



PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTÉ REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

Progress Report
January-February-March 2000

Management Sciences for Health (MSH)
in partnership with
The Johns Hopkins University,
Center for Communications Programs (JHU/CCP)

Submitted: July 2000

USAID Grant Award No. 624-G-00-97-00077-00

A

Table of Contents

INTRODUCTION.....	1
SUMMARY OF PRINCIPALS RESULTS.....	2
WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR).....	4
<u>The Fully Functional Services Delivery Points - FFSDP</u>	4
IR1: INCREASED ACCESS.....	5
IR 2: IMPROVED QUALITY.....	11
IR3: INCREASED DEMAND.....	14
IR4: IMPROVED COORDINATION.....	20
<u>Project Implementation</u>	22

Annexes:

- I. Rapport de Formation des Cadres Supérieurs en Gestion d'Équipe, 27/3 – 1/4/2000 ;
- II. Rapport de l'Atelier des Instituteurs et des Agents de Santé sur l'Approche EPE « Enfant pour Enfant » pour la Vaccination, Faranah, février 2000 ;
- III. Questionnaire d'enquête sur les Comités de Gestion (CoGes) – Equity Questionnaire, Severo, Février 2000 ;
- IV. Document présentant la Stratégie d'Appui pour la Supervision des Sites IST dans la zone d'intervention de PRISM, Février 2000 ;
- V. Tables presenting attendance to various IEC mobilization activities;
- VI. Report presenting "The Impact of Religious Leaders' FP BCC Intervention in Guinea, May 2000 ;
- VII. ASTRAG census and selection of traditional healers in Gueckedou;
- VIII. Lettre d'octroi d'équipement informatique au MSP, Direction de PRISM, février 2000

INTRODUCTION

SO # 2

Increased use of essential FP/MCH and STI/AIDS prevention services and practices

Vision

By the year 2002, Guinean families and individuals will have good access to high quality services and information that meet their reproductive health needs.

This report covers PRISM's activities and performance from 1 January to 31 March 2000. Like previous reports it is structured around PRISM's four implementing strategies to fulfill USAID's strategic objective # 2. The implementing strategies are designed to achieve the four intermediate results (IR) linked to the SO#2: (1) increased access to services, (2) improved quality of services, (3) increased demand for services and (4) improved coordination between the MOH, donors and other partners.

SUMMARY OF PRINCIPAL ACTIVITIES & RESULTS

(January, February and March 2000)

FFSPD

IR1: Increased Access

- Essential Drugs & Contraceptives Logistics Management
 - IMAT results obtained for 13 HCs and 2 regional warehouses.
 - Contraceptive inventory levels adequate in all three regional depots.
- “*Panneaux de Tarification*” distributed to all HCs in the project focus zone (the 3 administrative regions).
- Improved Management: 22 MOH senior staff from the forest region trained in team management.
- EPE “*Enfant pour Enfant*” immunization improvement strategy launched in Faranah, 67 teachers trained and 1,500 5th graders « adopters » mobilized.
- Inventory of traditional healers in Gueckedou Prefecture completed and representatives selected for PRISM sponsored training.
- CBD/CBS: In full implementation mode for the priority prefecture of the Kankan administrative region.
- Equity: “*Comité de Gestion*” diagnostic questionnaire designed and used by PCV at their locations.

IR2: Improved Quality

- TA provided to 8 DPSs clinical supervisory team during visits to HCs.
- Evaluation performed of 3 On-the-Job training sites
- Inventory of HCs personnel normally involved in FP services delivery completed in the forest; 38% untrained in FP due to transfers.
- Post training monitoring of newly trained providers in FP and newly integrated sites performed by PRISM during the period.
- Post training monitoring strategy designed and planned for STI case management.
- NGO AFFAAV/Faranah – training of traditional midwives in RH – provided with TA in addition to funds (micro-project).

IR3: Increased Demand

- Men’s campaign “*La PF, j’en parle à ma femme. Et toi !*” launched at the national level and in 14 out of the 15 prefecture in PRISM focus zone. 80,000+ people reached through community mobilisation events associated to the campaign. Thousands items of collateral material (T-shirts, hats, stickers, etc) distributed.
- IEC material for Health Centres providers (posters, flipcharts, anatomical models, brochures, and contraceptives sample cases) distributed.
- New IEC materials for Religious Leaders were distributed.
- On going broadcast of the RH radio drama “*La vie n’est pas compliquée*” on National Radio.
- 457 broadcasts of 10 RH radio programs in 4 languages by the Rural Radio Stations.
- Evaluation of impact completed of PRISM interventions on Religious Leaders knowledge on RH issues: significant increases in knowledge achieved.

- 2 IEC Micro-Projects awarded.

IR4: Improved Coordination

- Allocation plan of computer equipment to the MOH completed.
- CTPSs and CTRSs supported and attended to.
- 3 Regional RH Management and/or Quality of Care Support Committee meeting facilitated.
- PRISM Y2000 work plan coordinated with RH partners.
- Active participation of PRISM in the MOH strategic retreat.

WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR)

The Fully Functional Services Delivery Points - FFSDP

The concept of the fully functional service delivery point (FFSDP) stresses provider-client interaction. For a service delivery point to be fully functional, it must have five components simultaneously:

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | trained and engaged staff, |
| 2 | adequate supplies, |
| 3 | suitable facilities, |
| 4 | adequate referral network and |
| 5 | sufficient information. |

For the first group of 22 targeted health centres¹ at the end of the quarter:

- **Basic RH medical equipment and material** to deliver HC Minimum Package of Services is in place;
- **IEC material** standard kit to support adequate counselling and clients information is in place;
- **Essential drugs** including contraceptives are in stock;
- **FP and STI/AIDS prevention services** are integrated;
- *Chefs de Centre* are **trained in management** of essential drugs logistics and in team management. IMAT regularly used autonomously.
- Performance Indicators **IP6 and IP7 for STI Care baseline survey** is completed, data analysed.
- Training of SBC supervisors and CBD agents is in progress in Haute-Guinea.

1. List of HC targeted is available at PRISM on demand.

IR1: INCREASED ACCESS

Improved access to essential health services depends, partly, on the degree to which essential products and services are made available, and, partly, on the degree to which these services are made affordable to all people. PRISM's strategies for this IR include:

Availability of products:

1. Strengthening the management of the Essential Drugs & Contraceptive logistics system at all levels
2. Provision of basic reproductive health medical equipment to health centers and to maternity of prefecture hospitals

Availability of Services:

3. Assistance in finalizing and disseminating the minimum package of integrated services (MPA), especially for services at the levels of hospital maternity, Health Centers, integrated health posts and CBD
4. Ensuring the integration of FP, MCH and STI/AIDS services via transfer of skills to health staff (see also IR 2), including training and provision of tools in management and supervision at the district level
5. Strengthening and expanding the CBD program

Affordability of services:

6. Strengthening community ownership, via community level management committees (CoGes), to ensure cost-recovery systems and equity in access

1.1_ Essential Drugs and Contraceptives (ED&C) logistics

ED&C management assessment: The *IMAT (Inventory Management Assessment Tool)* was applied in many facilities this quarter.

At the three regional warehouses located in PRISM focus zone IMAT results demonstrated clearly the very high sensitivity of the performance level to two key factors: the ability of the warehouse manager and the supply of ED&C from the central level. All three warehouses received special attention from PRISM aimed at improving their performance at serving health centres and hospitals in their respective region. Warehouse Managers attended the course in ED&C Management and in Team Management. In addition to this they received regular TA from PRISM Coordinators in Management. During these visits inventories were taken, physical layouts reviewed and discussed, average monthly outlays revised and order levels determined. IMATs were performed –sometimes at the manager's personal initiative- results analysed and discussed and corrective actions identified. Despite these high quality and regular inputs a warehouse managed by a disengaged or incompetent manager, obviously, will perform poorly. This is the case with the Kankan PEV/SSP/ME Warehouse. This warehouse consistently has had appalling IMAT results and has not been serving adequately its clients. On the other hand, the project inputs were capitalised at the N'Zerekore and Faranah Warehouses where capable managers are in place. After their training in ED&C Management they obtained high marks on IMAT indicators reflecting internal factors (complete and accurate records). Indicators on availability of products were not consistently as good as expected but a careful analysis showed that non shipment from the central level of the warehouse orders were the source of the problem. See following the IMAT

results for the warehouses.

IMAT results for the KAKAN PEV/SSP/ME Warehouse					
Indicators	Target	Results Achieved over Time			
		Feb. 99	June 99	Sep. 99	Dec. 99
Accuracy of record entries	100 %	0	32	20	68
Error Stock Level	0 %	47	3	62	0
Products available	100 %	80	96	84	92
Time with Stockout	0 %	?	2	10	20

After numerous aborted appointments with the Kankan warehouse manager the PRISM Coordinator discovered that none of the stock inventory cards were up-to-date at the time he released his own quarterly report. Therefore, the IMAT could not be performed at the end of March 2000. The table shows results that range from disastrous to average in the area of bookkeeping and accountability. At 20%, stock out time had become significant at the end of 1999 although only 8% of the products had ran out of stock at anytime during the period. In PRISM opinion, a change of personnel at this warehouse is the only viable solution unless a rapid integration of the PEV/SSP/ME within PCG occurs. In that case, the management responsibility for the PEV Kankan warehouse would be switched to the Kankan PCG warehouse Manager.

IMAT results for the N'ZEREKORE PEV/SSP/ME Warehouse					
Indicators	Target	Results Achieved over Time			
		Jul. 99	Dec. 99	Mar. 00	
Accuracy of record entries	100 %	92	96	84	
Error Stock Level	0 %	6	2	5	
Products available	100 %	100	100	88	
Time with Stockout	0 %	2	3	7	

A slight but notable deterioration of the indicators was found during the last test. We believe that this result in itself will encourage the manager of the N'Zerekore PEV warehouse to rapidly adopt corrective actions. In general though, although there is room for improvement, the table shows overall sustained excellence on the part of this Manager. This is encouraging. It demonstrates that with the right person at the right place, a short formal training with regular monitoring can achieve significant improvement in performance level and ensure adequate quality of service to the clients (the region health centres).

IMAT results for the Faranah PCG regional warehouse will be presented in the next progress report.

Since its introduction in Guinea by PRISM in mid 1999, the IMAT was performed in a certain number of **Health Centres in our focus zone** and often more than once at this point in time. The IMAT is introduced in HC where "Chef de Centres" were trained in ED&C management. During the quarter, the IMAT was performed with PRISM support or simply reported to PRISM in 13 HCs in the focus zone. The IMAT could have been performed in other facilities by the Chefs de Centres in an autonomous fashion, as recommended by PRISM during their training. Although it is too early to draw firm conclusions on the impact of the tool, we note significant improvement

in ED&C management at HC which received the ED&C training. We also note strong first IMATs followed by reduced results after a while in too many facilities. Most of the time though, when this reduction of performance occurred, it was small. Nevertheless, this is a source of concern as the MOH supervisory/monitoring capabilities (technical, managerial and material) are limited and can't provide the support needed by the HCs at the required level in terms of intensity and quality to maintain high IMAT indicators². PRISM will provide support to improve the capabilities of DPSs to play their supervisory and monitoring role more effectively. Starting in the second semester of 2000, PRISM will introduce key MOH staff at the IRS and DPS levels to the principle and practice of Facilitative Supervision and better supervision management. This addresses part of the issue only as PRISM won't provide material or financial resources to the MOH supervision/monitoring function. The Guinean State will have to identify other sources of support whenever necessary for transport equipment and financial resources for operation budgets (fuel, maintenance, perdiems) to sustain the supervision/monitoring system required maintaining and improving the primary health care system. In short, the preservation of the gains achieved in ED&C management at the HCs is not ensured, as Guinea does not have yet an adequate and sustainable supervisory/monitoring system.

Availability of Essential Drugs & Contraceptives

The Kankan and N'Zerekore regional warehouses continued to suffer from some critical drugs shortage during the quarter. Anti IST drugs like Cotrimoxazole, nystatin, benzathine and penicillin have been reported missing for a long time now at the Kankan warehouse. Also, ringer lactate, ORS, chloroquine, promethazine ... all important essential drugs were out of stock at one point or another at the N'Zerekore regional warehouse during the period. These stockouts are quite generally due to the PEV/SSP/ME Conakry failure to deliver these on a timely fashion. This is a recurrent problem that constitutes a major roadblock for the further development of the primary health care system in Guinea. PRISM continues to invest efforts in easing these difficulties. Its Conakry based Logistics Advisor supports as much as possible the central level of the PEV/SSP/ME program. Collaboration is not eased by the fact that PEV/SSP/ME staff knows its ED&C management responsibilities could be shifted any time to the PCG.

² This is true for any other aspects of the HCs activities, not only ED&C management.

PRISM-assisted delivery of contraceptives to health structures via the PEV/SSP/ME regional warehouses 01-03/2000:

Contraceptives	Unit	N'Zerekore	Kankan	Faranah	Total
Lofemenal	cycle	22,100	6,220	39,700	68,020
Ovrette	cycle	6,000	3,180	2,800	11,780
Depo-Provera	Doses	5,750	1,760	3,400	10,910
Conceptrol	ovules	6,300	26,100	1,365	33,365
IUD	piece	68	191	0	259
Condoms	piece	104,500	19,636	1,776	125,912

PRISM delivered during the period 2,400 cycles of Ovrette, 54,000 cycles of LoFémenal, 1,600 doses of Depo-Provera, 9,600 ovule of Conceptrol, and 6,000 condoms to the Faranah regional warehouse. PRISM also made a special delivery at the UNHCR of 60,000 condoms and 96,000 ovules of Conceptrol.

Availability of contraceptives & ORS in regional warehouses, end 03/00: Inventories were conducted with the support of PRISM Management Coordinators at the end of March 2000.

Products	Inventory as of 31 December 1999 Number of Units (expiration date)				
	Central	N'Zerekore	Kankan	Faranah	Total
Lofemenal	2,400 (2002)	10,600 (2003)	3,543 (2002)	14,800 (2003)	31,343
Ovrette	0	8,500 (2002) 14,100 (2003)	10,193 (2003)	2,800 (2003)	35,593
Depo-Provera	4,000 (2002)	17,475 (2002)	3,284 (2002)	1,900 (2003)	26,659
Conceptrol	287,900 (2001)	132,400 (2001) 72,000 (2002)	4,250 (2000) 500 (2002)	10,535 (2001)	507,585
IUD	2,800 (2000)	75 (2005)	9 (2004)	475 (2002)	3,359
Condoms	306,000 (2002)	17,900 (2002) 18,000 (2003)	3914 (2001)	12,300 (2001)	358,114
SRO	0	0	31,400 (2002)	0	31,400

n/a = not applicable

PRISM continues to contact partners in RH to offer its stock surpluses in condoms and spermicides – in exchange for other products like ORS and anti-STI drugs when possible.

1.2 Basic Medical Equipment Availability

PRISM has designed and produced for all HCs in its focus zone a special board to advertise on

site the consultation and product rates (*Panneau de Tarification*). We can report at this point in time that board distribution is complete in all three administrative regions where PRISM is active. The next task for PRISM and the MOH will be to verify the boards are correctly installed at an adequate place at the facilities. This will be done during supervision visits.

1.3 Minimum package of Activities (PMA)

The PMA draft document was produced in the previous period and distributed for feedback. The proposed PMA define *minimal primary health care services* to be offered to the population by 2005 by the MOH various type of facilities: Hospitals (regional, prefecture), Health Centres (urban, rural), Postes de Santé and Community Agents. The national PMA validation workshop was planned to occur in January of 2000 but is postponed to May-June 2000 for reasons internal to the MOH. The dissemination of the validated PMA should start during the second semester of calendar year 2000. PRISM will sponsor the dissemination in its intervention zone.

1.4 Integration of RH Services in HCs and Strengthening of management skills

Management Training: Team Management

A group of 22 MOH Senior Staff active in the forest region were trained in team management during the quarter³. Among the participants were the 6 DPSs, and the 6 District or Regional Hospital Directors.

1.5 CBD/CBS program

The program is in full implementation phase in the Kankan administrative region. Community mobilisation and training activities are ongoing in Kouroussa, Kankan and Siguiri. Kerouane will start in April and Mandiana later as it is not a priority prefecture for CBD/CBS. The forest region priority prefectures⁴ are schedule for the second semester of 2000.

1.6 Strengthening Immunisation Coverage: EPE - a multisector Approach

PRISM initiated during the quarter a collaborative strategy with the Ministry of Education aimed at improving the immunization coverage of children aged 0 to 23 months. The strategy called EPE or "*Enfant pour Enfant*" mobilises 5th graders in becoming each the "adopter" (*parrain ou marraine*) of one or more young children to monitor in terms of immunization. The "adopters" are guiding mothers (their own for their younger siblings or another one) to follow accurately the immunization book of their babies. The teachers are the supervisors of the "adopters" 5th graders. To allow the teachers to play effectively this role, PRISM personnel teaches them the basic elements of immunization like the WHO calendar, IEC key messages as well as basic supervision techniques. In the Faranah Prefecture where the strategy is first implemented, 63 teachers were trained by PRISM and were mobilized in the activity under the supervision of both the Health Prefecture Director and the Education Prefecture Director⁵. In total 1,500 5th graders "adopters" should be active in their guiding role in Faranah prefecture during this first phase. PRISM will provide school furniture to especially successful students and will sponsor media (radio) coverage

3. See Management Training Report at annex I

4. Beyla, Lola, Yomou, N'Zerekore

5. See EPE activity report for Faranah at annex II

of success stories. The EPE strategy will be implemented in the N'Zerekore Prefecture during the next quarter and in Kankan Prefecture at the start of the next school year (October 2000). At that point, the strategy impact will be evaluated to determine the cost-benefits relation.

1.7 USAID/UNICEF sponsored Equity Initiative (EI)

MSH Consultants, **Catherine Severo**, developed a questionnaire⁶ on "*Comité de Gestion*" to support our effort to gain an adequate understanding on their operation mode, their membership, their strengths and weaknesses and liaison with other organisation, private or public, active at the community level. Peace Corps Volunteers will use the questionnaire at their location and PRISM will use it at the 22 FFSDP targeted sites. There is no other EI sponsored activity to report for the period.

6. See CoGes Questionnaire at annex III

IR 2: IMPROVED QUALITY

PRISM builds quality through (1) the development, dissemination, and implementation of quality standards, and (2) the strengthening of the health and management information systems (H/MIS). Specifically, the PRISM team provides:

Quality standards:

1. Assistance to the MOH technical committee in refining, disseminating and training in the national RH Norms and Procedures, including the development of referral guidelines, job descriptions, service delivery guidelines, and performance measures;
2. Training in clinical RH services (FP, EMHC, CS, STI/AIDS)

H/MIS:

3. Strengthening/improving the HMIS system to capture appropriate, sufficient, or adequate information useful for management and quality improvement needs. This includes assistance and training to the central level MOH, to the IRS, and the DPS in collecting and using data for decision making, and in developing annual HIS reports nationally.

2.1 Promoting/Strengthening Continuous Quality Improvement

Reproductive Health Norms and Procedures

PRISM has disseminated earlier the National RH Norms & Procedures in its focus zone. During the dissemination workshops some corrections or needs for improvement were identified. It was agreed with the MOH authorities that the document would be updated with the support of Prism but that would be done later. First quarter of 2001 was tentatively set as the period to proceed with the update and the following months for the dissemination of the revised version.

Strengthening Supervision of Health Centers and Hospitals

The PRISM Regional Coordinators in RH Quality of Care supported supervision activities in 8 DPSs of the project focus zone during the period. PRISM Coordinators accompanied DPS supervisors and provided them with TA in the use of the MOH FP supervision checklist and in other RH services as well as in aspects of the HCs staff work critical to better quality of care, like infection prevention. In addition to this, PRISM sponsored and facilitated a 3 days meeting of clinical supervisors to carefully design and plan for the post-training supervision that will be performed in STI case management⁷. The STI case management training of the providers in the selected HC is scheduled to start during the second quarter and it was essential the DPSs, PRISM and other involved partners finalized together the post-training supervision system. The FFOM approach (Force, Faiblesse, Opportunité, Menace) was used during the design and planning meeting.

On the Job Training (OTJ) Sites

PRISM and the regional authorities of the MOH together have identified seven HCs where OTJ training of service providers in FP technology occurs following in-class training sessions. These have been used so far with reasonable success. Now that PRISM is starting to do clinical training in other areas of RH it appeared important to proceed with a formal evaluation of these sites as

7. See STI case management Post-training monitoring strategy in meeting report at annex IV

on-the-job training sites in order to determine which could continue to play that role and what additional support from PRISM would be required. PRISM has proceeded with the evaluation of the three OTJ training HCs of the forest region during the period. A report on the situation will be prepared when the evaluation is completed for the four OTJ training sites of Haute-Guinée.

2.2 Training in Clinical RH Services

Training in Family Planning and STI/AIDS prevention

In PRISM target zone, like in the rest of the country, because of personnel transfers there is a number of health workers untrained in FP and STI/AIDS prevention services located in FP integrated health centers. This is due to retirement and staff transfer out of our focus zone. PRISM is keeping track of this situation and maintain lists of these providers for all administrative regions of its focus zone. The recent census performed by PRISM for the HC in the N'Zerekore region shows that 38% of providers now active are not trained in FP. The providers who should be trained in FP according to the primary health care MPA (Minimum package of Activities) are the Heads of HC, the Agents CPN (Consultation Pré Natale) as well as one supplemental provider per HC (when possible, generally for urban HCs). We found untrained staff in equal proportions among the three providers categories. The situation is similar in the two other administrative regions where PRISM is active. These providers will be "récupérer" during the coming training sessions in FP. PRISM will have to perform recuperation training as long as the MOH supervision apparatus is unable to perform serious on-the-job training – a situation that will require two to three years of sustained efforts on the part of all RH partners active in the regions and an unfailing commitment from the Guinean Government.

Post-training Monitoring

Our QoC Coordinators monitored at their sites providers recently trained in FP by AGBEF under PRISM supervision. This activity allowed the project to evaluate the impact of the current FP training curriculum and training approach used by AGBEF. One of the conclusions of the evaluation was that the trainers needed to be retrained in adult training techniques. This is true for the in-class trainers as well as the OTJ trainers.

2.3 Support to Integrated Strategies to Improve QoC

Sexually Transmittable Illness (STI) Case Management

During the period the post-training monitoring strategy for improved STI case management was designed and planned. Training of providers and monitoring will start next quarter. In addition to this PRISM made an assessment of the capabilities of 2 prefecture hospitals to manage STIU case in accordance to the national norms and procedures. A lot of efforts are made at the hospital level in the Guinean primary health system but many problems remain. Counseling for STI is weak, supply of pharmaceuticals is irregular, lab equipment is problematic and HIV + cases are generally not notified to the client. PRISM is planning to organize with the PNLs a national mini conference on "HIV/AIDS and the hospital".

Integrated Management of Child Illnesses (IMCI)

No activity to report this quarter. The MOH has postpone one more time the National Orientation Workshop on IMCI - the next step in the process. PRISM stands ready to take an active part in the adaptation of the IMCI approach to Guinea and to its implementation in the project focus zone.

Safe Motherhood and Improved Obstetrical Care (Maternité Sans Risque – MSR)

The MSR project for the Faranah Prefecture is in development. PRISM is providing TA to the process. Once the project is in the implementation stage there PRISM will support the development of similar projects for the prefectures of Kankan and N'zerekore. In addition to this, PRISM has provided TA to the ONG AFFAAV (Traditional Birth Attendants) of Faranah to help them develop their workplan and revised their educational objectives. AFFAAV received a mini grant from PRISM.

2.4 Strengthening the Health MIS system

Nothing to report this period. Reforms oriented work are still a pressing necessity for the National Health Management Information System (H/MIS) but the MOH at the central level has had other priorities during the quarter. PRISM stands ready to pursue the reforms. Meanwhile, PRISM formally communicated the MOH its plan to allocate 9 computer units to its organizational units directly involved in the management of RH activities and programs.

IR3: INCREASED DEMAND

PRISM's approach to achieve increased demand for RH services in the intervention zone is to focus on improving coordination of IEC programs, bettering provider-client interaction, improving IEC management, and enhancing community involvement. Specifically this includes:

1. IEC coordination:

- Assistance to MOH and IRS in developing national and regional IEC strategies and action plans, IEC working groups and protocols.

2. Provider-client interaction:

- Evaluate, reproduce and distribute existing IEC materials
- Adapt/develop produce and distribute new IEC materials for provider-client settings;
- Develop and distribute RH logo

3. Increased demand for RH services

- Holding of large and highly visible IEC campaigns.
- Advocacy efforts at the community level and Community mobilisation.
- Award small IEC grants to local NGOs

4. IEC management and delivery capacity:

- Training IEC manager and providers;
- Provide regular TA to IEC manager;

3.1 Improved Coordination of IEC Programs

Assistance from the Regional IEC Groups: Members of the Regional IEC Working Groups assisted PRISM and the MOH to launch the men's campaign at the prefecture level, as well as conduct community mobilization and music contest events (for details, see below).

Participation of the Regional IEC Group members was critical to the success of the events.

Coordination at the Central Level: PRISM Demand Generation Advisor continued to meet with and assist, as necessary, central-level coordination bodies such as the MOH Division of Health Promotion. The purpose of the assistance was to: (a) keep national level decision makers informed of PRISM IEC activities, including lessons learned (bottom-up), (b) receive feed-back from the national level on various IEC issues (top-down), (c) help coordinate a national level launch of the men's campaign.

3.2 Improved Client-Provider Interaction

Reproduction of IEC materials for Health Centers: PRISM distributed materials produced last quarter on an as needed basis to health centers. Items and quantities produced were as follows (quantities following each item):

- (a) AIDS posters (5 different, 300 copies each)

- (b) Model wooden penises (200)
- (c) Flip charts: FP (350), AIDS (350), CDD (375), Adolescent (650)
- (d) Brochures: FP (55,000), AIDS (70,000), CDD (50,000)

Distribution of new materials for Health Centers: Produced last quarter, PRISM distributed the following materials and quantities for health centers:

- (a) BERCER poster for improved counseling (1,100)
- (b) Infection prevention poster in French and English, with distribution to include refugee sites (600)
- (c) Contraceptive sample cases, including names, samples and prices. (200)

3.3 Increased Demand for RH Information and Services

The quarter included the official launch of the men's campaign at the national and prefecture levels, with the regions having launched last quarter. The campaign began in October 1999 with activities for religious and civil leaders, to assure that these key gatekeepers are supportive of campaign objectives.

The objectives of the campaign are:

- i) Increase from 53 to 75 the percentage of married men capable of citing at least one modern method of contraception;
- ii) Increase from 25 to 40 the percentage of married men who report having spoken to their partner about family planning;
- iii) Decrease from 9.1 to 7 the ideal average number of children as reported by married men;
- iv) Increase CPR in project urban sites 1% and in rural sites 0.5%. Accomplishments this quarter include.

Men's campaign: National launch. The Ministry of Health officially launched the men's campaign at the national level with speeches by USAID Mission Director and the representative of the MOH, viewing of the family planning portion of the *Islam et le Bien Etre Familial* video, presentation of publicity materials produced, music, dance and a buffet. Attendees included a wide array of representatives from the public and private sector, including the DNSP (National Direction of Public Health), PSI/OSFAM, Africare, World Bank, UNFPA, ORTG, and the Ministries of Education and Youth. The National Radio and Television Station as well as local newspapers reported on the event. This high-level exposure reinforced the commitment of the MOH and its partners to include men among its target audience for reproductive health messages and materials.

Men's campaign: Prefecture launches. Following successful regional launches that were held last quarter, PRISM and its partners proceeded to hold campaign launches in 14 of the project's 15 prefectures. The launches featured parades, "carnival"-type mobilizations, speeches from political and administrative leaders, folk troupes, theatre, dance, project of films and viewing of the PRISM-developed video *Islam et le Bien Etre Familial*. Approximately

67,000 people attended the prefecture launches⁸. The remaining prefecture, Gueckedou, will be "launched" during the next quarter.

Men's campaign: Community mobilization events. To increase the reach of campaign materials, and therefore impact, PRISM conducted community mobilization events around two rural health centers in each of the 15 project prefectures. The mobilization events included meetings, football matches, *soirées dansantes*, film viewing, meetings with religious and administrative authorities and conferences in schools. All activities included the call to action for men to speak with their wives about modern methods of family planning. PRISM personnel and partners distributed a wide variety of publicity and behavior change materials (see below for publicity material list). Approximately 80,000 people attended the community mobilization events, though this figure should be viewed with caution as participants could be counted more than once if they attended more than one event.

Men's campaign: Traditional music contests. To reach men with campaign messages, traditional music contests were held around one urban health center per prefecture. The musicians sang, danced, and played traditional instruments, such as the kora and balafon. Each musician, in his or her unique fashion, transmitted messages about men, family planning, and other reproductive health issues. The competitors were judged on message content, clarity, creativity and duration. The Rural Radio covered the majority of music contests recording each of the contestants. Winners were announced on the Rural Radio and PRISM is investigating the possibility of compiling all winning entries on to a cassette for mass replication and distribution.

Men's campaign: Religious leaders video: Produced in collaboration with the Ministry of Health and the Oulémas de Guinée, the video features well-known health and religious leaders. The video includes four sections that can be broadcast separately or sequentially: Islam and Child Health, Islam and Women's Health, Islam and Couple Health, and Islam and Family Planning. The video served as the cornerstone for prefecture-level conferences held last year with local leaders from health-center sites. The video, shot in Malinke, was sub-titled in French this quarter. Significant viewing took place throughout the quarter, particularly during the campaign's mobilization events.

Men's campaign: Religious leaders print materials. To complement conferences held last year, PRISM and its partners from the Oulémas de Guinée and the Ministry of Health continued distribution of the following materials for religious leaders during community mobilization events:

- (a) Brochures (French and Malinke), quantity produced, 275,000 and 180,000, respectively.
- (b) Poster (in French and Malinke), quantity produced: 5,000

Men's campaign: Print materials. The following campaign materials were produced last quarter and distributed widely during the launches this period, community mobilization and music contest events:

8. see Annex V for prefecture specific attendance

- (a) **Two posters:** "Go to your health center" and "Talk to your wife about modern methods of FP". Each poster features the tag line: *Planification Familiale--J'en parle avec ma femme. Et toi?* The posters are in French and Malinke with Arab script. Quantity produced: 4,500 per poster.
- (b) **One brochure:** "Talk to your wife about family planning". This multi-paneled brochure includes French and Malinke languages. Quantity produced: 200,000.

Men's campaign: Audio materials.

- (a) **Cassette.** PRISM in collaboration with Rural Radio/N'Zerekore, recorded a 20-minute comic sketch cassette featuring a local comedian, Jean Michel N'Zerekore. The humorous sketch demonstrates a husband's dilemma on how to discuss family planning with his wife. The cassette was translated into Malinke (for the cassette's reverse side) and widely distributed during the campaign period. The title of the cassette, *La Vie N'est Pas Compliquée*, serves also serve as the title of the radio drama (see below). A total of 3,000 cassettes were produced for distribution.
- (b) **Rural radio programs and spots.** PRISM established a contract and produced 10 programs in 4 languages (40 total programs) with the national Rural Radio station. Languages featured include Malinke, Kissi, Kpele, and Konian. The programs were aired during the quarter and will be re-broadcasted frequently during the men's campaign period by the Nzerekore, Kankan, and Kissidougou rural radio stations. During the quarter 294 programs, representing 3 languages, were broadcast (or rebroadcast) by the N'Zerekore station and 163 programs, in Malinke, by the Kankan station.
- (c) **Radio drama.** The radio drama *La Vie N'est Pas Compliquée* began broadcast on national radio during the quarter. Each episode was broadcast two times per week. An initial group of 26 episodes will be produced and aired. The broadcast of this type of entertainment-education materials is the first of its kind in Guinea. PRISM began work on transliterating the scripts into narrative and translating into three local languages for production and broadcast next quarter on the Rural Radio stations in the project area.

Men's campaign: collateral materials.

- (a) **Publicity materials.** Materials produced to support national and prefecture launches, and community mobilization events, include the logo and the slogan *Planification Familiale--J'en parle avec ma femme. Et toi?* Materiel produced and distribution, which began last quarter, included:

<u>Item</u>	<u>Quantity</u>
T-shirts:	3,200
Plastic market bags:	20,000
Bags (cloth)	120
Hats:	3,200
Stickers:	1,600
Wash pots:	800
Key chains:	1,600
Pens:	1,600
Cloth (<i>pagnes</i>):	1,000

Logo for SBC: Last quarter, PRISM finalized the SBC logo with MOH input, and selected a firm to provide cloth (pagnes) imprinted with the logo. PRISM produced 1,000 pagnes that were made into shirts and worn by SBC community agents and their supervisors. The logo will help to create a sense of unity among the SBC players, as well as clearly mark SBC actors for potential clients.

Research and evaluation: During the quarter, PRISM administered a post-intervention questionnaire for religious leaders identical to the pre-intervention questionnaire administered last quarter. Preliminary results suggest that PRISM activities have significantly improved the knowledge, attitude and favorable practices of these important leaders⁹. Some promising findings include:

- i) Knowledge of specific FP methods increased for all methods, ranging from a 11.3 percentage point increase for implants (Norplant) to an 18.2 percentage point increase for injection (Depo-Provera) and a 21.2 percentage point increase for condoms.
- ii) Decrease in percent of leaders who believe that Islam forbids use of FP for child spacing from 13.3 percent to 4.1 percent.
- iii) Increase from 37.4 to 92.8 percent of leaders who know verses of either the Koran or Hadith that favor use of FP.
- iv) Increase from 41.4 to 94.9 percent of leaders who discussed FP with their wives.

Men's campaign impact: During last quarter, PRISM finalized source of referral questionnaires and distributed them to selected health centers to collect a pre-campaign base line. The questionnaires will continue to be filled out and collected throughout the campaign period to determine client motivation and exposure to campaign materials.

Youth research. In preparation for its year 2000-2001 multimedia campaign, which will feature youth, PRISM developed its qualitative research methodology. The research will feature narrative explorations of youth knowledge, attitude and practices. The research, along with other evaluations and studies conducted by PRISM and its partners, will serve as the basis for developing youth strategies, messages and materials. The research will take place next quarter with technical assistance from PRISM partner JHU/CCP.

Micro-projects. Based on recommendations from the three Regional IEC Working Groups, PRISM funded the following local non governmental organizations (followed by principal activities conducted) this quarter:

ASTRAG/Gueckedou:	Census and training of traditional healers ¹⁰
AED/Nzerekore:	Awareness of RH issues among school children

9. See annex VI for preliminary report presenting impact on religious leader

10. See ASTRAG census/selection of traditional healers report in annex VII

Awarded micro-projects last quarter, the following local organizations continued carrying out their respective activities during this quarter:

CPTAFE/Kankan:	Awareness of consequences of female genital mutilation
APROFIG/Kankan:	Youth and reproductive health conferences
AFFAAV/Faranah:	Training of traditional midwives in reproductive health
Assoc. Promo. 70/Sigui:	Reproductive health awareness conferences
CPTAFE/Faranah:	Awareness of consequences of female genital mutilation
CENAFOD/Dabola:	Awareness of RH issues at village level

Under the PRISM/Peace Corps small grants activity, PRISM funded a Peace Corps Volunteer and her counterparts from Kokota (Lola prefecture) for one activity during the quarter. The objective of the activity was to render the health center more appealing to potential clients.

Other partner support: PRISM provided material support to *the Service Nationale de Promotion Rurale et de la Vulgarisation (SNPRV)*, which was beginning the training of their 132 community-based agents on STD and AIDS prevention. PRISM provided the Service 200 STD/AIDS posters, 2000 brochures, and facilitated the viewing of the video *Islam et le Bien Etre Familial*. At the request of its President, PRISM provided the Sigui Prefecture IEC Group with five (5) flipcharts on family planning for use in local schools.

3.4 Improved IEC Management and Delivery Capacity

- The PRISM Regional IEC Coordinators from Nzerekore and Kankan provided technical assistance to the US Peace Corps, which had organized regional conferences with young women. The PRISM Coordinators helped to prepare and conduct educational sessions on reproductive health issues.
- PRISM Regional IEC Coordinator Michel Haba, in collaboration with a US Peace Corps Volunteer, trained a theatre group in how to transmit messages on AIDS prevention.
- PRISM Regional IEC Coordinator Michel Haba participated in the PRISM sponsored Team Management training held in the Forest Region. The training will permit the Coordinator to contribute more effectively to improving the quality of services in health centers.

IR4: IMPROVED COORDINATION

The name 'coordination' implies putting something in order and doing it together. Therefore, it assumes a joint effort in prioritising and scheduling action by various partners: USAID, MOH/regional level, MOH/central level, other CA's, and NGO's.

The major objectives and aims of coordination, as assisted by PRISM are:

- Avoidance of duplication and confusion;
- Enhancement of complementarity of actions;
- Sharing of lessons learned and dissemination of good ideas;
- Search of opportunities for synergy;
- Leverage and more efficient use of each other's resources;
- Facilitation of coordinated action towards the solution of health problems.

4.1 Support of Regional Technical Working Groups

- RH management + quality of care regional group (ERCOSAR) held a meeting in Kankan;
- RH management regional group (CORAG) organised the ED&C and team management training session in N'Zerekore;
- RH Coordination Group held a meeting in Faranah

As usual, PRISM facilitated (and sometime funded) these coordination meetings. No IEC Regional Group meeting was planned nor held during the period.

4.2 Participation in CTRSs and CTPSs:

CTPSs (Comité Technique Préfectoral de la Santé) were held in all 15 prefectures in PRISM focus zone and CTRSs (Comité Technique Régional de la Santé) in all 3 administrative regions. As usual, PRISM attended most of them and helped facilitated some. The N'Zerekore IRS received special attention and support because of its current difficulties – it has no titular Director/Inspector. PRISM uses these coordination meetings to present new technical or operational strategies and to firm up activity calendars. During the current CTPSs and CTRSs PRISM professionals presented the Safe Motherhood integrated package of activity to start implement during 2000 in the three regional prefectures and the post-training monitoring approach included in the STI case management strengthening program. Essential Drugs and Contraceptives as well as Quality of Care issues are also raised and discussed during these coordination meetings.

4.3 Year 2000 Work Plans Coordination among RH Partners

In February, the PRISM COP participated in the MOH strategic planning retreat in Dalaba with the ministry senior staff and representatives of bilateral and multilateral technical agencies and projects in the health sector. The strategic recommendations retained during the retreat are too conservative in our opinion and are not going to stimulate very much the necessary reforms to the primary health care system. But they point in the right direction in general and most important confirm USAID and PRISM strategic orientations and operational strategies. The main gain during the retreat was to place improvement of the Quality of Care at the centre of the thinking and planning processes. PRISM, with other key partners was able to promote specific QoC

approaches and have them inserted in the MOH operational plan for 2000. Examples of these are the development of a National Accreditation System for service delivery sites and Continuous Quality Improvement systems implementation. During the retreat, the COP was able to present, review and compare PRISM Y2000 operation plan with other project or program Coordinators, clarify expectations and make relevant adjustments.

4.4 Improving MOH Coordination Capacities (computer equipment)

PRISM completed its assessment of MOH computer equipment and training needs at the central and regional levels. This was done in order to allow the project to determine accurately its contribution in this area. PRISM is to make this investment to improve MOH units ability to manage RH programs by better uses of service and epidemiological data as well as by allowing electronic communications and access to internet technical resources. On that basis, decision was made to supply each IRS with one full computer unit plus a one-year email/internet account subscription. In addition to this, 6 units will be installed in various central level MOH departments involved in RH programs management. All concerned staff will receive as needed basic training in the main application and software. This and the installation of the equipment are planned for the next quarter¹¹.

4.5 Miscellaneous Coordination Strengthening Activities

- Active participation of PRISM in WHO "Semaine Mondiale de la Santé"
- PRISM made presentations on Y2000 workplan per Irs (Quality, Access, Demand, Coordination)
- COP Field Trips: None this period.

11. See letter to the MOH on computer equipment and internet connection in annex VIII

PROJECT IMPLEMENTATION

MSH's CFO and Grant Officer visit to Guinea

MSH's Chief Financial Officer and Grant Officer visited Conakry during the quarter following the communications from the USAID Mission on budgetary constraints for the coming years. The two Officers and the COP presented the Mission (Director, SO2 Leader and Contract Officer) with operational scenarios contingent to various budgetary situations. This visit marked the importance that represents PRISM to MSH. Despite difficulties, the USAID Mission was able during the visit to commit to the minimum funding level necessary to allow PRISM to continue implementation of the project within the same operational structure - strong presence in the two natural regions. USAID promised to continue its efforts with Washington to increase the level of funding further. MSH and USAID left open the possibility of having a 6th year no cost extension of PRISM.

MSH/JHU Mid-Term Internal Evaluation of PRISM

In the normal course of action MSH and JHU, the two institutional partners in PRISM, performed a mid-term internal evaluation of the project. A US based team of six professionals (three covered by core funds) came to Guinea for a two weeks tour of the project's focus zone and a round of interviews with key partners representatives. The evaluation report is currently in preparation.

Announced changed at the IEC Specialist position

PRISM IEC Specialist, Mr. Michael Blake of JHU/CCP, announced that he would end his assignment in Guinea in June 2000. JHU/CCP has initiated the replacement process and will ensure continuity during the transition period at that key position at PRISM.



PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTE REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

Progress Report
January-February-March 2000

ANNEXES

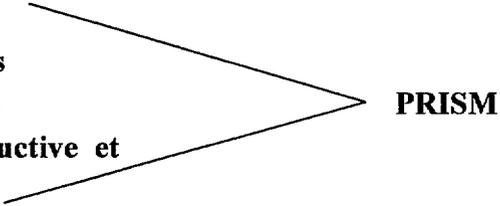
Management Sciences for Health (MSH)
in partnership with
The Johns Hopkins University,
Center for Communications Programs (JHU/CCP)

Submitted: July 2000

USAID Grant Award No. 624-G-00-97-00077-00

PAISM
Q-2000-1
Annex: I

P Pour
R Renforcer les
I Interventions
S Santé reproductive et
M MST/SIDA



PRISM

RAPPORT DE FORMATION DES CADRES SUPÉRIEURS EN GESTION D'ÉQUIPE

DU 27 Mars AU 1er AVRIL 2000

“ VOLET GESTION “

MSH / PRISM - GUINÉE

Date de soumission: Le 7 Avril 2000

1- INTRODUCTION

L'évaluation rapide des structures de santé réalisée en 1998 par PRISM et le Ministère de la santé a mis en relief des problèmes qui touchent le fonctionnement global des institutions de santé. PRISM se déploie depuis, à travers sa composante gestion dans le cadre du renforcement des capacités de gestion des structures de santé. Ce processus a commencé en Décembre 1998 par la formation des formateurs régionaux en gestion d'équipe et de médicaments essentiels à Kissidougou. Puis, il a été enchaîné de deux vagues de formation à l'intention des CCS en GEME respectivement à Kissidougou et à Dabola, puis de celle des Pharmaciens des DPS à Kankan. Toutes ces formations ont recommandé vivement de faire bénéficier les DPS de ces informations car ils sont les premiers gestionnaires du district sanitaire. Car, il ne suffit pas de donner des aptitudes nécessaires et des notions de gestion au superviseur sans en donner autant au superviseur. C'est dans cette vision de PRISM que la formation qui vient de se réaliser à l'intention des cadres supérieurs (DPS et équipes cadres, DH et cadres de l'IRS) de la région forestière trouve sa justification.

2- OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE LA FORMATION

A la fin de la formation, les participants devraient être capables de :

1. gérer l'équipe dont ils ont la charge en vue de l'amélioration continue de la qualité des services;
2. superviser le personnel de la DPS, des Centres de Santé et de l'Hôpital, et des autres structures de santé afin de favoriser leur développement professionnel ;
3. évaluer régulièrement leur système de gestion en utilisant les outils appropriés

3-PRÉPARATIFS DE LA FORMATION

Ces préparatifs consistaient à reprendre le curriculum initialement destiné à la formation des chefs de centre et de relever son niveau pour la formation des cadres supérieurs en Gestion d'équipe. A cette date, PRISM dispose donc de trois curricula de formation en gestion:

- ★ *Gestion d'équipe et de médicaments essentiels niveau CCS*
- ★ *Gestion d'équipe et de médicaments essentiels niveau Pharmaciens et DH*
- ★ *Gestion d'équipe et de médicaments essentiels niveau Cadres supérieurs*

Les contenus varient selon les cibles. Pour les cadres supérieurs, il est centré essentiellement sur la gestion d'équipe. Il contient une seule session pour la gestion des médicaments essentiels. Ces travaux de réadaptation ont nécessité la revue de certains guides et plans de session, des exercices, des études de cas et des jeux de rôle. Ces travaux de readaptation ont été faits par l'équipe de gestion renforcée par le coordinateur régional SR/QS et le DPS de Beyla qui a joué le rôle de personne et qui s'intègre progressivement dans l'équipe régionale de formation.

5-FORMATION PROPREMENT DITE

Comme il a été recommandé dans les formations précédentes des chefs de centre de santé, PRISM dans ses efforts de transfert de compétence aux cadres nationaux a organisé cette formation l'intention des cadres supérieurs (DPS, DH, Equipes cadres etc..) provenant des institutions sanitaires de la guinée forestière. Cette activité qui s'inscrit dans le cadre de transfert de compétence aux cadres nationaux a regroupé 22 participants. Ils sont repartis comme suit:

- 6 DPS de la région forestière
- 6 DH
- 1 Pharmacien de DPS de Yomou,
- 1 Responsable du depot PEV N'Zérékoré,
- 1 Responsable du depot PCG de N'Zérékoré,
- 1 Directeur de l'école nationale de santé communautaire de N'Zérékoré
- 1 Chargé de soins à la DPS de Yomou
- 1 Chargé de maladies à la DPS de Macenta
- 1 Cadre de l'IRS chargé de maladies
- 1 Medecin chargé des statistiques à la DPS de Lola
- 1 Medecin chef de la maternité de l'hôpital régional de N'Zérékoré
- 1 Coordinateur régional en IEC/PRISM-N'Z

NB: Voir liste des noms en annexe 1.

La formation a été facilitée par trois formateurs de PRISM renforcés par le DPS de Beyla identifié comme personne ressource. C'est sur une note de satisfaction que les participants ont remercié PRISM à travers l'USAID pour l'organisation d'une telle formation qui est venue au moment opportun pour renforcer leurs capacités en gestion d'équipe. Les participants ont fait ressortir que les informations reçues au cours de cette formation sont indispensables pour une bonne gestion des ressources humaines matérielles d'une part et de résolution des problèmes et conflits inter-personnels d'autre part. Le curriculum contient trois modules et sept sessions.

5a-ATTENTES DES PARTICIPANTS

Une fois invités pour participer à cet atelier, leurs attentes se résumaient à celles-ci:

- Avoir des voies et moyens pour une bonne coordination des activités
- Des recettes permettant de mieux travailler avec une équipe
- Avoir des informations sur la gestion d'équipe
- Avoir des informations pour accroître la collégialité dans le travail
- Mieux cerner et comprendre la notion d'équipe dans le cadre du travail
- Avoir des styles de leadership pour mieux fixer les objectifs

- Renforcer les connaissances dans les relations inter-personnelles et de méthodes de communication efficace
- Avoir des capacités pour orienter les comportements des autres
- Avoir une bonne maîtrise en gestion d'équipe
- Acquérir des aptitudes nécessaires pour une bonne gestion des ressources humaines
- Apprendre de nouveaux concepts de gestion des ressources humaines
- Comblent les insuffisances en matière de gestion des ressources humaines

5b-NORMES DE TRAVAIL:

Les participants ont défini et accepté les principes de base sur lesquels l'atelier devait se reposer:

1. Le respect des horaires
début des travaux à 8h30
Fin de la journée 17h00
Pause café 15mn
Pause déjeuner 13heure
2. Respect de l'opinion d'autrui
3. Ne pas monopoliser la parole
4. Venir serein dans la salle
5. Demander la parole
6. Eviter les déplacements inutiles
7. Ne pas fumer dans la salle
8. Etre flexible sur le temps
9. Les erreurs sont les bien venues

5c-MODULES DÉVELOPPÉS**MODULE A: COMMUNICATION**

Ouverture et orientation

Contexte de perfectionnement de l'adulte

Session 01: Gestion des agents de styles d'apprentissage différents

Session02a: Communication efficace en équipe

Session02b: Présentations

Session03: Relation inter-personnelle dans le développement professionnel

Session04: Processus de groupe

Session05: Facilitation des réunions d'équipe

MODULE B: SUPERVISION

Session06a: Planification de la supervision

Session06b: Exécution de la supervision

MODULE C: EVALUATION DE LA GESTION DE STOCK

Session07: Evaluation

Contexte de perfectionnement de l'adulte:

Au cours de cette session les participants ont été situés par rapport à la méthode qui sera utilisée pendant la formation. Chaque participant a eu l'occasion de discuter de l'approche andragogique et ses principes de base(l'expérience de tous est importante pour le travail et l'adulte apprend par la pratique active ce qui lui permet de retenir ce qu'il apprend), du cycle d'incompétence (quand on sait q'un n'est pas compétent on doit grâce à l'humilité développer sa compétence, Quant on a la compétence il faut la maintenir grâce à l'humilité si non on peut devenir incompétent par esprit de suffisance), de l'auto-évaluation des compétences (l'adulte se perfectionne en se mettant perpétuellement en cause dans les différents domaines de compétence. Il évalue ses forces et faiblesses et cherche à s'améliorer par rapport aux faiblesses), et de la renégociation planifiée (en situation professionnelle, familiale, amicale et autre, on ne doit pas arriver à la rupture. On doit toujours chercher à renégocier avec les collaborateurs par rapport aux accords en redéfinissant les attentes). Cette session était indispensable avant d'entrer en profondeur de la formation.

Résultats de l'évaluation

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteinte des objectifs préalablement établis	12/19	7/19	0
Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle	15/19	4/19	0
Efficacité de la méthode et des techniques	17/19	2/19	0
Chronologie et présentation de la session	14/19	5/19	0
Utilité du matériel didactique	18/19	1/19	0
Clarté des explications	17/19	2/19	0
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	15/19	4/19	0

La durée de la session était-elle	Trop longue	Parfaite	Trop courte	Sans avis
n =19	2/19	17/19	0	0

MODULE A : COMMUNICATION

Il comprend quatre(6) sessions :

- Session 01: Gestion des agents de styles d'apprentissage différents.

Il est important que chaque membre d'une équipe connaisse son style d'apprentissage et celui des autres afin de pouvoir travailler en harmonie dans un groupe. Cette session a permis à chacun de se découvrir et découvrir les autres en matière d'apprentissage et connaître l'impact que le comportement de celui-ci pourrait avoir sur le fonctionnement l'équipe. Ensemble, les participants ont retenu les points essentiels suivants:

- ◆ il n'y a pas de bon ou de mauvais style,
- ◆ chaque membre de l'équipe doit privilégier l'esprit de complémentarité afin d'améliorer son style ou celui des autres,
- ◆ en tant que gestionnaire responsable, il faut connaître le style de ses employés/subordonnés
- ◆ chacun peut utiliser les quatre styles, mais chacun a son propre style d'apprentissage

Résultats de l'évaluation de la session 01

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteinte des objectifs préalablement établis	20/21	1/21	0
Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle	19/21	2/21	0
Efficacité de la méthode et des techniques	19/21	2/21	0
Chronologie et présentation de la session	18/21	3/21	0
Utilité du matériel didactique	16/21	4/21	0
Clarté des explications	16/21	4/21	0
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	19/21	2/21	0

La durée de la session était-elle	Trop longue	Parfaite	Trop courte	Sans avis
(n =21)	4	15	2	0

Session 02a : Communication efficace en équipe.

Les participants ont eu l'occasion au cours de cette session, de discuter de la perception et de son rôle dans le processus de communication. Ils ont compris en outre que chacun a sa perception face à une situation donnée. Il faut prendre du temps pour se faire comprendre et être disposé à comprendre l'autre. Des points clés ont été ressortis sur la perception, sur la communication à sens unique et à double sens et sur la technique d'écoute attentive.

Résultats de l'évaluation de la session 02a

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteinte des objectifs préalablement établis	21/21	0	0
Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle	21/21	0	0
Efficacité de la méthode et des techniques	19/21	2/21	0
Chronologie et présentation de la session	18/21	3/21	0
Utilité du matériel didactique	19/21	36576	0
Clarté des explications	20/21	36545	0
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	20/21	1/21	0

La durée de la session était-elle	Trop longue	Parfaite	Trop courte	Sans avis
(n =21)	4	16	1	0

Session 02b: Les Présentations

Cette session a permis aux participants d'acquérir des attitudes et aptitudes nécessaires pour une bonne présentation en utilisant les matériels et supports didactiques (Retro-projecteur, transparents et flip-chart etc.). L'occasion leur a été donnée de pratiquer et de contrôler l'utilisation de l'aide visuelle, le ton, le langage gestuel, la façon de présenter et le débit verbal.

Résultat de l'évaluation de la session 02b

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteinte des objectifs préalablement établis	20/20	0	0
Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle	18/20	2/20	0
Efficacité de la méthode et des techniques	15/20	4/20	1/20
Chronologie et présentation de la session	13/20	7/20	0
Utilité du matériel didactique	18/20	2/20	0
Clarté des explications	17/20	3/20	0
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	19/20	1/20	0

La durée de la session était-elle	Trop longue	Parfaite	Trop courte	Sans avis
n =20	4	12	4	0

Session 03 : Relation inter-personnelle dans le développement professionnel.

En relation inter-personnelle, il est important de savoir ce que les gens connaissent de soi qu'on ignore. Ceci est indispensable pour celui qui cherche à se placer dans un processus de développement professionnel . La fenêtre de JOHARI a été la porte d'introduction de cette session. Les participants ont appris à définir le moi public, le moi aveugle, le moi caché et le moi potentiel. Ils ont abordé ensuite la notion de feed-back et son rôle dans les relations inter-personnelles . A travers des jeux de rôle, ils ont appris comment donner et comment recevoir le feed-back, et de là comment entrer dans son moi potentiel.

Résultat de l'évaluation de la session 03

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteinte des objectifs préalablement établis	17/17	0	0
Pertinence du contenu à ma situation professionnelle	17/17	0	0
Efficacité de la méthode et des techniques	17/17	0	0
Chronologie et présentation de la session	17/17	0	0
Utilité du matériel didactique	17/17	0	0
Clarté des explications	16/17	1/17	0
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	16/17	1/17	0

La durée de la session était-elle	Trop longue	Parfaite	Trop courte	Sans avis
n =17	0	16	1	0

Session 04: Processus de groupe

Les individus, une fois en situation de travail se trouvent dans un processus continu qui passe inaperçu.. Cette session a permis aux participants de se familiariser avec les éléments de ce processus et de s'en servir pour aboutir à la productivité du groupe sur le lieu du travail. Ces éléments sont: Participation, leadership, prise de décision, communication, climat de travail et traitement des différences. Schutz les a résumé en trois ces étapes: Inclusion, Contrôle et affection. Cette session a été très laborieuse, car, les concepts étaient nouveaux pour les participants.

Résultat de l'évaluation de la session 04

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteintes des objectifs préalablement établis	15/17	2/17	0
Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle	17/17	0	0
Efficacité de la méthode et des techniques	16/17	1/17	0
Chronologie et présentation de la session	16/17	1/17	0
Utilité du matériel didactique	15/17	2/17	0
Clarté des explications	16/17	0	1/17
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	15/17	2/17	0

La durée de la session était-elle	Trop longue	Parfaite	Trop courte	Sans avis
n =17	2	14	1	

Session 05 : Facilitation des réunions d'équipe.

Cette session a permis aux participants, individuellement, en jeux de rôle, de pratiquer la facilitation d'une réunion et de recevoir le feed-back des autres collègues et des formateurs.

Les thèmes ont porté sur 'les aptitudes nécessaires à la facilitation d'une réunion d'équipe et sur 'les membres du groupe comme le facilitateur les voit'. La notion de participants difficiles et les aptitudes pour les gérer a émerveillé les participants.

Résultat de l'évaluation de la session 0 5

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteinte des objectifs préalablement établis	16/17	1/17	0
Pertinence du contenu à ma situation professionnelle	17/17	0	0
Efficacité de la méthode et des techniques	17/17	0	0
Chronologie et présentation de la session	17/17	0	0
Utilité du matériel didactique	17/17	0	0
Clarté des explications	17/17	0	0
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	17/17	0	0

La durée de la session était-elle	Trop longue	Parfaite	Trop courte	Sans avis
n =17	1	13	3	0

LE MODULE B : Supervision. Il comprend deux (2) sessions.

Session 06a : Planification de la supervision.

Pendant le déroulement de cette session, les participants sont arrivés à apprendre comment élaborer un plan de supervision en faisant la différence par rapport à un canevas de supervision. En travaux de groupe, ils ont identifié les éléments d'un plan de supervision et les ont logés dans une maquette conçue par eux mêmes. Par la suite, leurs plans comparés à celui préalablement préparé par les formateurs ont permis d'aboutir à un plan consensuel pour la supervision. Les DPS se sont engagés à tester ce plan et à faire la retro-information sur son opérationnalité sur le terrain.

Résultats de l'évaluation de la session 06a

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteinte des objectifs préalablement établis	18/19	1/19	0
Pertinence du contenu à ma situation professionnelle	17/19	2/19	0
Efficacité de la méthode et des techniques	18/19	1/19	0
Chronologie et présentation de la session	19/19	0	0
Utilité du matériel didactique	18/19	1/19	0
Clarté des explications	18/19	1/19	0
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	18/19	1/19	0

La durée de la session était-elle	Trop longue	Parfaite	Trop courte	Sans avis
n =19	36543	18/19	2	0

Session 06b : Exécution de la supervision.

Les participants ont eu l'occasion au cours de cette session, de se familiariser aux nouveaux concepts de style de supervision avec base d'analyse le 'leadership situationnel'. A travers les études de cas et jeux de rôle, les participants ont observé et apprécié les différents styles de leadership à savoir: **Diriger, Convaincre, Concerter et Déléguer**. Ils ont appris aussi à déterminer quel style de supervision peut être approprié selon le niveau de maturité du collaborateur. Le leadership situationnel a été résumé en trois dimensions: Etablissement de la structure (Comportement du superviseur centré sur la tâche); Considération (Comportement du superviseur centré sur les relations socio-affectives) et enfin, le niveau de maturité du collaborateur. En plus des autres techniques, la lecture dirigée a été utilisée dans cette session pour plus d'explication sur les concepts.

Résultat de l'évaluation de la session 06b

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteinte des objectifs préalablement établis	19/19	0	0
Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle	18/19	1/19	0
Efficacité de la méthode et des techniques	18/19	1/19	0
Chronologie et présentation de la session	17/19	2/19	0
Utilité du matériel didactique	19/19	0	0
Clarté des explications	17/19	2/19	0
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	18/19	1/19	0

La durée de la session était-elle	Trop longue	Parfaite	Trop courte	Sans avis
n =19	3	14/19	2	0

6 – LE MODULE C : ÉVALUATION DE LA GESTION DU STOCK

- Session 07 : Evaluation

Près d'une journée et demi ont été consacrées à cette session. Deux aspects d'évaluation ont été traités: Les conditions de stockage des médicaments au magasin à travers une liste de contrôle des conditions de stockage, et l'application de l'IMAT qui fait tant d'échos dans la région. Les participants ont été intéressés à un point, qu'ils ont pris l'engagement d'aller donner immédiatement un coup de pouce à leurs pharmaciens déjà formés et nous faire la retro-information. Enfin, les formateurs ont accompagné les participants sur le terrain pour l'application pratique de l'IMAT. Pour cela, les dépôts PEV et PCG plus le CS de Commercial ont été retenus pour cette application. Les résultats ont été exploités en plénière avec la facilitation des formateurs.

Résultat de l'évaluation de la session 07

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteinte des objectifs préalablement établis	20/20	0	0
Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle	18/20	2/20	0
Efficacité de la méthode et des techniques	20/20	0	0
Chronologie et présentation de la session	20/20	0	0
Utilité du matériel didactique	20/20	0	0
Clarté des explications	20/20	0	0
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	20/20	0	0

La durée de la session était-elle	Trop longue	Parfaite	Trop courte	Sans avis
n =19	0	20/20	0	0

6- ASPECTS TECHNIQUES APPRECIÉS PAR LES PARTICIPANTS

- ▶ Questions et réponses
- ▶ Études de cas
- ▶ Jeux de rôle
- ▶ Exercices pratiques en travaux de groupes.
- ▶ Descente sur le terrain

EVALUATION FINALE DE LA FORMATION

n=20	EXCELLENT			BON			INSUFFISANT		
	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	8/20	7/20	3/20	2/20	0	0	0	0	0
	40%	35%	15%	10%	0	0	0	0	0
90%			10%			0%			

Les éléments spécifiques de la formation ont été ainsi appréciés:

INDICATEURS	EXCELLENT	BON	INSUFFISANT
Atteinte des objectifs préalablement établis	20/20	0	0
Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle	20/20	0	0
Efficacité de la méthode et des techniques	19/20	1/20	0
Organisation du cours	19/20	1/20	0
Utilité du matériel didactique	20/20	0	0
Capacité des formateurs à faciliter les discussions	20/20	0	0

Les thèmes sur lesquels les participants ont souhaité passer plus de temps sont:

- 9/20 pour L'IMAT
- 6/20 pour la supervision
- 5/20 pour le processus de groupe
- 4/20 pour la communication
- 3/20 pour le leadership situationnel

NB: Certains participants ont noté deux ou trois thèmes à la fois.

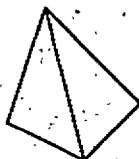
CONCLUSIONS

Ce curriculum semble bien répondre aux attentes et aux besoins des gestionnaires actuels des institutions sanitaires de la région. Ce fut une surprise générale pour les participants qui s'attendaient certainement à des cours académiques. L'approche andragogique et les techniques de facilitation utilisées ont favorisé l'atteinte des objectifs de la formation. Les participants ont affirmé que la formation reçue est venue au bon moment. Car, selon eux, les informations relatives à la gestion des ressources humaines est un préalable que chaque gestionnaire doit avoir pour créer un climat de confiance et de considération sur le lieu de travail. Les résultats de l'évaluation finale montrent que 90% ont trouvé la formation excellente et 10% Bonne. Ce qui implique que les formateurs ont encore des efforts supplémentaires à fournir pour minimiser davantage les 10%.

DIRECTION PREFECTORALE
DE L'EDUCATION - FARANAH

DIRECTION PREFECTORALE
DE LA SANTE - FARANAH

PRISM
Q.2000-1
ANNEX: II



PRISM/FARANAH

**RAPPORT DE L'ATELIER DES INSTITUTEURS ET DES AGENTS DE
SANTE SUR L'APPROCHE**



"ENFANT POUR ENFANT POUR LA VACCINATION"

**RAPPORT DE L'ATELIER DES INSTITUTEURS ET DES AGENTS DE
SANTÉ SUR L'APPROCHE "ENFANT POUR ENFANT POUR LA
VACCINATION" .**

Faranah, le 18 Février 2000

Remerciements

Nous adressons nos vifs remerciements à:

- Monsieur l'Inspecteur Régional de la Santé de Faranah***
- Monsieur l'Inspecteur Régional de l'Education de Faranah***
- Monsieur le Directeur Préfectoral de la Santé de Faranah***
- Monsieur le Directeur Préfectoral de l'Education de Faranah***
- Madame et Messieurs les Facilitateurs:***
 - Madame Fatoumata Binta Diallo de la DPE***
 - Monsieur Amadou Camara de la DPS.***

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
OBJECTIFS DE L'ATELIER EPE POUR LA VACCINATION	5
<i>Objectif global</i>	5
<i>Objectifs spécifiques</i>	5
MÉTHODOLOGIE DE L'ATELIER	6
RÉSULTATS DE L'ATELIER	6
CONCLUSION	8
ANNEXES	9
<i>Annexe I: Programme de l'atelier</i>	10
<i>Annexe II: Les calendriers vaccinaux vus par les instituteurs</i>	11
<i>Annexe III: Le calendrier vaccinal préconisé par le Ministère de la Santé</i>	13
<i>Annexe IV: Approche EPE pour la vaccination</i>	14
<i>Annexe V: Les questions fréquemment posées en matière de vaccination</i>	15
<i>Annexe VI: Proposition de nouveau lieux de stratégie avancée</i>	18
<i>Annexe VII: Liste des participants</i>	22

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AC:	Agent Communautaire
AV:	Accoucheuse Villageoise
BCG:	Bacille de Calmette et Guérin
DPE:	Direction Préfectorale de l'Éducation
DPS:	Direction Préfectorale de la Santé
DTCOQ:	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
EPE:	Enfant Pour Enfant
IRE:	Inspection Régionale de l'Éducation
IRS:	Inspection Régionale de la Santé
PEV:	Programme Elargi de Vaccination
PRISM:	Pour Renforcer les Interventions en Santé de la reproduction, y compris les MST/SIDA
VAT:	Vaccin Anti-Tétanique

INTRODUCTION

Pour renforcer les interventions en santé infantile en Guinée, PRISM a initié une approche spécifique pour combler le déficit entre le taux d'utilisation et le taux de couverture (effective et adéquate) du PEV: il s'agit de l'approche EPE pour la vaccination.

C'est une approche qui veut renforcer la couverture vaccinale des enfants de moins de 23 mois en se servant d'autres enfants scolarisés plus âgés. Un élève de la classe de 5^e année parraine un enfant de moins de 23 mois proche de chez lui et veille à ce qu'il soit complètement vacciné et à ce que la mère garde précieusement sa carte de vaccination.

Si son pupille est complètement vacciné, le parrain ou la marraine recevra un certificat d' "Ami de la vaccination" et des fournitures scolaires.

Des pareilles activités compétitives se feront également entre les instituteurs, les écoles, les DPE et les IRE.

Ainsi , le projet PRISM/Faranah en collaboration avec l'Inspection Régionale de l'Education, la Direction Préfectorale de la Santé et la Direction Préfectorale de l'Education a organisé à Faranah, un atelier sur l'approche EPE pour la vaccination.

Cet atelier qui a regroupé les agents de santé et instituteurs des classes de 5^{ème} année des écoles publiques et privées s'est déroulé le 18 Février 2000 de 9 heures à 17 heures dans la salle de conférence du Centre de Formation Professionnelle de Faranah.

OBJECTIFS DE L'ATELIER EPE POUR LA VACCINATION

L'**objectif global de l'atelier** est d'informer les instituteurs et les agents PEV des centres de santé sur l'approche Enfant pour Enfant pour la vaccination afin d'augmenter le taux de couverture vaccinale de la Préfecture de Faranah.

Objectifs spécifiques

A la fin de l'atelier, les participants:

- ◆ Connaîtront le calendrier vaccinal préconisé par le Ministère de la Santé Publique
- ◆ Seront informés sur l'approche Enfant pour Enfant pour la vaccination.
- ◆ Identifieront avec les agents de santé les stratégies de mise en œuvre de l'approche.

MÉTHODOLOGIE DE L'ATELIER

Elle est basée sur l'approche expérientielle centrée sur une interaction dynamique entre les agents de santé et les instituteurs.

- ◆ D'abord les instituteurs ont été priés d'élaborer en groupes le calendrier vaccinal d'un enfant de moins de 23 mois (Annexe II)
- ◆ Ce calendrier est ensuite expliqué et corrigé par les agents de santé: chaque instituteur reçoit à la fin le calendrier préconisé par le Ministère de la Santé Publique (Annexe III)
- ◆ Puis les instituteurs ont posé aux agents de santé toute une série de questions sur les vaccinations
- ◆ Une fois que la compréhension des vaccins et du calendrier vaccinal a été commune, le facilitateur a expliqué l'approche EPE pour la vaccination (Annexe IV)
- ◆ Pour boucler le cycle de l'approche expérientielle, chaque agent de santé a discuté avec les instituteurs de sa zone pour identifier/renforcer les points de stratégie fixe ou avancée du PEV dans leur secteur afin d'opérationnaliser cette approche.

RÉSULTATS DE L'ATELIER

Cet atelier a permis de dégager un certain nombre de constats, sources de recommandations:

- ◆ d'une manière générale, les instituteurs ont très peu de connaissance ou des connaissances erronées sur les vaccinations et le calendrier vaccinal. A l'issue de l'atelier, ils ont pu partir avec une photocopie du calendrier vaccinal préconisé par le Ministère de la Santé Publique; mais les matériels didactiques manquent pour une bonne interaction avec les élèves.
PRISM étudiera la possibilité d'envoyer dans les écoles participantes des affiches sur la vaccination et/ou d'autres matériels didactiques.

- ◆ les villages de stratégie avancés mériteraient d'être renforcés/changés pour atteindre le maximum de population (Annexe V)
Les résultats de l'atelier seront transmis à la DPS de Faranah, pour l'aider à la conception du programme de renforcement des stratégies avancées.

- ◆ certains centres de santé ne peuvent pas participer à cette approche EPE; car les écoles de leur secteur ne disposent pas de classe de 5è.
Pour l'année 2000, le consensus était de rester au niveau de la classe de 5è année où les élèves sont assez mûrs pour comprendre et véhiculer les messages. Après l'évaluation de cette approche, nous pourrions décider de prendre des classes inférieures ou pas.

- ◆ certaines écoles, vu leur situation géographique et la densité de la population où elles se trouvent, ont demandé à être elles-mêmes des points de stratégie avancée.
Cette requête a été acceptée par leur agent PEV respectif; nous verrons lors de l'évaluation s'il faut étendre cette pratique à d'autres écoles ou non.

- ◆ les connaissances des agents de santé sur les vaccins ne sont ni homogènes ni parfaites.
Le guide de supervision formative en santé de la reproduction qui sera élaboré par PRISM devra contenir un chapitre sur la vaccination.

CONCLUSION

L'atelier "EPE pour la vaccination" a permis de renforcer la collaboration qui existait déjà entre deux départements: le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Éducation. Il a fourni une excellente occasion pour le DPS d'informer et de convaincre si besoin est ses collègues du secteur "Éducation" de l'importance des objectifs du PEV.

L'identification des élèves et des instituteurs comme agents de changement ainsi que la mise au point d'une stratégie appropriée qui les orientent vers les soins de santé primaires et insistent sur les qualités dont ils ont besoin pour fournir encadrement et motivation sont d'une importance primordiale dans l'atteinte des objectifs de santé.

Cette mobilisation des enseignants et des élèves fait partie de la participation communautaire; elle cherche à créer des mécanismes de soutien afin d'ouvrir la voie aux changements de comportement nécessaires. Compte tenu du caractère multisectoriel du développement sanitaire, la coordination des activités qui concernent la santé dans différents secteurs est indispensable; nous espérons que cette approche EPE pour la vaccination renforcera cette coordination.

ANNEXES

ANNEXE 1: PROGRAMME DE L'ATELIER

HORAIRE	THEMES	RESPONSABLES
8h 30 - 9h	Installation des participants Questions administratives	M. Doumbouya Sekou (PRISM)
9h - 9h 30	Cérémonie d'ouverture	Autorités administratives et sanitaires
9h 30 - 12h 30	Le calendrier vaccinal	Mme Fatoumata Binta Diallo (DPE) M. Mohammed Cisse (DPE)
12h 30 - 14h	L'approche Enfant pour Enfant pour la vaccination	M. Bourama Kamara (DPE) Dr Rabelahasa Eléonore (PRISM)
14h - 14h 30	Pause - café	
14h 30 - 16h 30	La mise en oeuvre de l'approche par sous-préfecture	M. Mohammed Cisse (PRISM) M Amadou Camara (DPS)
16h 30	Cérémonie de clôture	Autorités administratives et sanitaires

ANNEXE II: LES CALENDRIERS VACCINAUX VUS PAR LES INSTITUTEURS

Groupe 1:

Nom	AGES	MOIS	ANNEE
BCG Polio	Dès la naissance	10 Mars	1999
P1 DTC1	46è jour	25 Avril	1999
P2 DTC2	2 mois 16 jours	11 Juin	1999
P3 DTC3	3 mois	11 Juillet	1999
Rougeole	9 mois	10 Décembre	1999
Tétanos	Toutes les périodes		

Groupe 2

VACCINS	AGES
BCG Polio	46 jours
DTC 1 Polio 1	6 semaines/14 semaines
DTC 2 Polio 2	3 mois 10 semaines
DTC 3 Polio 3	14 semaines
Rougeole	9 mois

Groupe 3:

AGES	VACCINS
0 - 1 mois	Anti-tétanique
1 - 3 mois	Anti-tétanique Polio BCG
3 - 6 mois	Polio BCG Rougeole
6 - 9 mois	Polio BCG Rougeole
9 - 23 mois	Polio Vitamine A

Groupe 4:

VACCINS	AGES	JOUR	MOIS	ANNEE	LIEU
BCG Polio 0	0	14	Février	2000	Faranah
Polio 1 DTC 1	46è jour	30	Mars	2000	Faranah
Polio 2 DTC 2	après chaque mois	30	Avril	2000	Faranah
Polio 3 DTC 3	après chaque mois	30	Mai	2000	Faranah
Rougeole	9è mois	14	Novembre	2000	Faranah

ANNEXE III: LE CALENDRIER VACCINAL PRECONISE PAR LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Source: Normes et Procédures de la Santé de la reproduction, Ministère de la Santé, 1997)

AGE	VACCINS
A la naissance	BCG Polio Oral 0
A 6 semaines (1 mois et demi)	DTC 1 Polio Oral 1
A 10 semaines (2 mois et demi)	DTC 2 Polio Oral 2
A 14 semaines (3 mois et demi)	DTC 3 Polio Oral 3
A 9 mois	Anti-rougeoleux
A partir de 3 ans	V.A.T

ANNEXE IV: APPROCHE EPE POUR LA VACCINATION

INSTITUTEUR

ÉLÈVE

AGENT DE SANTÉ

- enseigne l'approche EPE et le calendrier vaccinal aux élèves
- en fait des rappels périodiques aux élèves.

- identifie un enfant de 0 à 23 mois non ou incomplètement vacciné.
- l'emmène au lieu de vaccination.
- suit attentivement son calendrier vaccinal.
- rappelle les dates à la mère en cas d'oubli de cette dernière.

- vaccine l'enfant
- communique la date et le lieu du prochain rendez-vous
- écrit le nom de l'élève dans le registre des parrains une fois que l'enfant a complété ses vaccinations.

ENFANT COMPLÈTEMENT VACCINÉ

ANNEXE V: LES QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES EN MATIÈRE DE VACCINATION

1. **Que signifie le mot BCG ?**
Bacille de camette et Guérin : les scientifiques qui ont découvert pour la première fois le bacille de la tuberculose.
2. **Que signifie DTC?**
Diphtherie, Tétanos, Coqueluche
3. **Que signifie Polio ?**
Poliomyélite
4. **Que signifie VAT ?**
Vaccin Anti - Tétanique
5. **Un enfant malade doit-il être vacciné ?**
En règle générale : oui . Il faut toujours emmener l'enfant malade au lieu de vaccination; c' est l'agent de santé qui doit décider si oui ou non l'enfant doit être vacciné.
6. **Où se fait l'injection du vaccin BCG ?**
À l'épaule gauche en sous cutané.
7. **Où se fait le vaccin DTC ?**
Au bras , droit ou gauche, au tiers inférieur ,en intramusculaire
8. **Où s'administre le VAT ?**
Au bras ,droit ou gauche,au tiers inférieur,en intramusculaire
9. **Où s'administre l'antirougeoleux ?**
Au bras, droit ou gauche, au tiers inférieur, en intramusculaire
10. **Si un enfant rate une vaccination, doit-il recommencer tout?**
Non. Il continue les vaccins restants
11. **Un enfant qui tète peut-il prendre le polio oral?**
Oui. Le lait maternel n'altère pas l'absorption du vaccin.
12. **Après les injections DTC, faut-il appliquer une pommade sur les lieux d'injections pour que ceux-ci ne gonflent pas?**
Non. Il faut seulement s'assurer que les lieux d'injections soient propres, la mère peut laver normalement son enfant.

13. **Après l'injection de BCG, la plaie vaccinale signifie-t-elle que l'enfant est tuberculeux?**
Non. Il est absolument normal d'avoir une plaie vaccinale sur le lieu d'injection du BCG; d'ailleurs la cicatrice vaccinale signifie une vaccination réussie.
14. **Est-il indispensable de donner de l'aspirine ou du paracétamol à un enfant après la vaccination?**
Non. La fièvre post-vaccinale est le signe que l'organisme de l'enfant réagit normalement aux vaccinations. Elle dure 48 heures au maximum. Cependant si elle persiste, il faut emmener l'enfant au centre de santé.
15. **Un enfant vacciné contre une maladie spécifique peut-il attraper quand même la maladie?**
Oui. Il peut attraper mais sous une forme très bénigne dont il ne faut pas avoir peur.
16. **Est-il nécessaire de garder la carte de vaccination si la mère se souvient des dates de vaccination de son enfant?**
Absolument. Seule la carte de vaccination garantit que l'enfant a été effectivement vacciné.
17. **Les vaccinations protègent-elles l'enfant contre toutes les maladies?**
Non. Les vaccinations sont spécifiques et ne protègent l'enfant que contre des maladies spécifiques. Le BCG le protège contre la tuberculose; le DTC contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche; le VAT contre le tétanos; la polio contre la poliomyélite, l'antirougeoleux contre la rougeole.
18. **Un enfant qui a un faible poids peut-il être vacciné?**
Oui. La vaccination le préservera d'attaquer une maladie qui va aggraver son état. Donc, il faut toujours emmener l'enfant au lieu de vaccination; c'est l'agent de santé qui va décider ce qu'il faut faire.
19. **Les vaccinations faites en Guinée sont-elles valables ailleurs?**
Absolument. C'est une des raisons pour garder précieusement la carte vaccinale.
20. **En Guinée, les vaccins sont-ils disponibles dans les pharmacies privées?**
Les vaccins préconisés par la politique nationale de la vaccination ne sont disponibles que dans les formations sanitaires.
21. **Pourquoi la vaccination antipoliomyélite se limite-t-elle seulement aux enfants de moins de 5 ans?**
Parce que les enfants de moins de 5 ans constituent le groupe le plus vulnérable.
22. **Pourquoi la première dose de DTC ne se prend qu'après le 46^e jour de la naissance?**
Parce que avant le 46^e jour, le nouveau-né est encore protégé par les anticorps maternels.

23. **La dose de vaccin de la rougeole étant au 9è mois, l'enfant est atteint de la rougeole au 5è mois, que faut-il faire?**
Il faut s'assurer que c'est bien la rougeole et vacciner l'enfant immédiatement.
Mais à 9 mois, il faut répéter la vaccination.
24. **Pourquoi vaccine-t-on nos enfants?**
Pour les protéger contre les principales maladies infantiles.
25. **Quelles sont les maladies cibles du PEV?**
La tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole
26. **Les moyens traditionnels peuvent-ils lutter contre ces maladies?**
La pharmacopée traditionnelle pourrait guérir certaines de ces maladies. En tout cas, elle n'a pas de pouvoir préventif contre aucune de ces maladies.
27. **Quelles sont les principales réactions vaccinales?**
Ce sont la fièvre, les pleurs et irritations, la douleur au point d'injection, la plaie vaccinale
28. **Que faut-il faire en cas de réactions vaccinales?**
Attendre que cela se passe.
29. **Quel est le nom du vaccin contre la rougeole en Guinée?**
ROUVAX

ANNEXE VI: PROPOSITION DE LIEUX DE STRATÉGIE AVANCÉE

SOUS-PREFECTURE DE SONGOYA ET HEREMAKONON

Points de stratégie avancée	Jours	Responsables
Yatia	Samedi (Jour du marché)	Agent PEV et enseignant Saïdou Touré
Gueafary	Vendredi (grande prière)	Agent PEV et Ousmane Samoura (AC)
Dantilia	Mercredi (Jour de marché)	Agent Poste de Santé et Samoura Daouda
Hèremakonon centre	Mercredi (Jour de marché)	Agent PEV et Kalivogui Siba
Gbetaya	Jeudi (Jour de repos des élèves)	Agent PEV et AC Aly Touré
Biri	Lundi	Agent PEV et Mory Kalama
Coreah	Lundi	Agent PEV et Mory Kalama
Beindougou	Vendredi (Grande Prière)	Agent PEV et Samoura Ousmane (AC)
Damania	Lundi (Jour de marché)	Agent PEV et Samoura Marcel (AC)
Tinterba	Jeudi (Jour de repos des élèves)	Agent PEV et Kankou Camara (AV)
Kabèlèya	Samedi	Agent PEV
Mongocerdou	Vendredi (Grande Prière)	Agent PEV et Mamadi Kéïta (AC)
Meninko	Vendredi (Grande Prière)	Agent PEV et Mamadi Kéïta (AC)
Siramaya	Vendredi (Grande Prière)	Agent PEV et Mamadi Kéïta (AC)
Lancerdou	Vendredi (Grande Prière)	Agent PEV et Mamadi Kéïta (AC)
Songoyah centre	Mardi(Jour du marché)	Agent PEV ,AV et la Matrone

2. SOUS-PREFECTURE DE BANIAN

Points de stratégie avancée	Jours	Responsables
Banian centre	Tous les jours	Agent PEV et Hamidou SOW
Nianfourando	Samedi	Sayon Camara
Fourando	Jeudi	Mamadou Sidibé
Sembeldo	Jeudi	Samuel Kamano
Ballaya	Mercredi	Alphonse Gnomou Songbono
Bandaya	Mardi	Balla Sanoh
Kaola	Lundi	Facely Condé
Bambalèya		Fassa Ouendeno
Signa -Sokourala		Agent PEV
Doumbafè		Agent PEV
Douwoulema		Agent PEV
Koléanfè-kondeto		Agent PEV
Yarawadou		Agent PEV

3.SOUS- PREFECTURE DE PASSAYA

Points de stratégie avancée	Jours	Responsables
Niènouya	Vendredi (Grande Prière)	Agent PEV et Oumar Kourouma
Dansokoya	Mardi (Jour du Marché)	Agent PEV et Robert Kamano
Bèlèya	Dimanche (Jour du Marché)	Agent PEV et Tamba Lucien Léo
Danda	Vendredi (Grande Prière)	Agent PEV et Sékou Faro
Fria Beindou	Dimanche (Jour du Marché)	Agent PEV et Balla Yombouno

4. SOUS-PREFECTURE DE NIALIA

Points de stratégie avancée	Jours	Responsables
Nialia centre	Tous les jours	Agent PEV et l'enseignant
Laya-Doula	Mardi	Agent PEV et l'enseignant
Kamara	Mardi	Agent PEV et Lac
Bantou	Mardi	Agent PEV et l'AC
Friko	Mardi	Agent PEV et l'AC
Arfela	Vendredi	Agent PEV et l'AC
Maradou	Vendredi	Agent PEV et l'AC
Gnona	Vendredi	Agent PEV et l'AC
Silimi	Vendredi	Agent PEV et l'AC
Tindo	Vendredi	Agent PEV et l'enseignant

5. SOUS-PREFECTURE DE KOBIKORO

Points de stratégie avancée	Jours	Responsables
Kobikoro centre	Jeudi (Jour de repos des élèves)	Ag PEV et le Directeur de l'école
Gbafariah	Samedi (Jour de Marché)	Agent PEV
Kirsai	Jeudi (Jour de repos des élèves)	Agent PEV

6. SOUS-PREFECTURE DE TIRO

Points de stratégie avancée	Jours	Responsables
Ecole primaire Tiro centre	Tous les jours	Ag PEV et Karifa Mohamed Fofana
Ecole primaire Sanankoro	Mardi	Agent PEV et Sabana Simbyano
Ecole primaire laya sando	Jeudi et Vendredi	Agent PEV et Mathieu Touré
Ecole primaire Selen	Samedi	Agent PEV et Alpha Fofana
Kalanko		Agent PEV
Yalaya		Agent PEV
Serdou		Agent PEV

Points de stratégie avancée	Jours	Responsables
Kabaya- Ba		Agent PEV
Kabaya-Koro		Agent PEV

7. SOUS-PREFECTURE DE BEINDOU

Points de stratégie avancée	Jours	Responsables
Beindou centre	Jeudi	Mamadi condé 5 ^{ème} année et agent PEV
Koumandi koura	Dimanche	Eugène Fassa Ouendouno 5 ^{ème} année
Serekoro		Agent PEV
Koumandi barnatou		Agent PEV
Nyako		Agent PEV
Mansiramoribaya		Agent PEV
Woussouya		Agent PEV
Sékora		

8. SOUS-PREFECTURES DE MARELLA ET SANDENIA

Points de stratégie avancée	Jours	Responsables
Sandénia centre	Mardi	Agent PEV et enseignant de 5 ^{ème} année
Laya solima	Samedi	Agent PEV et enseignant de 5 ^{ème} année
Nya forita	Jeudi	Agent PEV et enseignant de 5 ^{ème} année
Komboya- Bontala	Jeudi	Agent PEV
Marella centre	Tous les jours	Agent PEV et enseignant de 5 ^{ème} année
Kalia	Dimanche	Agent PEV et enseignant de 5 ^{ème} année
Sabère Kalia	Jeudi	Agent PEV et enseignant de 5 ^{ème} année
Soloya	Samedi	Agent PEV et enseignant de 5 ^{ème} année
Soumayeriya	Mardi	Agent PEV
Boketo	Lundi	Agent PEV
Boussoura	Mercredi	Agent PEV
Friguia	Mardi	Agent PEV
Mansa Dounki	Lundi	Agent PEV

9. CSU MARCHÉ

Quartier	Ecoles	Dates	Maitre 5 ^{ème} A	Agent PEV
Aviation	Application	2 ^{ème} jeudi du mois	Aly Touré Senkoun Samoura	Glon Chérif

Quartier	Ecoles	Dates	Maitre 5 ^{ème} A	Agent PEV
Tonkolonko	Camp militaire Cabral Samory	2 ^{ème} jeudi du m. 1 ^{er} jeudi du mois 2 ^{ème} jeudi du mois	Doussou Oulare Yaye Sidimé Sonkou Camara Ms Fofana	Glon Chérif
Marché	UFA	2 ^{ème} jeudi du mois	Anssoumane Condé	Glon Chérif
Yèrèwalia	Yèrèwalia	3 ^{ème} jeudi du mois	Tamba Marcel Leno	Glon Chérif
Sokourala	Sokourala	3 ^{ème} jeudi du mois	Namory Camara	Glon Chérif

10.CSU ABATTOIR

Ecoles/ Districts	DATES	Maitre de 5 ^{ème} année	AGENT PEV
Alpha Yaya	2 ^{ème} jeudi du mois	Karifa conde Mama Touré	Agent PEV
Karamoko Kourouma	1 ^{er} jeudi du mois	Mamadi sangaré Fatoumata yarie Toure Sadio Mansaré	Mme Mariama camara
Mondlane	1 ^{er} jeudi du mois	Fatoumata sayon Oularé Moussa Kourouma	Agnet PEV
Salé- Laye	1 ^{er} jeudi du mois	Doussouba fèrin Oularé Lansana Keita Bintia Cissé	Agent PEV
Koria Koura	3 ^{ème} jeudi du mois	Fayogate Touré	Agent PEV
Soulemania	3 ^{ème} jeudi du mois	Alexi Faya Millimon	Agent PEV
Sansambou	Mardi		Agent PEV élus locaux
Konkofaya			
Birissa			
Bèlèya	jeudi		Agent PEV / élus locaux
Bola yaru			

ANNEXE VII: LISTE DES PARTICIPANTS

N°	PRENOMS ET NOM	PROVENANCE
01	Hamidou SOW	B.Hop
02	Facély CONDE	Kaola
03	Mamadou SIDIBE	Fourando
04	Samuel KANION	Sembedo
05	Balla SANOH	Bandaya
06	Alphonse GNOLOU	Ballaya
07	Fassa OUENDENO	Bambaleya
08	Sayon CAMARA	Nianfour
09	Louncény KOUROUMA	Niala
10	Douty OULARE	Laya doula
11	Pascal KOUROUMA	Bantou
12	Amara CONDE	Silimi
13	Baba Sékou K	Kamarah
14	Sayon CONDE	Tindo
15	Sayon TRAORE	Friko
16	Lucien TAMBA	Bèlèya
17	Sékou FARO	Danda
18	Sékou Mohamed SAMOURA	Niénouya
19	Balla YOMBOUNO	Beindougou
20	Robert KAMANO	Dansokoya
21	Mamadou SAMOURA	Sandénia
22	Sidiki CONDE	Laya Solima
23	Ibrahima CAMARA	Niaya
24	Karifa KOUROUMA	Tiro
25	Mohamed FOFANA	Tiro
26	Mathieu Y. TOURE	Laya Sando
27	Alpha FOFANA	Sélén
28	Savana SIMBIANO	Sanankoro
29	Siba KALIVOGUI	Hérèmakono
30	Seydou TOURE	Yatia

N°	PRENOMS ET NOM	PROVENANCE
31	Daouda SAMOURA	Dantilia
32	Démba SAMOURA	Guéafary
33	Sékou YOMBONO	Kobikoro
34	Mamady OULARE	Beindou
35	Eugène Fassa OUENDENO	Koumandy K.
36	Samba SAVANE	Marella
37	Abdoulaye KABA	Soloya
38	Franck TRAORE	Kalia
39	Ibrahima Kalil S.	Kalia
40	Oyé KOIVOGUI	CS/Kobikoro
41	Moussa OULARE	CS/Banian
42	Lanciné SANOH	CS/Tiro
43	Yère TOURE	CS/Nialia
44	Saa Victor TOLNO	Beindou
45	Mamady TRAORE	Passaya
46	Mohamed Chérif DIALLO	Marella
47	Mamadou Dian KEITA	Sandénia
48	Jean-Pierre GOUMOU	Hérémakono
49	Pévé Béavogui	Songoya
50	Mariame CAMARA	CS/Abattoir
51	Glonan CHERIF	CS/Marché
52	Fayonka TOURE	Koria Koura
53	Mamadou FOFANA	Samory
54	Alexis F. MILLIMONO	Souleymania
55	Ansoumane CONDE	UFA 1
56	Fanta KEITA	UFA 1
57	Doussouba Fèrèn OULARE	S.L
58	Lansana KEITA	S.L
59	Bintia CISSE	S.L
60	Aly TOURE	Applic.
61	Sénkoun SAMOURA	Applic.
62	Sankon CAMARA	A. Camara

N°	PRENOMS ET NOM	PROVENANCE
63	Yayé SIDIME	A.Cabral
64	Doussou OULARE	A.Cabral
65	Mamadi SANGARE	K.K
66	Sadjo MANSARE	K.K
67	Fatoumata Yarie TOURE	K.K
68	Moussa KOUROUMA	Mondlane
69	Fta Sayon OULARE	Mondlane
70	Oumouratou DIALLO	Mondlane
71	Aminata CONDE	Mondlane
72	Moussa SIDIBE	Camp M
73	Tamba Marcel LENO	Yèrèwalia
74	Mama TOURE	A.Yaya
75	Karifa CONDE	A.Yaya
76	Dr Mamadou Adama DIALLO	DPS
77	Mamadou Oury SALL	IRE
78	Bourama CAMARA	DPE
79	Amadou CAMARA	DPS
80	Amadou CAMARA	DPE
81	Mohamed CISSE	PRISM
82	Dr Eléonore RABELAHASA	PRISM



**PRISM
Q-2000-1
ANNEX: III**

EQUITY QUESTIONNAIRE

Purpose of the Questionnaire

We are trying to identify factors that affect the performance of the *Comités de Gestion* of the health centers (CoGes). Specifically, we want to determine what accounts for the gap between how the CoGes are supposed to function and how they work in reality. The "we" is PRISM and Management Sciences for Health (MSH). MSH is a nonprofit organization based in Boston, MA which works to improve health systems in developing countries. PRISM is a reproductive health project, funded by USAID and managed by MSH, to improve family planning, clinic management and mother and child health services in Haute Guinée and in Guinée Forestière. This questionnaire is part of a UNICEF/USAID project to help four West African countries (Benin, Burkina Faso, Guinea, and Mali) develop strategies to both facilitate access to and increase the utilization of services in the health centers by the poorest segments of the Guinean population. We are interested in the CoGes because their participation is integral to the success of any measures taken to extend health care services and remove barriers to those least able to pay.

We view PCVs as key sources of information: a) from personal experience - two key consultants in this project are RPCV's, Catherine Severo - Liberia 1985-87 and Charlie Stover - Niger 1964-66; as is Michael Blake - Togo, PRISM Regional Representative in Kankan. b) from discussions with your deputy directors. As you will see, this is not an exhaustive survey, rather, a tool for discussion to illuminate some of the key issues at play. Given your placement in the communities, and your ability to interact with CoGes members, local leaders, and the community at large, we consider your assistance and input as enormously helpful to us as we look for ways in which health centers can be made to work better.

How to Use this Questionnaire

We've divided this document into two parts, the first is "Questions for CoGes Members," and the second "Questions for Community Members. We would ask that you pose the questions in the first section to CoGes members you know, and then approach neighbors and community leaders (not in the CoGes) with the questions in the second. Each question appears in English and in French. We know that you may want to use a local language as well but we leave the translation up to you!

The ideal set of interviews would include:

- 3 CoGes members who live in the community

- 1 CoGes member who is a member of the staff of the Health Center
- 5 members of the community, including a mix of men and women.

More interviews would of course be very welcome if you have the time.

You will know best whether to conduct the interviews at the health center, during a CoGes meeting or informally at home or in the village. However, it would probably be best to conduct the interview at a quiet time when there are few distractions and not too many other people present so that the interviewee feels free to express his or her opinion. Please assure your interviewees that their comments will be held confidential.

You will receive one copy of each questionnaire. A notebook is provided for recording the answers to the questions. Please note the basic information about each person at the beginning of the interview and then the responses. There is no need to copy out the questions each time, just note the question number in the left-hand margin near the comments. As usual in interviews, comments may be rambling and it may not be easy to associate them directly with specific question numbers. The important point in recording interviews is to be faithful to the actual comments, rather than trying to rewrite them or edit them. This sort of editing tends to stamp out the sharpness of the original answers. Negative answers, such as "Doesn't know" or "Can't answer" or "Never heard of it" are also of great interest to us, because we need to know to what extent information circulates about the CoGes and the health center. In particular, please record any stories or specific incidents that people may tell you about the CoGes or health center. We're also interested in your own comments on any of the questions. If you would like to respond, please include your self-interview in the notebook.

In the CoGes questionnaire, the most important questions are 4, 5, 10 and 11. In the Community member questionnaire, the most important questions are 1, 7, 9, 10. If you have to shorten your interview, please try to get information about these points.

Once you have completed the interviews, please place the notebook in the envelope provided and fill out the cover sticker. Return the envelope to the APCD for Health at the Peace Corps Office. For PCVs in Kankan or in N'Zérékoré regions, please send your notebook to the regional PCV office. The APCD and the regional PCV representatives will transmit the envelopes to PRISM. The data analysis will be conducted in Boston and copies of the summary report will be sent to Peace Corps.

Please return your notebook by 31 April 2000.

Thank you for your help with this survey!

QUESTIONS FOR COGES MEMBERS

Identification of Interviewee:

Sex, age, profession, literate or not, year elected to CoGes, position on CoGes (President, treasurer, secretary, other title)

1. How were the members of the CoGes selected – were they elected, appointed, etc.? How was the selection carried out?

Comment les membres du Comité de Gestion ont-ils été sélectionnés ? Ont-ils été élus ou désignés ? Comment la sélection s'est-elle passée ?

2. When did you have the last meeting of the CoGes? And the one before that? Who convenes the meetings? Do members of the community ever attend?

Quand a eu lieu la dernière réunion du Comité de Gestion ? Et la réunion précédente ? Qui les convoque ? Est-ce que d'autres membres de la communauté assistent parfois aux réunions du Comité ?

3. Have you, or any members of CoGes, ever received any kind of training related to your work, either formal or informal? If yes, who did the training and how long was it? Where was it held? Have you received any documents which explain your work?

Les membres du Comités de Gestion ont-ils reçu une formation sur leurs nouvelles tâches et responsabilités ? Cette formation a-t-elle été informelle, sur le tas, ou une formation classique dans une salle de classe ou au centre de santé ? Qui l'a conduite ? Combien de temps a-t-elle duré ? Avez-vous reçu des documents sur votre travail au sein du CoGes?

4. What does the CoGes do? Do any community members of the CoGes ever work in the health center?

Que fait le Comité de Gestion ? Quelles sont vos tâches et vos responsabilités ? Les membres du CoGes travaillent-ils parfois au Centre de Santé ?

5. What activities did the CoGes conduct last year to improve the health center?

Quelles actions le CoGes a-t-il menées pour améliorer le Centre de Santé l'an dernier?

6. How would you describe your relations with the Chef de Centre and the other health center staff?

Quelles sont vos relations avec le Chef du Centre et le personnel du Centre de Santé ?

7. Do you feel that the CoGes has sufficient authority, as compared to health center staff, to decide how health center revenues should be used? Do you know how the health center revenues are used? What should be done with the savings that you have accumulated? Should they be saved longer or should they be spent? How ?

A votre avis, le Comité de Gestion a-t-il suffisamment d'autorité sur le personnel du Centre de Santé pour décider de l'utilisation des recettes ? Savez-vous à quoi sont utilisées les recettes du centre de santé ? A votre avis, à quoi devrait-on utiliser les économies accumulées par le Centre de Santé ? ou vaut-il mieux les garder à la banque ?

8. Do you think that the health care providers overcharge for services at the health center? How much (ask for specific examples)? How often ? Do health staff ever ask for other kinds of compensation for services (rice, chickens, other goods or services?). If so, how does the CoGes respond?

A votre connaissance, les agents de santé demandent-ils parfois de l'argent en plus des tarifs officiels pour les services ? Cette pratique de surtarification est-elle fréquente ? Est-elle importante ? (pourriez-vous me donner un exemple?) Est-ce envers tout le monde, ou seulement envers certaines personnes? Demandent-ils d'autres sortes de compensation, comme du riz, du bois, des poulets, par exemple ? Si tel est le cas, quelle a été la réaction du Comité de Gestion ?

9. Are there community members, who, even if they are very sick, cannot get access to health care because they don't have money? Please describe who they are (e.g. widowed pregnant woman, etc.). Do you know if there is an official policy or law about helping people who are sick and who cannot pay for health care?

Dans votre communauté, y a-t-il des personnes qui, à cause de l'argent, ne peuvent pas venir au Centre de Santé quand elles sont malades ? Qui sont ces personnes ? (Demander des précisions sur leur situation matrimoniale, professionnelle, leur histoire, le type de maladie, etc...). Savez-vous s'il existe une loi protégeant les personnes malades sans ressources ?

10. What does the CoGes do when someone comes to the health center but cannot pay? Does the CoGes take any measures to assist them? Do you give free care to some people? Do you give credit or allow partial payment? Who decides? Try to get an example of a real case.

Que fait le Comité de Gestion quand un malade vient au Centre de Santé et qu'il ne peut pas payer ses soins ? Offrez-vous des soins ou des médicaments gratuits parfois? Acceptez-vous des crédits ou des paiements partiels ? Qui décide ? Quand le Comité de gestion a-t-il aidé quelqu'un qui ne pouvait pas payer pour la dernière fois ? Concrètement ?

11. What should be done to improve the functioning of the Comité de Gestion ?

Que faudrait-il faire pour améliorer le fonctionnement du Comité de Gestion ?

12. Do you think that CoGes members should receive some form of incentive for their work? What should it be? Who should give it ?

A votre avis, les membres du CoGes devraient-ils recevoir une forme de motivation pour leur participation ? Quel sorte de motivation ? Qui devrait la leur fournir ?

Merci pour vos réponses : elles nous seront très précieuses !

QUESTIONS FOR COMMUNITY MEMBERS

Identification of Interviewee:

Sex, age, profession, number of children :

1. Do you know that there is a Comité de Gestion du Centre de Santé? Who is on it?

Avez-vous entendu parler du Comité de Gestion du Centre de Santé ? Qui sont les membres du Comité de Gestion ?

IF THE ANSWER IS NO, SKIP TO QUESTION 6.

2. Did you participate in choosing the CoGes members? How did that happen?

Avez-vous participé à la sélection des membres du Comité de Gestion ? Pourriez-vous me décrire comment cela s'est passé ?

3. What does the CoGes do? Do you know any actions or activities that the CoGes has conducted to improve the health center?

Que fait le Comité de Gestion ? A votre connaissance, qu'est-ce que le Comité de Gestion a fait depuis un an pour améliorer le Centre de Santé ?

4. Who does the CoGes listen to in the community? If you had a concern about the services provided by the health center, would you approach a CoGes member? Have you ever done so?

Qui le Comité de Gestion écoute-t-il au sein de la communauté ? Si vous aviez un problème avec le Centre de Santé, iriez-vous le présenter à un membre du Comité de Gestion ? L'avez-vous déjà fait ? A qui vous êtes-vous adressé ?

5. In terms of importance and stature, how would you say the CoGes relates to other civil society institutions – e.g. the mosque, a woman's group, a local business, CRD, etc.?

Le Comité de Gestion est-il important dans la communauté ? Comment le compareriez-vous aux autres groupements communautaires ? au Comité Rural de Développement ? aux associations religieuses ? aux groupements féminins ? agricoles ?

6. Have you ever gone to the Health Centre for care? The last time you went there, what was the problem? Who was sick? Did you get medication? How much did you pay?

Avez-vous déjà consulté au Centre de Santé ? Pour qui aviez-vous consulté la dernière fois ? Avez-vous été bien servi ? Avez-vous reçu des médicaments ou un vaccin ? Combien avez-vous payé ?

7. What do you think of the staff in the health center? In general, would you say that staff are polite to the clients, clinically competent, etc.? Does the center always have medicine? Do you think it is clean?

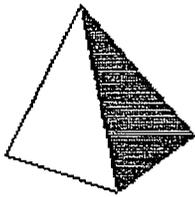
Que pensez-vous du personnel du Centre de Santé ? En général, est-ce qu'ils accueillent bien les clients ? Savent-ils bien soigner les gens ? Avez-vous confiance en eux ? Le Centre a-t-il toujours les médicaments qu'il faut ?

8. When you or your children are sick do you go to the health center first, or do you try another kind of health care?

Quand vous êtes malade ou quand votre enfant est malade, ou consultez-vous en premier ? au Centre de Santé ou un guérisseur traditionnel ? chez le karamoko ?

9. Does the staff charge more than the official prices for services and do they ask for other things, like rice or chickens or something else? Can you tell me how much it costs for a delivery, for example ? Does this happen every time you go to the health center or only sometimes ? Only some staff ?

Les agents de santé demandent-ils plus que les tarifs officiels pour les soins et les médicaments ? Est-ce parfois ou tout le temps ? Est-ce pour certains ou pour tout le monde ? Faut-il donner parfois autre chose que de l'argent, comme du riz, des poulets ou des nattes ? Par exemple, pouvez-vous me dire combien il faut donner pour accoucher au Centre de Santé ? Faut-il en plus donner un cadeau à la sage-femme ?



PRISM

Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA

**PRISM
Q. 2000-1
Annex: IV**

**STRATEGIE D'APPUI
POUR LA SUPERVISION DES SITES
"INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES"
DANS SA ZONE D'INTERVENTION**

**STRATÉGIE D'APPUI DU PROJET PRISM POUR
LA SUPERVISION DES SITES "INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES"
DANS SA ZONE D'INTERVENTION**

Février 2000

Page 1

75

REMERCIEMENTS

Ce document a été élaboré en collaboration avec les superviseurs des Préfectures hébergeant les centres appliquant l'approche syndrômique pour la prise en charge des IST. Il s'agit de:

- *Kissidougou: Dr Camara M. Kéoulen, Chef de section SSP/DPS
Dr Therno Hamidou Barry, Chef de service à la Maternité de l'hôpital préfectoral*
- *Faranah: Dr Kaman Kamara: Médecin en service à la Maternité de l'hôpital préfectoral
Dr Ahmadou Sadio Diallo, Chargé des maladies/DPS*
- *Dabola: Dr Mamady Kourouma, Chef de service à la Maternité de l'hôpital préfectoral
Dr Bachir Camara, Chargé des maladies/ DPS*
- *Dinguiraye: Mme Hadja Mata Barry: Chargée de la CPN/PF au CSU
Dr Sagnane Habib, Chef de service à la Maternité de l'hôpital préfectoral
Dr Aboubacar Sidibé, Chargé des maladies/DPS*
- *Guéckédou: Dr Sékou Kourouma, Superviseur à la DPS
Dr Fassa Etienne Kourouma, Chef de service de la Maternité préfectorale*
- *Mandiana: Dr Paul Fassa Kadouno, Chef de service à la Maternité préfectorale*
- *Siguiri: Dr Chérif Idrissa Diallo, Chargé des maladies/DPS
Dr Passy Sékou Camara, SSP/DPS*
- *Beyla: Dr Ismaël Nabé, Chef de service de la Maternité communale*
- *Kankan: Dr Mamadou Oury Bah, Chargé des maladies/DPS*
- *Kérouané: Dr Goureissy Sock, Chargé des maladies/DPS*
- *Macenta: Dr Abdoulaye Barry, Chargé des maladies/DPS*
- *Kouroussa: Dr Salifou C. Camara, Chef de laboratoire/DPS*

Nous les en remercions.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations	Page 4
Introduction	Page 5
Méthodologie de l'atelier d'élaboration de la stratégie de supervision.	Page 6
Recommandations sur l'appui du projet dans la supervision des sites appliquant l'approche syndrômique dans la prise en charge des IST.	Page 8
<i>I. Les préalables</i>	Page 8
<i>II. Les recommandations au cours de la supervision</i>	Page 9
<i>III. Les recommandations pour la poursuite de la stratégie</i>	Page 9
Conclusion	Page 10
Annexes	Page 11
<i>Annexe I: Programme de l'atelier</i>	Page 12
<i>Annexe II: Fiche d'évaluation mensuelle de la compétence du prestataire</i>	Page 14
<i>Annexe III: Analyse FFOM du système de supervision</i>	Page 15
<i>Annexe IV: Stratégies pour améliorer le système de supervision</i>	Page 16
<i>Annexe V: Plan d'action opérationnel pour la mise en oeuvre de la supervision:</i>	Page 17
<i>Annexe V: Equipement de base pour appuyer la prise en charge syndrômique des IST</i>	Page 20

Liste des abréviations

ACDI:	Agence Canadienne de Développement International
CPN:	Consultation Pré-Natale
CSU:	Centre de Santé Urbain
DPS:	Directeur Préfectoral de la Santé
FFOM:	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
GTZ:	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HCR:	Haut Commissariat pour les Réfugiés
IST:	Infections Sexuellement Transmissibles
ONG:	Organisation Non Gouvernementale
PNLS:	Programme National de Lutte contre le SIDA
PPSG:	Projet Population, Santé Génésique
PRISM:	Pour Renforcer les Interventions en Santé de la reproduction, y compris les MST/SIDA
PSR:	Projet Santé Rurale
SIDA:	Syndrôme d'ImmunoDéficiency Acquis
SIDA 2:	Projet d'appui au PNLS - volet 2
SSP:	Soins de Santé Primaires
USAID:	United States Agency for International Development
VIH:	Virus d'Immunodéficiency Humaine

INTRODUCTION

PRISM, projet financé par l'USAID et exécuté par Management Sciences for Health, est un projet qui évolue principalement dans trois composantes de la santé de la reproduction, à savoir:

- la maternité sans risque
 - les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA
 - la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes.
- PF

Présent dans deux régions naturelles, regroupant trois régions administratives (Kankan, Faranah, Nzérékoré), PRISM privilégie quatre domaines stratégiques:

- l'amélioration de l'accès
- l'accroissement de la demande
- le renforcement de la coordination
- l'amélioration de la qualité.

En ce qui concerne, la lutte contre les IST y compris le SIDA, PRISM s'est intégré dans l'environnement préconisé par le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec les autres partenaires, spécifiquement la Banque Mondiale (PPSG), la GTZ à travers le projet PSR/Faranah-Guéckédou et l'ACDI à travers le projet SIDA2.

Reconnaissant que les IST constituent un facteur important dans la propagation de la VIH, le Ministère de la Santé Publique, à travers le PNLS, a identifié l'approche syndrômique comme une des stratégies dans la lutte contre le VIH/SIDA.

L'approche syndrômique pour la prise en charge des IST est reconnue, dans ce cadre, comme un outil fort et approprié pour plusieurs raisons:

- ✓ les centres de santé ne disposent pas encore des équipements nécessaires et des compétences adéquates pour faire le diagnostic étiologique des IST.
- ✓ il est démontré que plusieurs patients présentent des pathologies multiples: l'association de la gonococcie et de la chlamydiae est des plus fréquentes en République de Guinée.
- ✓ en santé publique, il est plus efficace de prodiguer le maximum de soins dès la première rencontre avec un patient. Ce qui entre parfaitement dans la politique du Ministère de la Santé Publique qui prône les soins globaux, continus et intégrés.

PRISM a donc initié son intervention en IST/SIDA par des réunions avec les différents intervenants pour définir quel sera l'apport de chacun dans cette lutte. C'est ainsi que:

- ✓ la Banque Mondiale, à travers la PPSG, apportera aux centres de santé la première dotation en médicaments anti-IST.
- ✓ le projet Canadien, SIDA2, fournira son assistance technique dans l'élaboration des curricula de formation (formation des formateurs, formation des prestataires). Il continuera également l'intégration des centres en IST/SIDA dans ses zones d'intervention.
- ✓ GTZ participera à l'intégration des centres en IST/SIDA dans sa zone d'intervention. Elle donnera également son assistance technique dans les formations.
- ✓ enfin, PRISM fournira son assistance technique dans l'élaboration du curriculum de formation, et formera les formateurs et les prestataires dans sa zone d'intervention. Il fournira un équipement de base aux centres et assistera les DPS dans la supervision des sites.

L'atelier d'élaboration de la stratégie de supervision, organisé par PRISM et qui s'est tenu à Faranah du 16 au 18 Février 2000 s'inscrit dans ce processus. Il a réuni certains membres des superviseurs des régions d'intervention du projet.

MÉTHODOLOGIE DE L'ATELIER D'ELABORATION DE LA STRATÉGIE DE SUPERVISION.

L'objectif global de l'atelier est l'élaboration d'une stratégie efficace et efficiente de supervision des prestataires formés à l'approche syndrômique pour la prise en charge des IST.

Ses objectifs spécifiques ont été identifiés comme suit: à la fin de l'atelier, les participants seront capables de:

- ✓ identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de l'approche actuelle de supervision appliquée à leur DPS respective.
- ✓ élaborer un programme de supervision réaliste en fonction de cette analyse FFOM
- ✓ identifier les besoins en ressources matérielles pour opérationnaliser le programme de supervision préfectoral.

Après une journée de rappel sur l'approche syndrômique pour la prise en charge des IST (cf, programme en annexe 1), l'exercice de l'élaboration de la stratégie de supervision a commencé par la définition de l'hypothèse de travail.

L'hypothèse de travail consiste à admettre que le système de supervision actuel utilisé par le PNLS va être appliqué sans changement dans la zone d'intervention du PRISM. Cela signifie que:

- ✓ le superviseur va descendre une fois par mois dans les sites
 - ✓ la fiche d'évaluation de la compétence (annexe 2) va être remplie mensuellement sur place quand le superviseur visite le centre. S'il trouve un taux d'adéquation inférieur à 60%, il va maintenir la périodicité mensuelle de sa supervision et remplir à chaque visite la fiche d'évaluation de la compétence du prestataire. Il va profiter de sa visite pour faire la formation sur le tas des prestataires suivant les objectifs éducationnels qu'il aura dégagés par l'analyse de la fiche. Si le taux d'adéquation est supérieur à 60%, il ne remplira la fiche que trimestriellement.
- ≤ 6 mois*

Une fois cette hypothèse de travail comprise et admise par l'assistance, l'exercice a continué par la définition opérationnelle et consensuelle de ce que l'assistance entend par Force, Faiblesse, Opportunité, Menace de ce système de supervision appliqué à leur environnement.

Les définitions suivantes ont été retenues:

- ✓ **FORCE** = ensemble des acquis qui permettent d'aboutir à l'exécution du programme.
- ✓ **FAIBLESSE** = insuffisance des ressources qui sont nécessaires à la réalisation du programme.
- ✓ **OPPORTUNITÉ** = ensemble de conditions favorables existantes, qui ne dépendent pas du programme, mais dont on peut profiter.
- ✓ **MENACE** = ensemble de facteurs ou de conditions défavorables à la réalisation d'un programme.

En possession de ces définitions, des groupes de travail se sont constitués pour identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui influenceraient l'application d'un tel système de supervision dans leur environnement (annexe 3).

Après quoi, les groupes ont continué à discerner les stratégies appropriées pour maximiser les forces, minimiser les faiblesses, contourner les menaces et profiter des opportunités (annexe 4).

Une fois les stratégies définies, le dernier exercice consistait à élaborer le plan d'action (annexe 5) en distinguant les ressources déjà existantes et celles qui doivent être recherchées.

RECOMMANDATIONS SUR L'APPUI DU PROJET PRISM DANS LA SUPERVISION DES SITES IST.

L'exercice FFOM terminé, il est apparu que ce système de supervision mensuel formatif avec remplissage de fiche pour évaluer la compétence du prestataire suivant un rythme précis peut être appliqué en Haute Guinée et en Guinée Forestière, sous conditions que les recommandations suivantes soient mises en application.

Ces recommandations sont réparties en trois grands groupes:

- les actions à entreprendre avant l'application du système de supervision que nous appellerons les préalables
- les actions à mener conjointement avec les équipes de superviseurs durant la mise en oeuvre du système de supervision.
- les actions à prendre pour la poursuite de la stratégie de supervision.

A. LES PRÉALABLES

Ils consistent en:

- ✓ l'adaptation du module de formation des prestataires pour la prise en charge des IST, selon l'approche andragogique.
- ✓ la formation des autres membres de l'équipe de supervision préfectorale en approche syndrômique. Une stratégie valable sera de les former en même temps que les premiers prestataires des centres de santé.
- ✓ l'intégration des médicaments anti-IST dans le stock régional ou préfectoral. Pour pérenniser le système de recouvrement des coûts, il est primordial que la dotation en médicaments anti-IST rentre dans le circuit normal de l'approvisionnement en médicaments essentiels des centres de santé.
- ✓ la transmission des inventaires des matériels existants pour la prise en charge des IST aux coordinateurs en SR de PRISM pour permettre à ces derniers de définir la dotation appropriée pour chaque centre en tenant compte de l'équipement de base que PRISM peut donner aux centres de santé (annexe 6).
- ✓ la dotation initiale des DPS en fiches de supervision; tout en sachant que l'objectif final est la supervision "intégrée". Dans cette optique, des représentants des superviseurs qui ont collaboré à l'élaboration de ce document feront partie de l'équipe qui élaborera la fiche de supervision intégrée.
- ✓ la poursuite de la réflexion sur l'octroi d'une prime selon la performance des agents par les DPS et les IRS.

- ✓ la recherche par les DPS et/ou l'IRS, en collaboration avec les équipes régionales de PRISM, sur les possibilités d'assurer les véhicules de supervision et les agents qui les utilisent, surtout dans les zones à risque (zones frontalières)
- ✓ la révision de la description de poste des chefs de centre et des chargés de CPN en fonction de cette nouvelle approche syndrômique pour la prise en charge des IST. PRISM, en collaboration avec tous les intervenants dans le domaine des soins de santé primaire, facilitera cette réflexion.

B. LES RECOMMANDATIONS AU COURS DE LA SUPERVISION

Dans la mise en oeuvre de la supervision:

- ✓ PRISM donnera son assistance financière pour l'approvisionnement en carburant au minimum dans la première année qui suit la formation des prestataires en approche syndrômique pour la prise en charge des IST.
- ✓ l'agent de maintenance (régional ou préfectoral) fera partie de l'équipe des superviseurs pour évaluer l'état des équipements et intervenir au besoin.
- ✓ les moyens de déplacement de la DPS (moto, voiture), suppléés si besoin par les voitures de PRISM ou des autres projets en place (DED, HCR...) seront utilisés pour les supervisions. PRISM fera le plaidoyer auprès des autres intervenants dans le domaine de la santé pour doter les préfectures non pourvues en moyen de déplacement (Siguiri, Kérouané, Beyla).
- ✓ la réunion périodique des superviseurs des DPS sera élargie aux autres intervenants sur place (ONG et projet) pour harmoniser les descentes sur terrain.

C. LES RECOMMANDATIONS POUR LA POURSUITE DE LA STRATÉGIE

Pour la poursuite de cette stratégie de supervision post-formation, axée sur la compétence des prestataires formés:

- ✓ un atelier réunira les superviseurs après une année de mise en oeuvre de cette stratégie de supervision axée sur la compétence pour évaluer cet outil et planifier les stratégies futures.

CONCLUSION

La supervision vise à assurer que le travail s'effectue de façon efficace et en coopération afin de mieux utiliser les ressources (Heegard, 1975). PRISM, en collaboration avec les agents du Ministère de la Santé Publique en fonction dans ses zones d'intervention, pense que pour que la supervision fonctionne de manière efficace, elle doit faire partie du processus de gestion qui comprend la planification, l'organisation et la gestion du personnel. Aussi utiles que soient les formations, les directives et les guides, le contact personnel avec les prestataires est essentiel.

Dans ce modèle, on s'attache à la performance des individus sans perdre de vue les objectifs communs de l'équipe que constitue le personnel travaillant dans un centre de santé. Etant donné que les ressources sont limitées et qu'il existe un éventail de contraintes et de menaces, attaquer les problèmes en équipe est la méthode la plus valable pour les résoudre. Un superviseur aide le personnel à mieux travailler en lui fournissant: compétence, motivation, ressources et appui logistique.

Cette élaboration de la stratégie d'appui du PRISM dans la supervision des sites appliquant l'approche syndrômique dans la prise en charge des IST/SIDA fait partie de la dynamique d'intervention du PRISM dans les autres composantes de la SR. Elle n'est que le commencement d'un processus qui aboutira à la conception et à l'élaboration d'une stratégie de supervision qui répond aux exigences du Ministère de la Santé Publique en Guinée: **SOINS GLOBAUX, CONTINUS et INTÉGRÉS.**

ANNEXES

85

ANNEXE 1: PROGRAMME DE L'ATELIER

HORAIRE	THEMES	RESPONSABLES
Mercredi 16 Février 2000		
8h 30 – 9h	Accueil des participants Informations administratives	M. Doumbouya Sekou
9h – 9h 30	Cérémonie d'ouverture	Dr Amadou Diallo Dr Rabelahasa Eléonore
9h 30–10h	Présentation des objectifs et du programme	Dr Mara Karifa
10h–10h30	Rappel sur l'approche syndrômique	Dr Dieng Aissatou Dr David Blankart Dr Sekou Conde
10h30–11h	Pause – café	M. Doumbouya Sekou
11h–12h45	Rappel sur l'approche syndrômique (suite)	Dr David Blankart Dr Dieng Aissatou Dr Mara Karifa Dr Abdoul Balde
12h45–14h	Pause Déjeuner	
14h–15h30	Education/conseil dans l'approche syndrômique (rappel)	Dr Sekou Conde Dr Dieng Aissatou
15h30–16h 30	Notification des cas dans l'approche syndrômique (rappel)	Dr Dieng Aissatou Dr Sekou Conde
Jeudi 17 Février 2000		
8h – 8h 30	Rappel de la fiche actuelle de supervision du PNLs/SIDA 2	Dr Abdoul Balde Dr Mara Karifa
8h 30 – 10h 30	Analyse FFOM de cette stratégie de supervision selon les réalités des préfectures.	Dr Rabelahasa Eléonore Dr Mara Karifa
10h30 – 10h 45	Pause – café	M. Doumbouya Sekou
10h 45 – 12h 45	Analyse FFOM (suite)	Dr Rabelahasa Eléonore Dr Mara Karifa Dr Aissatou Dieng Dr Sékou Condé Dr Abdoul Balde
12h45 – 14h	Pause – Déjeuner	

14h – 16h 30	Elaboration de la stratégie de supervision des sites IST/SIDA	Dr Rabelahasa Eléonore Dr Aissatou Dieng Dr Mara Karifa Dr Balde Abdoul Dr Sékou Conde
Vendredi 18 Fevrier 2000		
8h – 11h	Elaboration du plan d'action régional de supervision des sites IST/SIDA	Dr Mara Karifa Dr David Blanckart Dr Dieng Aissatou Dr Rabelahasa Eléonore Dr Conde Sekou Dr Baldé Abdoul
11h – 11h.15	Pause –café	
11h 15 – 14h	Présentation plénière des plans d'action	Dr Rabelahasa Eléonore Dr Dieng Aissatou
14h	Cérémonie de clôture de l'atelier	Dr Adama Diallo Dr Dieng Aissatou

ANNEXE III: ANALYSE FFOM DU SYSTEME DE SUPERVISION

Voici la liste des Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces identifiée par les participants de l'atelier qui peuvent influencer ce système de supervision.

FORCES:

- ✓ Existence d'un programme de supervision mensuel au niveau des DPS
- ✓ Réunions périodiques des superviseurs au niveau des DPS
- ✓ Existence de l'équipe-cadre préfectorale
- ✓ Existence de moyens de locomotion dans la majorité des DPS.

FAIBLESSES :

- ✓ Personnels pas bien/non formés
- ✓ Moyens logistiques insuffisants
- ✓ Equipements et matériels insuffisants dans les CS pour faciliter la supervision formative

OPPORTUNITÉS :

- ✓ Existence d'ONG et de projets
- ✓ Possibilité d'intégration avec d'autres programmes
- ✓ Existence de moyens de locomotion avec d'autres programmes/projets
- ✓ Motivation du personnel pour faire la supervision

MENACES :

- ✓ Rupture de médicaments anti-MST
- ✓ Duplication des interventions sur le terrain
- ✓ Irrégularité de la supervision
- ✓ Insécurité (rebelles, accidents...)

ANNEXE IV: STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SUPERVISION

Comment maximiser les forces?	Comment minimiser les faiblesses?	Comment profiter des opportunités?	Comment contourner les menaces?
Renforcement des compétences des cadres nationaux.	Elaboration / diffusion à temps des programmes de supervision.	Négociation avec les projets pour l'obtention des moyens de déplacement pour la supervision.	Formation des équipes cadres de la DPS.
Opérationnalisation de la description des tâches.	Réalisation de supervisions intégrées.	Formation du personnel à personnel à la prise en charge des IST	Mise en place un cadre de concertation au niveau DPS.
Réactualisation du bulletin de liaison du PNLS.	Supervision simultanée des sites se trouvant sur le même axe routier.	Octroi des primes de supervision aux superviseurs.	Création d'un système se stock tampon régional en médicaments essentiels y compris les anti-MST.
Renforcement de la motivation (plan de carrière, tableau d'honneur).	Intégration de la maintenance dans la supervision.	Appui dans l'approvisionnement en médicaments par les projets (PRISM, PSR, SIDA2, RHG)	Formation des suppléants en gestion et en prise en charge des IST
Réalisation des supervisions intégrées formatives.	Utilisation des motos des DPS pour les supervisions.	Octroi d'un prix aux meilleurs travailleurs en fin d'année.	Elaboration d' une fiche de supervision pour les CS.
Harmonisation des interventions en matière de supervision.	Dotation des structures sanitaires en radio - communication.	Harmonisation des programmes de supervision entre les différents programmes.	Elaboration d'un programme de supervision réaliste et réalisable.
Intégration de la prise en charge des IST dans le système de supervision.	Saisi de toutes les opportunités pour réaliser les programmes de supervision.	Harmonisation des fiches de supervision existantes en y ajoutant le volet IST.	Création d'un mécanisme d'information autour des programmes de supervision à tous les niveaux.
Elaboration d'un outil de rétro-information standard pour toutes les structures.	Elaboration /dissémination du guide de prise n charge des IST pour les prestataires Supervision facilitative des prestataires pour l'utilisation constante du guide de prise en charge des IST.	Approvisionnement en carburant des véhicules de supervision.	Souscription d'une police d'assurance pour les véhicules de supervision.

ANNEXE V: PLAN D'ACTION OPÉRATIONNEL POUR LA MISE EN OEUVRE DE LA SUPERVISION

ACTIVITES	RESSOURCES		RESPONSABLES	SOURCES DE VERIFICATION	INDICATEURS
	DISPONIBLES	A CHERCHER			
GROUPE I					
Former les agents de santé en prise en charge des IST (prestataires, superviseurs)	Formateurs	Financement	Superviseurs IST PRISM	Rapport de formation	Nombre d'agents formés
Mettre à la disposition des agents formés le guide de prise en charge des IST.	Support didactique	Guide de prise en charge des IST	PRISM	Rapport de dissémination	Nombre de guides disséminés
Rendre disponibles les fiches d'évaluation de la compétence des prestataires.	Fiches d'évaluation de la compétence	-	DPS	Bordereaux de réception des fiches	Nombre de fiches disséminées
Octroyer des primes aux agents (choix du meilleur centre)	-	Primes	DPS	PV des DPS	Nombre d'agents primés
Intégrer les médicaments anti-IST dans le stock tampon régional.	Système de stock tampon régional	Médicaments anti-MST	PRISM/PPSG	Bordereaux d'envoi des médicaments.	Nombre d'articles reçus par rapport à la liste des médicaments

ACTIVITES	RESSOURCES		RESPONSABLES	SOURCES DE VERIFICATION	INDICATEURS
	DISPONIBLES	A CHERCHER			
GROUPE II					
Estimer les besoins en équipement complémentaire et en faire la commande auprès des bureaux PRISM régionaux	Véhicule pour faire la tournée des sites	Carburant	Pharmaciens des DPS	Fiches d'inventaire Bons de commande	Liste des équipements donnés par CS
Impliquer l'agent de la maintenance dans la supervision.	Véhicule	-	Le Chargé SSP/DPS	Rapport de supervision	Proportion de supervisions où l'agent de maintenance est impliqué par rapport au nombre total de supervisions
Doter les DPS n'ayant aucun moyen de locomotion en motos (3)	-	Motos Carburant	PRISM	Bordereaux d'envoi des motos	Proportion de DPS dotées en moto par rapport aux DPS ayant besoin de motos.
Souscrire une assurance pour les véhicules de supervision.	-	Budget pour l'assurance	IRS DPS	Police d'assurance	Proportion de véhicules assurés par rapport au nombre total des véhicules de supervision
GROUPE III					
Elaborer et diffuser à temps les programmes de supervision.	-	-	DPS	Programme de supervision	
Harmoniser les interventions en matière de supervision	-		DPS	Programme de supervision incluant tous les partenaires	

92

ACTIVITES	RESSOURCES		RESPONSABLES	SOURCES DE VERIFICATION	INDICATEURS
	DISPONIBLES	A CHERCHER			
Harmoniser les fiches de supervision existantes en y incluant le volet IST.	Fiches de supervision des programmes "verticaux"	Financement d'un atelier pour l'élaboration d'une fiche intégrée	PRISM	Rapport d'atelier	Fiche intégrée élaborée
Utiliser tous les véhicules (moto, auto) pour la réalisation de la supervision	Véhicules	-	Superviseurs	Rapport de supervision	
Négocier avec les projets existants pour l'obtention de véhicules pour la supervision.	Véhicules de projets	-	Superviseurs	Rapport de supervision	
Impliquer les autorités administratives dans les programmes de supervision.	-	-	DPS	Rapport de supervision	Nombre de lettres d'information /nombre de supervisions effectuées
Créer un mécanisme d'information des programmes de supervision entre les différents intervenants.	-	-	DPS	PV de création du mécanisme	
Elaborer un outil standard de rétro-information après les supervisions	-	Atelier d'élaboration de la fiche de rétro-information	PRISM	Rapport de l'atelier	Fiche de rétro-information

ANNEXE VI: EQUIPEMENT DE BASE POUR APPUYER LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST

La liste définie dans cet annexe est tirée du Document des Normes et Procédures en Santé de la Reproduction du Ministère de la Santé Publique; elle constitue l'apport que PRISM se propose d'apporter pour appuyer son intervention dans la lutte contre les IST/SIDA.

Chaque centre de santé, après formation du premier prestataire et selon ses besoins, va recevoir certains ou la totalité des articles suivants:

1.	Gants stériles N° 7,5:	50
2.	Gants stériles N° 8;	50
3.	Spéculum GM:	01
4.	Spéculum MM:	01
5.	Spéculum PM.:	01
6.	Haricot inoxydable PM:	01
7.	Haricot inoxydable GM:	01
8.	Brosse à ongle:	01
9.	Pince à stérilisateur avec bocal:	01
10.	Ciseaux droits pointus:	01
11.	Pince bricelle à pansement:	01
12.	Boîte à coton:	01
13.	Boîte à instrument:	01
14.	Plateau inoxydable à instruments	01

PRISM

Q-2000-1

ANNEX: VI

MEN'S CAMPAIGN: PREFECTURE LAUNCH ATTENDANCE

Prefecture	Men	Women	Youth	Total
Kankan	2000	850		2850
Siguiri	1500	930		2430
Kouroussa	3000	1400		4400
Kerouane	3600	2500		6100
Mandiana	4800	300		5100
Faranah	1500	2500	800	4800
Kissidougou	1200	2000	1500	4700
Dabola	2500	3000	2000	7500
Dinguiraye	2000	2500	1000	5500
Beyla	4520	902		5422
Lola	5200	835		6035
Macenta	3700	725		4425
N'zerekore	4720	380		5100
Yomou	1890	475		2365
Guekedou	Not yet held			
TOTAL				66 727

MEN'S CAMPAIGN: COMMUNITY MOBILISATION ATTENDANCE*

Prefecture	Men	Women	Youth	Total
Kankan	10630	5250		15880
Siguiri	Not yet held			0
Kouroussa	10500	7050		17550
Kerouane	8800	9000		17800
Mandiana	6300	6037		12337
Faranah	550	1050	400	2000
Kissidougou	600	900	550	2050
Dabola	800	1200	950	2950
Dinguiraye	Not yet held			0
Beyla	1510	423		1933
Lola	575	323		898
Macenta	1815	385		2200
N'zerekore	1211	628		1839
Yomou	1200	700		1900
Guekedou	718	139		857
TOTAL				80 194

*Participants may be counted for more than one event.

MEN'S CAMPAIGN: TRADITIONAL MUSIC CONTEST ATTENDANCE

Prefecture	Men	Women	Youth	Total
Kankan	1300	2800		4100
Siguiri	2500	3000		5500
Kouroussa	4000	3576		7576
Kerouane	3750	2900		6650
Mandiana	4354	1800		6154
Faranah	Not yet held			0
Kissidougou	400	550	1000	1950
Dabola	200	500	650	1350
Dinguiraye	Not yet held			0
Beyla	DATA NOT YET AVAILABLE			0
Lola	" "			0
Macenta	" "			0
N'zerekore	" "			0
Yomou	" "			0
Guekedou	" "			0
TOTAL				33 280

GIS
ERD
DMA
SKR
SIG
MSB

**THE IMPACT OF RELIGIOUS
LEADERS' FP BCC INTERVENTION
IN GUINEA**

May 2000

The Respondents

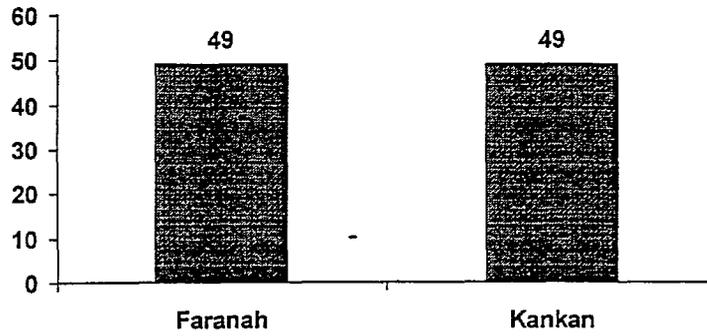
JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

**PRISM
Q. 2000-1
Annex: III**

Number of Respondents by Region

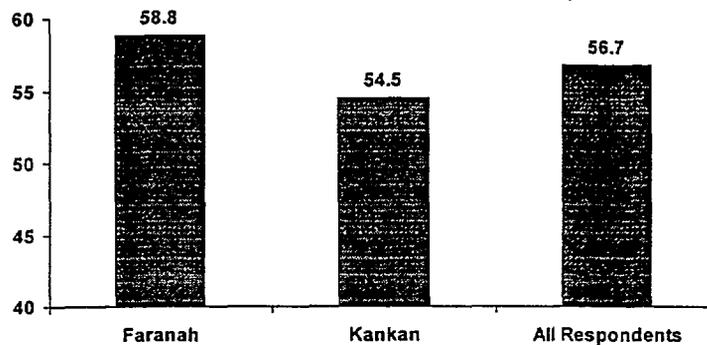


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

Characteristics of the Respondents: Mean Age in Years

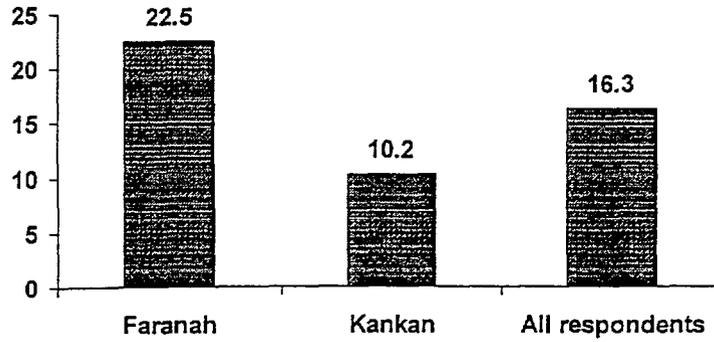


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

Characteristics of the Respondents: % with some formal education.

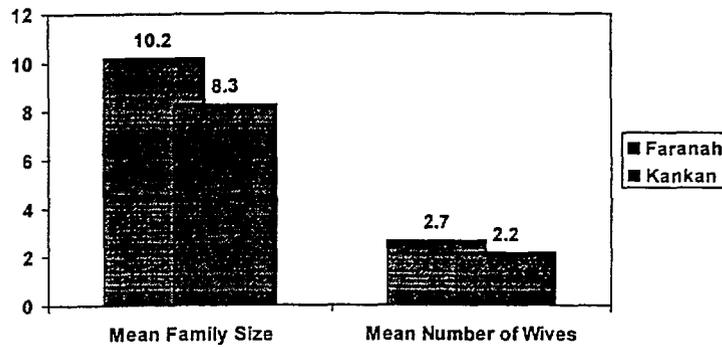


JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders Family Planning BCC Project

N=98

Characteristics of the Respondents: Mean Family Size; Mean Number of Wives.



JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders Family Planning BCC Project

N=98

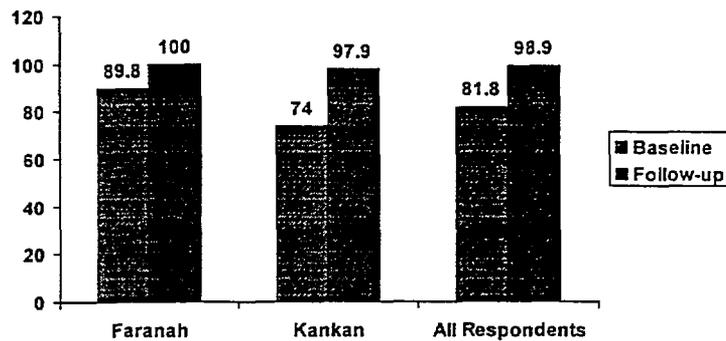
Knowledge About Family Planning Methods

JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who have heard about FP methods by region

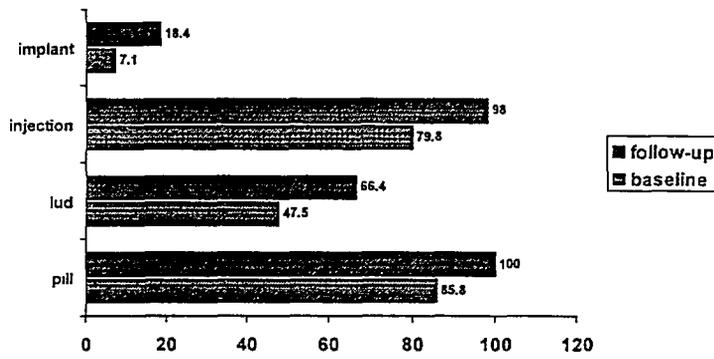


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who know specific FP methods, baseline, follow-up

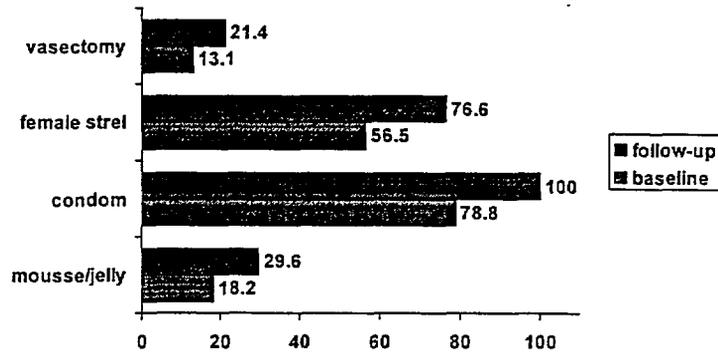


JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders Family Planning BCC Project

N=98

% who know specific FP methods, baseline, follow-up - cont.

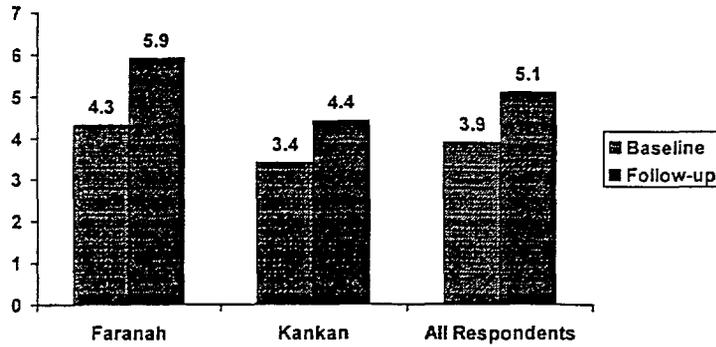


JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders Family Planning BCC Project

N=98

Mean number of modern methods known by region, baseline, follow-up



JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

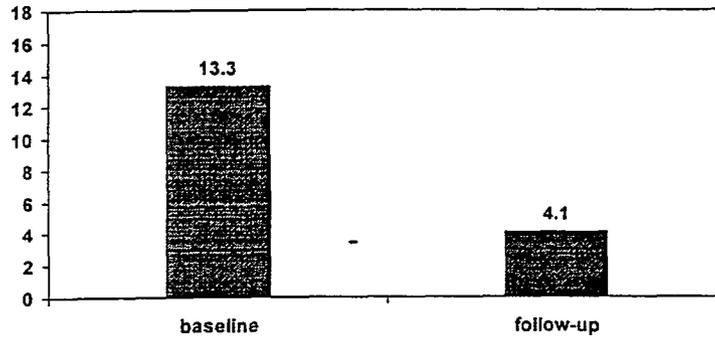
Perceptions about family planning and Islam

JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that Islam forbids use of family planning methods for child spacing

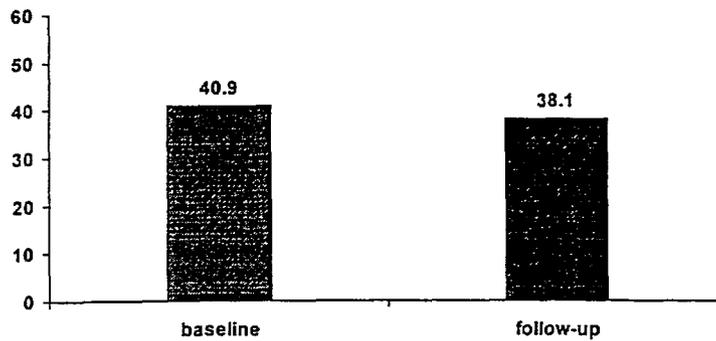


JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that Islam forbids use of family planning methods for limiting births.

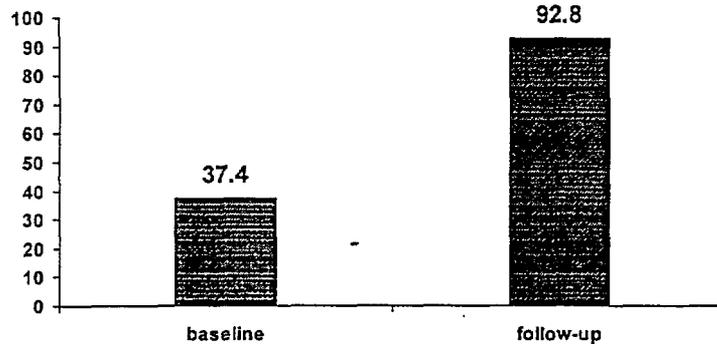


JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who know verses of Koran or Hadith that favor use of family planning

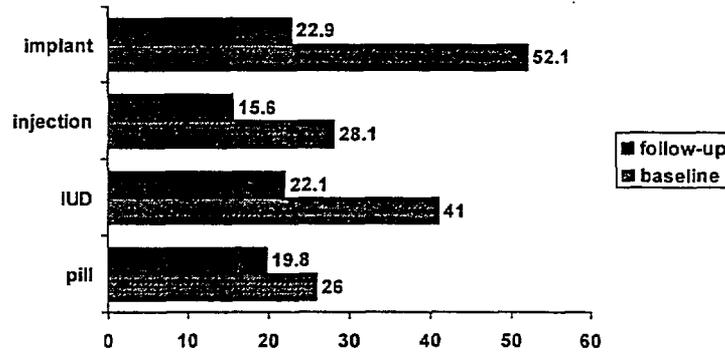


JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that specific family planning methods are 'haram' in according to Islam

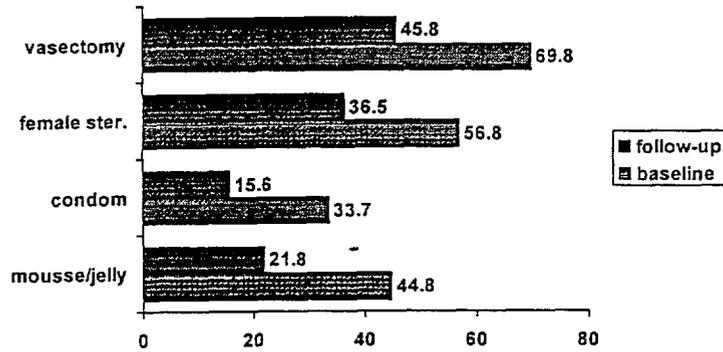


JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that specific family planning methods are 'haram' in according to Islam - cont.



JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

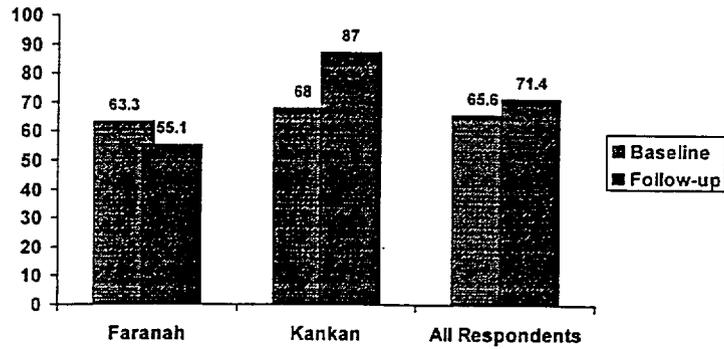
Attitudes Towards Family Planning

JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who approve of family planning

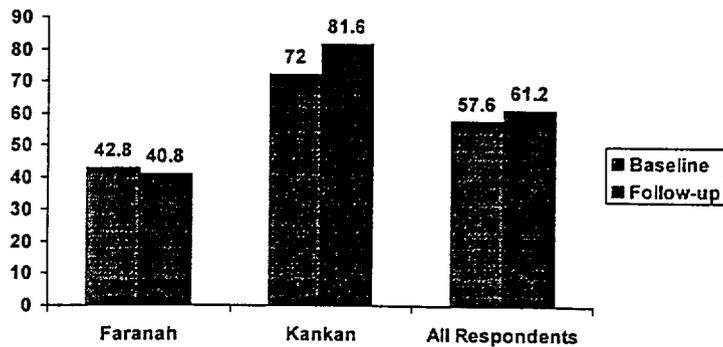


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who think that it is acceptable for a couple to talk about the number of children.

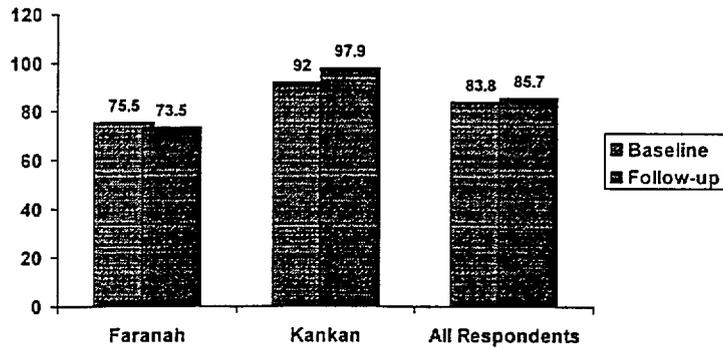


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that couples could discuss family planning

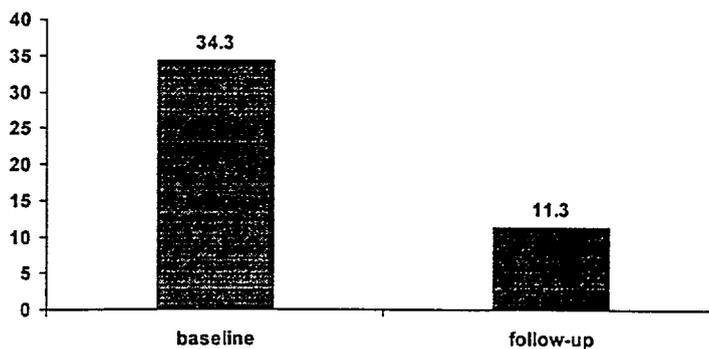


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that having many children is a sign of wealth baseline, follow-up

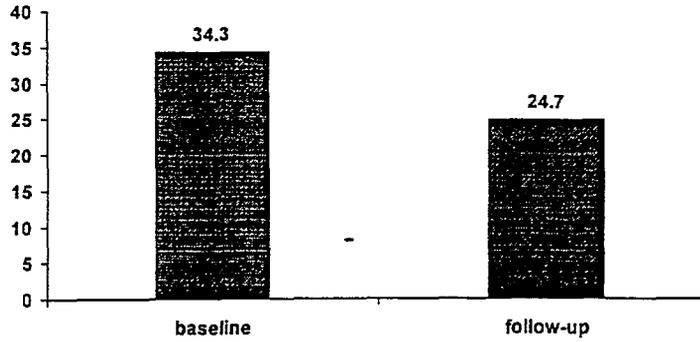


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that the value of a woman depends on the number of sons she has.

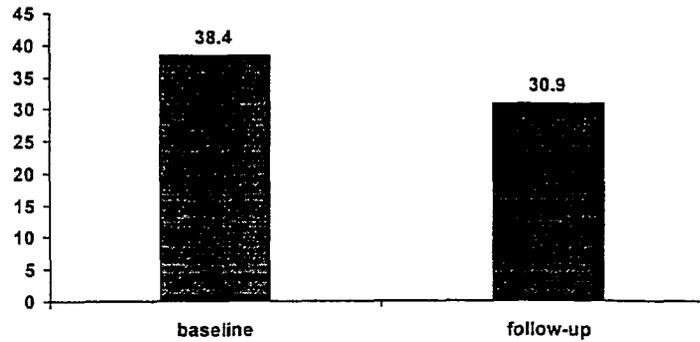


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that FP could encourage adultery: baseline, follow-up.

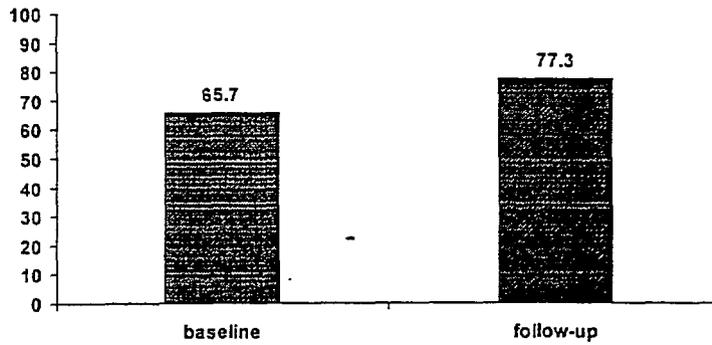


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that having many children could negatively affect the health of the mother.

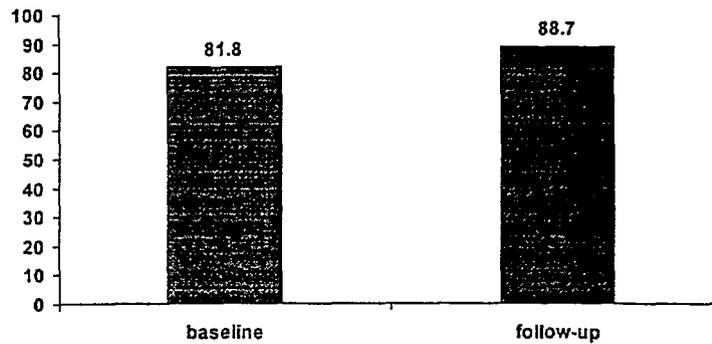


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who agree that FP allows the couple to have enough resources to provide for their children



JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

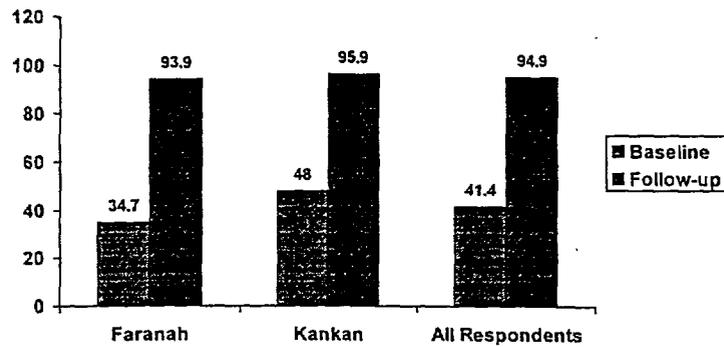
Discussion of Family Planning with Spouse

JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who discussed FP with their wives by region, baseline, follow-up

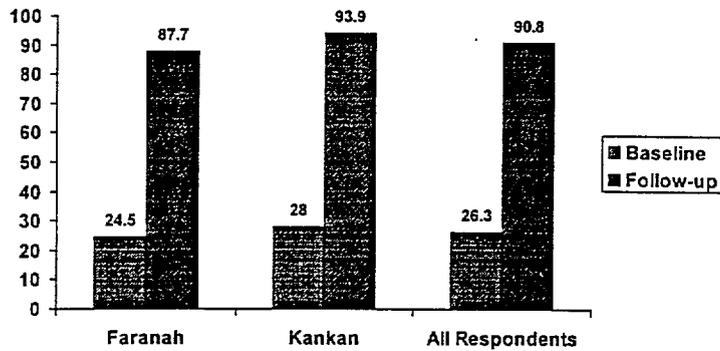


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who discussed family planning with their wives during last 3 months.



JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

Perceived Social Support for Family Planning

JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

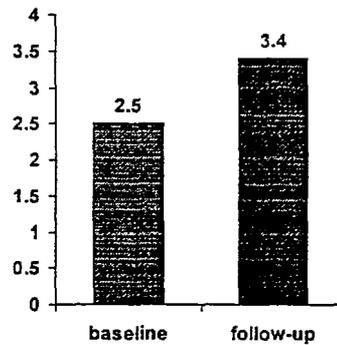
Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

Indicator of perceived social support for family planning

•The indicator ranged from 0 to 5 and was computed from five questions that sought to elucidate respondent's perceptions about whether or not specific groups approve the use of FP;

•The observed improvement is statistically significant at the 0.001 level.

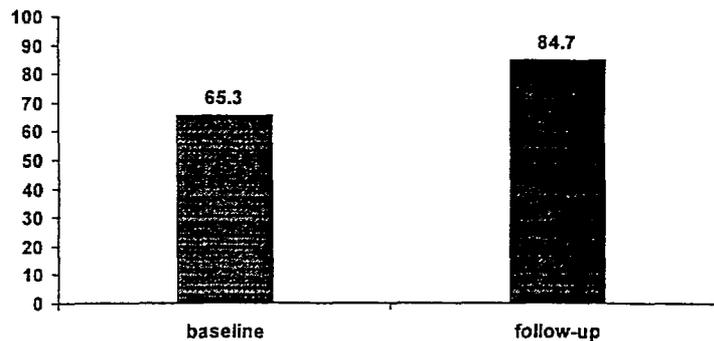


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that their wives approve of family planning

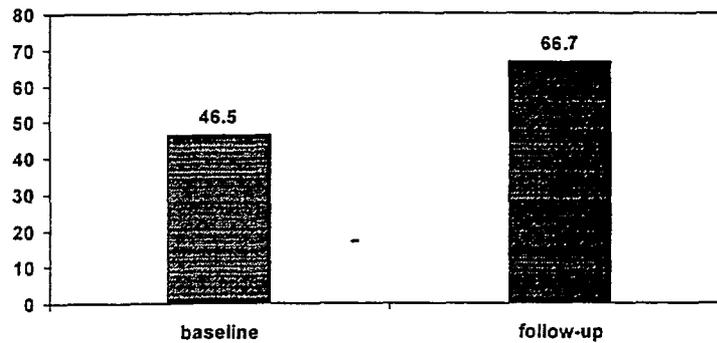


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that most of their friends approve of family planning

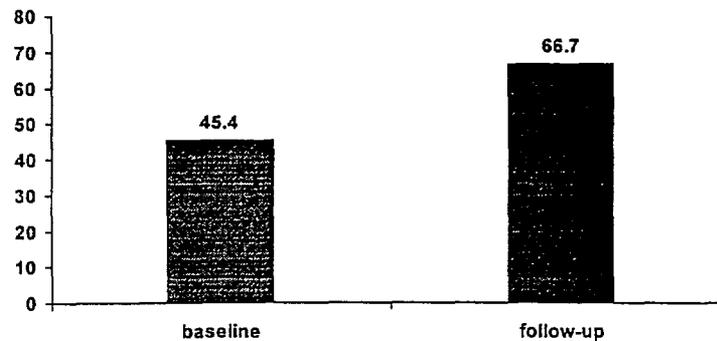


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that most of the religious leaders in their community approve of family planning

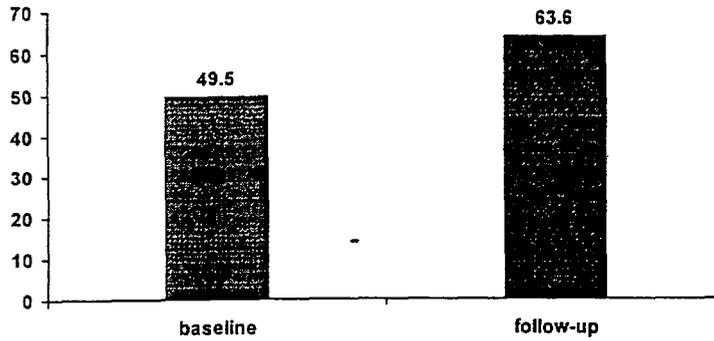


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that most of the women in their community approve of family planning

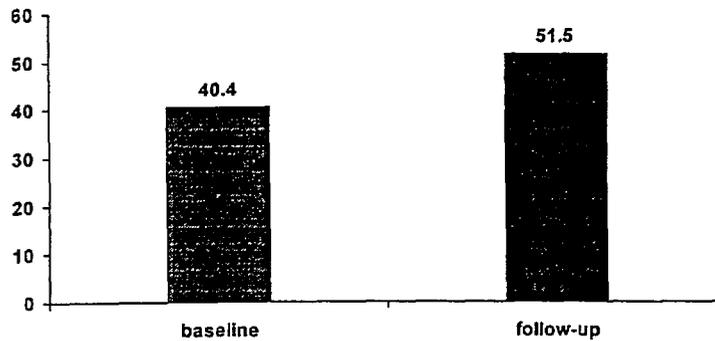


JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who believe that most of the men in their community approve of family planning



JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

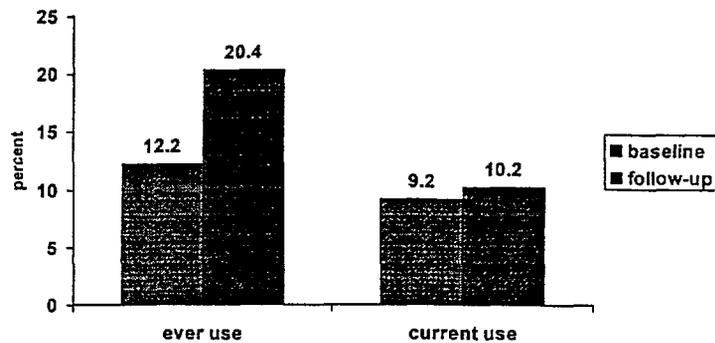
Use of Modern Contraceptive Methods.

JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

Use of modern contraceptive method, baseline, follow-up



JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

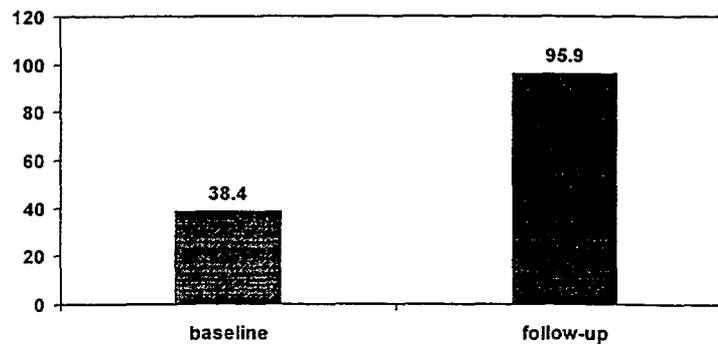
Advocacy for Modern Methods

JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

% who have ever spoken in favor of modern family planning methods during a sermon: baseline, follow-up



JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY
Center for Communication Programs

Source: JHU/CCP-PRISM, Guinea Religious Leaders
Family Planning BCC Project

N=98

MINISTERE DE LA SANTE
DPS/GUECKEDOU
SECTION MEDECINE TRADITIONNELLE
ASSOCIATION DES TRADIPRATICIENS
DE GUECKEDOU "ASTRAG "

REPUBLIQUE
Travail-Jus

RAPPORT DES ACTIVITES DE L'ASTRAG

RECENSEMENT ET CHOIX DES TRADIPRATICIENS A FORMER EN
TECHNIQUE D'IEC SUR LA PREVENTION DES MST/SIDA DANS LES
COMMUNAUTES RURALES DES CRD DE KASSADOU, BOLODOU,
GUENDEMOU ET TEKOULO.

A
MONSIEUR LE COORDINATEUR DE L'IEC PRISM N'ZEREKORE

Nous avons l'honneur de vous présenter le rapport des activités de recensement et de choix des Tradipraticiens qui se présente comme suit.

- I - Introduction
- II - Elaboration des outils de recensement et de choix la programmation des activités de recensement et de choix
- III - Déroulement de la mission
- IV - Conclusion.

I - Introduction :

Les Tradipraticiens constituent les premiers recours incontournables dans le système de Soins de Santé Primaire, c'est pourquoi faire d'eux des relais dans la diffusion des messages d'éducation pour la santé (EPS) dans les communautés dont-ils deservent constitue un véritable programme adéquat.

PRISM/JHU ayant le souci d'impliquer ces Tradipraticiens dans le système d'IEC, a bien voulu choisir et financer le Projet des Tradipraticiens de Gueckédou, chose qui motive d'avantage les Tradipraticiens qui se sentent désormais impliqués dans les SSP du pays. Pour la réussite du Projet l'ASTRAG a fait une information à ces membres.

II - Elaboration des Outils de recensement et la programmation

Après le passage du coordinateur de l'IEC PRISM Mr. Michel le 25 février 2000 à la DPS de Gueckédou au siège de l'ASTRAG accompagné de Mr. Le DPS par intérim, les protocoles ont signés et un chèque barré a été remis au coordinateur pour l'exécution de la première activité (recensement et choix).

Le 28/2/2000 une première réunion a eu lieu avec les membres de bureau sous la supervision du coordinateur, la réunion a retenu la convocation des présidents et secrétaires des bureaux sous/préfectoraux des CRD de Kassadou, Bolodou, Guendembou et Tékoulo.

Le 3/3/2000 le coordinateur a fait un compte rendu de tous ce qui s'est passé à Monsieur le DPS en lui remettant tous les documents afférents au Projet, le protocole et la photocopie du chèque. Le DPS s'est rejoui de cet appui apporté par PRISM.

Le 2/3/2000 le coordinateur s'est rendu à N'Zérékoré pour prendre contact avec le siège de PRISM pour avoir certains renseignements sur le transfert bancaire. Ça été aussi l'objet de solliciter à PRISM (IEC) des dépliant, tricots, Képi, Sacs, condoms SRO etc qui seront donnés aux 80 Tradipraticiens lors de la formation. Le coordinateur fut également présenté au coordinateur général PRISM Dr. Machel qui d'ailleurs a promis faire une visite de terrain à Gueckédou.

Le 4/3/2000 : Deux membres de chaque bureau sous/préfectoral étaient présent à la DPS, après le compte rendu du coordinateur le programme de sortie dans les districts a été établi et ventilés dans les CRD et districts.

Le 5/3/2000 - Les fiches de recensement et de choix ont été élaboré soumis au DPS pour amendement. *groupe d'IEC de la*

III - Déroulement de la mission :

Il faut noter que les équipes de recensement et de choix était composé de deux personnes par équipe et 4 motos ont été loués à cet effet.

Les critères de recensement et de choix a été clairement défini à chaque équipe.

- Recensement : Il s'agira de regrouper les Tradipraticiens de chaque district au chef-lieu du district informé les Autorités locales et les Tradipraticiens sur l'appui de PRISM et l'activité que PRISM attend d'eux. Ils sont fichés avec leurs compétences position locale puis suit l'enquête ethnobotanique.

Choix des Tradipraticiens pour la formation

C'est l'ensemble des Tradipraticiens qui choisissent deux représentants parmi eux avec les élus locaux du district selon le critère suivant

- Etre accepter par la communauté du district
- Etre communicateur
- Etre membre de l'ASTRAG
- Etre capable de réaliser des déplacements dans les villages des districts 4 fois par mois*
- Etre lettre facultatif
- Avoir un profil thérapeutique sur les infections urinaires
- Avoir un âge compris entre 18 à 50 ans pour les femmes
25 à 60 ans pour les hommes.

C.R.D. Guendembou du 12 au 22.3.2000 ?

Mr. Charles Lamah était responsable de la réalisation de l'activité avec une moto Yamaha 100 N° 2552 B le recensement qui a duré 10 jours a recensé 104 Tradipraticiens dont 47 femmes le problème rencontré était l'insuffisance de cartes que la DPS avait distribuée en 1996 aux Tradipraticiens dont d'autres demandaient aux recenseurs.

C.R.D. de Kassadou du 15 au 25.3.2000

La mission a été réalisé par le coordinateur Mr. Bernard Kolo Guilavogui accompagné de Mr. Fara Kourouma avec la moto Yamaha AG 2163 ; partout la mission a passé, une fois la nouvelle de l'appui de PRISM tous les Tradipraticiens étaient très contents. Au total 127 Tradipraticiens recensés dont 65 femmes. La mission a pris fin le 25/3/2000 par une réunion de tous les Tradipraticiens, CS, Autorités de la CRD au Chef-lieu de la Sous/Préfecture.

C.R.D. de Bolodou - 12 au 20/3/2000

Cette mission conduite par Mr. Samèkè accompagné de Jean Balla ce sont rendus le 16/3/2000 deux jours après le Chef de mission a quitté pour des raisons de santé, il fut remplacé par Mr. Fara Lamine Tolno.

La Moto utilisée était immatricule au N° 2152 A. La mission a été réalisée dans de bonne condition et elle fut clôturée par une réunion regroupant agents de CS, Autorité de la CRD et Tradipraticiens. Tous était satisfait du soutien que PRISM fait à l'ASTRAG des prières ont été faite à l'endroit de PRISM et de l'ASTRAG.

C.R.D. de Tékoulo

Le recensement et le choix était dirigé par Mr. Dougo Millimouno accompagné d'un membre du bureau Sous/préfectoral. Là aussi la mission a été bien accomplie.

III - Conclusion

Toutes les activités se sont passées dans l'enthousiasme. Les Tradipraticiens sont motivés que dans certaines Sous/préfectures, ils demandent d'augmenter le nombre.

C'est le cas de Kassadou qui, compte tenu de l'enclavement des zones sollicite 7 autres de plus.

Quant à la Commune urbaine, ils désirent être pris aussi dans le Projet.

Une sensibilisation a été faite pour dire de garder la patience jusqu'à l'évaluation de ce Projet.

Compte tenu des occupations des Tradipraticiens qui sont tous cultivateurs d'abord de procéder vite à leur formation. C'est pourquoi nous sollicitons programmé les formations du 10 au 30/4/2000. Ci-joint la liste des Tradipraticiens recensés et choix et les factures originaux.

En vous souhaitant bonne réception, veuillez croire Monsieur à l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Gueckédou, le 30 Mars 2000



Le Coordinateur

Mr. Bernard Kolo Guilavogui
Mr. Bernard Kolo Guilavogui

C.R.D. de Kassadou du 15 au 25.3.2000

La mission a été réalisée par le coordinateur Mr. Bernard Kolo Guilavogui accompagné de Mr. Fara Kourouma avec la moto Yamaha AG 2163 ; partout la mission a passé, une fois la nouvelle de l'appui de PRISM tous les Tradipraticiens étaient très contents. Au total 125 Tradipraticiens recensés dont 65 femmes. La mission a pris fin le 25/3/2000 par une réunion de tous les Tradipraticiens, CS, Autorités de la CRD au Chef-lieu de la Sous/Préfecture.

C.R.D. de Bolodou - 12 au 20/3/2000

Cette mission conduite par Mr. Samèkè accompagné de Jean Balla ce sont rendus le 16/3/2000 deux jours après le Chef de mission a quitté pour des raisons de santé, il fut remplacé par Mr. Fara Lamine Tolno.

La Moto utilisée était immatriculée au N° 2152 A. La mission a été réalisée dans de bonne condition et elle fut clôturée par une réunion regroupant agents de CS, Autorité de la CRD et Tradipraticiens. Tous étaient satisfaits du soutien que PRISM fait à l'ASTRAG des prières ont été faites à l'endroit de PRISM et de l'ASTRAG.

C.R.D. de Tékoulo

Le recensement et le choix était dirigé par Mr. Dougo Millimouno accompagné d'un membre du bureau Sous/préfectoral. Là aussi la mission a été bien accomplie.

III - Conclusion

Toutes les activités se sont passées dans l'enthousiasme. Les Tradipraticiens sont motivés que dans certaines Sous/préfectures, ils demandent d'augmenter le nombre.

C'est le cas de Kassadou qui, compte tenu de l'enclavement des zones sollicite 7 autres de plus.

Quant à la Commune urbaine, ils désirent être pris aussi dans le Projet.

Une sensibilisation a été faite pour dire de garder la patience jusqu'à l'évaluation de ce Projet.

Compte tenu des occupations des Tradipraticiens qui sont tous cultivateurs d'abord de procéder vite à leur formation. C'est pourquoi nous sollicitons programmé les formations du 10 au 30/4/2000. Ci-joint la liste des Tradipraticiens recensés et choix et les factures originaux.

En vous souhaitant bonne réception, veuillez croire Monsieur à l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Gueckédou, le 30 Mars 2000



Le Coordinateur

Mr. Bernard Kolo Guilavogui

A / Tabati. PRISM N'Zérékoré
pour information

MINISTERE DE LA SANTE
I.R.S. N'ZEREKORE
D.P.S./GUECKEDOU
SECTION MEDECINE
TRADITIONNELLE

VOLET MEDECINE TRADITIONNELLE

RAPPORT DE MISSION SUR LA SENSIBILISATION
ET L'ORGANISATION DES TRADIPRATICIENS
DE MACENTA.

Suite à la lettre de la Division Médecine Traditionnelle du Ministère de la Santé n° 14/DMT/DNS/MSP/99 du 9 Avril 1999 sollicitant le chargé de la Section Médecine Traditionnelle à la DPS de Gueckédou de se rendre à Macenta pour la réalisation de l'activité L'IRS de N'Zérékoré a ordonné au chargé de la Section de Gueckédou qui avait été désigné comme chargé de l'appui régional de Médecine Traditionnelle lors du C.T.R.S. décembre 1998, a eu l'ordre de mission n° 39/IRS/NZ/99 du 11 Juin 1999 pour se rendre à Macenta

La mission s'est rendu à Macenta le 13/3/2000 conduite par Mr. Bernard Kolo Guilavogui chargé de la Section Médecine Traditionnelle à la DPS de Gueckédou accompagné de Mr. Sidiki Kavélé Millimouno président sous-préfectoral des Tradipraticiens de Fangamadou (Gueckédou).

L'atelier qui a duré 3 jours s'est déroulé comme suit :

Jour 1 : 13-03-2000

Prise de contact avec les autorités de la DPS et de Mr Le Préfet.

Mr. Le Préfet qui s'est réjoui de l'arrivée de la Mission et surtout de constater que le Ministère de la Santé tient compte de l'existence de la Médecine Traditionnelle, qui est la première base des S.S.P. dont il faut impliquer les acteurs qui sont les Tradipraticiens en les organisant.

Jour 2 : 14.03.2000

L'atelier a commencé à 9 h 00

Le Chef de Section Soins de Santé Primaire Mr. Michel avec son équipe et les Tradipraticiens ont organisés la Sé le de Conférence.

L'atelier a été ouvert par les souhaits de bienvenu présenté par le représentant des Tradipraticiens, puis la présentation des Tradipraticiens invités à cet effet.

Etaient présents dans la Salle :

Bureau préfectoral	13/14
Bureau des sages	6/6
Bureau communal	8/8
Femmes	7
Hommes	14
Au total	48 Participants.

Les points suivants devraient être débattus :

- 1 - Présentation des activités réalisées
- 2 - Collaboration Tradipraticiens et Agent de Santé
- 3 - Organisation des bureaux
- 4 - Elaboration d'un Plan d'action an 2000.

Suite du 1^{er} point, aucune activité n'a été réalisé par les Tradipraticiens sinon que le conflit existant entre les membres de bureau, conflit lié aux problèmes de responsabilité et de la mauvaise gestion des prix de cartes, conflits qui font que la DPS n'accepte pas entièrement s'impliquer dans leurs activités, face à ce problème d'utiles conseils a été prodigué avec l'expérience de Gueckédou. *aux Tradipraticiens*

Le président préfectoral d'avant étant décédé il a été décidé de procéder à l'installation d'un nouveau président le 8 Avril 2000 en présence des représentants des Sous préfectures.

Le 2^{ème} point : Il faut noter une insuffisance de collaboration entre Tradipraticiens et Agents de Santé, chose dû à un manque d'agent chargé de leur encadrement au niveau de la DPS, cependant leur participation dans la mobilisation lors des J.N.V. 99 a été très satisfaisant d'après le S.S.P. Les grandes lignes assignées à eux pour améliorer la couverture sanitaire des C.S. et P.S. a été largement expliqués C'est au cours de ces débats que des guérisseurs ont présentés des documents (registres) disant qu'ils traitent les MST y compris le SIDA, la lèpre et la tuberculose ci-joint les carnets.

ce qui

Le 3^{ème} point : l'Association ne dispose pas de statut ni d'agrément, fait qu'il y a une mauvaise organisation et la non utilisation du Centre de Médecine Traditionnelle construite par les Américains au quartier Moïlaminidou.

Une sensibilisation a été faite sur ces faits.

4^{ème} point : (L'élaboration d'un plan d'action)

Pour une meilleure intégration et organisation un plan d'action a été élaboré ci-joint.

N° d'ord	ACTIVITES	Chronogramme	Source de Vérification	Personne responsable	Source de Financement	Indicateur
1	Mise en place du Président préfectoral à Macenta	8 Avril 2000	Président	Chargé de l'appui	Association	Président
2	Elaboration d'un statut pour l'Association à Gueckédou	Avril 2000	Statut et agrément	Chargé de l'appui et leur Secrétaire Loncény Kéita	Association	Statut et agrément
3	Formation de 3 Secrétaires à Gueckédou à la tenu et remplissage de documents de l'ASS pendant 2 jours	15 avril 16 Avril 2000	- Rapport	La Section de Gueckédou (Les Secrétaires)	Association	Nbre Form Nbre Bu.
4	Implication des Tradipraticiens dans les SSP (mobilisation sociale référence précoce)	* * *	- Rapport	DPS, CS et Poste de Santé D.H.	DPS et ONG en place	Nbr A P Nbr A R
5	Utilisation du Centre de Médecine Traditionnelle	* + *	- Rapport	Association	- Association	Rapport
6	Application de la réglementation en Médecine Traditionnelle	* * *	- Rapport	Association	- ASSOCIATION - Tim	-
7	Recensement	*	- Rapport	D.P.S. et les bureau des Associations	DPS et ONG en place	Nbr Rec. Nbr Bu.
8	Protection des fausses et création des Jardins botaniques	* *	- Jardin	Les Associations	- A Recherche	Nbr F P Nbr F P
9	Evaluation des activités	1 fois/6 mois	Rapport	Janvier-Décembre	Le chargé de l'appui	Nbre de vis Nbr Bu.
10	Rapport annuel	1 fois/an	Rapport	Décembre	Président et Secrétaire de l'Association	Nbre Rapp. Nbr Bu.

Jour 3 - 15/03/2000 :

La mission a fait le compte rendu de l'atelier à Mr. Le Préfet, le Chef de ^{section} Soins de Santé Primaire au Chef de mission Filafrique, puis la visite du Centre de Médecine Traditionnelle au quartier Moilaminidou.

Récommandations

D'après l'OMS la Médecine Traditionnelle est incontournable dans le système de Soins de Santé Primaire pour répondre efficacement aux soucis du Ministère de la Santé le DPS devrait nommer un chargé de Médecine Traditionnelle et appuyer les Tradipraticiens dans toutes leurs activités. La Filafrique doit tenir compte de l'existence des Tradipraticiens dans les Districts qui empêchent certains lépreux et de tuberculeux à venir aux Centres de Santé. Pour cela, organiser des formations à base communautaire sur les références précoces de tous ces cas.

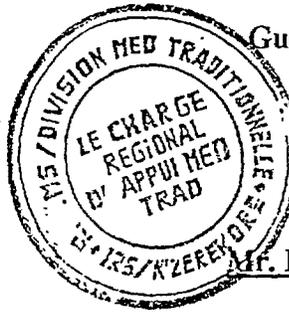
PRISM devrait également penser sur le cas de Macenta ou des guérisseurs qui sont au niveau du Chef-lieu de la Préfecture disent qu'ils traitent le SIDA et cela d'autant plus inquiétant que dans les villages ça sera le pure. Quant au Plan-Guinée il devrait former ses ATSC sur la gestion des Tradipraticiens sinon la complémentarité sera un peu difficile dans les Districts

Le HCR doit penser et soutenir l'encadrement des Tradipraticiens réfugiés qui vivent avec les autochtones.

Pour information :

- Ministère de la Santé	1
- Division Méd. Trad.	1
- IRS/N'Z.	1
- DPS Gdou	1
- DPS Macenta	1
- Préfect. Macenta	1
- D.H Macenta	1
- SSP Macenta	1
- Asociation Tp. Macenta	1
- PRISM N'Z.	1
- HCR	1
- Plan-Guinée	1
- Mission Filafricaine	1
- Missionnaire	2/15.

Gueckédou, le 31 mars 2000



LE CHEF DE MISSION

M. Bernard Kolo GULAVOGUI

17 SEP. 1954

RECEVEUR

MISSION PHILAFRICAIN
LE BUREAU
DES ENTREES
* CENTRE MEDICAL

1. *Handwritten:* Handwritten: Ab de miranda
ceci est un document de la mission
de l'Institut de Paris de med.

2. *Handwritten:* Re L. Méd.

3. *Handwritten:* Amoroso L. Méd. N° 40 8.8.54
* Multichlor N° 20 1/1

Dr

Ex -> Salua: Fch. Negatif
Ex -> V.I. H



19/9/54

Madaric - Musica Jafoua général Mohamed V Macenta
Tecybaud - l'ancien Kéba D.P.C. - Macenta

PRISM

Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST/SIDA

PRISM

Q 2000-1

ANNEX: VIII

Conakry, le 4 février 2000

Docteur Mohamed Sylla
Secrétaire Général
Ministère de la Santé Publique
République de Guinée

Votre Réf. : 2995/MS/CCAB

Objet : Réponse à votre demande d'appui institutionnel pour le niveau central

Monsieur le Secrétaire Général,

La demande d'appui institutionnel en référence ci haut a reçu toute notre attention et a fait l'objet de multiples consultations avec l'USAID-Guinée et le siège de notre organisation aux États Unis. A ce jour, et en conformité avec le mandat de PRISM d'appuyer le MSP dans le renforcement de son rôle de coordination et de gestion des programmes, nous sommes en mesure d'y apporter les réponses qui suivent.

Appui à l'Informatique au Niveau Central du MSP

1. Le projet PRISM peut affecter à temps partiel au cours de l'année 2000 un de ses techniciens en informatique en soutien au niveau central du MSP dans ce domaine. Notre technicien pourra assurer des formations en logiciels courants, développer le cahier de charge de l'installation d'un réseau local et évaluer les besoins du PNDS en matière d'informatisation.
2. Le projet PRISM avait prévu l'octroi de quatre unités informatiques pour le niveau central du MSP (SSEI, SNIGS, DNSP et DivPS). Suite à votre demande nous avons ajouté dans notre plan d'action pour l'année 2000 l'octroi d'une unité informatique chacune pour les services suivants : le SG et le PNDS. Ceci porte à 6 le nombre d'unités réservées au niveau central du ministère. Par ailleurs, PRISM maintient l'octroi programmé en 2000 des trois unités informatiques prévues pour les IRS de sa zone d'intervention.
3. Pour ce qui est des consommables liés à l'informatique, un kit de démarrage constitué de deux cartouches pour imprimante et de disquettes accompagnera chaque ordinateur octroyé. Cette dotation initiale permettra à chacun de ces services de démarrer son utilisation de ces équipements et à l'administration du MSP de prendre les dispositions nécessaires à la mise à disposition subséquente de ce type de consommables.
4. Dans le domaine de l'appui à la formation en gestion des données du SNIGS il est prévu

125

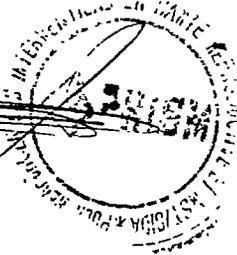
ce qui suit :

- la participation d'un cadre du ministère au cours de MIS offert par MSH à Boston en juillet ;
- un assistance technique au développement du curriculum de formation en « Information pour la Prise de Décision » ;
- la formation des formateurs nationaux dans ce domaine ;
- l'appui à l'organisation d'un séminaire/atelier en suivi et évaluation des programmes SR à l'intention des responsables des programmes.

Monsieur le Secrétaire Général, il nous reste à clarifier avec l'USAID, plus précisément son projet « Initiative Leland » et SO2, les possibilités d'appui à la mise en place d'un réseau informatique au Ministère et à l'établissement des connexions E-mail. Nous vous tiendrons informé des développements à ce niveau.

Je vous prie de bien vouloir recevoir, Monsieur le Secrétaire Général, l'expression de ma haute considération,

Alain Joyal
Directeur



c.p.i.: Mme Cathy Bowes, chef d'Équipe SO2, Santé-Population-Nutrition, USAID-Guinée