est énorme. C'est pourquoi, je sollicite un recyclage ou une remise à niveau au moins de tous les acteurs en fonction des évolutions positives et négatives et des expériences accumulées »* (DPS Kankan)

Les nouveaux thèmes de formation souhaitée et/ou les connaissances à renforcer par les AC sont : les maladies infantiles (19%), consultations, soins primaires et diarrhées (18%), injection (13%), MST/SIDA (8%), consultations prénatales (8%) etc.

Les deux langues utilisées pour la formation étaient le Malinké et le Pular pour les AC et la langue française pour les superviseurs. Le préalable en pareil cas devait être la traduction en langue locale des concepts clés des modules enseignés, c'est-à-dire des concepts qui sont aujourd'hui les plus utilisés par les agents communautaires et les agents de santé dans leur travail. Même si le niveau d'interprétation de plusieurs concepts est actuellement le même pour la région, il reste que les agents de santé et les AC n'ont pas encore acquis une bonne lecture des concepts en relation, par exemple, avec les différentes parties d'un organe de reproduction.

Les études quantitatives en zone PRISM montrent que 28% seulement des AC connaissent l'utérus, 32 % le vagin, 20% la trompe de falope et 20% la vessie. Ce niveau de connaissance des organes féminins de la reproduction est à quelques exceptions près le même pour les organes masculins. Ainsi, 30 % seulement des enquêtés connaissent le canal spermo-urinaire, 23 % l'épididyne, 24% la vésicule séminale et 22 % le rectum.

> *« La grande difficulté dans l'utilisation des langues locales pour la formation, c'est le problème de traduction de certains concepts surtout des concepts qui parlent des différentes parties du sexe. Au-delà du fait que les apprenants et les formateurs sont souvent emmerdés, le sexe dans les langues locales est compris comme un phénomène global* » (DMR Kankan)

Le nombre de formations reçues serait de 1 à 6 selon les préfectures, l'ancienneté des agences d'appui en SBC, l'ancienneté des acteurs dans le programme, leur statut et leurs milieux de vie. Les formations avaient pour contenu : nutrition, diarrhée, paludisme, planification familiale. Plusieurs de ces formations sont antérieures à la mise en place des SBC par le PRISM sur le terrain. Les supports de formation sont les retro-projecteurs, les cartables, les modules en images.

L'ensemble des AC souhaiteraient avoir des formations soit au tour d'anciens thèmes, soit pour de nouveaux thèmes. La PF est sollicitée par 50% AC ; les consultations, les soins primaires et la diarrhée par 50% des AC également. Les acteurs voudraient aussi recevoir des formations sur les thèmes suivants : les MST/SIDA par 25% ; la manière de faire les injections par 25% ; les consultations prénatales (16%) ; la vaccination (12%). Les autres formations souhaitées sont l'alphabétisation (9%), les maladies infantiles (9%) , l'IEC ((9%) , la gestion des produits et des effets secondaires (9%), l'utilisation du matériel et des documents SBC (7%), la nutrition (4%), l'élaboration et l'utilisation de la carte ELCO (3%)

Pour éviter de perdre les acquis actuels du projet dans les villages et sous préfectures, plusieurs acteurs pensent que la priorité devra être accordée à :
(a) La formation des agents SBC, des CCS et agents PEV récemment affectés dans la zone d'intervention du projet ;
(b) L'organisation de formations de recyclage des Agents Communautaires. Ces formations devront prendre en compte de nouveaux thèmes dans les causeries comme l'excision, la circoncision, la nutrition etc.
L'organisation de formations à l'intention des agents SBC des DPS en traitement informatique de données et en animation communautaire est aussi sollicitée.
Compte tenu des coûts élevés des formations, il faudrait privilégier les formations de proximité et/ou les formations sur le tas.

2.3. Activités de supervision des SBC

Suite à leur formation, les agents communautaires ont été commis à offrir des services en terme d'IEC, de conseils/références, de distribution des produits, d'appui aux activités de stratégie avancée etc. De par leurs connaissances limitées et du risque qu'il y a à laisser les AC offrir des services sans surveillance, le projet en appui à l'administration sanitaire a mis en place un schéma de supervision. Le nombre moyen d'AC par agent superviseur serait de trois (3). 94% des superviseurs disent qu'ils ne gagnent aucune rémunération pour les services rendus au titre des SBC ; 91 % des ces superviseurs pensent que les AC sont totalement acceptés parce que leur travail est satisfaisant.

> *« On ne doit sous aucun prétexte laisser un AC exercer ce travail sans supervision. Le laisser à lui-mme peut soit l'amener à abandonner pour s'occuper d'autre chose, soit se transformer en agent de santé devenant ainsi un danger pour la communauté »* (DPS Faranah)

Les supervisions au-delà de leurs caractères techniques permettent de procéder à une remise à niveau des agents communautaires. La supervision porte généralement sur les aspects comme la gestion des produits et le contrôle des rapports d'activité, la gestion des stocks, la tenue des outils et de la carte ELCO etc. Chaque niveau de supervision est une occasion d'auto-analyse, de remise en cause et de valorisation des acteurs.

> *« Je vais dans chaque village retenu pour le PEV une fois par mois. Quand j'arrive dans un village, je me présente à l'AC et, avec lui, nous allons saluer la notabilité et les élus. Ensuite, nous traçons un programme de travail pour la journée. Généralement nous commençons par les activités PEV avant qu'il ne me fasse*

> *le copte rendu de ses activités SBC avec les documents à l'appui. A la fin de chaque journée, nous analysons les forces et les faiblesses de son travail. je l'encourage et je demande la route »* (CCS/PEV Mandiana*)*

Les superviseurs directs des AC sont les agents PEV et les CCS qui ont directement été commis à cette tâche au niveau des centres de santé ; tandis qu'au niveau de la DPS, le choix de l'agent chargé des SBC a été laissé à la discrétion du DPS. Le système de supervision des Agents Communautaires comprend cinq niveaux :

Le premier niveau de supervision est *« assuré par l'agent PEV lors de ses activités mensuelles de stratégie avancée* ». (Responsable de PRISM) Cette supervision est faite une fois par mois par l'agent chargé de la stratégie avancée au niveau du CS. Organisée parallèlement aux activités PEV. Pour tous les superviseurs *« Ce premier niveau de supervision assure la remise à niveau des AC, veille à la tenue des documents, contrôle les stocks et les recettes, veille à la bonne gestion des clients, à leur approvisionnement, aux modalités d'emploi des médicaments, au système des références et des contre références* » (AT Save The Clidren Mandiana) En outre, il s'assure de la disponibilité des produits. Ce niveau de supervision est aussi mis à profit par l'agent de santé pour d'éventuelles médiations entre les communautés et les AC et/ou à la gestion des conflits. (Responsable de PRISM) ; 88% des supervisions seraient mensuelles et préalablement programmées pour 12% d'occasionnelles.

Depuis 6 mois, le nombre de visites réalisées par les superviseurs varient de 1 à 10. En synthétisant cette information, 32 % des superviseurs ont fait une visite par mois ; 16% auraient organisé quatre visites ; 11 % n'auraient fait aucune visite depuis 6 mois. Pour l'ensemble de la zone d'intervention du projet, le nombre moyen de supervisions réalisées par trimestre serait de 10 par superviseur et, le nombre d'heures consacrées par un superviseur à un AC par supervision varie énormément d'un superviseur à un autre et d'une zone à une autre.

En posant la question de savoir qu'est ce que le superviseur fait lors de la supervision, 25% des AC disent qu'il cherche à voir leurs prestations ; 22 % affirment que l'agent superviseur leur apporte des conseils ; 17% disent qu'il s'intéresse essentiellement aux statistiques ; 17 % autres disent qu'il vient s'enquérir des problèmes éventuels rencontrés par l'agent. Dans l'exercice de leurs travail de SBC, 15% des AC reconnaissent recevoir des compliments de leurs agents superviseurs.

> *« Depuis quelques temps, il y a aussi certains AC qui nous fuient à cause des dettes accumulées suite à la mauvaise gestion des stocks. Il y en a même qui ne sont plus dans leurs villages, ils sont dans les mines d'or ou ailleurs » (CCS Siguiri).*
> *« Actuellement il y a des AC qui pensent que je suis un emmerdeur avec mes questions qui reviennent tous les mois. » (CCS/PEV Kankan)*

> *« Plusieurs AC dans la préfecture se sont démobilisés, ils ne sont plus obéissants, ils n'ont plus besoin de supervision » (CCS/PEV Dabola)*

Le deuxième palier des supervisions est placé sous la responsabilité des CCS qui assurent la modération des réunions mensuelles et/ou à l'occasion des visites au village. Ce second niveau de supervision que nous nommons collective est organisé dans les Centres de Santé au cours des réunions mensuelles des mini-réseaux d'AC.

> *« Chaque mois, je me rends au centre de Santé pour une réunion des AC avec le CCS et l'agent PEV. En m'y rendant, je prends tous mes papiers pour faire le compte rendu de mes activités. Si mon travail et mon rapportage ne sont pas bien faits, le CCS m'aide à les arranger. Il nous donne aussi des conseils. Après nous programmons la réunion du mois suivant»* (AC Faranah)

Les acteurs participant à ces supervisions sont les AC, les agents de santé et éventuellement, les chargés SBC de la préfecture et les assistants techniques de l'AGBF. Les réunions mensuelles sont programmées de manière concertée par les mini-réseaux d'AC en accord avec les agents de santé. Elles sont des occasions *« pour une supervision concertée et rapprochée en même temps elles permettent aux AC de faire le compte rendu de leurs activités, de recenser les problèmes rencontrés par les AC individuellement et collectivement »* (DPS Siguiri)

Ces rencontres sont également mises à profit pour la collecte des rapports mensuels, le réapprovisionnement en médicaments et pour une remise à niveau des agents communautaires. C'est aussi pendant ces réunions que les AC reçoivent leurs ristournes sur les cas référés par eux au centre de santé. De manière informelle, la participation régulière ou non d'un agent aux réunions est un signe de son opérationnalité ou non.

> *« Ce sont les personnes qui continuent à travailler comme AC qui viennent surtout aux réunions (*CCS/PEV Kankan).

> *« Les réunions sont des occasions pour recevoir des informations des autres AC. Pendant les réunions, on nous demande d'expliquer nos expériences pour aider les autres à comprendre. Une fois, j'avais eu des problèmes pour expliquer les méthodes de prise d'un contraceptif, j'avais oublié. A la réunion, c'est un autre AC qui m'a tout expliqué et j'ai compris*» (AC Mandiana)

> *« Tout ceci est théoriquement bien préparé. Mais dans la réalité, il y a beaucoup de problèmes* (dysfonctionnements) *surtout pour le déplacement des AC pendant la période des grands travaux, l'absentéisme surtout des femmes, les distances à parcourir et le problème de nourriture. Lors des réunions le plus grand problème que nous rencontrons, c'est la prise en charge des AC »* (CCS/PEV Dinguiraye)

> *« Chez moi par exemple, je suis seul agent présent actuellement dans mon centre de santé* (CS de Siguirini*)*

> *« Je dois tout faire*. S*ouvent je n'ai pas de temps de faire les supervisions avancées encore moins d'organiser les réunions »* (CCS/PEV Siguiri)

Le troisième niveau de supervision est assuré par l'agent SBC et l'AT/AGBF qui, de manière conjointe, se rendent dans les Centres de Santé une fois par trimestre et, dans la mesure du possible, ils rendent visite aux AC une fois par semestre. Cette supervision trimestrielle/semestrielle concertée se contenterait actuellement de contrôler les relations de partenariat entre les CS et les AC et de la collecte des rapports et/ou de statistiques

Le quatrième palier de la supervision est effectué par le DPS qui inclut les activités SBC dans ses visites périodiques dans les CS. Ces supervisions concertées et espacées de l'équipe de la DPS sont de courte durée (une demi-journée par centre de santé). Elles se limitent dans le meilleur des cas à des contrôles du fonctionnement des activités menées au niveau des centres de santé

Le cinquième stade de supervision est celui organisé par l'AGBEF de manière concertée avec les différents partenaires de terrain et l'IRS. Ces passages moins réguliers sont effectués au niveau des Directions préfectorales de la santé. Ils ont pour but de s'assurer de la fonctionnalité des AC et du niveau de collaboration des AT avec les autres acteurs.

Les supervisions mensuelles réalisées dans les villages lors de la stratégie avancée accordent plus d'importance aux activités PEV. Plusieurs agents de santé reconnaissent ne pas avoir assez de temps pour une supervision convenable des activités de l'AC. D'autres disent que *« la supervision est devenue de la routine »* au point qu'ils ne font plus attention à tous les aspects des services offerts par les AC. Le rythme et la périodicité de ces supervisions ne sont pas respectés à cause soit de la vétusté des motocyclettes, soit par manque de personnel compétent. Dans plusieurs cas de figures, les discours d'acteurs montrent que la supervision est une activité secondaire pour les agents PEV.

> *« Les agents formés sont affectés hors de la zone d'intervention du projet. Les individus qui viennent à leur place ne savent souvent pas ce que c'est qu'un SBC/AC à plus forte raison les superviser »* (DPS Kérouané)

> *« Il y a beaucoup de choses à faire traditionnellement dans un Centre de Santé. C'est pour ces activités que nous recevons une prime mensuelle. Les supervisions SBC à des moments donnés viennent en seconde position »* (CCS/PEV Faranah)

> *« Je suis le nouveau responsable SBC au niveau de la DPS de Kérouané, j'étais à l'hôpital, c'est suite à la mise en retraite de celui qui était là que j'ai été désigné par l'autorité sanitaire*

> *préfectorale. Je n'ai pas encore reçu de formation. C'est l'assistant technique de l'AGBF qui m'informe et m'assiste dans la réalisation de mes activités»* (DPS Kérouané)

La situation se complique encore plus quant il s'agit d'un chef de centre et/ou des agents PEV nouvellement muté et n'ayant reçu aucune formation. Le mouvement fréquent des personnels des centres de santé (chefs de centre, agents PEV) est un facteur limitant les activités de supervision et le dynamisme des AC/SBC. Plusieurs agents mutés récemment dans la zone couverte par le projet n'ont reçu aucune formation ni de manière formelle, ni sur le tas. Toutes ces insuffisances ont eu un impact très négatif sur les activités de supervision.

Les difficultés liées à la supervision des AC sont : le personnel non formé, la vétusté des motocyclettes, la rupture des stocks de carburant et de médicaments, le déficit financier des centres de santé, l'inaccessibilité à certains villages notamment en saison de pluie, le non-respect des engagements pris par l'administration.

Dans les centres de santé où il y a manque de personnel, les supervisions dans les villages sont encore plus irrégulières. Dans le pire des cas, les agents de santé attendent que les AC se présentent au CS soit pour s'approvisionner, soit lors des références, soit pour les réunions mensuelles. La supervision organisée par les agents PEV est considérée par les AC comme un temps supplémentaire dans les activités de l'AC.

> *« La supervision est une très bonne chose pour la réussite des activités SBC, c'est de la formation continue. Mais les gens, superviseurs et supervisés, n'ont plus l'engouement du début. Les supervisions ne sont pas réalisées, c'est cela la vérité. Les supervisions à tous les niveaux ne sont ni formalisées, ni régulières. » (CCS/PEV Dabola)*

Compte tenu de l'importance des activités de supervision en terme de pérennité et viabilité des SBC, les participants aux focus group proposent :

(a) De maintenir et de renforcer les supervisions rapprochées effectuées lors des activités de Programme Elargi de Vaccination ;

(b) D'insister auprès des structures sanitaires (IRS, DPS, CCS) pour les amener à accorder plus d'attention aux activités des AC/SBC ;

(c) De laisser le soin aux mini-réseaux de choisir le nombre et le rythme d'organisation des réunions « en fonction des réalités physiques et socioculturelles de leurs milieux d'intervention » ;

(d) De faire des réunions, des cadres d'auto évaluation des AC et du mini-réseau, d'analyse des résultats et de programmation (si nécessaire) de nouvelles activités.

3. L'organisation du travail des AC

3.1. Rôles et responsabilités des AC

Les responsabilités d'un AC/SBC sont entre autres la gestion des prestations SBC relevant de sa compétence et définies lors de sa formation. Dans les objectifs assignés aux AC, il est aussi fait allusion de réapprovisionnement en contraceptifs oraux (lofemenal, Ovrette) des utilisatrices ayant bénéficié d'une première visite dans un Centre de Santé.

> *« Le travail d'un AC/SBC, c'est de former, d'éduquer et de motiver les populations sur les avantages des services offerts. Il doit aussi livrer les produits selon les instructions, collaborer avec les leaders et les agents de santé chaque fois que cela s'avère nécessaire » (DPS Kankan)*
>
> *« Nous sommes les ambassadeurs (Lassidén en Maninka) des services sanitaires au niveau des différents villages. Nous avons pour mission principale d'approvisionner nos communautés en contraceptifs, en condom, en SRO, la vitamine A… » (AC Mandiana)*
>
> *« Un AC doit toujours pouvoir relancer les perdues de vue par des visites à domicile, fournir les rapports d'activités aux superviseurs lors des réunions mensuelles. Ce que les agents font moins mais qu'ils devraient faire c'est de rendre compte aux autorités locales et au chef de centre de santé dont il dépend » (CCS/PEV Dinguiraye)*

Dans la pratique, les objectifs de performance demandés aux Agents Communautaires sont entre autres: une plus grande information des personnes en âge de procréer sur les avantages de la PF, la prévention des MST-SIDA, la lutte contre les maladies diarrhéiques ; la référence au Centre de santé; la vente et la distribution des produits (condoms, ovule, plaquette de contraceptifs oraux, vitamine A, capsules iodées, ivermectine, spermicide, pommade ophtalmique, compresses/bandes et coton, sachets de SRO)

En outre, les AC ont pour mission de référer au Centre de Santé les femmes souhaitant commencer la contraception orale, celles qui choisissent un contraceptif injectable, le DIU ou subissent un effet secondaire indésirable de leur méthode ; les personnes souffrant d'une MST et de cas de diarrhée persistante.

> *« Tous les cas de maladies ou de produits médicaux qui dépassent nos compétences, nous les envoyons au CS, nous nous employons à rapprocher les communautés des services officiels de santé »* (AC Siguiri)

Les AC appuient en outre le programme élargi de vaccination par la mobilisation des femmes et des enfants et par la recherche active des cas. D'après les témoignages, les AC en fonction des milieux accorderaient plus d'importance à la distribution des produits et matériels qu'aux activités d'information et d'éducation.

3.2. Organisation et déroulement du travail d'AC

Les AC travaillent avec toutes les composantes de la communauté en priorité avec les groupes d'individus que sont : Les femmes entant que mères et leurs enfants (lutte contre les maladies diarrhéiques, activités de vaccination et CPN) ; les hommes et les femmes en âge de procréer pour planification familiale et la prévention des MST/SIDA. Le nombre de villages au sein desquels interviennent les AC varie d'une sous préfecture à une autre.

Les lieux dans lesquels travaillent les AC sont leurs domiciles (paillotes, maisons en tôle) Tous les AC rencontrés affirment avoir pour activité principale l'agriculture, l'élevage et l'artisanat. Les temps d'occupation des AC varie donc en fonction des saisons et de la fréquence d'apparition de tel ou de tel problème de santé. Pour les activités SBC, les AC disent repartir leur temps de travail selon les saisons, le nombre et la nature des services demandés par jour.

> *« Nous sommes avant tout, des agriculteurs avant d'être AC. Nous vivons du travail de la terre et avons des responsabilités économiques importantes »* AC Dinguiraye)

En période de grands travaux champêtres (saison des pluies), les services sont offerts très tôt le matin (1 à 2 heures) et dans la soirée (2 heures en moyenne) En saison sèche (période de relatif repos), les AC sont disponibles une bonne partie de la journée (60% du temps utile). Il peut aussi arriver qu'un AC consacre toute une journée soit pour accompagner une personne identifiée au centre de santé, soit pour les activités de supervision (stratégies avancées, réunions mensuelles). Les séances de sensibilisation menées par les AC fonctionnels sont organisées par village ou secteur et/ou par carré clanique pour les gros bourgs.

> *« Tous les jours, le matin je m'occupe des clients qui viennent me voir. Après je vais dans mes champs. Le soir, je fais la même chose. Mais il peut arriver que je consacre toute une journée pour accompagner un malade au CS, pour la supervision. En saison sèche, nous sommes plus disponibles qu'en saison de pluie. Une fois par mois, j'organise des séances de sensibilisation par village »* (AC Kouroussa)

Les contraintes majeures rencontrées par les AC varient d'une zone à une autre. Dans plusieurs cas, ce sont les déplacements inter-villageois qui posent de plus en plus problème à cause des pneus usés des vélos, des grandes distances à parcourir, des crues une bonne partie de l'année. Pour tous les AC, les réunions mensuelles sont une contrainte supplémentaire en terme de temps et de dépenses. Un des problèmes qui est revenu constamment dans les discours, c'est le fait que plusieurs clients montrent une totale incompréhension à ce qu'un AC ne soit pas en mesure de vendre des médicaments essentiels comme le paracétamol, l'aspirine et autres modules tandis que l'étalagiste d'à côté le fait

> *« On dit qu'ils sont les représentants des agents de santé. Cependant quand tu leur demandes certains produits, ils te disent qu'ils ne sont autorisés à les vendre. Alors, tu es obligé*

> *d'aller ailleurs pour trouver les médicaments. Cette situation fait que beaucoup de personnes ne vont plus vers eux »* (Leaders communautaires Kérouané)

Les AC, notamment ceux des grandes agglomérations, se plaignent d'une concurrence déloyale des étalagistes et autres pharmacies par-terres

> Dans les gros *« villages les AC supportent une concurrence déloyale. On rencontre ici et là des centres de soins de santé clandestins qui sont tenus par des jeunes diplômés des écoles de santé secondaire, les agents de santé mis à la retraite, les anciens bénévoles des hôpitaux et autres structures sanitaires. Ils pratiquent de manière illégale un peu partout dans la région. Ils vendent des produits, il y en a même qui font des interventions chirurgicales* » (DPS Kérouané)
>
> *« Dans mon village et dans les autres villages voisins, il y a beaucoup de vendeurs de produits pharmaceutiques. Certains parmi eux sont natifs du village, d'autres viennent périodiquement lors des marchés hebdomadaires. Ces marchands ambulants trouvent les produits sur les marchés de Kankan et de Conakry »* (AC Kankan)
>
> *« Les prix de leurs produits sont plus élevés que les nôtres, mais eux ils ont une gamme de produits très variée. Ils n'ont jamais de rupture de stock. Ce sont des spécialistes dans la vente des produits. Ils sont riches et très écoutés des autorités qui se ravitaillent chez eux pour des produits comme la pénicilline, l'aspirine, les sérums. Même quand tu vas te plaindre les autorités ne dissent rien »* (AC Kouroussa)

Si les prix sont plus abordables chez les AC qu'ailleurs, il reste vrai aussi qu'un AC a un rôle d'explication du mode d'emploi et d'éducateur qui n'est souvent pas apprécié par les individus qui ne veulent pas s'exposer. A cela il faut ajouter les ruptures fréquentes de stocks qui le désavantagent par rapport au commerçant d'à côté qui a la latitude de s'approvisionner où bon lui semble. En fait l'information ne suffit plus, il est important que l'AC ait en sa possession les produits dont il vante les vertus.

3.3. Les services demandés aux AC

Les services les plus demandés sont ceux en relation avec les médicaments par les communautés. Les produits distribués et connus des AC sont le condom ((20%), le SRO (19%), la pilule (18%) le spermicide (18%), l'ivermectine (9%), la vitamine A (11%). Le produit le plus sollicité est le SRO. Le besoin de SRO fluctue en fonction du taux d'apparition des maladies diarrhéiques ; des besoins de réhydratation après des journées de labeur et de jeun, surtout en période d'ensoleillement intense

> *« L'eau en poudre (dji mou) est très bonne pour la santé. Moi, je le consomme chaque fois que je peux notamment au mois de ramadan. Tout doit désormais manquer sauf le SRO. Nous avons pris l'habitude d'en consommer régulièrement »* (Leaders communautaires Siguiri)

Les demandes pour les autres produits sont relatives à la perception d'un besoin par rapport au comportement sexuel et l'engagement des personnes à pratiquer la PF. Les produits contraceptifs assez demandés varient selon le niveau d'ouverture de la communauté et selon le niveau d'explication de l'AC. Dans tous les cas 47 % des produits seraient distribués par les AC à domicile, 32% en faisant du porte à porte et 20% lors des rassemblements. Les produits sont distribués de trois manières

Les demandeurs des services sont des hommes et des femmes des villages dans lesquels évoluent les AC. Les clients viennent aussi d'autres villages n'ayant pas d'AC. Dans l'essentiel des cas observés, la forme et l'étendue des zones d'intervention réelles dépendent entièrement des choix et des prédilections des agents de santé et des AC

> *« Ce sont les agents de santé qui ont choisi les villages et les agents communautaires avec lesquels ils voulaient travailler. Ces choix étaient fonction de la stratégie avancée. Les autorités de ces villages ont été informées par eux » (CCS/PEV Faranah)*

En matière de planification familiale, les AC s'adresseraient beaucoup plus facilement aux personnes en âge de procréer du même sexe qu'à celles du sexe opposé. Les résultats et les perceptions des acteurs montrent que les AC fonctionnels ont su attirer par entraînement et conditionnement une clientèle pour les SRO (femmes et enfants) ; pour les condoms (jeunes générations), l'ovrette, lofemenal etc.

De l'avis des leaders, des AC et des agents de santé, ce sont surtout les femmes qui ont opté pour les méthodes injectables de la PF qui observeraient des effets secondaires (saignements abondants, perturbation du cycle menstruel) De tous les produits, le spermicide semble être le moins sollicité et le plus décrié à cause : des contraintes de temps qu'il exige, des habitudes en matière de rapports sexuels, des effets secondaires qu'il peut entraîner *«Il chauffe le sexe et donne des démangeaisons. Ce produit n'est pas bon (efficacité). C'est ce qu'il fait qu'il est moins sollicité »* (AC Kankan)

Lors des références pour les pilules par exemple, les femmes trouvent que les agents de santé posent trop de questions. Plusieurs des clientes disent ne pas aimer ce dialogue qui frise souvent « l'insolence et la provocation » Le langage utilisé par les agents de santé pour la prescription de certaines méthodes de PF ne serait pas apprécié des femmes, ce qui amènerait plusieurs parmi elles à s'approvisionner soit auprès de l'AC soit ailleurs sans consulter un professionnel de la santé. Les autres personnes référées (hommes et femmes) qui refusent d'aller au CS se recrutent en majorité dans le groupe des individus qui disent ne pas avoir de l'argent ou qui ne font pas des soins médicaux modernes une priorité.

> *« Souvent quand tu dis à certaines personnes d'aller d'abord au centre de santé pour rencontrer les agents, elles ne disent rien, mais elles n'y vont. Plusieurs parmi elles abandonnent, d'autres vont s'approvisionner chez le vendeur du village. Plusieurs femmes se sont détournées de la PF à cause des références. Ceux qui accusent le manque de moyens ne font très attention à leur santé»* (AC Kouroussa)

Pour l'avenir et compte tenu des hiérarchies sociales en place dans les villages, l'organisation de stratégies d'IEC spécifiques aux hommes, aux femmes et aux jeunes sont nécessaires et incontournables.

3.4. Approvisionnement et réapprovisionnement

Les produits achetés et revendus par les AC sont le SRO, le condom, le spermicide, la pillule, l'ivermectine, la capsule iodée, la vitamine A, la pommade ophtalmologique, l'antiseptique, les compresses, les bandes et le coton. Le capital de départ pour l'approvisionnement des AC a été donné par le projet.

Les sources d'approvisionnement des AC après le lot initial sont : les Centres Santé (pour 90 % des r répondants) qui se réapprovisionnent dans les points de vente PEV/SSP/ME des régions de Kankan et de Faranah ; l'AGBF pour 2 % des AC ; les pharmacies privées pour 2 % des AC. Les autres sources d'approvisionnement sont le marché parallèle pour 36 % des répondants, le corps de la paix, PRISM etc.

Parlant de mode d'acquisition des produits, 67% de l'approvisionnement des AC est fait sur commande, les autres formes sont les envoies et les achats sur le marché officiel ou non. Dans le groupe des préfectures zone PRISM, 61 % des commandes sont mensuelles tandis que dans les préfectures de la zone non PRISM 67 % des commandes sont fonction des besoins.

Les stocks de départ remis alors aux agents communautaires sont épuisés mais la grande majorité de ceux-ci ne disposent pas d'argent pour leur réapprovisionnement. L'expérience vécue montre que les AC, pour des raisons multiples, ont mal géré les fonds générés par la vente des produits des dotations initiales. Ils disent en substance que les parties des fonds réservées au réapprovisionnement ont été volontairement ou involontairement détournées de leurs objectifs premiers c'est-à-dire utilisée à d'autres fins par les AC. Néanmoins, 12% des AC disent encore détenir les produits du lot initial.

> *« Les produits du premier lot ont été vendus lentement. Les sommes collectées sur plusieurs mois étaient petites et difficiles à épargner jusqu'à la fin du mois »* (AC Kouroussa)

> *« Moi j'ai été malade, je suis allé me soigner. Avant que je ne sois de retour, les termites avaient rongé l'armoirette et détruit tous les produits* » (AC Faranah)

> *« Dans la sous préfecture de Passaya, c'est le chef du centre de santé qui est passé dans les différents villages pour prendre l'argent avec les AC. Au moment de nous retirer l'argent, il a dit que c'était pour nous réapprovisionner. Nous ne l'avons plus jamais revu. Il paraît qu'il a été affecté dans une autre préfecture. Depuis lors, nous sommes en rupture de stock* » (AC Faranah)

Pour palier à ce manque de ressources, on observe plusieurs cas de figures d'un mini-réseau à un autre. Certains CCS pour éviter les ruptures qui se profilaient à tous les niveaux ont choisi de donner mensuellement les produits à terme, d'autres ont préféré donner de l'agent liquide à crédit aux AC soit sur fonds propres, soit sur les recettes du CS. Plusieurs AC se sont engagés à recapitaliser.

> Les AC non-fonctionnels, en petite minorité certes, *« ont cessé de s'approvisionner auprès des centres de santé ; ils préfèrent ne pas venir vers les agents. Ils ont abandonné le travail d'AC mais ils ne l'ont jamais signifié ni aux autorités locales, ni aux agents de santé »* (CCS/PEV Mandiana)

Le non-respect des procédures pour certains, l'irrégularité et l'absence de contrôle pour d'autres auraient favorisé d'autres éléments de dysfonctionnement comme la surfacturation et la vente des produits à des intermédiaires commerciaux qui rétrocèdent d'un trait les produits aux commerçants. La surfacturation pratiquée par quelques AC s'explique par le fait que certains clients, notamment ceux qui viennent d'autres villages, ne connaissent pas les prix officiels des produits offerts par les SBC.

> *« Au début, les produits ne marchaient pas et pour ne pas les perdre (périmés), j'étais obligée de les vendre au marché. Les personnes qui les ont achetés,. …je ne les connais pas »* (AC Kérouané)

Globalement, 77% des AC subissent les ruptures fréquentes. En fonction des intervenants, 79% des AC des préfectures non PRISM et 75 % des préfectures PRISM disent qu'ils manquent régulièrement de produits. Les résultats de l'étude quantitative montrent que les produits qui subissent des ruptures fréquentes et/ou dont manquent généralement les AC sont : le SRO pour 26% des AC, le condom pour 16 % des répondants, le spermicide dans 11 des cas et la pillule dans 17% des cas.

La forte majorité des structures de santé de la région est déficitaire, les CS sont donc incapables de satisfaire aux besoins des AC en produits. Quand il y a quelques ressources disponibles, les CS préfèrent acheter les molécules relevant essentiellement du système PEV/SSP/ME qui sont beaucoup demandés et rapportent des bénéfices. Dans ce schéma, le réapprovisionnement des

AC devient très secondaire. En conséquence, 40% des AC de la zone PRIMS utilisent le marché comme source d'approvisionnement contre 23% dans la zone non PRISM.

D'ailleurs, plusieurs CCS reconnaissent que s'ils doivent vaille que vaille trouver la solution adéquate à la question de ravitaillement des AC, ils conduiraient les CS à la faillite. Mieux, les prix de plusieurs produits ont augmenté au point de vente des régions, mais entre temps, les CCS n'ont reçu aucune instruction pour s'aligner sur ces prix. Les CS donneraient, par exemple, actuellement à perte le sachet de SRO à leurs agents communautaires

> *« Les centres de santé de la préfecture sont déficitaires depuis des années, nous n'avons pas de ressources pour nous approvisionner et depuis quelques temps, on nous refuse le crédit au point de vente régional. Quand nous avons un peu d'agent, nous préférons privilégier les soins curatifs. Depuis deux mois, j'ai cessé de donner le SRO aux AC »* (CCS/PEV Kérouané)

Selon les AC, la distribution des produits se fait de trois manières : la vente des produits au domicile de la l'AC qui est pratiquée par 47 % des AC fonctionnels, le porte à porte est utilisé par 29% des AC et la distribution lors des rassemblements par 22 % des.

Les ruptures cycliques des produits les plus demandés au niveau des AC sont ainsi en relation avec le fonctionnement du système sanitaire guinéen. Dans l'essentiel des cas, la demande est supérieure à l'offre. Les ruptures concernent surtout le SRO dans 28% des cas cités, le condom (17%), la pilule (17%) le spermicide (15%) et l'ivermectine (10%) Ces ruptures ont des conséquences comme : l'approvisionnement en produits chez les non-professionnels, l'automédication des clientes décidées à poursuivre la planification, l'abandon de la planification pour beaucoup d'individus, les grossesses indésirées etc.

> *« Pour des questions de bénéfice et de circuits commerciaux. Toutes les structures sanitaires guinéennes y compris certaines pharmacies se ravitaillent en dehors des circuits officiels »* DPS Kankan)

Pour éviter les relâchements et les pertes de confiance en la nouvelle politique des SBC, il est important de clarifier dès maintenant les questions d'approvisionnement des Agents Communautaires en produits et matériels avec d'une part le MSP et, d'autre part, avec les partenaires de terrain évoluant dans le domaine SBC.

De l'avis des acteurs, les produits sont conservés dans des armoirettes par 53 % des agents, sur les palettes par 4 % des AC et à même le sol par moins de 1% des AC. En faisant un rapprochement, il est apparu que 43% des AC de la zone PRISM et 56 % de la zone non PRISM n'ont pas reçu d'armoirettes ; 15 % de ceux qui auraient reçu dans la zone PRISM et 6 % de la

zone non PRISM soutiennent que leurs armoirettes sont en très mauvais état. Quelque soit la forme de conservation observées, 16 % des AC disent conservés les produits avec autre chose.
Pour le classement des produits, 43 des agents communautaires disent le faire selon les dates d'expiration, 25% reconnaissent ne faire aucune distinction particulière dans le classement alors que 20 % des AC affirment le faire selon le PPPS. Le cumul des différentes limites en rapport avec le classement et les moyens de conservation présagent une mauvaise conservation des produits par les AC.

3.5. Réalisation des séances de sensibilisation

Pour amener les individus et les groupes d'individus à changer de comportement, il faut leur donner la bonne information à travers une communication libre et transparente. C'est dans cet esprit que l'une des activités confiée aux agents communautaires est l'information, l'éducation et la communication.

Le nombre de séances de sensibilisation réalisées par AC et par mois varie de 1 à 4.Ainsi, 42% des AC disent réaliser quatre séances et plus par moi ; 33 % disent faire de la sensibilisation 3 fois par mois et 23 % ne le feraient que 2 fois par mois. Dans cette logique 96 % des AC disent pouvoir engager une discussion sur les MST/ SIDA avec des personnes de sexe opposé ; 73 % des AC disent faire du conseling.

> *« Cette activité est la plus importante de notre mission parce que les communautés ne connaissent pas beaucoup de chose. c'est ce qui amènent certaines de personnes, notamment les femmes, à avoir des comportements inacceptables »* (AC Kouroussa)

> *«Pour réussir la sensibilisation, les AC ont reçu du matériel. Ils utilisent la parole, le matériel visuel, les graphiques, les affiches, les panneaux publicitaires, les photos, les dépliants, les produits et autres objets de démonstration. »* (AC Mandiana)

Cependant les schémas empruntés pour cette activité ont varié d'un acteur à un autre et se sont dans le meilleur des cas limités à des campagnes de sensibilisation des personnes en âge de procréer. Au départ des activités, plusieurs AC ont organisé des séances de sensibilisation dans les villages relevant de leurs compétences. Ces assemblées villageoises visaient à se faire connaître. Certains AC ont ensuite organisé de manière irrégulière des campagnes de sensibilisation autour des thèmes de la PF, des maladies diarrhéiques et des infections sexuellement transmissibles.

> *« Lors des premières séances, j'ai parlé des questions de PF et de protection que j'ai plusieurs fois répétées devant les mêmes personnes dans deux villages. Après, je suis revenu pour parler des même sujets. Les gens qui avaient accepté de venir ne prêtaient*

> *pas très attention. C'est alors que moi j'ai arrêté de faire des sensibilisations collectives pour faire des causeries »* (AC Kankan)

Les campagnes d'information sont organisées sur les places publiques des villages et/ou dans les écoles et les maisons de jeunes. Les cérémonies de réjouissance traditionnelles et modernes, les cérémonies funèbres, les baptêmes et les mariages ont aussi été mis à profit pour informer la communauté. Ce sont les imams, les griots et les élus qui ont aidé les AC à amplifier les messages au sein de la communauté. Les AC en contribuant aux activités de stratégie avancée et à la recherche active des femmes enceintes, des enfants à vacciner et des enfants à risque nutritionnel font aussi passer des messages.

> *« Je suis Imam et AC. J'utilise plusieurs canaux pour faire passer les informations auprès des communautés. Je mets chaque occasion de rassemblement à profit pour informer. Ce qui est important, il faut savoir parler aux gens, le faire dans le respect »* (AC Faranah)

Depuis un certain temps, les séances de sensibilisation sont peu ou pas organisées par les AC au sein des communautés. Plusieurs agents disent qu'ils ont trop répété les mêmes messages devant les mêmes personnes au point que les communautés ne répondent plus aux convocations. Dans certains milieux, les AC sont moins écoutés que les agents de santé clandestins parce qu'ils sont incapables de résoudre les problèmes médicaux mineurs.

> *« Les clandestins n'obéissent à personne, à aucune norme et à aucun principe moral. Ils vendent tout ce qui est médicament. Ils ne connaissent rien des produits qu'ils donnent aux gens. Il y a en même parmi eux qui font des consultations médicales, font des injections et posent des sérums. » (CCS/PEV Siguiri)*

Dans plusieurs cas, les informations et les conseils fournis par les AC aux clients sont partiels à plusieurs niveaux. L'une des difficultés, à un moment donné, des agents communautaires dans la sensibilisation, c'est le message d'un marabout de la région qui a tendance à faire croire que la planification familiale programmée n'est pas une bonne chose au plan religieux, qu'il aurait *« pour but d'exterminer les sociétés africaines »*. Par exemple, malgré que 87 % des clients disent participer aux séances de sensibilisation organisés par les AC, 39 % parmi eux reconnaissent avoir des amis qui restent opposés aux activités des de l'AC.

A cela il faut ajouter, les messages démobilisateurs de quelques extrémistes et/ou le fait que les AC n'aient pas de nouvelles connaissances à transmettre. Les séances d'information organisées à plusieurs niveaux par les acteurs en SBC ont plus ou moins (selon les milieux) permis d'inverser les tendances.

> *Pour contrer les éléments démobilisateurs, l'AGBF en accord avec ses partenaires a fait recenser par des érudits l'essentiel des versets du Coran parlant de la reproduction et de la santé. Ensuite certaines personnes maîtrisant parfaitement ces versets*

> *et les préceptes coraniques ont été envoyés vers les communautés pour expliquer les éléments de corrélation et de concordance qu'il y a entre la reproduction, la planification et le bien-être. L'objectif de cette démarche était de démentir le marabout et toutes les personnes qui pensent comme lui»*
> (Coordinateur régional de l'AGBF Kankan)

Les méthodes de communication utilisées l'ont été de façon standard. Elles ont peu ou pas pris en compte les disparités des niveaux d'information, les comportements individuels et collectifs et les jeux d'intérêt, les formes de résistance en terme d'avantages et d'inconvénients à changer les logiques sanitaires séculaires.

> *« D'après mes expériences lors des supervisions passées, les AC veulent continuer à offrir leurs services. Seulement, je ne crois pas que plusieurs parmi eux aient les compétences requises pour discuter avec les communautés de problèmes spécifiques de santé »* (DPS Faranah)

Si dans la perception sanitaire, l'activité d'IEC a pour but d'amener un groupe d'individus à analyser un problème spécifique de santé pour adopter un comportement favorable, on peut dire que peu d'activités d'IEC a été réellement organisée au sein des communautés par les AC. Nulle part, il n'existe de données et/ou d'information.

.

3.6. Participation aux réunions mensuelles

Les réunions mensuelles sont des sortes de supervisions intégrées, elles sont généralement organisées au niveau des centres de santé. Dans ce cas soit le CCS prend en charge le logement et la nourriture des AC venus d'autres villages, soit chaque AC apporte sa nourriture, soit il est procédé à des cotisations pour la restauration : 500 à 1000 FG par individu. Pour des questions pratiques de terrain, certains mini-réseaux d'AC ont choisi d'organiser les réunions tous les deux mois

> *« On ne peut pas faire venir les gens de leurs villages pour une journée entière sans leur donner à manger, même si c'est une cuillerée de riz. Mais comme le CS n'a pas suffisamment de ressources pour prendre tout le monde en charge, nous avons lors d'une réunion décidé de cotiser mensuellement 500 FG. Chaque mois, l'argent ainsi collecté est remis au CCS qui s'occupe de la restauration et de l'hébergement des personnes qui habitent dans des villages éloignés. » (CCS/PEV Mandiana)*

> *« Les villages qui relèvent de mon centre sont très éloignés les uns des autres et du centre de santé. Pour une réunion, certains AC utilise trois jours : un jour pour venir, un jour pour la réunion, un jour pour repartir. Après plusieurs discussions, nous avons décidé de tenir les réunions une fois tous les deux mois, soit 6 réunions par an au lieu de 12 »*
> *(CCS/PEV Siguiri)*

D'autres acceptent de se mobiliser chaque mois, non au centre de santé, mais à tour de rôle dans les différents villages des AC *« Quand un AC reçoit, c'est lui qui s'occupe de l'hébergement et de la restauration des autres qui se sont déplacés »* (DPS Faranah) Cette rotation présente l'avantage de revaloriser les AC aux yeux de leurs communautés. Néanmoins, elle serait très onéreuse en terme de dépenses pour la restauration. Les frais de restauration atteindraient 12.000 FG pour une réunion.

Pour des raisons liées aux difficultés de déplacement des AC (distance, crues, activités de production) et à leur entretien en terme de nourriture, plusieurs mini-réseaux n'arrivent plus à organiser régulièrement les réunions mensuelles. Certains AC disent ne plus assister à ces réunions à cause du comportement des agents de santé (nouvellement mutés) qui les accueillent timidement et qui les dévalorisent ; d'autres ne viennent pas aux réunions parce qu'ils seraient endettés, d'autres encore disent ne plus rien trouver d'intéressant à ces rencontres.

> *« En saison des pluies, au moment des travaux champêtres, il est très difficile pour un paysan de se déplacer à cause des occupations. Pour les hommes, c'est quelques fois possible mais les femmes à ce moment sont très occupées. Si tu ne travailles pas en groupe avec les autres travaillent, tu ne peux rien faire de bon et tu ne récolteras rien. C'est ce qui fait que les réunions en saison de pluie ne sont pas régulières. (AC Faranah)*
>
> *Depuis qu'AFRICARE s'est retiré de l'organisation, les réunions ne sont plus organisées. Sur 10 agents communautaires, généralement ne viennent en moyenne que 4, dans le meilleur des cas, et zéro le reste de l'année. Les AC ne viennent pas aux réunions mensuelles pour diverses raisons que sont : les pneus usés, ils sont démotivés, l'éloignement et l'enclavement de certains villages » (CCS/PEV Dabola)*

Si ce forum des AC permet au CS de compiler les données, ils ne sont néanmoins pas en mesure de procéder à une analyse des informations en terme de progression et/ou de recul des services offerts. Cette insuffisance est pour autant une opportunité unique pour une meilleure programmation des activités à entreprendre et/ou pour corriger les défaillances.

Cette situation perdure parce que plusieurs agents de santé n'ont pas de compétences en analyse des résultats et/ou pour expliquer aux AC les raisons individuelles de leurs réussites et/ou de leurs échecs auprès des clients. Malgré les imperfections et les dysfonctionnements qui les caractérisent, les réunions mensuelles sont très appréciées par les AC fonctionnels. Ils *« accordent assez de crédit »* aux réunions notamment dans la zone PRISM où les agences partenaires fonctionnelles.

3.7. Tenue des documents

Les outils mis à la disposition des AC sont les fiches, les registres, les dépliants, le phallus etc. La tenue des fiches de rapports mensuels, des cartes ELCO et des cahiers de suivi des clientes est un passage obligé pour le suivi des activités des AC. L'analyse des documents disponibles montre que plusieurs AC souffrent d'un manque d'autonomie « intellectuelle » parce qu'ils ne savent ni lire ni écrire. Ils sont donc dans l'incapacité de faire un rapportage correct.

> *« Je ne suis pas allée à l'école. Je rencontre beaucoup de difficultés dans le rapportage. Pour remplir les fiches et les documents, je me fais aider par des hommes. Il peut effectivement arriver que j'oublie certaines choses avant de trouver quelqu'un pour m'aider » (AC Dinguiraye)*

Ce sont donc les AC qui savent lire et écrire qui tiennent convenablement les documents mis à leur disposition. Les analphabètes, notamment les femmes, disent retenir mentalement les services rendus avant de demander à une tierce personne de les aider à les rapporter. Les risques de déperdition des informations en pareil cas sont énormes. Ce qui fait que les rapports mensuels et les cartes ELCO sont matériellement mal entretenues et irrégulièrement remplis. Les agents de santé reconnaissent apporter mensuellement (lors des réunions) leurs expertises aux AC analphabètes pour le rapport.

> *« Comme c'est à moi qu'il revient la tâche de synthétiser les rapports des AC, je prends mon temps lors des réunions mensuelles pour aider à corriger les erreurs se trouvant sur les différentes fiches. Pour y arriver, je pose des questions d'éclaircissement pour reconstituer les différents éléments » (CCS/PEV Kouroussa)*

Le contrôle des stocks n'est fait que lors du réapprovisionnement. Les séances de remise à niveau des agents pour la tenue des documents ne sont pas organisées et quand elles le sont, elles sont très informelles et ne sont effectuées que si l'agent communautaire le souhaite réellement. Parlant des fiches synthèse se trouvant au niveau des centres de santé, leur pérennité, après le projet, n'est pas assurée parce que les DPS n'ont aucun moyen de les reproduire. Au moment du passage de cette mission d'évaluation, la DPS de Mandiana manquait de fiches et continuait à attendre le PRISM pour son ravitaillement.

> *« Nous n'avons plus de fiches pour le rapport. Depuis deux mois, nous sommes obligés de tracer les fiches de rapport à la main. Les fiches qu'on nous envoie sont très bonnes, mais quant il y en a plus, il faut obligatoirement se référer au siège de PRISM à Kankan. Cette fois, ils tardent à nous les envoyer » (DPS Mandiana)*

S'agissant de la carte ELCO, tous les agents de santé reconnaissent que c'est un bon outil de suivi des client(e)s. Les AC par contre tout en reconnaissant l'utilité de la carte ELCO disent ne pas pouvoir le tenir régulièrement à cause d'une part, les difficultés à faire un schéma approximatif du village et/où à localiser plusieurs individus dans l'espace (case, concession,

plusieurs villages). En effet, tous les acteurs reconnaissent aujourd'hui que très peu d'efforts ont été déployés pour aider l'AC à définir sa zone d'intervention précise ou d'établir un plan de travail basé sur la densité de la population dans son district.

Pour la tenue des documents, il a été obtenu lors des focus group (vote) les scores suivants :

THEMES	**Score (sur 85 présents)**
Remplissage correct des rapports mensuels	75
Etablissement correct de la Carte ELCO,	15
Bonne utilisation de la Carte Elco pour le suivi des clients,	15
Participation régulière aux réunions mensuelles	70
Réalisation effective des séances de sensibilisation	45
Tenue correcte des outils de gestion,	60
Bonne disponibilité des produits et leur conservation	45
Les cahiers de suivi des clientes des AC sont correctement remplis	40
Les données SBC améliorent les courbes de monitorage en PF	85
Distribution du SRO	85

Les cartes ELCO sont peu ou pas remplies au point qu'il n'y a aucune autre source que la mémoire de l'AC pour identifier les clients individuellement. Pratiquement, les AC ont aussi des difficultés de dire actuellement combien et quels types de services ils ont rendu à une personne ou à un groupe de personnes.

Selon les données quantitatives 64 % des AC de la zone PRISM reconnaissent utiliser la carte ELCO, par contre 82 % des AC de la zone non PRISM disent qu'ils n'utilisent pas la carte ELCO. 52 % des AC trouvent qu'il est trop difficile de tenir cette carte alors que 46 % disent qu'ils n'ont pas de matériel pour ce travail. Cette disparité de niveau est importante pour espérer atteindre à court terme les mêmes résultats. Il est également impossible aujourd'hui de savoir depuis combien de temps un agent suit un client.

Ce manque d'information a des conséquences négatives sur la PF et sur la protection contre les MST-SIDA. Il ne permet pas encore de s'assurer de la continuité de l'utilisation d'une ou de plusieurs méthodes de contraception et/ou la mesure des changements collectifs.

> *« Je ne sais pas remplir ce grand papier, il n'y a personne dans mon village pour m'aider. Le CCS qui me venait au secours a été affecté. Celui qui l'a remplacé dit qu'il ne connaît pas la carte en question »*
> (AC Dabola)

L'observation de quelques documents disponibles au moment du passage de la mission montre que plusieurs AC remplissent de manière maladroite les fiches de rapport. Les informations sont tantôt mal rapportées, tantôt rapportées avec beaucoup de retard, tantôt elles comportent des erreurs qui font douter de leur fiabilité. Peu d'effort a été fourni pour une correction et/ou pour une mesure de la qualité des activités des AC et par mini-réseau. En pareil cas l'analyse de

l'impact des services offerts par les AC dans l'amélioration de la situation sanitaire devient difficile.

> *« A mon avis, la majorité des AC, surtout analphabètes, n'accorde pas d'importance au rapportage et aux documents. Ils considèrent le travail de notation comme secondaire. Plusieurs parmi eux ne comptent que sur la fidélité de leur mémoire »* (CCS/PEV Kankan)

3.8. La référence des clients

Les AC ont aussi pour mission de référer les femmes pour l'examen préalable à la prescription d'un contraceptif, les cas de diarrhée persistante, les personnes présentant des signes de maladie sexuellement transmissible etc. En un mot, les AC doivent référer et/ou accompagner au centre de santé tous les cas dépassant leurs compétences. Dans ce travail, on observe plusieurs manières de se comporter.

> *« Pour tous les cas de maladie maintenant, les villageois viennent solliciter mon assistance pour accompagner le malade au CS. De fois, je suis obligé d'abandonner mes propres travaux pour accompagner le malade. La raison qui fait que je suis demandé, c'est peut-être le fait qu'arriver au CS, les agents s'occupent bien du malade. Pour ce travail, je ne demande rien*» (AC Mandiana)

Dans l'ensemble 68 % des AC reconnaissent référer les clientes de CO. Ce sont les agents des préfectures non PRISM (72%) qui réfèrent le plus contre 63 % des AC se trouvant dans les préfectures PRISM. Les raisons qui conduisent les AC à référer les clientes sont en rapport avec les instructions reçues (termes de référence) pour 26 % des répondants ; le manque de produits pour 19 % des AC ; le manque de formation adéquate pour 33 % des.

Dans 49 % des cas, les AC disent rendre visite à leurs client à domicile; certains AC (21%) choisissent les séances de sensibilisation pour s'enquérir des nouvelles de leurs clients ; d'autres (16%) le font lors des consultations et ; 11 % des AC ne s'occupent des nouvelles de leurs clients que lors des rassemblements. .

Les AC qui évoluent dans les agglomérations autres que celles où se trouve le centre de santé réfèrent peu ou pas de femmes pour les examens devant précéder le choix et la prescription d'une méthode de contraception. L'explication donnée à une telle attitude tient au fait que les femmes sont très réticentes à parler de sexe et de menstrues avec une personne étrangère. Les rares femmes qui se prêteraient à une telle démarche le font discrètement et répondraient « timidement » aux questions qui leur sont posées par les agents de santé. D'autres accusent la distance et les occupations quotidiennes.

> *« Quand tu dis à quelqu'un d'aller au CS, il t'invente des arguments pour ne pas y aller. Je n'arrive pas à convaincre les femmes de la nécessité d'une telle démarche parce qu'elles ne croient pas à la nécessité de l'examen clinique par les agents de santé avant de pratiquer une méthode contraceptive. »* (AC Kérouané)

Les références pour la PF seraient très rares à cause de :

- La réticence des clientes à aller se confier à des étrangers notamment à des hommes et/ou de l'opposition de leurs conjoints à une telle démarche pour la PF ;
- La méconnaissance par la personne référée des avantages de la consultation clinique avant le choix et la pratique d'une méthode de planification familiale.
- Du plaisir psychologique (service rendu) et des bénéfices en terme de signe de reconnaissance que l'AC peut tirer en revendant directement les produits aux nouveaux utilisateurs. Ainsi 36 % des AC des préfectures PRIS et 23 % des AC des préfectures non PRISM préfèrent eux-mêmes donner le CO
- L'habitude à s'automédiquer à partir d'expériences collectives ou individuelles vécues au sein de la communauté ;
- Du refus des agents communautaires à expliquer aux utilisateurs les méthodes qui sont disponibles au niveau du centre de santé ;
- Des représentations négatives exprimées par les femmes ayant essayé une fois au moins les méthodes données dans les centres de santé (méthodes injectables et DIU) à cause de leurs effets secondaires vécus.
- La faible motivation matérielle des AC

> *« Il y a deux mois, j'aidais les femmes à se planifier avec ou sans l'accord de leurs partenaires. Dans ce groupe, il y avait la femme du Président de la CRD. Ce dernier était foncièrement opposé à ce que sa femme se planifie. Celle-ci pour éviter des conflits en famille me confiait ses produits que je conservais dans le frigo du CS.*
> *« Tous les soirs, sous prétexte qu'elle allait puiser de l'eau, la femme venait prendre ses capsules.*
> *« Un jour, il y a eu contre temps. Au moment où elle venait pour prendre les produits, moi j'étais dans un village d'à côté pour voir un malade. Après plusieurs aller et retours, son mari a douté. C'est alors qu'il l'a suivie jusqu'au CS, moi j'étais arrivé.*
> *« La femme sans se douter de rien est rentrée et a pris ses produits.*
> *« C'est à ce moment que son époux a fait irruption dans la salle et, sans aucun procès, il s'est jeté sur sa femme et l'a bastonnée. Après, il m'a menacé de complicité.*
> *« Comme il est très puissant dans la préfecture, il est allé se plaindre aux autorités sanitaires de la région et de la préfecture.*
> *« La seule solution qui restait, c'était mon affectation et j'ai été affecté contre mon gré.*

> *Aujourd'hui, ces femmes qui avaient bien compris ne se planifient plus* » (CCS/PEV Faranah)

Suite aux discussions avec les différents acteurs rencontrés, il s'avère que l'essentiel des femmes pratiquant la PF a toujours été influencée dans le choix d'une méthode de PF soit par l'AC soit par l'agent de santé, soit par des proches. Au-delà de ces limites d'ordre individuel, le processus de référence souffre aussi des problèmes d'accès monétaire (zones peu monétarisées) et physique (distance, crues) notamment en saison de pluie et de l'accueil réservé aux personnes référées. Les CCS disent que certains AC ne reconnaissent pas ce que c'est qu'une référence effective.

> *« Un coupon remis à un client est considéré par un AC comme une référence alors que c'est la présence physique de la personne référée qui compte pour le centre de santé. Conséquence, on a enregistre des conflits qui opposent les CS à certains AC pour les ristournes. Souvent, c'est le nombre de références reçues par les Centres de Santé ne correspond pas à ceux recensés par l'AC. » (CCS/PEV kankan)*
> *« Il y a à peu près un an, c'était au mois de janvier 2003, un AC très fonctionnel m'a envoyé d'un trait trois patients qui souffraient en réalité d'intoxication alimentaire.*
> *« Ces individus détenaient des coupons qui leur avaient été remis par L'AC.*
> *« Après consultation des malades, je leur ai proposé d'aller à l'hôpital préfectoral.*
> *« A la fin du mois, lors de la réunion, l'AC est venu me demander ses ristournes. Je lui ai répondu que je ne lui devais rien.*
> *« Il s'est fâché et il est sorti de la salle en expliquant son incompréhension.*
> « Je ne pouvais pas lui payer des ristournes d'autant plus que les personnes référées par lui ne se sont pas fait soigner chez moi » (CCS/PEV Kankan)

4. Compréhension communautaire des SBC

4.1. Niveau de connaissance des SBC et des acteurs

Avant le projet, les communautés villageoises disent qu'elles n'avaient presque pas de connaissance en matière de planification familiale moderne et, les personnes en âge de procréer ne connaissaient pas plus de deux méthodes de planification. Les solutions modernes pour lutter contre la diarrhée n'étaient presque pas connues dans les villages

> *« C'est grâce aux explications qui nous ont été données par les agents de santé et par les AC que nous arrivons actuellement à prendre des mesures de protection et de lutte contre certaines maladies. Les gens qui viennent ici sont très corrects, le projet aussi est bon. Le seul problème, ce sont les ruptures de médicaments au niveau de l'AC. L'AC de mon village est bon et serviable, il joue convenablement son rôle d'ambassadeur »* (Leaders communautaires Kankan)

Exercer les activités en relation avec la santé de la communauté étaient compris comme relevant de la seule compétence des personnes qui ont étudié et/ou des structures classiques de la santé. Les communautés n'avaient aucune information faute de structure et de compétences. Cette méconnaissance des éléments modernes en relation avec les services de santé avait amené plusieurs acteurs locaux des villages à présenter les activités SBC comme militant en faveur d'un relâchement des valeurs communautaires et/ou comme favorisant la « débauche »

> « Quand on m'a parlé de cette nouvelle façon, j'ai mal réagi. Je ne comprenais pas pourquoi amener les individus à prendre des médicaments pour ne pas enfanter » (Leaders communautaires Faranah)

L'essentiel des acteurs rencontrés ignore les raisons qui ont prévalu au choix de leur village et des AC. Plusieurs leaders disent avoir été informés soit officiellement par les agents et/ou par d'autres individus soit officieusement par d'autres personnes appartenant à la communauté.

> *« Les responsables qui étaient venus ici, pour les mettre en place, avaient dit que les AC sont les yeux et les oreilles (représentants) des agents de santé et de toutes les structures sanitaires. Donc pour nous, ils sont aussi des travailleurs de la santé même si pour le moment, ils ne reçoivent pas de salaire »*
> *(*Leaders communautaires Dinguiraye)

En dehors de la série de réunions organisées lors de ma mobilisation/redynamisation des communautés pour le choix des AC, aucune autre séance formelle d'information des populations n'a été organisée, laissant libre cours aux rumeurs et aux spéculations sur les rôles et les attributions d'un AC. Les acteurs locaux savent peu de choses sur les phases successives traversées par les AC. Ce que les individus savent plus ou bien par contre, c'est leur droit d'accéder aux produits PF, aux SRO et autres produits à des prix plus abordables qu'ailleurs.

> *« Pratiquement et compte tenu des logiques sociales en place, aucun individu ne peut s'opposer à une décision prise par le groupe des sages »* (AC Dinguiraye)
> *« Tous ceux qui s'intéressent aux SBC savent que les produits qui sont vendus par les AC appartiennent aux villageois. C'est pour les aider à améliorer leur santé»*
> (Leaders Communautaires Kouroussa)

Certains élus et les agents de santé formés connaissent les objectifs des SBC. Ils disent avoir été informés non seulement par voie hiérarchique, mais aussi de manière formelle par les agents techniques AGBF et les chargés SBC des DPS. Par contre, plusieurs AC et leaders assimilent les SBC à un travail d'infirmier. Cette disparité dans la connaissance des objectifs du projet serait la conséquence des dysfonctionnements qui ont caractérisé la sélection des AC.

> *« Pour nous, ce sont les AC et leur hiérarchie qui nous disent les prix des médicaments. L'AC est l'intermédiaire entre le CS et les villageois. Tout prix qu'il nous communique, c'est çà. Nous n'avons pas de possibilité de vérifier l'origine des médicaments et leurs prix. J'ai entendu dire que les mêmes médicaments coûtent plus chers dans les zones minières. Ce que je ne peux pas affirmer, c'est l'origine des médicaments vendus dans ces zones » (Leaders communautaires Siguiri)*

L'ignorance des objectifs du projet par les communautés amènerait plusieurs individus à accepter les règles sans comprendre réellement quelles doivent être leurs attitudes vis-à-vis des AC. Cette ignorance des fondements des SBC par les clients conduirait certains agents à faire de la surfacturation et à s'approvisionner en produits dans les marchés et les officines privées officiellement reconnues ou non.

> *« S'il y a rupture de stock, je vais ailleurs pour m'en procurer. C'est pourquoi les prix varient. Ce n'est pas de ma faute. La demande pour certains produits est importante » (AC Kérouané)*

Si les agents de santé citent le PRISM comme étant le bailleur de fonds, les AC et les leaders connaissent peu ou pas l'organigramme et les instances de gestion d'un AC. Ce qui semble être par contre être connu de tous dans les villages, c'est la relation qui existe entre l'agent PEV et l'AC. Dans leurs relations avec les autres acteurs, les chargés SBC des DPS continuent à se chercher et à chercher leur position exacte dans la structure sanitaire nationale

> *« Les SBC au niveau de la préfecture sont des travailleurs des DPS. Plusieurs parmi eux occupaient déjà des postes de responsabilité avant. Ils n'ont pas de chef hiérarchique au niveau de l'IRS et leur poste ne figure pas dans le cadre organique. Souvent, ce sont les activités des autres postes qui sont mises en avant » (DPS Faranah)*

Les AC ont aussi des connaissances spécifiques. En effet, grâce aux formations données et à la pratique des SBC, les AC ont développé des compétences et partagent plusieurs connaissances. Exemples : En cas d'oubli pour prendre la pilule, 49 % des AC savent le conseil approprié qu'il faut donner à une cliente. C'est surtout dans la zone PRISM que les conduites à adopter sont connues par plus de la moitié des AC (55%).

Une autre connaissance reste la détermination de l'âge à partir duquel un AC peut conseiller une méthode de PF à une personne ; Ainsi 79 % des AC reconnaissent qu'il est bien possible de donner une méthode de contraception aux ayant entre 15 et 20 ans. Cette possibilité pour les garçon ayant le même âge a été citée par 89 % des AC interrogés. L'une des connaissances la plus communément partagée est celle en relation avec la connaissance des maladies infectieuses transmissibles.

S'agissant du comportement à adopter et/ou les questions à poser à une nouvelle cliente, le nombre d'AC s'étant prononcé par question est insignifiant. Ainsi, 16 % seulement des AC parlent de l'information à chercher quant aux règles ; 14 % font allusion à la situation reproductive ; 13 % à la pratique ou non de l'allaitement ; 12 % des contre-indications à expliquer à la patiente etc.

En résumant les souhaits exprimés par les AC/SBC, on peut retenir en substance :

Les superviseurs doivent expliquer ou ré-expliquer constamment aux communautés l'importance de la stratégie SBC, la logique des prix des produits autorisés, les rôles et les responsabilités des AC, les questions de motivation et/ou d'aide à apporter à l'AC par la communauté ; les stratégies et le climat d'ambiance à entretenir dans le village ; l'analyse des besoins sanitaires des communautés au niveau des centres de santé.

C'est seulement par la répétition, la démonstration et le conditionnement qu'on finira par responsabiliser les communautés. Dans la situation actuelle, le re-conditionnement des relations AC et communautés sous la gouverne des élus et des agents de santé est une condition de développement des SBC.

4.2 Appréciation communautaire des SBC

Malgré le nombre et la profondeur des perceptions qui militent encore aujourd'hui en faveur d'un dysfonctionnement des SBC, les représentants des communautés reconnaissent qu'ils ont accès aux informations sanitaires de qualité en relation avec la PF, les MST/SIDA, le traitement des diarrhées, l'assainissement etc. Les résidents des villages, notamment les jeunes générations, bénéficiant des services d'un AC/SBC acceptent en grande majorité les messages en rapport la prévention des maladies et la planification familiale.

> *« Tout ce que les AC nous disent est vrai. Une fois, ils m'ont conseillé par rapport à la nutrition. J'ai respecté ce qu'ils m'avaient dit et, quelques temps après mon enfant a retrouvé sa santé et il a grossi. Si tu écoutes bien les paroles qu'ils disent et tu les appliques convenablement, tu peux éviter des maladies et les dépenses inutiles »* (Leaders communautaires Mandiana)

L'acquis le plus éloquent et avec lequel il faudrait compter dans l'avenir, dans ces milieux très conservateurs, c'est le fait que les hommes et les femmes acceptent de parler des questions de planification et de maladies sexuellement transmissibles. En effet, d'importants changements sont intervenus dans les connaissances, les discours et les comportements d'acteurs quant à la PF et à la prévention des maladies. En amenant les individus à parler publiquement de la planification familiale, le projet SBC a réussi à briser certains tabous qui entouraient les questions en relation avec la santé de la reproduction et les MST/SIDA

> *« De toutes les couches, ce sont surtout les jeunes notamment les garçons qui écoutent et acceptent nos messages. La pratique de la PF est en voie de se généraliser auprès des jeunes femmes qui, même si elles fuient les causeries publiques allant dans ce sens demandent régulièrement conseil en aparté. »* (AC kankan)

> *« Si je dis que les parents parlent de sexualité avec leurs enfants, j'aurais menti. Par contre, les gens de la même classe d'âge en parlent constamment, quelques fois, ils se servent de code. Mais, ce sont surtout les jeunes qui partagent beaucoup d'informations entre eux »* (AC Kouroussa)

> *« Je suis Imam de cette ville, tous les soirs autour du thé, je discute avec les notables et autres visiteurs de la PF. Ce qu'on peut dire de manière générale, c'est que les populations sont entrain de comprendre petit à petit. Je peux aujourd'hui affirmer que 50 % des individus ont compris. Les autres même s'ils comprennent, ont encore des difficultés à le montrer même dans la parole»* (Imam de la CU de Mandiana)

Cette compréhension présente l'avantage de faciliter et/ou d'amorcer un changement de comportement. La connaissance des formes et des moyens de protection pour ne pas attraper les MST/SIDA a favorisé des changements dans le comportement et fait évolué les rôles et responsabilités des partenaires et/ou des parents vis-à-vis de leurs enfants. Les différents acteurs rencontrés reconnaissent que les informations qui sont transmises par les agents de santé, les AC et autres partenaires de terrain ont apporté des changements aussi bien dans la compréhension des services offerts par les agents communautaires.

> *« Ce que je dis à ma fille, c'est de faire très attention avec elle-même.Je la conseille de s'abstenir et de ne pas sortir avec n'importe qui. » (CCS/PEV Kankan)*

Si les communautés n'ont pas de seuil absolu de satisfaction des services offerts par les AC, il faut reconnaître que les perceptions en rapport avec la santé ont beaucoup évolué. De tous les acteurs, ce sont surtout les jeunes (filles et garçons) et les femmes en âge de procréer qui apprécient et utilisent les produits vendus ou distribués par les AC. *« ce que les femmes comprennent le plus, c'est les questions en relation avec l'augmentation des charges avec le nombre des enfants »* (CCS/PEV Dinguiraye)

Les personnes les plus opposées à la PF se recrutent parmi les rares leaders religieux wahhabites et au nombre des anciennes générations. En discutant avec les éléments de ce dernier groupe on se rend vite compte qu'il leur manque la bonne information. Souvent les AC et les agents de santé se sont contentés des premières réactions d'acteurs pour exclure définitivement certaines personnes et à les identifier comme des « démobilisateurs ». Cette façon de faire à tendance à renforcer certaines personnes dans leurs positions. Selon les résultats du questionnaire, les raisons évoquées par les non-clients quant à la non-utilisation des services des AC sont dans 30% des cas dû à la non-confiance dans l'AC ; pour 17% des individus de ce groupe c'est lier à l'interdiction par le conjoint et 9 % ne veulent pas parler aux hommes

> *« Cette secte des wahhabites est en voie d'extension depuis les années soixante. Les adeptes de ce groupe sont très hostiles à la PF. Ils couchent avec leurs femmes 40 jours seulement après l'accouchement. Ils font des enfants sans arrêt. Avec les wahhabites, tous ceux qui n'ont pas la même position qu'eux sont purement et simplement exclus. » (DPS Kérouané)*

Les éléments qui motivent l'utilisation des services offerts par un ou plusieurs AC sont entre autres : la très grande disponibilité des AC (72%), la grande discrétion (75%), l'accueil chaleureux (73%). La perception générale qui se dégage dans les communautés est que les AC sont très utiles aussi bien en PF qu'en programme élargi de vaccination. Les autorités sanitaires disent que e programme SBC comme tout programme guinéen est bon, ce sont les hommes qui ne le sont pas. Pour les deux zones, 85% des clients reconnaissent avoir utilisé dans le passé au moins une méthode de contraception. Actuellement 73 % des individus disent l'utiliser. Chez les non clients, 9% des individus rencontrés auraient utilisé antérieurement une méthode contraceptive. Ils ne seraient actuellement que 6% à pratiquer une méthode contraceptive. Les choses ne peuvent se présenter autrement pour les non clients dont 71 % ne connaissent pas leurs AC.

> *« C'est l'application et les individus qui souffrent de dysfonctionnements. Par exemple, le projet est là encore et les supervisions sont irrégulières, plusieurs AC ne fonctionnent plus et les communautés sont peu ou pas engagées. Le Guinéen a la manie de tout changer à sa guise pour des intérêts égoïstes » (DPS Dabola)*

Dans l'exercice de leurs fonctions respectives, il arrive fréquemment que les AC se prennent pour des agents officiels de santé. Cette perception de soi et de la structure conduirait plusieurs parmi eux, notamment les hommes instruits à outrepasser leurs termes de référence.

> *« Ils jouent les rôles d'infirmiers dans les communautés. Ils font des consultations cliniques, font des injections, posent des sérums, distribuent des molécules comme les aspirines, les antibiotiques, le paracétamol etc. Ils achètent ces produits sur le marché noir et dans les officines privées. » (DPS Siguiri)*

Dans certains villages, les AC ont tendance à rentrer en conflit avec les autres professionnels de la de santé qu'ils soient officiels ou non. Ces conflits viennent de questions en relation avec les ressources (services payés), le recrutement de nouveaux patients, le contrôle des anciens patients. Ce comportement des AC est encouragé par l'existence dans les gros villages de vendeurs de produits pharmaceutiques et/ou d'agents soignants non officiels.

Les AC perçoivent les structures comme celles qui dictent les règles et les normes de comportement ; ils sont avec les agents de santé dans une relation symbiotique. Il est fréquent d'écouter des discours qui ne sont rien d'autre que les messages véhiculés lors des formations et qui sont souvent répétés par imitation et par conditionnement. Dans tous les cas, les messages et les attitudes extériorisés par les individus sont le résultat des messages véhiculés par les agents communautaires et de santé.

L'introduction des SBC est aujourd'hui perçue par ceux et celles qui ont compris comme des prestations de proximité gérées par et pour la communauté en vue de les protéger contre la maladie. Dans cette logique 99% des individus enquêtés disent qu'ils sont d'accord avec les messages. Pour certains leaders et agents de santé, les SBC sont une alternative de solution au manque de poste de santé dans les villages. D'autres personnes moins intéressées par les services actuellement offerts par les AC pensent :

> *« qu'un individu qui semble être le répondant des agents de santé dans un village et qui ne dispose même pas du simple comprimé de paracétamol ou d'aspirine ne peut convaincre personne »* (AC Kérouané)

> *« Effectivement, on a su avec le temps que plusieurs AC instruits sont entrain de se métamorphoser en infirmiers. Cette situation vient de deux choses. Premièrement les communautés ne sont pas mises en garde contre cette pratique illégale, deuxièmement certains AC sont ambitieux et veulent devenir des agents de santé » (DPS Faranah)*

> *« Dans tous les cas, ce sont les populations qui poussent les AC à se transformer en agent de santé. Elles ne cessent par exemple de demander aux AC des médicaments qui ne sont pas disponibles à leur niveau. Mais avec la persistance des demandes, les AC finissent par s'en procurer sur les marchés et par les administrer » (DPS Siguiri)*

Le manque de communication amène aujourd'hui plusieurs élus locaux à penser que c'est aux agents communautaires de leur faire des comptes rendus financiers. Au-delà des apparences officielles et des comptes rendus, le processus de remobilisation n'a pas cherché avec rigueur à comprendre l'impact différencié des activités SBC, les opinions, les stratégies sous-jacentes des diverses catégories sociales. Ce sont les anciens et les logiques d'autorité qui ont pesé dans le choix des AC. Dans le meilleur des cas, la participation des femmes et des jeunes s'est limitée à l'exécution de décisions prises en dehors d'eux par les anciens.

Le travail d'un AC n'a pas forcément le même sens pour tous. Il existe des regards différents en fonction des interactions entre le contexte et les jeux d'acteurs. L'analyse montre que les mini-réseaux d'AC ont des logiques qui leur sont propres. Parallèlement à ces particularités propres aux différentes zones et dans des contextes relativement proches, les réseaux préfectoraux et mini-réseaux participent à des invariantes. Ces dernières sont souvent la conséquence de l'application des « meilleures pratiques » et/ou des pratiques réussies en Guinée ou ailleurs. Mais, le transfert des pratiques réussies ont ce travers de normalisation alors que les expériences vécues montrent que tous les modèles ne sont pas transposables.

Pour le futur immédiat, les catégories sociales devraient être abordées séparément à travers des séances de sensibilisation spécifiques. Une connaissance un peu moins grossière de la différenciation sociale et des stratégies d'approche (par village/communauté) paraît indispensable si l'on veut que les actions s'enracinent au niveau des femmes et des jeunes générations.

Ce qu'il faut privilégier avec les communautés, c'est le partage, les échanges, la confrontation et la construction en commun d'un système SBC viable. Dans ce processus, les Superviseurs et les AC devront jouer des rôles d'information et de mobilisation des communautés.

4.3. Niveau de participation de la communauté

Le niveau et les manières de participation des communautés aux activités des AC diffèrent sensiblement selon les perceptions des acteurs, la logique de fonctionnement de l'AC, le niveau d'implication des leaders (religieux, politiques et coutumiers) ; l'ouverture et les contacts de la zone par rapport à l'extérieur. Les facteurs facilitant donc la mobilisation seraient en relation avec le milieu de vie et les niveaux d'ouverture des communautés sur le monde. Les études quantitatives montrent que 57% des personnes enquêtées reconnaissent soutenir leur AC contre 19 qui disent n'apporte aucune aide à l'AC.

> *« Ce sont les villages enclavés, c'est-à-dire éloignés des centres et postes de santé qui ont de grands besoins de santé. Ce sont les habitants de ces villages qui sont plus faciles à mobiliser» (CCS/PEV Dinguiraye)*

Les communautés, grâce aux activités du programme PEV/SSP/ME, ont conscience (depuis deux décennies) de leurs rôles et responsabilités vis-à-vis de la santé des individus notamment de celle

des femmes et des enfants. Cependant, tous les acteurs reconnaissent que depuis la mise en place des services à base communautaires dans les villages, les élus locaux et autres responsables s'occuperaient peu ou pas des questions sanitaires de leurs communautés. Ce sont les agents communautaires qui sont devenus les hôtes et les interlocuteurs des agents de santé.

> *« Les autorités locales ne s'occupent plus des questions de stratégies avancées. Les membres des comités de gestion qui se trouvent dans les villages ne sont plus fonctionnels. Dans le meilleur des cas, seuls les présidents et les trésoriers sont encore en activité » (CCS/PEV Kankan)*

Dans les centres urbains et les gros bourgs, la mobilisation des individus pour un appui à l'AC serait plus difficile que dans les petites communautés enclavées. Cette difficulté viendrait du fait que les nouvelles formes d'association en milieu urbain et péri-urbain sont peu structurées. Mais les individus vivant dans les milieux sont plus aptes à accepter les innovations sanitaires que ceux vivant dans des villages ayant de fortes personnalités historiques et culturelles. Par contre, les individus appartenant aux communautés restreintes et homogènes valorisent assez les formes de solidarité et de participation pour une bonne santé.

Dans certains villages, la participation communautaire se limiterait à l'appui donné au moment de la sensibilisation et à la mobilisation des femmes, des hommes et des enfants. Dans d'autres, la mobilisation milite en faveur de la solidarité (au moment de référer un malade grave par exemple) et de la recherche de l'équilibre individuel et collectif. Ce qui reste constant, c'est le fait que les leaders communautaires, notamment les élus locaux ne connaissent pas qu'ils ont pour rôles d'accompagner les AC dans la réalisation de leurs activités. Ils ne savent non plus pas que les rôles que jouent les AC leurs sont conférés et/ou reconnus par la communauté. Ces derniers accorderaient pour autant assez d'attention aux interventions des notables.

Même si les AC reconnaissent bénéficier de considérations collectives, il demeure qu'ils ne bénéficient pas d'appui matériel. Cette situation aurait conduit les AC à ne pas tenir leurs engagements, à quitter leurs villages d'origine pendant des mois et/ou à se métamorphiser en infirmiers. Plusieurs parmi eux désobéissent aux ordres, ne se réapprovionnent plus au CS et ne participent pas aux réunions.

Les élus, les imams et autres leaders communautaires qui ont compris participeraient activement, selon les milieux, au fonctionnement des agents communautaires ; ils les aident à mobiliser les femmes et les enfants pour la vaccination et dans les activités de sensibilisation. Leur niveau de participation et leur fonctionnalité sont réguliers/ efficaces en fonction des saisons, des sexes et du consensus qui se dégage autour d'eux. Les leaders masculins seraient plus actifs que les femmes.

Les agents de santé sont considérés par les communautés comme les collaborateurs des AC et non comme des superviseurs. Pour les AC et les agents de santé, les élus locaux (CRD, district et secteurs) ne font pas suffisamment leur travail, plusieurs parmi eux ne se sentent pas directement responsables des AC. D'autres disent ne pas pouvoir faire autrement parce qu'ils ne connaissent rien de ce que l'AC fait au sein des communautés. Les relations existant entre les

agents communautaires et les élus sont quelque peu des rapports d'autorité à citoyen. D'ailleurs plus de 22% des enquêtés ne savent pas qu'ils devraient apporter leur soutien à l'AC.

> *« Quand un problème sanitaire est posé, ce sont les notables et élus qui viennent nous voir pour demander des services. Je perds beaucoup de temps au moment où tout le monde travaille. Il m'est arrivé de prendre mon propre argent pour acheter des médicaments au CS. Les gens croient que chaque fois que nous nous rendons à une réunion, nous gagnons de l'argent» (AC Dabola)*

> *« Nous, nous avons pensé que les AC étaient payés pour leur travail. La logique de les aider ne nous a jamais été dite de façon formelle. Sinon, c'est très simple. L'AC est de notre village, c'est un de nous, un parent, nous le connaissons ; on peut toujours voir avec lui ce que veut » (Leaders communautaires Faranah)*

5. Motivation des agents communautaires

Les AC sont des personnes responsables (mariés, chef de ménage, père de famille, imam) qui ont en commun la profession d'agriculteur. Ils disent que leurs objectifs en acceptant d'être agent SBC sont non-économiques. Conformément à leurs lettres de mission et à la confiance placée en eux par la communauté à laquelle elles appartiennent, les agents disent qu'ils ont pour rôles l'information et la protection des communautés.

En fonction de leur ancienneté et de leur fonctionnalité, ils se reconnaissent comme étant « *les représentants des structures sanitaires officielles au niveau des villages.* » (AC Kankan) Tous les AC de la zone PRISM et 94 % des agents de la zone non PRISm reconnaissent que le fait des SBC a largeme,nt contribué à leur donner une place significative au sein de leur communauté. Ce positionnement aurait largement participé dans 97 % des cas à l'amélioration des relations conjugales (mari/époux), des relations de l'AC avec sa belle famille pour 92 % des répondants et des relations avec son environnement dans 97 % des cas.

Dans l'exercice de leurs activités, les agents ne négligent pas l'importance des relations sociales qu'ils développent avec les clients, « *les gens viennent se confier pour diverses raisons. Ils ont de la considération pour nous* » (AC Kérouané) Ainsi 100 % des AC des préfectures PRISM et 87 % des ceux des préfectures non PRISM reconnaissent que la distribution des SBC a contribué à conforter leur position fa,iliale.

Les aides sollicitées par les AC à leurs communautés seraient en relation avec les activités de mobilisation, d'une part, des enfants et des femmes en grossesse pour le programme élargi de vaccination et d'autre part des personnes en âge de procréer pour la planification familiale. Ils sollicitent en outre un appui dans l'exécution des activités de sensibilisation et d'éducation et dans la lutte contre les agents sanitaires clandestins.

> *« Personne ne veut prendre la décision d'interdire la vente des médicaments et la pratique illégale de la médicine* » (DPS Mandiana)

Même si 81 % des AC de la zone PRISM et 70 % des AC de la zone non PRISM disent qaue le distribution des SBC a permis d'augmenter leurs revenus, tous les agents communautaires souhaitent recevoir une prise en charge matérielle. De manière pratique, certains demandent de l'aide dans les travaux champêtres et pour la construction d'une case réservée aux activités SBC. Les Agents Communautaires aimeraient recevoir des villages de l'aide, même symbolique.

Le plus grand nombre parmi eux réclament des signes de reconnaissance sociaux (parole, pouvoir, honneur) Les AC demandent également à avoir des signes d'identification comme les badges et le renouvellement du matériel (manteaux, pneu, vélo, armoirettes) pour marquer la différence avec les clandestins. Plusieurs AC, notamment les instruits, demandent à faire carrière.

> *« Ce que je demande, c'est de me venir en aide dans le travail des champs même pour une demi-journée.* » (AC Dabola)

> *« Nous demandons une plus grande formation. Je pense qu'on doit nous apprendre à nous aussi à faire des injections et/ou à vendre des produits autres que ceux que nous vendons maintenant »* (AC Kankan)

En s'engageant comme AC, certains individus entendent faire carrière c'est-à-dire il voudraient évoluer régulièrement vers une professionnalisation en apprenant à faire des injections et la petite chirurgie. Les AC bénéficient d'assez de considérations au sein de leurs communautés respectives ; ils sont socialement et culturellement valorisés par une frange de la communauté. Plusieurs parmi eux reconnaissent que leur fonction est très enviée par certains individus

> *« Ma position d'agent est enviée par mon entourage. Cette envie s'explique par le fait que les gens croient que je suis payé et riche. Il y a aussi les relations que je développe »* (AC Siguiri)

Les agents de santé en tant que collaborateurs des AC les valorisent et leur donnent des signes de reconnaissance en fonction des services qu'ils rendent aux populations. Ce que les agents de santé reprochent au projet et à la structure sanitaire, c'est le manque de reconnaissance pour les agents communautaires qui font convenablement leur travail. Cette reconnaissance des œuvres d'un agent permettrait à celui-ci d'innover ses façons de faire tout en s'éloignant de la routine, de l'incompétence et du découragement

> *« On ne nous donne rien. Les ristournes dont on parle n'existent pas. L'année prochaine, les superviseurs en question iront chercher mes rapports au village ou au champ. Ce travail est très fatigant pour rien »* (AC Dabola).

Les éléments de motivation d'un AC sont : la confiance placée en lui, les formations données, les ristournes gagnées sur les références, les marges bénéficiaires réalisées sur la vente des produits des lots initiaux qui ont été mis à leur disposition, les expériences accumulées dans le travail d'agent communautaire. En fonction du schéma en place, l'agent est motivé matériellement sur la base des ventes de produits contraceptifs, de condom et de SRO.

En pareil cas et compte tenu de la faiblesse des prix, chaque AC souhaiterait avoir une quantité importante de produits pour lui permettre de vendre beaucoup pour faire des bénéfices importants. Mais, les bénéfices réalisés sur la vente des produits sont dérisoires pour les motiver financièrement. Le prix raisonnable des produits, la facilité d'accès aux produits par les clients sont des atouts certains mais qui ne semblent pas avoir atteint les objectifs de motivation des AC.

> *« Si on veut nous encourager, il faut nous donner beaucoup de produits ; ajouter des médicaments comme l'aspirine, le paracétamol et les antibiotiques » (*AC Dinguiraye)

Malheureusement, les centres de santé ne seraient pas en mesure de réapprovisionner correctement les AC de leur mini-réseau. Ce qui reste constant et qui demande correction, c'est le fait que la réalisation de bénéfices sur l'activité de vente des produits par l'AC soit un échec.

Conséquences, les AC évoluant dans les grosses agglomérations vendent leurs produits aux commerçants et/ou vendent leurs produits à des prix exorbitants non-officiels.

Tous les AC affirment ne recevoir aucune aide de la communauté. D'ailleurs dans plusieurs villages, un AC est considéré comme une personne travaillant pour le CS et/ou donc rémunéré. En recoupant toutes les informations en rapport avec le statut des AC, on peut dire qu'on a en présence trois groupes d'AC :

Le premier groupe est composé d'AC masculins et instruits et qui offrent des SBC de qualité depuis des années (4 à 7 ans) Les personnes appartenant à ce groupe affichent un sentiment de satisfaction d'eux-mêmes à cause des formations reçues et des riches expériences vécues. Ils jouent généralement d'importants rôles au sein de la société pour les professionnels de la santé. Néanmoins, plusieurs parmi eux ont tendance à se considérer comme des auxiliaires de santé. Ils ont tendance à faire de l'activité d'AC/SBC une carrière.

Ce positionnement les amène à transcender leurs attributions et à tomber dans un mal fonctionnement En conséquence, 46 % des AC disent procéder au traitement médical des maladies , 52 % des AC de la zone PRISM et 41% de la zone non PRISM disent procéder au traitement des maladies et/ou à des visites à domicile

> *« Ce que je veux, c'est d'être autorisé à pratiquer la médecine. Nous sommes meilleurs aux clandestins » (AC Banankoro, Kérouané)*

Le second groupe est composé d'AC féminins et masculins analphabètes mais très actifs respectueux des normes assignées aux AC. Leurs principales contraintes restent l'analphabétisme. Ils disent évoluer dans les limites qui leur sont prescrites par les CCS. Ils disent être actuellement motivés dans leur travail beaucoup plus pour la communauté que pour eux-mêmes.

> *« Je fais mon travail selon les recommandations reçues pendant la formation et en fonction des conseils des agents de santé. Si demain, on me disait d'arrêter, je ferai volontiers » (AC Dinguiraye)*

Le troisième groupe comprend les AC peu ou pas fonctionnels. Ils appartiennent soit à plusieurs associations et projets soit, ils sont limités dans l'exercice de leurs activités par leur environnement et/ou leur statut social, soit-ils sont incompétents parce qu'ils n'ont rien compris des formations qui leur ont été données. Leur non-fonctionnement viendrait exclusivement de leur environnement qui a tendance à les persécuter.

Dans les villages de la Haute Guinée, la distribution et la réception d'un ou de plusieurs signes de reconnaissance sont codés. Il revient donc à chaque communauté de déterminer le signe de reconnaissance le plus approprié à son AC. Les signes de reconnaissance positifs donnés à propos pourraient être des sources énormes de plaisir, de confiance en soi et dans les autres pour l 'AC .

Suite aux discussions avec les différents acteurs, le constat qui se dégage est que les AC ont été choisis par leurs communautés et pour lesquelles ils travaillent, c'est à ces communautés que revient le devoir de les motiver. Pour y arriver, il faudrait que les CCS organisent des assemblées d'information dans les villages d'origine des AC.

6. Système de communication et d'information

Pour la compilation et le traitement des données, les agents communautaires utilisent les fiches de stock pour enregistrer les mouvements de produits ; les bons de commande et de livraison, utilisé pour commander et recevoir les produits du centre de santé ; les fiches de rapport mensuel sur lesquels les AC répertorient les clients, les produits vendus, les recettes et les activités d'IEC ; les fiches de référence des patients au centre de Santé et sur laquelle le prestataire devrait transmettre à l'AC une rétro-information ; la carte ELCO.

Ces documents de mesure des services rendus sont compilés dans 87% des cas mensuellement pour tous les AC d'un mini-réseau au centre de centre de santé. Dans 3% des cas, c'est seulement quand le superviseur les réclame. Ces supports sont ensuite acheminés soit par les AC eux-mêmes, soit par les agents PEV, soit par d'autres individus (époux des AC féminins, personnes référées, autres individus) dans les CS. Ce sont les chefs des centres de santé qui reçoivent les informations primaires fournies par les AC. Après la compilation des données au niveau du centre, les CCS font parvenir les données à la DPS. Dans plusieurs cas, les rapports sont ramassés dans les CS par l'agent chargé des SBC de la DPS et/ou l'AT/AGBF.

> *« Tous les AC ne savant pas remplir les fiches de rapportages, notamment les femmes »* (CCS/PEV Dinguiraye)

Au niveau des DPS, les informations sont traitées de manière sommaire et ventilée au niveau des services sanitaires de la préfecture, de la région, au niveau national et aux partenaires. Suite aux analyses qui sont faites à plusieurs niveaux, les informations en rapport avec les SBC sont prises en compte dans les monitorages, les CTPS et les CTRS c'est-à-dire intégrées, souvent de manière brute, aux statistiques des structures sanitaires. Les données ainsi regroupées au niveau préfectoral et régional servent quelques fois à recenser les problèmes et à trouver des alternatives de solution. Les données en rapport avec les activités des AC/SBC sont intégrées aux autres statistiques de services. Plusieurs agents des centres de santé reconnaissent recevoir de la rétro-information des DPS.

L'analyse statistique qui est faite est peu explicative, elle ne permet pas de comprendre les changements de comportement. Les supervisions conjointes organisées par les équipes des DPS ne peuvent pas consacrer assez de temps à l'analyse des données SBC. Les réunions mensuelles devraient être en mesure de procéder à une analyse des évolutions au cas par cas, par activité et par service effectivement offert. Il reste donc que les informations collectées et compilées ne permettent pas aux centres de santé et aux AC de se corriger et/ou de se fixer des objectifs en d'indicateurs de performance.

En matière de circulation des informations et de la communication, l'expérience s'identifie à un schéma de communication en deux sens avec une quantité importante de parasites (données douteuse et brutes). Les relations d'acteurs et les documents produits constituent néanmoins des grilles d'analyse et d'orientation pour la circulation et l'utilisation pratique des informations ;

> *« ces informations, malgré tous les éléments de dysfonctionnement, ont une valeur statistique certaine notamment en terme de*

> *performance des SBC et d'utilisation des services offerts par les AC » (DPS Mandiana)*
> *« Actuellement et pour être réellement honnête, nous n'avons pas de moyens ou de connaissances pour mesurer les effets induits par les activités SBC et/ou d'autres interventions d'agences spécialisées » (DPS Mandiana)*

On peut estimer que les difficultés traversées par les AC tirent leurs origines de la non-association de tous acteurs locaux aux activités des SBC

> *« Les comités de gestion des CS et les élus locaux des CRD et des districts s'intéressent peu ou pas du tout aux activités des SBC relavant de leurs terroirs » (DPS Kouroussa)*

Le schéma d'intervention exige un partage de responsabilité dans la prise et l'exécution des décisions ; il suppose l'orientation des acteurs vers le recueil, l'enregistrement et l'utilisation consensuelle des informations. Pour donner ou recevoir des informations, certains AC (5%) choisissent d'attendre la visite du superviseur ; d'autres environ 70 % préfèrent aller vers le superviseur ; d'autres encore s'arrangent par divers moyens pour faire parvenir leur message. Pour joindre les AC, 41 % des superviseurs choisissent de se déplacer, 44 % disent envoyer un message et 14 % préfèrent attendre la visite de l'AC

L'estimation des résultats sanitaires et de la demande des services n'est faite à aucun niveau. Les agents superviseurs ne savent, par exemple, pas les objectifs de prévalence contraceptive de leurs zones d'intervention encore moins le taux de continuité. Les effets d'une action de vente de produits sont souvent facilement quantifiables mais, la mesure de la valeur d'un service d'IEC peut être sujette à des controverses.

Les relations de communication entre les AC et les communautés sont des relations d'écoute, de ressemblance, de valorisation et de fiabilité. Les rapports qui lient les AC/SBC et les clients sont faits d'harmonie et d'entente. Entre les AC fonctionnels et les agents superviseurs, les contacts sont bons. L'essentiel de ces rapports sont fonction du cadre commun, des attitudes des acteurs en présence, de la confiance réciproque entretenue et développée par les uns et les autres. Ce qu'il faudrait encourager dans l'avenir, c'est la compétence et la crédibilité.

Les agents de santé et les équipes DPS pensent qu'il serait bon de simplifier dès maintenant la forme des rapports pour qu'après la phase d'appui du projet, les DPS soient en mesure de les reproduire sans grande difficulté.

La dépendance des DPS sur ce plan entraîne régulièrement la rupture des fiches de rapport au niveau des CS.

7. La pertinence des stratégies

Le volet SBC de PRISM constitue l'une des principales composantes des interventions de PRISM en faveur de l'élargissement de l'accès de la population aux services SR et MST/SIDA. La stratégie d'intervention du projet dans ce domaine présente deux approches de travail et de collaboration. Ces approches ont été développées selon qu'il y avait ou non dans une préfecture une agence technique oeuvrant dans le cadre de la santé communautaire.

Dans les préfectures ou existait une agence évoluant en matière de santé, PRISM a apporté un appui complémentaire tout en veillant à la conformité des interventions avec la stratégie SBC du MSP. Dans les préfectures qui bénéficiaient d'aucun appui extérieur dans ce sens, PRISM et le MSP se sont positionnés dans la durée pour la mise en œuvre de toutes les activités.

Pour être opérationnellement efficace, le volet SBC de PRISM a valorisé les acquis du projet initial en re-mobilisant et en re-dynamisant les AC. Le personnel sanitaire de terrain a été identifié et formé aux différents niveaux de la chaîne avec pour missions de former et d'accompagner les AC, de veiller à l'application correcte des services à base communautaire, d'orienter, de conseiller et d'évaluer les AC dans la mise en œuvre de leurs activités. La démarche a consisté à mettre à jour et à disséminer le PMA devant être offert à chaque niveau de la structure sanitaire nationale, à assurer que les PPS de sa zone d'intervention disposent en effet des ressources essentielles nécessaires aux services de SR tel que prévu par le MSP.

En mettant en relation la qualification des agents à tous les niveaux avec les urgences de viabilité des SBC, on peut dire que le choix des ressources humaines et des structures est en adéquation avec les objectifs assignés au projet. La structure étagée du personnel de supervision et d'encadrement des AC est adaptée dans la forme. Les résultats atteints sont donc la conséquence de la synergie entre le PRISM et les autres partenaires (AGBF, Save The Children, Africare, ADRA) ; de l'écoute et de la collaboration développée d'une part avec les structures sanitaires régionales, préfectorales et sous-préfectorales. Ils sont surtout la conséquence d'une logique de formation qualifiante favorisant un transfert de compétences des structures sanitaires classiques vers les communautés.

Les dynamiques actuellement observables par rapport aux objectifs du projet sont prometteuses. Elles ont favorisé la naissance et le développement d'actions sanitaires au niveau des AC. Tous les agents PEV apprécient positivement la contribution des AC à l'organisation des activités de la stratégie avancée et à l'amélioration de la santé des communautés. Néanmoins, en confiant les activités de supervision des SBC à l'administration sanitaire qui manque de moyens et quelque fois de personnel qualifié, l'on pouvait prévoir qu'il y aurait des irrégularités et de l'inefficacité dans la supervision à tous les niveaux

> *« Nous manquons de moyens de déplacement pour convenablement assurer les tâches qui sont les nôtres. Pour toute la préfecture, nous n'avons qu'un seul véhicule qui est utilisé par tous les services préfectoraux »* (DPS Kérouané)

L'une des limites des formations reste le déséquilibre qu'il y a entre le temps de formation (6 jours), le nombre élevé de thèmes enseignés et le niveau culturels de plusieurs AC. En mettant en relation la qualité et l'importance des thèmes, l'analyse montre que les apprenants sont pris dans une nouvelle logique de changement de langage et de comportement. Mais, plusieurs thèmes enseignés ont besoin de suivi dans leur application car, l'utilisation effective des connaissances est peu évaluée. D'ailleurs, seuls quelques individus utilisent effectivement et à bon escient l'essentiel des connaissances.

L'histoire des SBC en Guinée en sept ans a permis d'amorcer une phase d'institutionnalisation des SBC grâce à des rencontres au niveau national et régional. Ces différentes rencontres formelles ou non ont aidé le projet à associer les parties prenantes aux SBC. Il y a eu de nombreux échanges, un atelier enrichissant a été organisé. Suite à cet atelier, il a été procédé à la réorientation des politiques et textes en relation avec les SBC. Ce qui est intéressant, c'est que le projet a profité des contributions et expériences du FAMPOP, des agents de terrain et des cadres des directions régionales et préfectorales de la santé.

Il s'agit d'un programme en partie participatif fondé sur des interventions appropriées et pratiques, positionné dans l'objectif de la durée. En partant des étapes traversées et des synergies développées avec plusieurs autres acteurs de terrain, les SBC dans le contexte de la Haute Guinée ont été mis en place de façon coordonnée et à partir de réflexions pragmatiques et d'outils adaptés aux conditions sociales et culturelles locales des villages d'origine des AC. Ce positionnement du projet dès au départ distingue les SBC des opérations cliniques et/ou des programmes de santé publique ponctuels.

Cependant, il ne faut pas se faire d'illusion car la part des engagements n'a toujours pas été respectée « Nous n'avons pas pu respecter nos engagements vis-à-vis de PRISM notamment en ce qui concerne la prise en charge du carburant et l'entretien de la moto de l'agent SBC préfectoral » (DPS Mandiana) Si les AC sont officiellement acceptés par l'autorité centrale, les mini-réseaux auxquels ils appartiennent ne sont pas juridiquement reconnus comme organisations de la société civile

> *« Ce qui reste non éclairci, c'est de quelle structure décentralisée dépendent les AC/SBC » (DPS Faranah)*

Néanmoins, l'organisation et le fonctionnement des mini-réseaux d'AC sont différents des organisations locales même s'ils font appellent à leurs services. Des chemins ont été construits dans l'échange, mais en aucun cas il n'y a un chemin tout tracé. Dans cette évolution, il y a un aller-retour permanent entre les acteurs directs qui gèrent le processus et les acteurs indirects qui appartiennent à l'environnement institutionnel des SBC.

Le volet SBC de PRISM est un secteur où il y a beaucoup de normatifs de recettes et de règles sur le « comment et ce que doit faire un AC, un superviseur » Les SBC ont une histoire humaine avec des réussites, des erreurs, des essais et des tâtonnements.

8. Impacts des activités réalisées

De l'avis de 100 % des superviseurs, la distribution des SBC a largement contribué à l'augmentation du nombre de femmes pratiquent la PF. Pour 91 % des CCS et autres agents PEV, cette réussite est la conséquence de la synergie des SBC avec les activités cliniques de PF. Cependant, en comparant les taux d'utilisation antérieure d'une méthode de contraception (85%) avec les taux de pratique actuelle (73%), on remarque un écart non négligence en terme de recul de la pratique de la PF[4].

Les impacts des activités réalisées au titre d'un projet aussi ambitieux que les SBC sont de deux natures : le changement de comportements, l'accès aux soins modernes de proximité et de qualité. A cette étape de la réalisation des objectifs du projet, le changement de comportement recherché n'est mesurable que par rapport à un certain nombre d'éléments que sont : la quantité et la qualité des connaissances effectivement acquises et intériorisées par les acteurs aux différents niveaux de la chaîne ; les niveaux de satisfaction des communautés quant à la qualité des services offerts ; les réactions positives et négatives des clients. Les acteurs dans leur majorité sont satisfaits d'avoir réussi à faire quelque chose ensemble.

Ainsi, le renforcement des capacités des superviseurs et des AC par des formations qualifiantes est apprécié par les différents acteurs. Ces connaissances sont utilisées dans la pratique et amènent les superviseurs, les AC et les communautés à faire ce qu'elles ne faisaient pas avant pour améliorer soit le système sanitaire guinéen, soit pour se soigner, soit pour induire les changements de comportement. La difficulté majeure en relation avec le système d'apprentissage collectif mis en place reste la capitalisation avec la prise en compte des éléments d'échec.

Dans la pratique de la PF, les quelques échecs pèsent négativement. Ils ont souvent des répercussions fortes sur les différents acteurs, notamment sur les personnes qui hésitent encore à utiliser une méthode de PF. L'analyse des échecs aurait pu être un facteur d'apprentissage énorme s'il avait été procédé à une légère capitalisation des cheminements des différents mini-réseaux. Jusque là, le projet a apporté des références et des moyens importants (en nombre et en qualité). Mais, pour que l'action perdure, il y a un travail d'adaptation et d'appropriation locale (communautaire) à mener pour avoir des chances de réussite. Dans l'ensemble, les AC sont, pour le moment, entièrement dépendant des agences d'exécution.

Suite aux différents suivis réalisés, les acteurs reconnaissent qu'il y a une amélioration de la situation sanitaire à cause des nouvelles connaissances acquises. Les AC et les différents niveaux de supervision ne prennent pas en compte la disparité des niveaux de compréhension et d'acceptation des logiques en cours. L'information des communautés quant aux activités réalisées n'est pas faite. Conséquence, les communautés ne contribuent pas à renforcer la capacité fonctionnelle des AC.

Les AC intervenant sur le terrain dans la mise en œuvre des SBC ont développé des compétences en animation et en accompagnement des malades. Ils maîtrisent aujourd'hui les cheminements et appuis à donner aux communautés et aux individus. Ainsi par exemple, 98 % des agents savent

[4] L'explication de ce recul n'était pas à la portée de cette évaluation.

comment utiliser le spermicide ; ils connaissent aussi les cas à référer et les signes révélateurs des MST et les raisons qui sous-tendent l'utilisation du condom et la signification rationnelle de la PF. En fonction des revenus, la majorité des individus est aussi soulagée quant aux prix des médicaments.

Les connaissances accumulées et les changements de comportements amorcés en PF et en protection contre les MST/SIDA sont des axes de professionnalisation des AC. Cet objectif ambitieux est pour le moment loin d'être atteint parce que les AC n'ont pas acquis de compétences suffisantes en matière de gestion des stocks et de compilation des informations. Leurs objectifs par rapport à l'environnement socioéconomique de la région et leur structuration interne restent à éclaircir et à renforcer au niveau préfectoral et régional.

Les femmes ont plus compris l'importance de la PF que les hommes. En conséquence, plusieurs parmi elles ont réussi avec l'aide de l'AC à convaincre leurs époux de la nécessité de planifier les naissances. D'autres se planifient discrètement dans le dos de leurs conjoints. Certains agents refuseraient néanmoins pour des raisons culturelles de planifier les femmes à l'insu des maris.

Pour les clients, ces résultats sont à mettre en relation : la bonne et très bonne disponibilité des AC en cas de besoin pour 99,5% des réponses ; l'accueil réservé par les AC et les agents de santé à leurs clients, la discrétion observée par toutes les parties, la nature des produits et les facilités d'accès aux SBC. Un autre aspect très positif des SBC, c'est le fait que 98 % des clients sont d'accord avec les messages qui sont diffusés par les formateurs et les AC.

Contrairement à la situation de départ, plusieurs époux acceptent actuellement que leurs épouses se planifient et il est de plus en plus fréquent que des femmes s'approvisionnent en condom au compte de leurs partenaires. Les AC compétents réussissent de plus en plus à convaincre les hommes à laisser leurs conjointes à pratiquer la PF à l'aide d'arguments en rapport avec la santé de la femme et de l'enfant *« assurer par tous les moyens la survie de la gourde* (Femme) *et du miel (*femme)» (AC Mandiana) Les arguments économiques avancés sont difficilement acceptés parce que dans ces milieux. Plusieurs individus, faute d'informations suffisantes, continuent à croire au fait que *« Dieu nourrit toute bouche qu'il a créée»* (Leaders communautaires Dinguiraye)

La résistance de certains hommes ne vient pas d'un refus absolu de la PF mais d'une logique de contrôle de la vie sexuelle de la femme au foyer et de la paternité des enfants qui pourraient éventuellement naître. Dans cette situation, une femme qui pratique la PF, sans informer son conjoint, est perçue par la communauté comme une personne qui va à l'encontre des principes majeurs de la société.

Ce comportement est assimilé à un refus volontaire de faire des enfants qui constituent dans ce milieu le fondement du mariage et l'assurance vie. D'ailleurs, plusieurs leaders reconnaissent que la décision de faire des enfants et/ou de contrôler les naissances (en milieu Maninka) relèvent moins du couple que de la hiérarchie familiale et lignagère. La résistance à la PF semble plus marquée dans les petits villages ayant une forte personnalité religieuse que dans les gros villages ayant une ouverture sur le monde (zone minière, villages se trouvant le long des routes, centres urbains et péri-urbains)

9. Facteurs de viabilité des SBC

Le projet SBC s'intègre suffisamment bien dans les options et choix de la politique sanitaire de la Guinée. Il ne devrait donc pas être remis en cause dans ses principes. Cependant, il existe un certain nombre de risques potentiels au niveau de :

9.1. la politique de soutien

Les acquis actuels du projet sont fragiles et les risques pour l'après projet et/ou pour la continuation des activités sont importants. Les activités de supervision, d'approvisionnement, de distribution et de sensibilisation méritent une attention particulière pour le reste du temps du projet. Si des mesures spéciales en terme de logistiques et de ressources (humaines et financières) ne sont pas prises, il y a de grands risques de déviation des AC et une démotivation des superviseurs dans un proche avenir.

Si les acquis actuels du projet étaient partiellement repris par les structures sanitaires, sans une réelle responsabilisation des AC et des communautés, il est à craindre que les activités ne soient réduites à des séances de renforcement des activités de stratégies avancées des Centres de Santé.

9.2. du transfert des connaissances

L'essentiel des actions proposées au titre du projet s'appuie sur un savoir très technique parce que les savoirs reposent sur des disciplines collectives qui ont été élaborées par des techniciens. Cette façon de faire n'est nullement mauvaise en soi, seulement si les cheminements individuels et collectifs des acteurs ne sont pas capitalisés et corrigés, les tares actuelles pourraient s'intensifier. C'est surtout au niveau des techniques d'IEC et surtout de la communication interpersonnelle qu'il faudrait s'investir dans un avenir immédiat.

9.3. des aspects socioculturels

Les sociétés concernées par le projet sont des sociétés hiérarchisées, souvent inégalitaires et encore relativement bien organisées. Néanmoins, la réorientation des actions de la participation des couches féminines et juvéniles (et notamment un accès réel à l'information) devait permettre de leur faire jouer un rôle important dans l'exécution des actions d'éducation/communication des AC parce qu'elles sont directement concernées.

C'est surtout au niveau des jeunes générations (adultes de demain) qu'il faut développer les actions d'IEC. Pour réussir cette démarche, il y a lieu d'amener les AC à avoir un niveau de contact appréciable et une bonne précision dans le langage.

9.4. des capacités institutionnelles et de gestion

Dans les mini-réseaux qui marchent, les acquis essentiels ont concouru à la mise en place de d'équipes d'AC. Généralement, il s'agit d'un groupe de 5 à 7 individus formés et compétents,

relativement motivés par rapport à l'avenir, réunis autour d'un chef de centre de santé qui a su tisser des relations d'écoute et de confiance avec les villages. Ces mini réseaux ont établi des rapports contractuels et un cadre commun avec leur environnement (services techniques, autres projets, personnes ressources)

Si la pérennité institutionnelle est encore difficile dans le contexte guinéen, la création de réseaux d'AC comme une organisation de la société civile est un axe avec lequel, il faudrait compter dans l'avenir. Pour des raisons liées à l'efficacité, les AC devraient être organisés en organisation de la société civile. Cette logique pourrait s'inscrire dans une construction à deux étages : niveaux sous préfectoral et préfectoral.

Dans cet environnement, les administrations sanitaires régionales et préfectorales devraient fixer les grandes orientations des SBC, coordonner les interventions des différents partenaires, contrôler l'application des orientations et les activités des SBC. Les activités de supervision et/ou l'application effective des activités des AC devrait relever essentiellement de la compétence des agents de santé et des élus au niveau sous préfectoral. Le préalable en pareil cas, c'est de créer des services SBC au niveau IRS.

Le schéma de supervision présente assez de risques de dysfonctionnement. Les agents chargés des SBC au niveau des Directions préfectorales de la santé sont d'anciens cadres des DPS qui assument plusieurs fonctions au point qu'ils ne sont pas efficaces. Le fait que les Directions préfectorales de la santé aient peu ou pas respecté les clauses des conventions passées avec le PRISM a conduit la majorité des agents SBC à dépendre totalement de l'AT/AGBF. L'analyse du fonctionnement des chargés SBC des préfectures montre qu'ils n'ont aucune autonomie de décision, ni de gestion.

9.5. De la motivation des acteurs

La prise en compte de la sensibilité économique a été très minimisée au départ du projet ; c'était une erreur de perspective. Les recettes mobilisées sur les références et la vente des produits sont dérisoires et démotivants pour les AC. Ce qui conduit à des interrogations au niveau des différents acteurs. La motivation, par exemple, des AC et des superviseurs n'a pas tenu compte du temps effectivement mobilisé par les différents niveaux. Il s'agit d'agir dans le long terme en choisissant des approches économiques objectives possibles et supportables par les centres de santé et par les communautés.

10. Points forts et faibles

11.1. Points forts

Les éléments qui ont favorisé les réussites sont à mettre au compte d'un certain nombre de réalités que sont :

- Les logiques de consultations et de concertations organisées avec les communautés au moment de la remobilisation pour le choix des AC ;
- Les formations qualifiantes données aux hommes et aux femmes appartenant aux structures sanitaires et aux communautés;
- Les messages, les produits et le matériel participent efficacement à l'amélioration de la santé reproductive et à la protection contre les MST/SIDA. Dans ce processus, il y a une équité relative dans la distribution et dans l'accès aux services et aux produits ;
- Les services offerts répondent effectivement à des besoins réellement ressentis par les individus et par les communautés auxquelles ils appartiennent ;
- L'esprit d'équipe développé par PRISM avec les autres agences se trouvant sur le terrain et la synergie des actions au sein des équipes DPS, CS et des mini-réseaux d'AC ;
- Les techniques et les stratégies de supervision expérimentées et mises en place de manière lente certes mais sûre ;
- L'émergence d'effets d'entraînement en terme d'apprentissage et de changement de comportement en matière de SR ;
- L'estimation des coûts (ressources financières et humaines mobilisées) et des bénéfices montre que les bénéfices et les satisfactions sont largement supérieurs aux coûts ;

10.2. Points faibles

Les éléments qui sont à améliorer dans un proche avenir sont relation avec :

- Les questions d'autonomie intellectuelle (savoir lire et écrire) ou non des AC et la tendance de certains AC à se prendre pour des « infirmiers » ;
- La gestion désastreuse des stocks, des outils pédagogiques, des rapports et des ressources financières générées sur la vente des produits ;
- L'incapacité de l'administration sanitaire à assurer la supervision des AC et les ruptures fréquentes et/ou l'absence de produits au niveau des CS ;
- Les limites dans la compilation et l'analyse des données et/ou dans la prise de mesures correctives;
- La faible implication des leaders dans les activités des AC entraînant les difficultés de mobilisation des communautés;
- La faible représentativité des femmes dans certains des mini réseaux ;

A ces éléments, il faut ajouter le fait que les AC n'ont pas encore développé de capacités en matière d'auto évaluation et de formulation d'objectifs pour les réunions, les assemblées de sensibilisation, les causeries etc.

Mieux, il ne se profile nullement part de tendance pour un éventuel approvisionnement autonome des AC en produits et matériels développer les relations extérieures

12. Annexes

Liste et traduction des mots clé

N°	Mot	Traduction en Maninka
1.	Agent Communautaire	Dötörô loula lassidén
2.	Superviseur	Lassidén könögbèba
3.	Services à base communautaire	Soo dèmèn barada kèndèya boloma
4.	Contraceptif	Déntè bolan
5.	Planification familiale	Déntè böö kègna kéninimoussoya boloma
6.	IST	Kèni moussoya djankaro (faninkoro djankaro)
7.	SRO	Dji mou
8.	Vitamine A	Vitamine A, ballorén
9.	Gonorrhée	Kôrössini (lan)
10.	Syphilis	Nyaman fing
11.	Chlamidia	Nyaman
12.	Trichomonas	Nyaman
13.	SIDA	SIDA, Daa
14.	Référence	Lataminin bolkoudarö
15.	Motivation	Könödödiya
16.	Sensibilisation	Lakawandiyali
17.	Vasectomie	Kèyaran
18.	Communauté	Djamaa Kourou
19.	Complimenter	Tandour
20.	Antiseptique	Kôssöbölan
21.	Spermicide	Dénkissè falan

Liste des enquêteurs (Etude quantitative)

N°	Prénoms et nom	Marque moto	Expérience (ans)
	Karifa Sacko	Suzuki 125 TF	10
	Morlaye Sylla	Yamaha AG 100	10
	Lamine Camara	Honda 125	10
	Sory Kéita	Yamaha 100	2
	Abdoul Kallo	Honda 125	2
	Mamoudou Condé	Honda 125	2
	Mohamed Diakité	Yamaha 100	4
	Diarra Camara	Yamaha 100	2
	Lanciné Mara	Honda 125	2
	Moussadjan Condé	Suziki 125 TF	10
	Kally Diakité	Honda 125	10
	Ibrahima Camara	Suzuki 125TF	15
	Maninsa Lanciné Condé	Honda 125	10
	Fanrta Mady Kourouma	Suzuki 125 TF	10
	N'Famory Kaba	Honda 125	10
	Mamady Doumbouya	Yamaha AG 100	15
	Mohamed Lamine Kanté		1
	Amara Diané	Moto Suziki	2

	Nagnouma Condé		2
	Jannette Camara		2
	Célestine Angèle Théa		2
	Hawa Bah		2
	Boh Saran Kourouma		2
	Sény Kourouma		2
	Malon Konaté		2
	Fatoumata Kanté		2
	Djènè Kéita		2
	Delphine Adjoa Sagno		2
	Barkatou Camara		2
	Fatoumata Condé		2
	Fatoumata Doumbouya		5
	Téninkén Condé		3
	Nansira Kéita		2
	Oumou Komara		2
	Nagnouma Kouyaté		2

1. Les enquêteurs ont été convoqués pour la formation les 6, 7 et 8 février à la DRS de Kankan
2. Des contrats individuels pour 15 jours ont été établis sur la base des éléments suivants : Perdiem, location moto, lubrifiant, logement ;
3. Les enquêteurs ont évolué en binôme (un homme et une femme) ;
4. Les enquêtes quantitatives se sont déroulées comme suit : Faranah/Kérouané du 11au 26 février ; Dabola/Mandiana du 14 au 28 février ; Dinguiraye/Siguiri du 17 février au 2 mars ; Kouroussa/Kankan du 20 février au 5 mars 2004

Guide de Focus Group-Agents Communautaires

1. Recrutement
   1.1. Prénoms et noms, village, sous-préfecture, préfecture, année d'implication
   1.2. Modalités et critères de sélection pour devenir AC ?
   1.3. Par qui ? Comment ? Pourquoi ? Quand ?
   1.4. Itinéraire sommaire des AC (niveau d'instruction, activités principales, autres activités y compris autres projets)
   1.5. Connaissance de la zone

2. Formations et appuis reçus
   2.1. Nombre de formations reçues
   2.2. Contenu des formations et langue utilisée lors de la formation
   2.3. Institution formatrice
   2.4. Durée de chaque formation
   2.5. Outils et documents didactiques utilisés lors de formations
   2.6. Matériel et supports reçus
   2.6. Appréciation des formations reçues

3. Distribution des services et organisation du travail
   3.1. Organisation du travail
   Organisation et déroulement d'une séance de travail (répartition journalière du temps)

Activités quotidiennes d'un AC (poser des questions/ activité)
Services les plus demandés : raisons, personnes intéressées, origine, âge, sexe
Equilibre entre le travail d'AC et l'activité principale
Lieu de travail et appui reçu d'une tierce personne
Difficultés rencontrées dans l'organisation du travail

3.2. Produits distribués
Sources d'approvisionnement
Appréciation des produits par les clients
Causes et conséquences des ruptures de stocks
Demande de PF
Critères de choix d'une méthode de PF
Problèmes rencontrés par les femmes dans la pratique de la PF
Raisons du refus des individus d'acheter des pilules au CS
Propositions

4. Supervision
   4.1. Rythme et périodicité de la supervision
   4.2. Régularité durée
   4.3. Contenu
   4.4. Apport du superviseur en terme de motivation
   4.5. Niveau de retro-information avec le superviseur
   4.6. Appréciation de l'organisation et du contenu des réunions mensuelles
   4.7. Difficultés rencontrées lors de ces réunions mensuelles
   4.8. Souhait pour une meilleure organisation des réunions mensuelles

5. Relation à la communauté et autres acteurs
   5.1. Apport et aide de la communauté pour améliorer les activités des AC
   5.2. Perception et attitude de la communauté vis-à-vis des AC
   5.3. Résistances et oppositions observées au sein de la communauté par rapport aux activités menées par l'AC ?
   5.4. Difficultés rencontrées pour l'organisation du travail
   5.5. Participation aux activités du centre de santé dans le village (PEV etc.)
   5.6. Relation avec d'autres agents communautaires travaillant dans votre village : nombre, institution d'origine ? objectifs, rôles
   5.7.Relation avec les agents du centre de santé
   5.8. Autres besoins de santé exprimés par la communauté
   5.9. Propositions

6. Motivation et valorisation
   6.1. Eléments de satisfaction tirés du travail d'AC-SBC
   6.2. Eléments de motivation dans le travail d'AC (revenu, relations sociales, plaisir)
   6.3. Eléments de démotivation en relation avec le travail d'AC-SBC
   6.4. Contraintes rencontrées dans le travail
   6.5. Processus et difficultés rencontrées dans la référence des clients?

7. Communication information
   7.1. Participation aux réunions mensuelles
   7.2. Niveau de collaboration avec les agents PEV
   7.3. Difficultés rencontrées dans la rédaction des rapports mensuels
   7.4. Difficultés rencontrées par les agents de santé et/ou des AC dans le réapprovisionnement en produits ?
   7.5. Relation avec les agents du centre de santé et autres
   7.6. Difficultés liées au processus de communication

8. Connaissance du programme
   8.1. Connaissance des objectifs du programme
   8.2. Connaissances des acteurs
   8.3. Connaissance du bailleur de fonds
   8.4. Connaissance des relations entre les différents acteurs (structures communautaires, AC, agents de santé, DPS, AGBF)

9. Appréciations d'ensemble
   9.1. Succès
   9.2. Echecs
   9.3. Potentialités
   9.4. Obstacles
10. Propositions

Guide focus group superviseurs SBC des centres de santé
Prénoms et nom, centre de santé, préfecture, année d'implication dans le programme
Formations et appuis reçus

2.1. Nombre de formations reçues
2.2. Contenu des formations, langue utilisée lors de la formation
2.3. Institution formatrice
2.4. Durée de chaque formation
2.5. Outils et documents didactiques utilisés lors de formations
2.6. Matériel reçu et supports reçus, qualité, nombre
2.6. Appréciation des formations reçues en terme de durée et de rythme
2.7. Propositions

2. Supervision
   2.1. Nombre de séances de supervision par mois, nombre d'AC
   2.2. Fréquence des rencontres entre Agents de santé et AC
   2.3. Contenu et organisation d'une journée de supervision
   2.4. Régularité des réunions mensuelles.
   2.5. Appréhension des séances de supervision des AC
   2.6. Contraintes rencontrées lors des réunions mensuelles
   2.7. Performance des AC appartenant au même mini réseau

THEMES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Remplissage correct des rapports mensuels,												

Etablissement correct de la Carte ELCO,												
Bonne utilisation de la Carte Elco pour le suivi des clients,												
Participation régulière aux réunions mensuelles,												
Réalisation effective des séances de sensibilisation,												
Tenue correcte des outils de gestion,												
Bonne disponibilité des produits et leur conservation												

2.8. Organisation de la supervision lors des stratégies avancées dans un village de l'AC (Avantages et contraintes)
2.9. Organisation et efficacité des visites semestrielles
2.10. Supervisions concertées (responsable DPS+CCS+APEV)
2.11. Appréciation des superviseurs préfectoraux dans le cadre du programme SBC
2.12. Régularité, rythme et apports des supervisions au plan technicité
3.13. Contraintes majeures liées à l'organisation de la supervision
3.14. Propositions pour d'autres formes de supervision, lesquelles ?

3. Motivation superviseurs SBC
   3.1 Eléments de satisfaction tirés du travail de superviseur
   3.2. Facteurs et formes de motivation (suffisants/insuffisants, adéquats/inadéquats)
   3.3. Eléments de motivation dans le travail d'AC (revenu, relations sociales, plaisir)
   3.4. Compréhension et niveau d'acceptation du système de motivation
   3.5. Eléments de démotivation en relation avec le travail d'AC-SBC
   3.6. Suggestions pour une meilleure motivation des AC

4. Communication/information
   4.1. Processus de collecte, de compilation et de transmission des rapports
   4.2. Points forts dans la collecte, la compilation et la transmission des rapports
   4.3. Points faibles dans la collecte, la compilation et la transmission des rapports
   4.4. Relations avec les superviseurs DPS, AGBF, AC, Collègues, PRISM
   4.5. Circulation de l'information auprès des AC,
   Lors des réunions mensuelles ?
   Lors des stratégies avancées ?
   Lors des rencontres informelles ?
   4.6. Fourniture en outils de collecte
   4.7. NIveau d'introduction des données SBC dans le monitorage du CS

THEMES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Les cahiers de suivi des clientes des AC sont correctement remplis												

L'agent CPN reçoit les informations nécessaires et ouvre une fiche PF pour chaque cliente de pilules suivi par les AC												
Les données SBC améliorent les courbes de monitorage en PF												
Distribution du SRO												

4.8. Difficultés liées dans la collecte, la compilation et la transmission des rapports

4.9. Propositions pour l'amélioration du circuit de l'information en amont et aval

5. Approvisionnement et réapprovisionnement
   - 5.1. Origine des fonds de départ
   - 5.2. Difficultés rencontrées dans la commande des produits destinés aux AC
   - 5.3. Compétence dans les estimations des besoins
   - 4.4. Causes et durée des ruptures de stocks
   - 5.5. Difficultés financières du centre de santé pour couvrir les besoins des AC
   - 5.6. Capacités financières des AC à se réapprovisionner
   - 5.7. Niveau d'implication des superviseurs préfectoraux dans la résolution des problèmes d'approvisionnement en produits
   - 5.8. Propositions

6. Relation avec les autres
   - 6.1. Relations avec les leaders communautaires dans le cadre du travail des AC
   - 6.2. Résolution des problèmes entre AC-clients, AC-leaders, AC-maris
   - 6.3. Opposition de certains leaders
   - 6.4. Appui des leaders communautaires
   - 6.5. Niveau de collaboration entre les AC et les autres acteurs villageois (AV, tradipraticiens, Animateurs communautaires, Agents SIAC, Membres des COGes …)
   - 6.7. Propositions pour l'amélioration de la collaboration entre AC et les autres acteurs villageois ?

7. Appréciations d'ensemble
   - 7.1. Succès
   - 7.2. Echecs
   - 7.3. Potentialités
   - 7.4. Obstacles

Guide de discussion avec les équipes cadres des DPS

1. Identification
   - 1.1. Prénoms, noms
   - 1.2. Institution d'origine
   - 1.3. Qualification
   - 1.4. Expérience professionnelle (ancienneté dans le programme)
   - 1.5. Sexe et âge

2. Formations et appuis
   2.1. Formations reçues
   2.2.Assistance technique de PRISM
   2.3. Matériels et supports
   2.4. Participation à d'autres formations
   2.5. Autre appui financier reçu (d'un autre projet ou programme
   2.6. Appréciations des formations et appuis reçus

3. Relations avec les autres acteurs
   3.1. Appréciation de la stratégie actuelle de formation des SBC
   3.2. Déroulement et organisation des activités des SBC au sein l'équipe
   3.3. Existence d'une convention formelle avec le PRISM
   3.4. Niveau de respect des engagements contenus dans la convention 3.5.Stratégies de résolution des problèmes pour les DPS qui n'ont pas l'appui de PRISM
   3.6. Appuis techniques apportés par l'AT/AGBEF au chargé SBC de la DPS
   3.7. Problèmes rencontrés dans le fonctionnement actuel de votre équipe
   3.8. Proposition de solution pour améliorer la situation actuelle

4. Supervision
   4.1. Supervision des s activités SBC au niveau des AC (comment, quand, par qui pourquoi)
   4.2. Fréquence, contenu, relations développées avec les CS et les AC
   4.3. Nombre de supervisions réalisées les six derniers mois de l'année 2003
   4.4. Nombre de rapports reçus (2000, 01, 02, 03)
   4.5 Nombre de clients touchés (2002, 2003)
   4.6. Tendance des consultations, des références et de la vente des produits
   4.7. Moyens utilisés pour la supervision
   4.8. Rapportage des résultats de la supervision 4.9.Points forts /faibles de la supervision Tendance actuelle des AC dans leurs villages
   4.10. Difficultés rencontrées lors des supervisions
   4.11. Proposition pour surmonter les difficultés

6. Motivation et valorisation
   6.1. Niveau de motivation de l'équipe cadre et des AC
   6.2. Nouvelles formes de motivation à envisager pour les AC
   6.3. Performance actuelle de l'équipe
   6.4. Propositions en terme de motivation

7. Circuit de l'information/Analyse et prise de décision
   7.1. Organisation des réunions techniques de travail entre superviseurs DPS et superviseurs CS
   7.2. Nombre de réunions techniques organisées en 2003
   7.3.Niveau de collecte des données de terrain
   7.4. Difficultés rencontrées dans la collecte des données
   7.5. Analyse des données venues des AC au niveau de votre Direction
   7.6. Difficultés rencontrées dans l'analyse des données

7.7. Utilisation des résultats de cette analyse : Exemples concrets de décisions prises sur la base d'analyse des données SBC fournies par les AC
7.8. Utilisation des données lors des données SBC dans le monitorage
7.9. Problèmes rencontrés
7.10. Propositions pour améliorer la situation de supervision des équipes DPS
7.11. Suggestions pour une amélioration rapide de la situation allant dans le sens de la pérennité
7.12. Difficultés rencontrées dans la coordination des activités SBC

8. Approvisionnement
   8.1. Possibilités d'approvisionnement des AC
   8.2. Difficultés rencontrées dans ce domaine
   8.3. Solutions utilisées pour aider les AC à surmonter ces difficultés
   8.4. Propositions pour résoudre le problème de disponibilité de SRO
9. Facteurs de viabilité
   Capacités actuelles de l'équipe à mener ses activités sans assistance technique

   Enumérer les domaines dans lesquels une assistance spécifique doit être apportée

   Stratégies utilisées pour mener les activités de suivi des AC/SBC après la dévolution de l'assistance financière de PRISM

   Instances de concertation auxquelles vous participez régulièrement
   Facteurs de motivation des AC
   Motivation des CCS et agents PEV
   Appréciation du montage institutionnel
   Sentiments quant à la pérennité des acquis après le projet

10. Appréciations d'ensemble
    10.1. Succès
    10.2. Echecs
    10.3. Potentialités
    10.4. Obstacles
10. Propositions

Guide d'entretiens avec les leaders communautaires

1. Processus de mise en place des AC/reconnaissance des AC
   1.1. Mode de sélection des AC au sein des communautés
   1.2. Niveau d'appartenance de l'AC à la communauté
   1.3. AC en tant qu'émanation de la communauté
   1.4. Accès de la communauté aux services de PF offerts par les AC
   1.5. Utilité des SBC dans votre communauté
   1.6. Changements apportés par la proximité des services des AC
   1.7. Motivations du choix des services rendus par les AC

2. Appui /Participation de la communauté
   2.1.Appuis sollicités par les AC

2.2. Appuis apportés par les leaders aux AC pour améliorer les services
2.3. Oppositions au sein de la communauté / aux activités menées par les AC
2.4. Raisons de la non-utilisation des services offerts par les AC
2.5. Besoins et attentes des communautés vis-à-vis des AC
2.6. Difficultés rencontrées par les AC dans l'exercice de leurs activités
2.7. Proposition pour améliorer les services des AC dans vos communautés

3. Qualité des services offerts par les AC
   3.1 Compétence et aptitudes des AC
   3.2. Nature des services rendus par les AC
   3.3. Qualité des services rendus par les AC
   3.4. Niveau de satisfaction de la communauté des services offerts par vos AC
   3.5. Amélioration à apporter dans les services des AC

4. **Perception de la communauté vis-à-vis des AC** 4.1.Capacités d'un AC masculin ou féminin 4.2. Capacités d'un AC âgé ou jeune
   4.3. Appréciation du nombre d'AC par village (Nombre d'AC adéquats)
      Selon le sexe : Masculin ou féminin
      Selon l'âge : Le plus âgé et le plus jeune
      Selon le nombre : 1 AC ou plus d'1 AC
      4.4.Types d'AC plus accessibles par les clients
   4.5. Autres besoins sanitaires non encore couverts par les AC

5. Motivation
   5.1. Les motivations actuelles des AC
   5.2. Propositions pour encourager davantage les AC dans leur travail
6. Appréciations d'ensemble
   9.1. Succès
      9.2. Echecs
         9.3. Potentialités
      9.4. Obstacles
7. Propositions

Chronogramme de collecte des données

Jour	Date	Faranah	Kérouané	Dabola	Mandi	Dinguiraye	Siguiri	Kouroussa	Kankan
Jeu	5	Formation des enquêteurs et /prétest des questionnaires							
Ven	6								
Sam	7								
Dim	8	Voyage	Voyage	Voyage	Voyage	Voyage	Voyage	Voyage	Voyage
Lun	9	Voyage	Voyage	Voyage	Voyage	Voyage	Voyage	Voyage	Voyage
Mar	10	Préparation	Préparation	Préparation	Préparation	Préparation	Préparation	Préparation	Préparation
Mer	11	Enquête dans la préfecture de Faranah Du 11 février au 25 février 2004	Enquête dans la préfecture de Kérouané Du 11 février au 25 février 2004						
Jeu	12								
Ven	13								
Sam	14			Enquête dans la préfecture de Dabola Du 14 février au 2 8 février 2004	Enquête dans la préfecture de Mandiana Du 14 février au 2 8 février 2004				
Dim	15								
Lun	16								
Mar	17					Enquête dans la préfecture Dinguiraye Du 17 février au 2 mars 2004	Enquête dans la préfecture de Siguiri Du 17 février au 2 mars 2004		
Mer	18								
Jeu	19								
Ven	20							Enquête dans la préfecture de Kouroussa Du 20 février au 5 mars 2004	Enquête dans la préfecture de Kankan Du 20 février au 5 mars 2004
Sam	21								
Dim	22								
Lun	23								
Mar	24								
Mer	25								
Jeu	26	Remise	Remise						

Ven	27								
Sam	28								
Dima	29			Remise	Remise				
Lun	1								
Mar	2								
Mer	3					Remise	Remise		
Jeu	4								
Ven	5								
Sam	6							Remise	Remise

Calendrier des consultants (collecte des données qualitatives)

Jour	**Date**	**Kéfing Condé**	**Mamoudou Dioubaté**
	22 Jan 9 Fé	*Préparation évaluation*	
Dim	8	*Voyage pour Kérouané*	*Voyage pour Faranah*
Lun	9	Focus à Kérouané	***Focus à Faranah***
Mar	10		
Mer	11	*Voyage pour Mandiana*	*Voyage pour Dabola*
Jeu	12	Focus à Mandiana	***Focus à Dabola***
Ven	13		
Sam	14	*Voyage pour Siguiri*	*Voyage pour Dinguiraye*
Lun	15	***Focus à Siguiri***	***Focus à Dinguiraye***
Mar	16		
Ven	17	Voyage pour Kankan	*Voyage pour Kouroussa*
Sam	18	***Focus à Kankan***	***Focus à Kouroussa***
Dim	19		
Lun	20	Transcription	*Transcription*
Mar	21		
Mer	22		
Jeu	23		
Ven	24	Départ pour Conakry	Remise des données à Condé
Sam	25		
Dim	26		
Lun	27		
Mar	28		
Mer	29	Rédaction du rapport	

Jeu	1	des données du focus group	
Ven	2		
Sam	3		
Dim	4		
Lun	5		
Mar	6		
Mer	7		

Du 20 au 30 mars Finalisation du rapport

Termes de Référence
Entre PRISM et le Consultant Primaire
L'objectif de la consultation

Le projet, Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA (PRISM), financé par USAID, mènera une évaluation de leur programme de service à base communautaire (SBC) en Haute Guinée.

L'objectif d'évaluation est comprendre et évaluer la qualité des services offerts par les agents communautaires (ACs) - leurs compétences techniques, leurs efficacités ; la coordination entre les ACs et les autres agents dans la communauté ; la motivation des ACs ; l'appui de la communauté et des superviseurs ; le système de réapprovisionnement des produits planning familiale (PF) et le système d'information de gestion.

PRISM engagera les services d'une organisation de recherche de conduire l'évaluation sur le terrain.

Méthodes d'évaluation

« Focus groups »

Nous ferons des focus groups dans chaque préfecture dans la langue locale. PRISM choisira et invitera les participants. Il y aura quatre focus group par préfecture avec les groupes suivants :

Les agents communautaires

Les leaders de communauté (les leaders politiques, leaders religieux, les médecins traditionnels, les autres leaders importants)

Superviseurs d'agent du centre de santé

L'équipe de DPS

Entrevues individuelles dans la communauté

Les enquêteurs voyagèrent aux districts sélectionnés pour faire des interviews individuelles, utilisant un questionnaire, avec :

ACs (test de connaissance et autres questions)

les clients (niveau de satisfaction avec l'AC)

non clients (attitudes vis-à-vis l'AC et PF)

Préfectures d'évaluation

Kankan	Dabola
Kerouane	Dinguiraye
Kouroussa	Faranah
Mandiana	Siguiri

Description de travail pour le Consultant Primaire

Développer une liste des besoins.
Aider PRISM détermine l'échantillon.
Finaliser les outils de collecte de données que PRISM a développé. Interpréter les outils dans la langue locale.
Identifier et engager les enquêteurs et assistants de focus groups
Former les enquêteurs aux méthodes de questionnaires
Faire des contrats
Tester les outils et enquêteurs
Aller faire les interviews et focus groups dans un lieu avec le superviseur
Faire des modifications des questionnaires si c'est nécessaire
Préparer les logistiques d'aller sur le terrain (transport, logement etc.)
Faire les quatre focus groups dans les quatre préfectures de Kankan, Kerouane, Mandiana, et Siguiri.
Superviser l'assistant et les enquêteurs de Kankan
Saisir les données
Transcrire les discussions de focus groups
Saisir les données de questionnaires
Faire l'analyse de focus groups et questionnaires (qualitative et quantitative), selon nos spécifications et préparer le rapport.

Où	À Faire	No de jours de travail	No jours de per diem
Conakry	Organiser l'évaluation	4	
	Voyager à Kankan	1	1
Kankan	Faire le recrutement/préparer le formation	2	2
Kankan	Faire les logistiques pour aller au terrain	2	2
Kankan	Formation- enquêteurs	1	1
Kankan	Faire le pre-test	1	1
Kankan	Finaliser les logistiques Faire les contrats avec les enquêteurs	1	1
Préfectures	Aller aux préfectures pour faire les focus	8	8
Kankan	Saisir les données de focus group	4	4
	Voyager à Conakry	1	1
Conakry	Préparer le rapport	10	
		35	**21**

Nombre de jours budgétisés pour la consultation :

35 jours
Calendrier de la consultation
19 janvier- 27 février 2004
Produits attendus du consultant
Un plan de la logistique pour le terrain
Un rapport synthèse des résultats qualitatifs et quantitatifs d'évaluation
Personnel clé associé à l'évaluation
Superviseurs : Mr Mohamed Lamine Keita, Spécialiste en Suivi et Evaluation
Dr Namoudou Keita, Représentative Régional de PRISM pour Faranah
Mlle Maggie Partilla, Consultant de Management Sciences for Health
Techniciens : Dr Sékou Condé, Coordinateur RIC, Région de Kankan
Mr Bakary Camera, Coordinateur RIC, Région de Faranah