

PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTÉ REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

Progress Report
October-November-December 2000

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

Submitted: March 2001

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

A

Table of Contents

INTRODUCTION.....	2
SUMMARY OF PRINCIPALS RESULTS	4
WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR).....	5
IR1: INCREASED ACCESS	5
IR 2: IMPROVED QUALITY	11
IR3: INCREASED DEMAND	15
IR4: IMPROVED COORDINATION	19
<u>Project Implementation</u>	21

Annexes:

1. Rapport de mission du Pr. Bula Bula Lielle Romain, Dalaba, Octobre 2000
2. Etat des données SBC dans les 4 préfectures prioritaires de la RA de Kankan au second semestre 2000.
3. Rapport de formation des facilitateurs COPE en RA de Faranah, Dabola, Décembre 2000
4. rapport technique de formation des superviseurs préfectoraux de la RA de Kankan en prise en charge syndromique des IST, Kankan, Décembre 2000
5. Atelier de révision des canevas de collecte des données sur la SR, Kindia, Décembre 2000
6. Axes stratégiques d'intervention et plan directeur de la campagne pour les jeunes
7. La sexualité des adolescents: résultats d'une recherche narrative
8. Compte rendu des travaux de la session conjointe Ercosar-Griec, Kankan, Novembre 2000
9. Convention de partenariat: renforcement de la prise en charge des Ist en RA de Kankan, Novembre 2000
10. Rapport d'Analyse Situationnelle du PNLIS, Décembre 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 activities and performance from 1 October to 31 December 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 RH services, (2) Improved quality of services, (3) Increased demand for services and (4) Improved coordination between the MOH, donors and other partners.

Two important events had a significant impact on PRISM implementation during the quarter:

Security situation

The security situation in most of Guinée Forestière has deteriorated since early September 2000 when rebel invasions from Liberia and Sierra Leone started. Many prefectures have been and continue to be subjected to fighting between the Guinean army and rebel groups. Other prefectures of the forest region, while not directly attacked, have become hard to reach. This situation concerns two out of the three administrative regions included in PRISM's focus zone – the Région Administrative (RA) of Faranah and the RA of N'Zerekore¹. The situation has had a significant impact on PRISM's implementation of project activities during this past quarter. PRISM has a regional office in both RA. Technical activities that were planned to occur during the last quarter of 2000 in GF, such as CBD support activities and STI training, were put on hold. At the same time, substantial time and attention were diverted from regular technical and managerial activities to deal with this crisis. In response to the security situation at the border with Sierra Leone and Liberia, PRISM had to take the appropriate measures and make arrangements in order to ensure the safety of the project staff and assets. Also, PRISM prepared for the quick resumption of technical activities in GF in case the situation was to improve in the near future. With hindsight, we now know that technical activities in Guinée Forestière will not resume due to the current security situation.

Numerous measures were taken to ensure the safety of both the project staff and the project's material assets, while maintaining technical activities on schedule in undisturbed areas. For instance, PRISM:

- Withdrew professional expatriate staff from the concerned regions. This concerned Dr. Eléonore Rabelahasa, our Child Survival Specialist and Regional Representative for the Faranah RA, and Dr. Michael Derosena, our Health Management Systems Specialist and Regional Representative for N'Zerekore RA.
- Temporarily assigned the technical staff from the N'Zerekore regional office to the

¹ The RA de Kankan is not within the defined risk zone.

Kankan regional office. These are Dr. Sékou Condé and Mr. Michel Haba respectively Regional Coordinator for Health Management Systems and IEC. Dr Kalifa Mara had just joined the UN Volunteers in Rwanda at the outbreak of violence in GF.

- Transferred computer equipment and vehicles from the N'Zerekore office to Kankan and secured the remaining equipment and supplies.
- Assured that all communication systems and procedures were fully operational in all project locations.
- Evacuated Faranah at the end of December when rebels attacked Kissidougou and were progressing north toward Faranah².

At the end of this quarter, PRISM's position in Faranah and N'Zerekore RA could be summarized as follows:

- The Faranah regional office was evacuated, its staff on vacation to deal with their personal situations when necessary, or temporarily assigned to safe locations while participating in technical activities or supporting other PRISM offices.
- The N'Zerekore regional office was being attended to by essential support staff only. Technical activities were on hold. Technical staff was on temporary assignment to the Kankan regional office. Well performing support staff were reassigned to same or similar positions at other project locations where personnel changes were required.

In light of the events it became very clear during this period that PRISM would have to suspend its technical activities for a long period of time in GF and that the N'Zerekore Office, and possibly the Faranah Office would have to be closed down. PRISM proceeded with the review of its workplan and targets to address the concentration of activities in Haute Guinée during Y4 and Y5. We organized with the Kankan IRS a coordination meeting to address the new situation³. This was done via a joint session of the GRIEC and ERCOSAR (see Annex for report).

Continuation Application for Year 4 and Year 5

The continuation application plan for year 4 and year 5 of the project was submitted to USAID on October 10, 2000.

On November 14, 2000, the SO2 Team Leader presented PRISM with the Mission's concerns about the proposed continuation plan in a meeting held at the USAID Mission. In a letter dated November 27, 2000, PRISM was notified that its proposed continuation plan for years 4 and 5 was not approved. The SO2 team's main concern was in the area of maternal and child health planned interventions. In the same letter, we were requested to present our plans to address the current security situation. Before the Christmas holidays, PRISM presented through a series of three meetings, with SO2 and the MOH participating, information addressing related technical questions and concerns, as well as the revised workplan and targets for its MCH interventions. The communications to the Mission concerning the security situation were also dealt with in December.

² The Faranah regional office was reopened in January 2001 although with a reduced staff.

³ The collaborative work planning meeting for the Faranah RA occurred in January 2001 during a 2 days extension of the CTRS

SUMMARY OF PRINCIPAL ACTIVITIES & RESULTS

(October-November-December 2000)

IR1: Increased Access

- On the job training of 2nd ED&C managers was performed at 6 HCs in the Faranah RA
- IMAT was performed in 33 facilities resulting in a marked performance at those sites in the N'Zerekore RA where the managers were trained with the curriculum developed by PRISM.
- 15 trainers received basic ToT and were certified; 8 received advance ToT and were certified
- ED&C Logistics tools and forms for Hospitals are harmonised
- USAID/SO#2 team was supported by PRISM with regards to determining the contraceptive needs for the target population, the management of products reception, port/custom clearance and arranging for the contraceptive products storage in Conakry
- PMA for the Guinean primary health care system was validated by the MOH
- FP services integrated in one HC in Dabola prefecture (Konso) via adequate personnel management by the DPS and allocation of initial stock of contraceptive products.
- First six-month period results available and positive concerning the re-mobilised CBD/CBS communities/agents in the 4 priority prefectures of Kankan RA.

IR2: Improved Quality

- Training of 15 supervisors from the Faranah RA in COPE facilitation achieved.
- COPE integrated in 5 service delivery points.
- Clinical facilitative supervision and on the job training were supported at 4 HCs.
- COGES survey completed.
- STI drugs acquired (start up kits) for the Kankan RA; 14 HCs selected for 1st cohort.
- Training of 20 supervisors in the syndromic management of STI case completed.
- RH indicators to integrate to the H/MIS selected and integration plan developed; H/MIS data collection/reporting forms updated for HCs, Hospitals and DPSs; ready to be field tested.

IR3: Increased Demand

- Community assets identified in prefectures for the youth campaign.
- Creation and maintenance of strong partnership with school is retained as a core IEC strategy and was effectively pursued during the quarter.
- IEC "job aids" material was distributed to HCs in 4 prefectures and in schools.
- 12 PCV and counterparts trained in RH IPC/C.
- Youth campaign slogan and logo are pre-tested
- Narrative research on youth perception of sexuality was completed. Report issued.
- Regarding IEC Manager Training: one IEC manager was sent to a training session on IEC Strategies Development in Abidjan and another IEC manager was selected for an up-coming one-week workshop, also in Abidjan, on Message Design.

IR4: Improved Coordination

- Kankan RH (Ercosar) and IEC (GRIEC) regional work group meet to review and adjust PRISM and other partners workplans for Y2001. Faranah GRIEC did the same.
- PRISM operational plan for MCH reviewed with USAID and MOH
- KFW co-funding of radio and visual material was received
- MOU for STI care support activity in Kankan developed and partnership is active

WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR)

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:

1. Strengthening community ownership, via community level management committees (CoGes), to improve cost-recovery
2. Promote equitable access to RH services

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

1.1.1 Training in ED&C logistics management

The various version of the training curriculum in ED&C and Team Management (GEME) were finalized and made ready for formal delivery to the MOH. Included are the curricula for the Heads of Health Centers, for the Hospital Directors and the IRS/DPS staff as well as the one for the pharmacists (ED&C management only).

On the job training of 2nd manager of ED&C was performed at 6 HCs in the Faranah RA. They are Tiro and Sandenia from Faranah, Banko and Bissikrima from Dabola and Kalinko and Lansanaya from Dinguiraye. This contributes to the achievement of results in activities 1.1.1.4, 5 and 6 of the operational plan, as 3 HCs are in the cohort P+, while 2 are in a IMCI targeted prefecture and 2 in a MSR targeted prefecture.

The quality of ED&C logistics management was assessed in numerous facilities during the quarter. The IMAT (Inventory Management Assessment Tools) results are presented below:

IMAT Results for facilities assessed in the N'Zerekore RA				
Quarter Oct-Dec/2000				
Facilities	Accuracy of record entries	Error on Stock Level	Products Available	Time Without Stockout
<i>CS Commercial</i>	100%	1.5%	100%	1.6%
<i>CS Horoya</i>	100%	0%	100%	6.0%
<i>CS Gonia</i>	96%	0%	100%	1.6%
<i>CS Mohomou</i>	100%	0%	100%	5.0%
<i>CS Dorota</i>	100%	0%	100%	7.4%
<i>CS Kobela</i>	100%	0%	96%	5.0%
<i>CS Koulé</i>	96%	0%	100%	5.7%
<i>CS Gouécké</i>	100%	0%	100%	4.0%
<i>CS Bounouma</i>	98%	0%	96%	2.1%
<i>CS Soulouta</i>	0%	0%	100%	3.0%
CS Koropara	0%	0%	0%	7.0%
<i>CS Womey</i>	98%	0%	100%	2.0%
CS Samoe	0%	2%	0%	5.8%
CS Pale	0%	0%	100%	5.6%
CS Yalenzou	0%	1%	0%	2.0%
Target	100%	0%	100%	0%

The Heads of the 6 HCs who achieved perfect scores regarding the accuracy of record entries were trained by PRISM in ED&C management (their names are in bold italic). The other trained HHC were in the warning (yellow) zone with the exception of CS Soulouta in N'Zerekore Prefecture. All 4 untrained HHC had their accuracy level in the danger (red) zone.

9 out of 15 HCs had a perfect score for the accuracy between the stock level as shown on the stock cards and the products inventory. Of them, 7 had been trained in ED&C management. Soulouta (again) and Kobela, where both HHC were trained, had unacceptable scores on this indicator.

Availability of products is problematic for half the facilities and stockout time levels are too high at the majority of HCs. Most HCs with trained HHCs appear to do better than HCs managed by untrained HHC. But the percentage of stockout times are at double digit levels for 1/3 of HCs and only half of the HCs were fully stocked in ED&C at the time of the visit. The PRISM Coordinator provided these results to the Prefecture and Regional health authorities with recommendations aimed at correcting the situation.

IMAT Results for facilities assessed in the Faranah RA				
Quarter Oct-Dec/2000				
Facilities	Accuracy of record entries	Error on Stock Level	Products Available	Time Without Stockout
<i>CS Banian</i>	96%			
<i>CS Marella</i>	100%	0%		
<i>CS Abattoir</i>	100%	0%		
<i>CS Dogomet</i>				
<i>CSU Dabola</i>				
<i>CS Sélouma</i>		0%		
<i>CSU Dinguiraye</i>				8.5%
CS Tiro		0%		
CS Sandenia	100%	0%		
CS Bissikrima				
CS Banko				
CS Kalinko				
CS Lansanaya				
<i>Stock Tampon Région.</i>	100%	0%		
<i>Hôpital de Dabola</i>	100%	0%		0.1%
<i>Hôpital de Dinguiraye</i>	100%	0%		2.2%
<i>Hôpital de Faranah</i>	100%	0%	100%	
<i>Dépôt PCG faranah</i>		1.0%		
Target	100%	0%	100%	0%

In Faranah, the performance is quite disappointing for 5 out of the 7 HHCs trained in ED&C (names in bold italic characters). If the training showed a clear positive impact on performance in N'Zerekore, the situation is very different in Faranah. This requires further investigation.

We note an appalling level of non-availability of products and stockout times in all of the facilities assessed, except for a few exceptions. This is a Region with "stocks tampons" and where GTZ provides pharmaceuticals. Normally, one would expect stronger numbers on those indicators. This situation requires further attention.

1.1.2 Training of regional trainers (ToT)

It is critical to the successful decentralization of the MOH, that RH training capabilities are increased at the regional level. PRISM has started its support in this area during the very first year of the project. In October 2000, in order to deepen the pool of qualified trainers in its focus zone, PRISM performed one additional basic level ToT session and a first advance ToT session. Fifteen trainers received their basic level certification in adult education and 8 formerly trained professionals received their advance level certification. The participant trainers are from various

clinical and managerial specialties and are active in RH support activities. Professor Romain Bula-Bula, a training specialist regularly used by MSH in projects all over the world, came to support PRISM in this important activity (see trip/activity reports at annex 1).

Result(s): 1.1.2.1.: 15 additional trainers with basic level certification. Added to the 17 previously trained (98), the overall total is 32 (20 from HG).
1.1.2.2.: 8 trainers with advance certification in adult education.

The basic level ToT curriculum and the advance level ToT curriculum have been finalized and are available.

1.1.3 Support the development of ED&C logistics policies, procedures, tools and curriculum
PRISM provided assistance to the MOH «Direction National des Pharmacies et Laboratoires » in finalizing the National Manual on HC ED&C logistics. The manual is now officially adopted by the MOH «Conseil de Cabinet » and includes a preface signed by the Minister. It is ready for printing and dissemination (planned q3/y4).

PRISM co facilitated the workshop during which the logistics tools and forms for the hospitals were harmonized. The strategy is used successfully for the HC logistics tools and forms and should lead to the development and adoption of a national manual/guide. This time, the workshop was funded by WHO.

Result(s): 1.1.3.3.: Logistics forms/tools for hospitals are harmonized

1.1.5 Improve availability of products: Other Interventions

USAID procured contraceptives for our focus zone, scheduled to arrive in Conakry in November, were late. They are now expected at the beginning of 2001. A shipment of USAID procured contraceptives for the regions supported by KFW arrived during the period. PRISM facilitated the reception of this shipment. These products are 100 764 cycles of LoFemenal, 49 999 doses of Depoprovera and 25 200 cycles of Ovrette.

PRISM supported the SO2 team in the computation of contraceptives needs for 2001.

Result(s): 1.1.5.1.: DPS/IRSS' supervision in ED&C is supported by PRISM Coordinators (see IMAT assessment reported in 1.1.1.)
1.1.5.6.: USAID Mission supported by Prism in the management of contraceptive procurement and reception in Guinea

Delivery of contraceptives to regional warehouses by the central level 10-12/2000:

Contraceptives	Unit	N Zerekore	Kankan	Faranah	Total
Lofemenal	Cycle	0	0	0	0
Ovrette	Cycle	0	0	0	0
Depo-Provera	Doses	0	5 200	0	5 200
Conceptrol	Ovules	0	24 000	0	24,000
IUD	Piece	0	0	0	0
Condoms	Piece	0	60 000	0	60,000

Availability of contraceptives & ORS in regional warehouses, end 12/00: Inventories were conducted with the support of PRISM Management Coordinators at the end of December 2000.

Products	Inventory as of 31 December 2000 Number of Units (expiration date)				
	Central	N Zerekore	Kankan	Faranah	Total
Lofemenal	0 ()		3,138 (2003)	100 (2004)	3,238
Ovrette	6,000 (2004)		1,889 (2002) 9,600 (2004)	6,600 (2004)	24,089
Depo-Provera	12,800 (2003)		5,716 (2003)	1,100 (2003) 25 (2002)	19,641
Conceptrol	225,600 (2003)		20,050 (2003)	400 (2001) 3,600 (2003)	249,650
IUD	400 (2005)		280 (2005)	700 (2005)	9,288
Condoms	138,000 (2003)		3,700 (2003)	4,900 (2003) 288 (2001)	146,888

N'zerekore's inventory was not monitored/performed under PRISM supervision because of security situation

1.2 Basic Medical Equipment Availability

A US based purchase of medical material and supplies, valued at \$42,612, is completed and being shipped to Guinea. The order includes stethoscopes, adult and neonatal scales, vaginal specula and sphygmomanometers. Quantities ordered will allow complementary provision to facilities in HG.

1.3 Minimum package of Activities (PMA)

The PMA document was finalised during a validation workshop in Conakry (Sept 2000) and officially transmitted to the MOH during the period for adoption and dissemination.

1.4 Integration of RH Services in HCs

FP was integrated in one of the last remaining non integrated HC in HG. This was CS Konso in the Prefecture of Dabola. The FP integration was accomplished through the assignment of 2 trained staff in FP by the IRS authorities and by the allocation of an initial stock of contraceptive products.

1.5 CBD/CBS program

The CBD/SBC program is now in full activity in the 4 priority prefectures of the Kankan RA⁴. The 51 CBD supervisors of the 26 involved Health Centres as well as the 136 CBD agents were trained during the previous periods. The Chargé SBC of the DPSs are operational as well as the AGBEF TA. The main results of the program in the 4 prefectures during the semester ending with December 2000 are as follow⁵:

- New users of contraceptives = 3,247
More than half of the new users (55.7%) used condoms and 6.4% used pills. Kankan prefecture CBD agents accounted for 42.9% of the new users obtained in the 4 prefectures during the quarter.
- CYP gained = 677
71.5% of CYP were obtained with pills.
- ORS units sold = 3785
72.7% of which for children < 5 years old. Close to 2000 ORS units sold in the month of June of 2000 only. The quantities crashed down to about 500 units per months afterward. The unavailability of units at a price compatible with the 100 Gfr resale price explains partly this situation. Some CBD seems to have acquired for sale non-generic units for resale at 200 Gfr. These quantities are not captured by the CBD/MIS system. Complementary information will be collected on the ORS situation during the coming quarter.

PRISM support activities to the CBD program of the forest region priority prefectures⁶ was scheduled to start during the second semester of 2000. Because of the security situation in the forest region PRISM had to delay the activities and then put them on hold completely.

1.6 Improved Financial Sustainability of HCs

1.6.1 Increase community participation in the management of the HCs

See section 2.2.3 of the report for details

1.6.2 Promote analysis of fee schedules impact on sustainability of HCs

No activities planned and no activities to report

1.7 Improve equitable access to RH services

No broadcast of RH fee schedule on rural radios to broadcast. No other activities planned.

4. Kankan, Siguiri, Kouroussa, Kerouane.

5 Full results are available at annex 2

6. Beyla, Lola, Yomou, N'Zerekore

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 and Services:

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. Strengthening quality improvement support systems to the service delivery points
3. Training in clinical RH services (FP, EMHC, CS, STI/AIDS)

H/MIS:

4. 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.

Cold chain and availability of vaccines

2.1 Reproductive Health Norms & Procedures

No activities planned for 1q/4y and no activities to report

2.2 Strengthening Quality Improvement Support Systems

Training of the Faranah IRS/DPSs supervisors in COPE facilitation

In collaboration with AVSC, PRISM launched its support activities to the integration of COPE (Client Oriented Provider Efficient) in its target zone and the development of a regional cadre of qualified facilitators. The initial activity was a 5 day workshop in Dabola during which 15 supervisors from the Faranah Administrative Region were initiated to the COPE facilitation process⁷. This was done through a “hands-on” facilitation of COPE in the 5 following facilities:

1. CS Bissikrima in Dabola prefecture
2. CS Dialakoro in Dinguiraye prefecture
3. CSU Faranah Marché
4. Maternity Service in Faranah Hospital
5. Pediatric Service in Dabola Hospital

Each of the facility’s personnel or -COPE team, developed an internal problems resolution workplan. The majority of planned activities are aimed at improving client rights and quality of services delivered. We were pleased that the appropriate members of the communities served by these facilities, whether they were COGES members or not, chose to participate actively in the COPE team meetings. This is something PRISM will encourage systematically as we believe this kind of participation is key in strengthening the links between the facility’s workers and the population.

⁷ See annex 3 for the Faranah COPE Facilitator Training Workshop report

The group of COPE facilitators in Faranah will facilitate (again under qualified supervision) the follow-up visit to the targeted facilities in 3 months and will introduce COPE into an additional group of HCs and Hospitals. Per this methodology, the number of COPE facilitators will increase progressively in the region.

Result(s): 2.2.2.1.: 8 Supervisors from IRS/DPS are trained in COPE facilitation
 2.2.2.3.: COPE was introduced in 5 targeted Service Delivery Points (1 Hospital Maternity Service, 1 Hospital Paediatric Service and 3 HCs)

Facilitative Supervision and On the Job Training

This quarter, the PRISM Coordinator in RH for Faranah provided technical assistance to the IRS/DPSs supervisory teams during supervisory visits to the following service delivery points:

1. CS Selouma in Dinguiraye prefecture
2. CSU Dinguiraye
3. CS Dogomet in Dabola prefecture
4. CS Fermessadou in Kissidougou prefecture

The supervisory teams focused on FP, STI prevention and care and Infection Prevention.

PRISM Survey of COGES

The COGES survey was completed for 24 sub prefectures in the Faranah and the Kankan regions. The data is being entered and cleaned. Its initial analysis is scheduled to occur during the next quarter. The results of the survey will be presented to the decision-makers at the various levels of the health system, starting with the IRS level and continuing to the community level. The feedback session at the community level will be part of the community mobilization in favor of their HC's COGES.

Évaluation des Comités de Gestion (COGES)
Liste des Centres de Santé / COGES soumis à l'enquête

<u>REGION</u> <u>Préfecture</u>	<u>No</u>		
R.A. de FARANAH		R.A. de KANKAN	
<u>Dabola</u>		<u>Kankan</u>	
CSU de DABOLA	01	CSU de KABADA	13
CS de DOGOMET	02	CSU de SALAMANI	14
CS de BISSIKIRIMA	03	CS de TINTI OULEN	15
<u>Dinguiraye</u>		<u>Siguiri (*)</u>	
CSU de DINGUIRAYE	04	CS de DOKO	16
CS rural de SELOUMA	05	CS de KINTINIAN	17
CS rural de KALINKO	06	<u>Kerouane</u>	
CS rural de LANSANAYA	07	CSU de KEROUANE	18
		CS de KONSSANKORO	19
<u>Faranah</u>		CS de BANANKORO	20
CSU de FARANAH (Abattoir)	08	<u>Kouroussa</u>	
CS de MARELA	09	CSU de KOUROUSSA	21

CS de SANDENIA	10	CS de KOUMANA	22
CS de TIRO	11	<u>Mandiana</u> CSU de MANDIANA	23
CS de BANIAN	12	CS de KINIERAN	24

2.3 Training in Clinical RH Services

Sexually Transmittable Illness (STI) Case Management

Long delays in deliveries of STI pharmaceuticals from the World Bank project PPSG has motivated PRISM to identify other sources. GTZ/PSR has agreed to provide the start-up kits containing 3 months of pharmaceuticals supplies to the targeted HCs in the Faranah Region. Training activities were initiated there earlier in the year. The SIDA2 project agreed to provide the pharmaceuticals for the targeted HCs in the Kankan Region. This was presented to the regional health authorities in November and the training activities were programmed accordingly. Because of the suspension of the technical activities in the Forest Region due to the current security situation, we proposed to increase the number of sites targeted in the 1st cohort in the Kankan Region from 7 to 14 HCs, and the partners agreed. The additional HCs were selected on the basis of the following criteria: population density, proximity to mining operations or to transporter stop centers, financial health of the HC and effectiveness of the DPS. The following HCs were retained:

<u>REGION ADMINISTRATIVE DE KANKAN</u>	
Kérouané	CSU
	Banankoro
	Kossankoro
Kankan	CSU Kabada
	CSU Salamani
	Batenafadji (*)
Mandiana	CSU (*)
	Kinieran (*)
	Saradou (*)
Siguiri	Doko
	Kitinian
	CSU Siguirikoro (*)
Kouroussa	CSU (*)
	Kiniero (*)

(*) HCs added to the 1st cohort because of the suspension of activities in GF.

Training of the Kankan Region Supervisors in Syndromic management of STI Cases

PRISM trained 20 supervisors coming from the 5 prefectures of the Kankan Region in the Syndromic management of STI cases⁸. Among the supervisors were 16 health professionals from the DPSs and 4 from the Hospitals: 9 MDs, 1 Midwife and 10 Aides de Santé. As a result of this activity, the training of HCs providers can start in the Kankan Region, after which qualified supervisory staff will implement the post-training monitoring activities. In addition to this, the supervisors that have regular clinical duties in the hospitals of the region are expected to use the syndromic case management approach for 1st contact clients, and use the etiologic approach only

⁸ See annex 4 for the training report

for referred cases (cases for which the syndromic approach failed).

2.4 Strengthening the Health MIS system

In December, the MOH held a very important workshop for the reform of the Health Management Information System in Guinea. The objective of the workshop was twofold: Validate the new Reproductive Health indicators package developed a year ago with the support of MSH/PRISM (McKeon's consultancy in December 1999) and to develop the integration plan of these indicators in the H/MIS at all levels. PRISM co-organized and co-facilitated the RH validation workshop with the MOH/SSEI, the UNFPA and the WP/PPSG project⁹.

PRISM provided support to the MOH/SSEI by revising the monthly report forms for the HCs, the Hospitals and the DPSs. The MOH will test and finalize the form with PRISM support and PRISM will disseminate the new forms into its target zones during the coming quarters of project Y4.

Result(s): 2.4.1.: *Report on the defined package of RH indicators finalised and distributed to the stakeholder (list developed by MOH/DSR with McKeon assistance);*
2.4.1.: *RH indicators validation workshop held and RH indicator package adopted (a sub set of the package developed in Dec 1999)*

2.4.1.1.: *H/MIS data collection forms revised*

⁹ See annex 5 for workshop report

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

IEC Coordination at the Central Level

Since October 2000, the IEC Advisor has been meeting with the Division of Health Promotion at least twice a month. The purpose of the meetings have been to: (a) debrief on the youth campaign activities and get their input regarding the implementation; (b) discuss PRISM support to related activities initiated by the MOH at the central level which can be implemented in the regions such as training; and (c) get their input on draft material such as logo, brochures, etc.

IEC Coordination at regional levels

Several meetings were initiated at the regional level, especially with stakeholders involved in youth activities. Among them were:

- Kankan and Faranah GRIEC (IEC Regional Group) both held a coordination meeting during the period, respectively in Kankan and in Dabola. In Kankan the GRIEC met immediately after the joint session with the ERCOSAR. The purpose of this collaborative meeting was to facilitate a better integration of all RH components. The IEC members reviewed what has been accomplished after the N'zerekore workshop on the youth campaign design and developed the plan for the next coming three months (until end of February 01). Among the outcome of this planning process, was that almost all IEC groups have identified community assets to build on for the youth campaign launches.
- Meetings with the GRIEC members in their respective prefectures. The IEC Advisor toured the prefectures to meet with IEC members who did not attend the quarterly

meeting either in Kankan or in Dabola. During these meetings, plans were reviewed and the members were given technical assistance on how to carry them out. The prefectures visited were Dinguiraye, Mandiana, Siguiiri, Dabola, Kerouane, and Kourroussa.

- Meeting with the Woman's Association President. The purpose was to facilitate contact with several women associations, across Kankan, in order to negotiate partnership in supporting reproductive and child survival interventions.
- Meetings with other leaders and community based groups. For advocacy purpose, the IEC Advisor met with politico administrative leaders such as prefects, the Education prefecture directors (DPE), the Youth/sport prefecture directors, the APEAE (association des parents et amis de l'école), and representative of local NGOs such as APROFIS/G (Association pour la Promotion de la Fille à Siguiiri/Guinée), Association Jeune et Santé, and Groupe Equité, Peace Corps and CAR. The purpose of such meetings was to get the acceptance of the program and letting them explore what their role is going to be in responding to the reproductive health needs of youths.
- **Building partnership with schools.** PRISM has been working closely with two important school structures, the "Association des Parents et Eleves" (APEA) and the Press Club. With the APEA, PRISM intends to build a strong coalition with the purpose of breaking the silence between parents and adolescents regarding RH. Numerous meeting have been held with many APEA members during this period, especially in Kankan, Mandiana and Kerouane. Often, the GRIEC members were instrumental in setting up and participating in these meetings. In Kankan each partner school has a School Press Club. The members are students (at least 10) whose role is to make announcements each day at the "salut au drapeau" before school starts. They report on cultural and sportive news at the school, in the community, in the country and around the world. PRISM plans to bring together the Press Clubs and the Radio Rurale for implementing new radio programs. Currently, they are responsible to deciding on a day and place where students may come and watch the two video on HIV/AIDS we received from JHU/CCP. The titles are:"Ce n'est pas facile" and "Les visages du SIDA".

3.2 Improved Client-Provider Interaction

Distribution of IEC materiel for client-provider setting

- During the visits to the prefectures, around 100 IEC posters on HIV reproduced last year were framed and distributed. The recipients were the University of Kankan, schools and health centers. The health centers that received IEC materials are in Kankan, Mandiana, Kerouane, and Siguiiri. The same material was delivered to the Centre d'écoute des Jeunes de Dabola. Other distributed materials were the brochures on AIDS (around 4,000), the wooden penises for demonstration purpose to the Service National de Production et de Vulgarisation (SNPRV) in Diguinraye and Dabola (40).
- More than 50 copies of the Population Reports on Counseling were distributed to DPSs and additional copies have been requested from JHU/CCP for the field.

Train Health Workers in IPC/C and RH Issues

PRISM assisted Peace Corps in reinforcing the field agents with their Guineans counterparts

in interpersonal communication. Twelve PCVs and their counterparts (health care workers), attended the workshop facilitated by Michel Haba, the IEC Coordinator from N'zerekore.

3.3 Increased Demand for RH Information and Services

Most of the demand generation activities that have been carried out are prelude to the youth campaign. Accomplishments this quarter include:

- Identification of community assets for building coalition with regards to: youth associations/gathering places, schools and APEAE, community theatre groups, community based agents, and the identification of peer educators.
- Meetings with the **hair and sewing houses** in Kankan to negotiate about their role in IEC message dissemination. They agreed to participate in the IEC campaign if they receive training and have access to materials such as wooden penis and visual aids.
- Installing **mailboxes in the schools**. The goal was to collect questions students may have regarding reproductive health. Mailboxes were open in almost all prefectures with the exception of Kourroussa: 4 in Kankan, 2 in Faranah and in Kerouane, and 1 in Dinguiraye, Dabola, Mandiana and Siguiiri. The mailboxes were supervised and maintained by GRIEC members. Students reacted positively and submitted numerous questions, which will be answered during radio shows, conferences, and video shows. They cover a wide array of RH topics from STI/AIDS to FP and the female menstrual cycle. The questions have been assembled in a document, which will be used as an advocacy tool for parents to initiate dialogue with their adolescents.
- Supporting the **youth sport activities** is an effective means to assure interaction with youth. Thirty balls(soccer, basket, and volley) have been distributed this quarter to several schools in almost all prefectures. PRISM will use sport events to disseminate messages about STD/HIV and unwanted pregnancy.
- **Video show in schools**. Two videos received (Ce n'est pas facile et les visages du SIDA) from Baltimore have been widely displayed in schools in Kankan, in Centre d'Écoute des Jeunes de Dabola and Kerouane. These videos will be displayed in the near future in Siguiiri and Kourroussa. Mandiana does not have a public hall where it can be shown. It is estimated that more than 15,000 students will be reached in Kankan by the end of January. This video will be shown to Banankoro, the diamond mining area as well.
- « **PRISM et IEC** » **document**. This paper describes the youth campaign strategies based on the research conducted among the adolescents in the project area¹⁰.
- Slogan pretest. The youth slogan has been pre-tested among both adolescents and community leaders. It was deemed to be friendly, acceptable and easy to understand.
- Kankan Prefecture **Epe for Immunization campaign** was prepared during the quarter. The campaign is schedule to be launched in Kankan during the next period. PRISM

10 See annex 6 for the document "PRISM et IEC: Axes Stratégiques d'Intervention et Plan Directeur de la Campagne pour les Jeunes", October 2000.

monitored and supported the EpE for immunization activities in the Faranah Prefecture where the campaign was launched earlier this year.

- Logo design and pretest. A campaign logo was designed by a local artist and went through several modifications with the input from JHU/CCP and adolescents themselves. A final version should be released early January 2001.
- **Youth perception research.** This study allowed us to ascertain information supporting the responsible behaviors we are promoting. The messages will be included in brochures on abstinence and visual aids materials. The results of this research are presented in the document "Recherche Narrative sur la Sexualité des Jeunes"¹¹
- **PRISM and HIV Day.** PRISM assisted all prefectures to launch specific activities during the HIV day, December 1. We provided promotional material such as banners and brochures. In Kankan the project supported CAR (Centre d'Accueil et de Ressources/MST-SIDA), a youth university group, to launch activities in the four colleges in town. A short presentation on the causes of HIV transmission and the method of prevention were made before the start of class in front of several students.

3.4 Improved IEC Management and Delivery Capacity

Training in IEC Management related subjects

Amiata Kaba, IEC Coordinator in Kankan, attended a four-week workshop in Abidjan on IEC Strategies Development organized by CAFE. While in Cote d'Ivoire, he visited the project SPFS and held meetings with their senior staff.

Mrs. Kadiatou Camara has been selected to attend one-week workshop on Message Design sponsored by SFPS in Abidjan. Mrs. Camara will be concerned with the youth group as she is very active in supporting youth related activities in Dinguiraye prefecture.

¹¹ See the document "Sexualité des Adolescents: Résultats d'une recherche narrative" at annex 7

IR4: IMPROVED COORDINATION

4.1 Improve Coordination at the Local Level

Regional Work Groups

- The Kankan RH regional work group (ERCOSAR) met in a joint session with the IEC regional work group (GRIEC)¹². This was the first meeting of this kind and allowed for integrated decision making where the appropriate RH interventions were discussed and future actions were prioritised accordingly. The joint session was hosted by the Kankan IRS and co-facilitated by the IRS and PRISM senior staff. One of the main tasks of the joint session was to redefine targets of PRISM and other partners in the Kankan Region following the events in GF.
- The Kankan ERCOSAR held a micro-planning meeting immediately after the joint session.
- The Kankan GRIEC did the same.
- The Faranah GRIEC met in December in Dabola. The youth campaign workplans developed in N'Zerekore in June 2000 were reviewed and plans for the coming three months prepared.

PRISM Operation Plan Review

- PRISM proposed operational plan for MCH for project's Y4 and Y5 was reviewed with USAID/SO2 and with the MOH during two joint meetings. These meetings took place at USAID in December and were organised by SO2.
- PRISM operational plan was reviewed and adjusted with the Kankan Region's partners during the ERCOSAR/GRIEC session.

Result(s): **4.1.1.:** 3 regional coordination meetings held during the quarter in the two regions included in PRISM's focus zone

4.1.3.: 2 formal "concertation" meetings held to review PRISM operational plan (one with the Kankan Region's partners and one with USAID and the MOH)

4.2 Improve Coordination at the Institutional level

- A computer unit was supplied to the MOH Direction Nationale des pharmacies et Laboratoires (DNPL)
- A partnership Convention was developed for strengthening of STI care in Kankan Region¹³. The partners involved with PRISM, in addition to the Kankan IRS, are the PNLs, the SIDA2 project, the PPSG project and the GTZ.
- KFW: IEC radio and visual material: KFW co funded the production of the RH Radio Drama "*La Vie n'est pas Compliquée*" with PRISM for a value of \$20,000.
- PRISM provided STTA to the Situational Analysis of the Programme National de Lutte Contre le Sida (PPSG) sponsored by the WB/PPSG project¹⁴.

Miscellaneous Activities

12 See joint session report, ERCOSAR and GRIEC quarterly workplan at annex 8

13 See the Convention de partenariat at annex 9

14 See SA of the PNLs report at Annex 10

- PRISM actively participated in the “Journée Nationale de Lutte Contre le Sida” in many of the prefectures in the project’s focus zone
- PRISM technically and materially (vehicle and fuel) supported the preparation and the supervision of the Journées Nationales de Vaccination.
- PRISM COP attended the USAID Mission sponsored partners synergy workshop in October. He participated in the HIV/Aids group. It was decided that a USAID affiliated interested party group from all sectors of activities will meet later to identify specific areas of mutual concern and develop specific sets of joint interventions to promote behaviour change in favour of HIV prevention.

PROJECT IMPLEMENTATION

Suspension of technical activities in GF

See Introduction

Continuation Plan for project's Y4 & 5

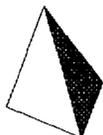
See Introduction

Arrival of PRISM new IEC Specialist

Mr. Guillaume Bakadi Mukenge is the new PRISM IEC Specialist from JHU/CCP. He replaces Mr. Michael Blake who has been the project's IEC Specialist since inception. Mr. Bakadi did a STTA consultancy at PRISM in June-August to support IEC activities during the transition period at that position. He arrived in Guinea in the middle of September to start his long-term assignment and took his duty station soon afterward in October.

Interim at the PRISM Regional Representative function in Kankan

After Mr. M. Blake's departure from the project, Mr Tanou Diallo, the Monitoring and Evaluation Specialist, acted as the interim Regional Representative for PRISM in Kankan. At the end of the period he was still covering this function as Mr. Bakadi's preparation was in the process of being completed.



PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTÉ REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

Progress Report
October-November-December 2000

ANNEXES

1. Rapport de mission du Pr. Bula Bula Lielie Romain, Dalaba, Octobre 2000.
2. Etat des données SBC dans les 4 préfectures prioritaires de la RA de Kankan au second semestre 2000.
3. Rapport de formation des facilitateurs COPE en RA de Faranah, Dabola, Décembre 2000.
4. apport technique de formation des superviseurs préfectoraux de la RA de Kankan en prise en charge syndromique des IST, Kankan, Décembre 2000.
5. Atelier de révision des canevas de collecte des données sur la SR, Kindia, Décembre 2000.
6. Axes stratégiques d'intervention et plan directeur de la campagne pour les jeunes.
7. La sexualité des adolescents: résultats d'une recherche narrative.
8. Compte rendu des travaux de la session conjointe Ercosar-Griec, Kankan, Novembre 2000.
9. Convention de partenariat: renforcement de la prise en charge des Ist en RA de Kankan, Novembre 2000.
10. Rapport d'Analyse Situationnelle du PNLS, Décembre 2000.

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

Submitted: March 2001

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

ANNEX 1 (Rapport mission prof BULA)

RAPPORT DE MISSION

Effectuée

Du 02 au 28 octobre 2000

*Par Prof. BULA-BULA Liélie R.
Consultant*

GUINEE-CONAKRY

I – INTRODUCTION

I – 1 / Contexte de PRISM

PRISM est un projet de *MSH* subventionné par l'*USAID*. Présent dans deux des quatre régions naturelles de la Guinée (la Haute-Guinée et la Guinée-Forestière), il a pour but d'accroître et d'améliorer la qualité des services en Santé de la Reproduction. Ses domaines d'intervention s'articulent autour de quatre objectifs intermédiaires à savoir :

1. *Accroître le taux d'accès aux services de la Santé de la Reproduction*
2. *Améliorer la qualité des services en Santé de la Reproduction*
3. *Augmenter la demande en matière de qualité de services*
4. *Améliorer la coordination des différents donateurs*

Les principales antennes régionales sont basées respectivement à Faranah, Kankan et N'Zérékoré : zones d'intervention de PRISM avec un bureau de liaison à Conakry.

En plus du Directeur de projet, l'équipe technique est constituée de :

- Un spécialiste en Survie de l'enfant
- Un spécialiste en Gestion des ME
- Un expert en Logistiques des ME
- Un expert en IEC (de JHU/CCP)
- Un responsables de la Logistique (achats)
- Trois coordinateurs SR/Qualité des soins
- Trois coordinateur SR/Gestion
- Trois coordinateurs SR/IEC
- Un coordinateur du programme de Service à Base Communautaire (SBC)
- Un responsable administratif et financier
- Un expert Suivi/Evaluation

La stratégie de renforcement de l'appui aux institution nationales en Guinée-Conakry a amené le projet **PRISM** à se préoccuper du développement des compétences des formateurs afin d'assurer la pérennisation des efforts entrepris dans le cadre du développement sanitaire du pays. C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente mission qui a consisté à l'élaboration des curricula et à la conduite de deux séminaires de formation des formateurs.

I – 2 / Termes de référence

Il ressort de l'ensemble des termes de référence que les objectifs de la consultation sont les suivants :

1. Soumettre un curriculum de Formation des Formateurs adapté au contexte guinéen incluant : les plans de session, les guides de session, et tout autre matériel visuel nécessaire pour une formation en deux copies (manuelle et électronique).
2. 20 et 25 personnes à former pour être les futurs formateurs potentiels du projet en accord avec les normes de MSH et en fonction des besoins et requêtes identifiés par PRISM.
3. Un rapport de 4 à 5 pages présentant les résultats de l'activité, l'évaluation individuelle des participants et les recommandations sur les actions futures que le projet PRISM doit entreprendre pour valoriser, évaluer, encadrer et mieux gérer ce potentiel de formateurs guinéens dans les différents domaines de la Santé Publique.

De ces termes de référence, découlent les activités ci-après :

1. Rendre familier le curriculum de Formation de Base élaboré par MSH ; identifier les besoins d'adaptabilité des curricula de formation ; identifier les besoins en formation et/ou en matériels nécessaires à la conception des cours de formation.
2. Contacter Jana N`Tumba pour un feedback sur les formations antérieures et ses impressions sur le niveau des participants.
3. Elaborer le curriculum de Formation des Formateurs en collaboration avec Eléonore Rabelahasa et Michael DeRosena.

Le contenu du curriculum de formation est le suivant :

- Identification d'un groupe de 20 à 25 personnes qui ont eu à faire des formations ou qui ont été susceptibles de l'être dans le passé. Cependant, la plupart de ces participants doivent être à leur premier cours sur le concept d'andragogie.
 - Acquisition des principes d'andragogie
 - Maîtrise du concept d'andragogie
 - Identification des styles, méthodes et techniques d'apprentissage
 - Conception d'une session de formation incluant les étapes du processus d'apprentissage, la formulation des objectifs, le développement des plans et guides de session
 - la dynamique de groupe
 - la facilitation
 - Séances de microformation durant lesquelles les participants élaborent eux-mêmes les différents éléments d'un curriculum de formation et reçoivent le feedback succincte de leurs collègues.
4. Prendre en charge la formation et être le formateur principal (avec comme coformateurs Eléonore Rabelahasa et Michael DeRosena) pour trois semaines de formation à l'intérieur du pays (Dalaba)
 5. Participer à une réunion de débriefing avec les coformateurs et le Directeur du projet. Présenter le curriculum finalisé et un draft du rapport de formation. La date et le lieu de cette réunion seront fixés par le Directeur du projet.

I - 3 / Equipe d'Encadrement

L'équipe d'encadrement était composée de quatre formateurs et deux assistantes.

I - / 3-1 - Formateurs

- Docteur Eléonore Rabelahasa
- Professeur Bula-Bula Liélié R.
- Docteur Michael DeRosena
- Docteur Youssouf Doumbouya

I - / 3 -2 - Assistantes

- Sylvie Gnimassou
- Fatoumata Doumbouya

Pour la FdF du niveau avancé, l'équipe était composée de :

Formateurs

- Docteur Eléonore Rabelahasa
- Prof. Bula-Bula Liélié R.

Assistants

- Sylvie Gnimassou
- Fatoumata Doumbouya

L'ambiance et de l'esprit d'équipe qui ont régné au long de cette action de formation au sein de l'équipe d'encadrement ont beaucoup facilité la tenue de chacun des deux séminaires.

II – RESULTATS REALISES

En termes de résultats, la mission a réalisé ce qui suit :

- Vingt-trois (23) cadres ont été formés en Andragogie dont :
 - 15 formateurs de niveau de base
 - 8 formateurs du niveau avancé.
- Une équipe de formateurs est constituée et dotée des compétences en formation des adultes
- Deux curricula de formation des formateurs sont disponibles au Projet **PRISM** – Niveau de base et Niveau avancé.
- Un rapport de formation contenant des recommandations pour les actions futures.

III – DEROULEMENT

III – 1 / Phase de préparation

Arrivé à Conakry, le 24 septembre 2000, la mission a débuté le lundi 25 septembre 2000.

La phase de préparation s'est déroulée à **Conakry** suivant le programme de travail en annexe et s'est achevée à **Dalaba**. Trois grandes activités ont marqué cette phase à savoir :

1. la réunion de prise de contact pour étudier le contenu des termes de référence,
2. le développement des deux curricula
3. la préparation du matériel et des documents de formation.

III – 2 / Phase de conduite

Tenue du 02 au 26 octobre 2000, l'action comportait deux séminaires de formation des formateurs (niveau de base et niveau avancé). Ils ont eu lieu à **Dalaba** situé à environ **340 Km** de Conakry suivant un horaire allant de 8 H 00 à 18 H 00, du lundi au samedi.

III – 3 / Profil des participants

Pour le premier groupe, les participants étaient au nombre de 15 répartis en deux groupes représentant le *Ministère de la Santé* et le projet *PRISM* soit :

- 9 cadres du Ministère de la Santé
- 6 coordinateurs de *PRISM*.

Pour le second groupe, ils étaient au nombre de 8 participants dont :

- 2 cadres du *Ministère de la Santé*
- 6 coordinateurs de *PRISM*.

Du point de vue de la qualification professionnelle on retient les suivantes dans le premier groupe :

- 7 médecins
- 3 pharmaciens
- 2 informaticiens
- 3 sociologues.

Dans le second groupe, on a dénombré :

- 5 médecins
- 3 pharmaciens.

III – 4 / Programmes

Chacun des curricula était couvert par les buts, contenus et objectifs généraux et intermédiaires. Ils se trouvent placés en annexe.

III – 5 / Méthodologie

Pour chacune des FdF, il a été fait usage de l'approche expérientielle. Ainsi, de façon générale, il y a eu appel à l'expérience concrète de participants en tant que formateurs à la réflexion et au développement des concepts, théories et pratiques suivis de la pratique de la micro-formation.

III – 6 / Evaluation

III – 6 / 1 – Evaluation des séminaires

L'évaluation finale pour la FdF de niveau de base s'est chiffrée à 8,9 points sur 9 soit « Excellent ». Pour la FdF du niveau avancé, l'évaluation a été de 8 points sur 8 soit « Excellent ».(confère annexe).

III - 6 / 2 – Evaluation individuelle

Formation des formateurs du niveau de base

Sont excellents :

- DEM Bocar
- SQUARE Halimatou
- DIALLO Tanou
- BAH Alpha
- CISSOKO Oumou
- DIALLO Yaya
- CAMARA Kéoulen
- HABA Michel
- KABA Amiaté

Sont bons :

- CAMARA Ciré
- SAGNO Moïse
- KOIVOGUI Kotou
- CAMARA Salifou
- SYLLA Mohamed Lamine
- ✓ CISSE Mohamed

Formation des formateurs du niveau avancé

Sont excellents :

- DOUMBOUYA
- KEITA Namoudou
- DIENG Aïssatou
- DIAKITE Oumar
- CONDE Sékou
- BALDE abdoul

Sont bons :

- GOUMOU Célestin
- CAMARA Mamadou Oury

IV – CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

IV – 1 / Préparation des curricula

Constat 1

Le temps alloué à l'élaboration de deux curricula (FdF de niveau de base et FdF de niveau avancé) soit 6 jours était très insuffisant. L'équipe des co-formateurs a été contrainte à des efforts supplémentaires énormes. La conséquence de ces efforts s'est faite sentir lors du déroulement des activités de séminaires proprement dites car il fallait à la fois réviser le curricula et conduire les sessions.

Recommandation

Il convient de respecter la durée minimale de 10 jours pour la préparation d'un curriculum de formation.

Constat 2

La recherche de la documentation de référence a posé quelques problèmes liés au fait que la liste qui avait été envoyée à Boston n'est pas parvenue à *PRISM-GUINEE* d'une part et le manque de précisions sur les types de FdF pour lesquels on devait élaborer les curricula.

Recommandation

Il serait plus efficace et commode que le consultant soit en contacts directs avec les responsables du projet pour harmoniser l'état de besoin en documents et autres supports pédagogiques. Le backstop à **Boston** peut faciliter ces contacts.

IV – 2 / Profil des participants

IV – 2 / 1 – Niveau avancé

Constat

Le niveau général des participants retenus pour la FdF du niveau avancé n'était pas à la hauteur de la FdF du niveau de base. Cette situation s'expliquerait par la FdF de base qui n'a duré que trois semaines au lieu de quatre semaines. Beaucoup de notions de FdF de niveau de base n'ont pas été exploitées.

Cette situation a rendu la conduite de FdF du niveau avancé plus complexe et plus difficile car il fallait chaque fois développer les concepts de FdF de niveau de base, niveler le background et développer le contenu du niveau avancé. Ainsi l'horaire initial allant de 8H à 16H 30 s'est vu allongé de 2 heures pour une équipe de co-formateurs de 2 personnes.

Recommandation 1

Pour s'assurer de l'efficacité et surtout de la performance de ce noyau de formateurs, il convient d'organiser pour eux la FdF de niveau maîtrise c'est-à-dire **les maîtres-formateurs** et le cours sur **la gestion des programmes** de formation ainsi que sur le leadership.

Recommandation 2

Le projet *PRISM* pourrait procéder à l'évaluation des performances de formés dans les 6 mois qui viennent soit en Février ou Avril 2001 pour s'assurer de l'utilisation des acquis par les apprenants.

IV – 2 / 2 – Niveau de base

Constat 1

Le niveau des participants était très bon. Le programme leur a permis de consolider leur expérience de formateurs. Ils en ont certainement tiré grand bénéfice comme l'indiquent les résultats de leur évaluation finale.

Cependant, quelques uns ont besoin d'un grand encadrement pour se confirmer dans la fonction du formateur.

Recommandation 1

Les formateurs du niveau de base pourront être encadrés par ceux du niveau avancé. Un plan de l'utilisation devra être développé par le projet *PRISM*.

Recommandation 2

Comme pour les formateurs du niveau avancé, une évaluation des performances des formés serait envisageable.

L'évaluation de ces deux groupes pourra donc se faire à la même période pour une durée de 1 mois au cours duquel certaines activités de formation pourront être organisées afin de faciliter cette opération.

IV – 3 / Gestion des actions de formation

Constat 1

Etant donné la stratégie adoptée par le Projet *PRISM* à savoir assurer la formation des prestataires par le biais d'un noyau des formateurs, il apparaît que le projet risque de ne pas s'assurer de l'atteinte de ses objectifs du fait de manque de mécanisme approprié en son sein.

Recommandation

Il serait très utile de créer une cellule de formation pour gérer toutes les activités de formation qui sont organisées selon l'approche **MSH** déjà approuvée par le *Ministère de la Santé Publique*. La cellule sera chargée de coordonner les différentes actions de formation initiées par le projet *PRISM* et ses partenaires (élaboration ou révision des curricula, supervision, suivi et évaluation des actions de formations).

L'option de créer la cellule peut être remplacée par la responsabilisation d'un staff du projet mais qui doit être un formateur. Cette tâche pourrait être confiée au Docteur Eléonore Rabelahasa.

Constat 2

La saisie et la reproduction des documents ont été très satisfaisantes tant du point de vue de la qualité que de la ponctualité et régularité. Il en est de même de la logistique, les assistantes ont démontré un sens aigu de responsabilités. Cependant, les assistantes ne font pas encore preuves suffisantes de réflexes liés à l'organisation et au déroulement d'une action de formation. Cette situation se justifie par le fait qu'elles n'ont pas été associées à la planification administrative et n'en ont pas les compétences.

Recommandation

Il serait souhaitable d'organiser un atelier de formation de 5 jours sur la **planification administrative** de la formation, atelier destiné à tous les assistants de coordination étant donné l'importance que prend la formation au sein du projet **PRISM** et de leur forte implication dans ces actions futures.

V – ACTIONS FUTURES

FORMATIONS	PERIODE
1. Formation en Administration des séminaires de formation pour les assistants	15 décembre 2000
2. Formation en leadership pour les coordinateurs	Février 2001
3. Evaluation des performances des formateurs formés	15 avril 2001
4. Formation des maîtres-formateurs	Juillet 2001
5. Formation en gestion des programmes de formation	Octobre 2001

VI – CONCLUSION ET REMERCIEMENTS

Les deux séminaires se sont très bien déroulés à la grande satisfaction des participants et des formateurs.

Par cette occasion, nous remercions les responsables du projet **PRISM-GUINEE** qui ont bien voulu nous associer au développement du noyau des formateurs appelés à conduire les actions de formation dans le pays.

Nous adressons également nos remerciements aux responsables de l'**USAID** pour avoir accepté notre assistance technique pour la **Guinée**.

NOTE TECHNIQUE

Par Professeur Bula-Bula Liélié R.

Novembre 2000

CATEGORISATION DES FORMATEURS

Pour des raisons de développement des Ressources Humaines et d'efficacité du système de formation continue, la carrière professionnelle des formateurs se trouve hiérarchisée. Elle comprend quatre niveaux à savoir :

1. Formateur de niveau de base (F.B)
2. Formateur du niveau avancé (F.A)
3. Maîtres-formateurs (M.F)
4. Gestionnaire des programmes (GPF)

Voici en synthèse la description de chaque niveau professionnel..

I - NIVEAU DE BASE

Ce niveau regroupe les formateurs appelés à conduire les actions de formation destinées aux prestataires des services. Ils évoluent en équipe de co-formateurs dirigée par le formateur du niveau avancé. Mais il peuvent aussi assurer la formation seuls.

Leurs compétences globales se rapportent aux points suivants :

- Analyse de la déficience professionnelle
- Formulation des objectifs d'apprentissage
- Détermination du contenu à enseigner
- Choix des méthodes techniques et matériel de formation
- Elaboration des plans de sessions
- Conduite des séances de formation
- Confection du rapport administratif de la formation

Il s'agit des cadres qui outre leurs qualifications professionnelles de métier ont suivi une formation structurée en andragogie. Ils sont des formateurs de terrain.

II - NIVEAU AVANCE

Sont regroupés à ce niveau, les formateurs capables d'accomplir les fonctions ci-après :

- Analyser la situation d'un programme afin d'identifier les problèmes de performances professionnelles
- Identifier les besoins en formation
- Analyser le caractère possible d'une action de formation
- Elaborer un curriculum de formation
- Analyser et réviser un curriculum de formation
- Encadrer les formateurs du niveau de base
- Gérer des situations difficiles au cours d'une action de formation
- Former les formateurs de base

Ils justifient de 5 ans d'expérience comme formateurs ayant travaillé chacun en équipe de co-formation et ayant fait preuve de maîtrise suffisante des compétences de niveau de base. Ils sont donc des chefs d'équipe.

III - NIVEAU MAITRE-FORMATEUR

Appartiennent à ce niveau, les formateurs ayant une expérience professionnelle de plus de 5 ans en matière de formation continue. On peut compter à leur actif plus de 20 actions dans ce domaine dirigées par chacun d'eux à titre de formateur principal d'une équipe de co-formateurs. Leurs compétences globales couvrent les points ci-après :

- participation à l'élaboration d'un plan directeur de formation permanente du personnel dans une organisation
- Elaboration et évaluation d'un curriculum de formation
- Direction d'une équipe de co-formateurs ou d'encadrement
- Evaluation des programmes de formation
- Supervision et suivi des actions de formation
- Conception de matériels et supports pédagogiques
- Recyclage et formation des formateurs

Ils doivent avoir la maîtrise des exigences de leurs professions et de celles du niveau avancé. Ils sont des formateurs de formateurs.

IV - GESTIONNAIRE DES PROGRAMMES DE FORMATION

Le gestionnaire des programmes de formation est à la fois formateur et gestionnaire. Plus que maître-formateur, il détient une expérience en gestion des ressources. Ses capacités techniques se résument à :

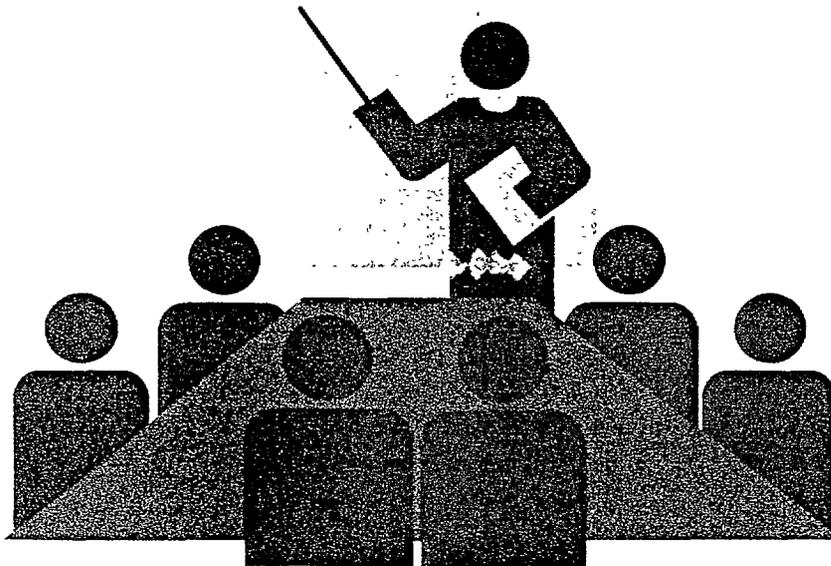
- Procéder à l'analyse situationnelle du projet / service / organisme
- Elaborer un plan stratégique de formation pour une institution
- Sélectionner les équipes de co-formateurs
- Elaborer le budget d'un plan directeur de formation
- Evaluer les programmes de formation et leur impact
- Rédiger un document de politique de formation continue pour une institution

Il est le conseiller en matière de formation continue.



SEMINAIRE de *Formation des Formateurs*

Niveau avancé



Dalaba du 16 octobre au 25 octobre 2000

PREAMBULE



Conçu pour une durée de huit jours, ce curriculum de formation s'adresse aux formateurs de base mais ayant déjà réalisé quelques actions de formation des adultes. Il totalise 63 heures de volume horaire pour une valeur taxonomique qui se chiffre à 6.2 degré d'apprentissage (DA.) avec un DA moyen de 3.

Ainsi les formateurs qui seront appelés à utiliser ce curriculum devront justifier d'une bonne expérience de formation des formateurs de base. De même les participants qui y seront soumis doivent avoir au préalable conduit deux ou trois actions de formation en faveur des agents en poste dans une organisation.

Enfin ce curriculum peut être adapté à tout moment en fonction de l'évolution du contexte andragogique et de la politique de formation continue préconisée par le Ministère de la Santé Publique de la République de Guinée.



CONTENU DE LA FORMATION

Par Professeur Bula-Bula Liéilé R / septembre 2000

Le contenu de la formation est la matière que l'apprenant doit connaître pour combler sa lacune. Cette dernière est prise en compte par l'objectif d'apprentissage formulé à cet effet. De façon générale, elle correspond à la séquence de la tâche considérée comme déficiente.

On distingue **trois types** de contenu :

1. Le contenu introductif :

Il sert à annoncer la matière qui doit constituer la base de la formation et correspond à la séquence de la tâche qui précède la séquence déficiente.

2. Le contenu de base :

Il couvre la séquence qui doit faire l'objet de la formation.

3. Le contenu complémentaire ou contenu de sortie :

Il couvre la séquence qui suit celle de base. Il permet au formateur de circonscrire le processus d'exécution de la tâche tout en entière et marquer le point de clôture de la session de formation.

Ces **trois types** de contenu peuvent donner lieu à la formulation de trois objectifs d'apprentissage. Mais ils peuvent être pris en charge par l'objectif principal qui est celui qui couvre la déficience.

En pratique, le contenu introductif est développé en guise d'introduction dans la première activité de l'objectif principal tandis que le contenu supplémentaire est livré dans la synthèse de la séance. Cela revient à dire que du point de vue de la tabulation de la durée, le formateur affectera les **3/5** de temps de la session au contenu de base et le **1,5/5** sera alloué au contenu supplémentaire et enfin le **0,5/5** consacrera au contenu introductif.

Enfin, il importe que le contenu de la formation soit vrai et actualisé pour susciter l'intérêt chez l'apprenant.

NIVEAU AVANCE

FORMATION DES FORMATEURS

BUT GLOBAL

La stratégie de renforcement de l'appui aux institutions nationales en Guinée-Conakry a amené le projet PRISM à se préoccuper de développement des compétences des formateurs afin d'assurer la pérennisation des efforts entrepris dans le cadre du développement sanitaire du pays. C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent curriculum de formation destiné aux formateurs du niveau avancé.

La formation continue est un processus qui exige du formateur beaucoup d'aptitudes. Ces exigences concernent les objectifs, le contenu, les méthodes, les techniques et les styles à utiliser. A la base de ces éléments se trouve une certaine philosophie qui dicte l'approche de la formation. Ce curriculum offre aux participants l'opportunité de se familiariser avec toutes ces exigences et approches andragogiques afin de rendre les actions de formation qu'ils conduisent plus efficaces.

OBJECTIFS GENERAUX

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

1. Préparer une action de formation continue
2. Conduire une action de formation continue
3. Procéder à une évaluation d'une action de formation

OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

A la fin de la formation les participants doivent être capables de :

1. Elaborer un curriculum de formation adapté à la population concernée
2. Conduire une séance de formation des adultes
3. Evaluer une action de formation

MODULE A : Elaboration du curriculum

Session 1 : LES CONCEPTS D'ANDRAGOGIE

But et Contenu

La formation des Adultes requiert beaucoup de dispositions qui créent des exigences pour le formateur. Le contrôle de ces dernières renvoie à la maîtrise des concepts fondamentaux que doit nécessairement manipuler le formateur du niveau avancé.

Cette session permet aux participants de se familiariser avec ces concepts tout en les intégrant dans la conception et la pratique des actions de formation.

Durée : 7 heures

Objectifs spécifiques

A la fin de la session et chaque fois qu'il élabore un curriculum de formation, le participant doit être capable de :

1. Identifier son profil de formateur
2. Analyser l'impact de son style de formateur
3. Expliquer les 3 caractéristiques d'une formation performante.

Documents de référence

- La formation performante (Pierre Casse)
- Attitudes et comportements
- Styles

Matériel

- Test d'auto-évaluation du moyen d'apprentissage
- Test d'auto-évaluation sur le comportement du formateur
- Test d'auto-évaluation du style de formateur performant
- Test d'auto-évaluation du style de communication
- Transparents
- Rétroprojecteur

MODULE A : Elaboration du curriculum

Session 2 : LES BESOINS EN FORMATION

But et Contenu

Le point de départ du processus de formation est l'identification des besoins en formation. Mais pour cela, il faut se référer aux sources appropriées. Il s'avère nécessaire de recenser des sources et surtout à ce niveau de considérer les techniques les plus efficaces qui permettent d'établir clairement l'état de performance chez un agent.

Cette session donne aux participant l'occasion de se familiariser avec ces sources et ces techniques et surtout de prendre une décision appropriée quant à l'organisation d'une action de formation après l'analyse de la déficience.

Durée : 4 heures

Objectifs spécifiques

A la fin de la session et lorsqu'il élabore un curriculum de formation, le participant doit être capable de :

1. Expliquer le processus de formation continue
2. Expliquer les 5 techniques d'identification des besoins en formation continue.
3. Prendre la décision appropriée sur l'organisation d'une action de formation dans une institution donnée.
4. Expliquer le diagramme de MAGER.

Documents de référence

- Diagramme de MAGER
- Processus de formation
- La formation performante (Pierre Casse)
- Besoins en formation de Pierre Casse et Bula-Bula Liélié.
- Le caractère de la formation

Matériels

- Rétroprojecteur
- Transparents
- Flipchart
- Cartes.

MODULE A : Elaboration du curriculum

Session 3 : LA TAXONOMIE DES OBJECTIFS

But et Contenu

La maîtrise de la taxonomie est une exigence fondamentale pour le niveau avancé dans la mesure où elle fixe la valeur du curriculum de formation et la portée des objectifs d'apprentissage.

Le but de cette session est d'amener les participants à une utilisation aisée de ce concept afin de rehausser le niveau des actions de formation qu'ils auront à entreprendre.

Durée : 3 heures 30 mn

Objectifs spécifiques

A la fin de la session et chaque fois qu'il élabore un curriculum de formation, le participant doit être capable de :

1. Expliquer les 3 types de taxonomie dans le contexte de la formation.
2. Utiliser un verbe d'action correspondant à un niveau précis de taxonomie et au niveau de la déficience de performance constatée.
3. Calculer le niveau taxonomique d'un curriculum de formation.

Documents de référence

- La taxonomie selon BLOOM, DAVE et KRATHWOLD.
- Liste des verbes d'action

Matériels

- Transparents
- Rétroprojecteur
- Flipchart

MODULE A : Elaboration du curriculum

Session 4 : METHODES ET TECHNIQUES

But et Contenu

Le choix des méthodes et des techniques dans le processus de formation est une étape capitale car il matérialise déjà le déroulement de la session. Il implique une parfaite connaissance de chacune d'elles mais surtout de l'étude de cas, du film vidéo et de la projection des transparents qui sont les techniques les plus utilisées actuellement.

Cette session donne aux participants d'occasion de se familiariser avec ces deux dernières afin d'argumenter l'efficacité de la formation dans le contexte d'aujourd'hui.

Durée : 6 heures 15 mn

Objectifs spécifiques

A la fin de la session et lorsqu'il élabore un curriculum de formation, le participant doit être capable de :

1. Rédiger une étude de cas répondant à toutes les caractéristiques exigées pour une session de formation.
2. Préparer un jeu de rôle conformément aux règles requises.

Documents de référence

- Les techniques de formation
- Bref guide pour l'utilisation des techniques
- Les techniques appropriées
- Le modèle d'apprentissage
- La co-formation
- La vidéoscopie
- La formation performante (Pierre Casse)

Matériels

- Transparents
- Rétroprojecteur

MODULE B : Conduite d'une session de formation

Session 5 : LA FACILITATION

But et Contenu

La facilitation du groupe est l'une des activités cruciales du processus de formation. Elle conditionne le succès de la session étant donnée qu'elle se fonde sur la dynamique du groupe. La facilitation implique la connaissance du processus de développement du groupe et des rôles que jouent les membres de ce groupe.

Cette session offre aux participants l'opportunité de s'exercer et de renforcer leurs aptitudes à la facilitation.

Durée : 14 heures

Objectifs spécifiques

A la fin de la session , le participant qui conduit une session de formation, doit être capable de :

1. Conduire l'exploitation d'une étude de cas dans une session de formation.
2. Conduire l'exploitation d'un film vidéo dans une session de formation.
3. Utiliser la technique de brainstorming selon les règles requises pour une session de formation.
4. Utiliser les techniques des questions/réponses selon les règles requises pour une session de formation.
5. Utiliser le lecteur de diapositives pour la conduite d'une formation.
6. Utiliser une stratégie appropriée pour prendre en charge le participant séditieux identifié
7. Expliquer le processus de développement du groupe.

Documents de référence

- Conduite d'une session d'exploitation de film.
- Gestion du participant.
- Les membres difficiles d'un groupe.
- Comment traiter les participants séditieux
- Critère de la croissance du groupe du groupe
- Développement
- Eléments du processus de groupe

Matériels

- Description de rôles
- Rétroprojecteur
- Transparents
- Caméra
- TV
- Magnétoscope

MODULE B : Conduite d'une session de formation

Session 6 : LA MICRO-FORMATION

But et Contenu

La micro-formation est l'étape d'application du processus de formation. Elle concrétise la préparation et les habiletés de la conduite d'une session de formation surtout chez les formateurs de niveau avancé.

Cette session met le participant dans une situation simulée qui lui permet de démontrer ses habiletés de facilitation et de prise en charge des situations difficiles de formation.

Durée : 14 heures

Objectifs spécifiques

A la fin de la session , le participant qui conduit une micro-formation, doit être capable de :

1. Analyser toutes les difficultés liées à la pratique de la micro-formation
2. Etablir une différence entre un résumé et une synthèse.
3. Préparer une session de micro-formation selon l'approche expérientielle de KOLB.
4. Utiliser toutes les habiletés nécessaires à conduire une session de formation
5. Participer à une réunion de feed-back suivant les règles requises.

Documents de référence

- Stratégie d'animation d'une séance de formation.
- Comment recevoir un feed-back
- Définition opératoire de synthèse et de résumé
- Micro-formation
- Méthodologie expérientielle.
- La synthèse et le resumé dans une session de formation (Bula-Bula L.).

Matériels

- Rétroprojecteur
- Transparents
- Magnétoscope
- TV
- Caméra

MODULE C: Evaluation de la formation

Session 7 : L'EVALUATION

But et Contenu

L'évaluation de la formation est la fonction qui clôture le processus. Elle permet d'émettre un jugement de valeur sur toutes les composantes de la formation afin de prendre les décisions nécessaires.

Cette session permet aux participants de se familiariser avec la pratique de l'évaluation de l'action de formation et avec l'intégration des résultats.

Durée : 4 heures 35 mn

Objectifs spécifiques

A la fin de la session et chaque fois qu'il termine une session de formation, le participant doit être capable de :

1. Expliquer les 4 types d'évaluation de la formation.
2. Elaborer un indicateur pour chaque type d'évaluation de la formation.
3. Intégrer les résultats d'évaluation d'une session dans le processus pour une prise de décision sur la formation.

Documents de référence

- Evaluation : méthodes, techniques, instrument
- Guide des responsables de la PF
- Glossaires des termes de PF
- Les différents types d'évaluation.

Matériels

- Transparent
- Flipchart
- Stand

MODULE C: Evaluation d'une formation

Session 8 : LE RAPPORT DE FORMATION

But et Contenu

Le rapport de formation est un document important qui permet aux formateurs et aux responsables des institutions qui ont initié l'action de prendre toutes les décisions nécessaires. Il sert à apprécier tous les efforts déployés et la rationalisation dans l'utilisation des ressources affectées à cette activité.

Cette session a pour but d'initier le participant à l'élaboration de chacun des 3 types de rapports de formation.

Durée : 3 heures 50 mn

Objectifs spécifiques

A la fin de la session et lorsqu'il termine une session de formation, le participant doit être capable de :

1. Dresser les canevas du rapport administratif et financier d'une formation contenant les éléments requis.
2. Rédiger le rapport technique de formation contenant les éléments requis.

Documents de référence

- La formation performante
- Canevas de rapports.

Matériels

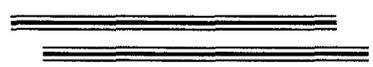
- Canevas de rapports.
- Flipchart.

ANNEX 2 (Rapport programme SBC)



PRISM

Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST/SIDA



PROGRAMME SBC

Compte-rendu de la réunion technique avec les AT-SBC/AGBEF et C-SBC de la Région de Kankan
Etat des données SBC au 31 décembre 2000

Dr Keita Namoudou
Coordinateur du Programme SBC

Février 2001

INTRODUCTION

La première réunion technique de suivi des activités SBC s'est tenue à Kankan, du 11 au 12 janvier 2001, avec tous les Assistants Techniques en SBC de l'AGBEF (AT-SBC) et les Chargés SBC des DPS (C-SBC). Cette réunion a été organisée par PRISM selon le contrat de prestation signé entre PRISM et l'AGBEF pour l'assistance technique en SBC auprès des DPS prioritaires de la région de Kankan.

Ce contrat signé en mai 2000, 8 AT-SBC de l'AGBEF ont été recrutés par l'AGBEF, confirmés, orientés/formés par PRISM à la stratégie SBC en juin 2000 et, l'assistance technique n'a démarrée effectivement qu'en juillet 2000 dans les quatre Préfectures prioritaires de la région de Kankan (Kouroussa, Siguiri, Kérouané et Kankan). Cependant, la redynamisation du réseau SBC avait démarrée en décembre 1999 par la Préfecture de Kouroussa (lors du pré-test du curriculum de formation) et l'ensemble des quatre Préfectures prioritaires de la région de Kankan étaient redynamisés en fin mai 2000. La situation de crise prévalant en Guinée Forestière suite aux incursions rebelles, a empêché l'affectation des AT-SBC de cette région et a amené la coordination du Programme SBC à retenir ces AT-SBC en double dans les 4 Préfectures de Kankan, en attendant une décision de réorientation de leur déploiement.

Quant aux Chargés SBC des Préfectures, ils ont été préalablement nommés par les DPS avant le démarrage de la redynamisation et les conventions de collaboration entre PRISM, l'IRS et les DPS concernées ont été signées en mai 2000.

Ainsi, après six mois d'activités sur le terrain (Juillet à décembre 2000), l'heure était arrivée de faire le bilan des activités en vue de partager les expériences et de planifier les prochaines étapes. Celles-ci correspondent à la phase où les AT-SBC doivent consacrer 50 % de leur temps aux activités promotionnelles appuyées par le Projet PRISM dans les Préfectures prioritaires. Les 50 % autres devront être consacrés à la continuation de l'assistance pour le suivi des structures de santé SBC redynamisées, la mise en œuvre de l'extension du réseau SBC aux structures de santé non encore intégrées et l'augmentation du nombre de villages SBC des structures de santé déjà intégrées.

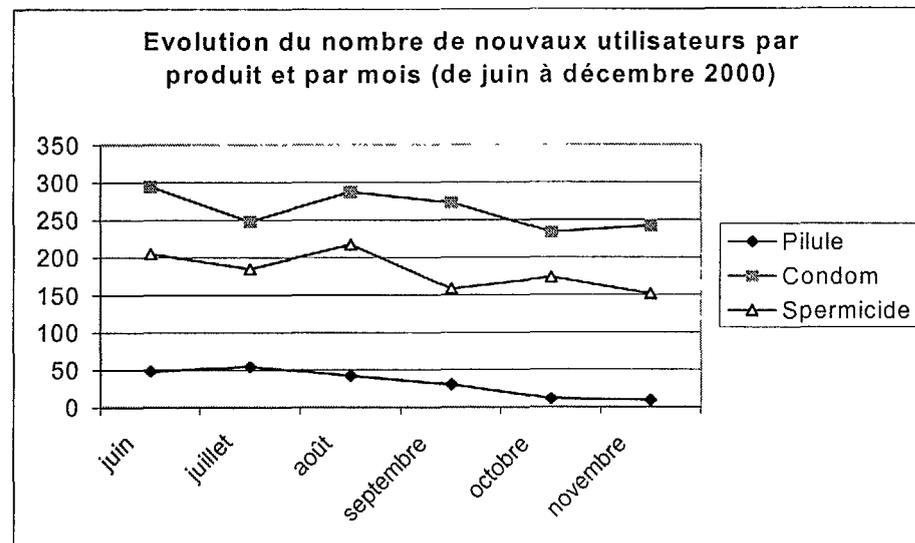
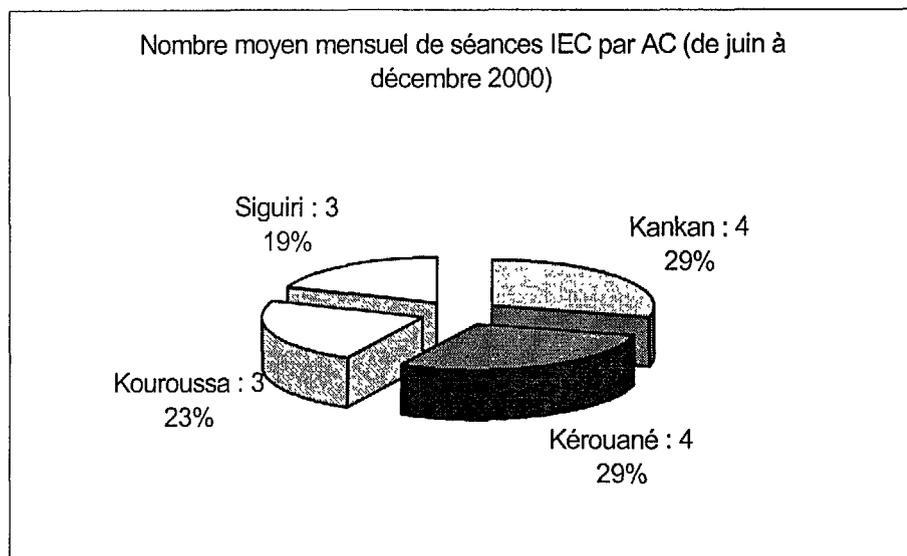
Ont pris part à cette réunion, les 8 AT-SBC, les 4 C-SBC, le chargé de la Maladie de l'IRS de Kankan, deux cadres du niveau central de l'AGBEF (le Directeur Exécutif et le Responsable de la Communication), le Coordinateur régional de l'AGBEF de Kankan, le Coordinateur du Programme SBC de PRISM et le Coordinateur régional du volet IEC de PRISM.

L'ordre du jour de la réunion (cf. calendrier de la réunion) était le suivant :

- Présentation des activités de chaque équipe préfectorale
- Présentation des données récapitulées par la coordinateur régional de l'AGBEF de Kankan
- Présentation des données SBC tirées de la base de données par le coordinateur du Programme SBC de PRISM
- Détermination des points forts et des points faibles
- Intégration des données SBC dans le monitoring des centres de santé
- Présentation des activités IEC de l'année en cours
- Etablissement des plans d'actions préfectoraux par équipe DPS
- Plénière pour l'établissement d'un plan d'action harmonisé
- Divers

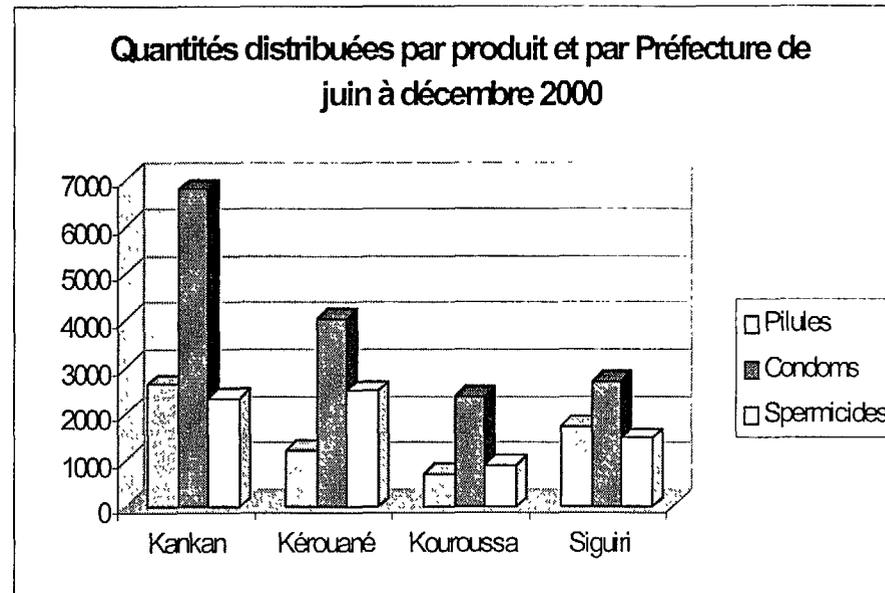
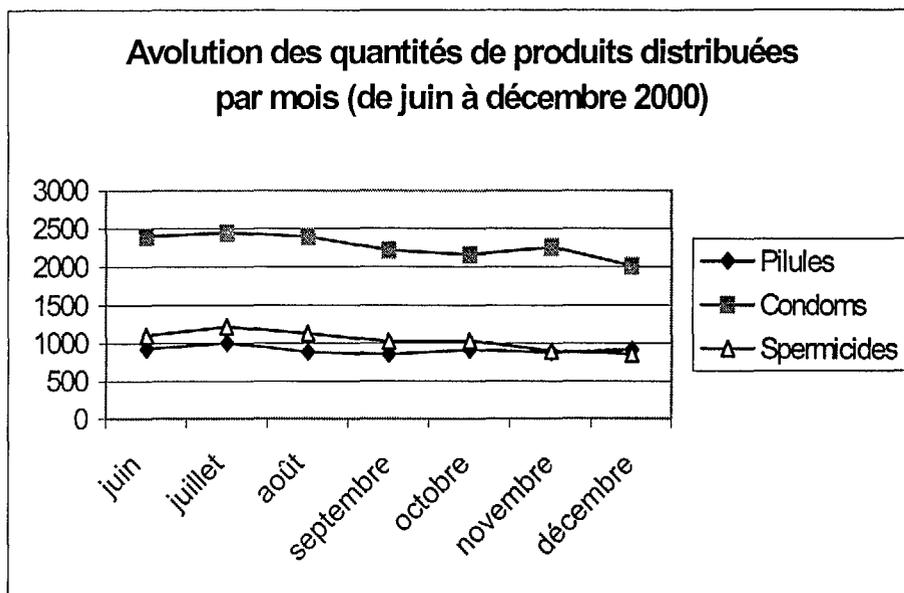
La méthodologie utilisée était celle participative. Toutes les présentations sont suivies de débats comportant des questions de clarification et d'échanges d'expériences.

REUNION TECHNIQUE AVEC LES AT-SBC ET LES C-SBC

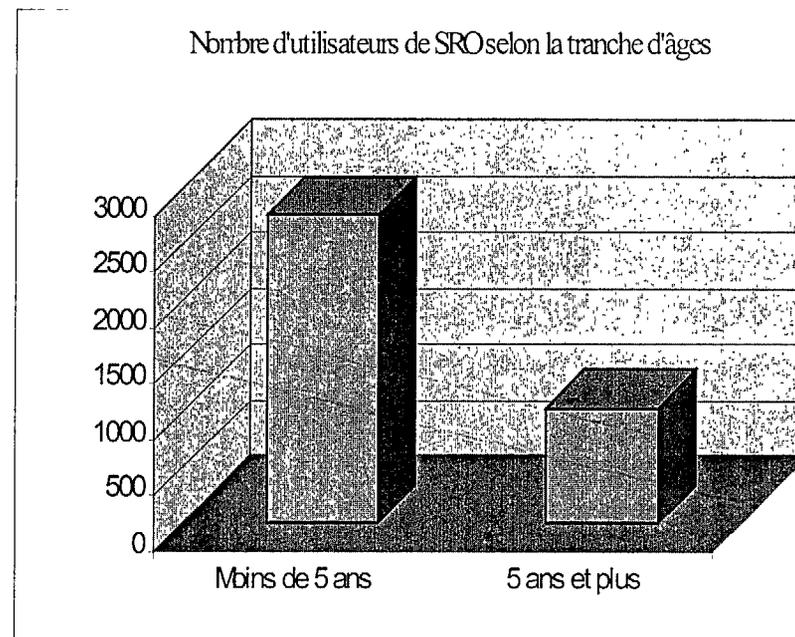
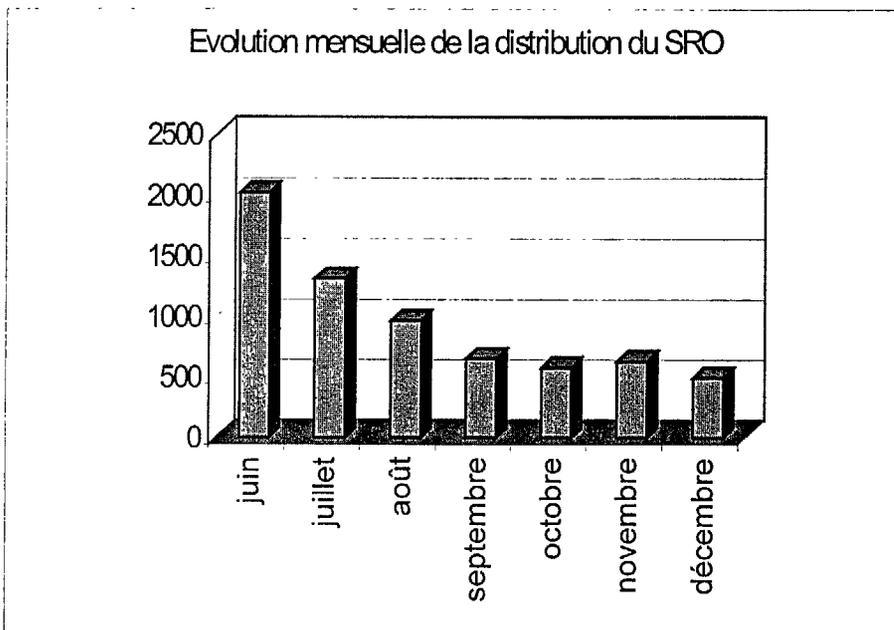


Le nombre moyen de séances IEC effectuées par les AC varie de 2 à 4. Le maximum est observé à Kankan et Kérouané et le minimum à Siguri. Une séance de sensibilisation (dont l'auditoire est d'au moins 5 personnes) a une influence sur le nombre de nouveaux utilisateurs. On remarque que le nombre de nouveaux utilisateurs de Condoms et Spermicides stationne avec une légère tendance à la baisse. Ce qui implique qu'il faille davantage suivre les AC pour augmenter le nombre et la qualité des séances IEC. Par contre, les AC n'étant pas encore autorisés à prescrire directement les pilules (lo femenal et ovrette), certains parmi eux failli à cette règle ; mais avec l'intensification des supervisions ciblant ce comportement, nous assistons à une nette baisse de cette prescription initiale des pilules. Ceci interpelle une accélération de la mise en œuvre de la recherche opérationnelle sur les contraceptifs oraux devant aboutir à la prescription contrôlée de ces produits par les AC.

REUNION TECHNIQUE AVEC LES AT-SBC ET LES C-SBC

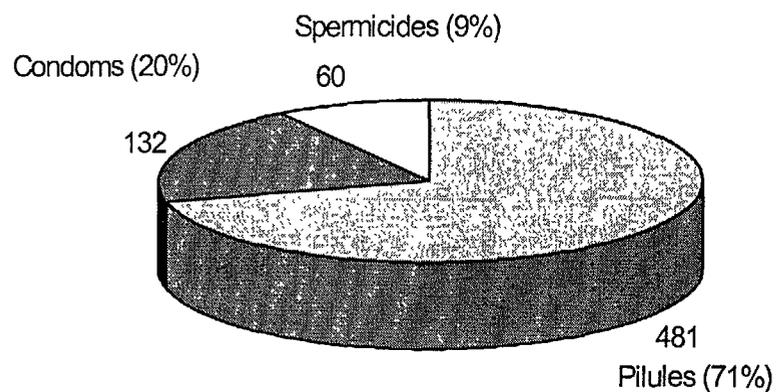


L'évolution de la distribution des produits contraceptifs quoique très appréciable, est stationnaire. La distribution des Condoms est importante dans chaque Préfecture. Il en est de même pour les Spermicides. Quant aux Pilules, la distribution est non négligeable malgré la forte réduction de la prescription initiale par les AC.

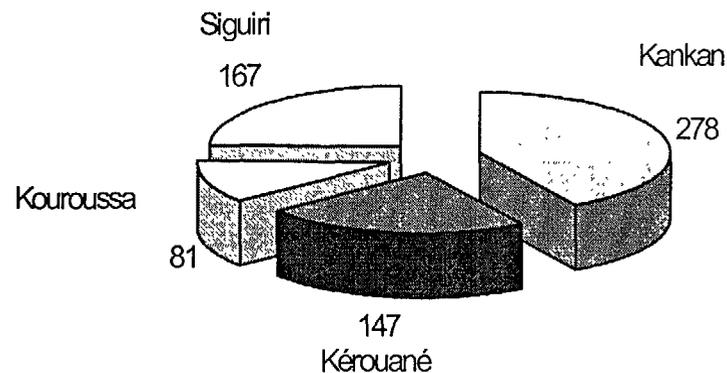


La hausse du prix d'achat du SRO (de 57 FG à 136 FG le sachet) a entraîné son inaccessibilité au niveau des AC car les centres de santé ne s'en approvisionnent presque plus. Le MSP reste encore insensible à ce problème. Depuis que les AC ont fini de distribuer leur dotation initiale en SRO, on assiste à une baisse catastrophique de la distribution (de 2000 sachets par mois à moins de 500) ; et les enfants de moins de 5 ans sont les plus grands utilisateurs de ce produit (soit 73% des utilisateurs). Actuellement, les AC utilisent certainement d'autres sources d'approvisionnement en SRO qui ne sont pas en faveur du secteur sanitaire public.

Couple-année de protection par produit (de juin à décembre 2000)



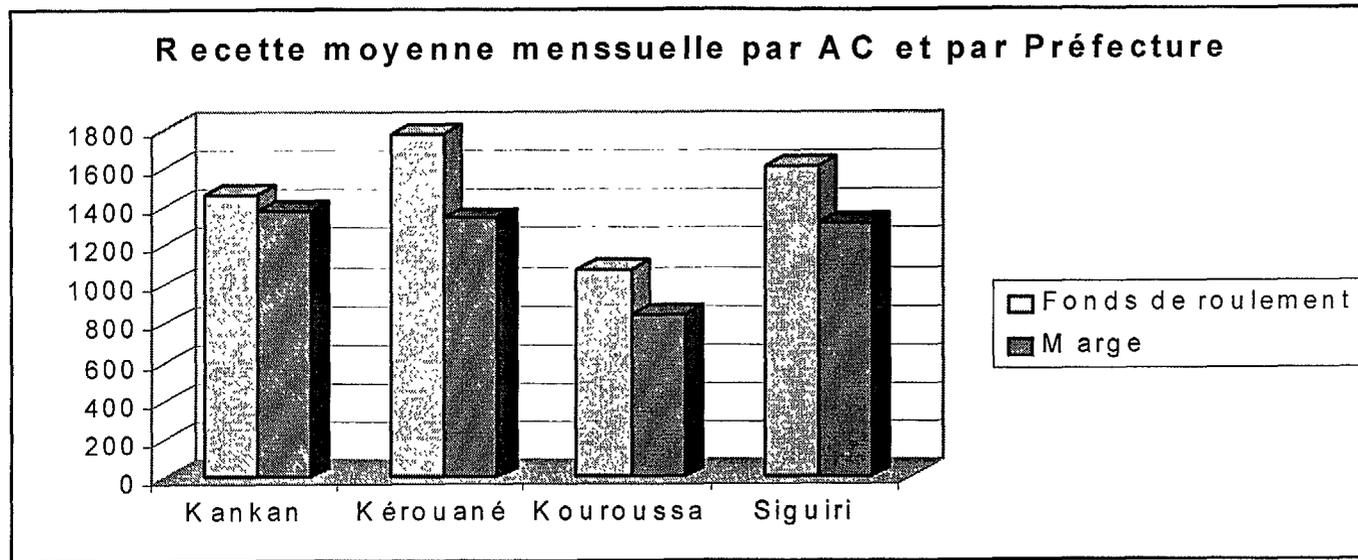
Couple-année de protection par préfecture (de juin à novembre 2000)



La distribution des Pilules a permis d'obtenir 481 couple-année de protection (71%). La majorité de ce couple-année de protection est obtenue dans la Préfecture de Kankan (278 CAP).



REUNION TECHNIQUE AVEC LES AT-SBC ET LES C-SBC



En moyenne, le fond de roulement de l'AC n'atteint pas 2000 FG par mois. Quant à la marge bénéficiaire, l'AC gagne en moyenne 1300 FG par mois dans les Préfectures de Kankan, Kérouané et Siguiri.

MONITORAGE DES ACTIVITES SBC

Deux approches :

- Monitorer les activités PF des SBC à part
- Monitorer les activités PF des SBC et CS de manière intégrée

La deuxième approche est en majorité retenue.

Mais quelles sont les modalités d'intégration des données SBC dans le monitoring des activités PF d'un centre de santé ?

- Ouverture d'un cahier de suivi
- Etiquetage des fiches PF du centre de santé pour les clientes suivies par les AC
- Conception d'une fiche spéciale pour le suivi des activités SBC des AC
- Etc.

L'idée d'ouverture d'un cahier de suivi a été adptée par tout le monde. L'expérience du Centre de santé de Missamana a été présentée en la matière par le Chargé SBC de Kanakan. Les amendements des uns et des autres ont abouti à la proposition d'un cahier dont le format est le suivant :

Nom CS _____ /
 Nom Village _____ /

N°	Nom et Prénoms	Adresse spécifique	j	f	m	a	m	jn	jl	ao	se	oc	no	dé
1	Fatou camara	Camaraya, épouse de Bakari Condé	x	x			x							

Ainsi, chaque village SBC de la Sous-Préfecture aura dans ce cahier une ou deux pages comme ci-dessus.

Modalités de remplissage

Le remplissage se fait au cours de la réunion mensuelle. Il y a deux possibilités :

- Si l'AC est illettré, le Superviseur lui demander de fournir les informations existant dans le tableau ci-dessus à partir du nombre de clients utilisateurs réguliers figurant dans le rapport mensuel AC et les inscrit dans le cahier de suivi du centre de santé.

55

- Si l'AC est lettré, il doit posséder son propre cahier qu'il remplit systématiquement dans son village selon le format ci-dessus ; et le Superviseur transcrit ces informations dans le cahier de suivi du centre de santé.

Clients éligibles pour ce cahier :

- Clients référés par l'AC, reçus par le centre de santé et ayant acheté une méthode de planification familiale (pilule, injectable, DIU, CCV).
- Clients revus par l'AC et qui se sont réapprovisionnés en pilules

Remplissage du cahier de suivi :

Quel que soit le statut du client (nouveaux utilisateur ou utilisateur régulier), le Superviseur SBC ou l'AC lettré écrit sur une ligne, le nom/prénom, l'adresse spécifique du client, puis, il coche (x) au niveau du mois en cours. Si le même client se réapprovisionne, un, deux ou trois mois après, il coche dans le mois en cours en sautant sur les autres mois. Par exemple, le tableau ci-dessus indique que Fatou Camara s'est réapprovisionnée en mai et que son avant-dernier réapprovisionnement s'est fait en février.

Remplissage de la fiche PF du centre de santé :

Dès après l'enregistrement de tous les clients dans le cahier de suivi, le Superviseur SBC communique les données au Chargé CPN/PF afin de les fichier systématiquement (fiche PF du centre de santé). Ces fiches PF des clients suivis par les AC doivent être classés dans un bac à part. L'agent CPN/PF veillera au suivi de la mise à jour de ces fiches.

Monitoring de la Thérapie par la Rehydratation par Voie Orale (TRO) :

Les SRO distribués par les AC sont récapitulés dans son rapport mensuel en deux volets : enfant et adulte. Ce qui permet aisément le monitoring de ce produit étant donné que la distribution du SRO est rapportée dans le SNIS avec les mêmes volets.

Particularité SBC :

En plus du monitoring standard des données PF des SBC, l'équipe DPS analysera les couples années de protection pour chaque produit distribué par l'AC, à savoir, Lo femenal, Ovrette, Condom et spermicide. Ceci ressortira la part de Condom et de Spermicide dans la couverture sanitaire de la Préfecture. Aussi, chaque deux monitoring, l'impact des activités SBC sur la santé reproductive des populations couvertes sera démontré par l'analyse du nombre de naissances évitées, nombre de décès maternels évité et nombre d'avortements évités.

ACTIVITES IEC

GRUPE REGIONAL IEC

Pairs éducateurs

Centres de Santé

APEAE

Responsables des points
de rencontre des jeunes

Associations de jeunesse

Agents communautaires
SBC

Ecoles

REUNION TECHNIQUE AVEC LES AT-SBC ET LES C-SBC

Activités principales de la campagne multimédia

- Formation des pairs éducateurs
- Développement/Prétest/Production logo
- Plaidoirie et réunions communautaires
- Production de matériels éducatifs
- Conception/Réalisation de programmes radiodiffusé
- Appui au micro - projets
- Théâtre communautaire
- Sport
- Soirées promotionnelles
- Appui aux plans d'action des pairs

Propositions concrètes d'activités pour AT-SBC et AC

Assistant Technique/Service à base communautaire (AT/SBC)

- Mobilisation communautaire autour des centres de santé nouvellement intégrés en IST
- Assurer le leadership au sein du GRIEC/GPIEC (plan d'action, suivi, supervision, rapport)
- Coordination de toutes les parties qui interviennent dans la campagne "jeune" au sein des préfectures (rencontres périodiques)
- Mobilisation communautaire autour des sites dits faibles
- Plaidoyer auprès des APEAE

Agents Communautaires (AC)

- Inclure les activités en direction des jeunes dans le programme d'IEC
- Collaborer étroitement avec les pairs éducateurs

Centres de santé nouvellement intégrés en IST

Kérouané

Centre de Santé urbain
Banankoro
Kosankoro

Kankan

Kabada
Salamani
Baténafadji

Siguiri

Siguiri koro
Doko
Kintinian

Kouroussa

Centre de santé urbain
Kiniero

Mandiana

Centre de Santé urbain
Kinieran
Saladou

REUNION TECHNIQUE AVEC LES AT-SBC ET LES C-SBC

CALENDRIER

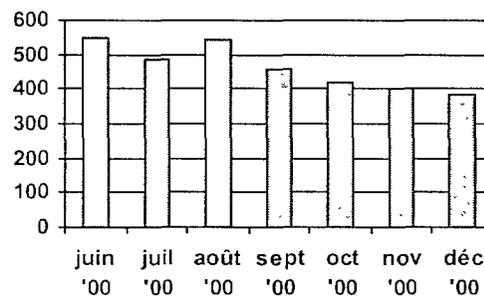
Dates	Horaires	Activités	Responsables
11 janvier 2001	9h - 9h 45	Installation des participants Présentation des participants Informations administratives Présentation du programme de la réunion	Dr Keita M. Kalil
	9h 45 - 10h 45	Présentation des données de Kouroussa	Odilon Haba Mamadi Cissé
	10h 45 - 11h 00	Pause café	M. Kalil
	11h 00 - 12h 00	Présentation des données de Kérouané	Gono Traoré Bou Amine Chérif
	12h 00 - 13h 00	Présentation des données de Kankan	Sayon Sidibé Sékou Traoré
	13h 00 - 14h 00	Pause déjeuner	M. Kalil
	14h 00 - 15h 00	Présentation des données de Siguiri	Sidiki Kourouma Bamba-Mamadi Camara
	15h 00 - 16h 00	Présentation des états de l'application Base de données SBC	Dr Keita
	16h 00 - 17h 00	Synthèse des points forts et des points faibles	Dr Keita M. Fassouma Sanoh

Dates	Horaires	Activités	Responsables
12 janvier 2001	8h 30 - 9h 30	Données SBC et Monitoring	Bamba-Mamadi Camara Dr Keita M. Fassouma Sanoh
	9h 30 - 10h 00	Présentation du plan d'action SBC de la deuxième phase de la stratégie	Dr Keita
	10h 00 - 10h 30	Activités IEC et l'Assistance technique de l'AGBEF	M. Amiata Kaba
	10h 30 - 10h 45	Pause café	M. Kalil
	10h 45 - 13h 00	Etablissement des plans d'action semestriels préfectoraux (SBC-IEC) en travaux de groupes (par équipe DPS)	Dr Keita M. Amiata Kaba
	14h 00 - 15h 00	Plénière	Dr Keita
	15h 00 - 16h 00	Synthèse des plans d'action Clôture de la réunion	Dr Keita M. Amiata Kaba M. Fassouma Sanoh

Nouveaux utilisateurs (NU) cumulés par Préfecture

Evolution du nombre de nouveaux utilisateurs par mois

Préfectures	Pilules	Condom	Spermic.	Total	Pourcent.
Kankan	0	805	588	1393	42,9%
Kérouane	100	374	329	803	24,7%
Siguiri	61	324	167	552	17,0%
Kouroussa	47	305	147	499	15,4%
Total	208	1808	1231	3247	
Pourcentage	6,4%	55,7%	37,9%		100,0%



Contacts des Utilisateurs réguliers (UR) par Préfecture

Total contacts (NU+UR) par Préfecture

Préfectures	Pilules	Condom	Spermic.	Total	Pourcent.
Kouroussa	472	590	245	1307	14,0%
Siguiri	893	495	329	1717	18,3%
Kérouane	718	697	602	2017	21,5%
Kankan	2131	1387	809	4327	46,2%
Total	4214	3169	1985	9368	
Pourcentage	45,0%	33,8%	21,2%		100,0%

Préfectures	Pilules	Condom	Spermic.	Total	Pourcent.
Kouroussa	519	895	392	1806	14,3%
Siguiri	954	819	496	2269	18,0%
Kérouane	818	1071	931	2820	22,4%
Kankan	2131	2192	1397	5720	45,3%
Total	4422	4977	3216	12615	
Pourcentage	35,1%	39,5%	25,5%		100,0%

Quantités de produits vendues par préfecture

Nombre de séances d'IEC par Préfecture

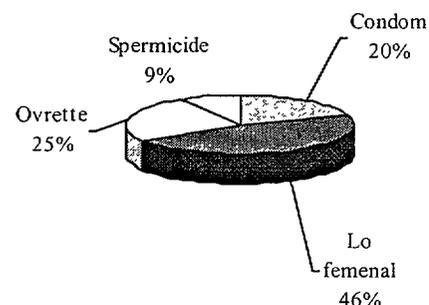
Préfectures	Lo femenal (plaquettes)	Ovrette (plaquettes)	Condom (Pièces)	Spermi. (Languettes)	SRO (Sachets)
Kouroussa	472	224	2 363	880	1 145
Siguiri	1 069	647	2 692	1 470	1 645
Kérouane	710	501	4 038	2 481	2 486
Kankan	1 799	829	6 782	2 317	1 396
Total	4 050	2 201	15 875	7 148	6 672

Préfectures	Nombres de séances	Pourcentages
Kouroussa	562	18,1%
Siguiri	558	18,0%
Kérouane	747	24,1%
Kankan	1233	39,8%
Total	3100	100,0%

Couple-Année Protection par Préfecture

Couple-Année Protection par méthode

Préfectures	Lofem.	Ovret.	Condom	Spermi.	Total	Pourcent.
Kouroussa	36,3	17,2	19,7	7,3	80,6	12,0%
Siguiri	82,2	49,8	22,4	12,3	166,7	24,8%
Kérouane	54,6	38,5	33,6	20,7	147,5	21,9%
Kankan	138,4	63,8	56,5	19,3	278,0	41,3%
Total	311,5	169,3	132,3	59,6	672,7	
Pourcentage	46,3%	25,2%	19,7%	8,9%		100,0%



Utilisateurs du SRO par Préfectures

Situation des Rapports Par Région

Préfectures	Enfants (< à Sans)	Adultes (5 ans et +)	Total	Pourcent.
Kouroussa	438	144	582	15,4%
Siguiri	655	235	890	23,5%
Kérouane	947	378	1325	35,0%
Kankan	710	278	988	26,1%
Total	2750	1035	3785	
Pourcentage	72,7%	27,3%		100,0%

Préfecture	Rapports attendus	Rapports Reçus	Taux Rapportag
Kouroussa	175	162	93%
Siguiri	210	196	93%
Kérouane	210	199	95%
Kankan	315	315	100%
Ensemble	910	872	96%

Etat récapitulatif des rapports SBC - Situation par Préfecture

Région Administrative de : Kankan

Période : juin 2000 A décembre 2000

Préfecture: Kankan

		PRODUITS DISTRIBUES												REFERENCES EFFECTIVES											
		Pilules				Condoms			Spermicides			SRO			PF					MST	Diar	Enf 2m	Enf SD	Maln Roug	
Centres de santé	IEC	NU	UR	Qté		NU	UR	Qté	NU	UR	Qté	Enf	Adu	Qté	Pil	Inj	DIU	CCV	ES						
				Lofe	Ovr																				
Karfamoyah	131	0	151	102	56	124	80	812	78	41	195	125	31	216	56	8	0	0	0	0	0	3	0	0	0
Balandou	164	0	461	321	159	146	259	1096	62	80	291	113	24	143	58	16	0	0	1	26	1	0	0	0	0
Imitoulm	109	0	136	111	78	151	268	1467	66	135	280	37	36	131	24	11	1	0	0	0	0	2	0	0	0
Moybaya	76	0	155	137	55	30	81	403	22	52	113	120	29	263	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Sabadou-Baranama	69	0	295	246	147	41	157	719	24	55	165	69	18	132	45	13	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Gibércdou-Baranam	32	0	70	59	27	31	97	481	34	64	244	56	56	165	69	1	39	2	0	0	0	0	0	0	0
Koumban	475	0	333	310	78	81	174	613	71	113	342	67	41	128	79	22	0	0	0	1	14	0	0	0	0
Missamana	126	0	311	348	129	71	129	418	81	116	278	40	14	79	99	7	0	0	0	4	22	0	0	0	0
Tokounou	51	0	219	165	100	130	142	773	150	153	409	83	29	139	5	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0
TOTAL	1233	0	2131	1799	829	805	1387	6782	588	809	2317	710	278	1396	438	80	40	2	1	33	48	1	0	0	0

Etat récapitulatif des rapports SBC - Situation par Préfecture

Région Administrative de : Kankan

Période : juin 2000 A décembre 2000

Préfecture: Kérouane

		PRODUITS DISTRIBUES												REFERENCES EFFECTIVES											
		Pilules				Condoms			Spermicides			SRO		PF					MST	Diar	Enf 2m	Enf SD	Maln Roug		
Centres de santé	IEC	NU	UR	Qté		NU	UR	Qté	NU	UR	Qté	Enf	Adu	Qté	Pil	Inj	DIU	CCV						ES	
				Lofe	Ovr																				
Konsankoro	197	40	135	103	62	86	125	679	98	114	693	140	53	348	31	5	0	0	0	1	3	0	0	0	
Komodou	120	22	145	115	109	73	135	778	57	86	658	204	82	479	69	4	10	0	0	2	6	5	1	2	
Damato	105	6	89	133	89	46	45	340	35	23	100	172	46	450	74	2	0	0	0	2	5	0	0	0	
Banankoro	128	4	187	163	142	94	210	1031	76	219	511	232	86	588	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Soromayah	101	27	48	65	34	53	62	402	41	58	286	67	69	277	10	1	23	0	0	0	1	0	0	2	
Sibirbaro	96	1	114	131	65	22	120	808	22	102	233	132	42	344	1	4	0	0	0	3	4	0	0	0	
TOTAL	747	100	718	710	501	374	697	4038	329	602	2481	947	378	2486	188	20	33	0	0	8	19	5	1	4	

Etat récapitulatif des rapports SBC - Situation par Préfecture

Région Administrative de : Kankan

Période : juin 2000 A décembre 2000

Préfecture: Kouroussa

		PRODUITS DISTRIBUES												REFERENCES EFFECTIVES										
		Pilules				Condoms			Spermicides			SRO			PF					MST	Diar	Enf 2m	Enf SD	Maln Roug
Centres de santé	IEC	NU	UR	Qté		NU	UR	Qté	NU	UR	Qté	Enf	Adu	Qté	Pil	Inj	DIU	CCV	ES					
				Lofe	Ovr																			
Koumana	105	8	60	51	19	54	47	237	24	36	78	86	8	150	26	6	0	0	0	4	7	0	1	0
Sanguianah	160	7	204	151	149	64	144	371	33	58	197	40	18	61	10	0	0	0	0	1	2	0	0	0
Cisséla	86	12	103	128	12	67	225	826	11	54	263	193	65	565	4	6	12	3	3	6	1	0	0	0
Baro	153	1	7	14	1	67	120	728	62	84	289	60	23	177	4	4	10	0	0	1	0	0	0	0
Balato	58	19	98	128	43	53	54	201	17	13	53	59	30	192	8	4	0	0	0	1	0	0	0	0
TOTAL	562	47	472	472	224	305	590	2363	147	245	880	438	144	1145	52	20	22	3	3	13	10	0	1	0

Etat récapitulatif des rapports SBC - Situation par Préfecture

Région Administrative de : **Kankan**

Période : **juin 2000 A décembre 2000**

Préfecture: **Siguiri**

		PRODUITS DISTRIBUES												REFERENCES EFFECTIVES										
		Pilules				Condoms			Spermicides			SRO			PF					MST	Diar	Enf 2m	Enf SD	Maln Roug
Centres de santé	IEC	NU	UR	Qté		NU	UR	Qté	NU	UR	Qté	Enf	Adu	Qté	Pil	Inj	DIU	CCV	ES					
				Lofe	Ovr																			
Kintman	80	18	241	327	242	46	154	620	9	71	178	114	64	380	0	4	0	0	0	2	2	0	3	0
Franwahyah	75	22	199	237	200	99	141	857	53	87	442	109	85	306	12	17	0	0	0	1	7	0	0	1
Norassoba	75	8	79	110	9	79	38	408	46	18	145	157	27	254	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Doko	114	1	87	124	61	15	39	305	13	28	265	46	6	116	25	20	0	0	0	11	31	2	5	6
Bankon	77	5	168	148	62	42	41	103	35	74	151	29	10	52	0	5	0	0	0	2	2	0	0	0
Maléah	137	7	119	123	73	43	82	399	11	51	289	200	43	537	2	24	0	0	0	0	8	7	0	6
TOTAL	558	61	893	1069	647	324	495	2692	167	329	1470	655	235	1645	44	71	0	0	0	16	50	9	8	13

64

Etat récapitulatif des rapports SBC - Situation par Région Administrative

Région Administrative de : **Kankan**

Période : **juin 2000 A décembre 2000**

		PRODUITS DISTRIBUES												REFERENCES EFFECTIVES										
		Pilules				Condoms			Spermicides			SRO		PF					MST	Diar	Enf 2m	Enf SD	Maln Roug	
		NU	UR	Qté		NU	UR	Qté	NU	UR	Qté	Enf	Adu	Qté	Pil	Inj	DIU	CCV						ES
Préfectures	IEC			Lofe	Ovr																			
Kankan	1233	0	2131	1799	829	805	1387	6782	588	809	2317	710	278	1396	438	80	40	2	1	33	48	1	0	0
Kérouane	747	100	718	710	501	374	697	4038	329	602	2481	947	378	2486	188	20	33	0	0	8	19	5	1	4
Kouroussa	562	47	472	472	224	305	590	2363	147	245	880	438	144	1145	52	20	22	3	3	13	10	0	1	0
Sigou	558	61	893	1069	647	324	495	2692	167	329	1470	655	235	1645	44	71	0	0	0	16	50	9	8	13
TOTAL	3100	208	4214	4050	2201	1808	3169	15875	1231	1985	7148	2750	1035	6672	722	191	95	5	4	70	127	15	10	17

65

vendredi 16 février 2001

... ..

Prix des produits vendus par Préfectures

Région Kankan

SousPréf:	Lofemenal			Ovrette			Spermicide			Condom			SRO			Ensemble		
	Prix achat	Prix vente	Marge															
Kankan	179 900	359 800	179 900	82 900	165 800	82 900	23 170	57 925	34 755	67 820	169 550	101 730	104 700	139 600	34 900	458 490	892 675	434 185
Kérouane	71 000	142 000	71 000	50 100	100 200	50 100	24 810	62 025	37 215	40 380	100 950	60 570	186 450	248 600	62 150	372 740	653 775	281 035
Kouroussa	47 200	94 400	47 200	22 400	44 800	22 400	8 800	22 000	13 200	23 630	59 075	35 445	85 875	114 500	28 625	187 905	334 775	146 870
Siguiri	106 900	213 800	106 900	64 700	129 400	64 700	14 700	36 750	22 050	26 920	67 300	40 380	123 375	164 500	41 125	336 595	611 750	275 155
Total Préfecture	405 000	810 000	405 000	220 100	440 200	220 100	71 480	178 700	107 220	158 750	396 875	238 125	500 400	667 200	166 800	1 355 730	2 492 975	1 137 245

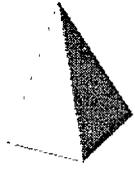
66

Prix des produits vendus par Région

<i>SousPréf:</i>	<i>Lofemenal</i>			<i>Ovrette</i>			<i>Spermicide</i>			<i>Condom</i>			<i>SRO</i>			<i>Ensemble</i>		
	<i>Prix achat</i>	<i>Prix vente</i>	<i>Marge</i>															
Kankan	405 000	810 000	405 000	220 100	440 200	220 100	71 480	178 700	107 220	158 750	396 875	238 125	500 400	667 200	166 800	355 730	492 975	137 245
Total Projet	405 000	810 000	405 000	220 100	440 200	220 100	71 480	178 700	107 220	158 750	396 875	238 125	500 400	667 200	166 800	355 730	492 975	137 245

67

ANNEX 3 (*Rapport formation en facilitation COPE*)



PRISM

Pour renforcer les interventions en Santé de la Reproduction, y compris MST/SIDA

**RAPPORT
DE
FORMATION
EN
FACILITATION COPE**

Décembre 2001

RAPPORT DE LA FORMATION EN FACILITATION COPE

INTRODUCTION

Les participants de la revue annuelle du PEV/SSP/ME de Février 2000 ont émis un certain nombre de recommandations dont l'amélioration de la qualité des soins et des services et l'intensification de la supervision.

Pour répondre à cette recommandation, PRISM, en collaboration avec AVSC, a formé des facilitateurs régionaux et préfectoraux dans la région de Faranah dans la facilitation COPE à l'hôtel Sincery de Dabola du 05 au 09 Décembre 2000 (voir annexe 1).

COPE est un outil développé par AVSC pour aider les formations sanitaires à s'orienter vers l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Cette formation a offert aux participants l'opportunité de se familiariser avec les composantes de cet outil afin d'aider les prestataires et les membres de la communauté à améliorer les qualités de service dans les formations sanitaires.

OBJECTIFS GENERAUX DE LA FORMATION

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

1. Préparer l'introduction de COPE dans un site
2. Faciliter l'introduction du COPE dans un site
3. Assurer le suivi du COPE

OBJECTIFS INTERMEDIAIRES DE LA FORMATION

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

1. Préparer l'introduction du COPE dans un site en respectant les différentes étapes
2. Faciliter l'exercice COPE dans un site avec toutes ses composantes

3. Intégrer le suivi du COPE dans le processus de supervision

La formation a été divisée en 3 parties distinctes:

- une partie théorique composée de 5 sessions (voir annexe 2))
- l'introduction du COPE dans des sites pré-sélectionnés tenant lieu d'expérimentation active du cycle expérientiel de l'andragogie (voir annexes 3).
- l'élaboration du plan de suivi COPE intégré dans le plan de supervision préfectoral et régional

RESULTATS

Les résultats de cette formation peuvent être résumés comme suit :

- 13 facilitateurs COPE ont été formés dont 2 facilitateurs régionaux de Faranah, 6 facilitateurs préfectoraux toujours dans la région de Faranah et 5 membres de l'équipe du projet PRISM.
- COPE a été introduit dans 5 sites de la région de Faranah :
 - Service de Pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Daloba
 - Service de Maternité de l'hôpital régional de Faranah
 - CS de Bissikrima (DPS de Dabola)
 - CSU Marché de Faranah
 - CS de Dialakoro (DPS de Dinguiraye)

Le CS de Bissikrima et la Maternité de Faranah n'ont pu terminer toutes les composantes de l'exercice pendant la formation : les facilitateurs l'ont complété par la suite.

- Un comité COPE a été créé dans 2 sites sur 5 dès le premier exercice, avec l'implication de la communauté et des membres du conseil de gestion. Il s'agit des CSU Marché de Faranah et CS de Dialakoro

Comité COPE de CSU Marché Faranah

- President, Boubacar BARRY - Commune Urbaine
- Vice president, Bandiougou OULARE- Trésorier
COGES

Comité COPE CS Bissikrima

- Président: M. Samba FOFANA,
agent communautaire ISMI/
(AFRICARE)
- Vice-Présidente . Mme Sadan
CAMARA, chargée CPN/PF

- L'évaluation finale de la formation est satisfaisante dans l'ensemble (voir annexe 4) avec un certain nombre de recommandations de la part des participants.
- Un plan de suivi COPE a été élaboré par chaque équipe préfectorale et l'équipe régionale afin d'aider le personnel des sites et les communautés à suivre ce processus d'amélioration continue de la qualité.

RECOMMANDATIONS:

Un certain nombre de recommandations a découlé de cette première formation:

1) Concernant la préparation des sites:

- ☞ Pour que le personnel et la communauté puissent se préparer en conséquence, la lettre annonçant l'introduction de COPE dans le site comportera le maximum possible de précisions : les différents éléments de l'exercice COPE, les horaires de chaque étape, les participants souhaités, les noms des facilitateurs externes...
- ☞ Mais cette lettre sera accompagnée de messages radiophoniques ou téléphoniques pour s'assurer qu'elle a été bien reçue.

2) Concernant le questionnaire d'auto-évaluation en SR:

- ☞ Le questionnaire d'auto-évaluation en SR est bien conforme aux Normes et Procédures en SR (voir annexe 5) mais PRISM et AVSC le vérifieront encore pour corriger les fautes de saisie informatique et/ou de traduction en français.
- ☞ Le formulaire d'interview du client doit être remanié pour inclure les clients interviewés directement au sein de la communauté et non à la sortie d'une formation sanitaire. (voir annexe 6)

3) Concernant le curriculum de formation en facilitation COPE

- ☞ L'exploitation des formulaires d'interview des clients n'a pas été prise en compte dans l'élaboration du curriculum: dorénavant, une session sera consacrée à ce chapitre.
- ☞ La séance sur la formulation des problèmes – donc la recherche des causes et l'identification des solutions – a été trop courte.

- ☞ D'une manière générale, les deux jours de théorie précédant l'introduction de COPE dans le site sont suffisants: ce qui n'est pas le cas pour la journée post-introduction COPE indispensable pour le feed-back et l'élaboration du plan de suivi.

4) Concernant l'exercice d'introduction dans les sites:

- ☞ Lors de l'exercice COPE, la communauté a été représentée par les membres du COGES ou du Conseil d'administration, les Représentants de la Commune et par de simples particuliers. Ils ont été très actifs dans l'identification des problèmes et la recherche des éventuelles solutions: cette approche d'intégrer la communauté dès l'introduction méritera d'être continuée.
- ☞ Gagnés par l'enthousiasme, certains sites ont travaillé 4 à 5 heures d'affilée pour l'auto-évaluation suivie tout de suite après de l'élaboration du plan d'action: ils auraient aimé recevoir un rafraîchissement ou un pause-café au cours de cette longue journée.
- ☞ L'exercice COPE n'a pas pu être terminé dans la Maternité de Faranah à cause de la grande mobilité des prestataires appelés à des urgences obstétricales, malgré les 2 jours de présence des facilitateurs externes. Il est, par conséquent, souhaitable que l'introduction de COPE dans les hôpitaux ne se fasse pas au cours d'une formation en facilitation COPE pendant laquelle les facilitateurs externes sont soumis aux rigueurs du programme de formation.

5) Concernant le suivi de COPE

- ☞ Un plan de suivi a été établi par les facilitateurs régionaux et préfectoraux; mais cela nécessite un consensus avec les Directeurs préfectoraux de Santé avant d'être finalisé. Malgré tout, les participants recommandent que PRISM les assiste (logistiquement, financièrement) dans l'exécution de ce plan.
- ☞ Deux facilitateurs régionaux ont pu être formés durant cette formation; mais ce nombre est insuffisant vu le nombre de sites COPE actuels, la fréquence de leur suivi et l'extension éventuelle vers de nouveaux sites. Il est donc recommandé à l'IRS de Faranah d'identifier au moins 2 autres personnes pour être formées avec les facilitateurs COPE de Kankan.
- ☞ Les participants ont également recommandé que PRISM prenne en charge les demandes de matériels, de formation, de fournitures qui surgiront de ces exercices COPE: PRISM a assuré qu'il peut prendre en charge les formations, l'octroi de matériels ou de fournitures qui sont en rapport avec les règlements qui le gèrent.

ANNEXES

Annexe 1: LISTE DES PARTICIPANTS

NOMS ET PRENOMS	FONCTION
Facilitateurs régionaux	
1- Dr SOUARE Halimatou	Chargée de la formation IRS de Faranah
2- Dr KOUROUMA Issa	Chargé des Statistiques IRS de Faranah
Facilitateurs préfectoraux	
1- Dr DIALLO Boubacar	Chargé SSP DPS Dinguiraye
2- Mme CAMARA Kadiatou	ATS, Chargée IEC DPS Dinguiraye
3- Dr GBILIMOU Suzanne	Médecin Gynécologue Maternité. Hôpital préfectoral Faranah
4- Dr TOLNO Robert	Médecin Généraliste Hôpital préfectoral Faranah
5- KABA Habib	Surveillant Général Hôpital préfectoral Dabola
6- Dr DIALLO Saidou	Chargé SSP DPS Dabola
Facilitateurs PRISM	
1- M. CISSE Mohamed	Coordinateur SR/IEC PRISM Faranah
2- Dr GOUMOU Célestin	Coordinateur SR/Gestion PRISM Faranah
3- M. HABA Michel	Coordinateur SR/IEC PRISM Kankan
4- Dr CONDE Sékou	Coordinateur SR Gestion PRISM Kankan
5- Dr KEITA Namoudou	Coordinateur SBC PRISM Kankan

Formateurs/Encadreur:

- Mme NDOYE Camara Khar, Sage-femme, AVSC Dakar
- Dr MILIMONO Sitan, consultante AVSC, Gynécologue CHU Donka
- Mme DIALLO Fatoumata Fofana, consultante AVSC, Sage-femme SMI Coronthie
- M. DRAMOU Pierre, ATS, Chef de Centre CSU Madina. Kissidougou
- Dr RABELAHASA Eléonore, Conseillère en Qualité des Soins, PRISM
- Dr BALDE Abdoul, Coordinateur SR/Gestion PRISM/Kankan.

Annexe 2: Guide de sessions

Guide de session

MODULE A : Préparation de l'introduction du COPE

Session 1 : Le concept général de qualité

But et Contenu

L'amélioration continue de la qualité des soins et des services est une condition préalable pour le succès d'un programme, surtout quand ce programme vise des clients c'est-à-dire des personnes qui peuvent choisir d'utiliser ou non des services de santé.

Le but de cette session est de donner aux participants l'occasion de discuter du concept de qualité et de se familiariser avec les outils de COPE en insistant sur les droits des clients et les besoins des prestataires qui doivent être satisfaits pour qu'une formation sanitaire soit totalement fonctionnelle.

Durée : 3h 30mn

Objectifs spécifiques

A la fin de la session et lors de la préparation d'introduction COPE, le participant sera capable de :

1. Définir la qualité des services du point de vue des clients et des prestataires.
2. Justifier la nécessité de l'amélioration des services en utilisant l'approche COPE.

MODULE A : Préparation de l'introduction du COPE

Session 2 : La préparation de l'introduction

But et Contenu

Plusieurs systèmes et instruments ont été développés pour assurer et améliorer la qualité des services.

AVSC (Access for Voluntary and Safe Contraception) a mis au point un instrument simple, pratique et efficace que les prestataires d'un site peuvent facilement utiliser eux-mêmes après l'introduction par un facilitateur formé. Cet instrument s'appelle COPE.

Cette session permettra aux participants de planifier son introduction dans une formation sanitaire.

Durée : 55 mn

Objectifs spécifiques

A la fin de la session et lors de la préparation d'introduction COPE, le participant sera capable de :

1. Définir les sources d'information pour l'identification des sites prioritaires pour l'introduction COPE.
2. Communiquer avec les Responsables des sites où COPE doit être introduit.
3. Lister tous les matériels / fournitures nécessaires à l'introduction du COPE

MODULE B : Conduite de l'exercice COPE

Session 3 : La réunion d'orientation

But et Contenu

Le facilitateur COPE est la personne clé pour démarrer le processus d'amélioration de la qualité. C'est une personne qui joue un rôle prépondérant dans la supervision et qui choisira un agent du site pour l'aider dans le processus d'amélioration continue de la qualité.

Durant cette session, le participant discutera des différents thèmes et des différentes activités à mener à discuter lors de la réunion d'introduction

Durée : 190 mn

Objectifs spécifiques

A la fin de la session lors d'une réunion de préparation d'introduction de COPE, le participant doit être capable de :

1. Faciliter la réunion d'introduction du COPE en respectant les différentes étapes.
2. Décrire le mode d'utilisation des outils COPE

MODULE B : Conduite de l'exercice COPE

Session 4 : L'élaboration du plan d'action

But et Contenu

Le but ultime d'un exercice COPE est l'amélioration de la qualité des soins et des services. Un plan d'action permet de relier les problèmes aux solutions, d'identifier les responsables du suivi et de préciser les délais d'exécution des stratégies correctrices.

Durant cette session, le participant se familiarisera avec l'énoncé du problème, discutera des différents éléments d'un plan d'action.

Durée : 135 mn

Objectifs spécifiques

A la fin de la session lors de la conduite d'un exercice COPE, le participant doit être capable de :

3. Énoncer un problème en tenant compte de toutes les caractéristiques.
4. Définir les 4 composantes du plan d'action.

MODULE C : Suivi de COPE

Session 5 : COPE et supervision

But et Contenu

Le processus de l'amélioration de la qualité de service ne se termine pas avec l'introduction de COPE. L'intégration du suivi de COPE avec la supervision est un élément primordial dans ce processus. En effet, d'un côté, les différents outils COPE peuvent permettre d'identifier des objectifs de supervision, de préciser l'aide spécifique que le superviseur peut apporter aux agents; d'un autre côté la supervision facilite le suivi du plan d'action élaboré lors de l'exercice COPE et permet de résoudre certains problèmes.

Durant cette session, le participant, en tant que superviseur de sites, discutera des différences et des ressemblances entre COPE et la supervision..

Durée : 7 heures

Objectifs spécifiques

A la fin de la session et chaque fois qu'il termine un exercice COPE, le participant doit être capable de :

1. Formuler des recommandations à partir des leçons apprises durant l'exercice COPE.
2. Intégrer le suivi COPE dans le calendrier de supervision

Annexe 3: Plans d'action COPE

SITE . CS DIALAKORO DINGUIRAYE

PROBLEMES	CAUSES	RECOMMANDATIONS	RESPONSABLE	QUAND?
Les sessions d'examen et de counseling sont fréquemment interrompues	Organisation interne des agents	<ul style="list-style-type: none"> • Eduquer la population • Fermer le bureau pendant les séances d'examen. 	M. KABA	28 février 2001
Les visites de suivi ne sont pas organisées à des heures convenables.	Le personnel ne planifie pas les visites de suivi en CPC (visite à domicile et RDV.)	Etablir un programme de suivi des malades à domicile	M. DRAME	28 février 2001
Les partenaires IST ne sont pas informés par les cas index.	Le CS n'est pas intégré Le personnel non formé en IST	Intégrer le CS en IST, Former le personnel pour la prise en charge des IST.	M. Thierno Boubacar	30 mars 2001
Le personnel n'accepte pas de continuer le traitement des clients ayant commencé le traitement dans les autres CS voisins.	Les agents laissent le CS pour aller ailleurs. Mauvais accueil	Recevoir et traiter les malades puis les sensibiliser.	M. DRAME M. KABA, credit	31 mars 2001
Le CS ne possède pas un programme d'éducation en Santé reproductive.	La direction du CS a omis la programmation des services éducatifs dans le micro-plan	Le CS doit introduire le programme dans le micro-plan.	M. SANO Koulibaly	15 janvier 2001
Les femmes ne reviennent pas au CS pour la consultation post natale.	Les femmes ne sont pas informées	Faire des cours de causerie éducative aux femmes enceintes, Faire un suivi postnatal	M. SANO Koulibaly	5 janvier 2001
Le mari et les autres membres de la familles ne reçoivent pas des informations autour de la grossesse, le travail et l'accouchement sans risque.	Le personnel ne connaît pas l'importance d'informer le mari et les membres de la famille.	Informé le mari ou les membres de la famille sur la grossesse, le travail et l'accouchement.	M. SANO Koulibaly	5 janvier 2001

Le personnel n'informe pas les autres clients sur le cancer du col sa prévention et l'existence d'un programme de dépistage.	Le personnel n'est pas formé pour le dépistage du cancer du col.	Informier et former le personnel Informier la population – cible	CCS	31/12/2001
Il n'existe pas un programme de mise en jour par le prestataire.	La formation reçue par les agents n'est pas restituée. Absence de réunion technique entre le personnel.	Restituer le séminaire de formation Organiser au moins une réunion technique par mois.	M. SANO	30/01/2001
Les déchets médicaux ne sont pas gardés dans l'incinérateur pour être brûlés plus tard.	Manque de fosses Le personnel non formé en prévention Manque de gants.	Acheter des poubelles. Creuser des fosses. Former le personnel en prévention des infections. Commander les gants a chaque semestre.	M. KABA, credit M. SANO Koulibaly	30/01/2001 30/01/2001

SITE : PEDIATRIE DABOLA

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS	RESPONSABLE PAR QUI?	QUAND
Droit à l'information Rupture fréquente du SG5% a 250ml	Rupture au niveau du PCG. Manque de ressources financières	- rendre disponible les médicaments en cherchant d'autres sources d'approvisionnement. - créer un stock de sécurité dans l'armoire de garde.	Dr BARRY Responsable pédiatrie	15 février 2001
Les clients qui viennent à la pédiatrie n'ont pas d'information sur le coût des prestations.	La décentralisation des services n'est pas suivie du transfert des tableaux d'informations sur les coûts.	Préparer, afficher dans le service un tableau avec le coût des prestations	M. Ernest, gestionnaire	31 janvier 2001
Droit à des services sûrs Il n'existe pas de solution de décontamination dans les salles.	Manque de conscientisation du personnel qui ne prépare la solution qu'en cas d'épidémie.	Acheter deux seaux en plastique Préparer continuellement la solution de décontamination pour les salles de consultation.	M. Ernest, gestionnaire M ^{me} TALL, Major	12 décembre 2000 13 décembre 2000
Les aiguilles souillées ne sont pas décontaminées avant d'être jetées (risque de contamination du personnel).	Manque de sensibilisation du personnel.	Mettre la solution de décontamination dans les aiguilles avant de détruire les aiguilles.	Mme TALL, Major	13 Décembre 2000
La pédiatrie ne dispose pas d'équipement (oxygène aspirateur pour la prise en charge des enfants en détresse.	La demande n'a jamais été faite auprès du gestionnaire.	- S'informer auprès des fournisseurs sur le coût du matériel nécessaire. - Faire la commande et rendre disponible continuellement O ₂ et assurer l'entretien de l'aspirateur. - Demander au DH de faciliter le transfert du condensateur d'O ₂ qui est à Faranah.	M. Ernest, gestionnaire	30 mars 2001

Le personnel de la pédiatrie n'a pas la formation adéquate pour prendre en charge les enfants en détresse (médecin, infirmiers).	Manque de formation continue sur les notions de réanimation des enfants.	<ul style="list-style-type: none"> - Former le médecin responsable de la pédiatrie en réanimation à INSE. - Le médecin formé assurera la formation en cascade du personnel de la pédiatrie et de la Maternité (salle d'accouchement) 	M. Ernest, gestionnaire	30 avril 2001
Le service de pédiatrie ne dispose pas d'équipement pour le réchauffement des M.M et Prématurés	Le service n'a jamais été équipé dans ce sens bien que le besoins existe.	Négocier avec PSR pour l'achat de 06 bouillottes.	M. Ernest, gestionnaire	30 mars 2001
<u>Droit au choix informé</u> Les langues utilisées sur les fiches /affiches sont incompréhensible aux femmes.	Population en majorité analphabète en français	Demander aux ONG (PRISM, PSR) de confectionner des affiches en manika et pular.	Mme Yatara	30 avril 2001
<u>Besoins du personnel en information, formation et développement.</u> Le plan de travail est confondu avec celui de la médecine générale	Insuffisance du personnel pour la consultation en médecine générale.	Déléguer l'infirmier Nouma CAMARA pour appuyer la consultation en médecine générale. Augmenter le personnel de garde de la pédiatrie	Dr Sekou KEITA, DH	01 janvier 2001
Le personnel de pédiatrie a relâché la formation continue.	Les responsables ne donnaient plus de thèmes à traiter.	Donner des thèmes aux différents infirmiers et établir un programme de formation continu au service de pédiatrie.	M. Habib KABA, Surveillant général	1 ^{er} jeudi du mois de Février 2001
Le service de pédiatrie ne collabore pas avec des prestataires bien informés sur des services de soins de santé infantile (IRA-DDC-PECIME)	Le document de base de PECIME n'est pas totalement élaboré.	Négocier avec le docteur Eléonore pour accélérer la finalisation du document et partager l'information avec le service de la pédiatrie.	Dr BARRY	31 mars 2001
Le service de pédiatrie ne dispose pas de guide de PECIME.		Rendre le guide disponible et partager l'information avec le personnel de pédiatrie après négociation avec Dr Eléonore.	Dr BARRY	31 mars 2001

**CSU MARCHE
FARANAH**

N°	PROBLEMES	CAUSES	SOLUTION	RESPONSABLES	QUAND?
1-	Toutes les méthodes de PF qui existent au Centre de santé ne sont pas connues de tout le personnel.	Le reste du personnel n'est pas informé.	Chaque samedi, il y aura une séance d'information interne.	Mme Masira OULARE CCS	13 janvier 2001
2-	Il n'y a pas de panneau indiquant les jours et heures de PF.	Parce que la PF se fait tous les jours et à toute heure.	Faire une affiche PF qui explique la disponibilité de la PF tous les jours et à toute heure.	Mme Alouna TOURE SS	16 décembre 2000
3-	Pas de matériels didactiques pour les séances d'information et de formation interne.	Les séances antérieures sont faites sans matériel didactique.	Adresser une liste de matériels didactiques à la DPS.	Mme Masira OULARE CCS	11 décembre 2000
4-	Les séances d'information sur la PF et la SR ne sont pas suffisantes.	Les matrones et le gardien ne sont pas formés pour cela	Organiser une information spécifique pour eux.	Mme Nagnouma SANOH CPN/PF	16 décembre 2000
5-	La cour du CSU est devenu un passage public.	Une partie du mur s'est écroulée.	Suivre le dossier avec LTO.	Bandiougou OULARE Trésorier du COGES.	11 décembre 2000
6-	Manque de SRO et Niclozamide	Rupture au niveau de la pharmacie DPS depuis le début de l'année.	Voir le stock tampon de PSR.	Mme Masira OULARE CCS	18 décembre 00
7-	Les clients attendent trop/très longtemps.	On attend qu'il y ait 30 personnes pour commencer les séances de sensibilisation.	Commencer le sensibilisation des qu'il y a 5 personnes – ne pas attendre qu'il y ait 30.	Mme Nanfadima KEITA Agent accueil	8 décembre 00
8-	Les affiches sur la PF sont en quantité insuffisante	Les affiches ont été volées.	Lancer la commande d'affiches et sécuriser la cour.	Mme Masira OULARE CCS	11 décembre 00
9-	La formation sanitaire ne donne pas l'information sur les méthodes PF permanentes.	Parce que certaines personnes ne sentent pas confortable pour le faire.	Inclure les méthodes PF permanentes dans la formation interne.	Mme Masira OULARE CCS	13 janvier 01
10-	Le CSU n'a jamais demandé aux clients comment améliorer le service	On ne savait pas.	Faire l'interview des clients chaque 3 mois.	Mme Oumou DIALLO Agent PEV	5 janvier 01

11-	La propreté du CSU est insuffisante.	-	Appliquer les recommandations du samedi 2/12/00	M DOUKOURE Mouke Président du COGES	Tous les samedis
-----	--------------------------------------	---	-------------------------------------------------	----------------------------------------	------------------

MATERNITE – HOPITAL FARANAH

<i>PROBLEMES</i>	<i>CAUSES</i>	<i>RECOMMANDATION S</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>PERIODE</i>
Le personnel de la maternité n'informe pas les clients sur le choix de la méthode d'accouchement et la présence d'un membre de la famille pendant le travail.	Ignorance du personnel sur le droit des clients.	Informersystématiquement toutes les clientes parturientes de son libre choix de la méthode d'accouchement et de la présence d'un membre de la famille	Le chef de service	Dès maintenant
Absence de formulaire de consentement sur les méthodes CCV	Manque d'initiative de la part des médecins.	L'élaboration et l'utilisation du formulaire	Dr CAMARA	01 MARS 2001
L'inorganisation des sessions de discussions et d'analyse des complications enregistrées à la maternité.	Manque d'initiative de la part des médecins.	Organisation hebdomadaire des sessions de discussions et d'analyse des complications.	Dr Suzanne	Dès 01 Janvier 2001
Nous ne donnons pas des prospectives orales et écrites aux clients.	Manque d'initiative de la part des médecins.	Elaborer des instructions par acte chirurgicales pour les clients.	Dr Suzanne	Dès 01 Janvier 2001
Tout le personnel n'est pas informé sur les services offerts par la maternité.	Manque d'initiative de la part des médecins.	Elaborer un panneau d'information sur les différentes prestations offertes par la maternité.	Dr CAMARA	Mars 2001
Nous ne donnons pas des informations sur le rapport sexuel pendant le post-partum.	Insuffisance de communication interpersonnels	Informers et éduquer les femmes pendant le post-partum immédiat sur	Mme Anan MARA	Dès Janvier 2001

			l'allaitement, les soins post-partum, la PF.		
Insuffisance de communication interpersonnelle.	Informier et éduquer les femmes pendant le post-partum immédiat sur l'allaitement, les soins post-partum, la PF...		Mme Anan MARA		Dès janvier 2001
Les explications sur les effets secondaires des produits délivrés aux clients ne sont pas toujours données	Insuffisance de la dispensions des médicaments	Donner des explications autour des médicaments livrés aux clients <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au pavillon ▪ Au point de vente 	Dr KOTOU Dr Cécé		Dès Janvier 2001
Les toilettes sont souvent envahies d'urine ou de sang (suite de couche)	Manque d'information des clients sur l'utilisation des toilettes	Informier tous les clients sur l'utilisation des toilettes	Mme Marie BONGONO		Février 2001
Trop de moustiques dans les salles	Proximité des toilettes aux salles d'hospitalisation	Utiliser des moustiquaires et pulvériser des salles une fois par semaine.	Le DH		Février 2001
Certains coûts de prestations sont élevés surtout lorsqu'on prescrit des ordonnances pour les pharmacies privées	Rupture de certaines molécules à l'hôpital.	Commander à temps les médicaments essentiels.	Dr Cécé		Février 2001
Les explications sur la maladie et sur le traitement ne sont pas donné aux clients.	Insuffisance de communication interpersonnelle	Informier les clients sur les maux et le type de traitements qu'ils reçoivent	Chaque prestataire		Dès maintenant
Les clients ne reçoivent pas de rendez-vous après chaque prescription.	Insuffisance de communication interpersonnelle	Donner systématiquement les rendez-vous à chaque prescription de médicaments	Chaque prestataire		Dès maintenant

CS BISSIKRIMA

NO	PROBLEMES	CAUSES	SOLUTION	QUI?	QUAND?
1.	Il est difficile de localiser le Centre de santé	Il n'existe pas de plaque qui oriente	Confectionner une plaque et l'installer sur la grande route	M. DIALLO	Avant le 15/01/01

2.	Les murs de la salle d'injection portent des tâches	Les agents purgent les produits d'injection sur les murs	<ul style="list-style-type: none"> Éviter de purger les produits d'injection sur les murs Laver les murs 	Tout le temps Tous les samedi	Mme Sow Mme Savané
3.	Il n'existe pas de panneau qui indique les jours et horaires de la disponibilité des services SR	Nécessité non ressentie par le personnel	Confectionner un panneau qui indique les jours et horaires de la disponibilité des services SR	Mme KABA	Avant le 15/04/01
4.	Le centre ne dispose pas de gants de ménage		Acheter au moins deux paires de gants	M. OULARE	15/03/01
5.	La prévention des infections n'est pas assurée	Absence d'eau de javel à Dabola	Faire la commande à Conakry	Mme Ami	15/03/01

ANNEX 4 (*Rapport formation prise en charge syndromique des IST*)

**Coordination S.R.
Volet Qualité des Soins**

RAPPORT TECHNIQUE DE FORMATION
SUPERVISEURS PREFECTORAUX DE LA REGION DE KANKAN
EN PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES I.S.T.
Du 27 novembre au 1^{er} décembre 2000

Présenté par :

DR BOKAR DEM
Coordinateur en Santé Reproductive
Volet Qualité des Soins

Kankan Décembre 2000

RAPPORT TECHNIQUE FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX EN PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE IST DU 27/11 AU 1er/12/2000 à KANKAN.

I- INTRODUCTION

PRISM est un projet guinéen financé par L'USAID.

Il y a quatre composantes essentielles :

Gestion, Qualité des soins, Education sanitaire et Coordination. Le projet est exécuté par MSH en collaboration avec JHU/CCP, toutes deux, ONG américaines. PRISM couvre trois régions administratives : Faranah , N'zérékoré et Kankan.

En renforçant les interventions du Ministère de la santé de la Guinée dans les domaines de la santé reproductive, PRISM appui aussi le programme national de lutte contre les IST et SIDA (PNLS).

En Guinée les IST occupent la 6^{ème} place parmi les 10 premières causes de consultation dans les structures de santé.

Depuis 1992, le Gouvernement guinéen a travers le PNLS et ses partenaires (PEV/ SSP/ ME, SIDA 2, PSR et PRISM) a opté pour l'intégration de la prise en charge des IST basée sur l'approche syndromique dans les soins de santé primaires.

Des enquêtes IP6, IP7 réalisées en basse, haute Guinée et en Guinée forestière, ont montré une faiblesse dans la qualité de la prise en charge des cas d'IST. En effet, seulement 8% des cas ont été correctement pris en charge par les prestataires.

C'est dans le cadre de l'exécution du plan d'action régional PRISM du volet qualité des soins que le séminaire de formation des superviseurs a été organisé en vue d'améliorer la qualité de prise en charge des IST dans la région de Kankan. Ce séminaire a regroupé 20 participants venant de la région de Kankan, soit 4 superviseurs par préfecture dont un de chaque hôpital. Parmi eux il y avait neuf médecins, une sage femme et dix aides de santé.

Le séminaire a été animé par une équipe de trois formateurs qui sont :

1. Le coordinateur régional volet qualité des soins de PRISM Kankan,
2. Le coordinateur régional volet système de gestion de PRISM N'zérékoré,
3. Le chargé des SSP/ DPS Kissidougou (formateur régional Faranah.

II- BUT ET CONTENU DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'améliorer la compétence des superviseurs en prise en charge Syndromique des IST.

Pour lui permettre d'acquérir ces nouvelles connaissances, aptitudes et attitudes, le contenu de cette formation est divisé en quatre modules, eux même repartis entre onze(11) sessions :

- **Module A** : Epidémiologie des IST/VIH

- Session 01 : Situation épidémiologique du VIH et IST dans le Monde en Afrique, et en Guinée.
- Session 02 : Mode de transmission, Facteurs de transmission, et Moyens de prévention des IST.
- Session 03: Complications des IST et corrélation IST-VIH.

Ce module met en exergue l'ampleur et l'importance du VIH et SIDA surtout en Afrique sub-saharienne, informe sur la chaîne de transmission et de propagation, Ainsi que les moyens de prévention et les défis de la prise en charge des IST.

- **Module B** : Approche syndromique pour la prise en charge des IST

- Session 04: Les approches diagnostiques.
- Session 05: Anamnèse et Examen d'un patient IST.
- Session 06: Utilisation des algorithmes IST.

Ce module présente les différentes approches diagnostiques des IST, leurs avantages et inconvénients, ainsi que les justifications du choix de l'approche syndromique.

Par ailleurs il montre les éléments d'un bon accueil, d'une anamnèse et d'un examen physique complet d'un patient qui doit aboutir à un traitement efficace grâce à l'utilisation correcte de l'algorithme IST.

- **Module C** : Education/ Conseil/ Notification aux partenaires

- Session 07 : Communication interpersonnelle.
- Session 08 : Education, Conseil des patients IST.
- Session 09 : Notification des partenaires.

Ce module présente les techniques d'une communication efficace et les éléments essentiels du counseling d'un patient d'IST. Il fait ressortir l'importance de la notification de partenaires dans l'interruption de la chaîne de transmission des IST.

- **Module D : Gestion**

- Session 10 : Enregistrement des cas d'IST.
- Session 11 : Supervision et suivi post-formation des prestataires

Ce module dégage l'importance d'un système fonctionnel d'enregistrement des cas et le mode d'enregistrement. Il donne une définition opératoire de la supervision, indique les rôles et tâches du superviseur et dégage les différences entre les termes : Supervision, Contrôle, Inspection et Evaluation.

Au cours de ce module la fiche de suivi et d'évaluation post-formation des prestataires a été présentée et des exercices d'évaluation réalisés.

La durée prévue pour la formation est de cinq(5)jours.

III- OBJECTIFS

- **Objectif Général :**

Renforcer les connaissances et compétences des superviseurs afin qu'ils puissent aider efficacement les prestataires qui assurent la prise en charge des IST dans les structures sanitaires.

- **Objectifs spécifiques :**

A la fin de la formation, dans son rôle de superviseur, le participant doit être capable de :

- Cerner l'ampleur de IST/VIH dans le monde, en Afrique et en Guinée ainsi que le lien entre les IST et le VIH,
- Procéder à un accueil, un interrogatoire et un examen selon les normes établies,
- Maîtriser l'utilisation des algorithmes nationaux pour la prise en charge des patients IST,
- Amener le patient IST à adopter des comportements à moindre risque vis-à-vis des IST/ VIH,
- Convaincre le patient de la nécessité de faire examiner et traiter son /ses partenaires,
- Appliquer correctement le système national d'enregistrement et de notification des patients IST,
- Superviser efficacement les agents de santé qui assurent la prise en charge des IST.
- Savoir s'il y a des interdépendances entre les IST,
- Avoir des connaissances pour renforcer la prévention des IST,
- Avoir des larges informations sur les complications des IST,

- **Attentes des participants :**

- Renforcer les connaissances sur les IST et connaître les nouvelles stratégies de prise en charge,
- Connaître les facteurs favorisant afin de stopper l'évolution des IST,
- Avoir des compétences pour la prise en charge efficace des IST,
- Etre capable d'éduquer et sensibiliser sur les IST,
- Avoir des compétences d'effectuer une supervision efficace,
- Avoir des aptitudes pour le captage précoce des partenaires des patients IST,
- Avoir un outil de travail harmonisé en vue d'améliorer la prise en charge,
- Avoir une liste de médicament anti – IST,
- Avoir une grille de supervision et de suivi des activités sur le terrain,
- Etre capable d'utiliser les algorithmes.

- **Normes de travail des participants :**

- Respect des horaires :
 - Début : 8 H30
 - Fin : 16H30
 - Petite pause : 10H45 – 11h00, Grande pause : 13H00-14H00
- Respect de l'opinion d'autrui
- Flexibilité et Tolérance
- Ne pas fumer dans la salle
- Ne pas salir la salle
- Ne pas dormir
- Participer activement aux débats
- Distribuer la parole et la demander avant d'intervenir
- Les erreurs sont les bienvenues
- Eviter les déplacements intempestifs
- Respecter toutes ces Normes.

IV- METHODOLOGIE

Au cours de cette formation l'approche andragogique a été utilisée en s'appuyant sur la méthodologie experientielle basée sur l'expérience des participants. Cette expérience concrète devient alors une source de réflexion et d'analyse qui conduit au développement des concepts généraux et aux possibilités d'application par les participants dans leur fonction de superviseur. Les techniques de brain-storming, jeux de rôles, questions – réponses, et des travaux de groupes et études de cas ont été utilisées.

V- DEROULEMENT

1- Team building : (du 24 au 26 novembre 2000)

Il a consisté en la préparation du bac des originaux et des classeurs des participants ; la recherche de documents complémentaires ; la préparation des éléments du tableau de bord et de la salle de formation ; et la repartition des sessions entre les formateurs.

Le séminaire a été réalisé durant la période du 27 novembre au 1^{er} décembre 00 inclusivement en exécutant les étapes du Programme suivant :

2- Procédures administratives :

Les participants ont reçu les informations sur la prise en charge financière de leur séjour à Kankan durant la formation.

3- Séance de présentation :

Les participants, formateurs et assistants administratifs se sont présentés successivement aux autres, suivant des termes de présentation définie au préalable. Tous les participants invités étaient présents à l'exception du médecin de l'hôpital régional de Kankan qui a été remplacé par un superviseur préfectoral désigné par la DPS de Kankan.

4- Identification des Normes et attentes des participants et mise en place des trois comités d'information : Les résultats de ces activités ont été portés sur papier flipchart et affichés dans la salle.

5- Ouverture officielle :

Placée sous la présidence d'honneur des autorités administratives régionales, elle a été effectuée par M le conseiller du Gouverneur de la région accompagné de l'inspecteur régional de la santé de Kankan et la DPS de Kankan. Au cours de cette cérémonie d'ouverture trois allocations ont été prononcées :

- Le coordinateur du volet qualités des soins au nom du projet PRISM a souhaité la bienvenue et présenté le contexte et les objectifs du séminaire.
- L'inspecteur régional de la santé mettra un accent particulier sur l'impact de la prise en charge correct des IST sur l'incidence du VIH/ SIDA.

- Le conseiller de Monsieur le Gouverneur insistera sur les facteurs socioculturels et économiques qui favorisent le retard du recours à la consultation, la transmission des IST/ SIDA, et invitera les participants à mettre à profit cette formation pour pouvoir intervenir efficacement dans la rupture de la chaîne de transmission et propagation des IST/ SIDA.

Il suggère par la même occasion la participation des jeunes leaders a ces genres de séminaire pour une plus grande implication car étant les plus exposés.

6- PRESENTATION DES THEMES :

La présentation des thèmes s'effectuait en fonction des plans de session et techniques de formation recommandées, suivi d'évaluation régulière des sessions par les participants.

7 - EVALUTION DE LA FORMATION :

Au début de chaque journée les évaluations des sessions de la veille sont présentées et amendées par les participants ; et à la fin de la journée les formateurs et assistants administratifs réalisaient la réunion de feed-back sur le déroulement des activités.

8 - CLOTURE:

Elle a été effectuée par Monsieur le conseiller du gouverneur accompagné de monsieur l'inspecteur régional de la santé de kankan.

Après la présentation des résultats de l'évaluation finale du séminaire par le coordinateur du volet qualité des soins du bureau PRISM, et du mot des participants; le conseiller abordera son discours de cloture par des félicitations aux participants et formateurs pour l' atteinte des objectifs.

Il a exprimé sa satisfaction par rapport au contenu du mot des participants et a insisté sur le suivi et la réalisation des engagements des participants, avant de déclarer la cloture de la formation des superviseurs.

La séance a été levée à 14 heures 35,du 1^{er} décembre 2000.

9 - RECOMMANDATIONS:

- ❖ Organiser un atelier de revision du curriculum du point de vue contenu et chronologie de présentation de certaines sessions.
- ❖ Limiter le nombre de formateurs au maximum à quatre (04)

ANNEXES

FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 1

Titre _____ Situation Epidémiologique _____

Date 27 / 11 / 2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			SANS REPOSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	14	6		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	10	9	1	
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	15	4		1
4	Utilité du matériel didactique	14	6		
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	12	8		
6	Clarté des explications	15	4		1
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	16	4		
8	Soutien administratif	10	7	3	
9	Pause café	9	10		1

Durée : Très longue 3 / Parfaite 15 / Courte 0 / Abstention 2

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

- Les modules sont très bien dispensés
- Améliorer les pertes des participants
- Ramener la fin de la journée à 16 heures
- Poursuivre sur cette lancée
- Je voudrais vraiment de statistique récente des hôpitaux régionaux
- Respect des horaires
- Satisfaction

Merci !

FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 2 Titre Mode de Transmission Facteurs de propagation et moyen de prévention de IST Date 27 / 11 / 2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			SANS REPOSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	15	5		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	11	8		1
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	13	7		
4	Utilité du matériel didactique	13	5		2
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	12	8		
6	Clarté des explications	14	5		1
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	16	4		
8	Soutien administratif	12	5	3	
9	Pause café	8	10		2

Durée : Très longue 4 / Parfaite 14 / Courte 0 / Abstention 2

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

- Satisfaction
- Respect des horaires
- Améliorer les perdiems des participants
- Poursuivre sur cette lancée
- Je voudrais vraiment de statistique récente des hôpitaux régionaux
- Méthode d'enseignement bonne

FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 3 Titre Complication de IST et corrélation IST/VIH Date 27 / 11 / 2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			SANS REPONSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	15	5		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	13	7		
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	13	5		
4	Utilité du matériel didactique	13	7		2
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	11	9		
6	Clarté des explications	13	6		1
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	14	6		
8	Soutien administratif	8	9	3	
9	Pause café	6	12		2

Durée : Très longue 3 / Parfaite 16 / Courte 0 / Abstention 1

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

- Respect des horaires
- Améliorer les perdiems des participants
- Poursuivre sur cette lancée
- Je pense bien être plus que vous dans la mise en œuvre du programme

Merci !

MSH-PRISM GUINEE

KANKAN DU 27/11 AU 1/12/00

FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 04

Titre Approche Diagnostiques

Date 28 / 11 /2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			SANS REPONSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	15	5		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	17	3		
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	15	5		
4	Utilité du matériel didactique	12	8		
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	13	7		
6	Clarté des explications	16	4		
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	16	4		
8	Soutien administratif	9	8	2	1
9	Pause café	7	10	2	1

Durée : Très longue 2 /Parfaite 18 /Courte 0 /Abstention 0

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

- Satisfaction (1 participant) RAS (5 participants)
- Améliorer le perdiem (2p)
- Faire l'économie du temps (mois de carême) en ramenant la fin des débats à 15h30(2 participants)
- Insuffisance des documents (1 personne)
- Augmenter la prise en charge des résidents (2 personnes)
- Revoir le déjeuner : riz gras ou avec sauce (1 p)
- Poursuivre sur cette lancée (1 participant)
- Les facilitateurs ont la maîtrise des modules dispensés

Merci !

FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 05Titre Anamnèse et Examen d'un patient ISTDate 28 / 11 / 2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			SANS REPOSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	17	3		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	15	5		
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	15	5		
4	Utilité du matériel didactique	13	7		
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	16	4		
6	Clarté des explications	17	3		
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	13	7		
8	Soutien administratif	8	8	2	2
9	Pause café	6	10	1	3

Durée : Très longue 5 / Parfaite 15 / Courte 0 / Abstention 0

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

- Pour le soutien administratif : améliorer le perdiem de 12.000 à 25.000 fg (2 participants)
- Améliorer la pause café : pas toujours le tacoula et l'arachide (1 participant)
- RAS (4 participants)
- Faire l'économie du temps (mois de carême) : (2 participants)
- Penser des maintenant au paiement des perdiem (1 participant)
- Augmenter la prise en charge des résidents (1 personne)
- Faire intervenir un clinicien dans la formation dans 2 équipes
- Revoir le déjeuner : riz gras ou avec sauce (1 p)
- Poursuivre sur cette lancée (1 participant)
- Satisfaction (1 participant)

Merci !

**FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN
CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.**

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 06Titre Utilisation des AlgorithmesDate 29 / 11 /2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			SANS REPONSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	18	2		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	18	2		
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	18	2		
4	Utilité du matériel didactique	17	3		
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	17	3		
6	Clarté des explications	17	2		
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	18	2		
8	Soutien administratif	17	3		
9	Pause café	13	6	1	

Durée : Très longue 0 /Parfaite 20 /Courte 0 / Abstention 0

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

- Satisfaction (3 participants)
- Améliorer le perdiem (1participants)
- RAS (5 participants)
- Cerner le temps pour finir à 16 heures (1 participants)
- Une très bonne formation (1 participant)
- Bonne acquisition (1personne)
- Formateurs excellents « chapeau » (1 participant)
- Abstinance (7 p)

Merci !

FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 07Titre Communication Inter PersonnelleDate 29 / 11 / 2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			SANS REPONSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	19	1		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	19	1		
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	19	1		
4	Utilité du matériel didactique	17	3		
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	20	0		
6	Clarté des explications	18	2		
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	18	2		
8	Soutien administratif	13	6		1
9	Pause café	11	6	1	2

Durée : Très longue 0 / Parfaite 20 / Courte 0 / Abstention 0

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

- Réelle satisfaction (1 participants)
- Bonne compréhension (1participants)
- RAS (4 participants)
- Je suis satisfait (1 participants)
- Excellent (1 participant)
- Néant (1personne)
- Abstinance (11 p)

Merci !

FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 08Titre Education/Conseil des patientsDate 30 / 11 / 2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			REPONSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	18	2		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	17	3		
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	18	2		
4	Utilité du matériel didactique	17	3		
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	19	1		
6	Clarté des explications	19	1		
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	20	0		
8	Soutien administratif	14	5		1
9	Pause café	11	8		1

Durée : Très longue 01 / Parfaite 19 / Courte 0 / Abstention 0

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

- RAS (8 participants)
- Abstinence (5 p)
- Bonne compréhension (1participants)
- Une très bonne compréhension (1participants)
- Satisfaction (1)
- Respect de l'heure (1 participants)
- Poursuivre cet élan (1)
- Paiement des perdiems en totalité et amener les sandwiches et jus à temps (1 participant)
- Solliciter en tant que superviseurs préfectoraux IST la participation à tout séminaire qui a trait aux IST (1personne)
-

Merci !

FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 09Titre Notification aux partenairesDate 30 / 11 / 2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			SANS REPONSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	17	3		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	17	3		
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	18	2		
4	Utilité du matériel didactique	16	4		
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	16	4		
6	Clarté des explications	16	3	1	
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	19	1		
8	Soutien administratif	9	10		1
9	Pause café	10	9		1

Durée : Très longue 01 / Parfaite 17 / Courte 0 / Abstention 2

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

- RAS (7 participants)
- Abstinence (6 p)
- Belle Satisfaction (1)
- Satisfaction
- Soyez un peu court dans les explications, pour garder le fil de compréhension (1 parts)
- Explication trop longue , faite beaucoup de théorie (1)
- Explications ont été plus théoriques que pratique (1 participant)
- Remerciement (1personne)
- Bonne compréhension (1)

Merci !

FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 10 Titre Enregistrement de cas IST Date 30 / 11 / 2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			SANS REPONSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	19	1		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	18	2		
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	19	1		
4	Utilité du matériel didactique	17	2	1	
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	18	2		
6	Clarté des explications	18	2		
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	18	2		
8	Soutien administratif	19	1		
9	Pause café	11	6	1	2

Durée : Très logique 0 / Parfaite 20 / Courte 0 / Abstention 2

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

- RAS (7 participants)
- Abstinance (9 p)
- Bonne compréhension (1)
- Frais de carburant insuffisant pour le véhicule (1)
- Excellent (1 parts)
- Explication clair (1)

Merci !

FORMATION DES SUPERVISEURS PREFECTORAUX SUR LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST.

FICHE D'EVALUATION DES SESSIONS

SESSION No 11 Titre Supervision / Suivi Post formation Date 1 / 12 /2000

No	INDICATEURS	APPRECIATIONS			SANS REPOSE
		EXCELLENT	BON	INSUFFISANT	
1	Objectifs sont atteints	19	1		
2	Pertinence du contenu par rapport aux objectifs	19	1		
3	Efficacité de la méthode et techniques de formation	19	1		
4	Utilité du matériel didactique	18	2	1	
5	Permet d'améliorer mes performances techniques.	19	1		
6	Clarté des explications	19	1		
7	Capacités des formateurs à faciliter les discussions	19	1		
8	Soutien administratif	16	3	1	
9	Pause café	13	6	1	

Durée : Très logique 0 /Parfaite 20 /Courte 0 / Abstention 2

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS :

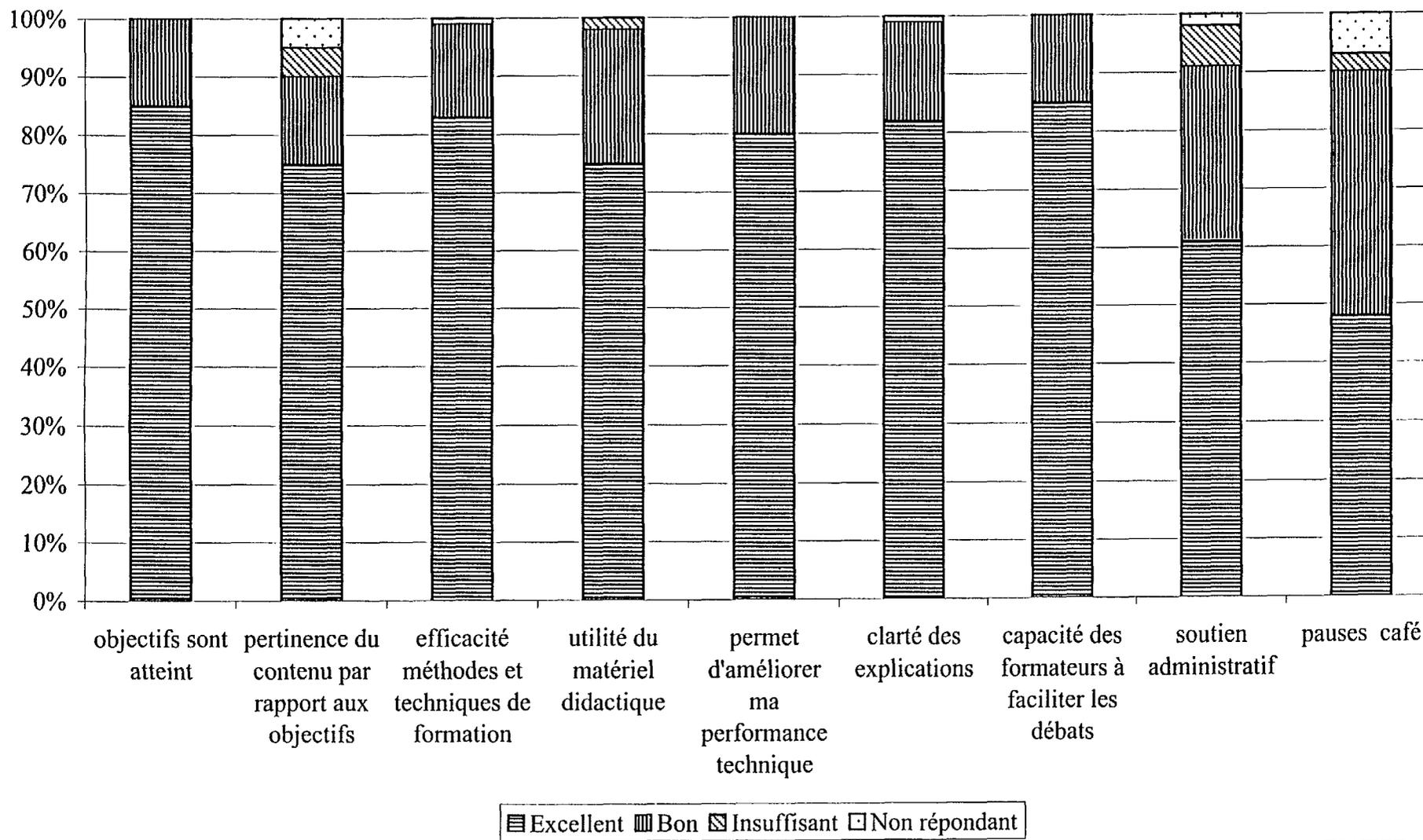
- RAS (5 participants)
- Sans Avis (9 p)
- Remerciement Formateurs (1)
- Félicitations organisateurs (1)
- Satisfaction (4)
- Doter les superviseurs en fiches de supervision en quantité suffisante (1)

Merci !

SYNTHESE DE L' EVALUATION
REPARTITION (%) DES PARTICIPANTS SELON LE NIVEAU D' APPRECIATION

N°-ordre	INDICATEURS	Niveaux d'appréciations			
		Excellent	Bon	Insuffisant	Non répondant
1	objectifs sont atteint	85%	15%	0%	0%
2	pertinence du contenu par rapport aux objectifs	75%	15%	5%	5%
3	efficacité méthodes et techniques de formation	83%	16%	0%	1%
4	utilité du matériel didactique	75%	23%	2%	0%
5	permet d'améliorer ma performance technique	80%	20%	0%	0%
6	clarté des explications	82%	17%	0%	1%
7	capacité des formateurs à faciliter les débats	85%	15%	0%	0%
8	soutien administratif	61%	30%	7%	2%
9	pauses café	48%	42%	3%	7%

REPARTITION (%) DES PARTICIPANTS SELON LE NIVEAU D'APPRECIATION



Ministère de la Santé Publique

1/2

Fiche de Rapport de Formation

(Veuillez remplir en caractères d'imprimerie pour chaque activité de Formation)

1. Titre de la Formation <u>APPROCHE SYNDROMIQUE IST</u> 2. Service organisateur (du Ministère) _____		8. Formateurs	
3. Projet/Budget <u>PRISM-GUNEE MSH</u>		Nom	Poste de Travail/Fonction
4. Type de Formation : <input type="checkbox"/> LMD <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Paludisme <input type="checkbox"/> PEV <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Allaitement maternel <input type="checkbox"/> PF Clinique <input type="checkbox"/> CPN <input type="checkbox"/> Accouchements <input checked="" type="checkbox"/> MST/SIDA <input type="checkbox"/> IEC <input type="checkbox"/> SIG <input type="checkbox"/> Gestion <input checked="" type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Formation de formateurs <input type="checkbox"/> Recherche & Evaluation		DR DEM BOGAR DR CONDE SAKOU DR CAMARA M KROULEN	PRISM : CR/SR/Qualité PRISM : CR/SR/Gestion DPS : chef sect. SSP
5. Date (début de Formation) <u>12/11/10/10</u> 6. Durée <u>1/15</u> jours			
7. Lieu de Formation <u>CFP KANKAN</u>			

Participants

N° Matricule/CIN	Nom et Prénoms	Sexe	Titre ¹	Fonction ²	Service/lieu de travail	Préfecture	Organisme ³
	DIANE NDOUMOUSSO	F	Aide sante	C. SANTE SCOL	DPS	KANKAN	MSP
	DIALLO RAMATA SADIO	F	---	C. STATISTIQ	DPS	---	---
	SIDIBE SAYON.	M	---	C. SBC	DPS	---	---
	FOFANA IBRAHIMASORY	M		C. FORMATION	DPS	---	---
	CANIARA ABDOURAHMANE	M	MEDECIN	C. SSP	DPS	KEROUANE	---
	TRAORE GONO	M	AIDE SANTE	C. SBC	DPS	---	---
	DAFFE ARAFAN	M	---	INFIRMIER LTO	DPS	---	---
	KEITA SONAH	F	SAGE FEMME		DPS (HOPITAL)	---	---
	TRAORE AMARA	M	MEDECIN	DPS	DPS	MANDIANA	---
	CANIARA NAMORY	M	---	C. SSP	DPS	---	---
	MAGASSOUBA ANSOUMANE	M	AIDE SANTE	INFIRMIER	DPS	---	---
	BARRY MAMADOU ALIOU	M	MEDECIN	GENERALISTE	(HOPITAL)	---	---
	KALIVOGUI KOLOUBA	M	---	DPS	DPS	KOUROUSSA	---
	HABA ODILON	M	AIDE SANTE	C. SBC	DPS	---	---

1 « Titre » indique le type de diplôme obtenu à la fin de la formation : Médecins, Infirmiers, Sage-femme, etc

2 « Fonction » fait ici référence à l'activité exercée actuellement : DPS, Agent CPN, Agent P.V., etc

3 « Organisme » concerne les participants venant d'autres structures que la Fonction Publique

Ministère de la Santé Publique

Fiche de Rapport de Formation

(Veuillez remplir en caractères d'Imprimerie pour chaque activité de Formation)

1. Titre de la Formation _____ 2. Service organisateur (du Ministère) _____		8. Formateurs	
3. Projet/Budget _____		Nom	Poste de Travail/Fonction
4. Type de Formation : <input type="checkbox"/> LMD <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Paludisme <input type="checkbox"/> PEV <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Allaitement maternel <input type="checkbox"/> PF Clinique <input type="checkbox"/> CPN <input type="checkbox"/> Accouchements <input type="checkbox"/> MST/SIDA <input type="checkbox"/> IEC <input type="checkbox"/> SIG <input type="checkbox"/> Gestion <input type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Formation de formateurs <input type="checkbox"/> Recherche & Evaluation			
5. Date (début de Formation) / / / / / /	6. Durée / / / jours		
7. Lieu de Formation _____			

Participants

N° Matricule/CIN	Nom et Prénoms	Sexe	Titre ¹	Fonction ²	Service/lieu de travail	Préfecture	Organisme ³
	KEITA OUMAR	M	MEDECIN	MED. MATERN.	DPS/HÔPITAL	KOUROUSSA	MISP
	KOUROUNA AMARA	M	AIDE SANTE	C. CSU	DPS	— " —	— " —
	GUILAO KOIKO	M	MEDECIN	MED. PEDIATR.	DPS/HÔPITAL	SIGUIRI	— " —
	DIAWARA SANA	M	— " —	C. SANTE SCOL.	DPS	— " —	— " —
	KOUROUNA SIDIKI	M	AIDE SANTE	C. STATISTK. SBC	DPS	— " —	— " —
	DIALLO IDRISSA CHERIF	M	MEDECIN	C. MALADIE	DPS	— " —	— " —

1 « Titre » indique le type de diplôme obtenu à la fin de la formation : Médecins, Infirmiers, Sage-femme, etc

2 « Fonction » fait ici référence à l'activité exercée actuellement : DPS Agent CPN Agent P.V., etc

3 « Organisme » concerne les participants venant d'autres structures que la Fonction Publique

Activité : Formation des Superviseurs- Approche syndromique IST.

Lieu : CFP Ho-chi-mine Kankan.

Dates : Du 27/11/2000 au 1^{er} /12/2000.

FICHE DE PRESENCE

N°	Nom et Prénoms	Fonction / Organisation	Provenance	27/11/00	28/11/00	29/11/00	30/11/00	1 ^{er} /12/00
1	Noumousso DIANE	C. Santé Scolaire / DPS	Kankan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	Ramata Sadio DIALLO	Chargée statistiq. / DPS	Kankan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	Sayon SIDIBE	Chargé SBC / DPS	Kankan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	Ibrahima Sory FOFANA	Chargé Formation / DPS	Kankan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	Dr. Abdourahmane CAMARA	S.S.P / DPS	Kerouané	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	Gono TRAORE	Chargé SBC / DPS	Kerouané	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	Arafan DAFTE	Infirmier LTO / DPS	Kerouané	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	Sonah KEITA	Sage femme / Hôpital	Kerouané	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	Dr. Amara TRAORE	DPS / DPS	Mandiana	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10	Dr. Namory CAMARA	SSP / DPS	Mandiana	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	Ansoumane MAGASSOUBA	Infirmier / DPS	Mandiana	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	Mamadou Aliou BARRY	Généraliste / Hôpital	Mandiana	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
13	Dr Ko Iouba KALIVOGUI	DPS / DPS	Kouroussa	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
14	Odilon HABA	Chargé SBC / DPS	Kouroussa	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
15	Oumar KEITA	Méd. Chef Matern. / Hôpital	Kouroussa	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

16	Amara	KOUROUMA	Chef CSU / DPS	Kouroussa					
17	Koikoi	GUILAO	Médecin Pédiatre / Hôpital	Siguri					
18	Dr Sana	DIAWARA	C. Santé Scolaire / DPS	Siguri					
19	Sidiki	KOUROUMA	Chargé SBC / DPS	Siguri					
20	Idrissse Cherif	DIALLO	MCM / DPS	Siguri					
21	Dr. Keoule	CAMARA	Formateur / DPS	Kissidougou					
22	Dr. Sékou	CONDE	CR/ SR/ Gestion / PRISM	N'Zérékoré					
23	Dr. Bocar	DEM	CR/ SR/ Qualité / PRISM	Kankan					

ANNEX 5 (*Rapport de révision canevas de collecte des données sur SR*)

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

**ATELIER DE REVISION DES CANEVAS DE
COLLECTE DES DONNEES SUR LA SANTE DE LA
REPRODUCTION**

Décembre 2000

ATELIER DE REVISION DES OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES DU SNIGS

Du 5 au 8 décembre 2000, s'est tenu à Kindia, l'atelier de révision des canevas de collecte des données statistiques et épidémiologiques du Système national d'informations et de gestion sanitaire (SNIGS).

Cet atelier était organisé par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui financier du sous programme SR/FNUAP en collaboration avec le PRISM, le PPSG et le projet SIDA2

Les participants à cet atelier étaient composés de

- des représentants de la section statistiques et informations sanitaires (SSIS)
- des représentants du Secrétariat d'état au Plan
- des représentants de l'IRS de Kindia
- des représentants de la DPS de Kindia
- des médecins gynécologues évoluant dans les hôpitaux de Dubréka, Forécariah et Kindia
- des représentants des centres de santé de Conakry et de Kindia
- des représentants des projets et programmes impliqués dans les activités de la santé de la reproduction (FNUAP, PRISM, AGBEF, PRCI)

Les objectifs de cet ateliers étaient :

- 1 Définir des indicateurs par niveau pour la gestion des données de la santé de la reproduction.
- 2 Définir des axes stratégiques en vue d'une insertion de ces indicateurs dans le système national d'informations et de gestion sanitaire (SNIGS).

L'approche pédagogique a porté sur la méthode participative en plénière et dans les travaux de groupes.

Le contenu de cette rencontre a porté sur cinq points essentiels qui sont :

- 1 Consensus sur les concepts de base en statistique
- 2 Etat des lieux sur le système national d'informations et de gestion sanitaire
- 3 Revue des indicateurs élaborés et approuvés à Conakry lors de la consultation sur la révision des indicateurs de la SR
- 4 Consensus sur les indicateurs à ajouter
- 5 Elaboration d'un plan d'action pour l'intégration des indicateurs retenus dans les canevas actuels utilisés au niveau des formations sanitaires.

RECOMMANDATIONS

La fin de cet atelier a été sanctionnée par la formulation des recommandations suivantes :

1. La mise à niveau en statistique descriptive de tous les agents chargés de la collecte des informations au niveau des formations sanitaires à la base.
2. Le plaidoyer auprès des Bailleurs de Fond pour prendre en compte les besoins de formation ressentis ainsi que l'équipement en outils informatique pour tous les services de collectes et d'analyse des données.
3. La prise en compte et l'harmonisation des données issues du secteur privé par les Directions Préfectorales ou Communales de la Santé
4. La décentralisation de la saisie des informations issues des Centres de santé
5. L'introduction de la version EPI-SURV sur Windows à la place de EPI-SURV sur DOS
6. La conception d'un protocole de recherche pour la réalisation d'une enquête IP6 et IP7 (Indicateurs prioritaires des infections Sexuellement Transmissibles IST) sous la responsabilité du Ministère de la Santé.
7. L'intégration dans le Système de monitoring des centres de santé, la prise en charge des Infections Sexuellement Transmises (IST)
8. La révision des canevas du SNIGS afin d'introduire les variables permettant le calcul de tous les indicateurs SR retenus par le présent atelier.
9. La sensibilisation des prestataires hospitaliers en vue de l'adoption de l'approche syndromique de la prise en charge des IST.
10. La mise à la disposition des structures sanitaires les nouveaux canevas retenus pour au moins une période de 12 mois. Ceci se ferait après une évaluation des besoins pour chaque structure et une correspondance officielle sera adressée aux différents intervenants par le Ministère de la Santé Publique en vue d'un partage de coût.
11. La mise en place d'un groupe de suivi pour la finalisation de ce processus comprenant les représentants du SNIGS, de la division SR, du sous programme SR, du PPSG, du PRISM et du projet SIDA2.
12. L'atelier encourage la tenue périodique de telles rencontres en vue de la qualification continue du Système National d'Informations et de Gestion Sanitaire.

LE SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION ET DE GESTION SANITAIRE EN REPUBLIQUE DE GUINEE

Ce chapitre présente l'état des lieux sur le fonctionnement du Système National d'Informations et de Gestion sanitaire (SNIGS) au niveau des structures de la pyramide sanitaire

Au niveau central, les activités de ce système sont développées au niveau de la section statistiques et informations sanitaires (SSIS) du service statistique, étude et de l'information (SSEI).

Il faut rappeler que le SNIS a été créé à la faveur du renforcement institutionnel intervenu en 1988 avec la création d'un projet basé sur l'initiative de Bamako dénommé PEV/SSP/ME (Programme élargi de vaccination, soins de santé primaires et médicaments essentiels)

A partir de 1991, les activités du SNIGS ont été paralysées pendant trois ans, le service des statistiques ne pouvait pas fonctionner par manque d'équipements informatique et de personnel motivé. par rapport au grand volume d'informations à saisir et à analyser (près de 310 rapports mensuels des centres de santé et 35 rapports des hôpitaux à la fin de chaque mois et 16 rapports des grandes formations hospitalières à la fin de chaque trimestre).

L'année 1994 a connue la relance de ces activités grâce d'une part, à l'appui de l'UNICEF par l'achat du matériel informatique et le financement de deux missions d'un consultant pour l'installation d'un logiciel de surveillance épidémiologique (EPISURV) et d'autre part la coopération française par la fourniture d'une assistance technique au près du SNIGS.

Les services déconcentrés ont aussi été concernés par la réforme du SNIGS, c'est ainsi que le logiciel a été installé au niveau de tous les chefs lieux des régions administratives et les personnels de santé on été formés à son utilisation.

I OBJECTIFS

I Objectifs Généraux

Il doit permettre de

- Contribuer à la définition de la politique nationale de la santé et de l'accompagner dans sa mise en œuvre.
- Disposer des informations fiables et pertinentes nécessaires à la planification, la mise en œuvre, la gestion, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires aux niveaux des structures déconcentrées.

II Objectifs spécifiques

Des objectifs opérationnels sont définis par rapport à chaque niveau de la pyramide sanitaire du département de la santé. Ce sont :

a) Niveau central

- Définir les modalités de recueil de l'information par rapport à chaque structure sanitaire ;
- Uniformiser le système de recueil et de transmission des données et veiller à son application par tous les acteurs du système de santé y compris le secteur privé ;
- Assurer l'informatisation des données statistiques, épidémiologiques et de gestion au niveau des services déconcentrés ;

- Assurer le traitement et l'analyse des données reçues de la périphérie selon la périodicité déterminée ;
- Produire les informations permettant d'apprécier l'évolution des grands programmes de santé et leur impact sur la santé des populations ;
- Produire en temps opportun les informations concernant les maladies à risque épidémique ;
- Produire des indicateurs permettant l'appréciation et le suivi des ressources humaines, matérielles et financières du système de santé ;
- Assurer la mise en place au niveau central d'une base de données pouvant répondre aux principaux besoins sur la santé de la population ;
- Contribuer à l'identification des thèmes de recherche opérationnelle ;
- Assurer la rétro information régulière en vers l'ensemble des structures sanitaires du pays.

b Niveau intermédiaire (Régional)

- Collecter l'ensemble des données statistiques fournies par les formations sanitaires relevant de la région ;
- Traiter et analyser périodiquement les données et prendre des décisions adaptées ;
- Assurer une rétro information régulière aux structures sanitaires relevant de la région ;
- Transmettre au niveau central et dans les délais requis la synthèse des données statistiques et épidémiologiques ;
- Constituer et tenir à jour une banque de données pour le niveau régional ;
- Collecter les informations relatives aux ressources humaines, matérielles et financières disponibles au niveau de la région ;
- Superviser les formations sanitaires relevant de la région.

c Niveau périphérique (Préfectoral ou District)

- Collecter, synthétiser et transmettre au niveau régional l'ensemble des données statistiques des structures sanitaires y compris celles du secteur privé relevant de la Direction préfectorale /communale de la santé ;
- Analyser les données et prendre des décisions adaptées ;
- Assurer la rétro information et la supervision régulière des activités au niveau des structures sanitaires tant publiques que privées de la préfecture ;
- Assurer une gestion efficace des ressources humaines, matérielles et financières disponibles dans la préfecture ;
- Contribuer à l'informatisation de la direction préfectorale de la santé .

II PYRAMIDE SANITAIRE

La pyramide sanitaire du département de la Santé se compose de trois niveaux qui sont :

- Niveau **Périphérique** : Direction Préfectorale de la Santé (District Sanitaire)
- Niveau **intermédiaire** : Inspection Régionale de la Santé (IRS)
- Niveau **central** : services centraux du département de la Santé Publique

Structures de la pyramide sanitaire impliquées dans la gestion de l'information sanitaire

1. Les postes de santé
2. Les centres de santé
3. Les hôpitaux préfectoraux et régionaux
4. Les Centres médicaux de commune (CMC) au niveau de la capitale
5. Les Directions Préfectorales /communales de la Santé
6. Les hôpitaux Nationaux et d'entreprise
7. Le service des statistiques et de l'information sanitaire

L'implication du secteur privé dans la fourniture des données statistiques se fait progressivement depuis 1995. Cette implication a commencé par les structures sanitaires de la direction de la ville de Conakry la capitale.

III FONCTIONNEMENT

Il existe trois groupes d'informations recueillies au niveau des structures sanitaires ; ce sont :

- **Les données épidémiologiques (morbidité et de mortalité)**
- **Les données sur les activités des services**
- **Les données de gestion**

Le fonctionnement des activités du SNIGS au niveau des structures sanitaires se fait conformément au statut de chaque formation sanitaire. Ainsi les principales activités développées se résument en :

1 Poste de santé

- Collecte des données de consultations externes et d'activités de routine
- Production et transmission du rapport mensuel au centre de santé dont il dépend

2 Centre de santé

- Compilation des rapports mensuels des postes de santé et des informations statistiques issues des consultations régulières de routine.

- Production et transmission du rapport mensuel à la direction préfectorale /communale de santé dont il dépend.

3 Centre de santé privé

- Compilation des données de morbidité de mortalité et des activités du centre;
- Production et transmission du rapport mensuel à la direction préfectorale/ communale de la santé ;

4 Hôpital Préfectoral et régional :

- Compilation des données statistiques et épidémiologiques des services techniques ;
- Production et transmission du rapport mensuel à la section des statistiques et de l'information sanitaire ;

5 Direction Préfectorale/communale de la santé

- Compilation des rapports mensuels de l'ensemble des centres de santé de la préfecture y compris le secteur privé ;
- Production et transmission du rapport mensuel la section des statistiques et de l'information sanitaire ;

6 Hôpital National et d'entreprise

- Compilation des rapports statistiques et épidémiologiques des services techniques ;
- Production et transmission du rapport trimestriel au niveau du SNIGS du niveau central ;

7 Section des statistiques et de l'information sanitaire

- Saisie informatique de l'ensemble des rapports statistiques des DPS/DCS, des hôpitaux préfectoraux, régionaux, d'entreprise et nationaux ;
- Production et transmission aux structures sanitaires du pays, aux bailleurs de fonds, et coopérations bi et multilatérales de certains documents du département ; notamment :
Rapport annuel des statistiques sanitaires, bulletins trimestriels d'épidémiologie et de statistiques et certaines informations à la demande.

Circuit de l'information dans le cadre du SNIGS				
Structure	Rythme de transmission des Rapports	Niveau hiérarchique de transmission	Méthodes de compilation et d'analyse	Observations
Poste de santé	mensuel	Centre de santé	Manuel	
Centre de santé	mensuel	DPS	Manuel	
Centre de santé privés	mensuels	DCS	Manuel	Région de Conakry
Direction Préfectorale de la santé	mensuel	SIS	Manuel	
Hôpitaux préfectoraux et régionaux	mensuel	SIS	Manuel	
Hôpitaux Nationaux et d'entreprise	Trimestriel	SIS	Manuel et informatique	2 HN et 2 HE
Section des statistiques et de l'information sanitaire	Annuel mensuel et trimestriel	Services centraux, structures déconcentrées, partenariat de terrain et bailleurs de fonds	Informatique	

IV OUTILS DE COLLECTE

Les informations sanitaires sont collectées à partir des supports qui sont spécifiques au profil de chaque structure sanitaire. Ainsi, il existe 3 types de canevas de rapports statistiques.

i Centres de santé :

L'outil de collecte des données porte sur les rubriques suivantes :

Les consultations primaires curatives

Les consultations primaires curatives

La santé de l'enfant

La planification familiale

Les données des vaccinations administrées aux enfants de moins d'un an et des femmes en grossesse.

Les données des programmes lèpre et tuberculose

Les données sur la situation financière du centre de santé

Il faut préciser que les consultations primaires curatives dans ce groupe de structures sont faites à partir des ordinogrammes

Les informations sont agrégées et transmises mensuellement à la direction préfectorale ou communale qui abrite la structure concernée.

ii Hôpitaux

Les canevas portent sur :

- Les consultations primaires curatives qui se font au niveau des services externes de chaque hôpital
- Les données portant sur les hospitalisations enregistrées dans les services techniques de chaque structure.
- Les données de mortalité
- Les données de maternité
- Les données des activités par service technique selon son profil.
- La situation financière mensuelle de chaque hôpital

Direction Préfectorale / Communale de La Santé

Le canevas de collecte de l'information sanitaire utilisé à ce niveau est à peu près le même que celui utilisé par les centres de santé au quel il a été rajouté les informations sur la situation du personnel et des équipements au compte de chaque DPS ou DCS.

V SUCCES

Les succès sont exprimés en terme de résultats atteints depuis la relance des activités de 1994, ce sont notamment :

I Niveau central

- Amélioration de la Complétude et de la promptitude des rapports statistiques au niveau de la Section des statistiques et de l'information sanitaire
- Production régulière des rapports annuels des statistiques et de l'épidémiologie
- Implication du secteur privé dans la collecte des données statistiques.
- Rétro information régulière en vers les services déconcentrés portant sur les informations collectées.
- Production des bulletins trimestriels des statistiques et de l'épidémiologie du département de la santé Publique.
- Fourniture régulière des informations statistiques aux services centraux et aux bailleurs de fonds à la demande.
- Rétablissement de la crédibilité du service

2 Niveau déconcentré

Les acquis se traduisent essentiellement dans la décentralisation des activités du Système National d'informations et de gestion Sanitaire au niveau des services déconcentrés dont on peut citer entre autres :

1. Equipement des Inspections régionales de la santé en matériel informatique et formation du personnel à son utilisation
2. Formation des équipes régionales et préfectorales de santé à la collecte, et à l'analyse manuelle des données statistiques
3. Prise de décision effective au niveau des services déconcentrés

VI DIFFICULTES

Les principales difficultés dans le fonctionnement du système National d'informations et de Gestion Sanitaire se traduisent par l'insuffisance de ressources (humaines, matérielles et financières) pour la mises en œuvre des activités programmées.

Ces difficultés se résument en ces points :

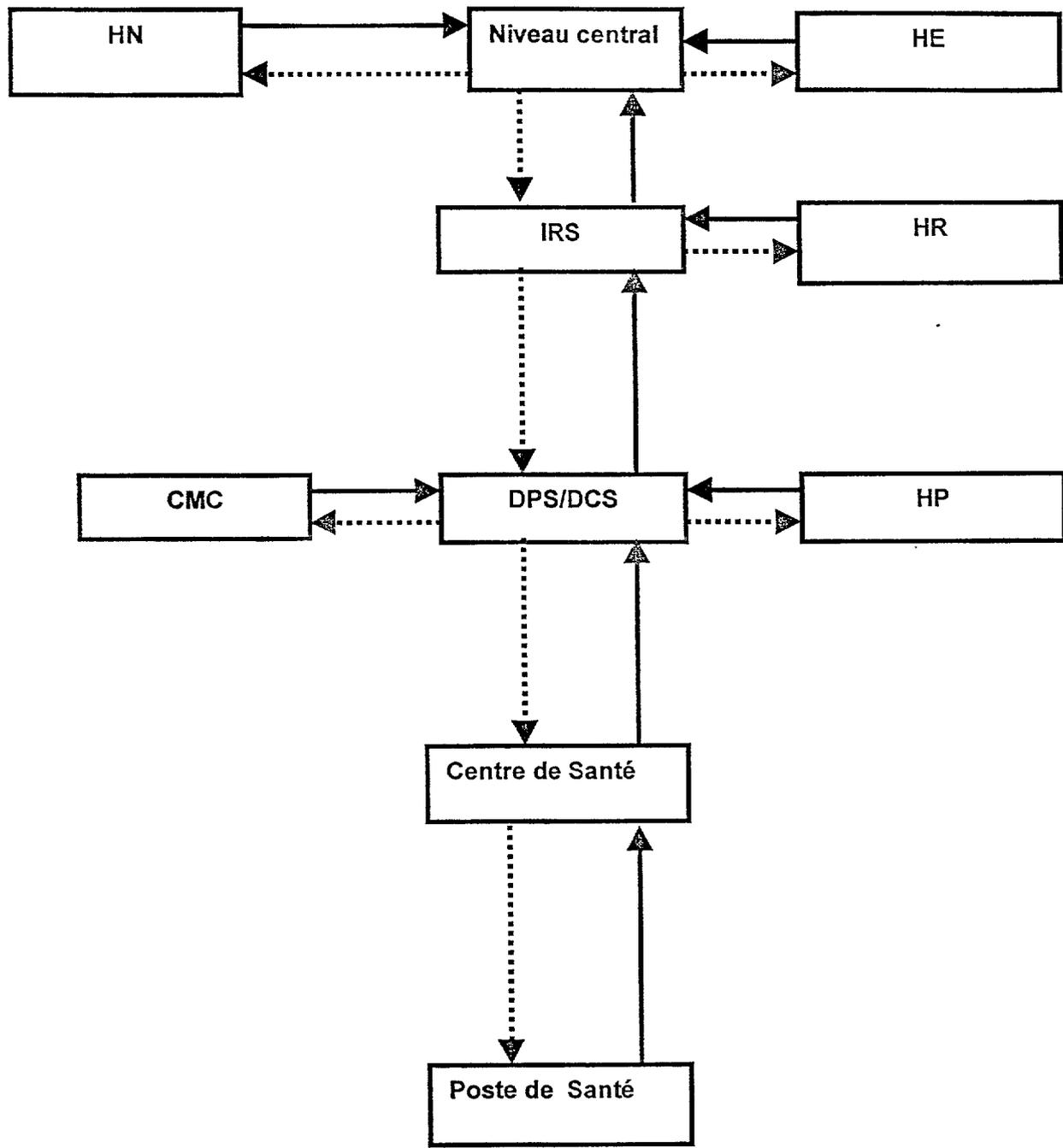
- 1 Un retard dans la transmission des rapports statistiques d'une structure à une autre
- 2 Insuffisance de locaux destinés aux activités des statistiques.
- 3 Insuffisance du personnel pour s'occuper des activités du SNIGS notamment au niveau des services déconcentrés.
- 4 Insuffisance des données relatives à certaines domaines notamment :
 - la santé de la reproduction*
 - les ressources humaines,*
 - les ressources financières*
 - le secteur privé*
- 5 Insuffisance du matériel informatique pour la saisie, le traitement et l'analyse des données statistiques.
- 6 Manque de matériel de reprographie pour la production des différents documents du service.
- 7 Insuffisance du matériel et du mobilier de bureau pour les activités du SNIGS.
- 8 Manque de financement pour la maintenance du matériel informatique existant.
- 9 Manque de formation en statistiques et en épidémiologie des chefs de service au sein des hôpitaux, ceci fait que les personnels de santé de ces structures sanitaires collaborent difficilement à la fourniture de l'information sanitaire.
- 10 Les données statistiques des programmes verticaux sont acheminées directement au niveau des coordinations des programmes contournant ainsi le circuit régulier du SNIGS.

VII STRATEGIES ENVISAGEES POUR RESOUDRE LES DIFFICULTES

Ces stratégies visent à rendre autonomes les équipes du SNIS des services déconcentrés dans le traitement des informations statistiques. Ce sont :

- Formation en épidémiologie de tous les agents du SNIGS évoluant dans l'ensemble des structures sanitaires des secteurs publics et privés
- Rendre disponibles des locaux pour développer les activités du Système national d'informations et de gestion sanitaires
- Intégrer les indicateurs par niveau des données de la santé de la reproduction, des ressources e financières du Ministère de la Santé Publique.
- Assurer la collecte, le traitement et l'analyse des données statistiques au niveau des inspections régionales de la Santé (IRS)
- Produire des documents statistiques (annuaires, bulletins et autres.) au niveau des inspections régionales de la Santé (IRS)
- Impliquer largement le secteur privé dans la collecte de l'information sanitaire
- Poursuivre la décentralisation des activités du SNIGS au niveau des services déconcentrés
- Equiper les directions préfectorales de la santé en matériel informatique et former les personnels de santé à son utilisation.
- Créer une unité de reprographie des documents du département de la Santé Publique (Annuaires des statistiques, bulletins trimestriels et autres documents)
- Assurer la supervision régulière des équipes impliquées dans la gestion de l'information sanitaire.

SCHEMA DU CIRCUIT DE L'INFORMATION SANITAIRE
(Perspective pour l'an 2001)



—————> Circuit ascendant
 - - - - -> Circuit descendant (Rétro information)

127

IDENTIFICATION DES INDICATEURS

Les travaux de cet atelier ont permis de retenir 23 indicateurs pour la gestion des données de la santé de la reproduction (cf tableau n°1)

Cette étape a été suivie d'une analyse de ces indicateurs retenus en vue de vérifier ceux qui sont déjà calculés actuellement au niveau du SNIGS et ceux qui ne le sont pas encore. Ainsi le travail s'est déroulé en deux phases/

1 Indicateurs retenus dont les variables sont déjà collectées au niveau du SNIGS : Pour ce groupe d'indicateurs, au nombre de 15, il suffit d'insérer le mode de calcul dans le logiciel et programmer les analyses appropriées.

2 Indicateur retenus dont les variables ne sont pas collectées au niveau du SNIGS : Ce groupe d'indicateurs nécessite une révision partielle des canevas de collecte des données afin de pouvoir insérer les informations nécessaires à collecter ainsi le mode de calcul des différents paramètres.

Ceci ne concerne que 8 indicateurs sur les 23 et sont présentés dans le tableau n°2

TABLEAU N°1 LISTE DES INDICATEURS RETENUS
(A INTEGRER DANS LES CANEVAS SNIGS)

N°	Nom	Composante SR	Catégorie D'indicateur	Utilité	Mode de calcul	Niveau collecte	Période de calcul	Observation
1	Pourcentage des cas d'IST Parmi les consultations	IST/SIDA	Mortalité/Morbidité	Permet d'estimer le poids des Cas d'IST dans le volume global de travail des agents au niveau des sites de prestation	Nombre total des cas d'IST (syndromique) / Nombre total des cas (consultations totales)	CS /PS Hôpital	Men- suelle	Pour la détermination de cet indicateur les canevas SNIGS devront être revus en ce qui concerne le sexe et l'âge des patients. Les registres des CS devront être revus pour avoir une colonne des CU.
2	Taux d'incidence des IST parmi les consultants	IST / SIDA	Mortalité/morbidité	Permet de suivre l'évolution de nouveaux cas de IST parmi la population fréquentant les structures sanitaires	Nombre de nouveaux cas de IST observés/ Nombre total de consultants durant la période	PS/CS/ Hôpital	Men- suelle	Pour la détermination de cet indicateur, les canevas SNIGS devront être revus en ce qui concerne le sexe et l'âge des patients.
3	Pourcentage de patients IST dont les partenaires ont été traités	IST /SIDA	Mortalité/Morbidité	Permet de suivre la notification et le traitement des partenaires	Nombre de patients dont les partenaires ont été traités/ Nombre total de patients IST	PS / CS Hôpital	Men- suelle	Pour la détermination de cet indicateur, les canevas SNIGS devront être re-

129

								vus en ce qui concerne le sexe et l'âge des patients
4	Nombre de cas de sida avéré	IST/SIDA	Mortalité / Morbidité	PERMET DE SUIVRE LES CAS DE Sida avérés dans les structures de dépistage	Nombre de cas de Sida avérés	Hôpital	Men-suelle	Pour la détermination de cet indicateur, les canevas SNIGS devront être revus en ce qui concerne le sexe et l'âge des patients
5	Séro-prévalence du VIH parmi les patients	IST /SIDA	Mortalité/Morbidité	Permet de suivre l'importance de la séro-positivité parmi les malades testés	Nombre de séro-positifs / Nombre de patients testés	Hôpital	Men-suelle	Pour la détermination de cet indicateur, les canevas du SNIGS devront être revus en ce qui concerne le sexe et l'âge des patients.
6	Séro-prévalence du VIH parmi les donneurs de sang	IST / SIDA	Mortalité/Morbidité	Permet de suivre l'importance de la séro-positivité parmi les donneurs de sang testés	Nombre de séro-positifs / Nombre de donneurs de sang	Hôpital	Men-suelle	Pour la détermination de cet indicateur, les canevas SNIGS devront être revus pour le sexe et l'âge parmi les donneurs.
7	Taux de couverture vaccinale chez les enfants de 0-11mois	PEV	Activité	Permet de suivre la protection des enfants contre les principales maladies cibles du	Nombre d'enfants de 0-11mois vaccinés(par antigène)/Total enfants	CS /PS	Men-suelle	Cet indicateur existe dans le SNIGS. Note : le dénominateur est estimé sur la

				PEV	de 0-11mois			base des données de population elle
8	Taux de couverture vaccinale chez les femmes enceintes	PEV	Activités	Permet de suivre la protection des femmes enceintes et les nouveau-nés contre le TT	Nombre d femmes enceintes ayant eu deux doses de VAT(rappel)/ Nombre de naissances attendues	CS / PS	Men-suelle	Produit par le SNIGS
9	Taux de continuation DTCP olio	PEV	Activité	Permet de suivre la régularité de la vaccination en DTC Polio	Nombre d'enfants vaccinés au DTCP3 / Nombre d'enfants vaccinés au DTCP1	CS	Men-suelle	Les variables permettant le recueil des données de calcul existent dans le canevas SNIGS
10	Taux d'achèvement de la vaccination	PEV	Activité	Permet de suivre la Complétude de la vaccination des enfants	Nombre d'enfants complètement vaccinés pour une période/ Nombre d'enfants complètement vaccinés pour la période	CS	Men-suelle	Cet indicateur existe dans le SNIGS. Note : Le dénominateur est estimé sur la base des données de population
11	Taux de recrutement en PF	PF	Activité	Permet de suivre l'évolution des nouvelles acceptatrices des méthodes modernes de PF	Nombre de nouvelles acceptatrices rapporté à la population	SBC/CS	Men-suelle	Les canevas SNIGS devront être revus afin d'insérer des variables de collectes des données servant au calcul de cet indicateur
12	Taux de continuation (selon chaque mé-	PF	Activité	Permet de suivre la continuité des clients	Utilisateurs réguliers pendant une période	CS/SBC	Périodique	Les canevas SNIGS devront

	thode et ensemble)			dans l'utilisation des méthodes modernes de PF	donnée/Total utilisateurs durant la période			être revus afin d'insérer des variables de collectes des données servant au calcul de cet indicateur.
13	Proportion d'utilisateurs des méthodes contraceptives avec effets secondaires	PF	Activité	Permet de suivre la fréquence des effets secondaires liés à l'utilisation d'une quantité de contraceptifs	Nombre d'utilisateurs avec effets secondaires/Total d'utilisateurs	CS, Hôpital	Men-suelle	Cet indicateur n'est pas disponible au SNIGS d'où la nécessité de corriger les supports de collecte.
14	Nombre de couples-année de protection par méthode (pilule, DIU, injectable, Condom).	SMI	Activité	Permet de mesurer le nombre total de couples protégés durant une année par l'utilisation d'une quantité donnée de contraceptifs (selon la méthode).	Pour chaque méthode : Nombre d'unités distribuées/Nombre total d'unités nécessaires à la protection d'un couple pendant une année.	CS/PS, PSI, AGBEF	Men-suelle	Cet indicateur n'est pas disponible au SNIGS donc nécessite une correction des supports de collecte.
15	Taux d'utilisation de la CPN	SMI	Activité	Permet de mesurer le niveau d'utilisation du CPN	Nombre de femmes enceintes ayant eu la première CPN/Naissances attendues durant la période	CS/PS	Men-suelle	Cet indicateur est calculé par le SNIGS.
16	Taux de couverture CPN	SMI	Activité	Permet de mesurer la couverture en CPN	Nombre de femmes enceintes ayant eu au moins 3 ^{ème} CPN dans la période/Population cible CPN durant la période.	PS/CS	Men-suelle	Cet indicateur n'est pas disponible au SNIGS mais les variables de collecte existent.

17	Taux d'achèvement de la CPN.	SMI	Activité	Mesure la qualité du suivi des femmes durant leur épisode de grossesse.	Nombre de femmes enceintes ayant eu au moins 3 CPN (dont une au 9 ^{ème} mois)/nombre de femmes enceintes ayant eu la première CPN.	CS/PS	Men-suelle	L'information est collectée mais pas analysée dans le SNIGS.
18	Prévalence de grossesse à risque	SMI	Activité	Permet de mesurer le niveau de grossesse à risque parmi celle qui sont vues au CS	Nombre de grossesses à risque dépistées / Nombre de grossesses diagnostiquées durant la période	CS/ PS Hôpital	Men-suelle	Les données brutes existent au niveau des sites d'où la nécessité de corriger les supports de collecte pour en tenir compte
19	Pourcentage d'accouchements assistés par personnel formé (dont AS et AV)	SMI	Activité	Permet de suivre les accouchements assistés par rapport aux naissances attendues	Nombre d'accouchements assistés par personnel formé / Nombre de naissances attendues	CS/PS Hôpital	Men-suelle	Cet indicateur est produit dans les rapports de SNIGS
20	Taux d'utilisation de la consultation post-natale	SMI	Activité	Permet de suivre l'état de santé des accouchées et des nouveau-nés dans les 42 jours après leur naissance	Nombre d'accouchées reçues dans les 42 jours / Nombre de naissances attendues	CS/PS	Men-suelle	Les données pour cet indicateur ne sont pas collectées en ce moment, d'où la nécessité de corriger les outils de collecte.
21	Taux de faible poids à la naissance	SMI	Activité	Permet la surveillance de l'état sanitaire et nutritionnel es mères et des enfants	Nombre de naissances vivantes avec un poids à la naissance inférieur à 2500g / Nombre	CS/PS	Men-suelle	Les données pour cet indicateur existent dans le SNIGS

					total de naissances vivantes dans la structure			
22	Taux d'anémie chez les femmes en grossesse vues en CPN	SMI	Mortalité / Morbidité	Permet la surveillance de l'état sanitaire et nutritionnel des femmes en grossesse.	Nombre de femmes anémiées vues en CPN / Nombre total de femmes vues en CPN	CS/PS	Men-suelle	Les données ne sont pas collectées dans le SNIGS d'où la nécessité de la révision des outils
23	Taux de disponibilité du FAF	SMI	Activité	Permet d'apprécier la disponibilité des médicaments pour la prévention de l'anémie chez les femmes enceintes	(Nombre de jours ouvrables de la période moins nombre de jours de rupture) / Nombre de jours ouvrables de la période	CS/PS	Men-suelle	Les données ne sont pas collectées dans le SNIGS d'où la nécessité de la révision des outils

TABLEAU N°2 LISTE DES INDICATEURS SR RETENUS
(Non disponibles au SNIGS)

N°	LIBELLE	COMPOSANTE SR	CATEGORIE D'INDICATEUR	UTILITE	MODE DE CALCUL	NIVEAU DE COLLECTE	PERIODE DE CALCUL	OBSERVATIONS
1	Pourcentage des cas d'IST parmi les consultations	IST/SIDA	Mortalité/Morbidité	Permet d'estimer le poids des cas d'IST dans le volume global de travail des agents au niveau des sites de prestation	Nombre total de cas d'IST (syndromique) / Nombre total de cas (consultations totales).	CS,PS Hôpital	Mensuelle	Pour la détermination de cet indicateur, les canevas SNIGS devront être revus en ce qui concerne le sexe et l'âge des patients. Les registres de CS devront être revus pour avoir une colonne des Contacts ultérieurs.
2	Pourcentage de patients IST dont les partenaires ont été traités	IST/ SIDA	Mortalité/ Morbidité	Permet de suivre la notification et le traitement des partenaires	Nombre de patients dont les partenaires ont été traités/Nombre total de patients IST	PS,CS Hôpital	Mensuelle	Pour la détermination de cet indicateur, les canevas SNIGS devront être revus en ce qui concerne le sexe et l'âge des patients.
3	Taux de continuation selon chaque méthode	PF	Activité	Permet de suivre la continuité des clients dans l'utilisation des méthodes modernes de PF	Utilisateurs réguliers à une période donnée/Total utilisateurs durant la période.	CS,SBC	Périodique	Les canevas SNIGS devront être revus afin d'insérer des variables de collecte des données servant au calcul de cet indicateur.
4	Proportion d'utilisateurs des	PF	Activité	Permet de suivre la fréquence des effets secondaires liés a	Nombre d'utilisateurs avec effets secondaires	CS	Men-	Cet indicateur n'est pas disponible au

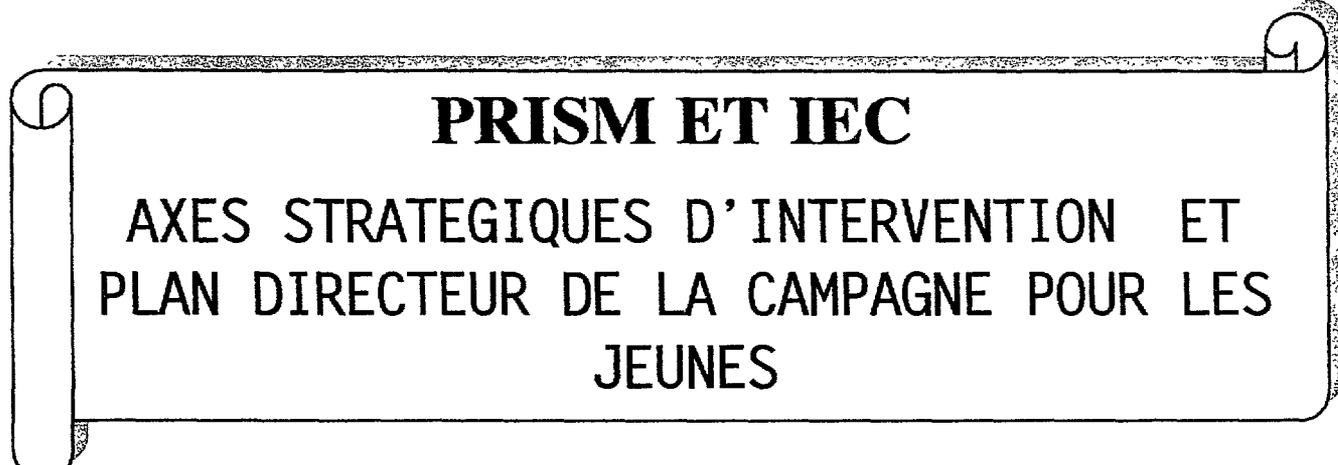
	méthodes contraceptives avec effets secondaires			l'utilisation des contraceptifs	/ Total utilisateurs.	Hôpital	suelle	SNIGS d'où la nécessité de corriger les supports de collecte.
5	Nombre de couples-années de protection par méthode(, pilule, DIU, Injectable, condom)	PF	Activité	Permet de mesurer le nombre total de couples protégés durant une année par l'utilisation d'une quantité donnée de contraceptifs(selon la méthode).	Pour chaque méthode : Nombre d'unités distribuées/Nombre total d'unités nécessaires à la protection d'un couple pendant une année.	CS,PS PSI, AGBEF	Men-suelle	Cet indicateur n'est pas disponible au SNIGS d'où la nécessité de corriger les supports de collecte.
6	Taux d'utilisation de la consultation postnatale	SMI	Activité	Permet de suivre l'état de santé des accouchées et des nouveau-nés dans les 42 jours après leur naissance.	Nombre d'accouchées reçues dans les 42 jours/Nombre de naissances attendues.	CS,PS	Men-suelle	Cet indicateur n'est pas disponible au SNIGS d'où la nécessité de corriger les supports de collecte
7	Taux de disponibilité du FAF	SMI	Activité	Permet d'apprécier la disponibilité des médicaments pour la prévention de l'anémie chez les femmes enceintes.	Nombre de jours sans rupture en FAF/Nombre de jours de la période.	CS,PS	Men-suelle	Les données ne sont pas collectées au niveau du SNIGS d'où la nécessité de la révision des outils
8	Taux d'anémie chez les femmes en grossesse vues en CPN	SMI	Mortalité/Morbidité	Permet la surveillance de l'état sanitaire et nutritionnel des femmes en grossesse.	Nombre de femmes anémiées vues en CPN/Nombre total de femmes vues en CPN.	CS,PS	Men-suelle	Les données ne sont pas collectées dans le SNIGS d'où la nécessité de la révision des outils

ANNEX 6 (Rapport PRISM et IEC)



PRISM

Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST/SIDA



PRISM ET IEC

AXES STRATEGIQUES D'INTERVENTION ET PLAN DIRECTEUR DE LA CAMPAGNE POUR LES JEUNES

- ✓ Guillaume Bakadi, Conseiller Technique IEC
- ✓ Amiata Kaba, Coordinateur IEC Kankan
- ✓ Michel Haba, Coordinateur IEC Nzerekore
- ✓ Cisse Mohamed, Coordinateur IEC Faranah

OCTOBRE 2000

INTRODUCTION

Les interventions de PRISM en IEC (l'information, l'Education et la Communication) vise deux grands objectifs a savoir l'utilisation des services essentiels de base en santé reproductive (Planification familiale, IST/SIDA), dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et en santé maternelle d'une part et la promotion des comportements favorables à la santé d'autre part.

Les stratégies d'interventions du PRISM s'appuient sur une recherche préalable avec l'implication de toutes les forces de la communauté dans la conception et l'exécution de ces interventions. Après la campagne menée au profit des hommes, cette année sera consacrée aux jeunes pour les inciter à adopter les comportements de moindre risque susceptibles de les épargner des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles.

DOMAINES D'INTERVENTIONS

Pour répondre aux objectifs susmentionnés, PRISM intervient dans 4 domaines suivants:

- ◆ L' Amélioration de la Coordination des Programmes IEC
- ◆ L' Amélioration des contacts entre les prestataires et les membres de la communauté
- ◆ L'Augmentation de la Demande pour les services de la Santé Reproductive et la Promotion des comportements sanitaires adéquats
- ◆ L'Amélioration de la gestion des programmes IEC, la capacité de les délivrer et leur Pérennisation

L'Amélioration de la Coordination des Programmes IEC se fait à deux niveaux : 1) Au niveau central pour assister le Ministère de la Santé à développer les stratégies nationales IEC et à les diffuser, (2) au niveau régional pour assister les inspections à développer les stratégies régionales IEC, les plans d'action et les groupes d'actions au niveau préfectoral, sous préfectoral et communautaire.

L'Amélioration des contacts entre les prestataires et les membres de la communauté est renforcée par le développement du curriculum et la formation des agents de santé sur la communication interpersonnelle et le développement du matériel pour faciliter la communication.

L'Augmentation de la Demande s'obtient par des campagnes, une mobilisation communautaires tout azimut avec l'implication de toutes les forces vives du milieu et un soutien financier et technique aux groupes communautaires.

L'Amélioration de la gestion des Programmes IEC et leur pérennisation se fait par des formations des responsables des programmes et toute l'assistance technique qu'ils peuvent obtenir pour mieux exécuter leur tâches. Ces formations bénéficient tant aux responsables des secteurs privés que des secteurs publics.

CAMPAGNE MULTIMEDIA EN DIRECTION DES JEUNES

I. INTRODUCTION

Conformément à son plan opérationnel, le volet génération de la demande du projet PRISM, organise en collaboration avec ses partenaires des secteurs publics et privés, une campagne multimédia en direction des jeunes non mariés dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans.

Cette activité qui a pour fondement essentiel la résolution des problèmes de santé sexuelle et reproductive confrontés par les jeunes, s'étendra en trois phases distinctes qui sont la précampagne, la campagne multimédia proprement dite et la maintenance.

La campagne multimédia dont il s'agit, part d'un certain nombre de principaux problèmes identifiés au cours d'une recherche narrative pour définir des stratégies, objectifs et activités orientés vers une prise de conscience ainsi que l'adoption des comportements sains et responsables des jeunes dans le domaine de la reproduction. On anticipe que le lancement officiel de ladite campagne aura lieu en début de l'année prochaine. Il sera lancé tant au niveau national qu'au niveau régional que préfectoral.

Le présent document intitulé "**plan directeur de la campagne multimédia jeune**" se veut un bréviaire, une sorte de carte routière qui décrit dans les moindres détails toutes les activités prévues, leur contenu, les circonstances dans lesquelles elles doivent intervenir, les acteurs de leur mise en œuvre ainsi que les résultats escomptés.

Il doit donc faire l'objet de consultations périodiques par le comité de pilotage et de coordination qui s'assurera que son contenu réel est entrain d'être appliqué tout en restant ouvert au changement ou modification pour l'adapter à une nouvelle et pertinente situation.

L'audience primaire de cette campagne demeure les jeunes de 15 à 24 ans filles et garçons, scolarisés et non, résidents en milieu urbain et rural.

L'audience secondaire est composée de parents de jeunes et des prestataires de santé.

Loin d'être une activité exclusive de PRISM, la campagne jeune est plutôt celle des ministères impliqués dans l'éducation des jeunes (santé, éducation, jeunesse et sport), des ONG qui sont actifs en santé de la reproduction, des groupements communautaires qui exercent une influence sur les comportements de ceux-ci.

jeunes. PRISM entend favoriser ce partenariat avec des activités intenses de plaidoirie et de mobilisation sociale devant faciliter les changements de comportements qui est littéralement traduit par le slogan adopté par les participants à l'atelier de Nzerekore.

II. PROBLEMES IDENTIFIES AUPRES DES GROUPES CIBLES

LES JEUNES

CONNAISSANCES

- En général, les jeunes sont mal informés sur la fécondité. Nombreux d'entre eux croient que d'un seul rapport sexuel ne peut résulter une grossesse.
- Les jeunes, surtout en milieu rural ne connaissent pas toutes les méthodes modernes de contraception.
- Même si le sida est bien connu, les autres infections sexuellement transmissibles sont moins connues des jeunes et plus particulièrement en milieu rural.

ATTITUDES

- Beaucoup de filles pensent qu'un jeune ne peut pas attraper le sida.
- Les jeunes redoutent les grossesses non désirées mais n'utilisent pas les méthodes pour leur prévention.

COMPORTEMENT

- Bien que les jeunes connaissent les méthodes PF, on note une faible utilisation de la contraception tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Les raisons avancées sont: l'insuffisance d'information, les rumeurs comme " **la capote glisse et reste dans le vagin** ", " **la capote diminue le plaisir** ", " **les pilules rendent les filles stériles** ", l'inaccessibilité aux services des soins, le manque d'information sur les sources d'approvisionnement surtout chez les filles.
- Les jeunes ne fréquentent pas le service de santé pour des raisons suivantes: le complexe, la peur d'être découvert par un parent, la honte et la crainte de l'indiscrétion des agents de santé. D'autres raisons de non-fréquentation du service de santé sont: absentéisme des agents - lenteur du service, non-respect des heures de travail, malpropreté des locaux, manque de médicaments et surtarification.
- Quand ils ont une infection sexuellement transmissible, (IST), les jeunes préfèrent aller se faire soigner à la pharmacie, au centre de santé ou chez le tradi praticien.

- Il est rare qu'un jeune atteint d'une IST informe son partenaire pour se faire consulter et traiter. Raisons: les IST sont perçues comme des maladies de honte; l'abandon par leur partenaire.
- En cas de grossesse, beaucoup de jeunes optent pour l'avortement. Les services utilisés sont: tradipraticiens, centre de santé en cas de complications, domicile d'un agent de santé et produits pharmaceutiques/automédication. Les problèmes cités pouvant découler de l'avortement sont: maux de ventre, hémorragie, stérilité. La mort a été plus citée par les garçons que par les filles.

LES PARENTS

Les parents ont un rôle très limité dans l'éducation et le développement de leurs enfants. Ils communiquent très peu avec eux sur la santé reproductive. Le sexe est toujours considéré comme un sujet tabou.

LES AGENTS DE SANTE

Les agents de santé manquent de discrétion. Les jeunes ne sont pas toujours bien accueillis dans les services de santé.

III. OBJECTIFS DE COMMUNICATION

CONNAISSANCES:

D'ici la fin de la campagne

- ☞ Augmenter de 30% à 70% le nombre de jeunes qui connaissent qu'une seule relation sexuelle peut engendrer une grossesse.
- ☞ Augmenter de 32% à 70% le nombre de jeunes qui connaissent les autres MST en plus du sida.
- ☞ Augmenter de 15% à 50% le nombre de jeunes qui considèrent qu'on peut s'approvisionner en méthodes contraceptives au centre de santé.
- ☞ Réduire de 37 % à 20% le nombre des jeunes qui ignorent qu'une personne apparemment en bonne santé peut avoir le SIDA.

COMPORTEMENT:

- ☞ Augmenter de 13% à 25% le nombre des jeunes atteints d'infections sexuellement transmissibles qui amènent leur partenaires pour se faire traiter au centre de santé.
- ☞ Augmenter de 9% à 12% le nombre de jeunes filles qui utilisent une méthode moderne de contraception pour éviter les grossesses non désirées ou précoces.
- ☞ Augmenter de 11, 3% à 16% le nombre de jeunes qui utilisent la capote lors des dernières relations sexuelles.
- ☞ Augmenter de 4% à 10% le nombre de parents qui parlent à leurs enfants de leur santé sexuelle et le développement.
- ☞ Amener tous les 24 centres de santé **PRISM PLUS** à offrir un service amical aux jeunes avec les caractéristiques suivantes: bon accueil, promptes réponses aux questions des jeunes.

IV. STRATEGIES D' INTERVENTION

RESTITUTION DE L'ATELIER

Pour assurer une pleine participation des communautés dans la mise en train des stratégies au profit des jeunes, la technique de la restitution s'avère indispensable. Elle a pour but de donner aux partenaires des informations précises relatives à la préparation et à la mise en œuvre de la campagne multimédia VIH/SIDA et grossesses non désirées visant les jeunes tout en facilitant le dialogue pour déterminer la responsabilité de chaque partenaire dans ce processus. Les séances ont été animées par les participants à l'atelier de développement des stratégies, messages et matériels tenu à N'zérékoré du 10 au 15 juillet 2000.

La technique de restitution a connu deux moments. Au premier moment c'est un groupe hétérogène composé des représentants de la jeunesse, de la santé, des membres du groupe régional IEC et les leaders jeunes à qui la restitution a été faite. Ces gens ont certes une influence sur l'acceptation du programme. Le deuxième moment « **A l'écoute des jeunes, parents et prestataires** » a le mérite de s'adresser aux groupes homogènes qui ont une influence directe sur notre groupe cible principal. L'avantage de séparer les trois différents groupes est de permettre à chacun, suite à une plaidoirie, d'extérioriser ses sentiments propres, de proposer des alternatives appropriées et adaptées à son contexte qui puissent nous permettre d'enrichir ou d'affiner nos stratégies visant les changements de comportement

souhaité. Beaucoup d'avis émis au cours de ces réunions ont été pris en considération et intégrés dans les activités de la campagne.

Ces tables rondes se feront dans une atmosphère détendue, de franchise et de confiance de sorte que chacun se sente responsable. Le succès que doit connaître cette activité dépend à bien des égards de l'attitude et du comportement des facilitateurs.

LE PRETEST DU SLOGAN DE CAMPAGNE MULTIMEDIA

A l'atelier d'élaboration de stratégies, messages et matériel pour les jeunes en santé reproductive, un slogan a été retenu suite à un concours lancé par les organisateurs.

Ce slogan est libellé ainsi qu'il suit:

Jeune !!!

Mon droit, l'information.

Mon devoir, l'abstinence ou la capote.

Bien qu'un groupe d'experts en IEC ait eu l'opportunité de porter un jugement sur ce slogan, son prétest auprès des cibles et consommateurs s'avère obligatoire dans la perspective d'explorer des possibilités de retouche.

L'objectif de ce prétest est de juger si le slogan:

- Attire ou maintient l'attention des jeunes;
- Est bien compris;
- Est bien adapté aux jeunes;
- Est croyable;
- Est acceptable.

Les données du prétest ont révélé que le slogan était bien accepté par les jeunes car répondant à tous les critères susmentionnés.

En dehors des jeunes, le slogan a aussi été prétesté auprès des leaders communautaires en milieu urbain et rural. L'objectif consistait à s'enquérir sur la perception du slogan par les leaders communautaires qui sont de surcroît parents.

LA FORMATION

Avant le lancement de la campagne proprement dite, des formations en cascade sont envisagées. Ceux qui bénéficieront de ces formations sont les paires éducateurs, les prestataires de santé et les agents communautaires. En fonction des problèmes identifiés lors de la recherche narrative et des rencontres avec les

jeunes, les parents et les prestataires de santé, les curriculum seront développés et adaptés. Un matériel adéquat sera mis à leur disposition pour les rendre plus performants.

Cette formation ciblera 10 participants dans chaque zone d'intervention de PRISM, tous membres du groupe régional IEC et du comité de pilotage de la campagne multimédia. Elle sera axée sur des modules qu'un groupe technique restreint aura identifier en fonction des objectifs de la formation. Les personnes formées auront pour taches de communiquer leurs compétences aux pairs éducateurs à travers des techniques de facilitation appropriées.

Après cette formation, les pairs éducateurs auront la tache de sensibiliser les jeunes lors des rencontres dans les sérès, salon de coiffure, atelier couture, sports, journée des jeunes au centre de santé. Ces pairs éducateurs seront mis sous la supervision des assistants techniques SBC et des membres du groupe régional IEC/SR.

PLAIDOERIE ET REUNIONS COMMUNAUTAIRES

Il est notoire que les jeunes ne fréquentent pas beaucoup les centres de santé en cas de IST. Pour adresser ce problème, il était convenu de solliciter un jour entièrement consacré aux jeunes pour leur permettre d'utiliser les services de santé sans gêne. Ces journées seront conduites par les jeunes leaders supportés par les agents de santé qui répondront aux questions de leur clients. Ces contacts entre centre de santé et jeunes ouvriront la porte à des dialogues qui vont s'instituer avec d'autres structures communautaires pour devenir un jauge de qualité de service fourni à la communauté. Les membres régionaux IEC assureront le suivi de ces contacts.

En vue d'inciter les parents a jouer une part active dans l'éducation sexuelle des jeunes, il sera constitué des comités de plaidoirie qui auront la mission d'initier et de sensibiliser leurs pairs sur la nécessité d'engager le dialogue avec leur progéniture. Leur activités se résumeront en des réunions publiques et conférences. On veillera à recruter les leaders qui avaient déjà été touchés lors de la campagne des hommes et les autres leaders dans les associations telles que l'Association des Parents et Amis de l'Ecole (APAE). Il est important que toutes ces personnes croient fermement au vertu de dialogue entre parents et jeunes. Parmi eux certes il y aura des « parents fiers » sont ceux qui ont réussi à encadrer leur enfants pendant l'adolescence sans qu'ils soient auteurs ou victimes de grossesse ou d'avortement. Ils bénéficieront du matériel de promotion et ils seront encouragés à partager leur expérience avec les paires sur la manière de converser avec les enfants sur la sexualité et le développement. Ces groupes élaboreront des plans d'action qui jouiront de l'appui des membres régionaux IEC.

MATERIELS EDUCATIFS

PRISM reproduira le matériel éducatif et en développera d'autres pour répondre aux besoins de tous les groupes cibles. Tenant compte des objectifs de la campagne, on anticipe que les dépliants, les brochures, les affiches, les pancartes, le répertoire des messages seront une priorité. Certainement le matériel sera prétesté avant la distribution à grande échelle. Il y aura aussi du matériel de promotion comme le T-shirts, les casquettes, sacs etc... Ce matériel sera distribué dans les écoles, dans les maisons de couture et de coiffure et lors des rencontres des jeunes.

PROGRAMMES RADIO

Pour toucher un plus grand public, on misera sur les programmes de radio suivants : tables rondes, magazines, émissions publiques, spots etc.... Un script de chaque émission sera élaborée en tenant compte des problèmes identifiés auprès des jeunes lors de » la recherche narrative. Il sera négocié avec l'ORTG et la Radio Rurale que ces programmes passent aux heures où les jeunes peuvent les écouter. La priorité sera accordée aux activités jeunes pour jeunes. D'autres programmes de radio cibleront les agents de santé ainsi que les parents.

APPUI AUX ACTIVITES INITIEES PAR LES JEUNES

Micro Projets. Cet appui sera destiné aux associations ou ONG locales qui ont pour vocation le développement des activités relatives à la SR des jeunes. Il consistera au renforcement des compétences et à l'octroi de micro financement sur la base d'une évaluation des plans d'action et de la capacité de ces partenaires à mener des activités orientées vers les objectifs de la campagne multimédia.

Un appel d'offre sera lancé, suivi de la sélection des meilleures soumissions (projets) par le groupe régional IEC . Un formulaire parafé par l'inspection régionale de la santé sera produit et mis à la disposition de qui de droit.

La fin de l'exécution d'un projet micro financé par PRISM donnera lieu à une évaluation (interviews et sondage sur le terrain) pour s'assurer que les activités programmées ont été bel et bien réalisées et que les ressources ont été utilisées à bon escient.

Au moins un ONG par préfecture bénéficiera de ce micro financement.

Appui aux Troupes Communautaires

Il sera constitué une troupe de théâtre communautaire dans chacune des préfectures pour participer à la sensibilisation des jeunes. On scrutera les écoles et on appuiera tout troupe scolaire qui peut disséminer les messages auprès des jeunes. Ces troupes évolueront sous la supervision des pairs éducateurs.

PRISM va octroyer un des accoutrements à l'ensemble des acteurs (8 acteurs par préfecture) et facilitera leurs déplacements là où ils se produiront à une fréquence qui sera déterminée.

Les troupes seront chargées de concevoir des sketches comiques, des poèmes, des saynètes, des chants etc. qui tiennent compte des problèmes confrontés par les jeunes.

Cassette Audio et Vidéo sur les MST

Suivant l'approche divertir pour éduquer, la zone de Nzerekore prépare actuellement une cassette audio sur les MST et envisage aussi la production d'une vidéo sur la prise en charge des IST. Tout ce matériel sera revue avant d'être pretestée et reproduite.

Appui aux Activités sportives

Etant donné que le sport attire beaucoup de jeunes, PRISM utilisera le sport pour faire passer les messages. Il se tiendra une réunion avec les responsables de différentes équipes pour expliquer notre approche et solliciter leur soutien aux interventions. Ce faisant, on apportera l'appui aux équipes de basket, volley ball, foot ball et d'athlétisme.

La participation de ces équipes aux activités jeunes se résumera aux matchs de gala à l'occasion desquels des slogans vont être produits, des messages vont être véhiculés et des supports éducatifs vont être distribués.

Soirées Promotionnelles et Jeu d'Invisibilité

Ces soirées seront précédées par l'identification avec l'aide d'un intermédiaire de 20 filles et de 20 garçons qui s'ignorent et qui échangeront des correspondances sur des sujets liés à la santé reproductive des jeunes deux semaines avant le jour indiqué.

Les soirées promotionnelles seront l'occasion pour les 40 jeunes qui s'ignoraient de se connaître et de parler de leur échange.

Aussi, tout au long de la soirée, il y aura des jeux concours assortis de cadeaux symboliques pour amener les jeunes à pleinement participer à l'activité.

Un modérateur sera présent pour éclaircir les points non compris ou pas clairs.

Mamaya

En dehors de son caractère de réjouissance populaire, la mamaya est aussi une forme d'expression culturelle propre au milieu dans lequel nous vivons. Cette culture se matérialise par des pas de danses, des chants, et un mode vestimentaire spécifique. Elle permet aux membres d'une classe d'âge (sèrè) de se retrouver sur la place publique pour renforcer leur communion, c'est en clair, une opportunité qui se prête à la communication à travers le divertissement.

Les mamayas seront organisées dans chaque préfecture et donneront lieu à un regroupement massif des jeunes filles et garçons qui s'exposeront aux messages. La distribution de supports éducatifs doit être envisagé pour davantage propager l'information.

Points de Dissémination des Messages : Maison de couture, de coiffure et mécanique

Compte tenu de l'affluence des jeunes dans les maisons de coiffure, de couture et de mécanique, PRISM développera des relations de partenariat avec les propriétaires afin que leur lieu deviennent des points de dissémination des messages en SR et d'apprentissage au port de condom. PRISM offrira les pancartes avec mention par exemple « Chez Kaba, on coiffe et on éduque sur la santé des jeunes ». PRISM négociera avec PSI de fournir les condoms. Ces lieux seront supervisés par les leaders jeunes.

Organisation de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida

Cette activité figure parmi les plus importantes de la campagne multimédia. En effet, elle marque la célébration d'une journée internationale au cours de la quelle le monde entier se penchera sur le fléau qu'est le sida.

Dans la zone PRISM, chaque comité de pairs éducateurs établira un plan d'action relatif à cette journée. Des activités comme les conférences - débats, les séances de ciné forum, des rencontres sportives, des émissions radiophoniques, la distribution de prospectus et d'échantillons de condom, un carnaval **HALTE SIDA** etc. vont être réalisées dans les écoles, les quartiers, les lieux de loisirs et de travail. Toutes les associations et ONG partenaires vont être impliquées.

RENCONTRES AVEC LES CHARGES ET ASSISTANTS TECHNIQUES SBC

Ces rencontres s'inscrivent dans le cadre de la recherche des voies et moyens pour l'implication effective des agents communautaires, assistants techniques et chargés SBC dans la mise en œuvre et le suivi des activités de jeunes dans les sous préfectures.

En plus de ses taches actuelles, nous estimons que l'agent communautaire particulièrement pourrait être mieux outillé pour lui permettre de faciliter les contacts entre les structures communautaires et le centre de santé.

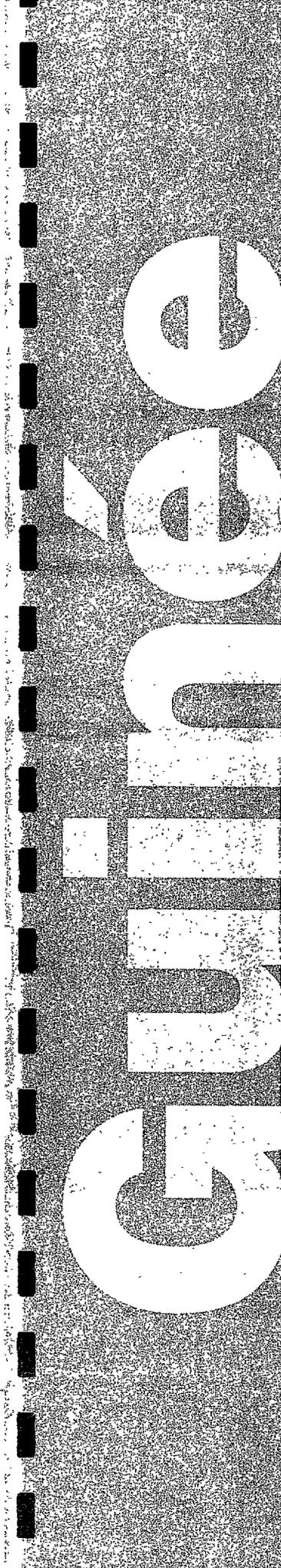
V. PHASE DE MAINTENANCE OU ACTIVITES POST CAMPAGNE

Dès que la campagne multimédia sera évaluée, il sera mis en marche un programme de maintenance pour consolider les acquis de ladite campagne. Dans cette perspective, il est prévu ce qui suit:

- La poursuite des activités des pairs éducateurs conformément à un plan d'action qui sera établi et soutenu par PRISM.
- La poursuite des activités de media avec les tables rondes, les magazine, les émissions publiques, le théâtre radiophonique, et les Spots radiophoniques.
- La poursuite de la production des troupes dans les différentes sous préfectures.
- La poursuite de la supervision des pairs éducateurs via les rencontres périodiques.
- La poursuite des soirées promotionnelles dans les préfectures.
- La Poursuite de l'appui aux ONG et associations locales de jeunes conformément à un plan d'action qui sera financer par PRISM.
- Poursuite des rencontres avec les assistants techniques, chargés SBC et agents communautaires via les réunions mensuelles SBC.

Enfin, l'exécution de chaque activité inscrite au programme devra être rapportée afin d'avoir une documentation assez consistante relative à la campagne multimédia jeune 2000 - 2001.

ANNEX 7 (Rapport sexualité des adolescents)



Johns Hopkins University Center for Communications Programs
Management Sciences for Health
PRISM

Guinée : La Sexualité des Adolescents

*dans les Régions Administratives de
Faranah, Kankan et N'Zérékoré*

Résultats d'une Recherche Narrative



Johns Hopkins University Center for Communication Programs
Management Sciences for Health
PRISM

Novembre 2000



Travail réalisé grâce au soutien financier de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID)

Table de Matières

Remerciements	iii
Abstract of Text (in English)	iv
Résumé Analytique	v
A- Connaissances des adolescents	v
B- Les attitudes des adolescents	vi
C- Les comportements des adolescents	vi
D- Sources d'information et besoins des adolescents	vii
E- Evaluation du rôle des parents dans l'éducation sexuelle	vii
F- Les facteurs qui influent sur la sexualité des adolescents	vii
1•••Contexte	1
2•••Méthodologie	2
3•••Résultats de la Recherche	5
1/ Négociation sexuelle - première rencontre	5
2/ Négociation sexuelle - première sortie	6
3/ La sexualité (le début des rapports)	6
4/ La gestion de la grossesse	7
5/ La gestion des avortements	8
6/ Conduite sexuelle des jeunes après un premier avortement	9
7/ Comportements face à une IST	9
8/ La nouvelle grossesse et la venue d'un enfant	10
9/ La fille-mère donne des conseils	10
10/ Attitudes vis-à-vis des services de santé et des prestataires	11
11/ Les sources d'information et les besoins des jeunes en matière de santé reproductive	11
12/ Besoin des jeunes	11
13/ Les facteurs qui influent sur la sexualité des jeunes	12
4•••Recommandations	14

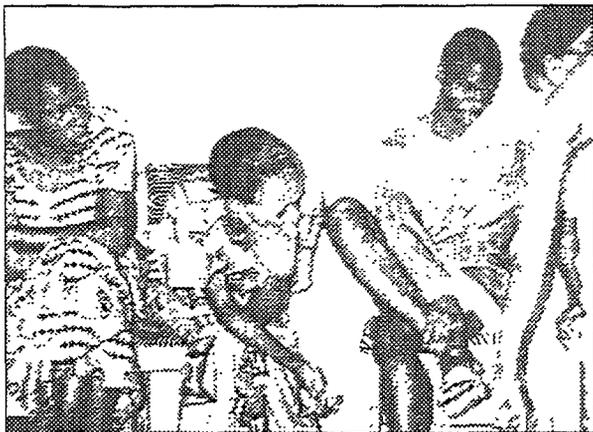
Citation Suggérée : l'Université de Johns Hopkins Centre Pour Les Programmes de Communication (JHU/CCP) Novembre 2000.

Guinée : La Sexualité des Adolescents dans les Régions Administratives de Faranah, Kankan et N'Zérékoré – Résultats d'une Recherche Narrative. Baltimore, USA : JHU/CCP

Crédit Photos : Stella Babalola and JHU/CCP

Maquette : Rita C. Meyer, JHU/CCP Center Publications

Remerciements



Ce rapport présente les résultats d'une étude qualitative auprès des adolescents dans trois régions administratives de Guinée : Faranah, Kankan et N'Zérékoré. La recherche a été réalisée sous l'auspice du projet Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA (PRISM) et financée par l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID). Le Center for Communication Programs de l'Université Johns Hopkins (JHU/CCP) basée à Baltimore aux Etats Unis a fourni l'assistance technique nécessaire pour la réalisation de la recherche.

Mr. Mamaoudou Dioubaté de l'Université de Kankan en Guinée était le consultant principal pour la réalisation de l'étude. Il a animé la formation des agents de collecte et l'atelier préparatoire à l'étude, coordonné le travail sur le terrain, analysé les données recueillies et joué un rôle clé dans la rédaction du rapport préliminaire. Stella Babalola de la Division de Recherche et Evaluation de JHU/CCP a joué un rôle vital dans les dif-

férentes phases de la réalisation de cette étude y compris la conception de l'étude, la formation des agents de collecte et des superviseurs, l'atelier de préparation, et la mise au point de ce rapport. Mr. Michael Blake, le Représentant IEC du PRISM a fourni l'assistance technique essentielle à la mise en œuvre de cette recherche. Les trois coordinateurs IEC du PRISM, Mohamed Cissé (Faranah), Michel Haba (N'Zérékoré) et Amiata Kaba ont animé la formation des agents de collecte, participé à la préparation des outils de collecte, coordonné la collecte dans leurs régions respectives et contribué à la rédaction du rapport préliminaire. Danielle Baron et Esther Baud, de la Division d'Afrique de JHU/CCP, ont apporté de l'appui essentiel dans la revue de ce rapport.

Les auteurs souhaiteraient remercier les cadres du Ministère de la Santé qui ont appuyé la mise en oeuvre de cette enquête. En particulier, nous remercions les Inspecteurs Régionaux de Santé de Kankan, de Faranah et de N'zérékoré dont leur appui a permis le déroulement de cette enquête dans leurs régions sanitaires.

Les auteurs tiennent à remercier également M. Alain Joyal, le Directeur du PRISM pour son appui moral et professionnel tout au long de la réalisation de cette étude. Nous apprécions aussi la contribution des autres collègues du PRISM - Tanou Diallo, Alpha Amadou Bah et Catherine Severo. Finalement, les auteurs sont reconnaissants envers les agents de collectes et de nombreux adolescents qui ont participé aux groupes de discussions. Sans leur collaboration, cette recherche n'aurait pas pu être réalisée.

Abstract of Text (in English)



This document reports the findings of a qualitative narrative research among adolescents in two regions of Guinea. One of the peculiarities of the narrative research approach is that the study population is involved in various stages of the research including planning, tool development, data collection and analysis. Using a drama as a tool, the research aimed to explore the context in which sexual relations occur among adolescents. The dramatic story, developed with adolescents during a planning workshop, served as the basis for collecting pertinent information in a group setting.

The story described the love life of a typical boy and girl, and included questions designed to generate discussion and elicit participants' views on the issues covered in the story.

The results of the narrative research reveal poor knowledge about fecundity: many believe that it is impossible to conceive as a result of the first sexual intercourse. Group norms favor early sexual experimentation outside of marriage and multiple sexual partners. Perceived age at sexual debut is as early as 12 years for girls and 14 years for boys. Many believe that by age 14 for girls and age 16 for boys, most adolescents are already sexually initiated. Although awareness about contraceptive methods is high, myths and rumors about specific methods still persist. As a result of misinformation about contraceptives, religious constraints and limited access to modern methods, use of contraceptives is considerably limited among Guinean adolescents. In addition, while awareness about HIV/AIDS is high, knowledge about the mode of transmission of the infection

and methods of prevention is poor. Moreover, the erroneous belief that a young person cannot contract the infection is common. Actually, in the story narrated by the adolescents, HIV/AIDS does not come up as a possible consequence of unprotected sex.

Peers play a preponderant role in decisions concerning sexual relations among adolescents. Friends are usually the go-between when establishing a relationship with someone of the opposite sex. It is usually on the advice of friends and in deference to the pressure from them that an adolescent decides to engage in sexual relations. Friends are also the referent points in decisions concerning how to manage an unwanted pregnancy, what to do in case of sexually transmitted infection (STI) and whether to use a contraceptive method.

There is a large intergenerational communication gulf about sex. Parents rarely talk to their children about sexuality issues. Any intergenerational communication that takes place on this subject will most likely involve a mother occasionally warning her daughter or son against getting involved with the opposite sex. The father does not get involved in the sexuality of his children except to mete out punishment as in the case of a pregnancy or abortion. Moreover, spouses hardly communicate with themselves on the sexuality of their children and the mother is usually the one who gets blamed for any sexual misdemeanor of her children.

The report analyzes the policy and programmatic implications of the findings and provides pertinent recommendations to address the problems highlighted. The recommendations include intensifying advocacy to facilitate the introduction of family life education in the last years of primary school, designing programs that use adolescents to reach adolescents, and providing youth friendly reproductive health services.

Résumé Analytique



La communication pour le changement de comportement (CCC), l'une des composantes essentielles du PRISM, envisage pour les populations des comportements sanitaires adéquats. A cet effet, dans son programme d'activité, elle entend promouvoir une conduite sexuelle saine chez les jeunes. C'est dans ce cadre que PRISM a initié et réalisé la présente recherche narrative accompagnée de groupes de discussion dirigée sur la sexualité des

adolescents de 14 à 19 ans. La recherche narrative est une méthode de recherche participative qui implique les groupes cibles dans tous les stades de l'étude. Dans le contexte actuel, le but primaire était d'identifier, à travers une histoire dramatique, les modèles de comportements et de relations sexuelles les plus répandus parmi les jeunes. Ces informations serviront pour la conception de messages, et l'exécution d'une campagne visant les jeunes. L'appui technique pour la réalisation de cette étude a été fourni par le Center for Communication Programs de l'université Johns Hopkins.

A _____ Connaissances des adolescents

1/ CONNAISSANCE SUR LA FÉCONDITÉ

En général, les adolescents sont mal informés sur la fécondité. Nombreux sont ceux qui croient qu'il faut plusieurs rapports sexuels pour qu'une fille tombe enceinte.

2/ LA CONNAISSANCE DES SIGNES DE LA GROSSESSE

La majorité des jeunes filles et garçons connaissent les signes de la grossesse. Leur principale source d'information sur le sujet demeure leurs copains et copines. Cependant en milieu rural on retrouve toujours comme source la grand-mère, ou la sœur.

3/ CONNAISSANCE DES METHODES DE CONTRACEPTION

D'une manière générale, les jeunes connaissent les méthodes de contraception. Ils ont cité la capote, la pilule, les injectables et le stérilet. Mais les adolescents ruraux n'ont cité que la capote et la pilule.

En outre, il faut préciser que l'utilisation des méthodes contraceptives est très faible chez les jeunes. Cette utilisation est freinée par des rumeurs sur les contraceptifs, le manque d'information et le poids des traditions et de la religion.

4/ CONNAISSANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Parmi les infections sexuellement transmissibles (IST), le SIDA est le plus connu. En plus de celui-ci, les adolescents ont cité la « chaude pisse », la « perte blanche », la gonococcie et la syphilis. A ce niveau aussi, les jeunes ruraux sont moins informés que leurs pairs du centre urbain. Certains pensent, surtout les filles, qu'un jeune ne peut pas attraper le SIDA.

5/ CONNAISSANCE DES METHODES D'AVORTEMENT

Les adolescents ont recours à deux principales formes d'avortement : une méthode adéquate et une méthode dangereuse.

Méthode adéquate : c'est le recours aux structures sanitaires formelles ou aux cliniques privées.

Méthode dangereuse : elle consiste en l'utilisation des médicaments traditionnels, l'administration anarchique des produits pharmaceutiques et le recours aux

services d'un agent de santé non-spécialiste, opérant dans la clandestinité.

Il faut dire que les adolescents ne mesurent pas ou ignorent tout simplement les conséquences ultérieures de telles pratiques sur la santé.

B _____ **Les attitudes des adolescents**

1/ ATTITUDE VIS- À- VIS DE LA SEXUALITÉ PRÉNUPTIALE

Les adolescents ont une attitude contradictoire face à la sexualité prénuptiale. D'un côté, il y a la contrainte sociale de ne pas avoir de rapports sexuels ou faire un enfant avant le mariage et de l'autre les exigences de la vie actuelle dictant la préparation des jeunes à une vie sexuelle libre et saine.

Face à ce dilemme, les jeunes adoptent des comportements inappropriés faute d'une éducation sexuelle de base. Ils pensent qu'il est normal que le jeune ait une expérience sexuelle avant le mariage, ne prennent aucunes précautions lors des rapports sexuels, et fréquentent de multiples partenaires.

2/ ATTITUDE VIS- À -VIS DES SERVICES DE SANTÉ ET LEURS PRESTATAIRES

En général, les prestataires sont bien appréciés par les adolescents pour l'accueil et la disponibilité dont ils font preuve. Cependant, ils dénoncent aussi certains comportements parmi les prestataires : l'absentéisme de certains agents, le retard dans le service, la saleté de certains locaux, le manque de médicaments et la sur-tarification. Quant aux services de santé reproductive, les jeunes ne sont pas en mesure de porter de jugement car très peu sont ceux qui n'ont jamais fréquenté ces lieux. Le manque d'utilisation des services de santé reproductive parmi les jeunes n'est pas dû au manque de besoins mais plutôt à une peur des attitudes négatives des prestataires et des membres adultes de la communauté.

3/ ATTITUDE VIS- À- VIS DES GROSSESSES NON-DÉSIRÉES

Les jeunes redoutent les grossesses non-désirées. Toutefois, ils ne font rien ou font peu de choses, par ignorance ou par négligence, pour les éviter.

C _____ **Les comportements des adolescents**

1/ LIEUX PRIVILÉGIÉS DES PREMIÈRES RENCONTRES ET SORTIES

L'étude a montré que les adolescents, pour leurs premières rencontres et sorties, préfèrent les lieux de spectacle (danse, maquis, soirées dansantes etc.) et leurs amis. Ce sont les deux endroits qui constituent les cadres de rencontres privilégiés des jeunes.

2/ RÔLE DES RÉSEAUX D'AMIS DANS LES NÉGOCIATIONS SEXUELLES

L'étude montre encore que c'est dans les cercles d'amis et avec leur appui que les jeunes réalisent leur première union avec le sexe opposé. Ces cercles se concrétisent dans des « grains », groupes d'amis très fonctionnels qui se réunissent régulièrement autour du thé pour discuter des questions très diverses notamment celles liées à leur vie d'adolescents. Ces « grains » influencent les décisions à prendre par leurs membres lorsqu'il s'agit de questions relatives au choix d'un partenaire ou d'une partenaire. Les avis des amis sont déterminants dans l'acceptation ou le rejet d'une proposition d'amitié, dans la décision d'avoir des rapports sexuels et dans la gestion des résultats des rapports sexuels non-protégés.

3/ NOMBRE DE SORTIES ET DÉBUT DES RAPPORTS SEXUELS

Les adolescents ont déclaré que c'est généralement lors de la troisième sortie que le garçon demande à la fille d'avoir des rapports sexuels avec lui. Les jeunes déclarent que la fille hésite très souvent mais accepte éventuellement.

4/ POIDS DES GARÇONS DANS LES NÉGOCIATIONS SEXUELLES

Tous les groupes de discussion reconnaissent que les garçons jouent un rôle important dans les relations sexuelles et sociales. Il fait le premier pas pour établir une relation, il prend toute décision concernant les lieux de rencontre et il initie généralement l'acte sexuel. Il prend également la décision importante d'utiliser un condom. Pour cela, les services de planification devraient en tenir compte pour faire d'eux des canaux de véhicule de l'information en matière de santé reproductive.

5/ LES RAPPORTS NON-PROTÉGÉS, LA GROSSESSE ET L'AVORTEMENT

Si les jeunes de la zone d'étude ont une certaine connaissance des méthodes de planification, il faut dire que presque tous pratiquent des rapports sexuels non-protégés. Ils déclarent que la capote diminue le plaisir sexuel. Les rares personnes qui utilisent les produits contraceptifs disent qu'il leur arrive souvent de ne pouvoir en disposer faute d'argent ou du fait de l'éloignement des points de vente.

La grossesse et les IST sont des conséquences d'une telle conduite. Les cas de grossesses contractées par les adolescents de la zone d'étude et signalées par les discussions de groupe dirigée sont nombreux. Aussi, les adolescents ont affirmé que les MST sont très courantes parmi les jeunes.

L'étude a aussi permis de noter que l'avortement est une pratique courante chez les jeunes. Ils vont faire l'avortement aux « chambres de santé » (les centres de soins privés et illégitimes qui existent un peu partout en Guinée), chez un tradipraticien ou encore ils achètent des produits pharmaceutiques pour se faire avorter.

Pour traiter les MST, ils ont recours aux mêmes pratiques. Quand un adolescent souffre d'une MST, il n'informe pas ses partenaires de son état et ne leur demande pas de se faire consulter et traiter.

6/ PARTENAIRES MULTIPLES

Les filles et garçons ont généralement des partenaires multiples. Parallèlement aux partenaires du même âge, des adolescentes sortent avec des hommes âgés qui ont les moyens de les entretenir. Les garçons ont eux aussi des partenaires multiples. Ils déclarent que leur conduite est la réponse au comportement de leurs

copines qui les abandonnent au profit d'hommes plus aisés.

D Sources d'information et besoins des adolescents

1/ SOURCES D'INFORMATION

Les sources d'information sur la santé reproductive que les adolescents ont citées comprennent la radio rurale, la radio nationale, les journaux, les copains/copines, l'école et les salons de coiffure. Ils déclarent que leurs sources préférées sont la radio rurale et les services de santé. Les jours préférés d'écoute sont jeudi, samedi et dimanche, tandis que les heures d'écoute préférées se situent de 14 heures à minuit.

2/ LES BESOINS

Les adolescents ressentent trois besoins fondamentaux : besoins d'information, d'encadrement et d'approvisionnement en produits contraceptifs.

E Evaluation du rôle des parents dans l'éducation sexuelle

L'étude a montré que le rôle des parents est très faible dans l'éducation sexuelle. Il consiste en une série de conseils : interdiction d'avoir des rapports sexuels pré-nuptiaux et la sauvegarde de la virginité.

Les facteurs qui influent sur la communication entre générations sont : le poids de la tradition, la religion et le manque d'information.

F Les facteurs qui influent sur la sexualité des adolescents

Dans les discussions de groupe dirigée, les jeunes ont évoqué trois raisons qui favorisent la sexualité précoce et non-protégée. Ce sont :

- La faiblesse de l'éducation familiale : elle se manifeste par l'absence de dialogue entre parents

et enfants, la faiblesse de l'intervention paternelle et le manque de solidarité familiale.

- La multiplication des centres de loisirs : les centres de loisirs (maquis, soirées dansantes, vidéo clubs etc.), aujourd'hui très nombreux, diffusent des modèles étrangers mal-adaptés à la société guinéenne qui peuvent inciter les jeunes à des comportements sexuels malsains.
- La pauvreté : la faiblesse des revenus familiaux dans la zone d'étude est un facteur qui prédispose les adolescents à accepter les avances de partenaires plus âgés pour accéder à une certaine qualité de biens et services pour subvenir à leurs besoins mais aussi aux besoins de leur famille qui souvent prétend ne pas reconnaître la source de revenue.

1...Contexte



Le gouvernement de la République de Guinée a inscrit au rang de ses enjeux prioritaires le développement du secteur de la santé. Il a, depuis quelques années, fait des progrès considérables en augmentant l'accessibilité, la demande et l'utilisation des services de santé avec l'appui de

l'USAID et d'autres bailleurs. C'est ainsi qu'il a lancé, en collaboration avec l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID), une initiative dans le domaine de la santé. Cette initiative appelée PRISM (Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA) poursuit divers objectifs dont la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et l'amélioration de la santé reproductive des Guinéens.

La communication pour le changement des comportements (CCC) est l'une des composantes essentielles de cette initiative. Le Center for Communication Programs de l'Université Johns Hopkins fournit l'appui technique nécessaire à la réalisation des activités de CCC. Dans leur ensemble, les interventions CCC visent à 1) promouvoir des comportements sanitaires positifs, et 2) augmenter l'utilisation des soins de santé primaires (PF/IST/SIDA, Santé Maternelle et Survie de l'Enfant). Dans son programme d'activité pour l'an 2000, la CCC vise à promouvoir l'adoption de comportements sexuels sains par les jeunes.

En effet, de nos jours, en Guinée comme partout ailleurs, on remarque une puberté et des rapports sexuels précoces chez les jeunes, généralement mal préparés à la vie sexuelle pré-nuptiale. Les conséquences qui en résultent sont nombreuses. On peut citer entre autres : les maladies sexuelles, les grossesses non désirées, les avortements à hauts risques, la déperdition scolaire.

Pour amener les jeunes à adopter des comportements sexuels mieux appropriés, il est indispensable de développer des messages et de concevoir une campagne avec des interventions qui répondent mieux à leurs besoins spécifiques. C'est dans cette optique qu'une recherche narrative sur les jeunes de 14 à 19 ans a été réalisée dans les régions administratives de Faranah, Kankan et N'Zérékoré. Elle a pour but d'identifier et cerner de près les comportements sexuels des jeunes, les problèmes qui en découlent, afin de concevoir des stratégies et des messages appropriés.

Objectifs

Les objectifs spécifiques de la recherche sont les suivants:

- Cerner les connaissances, attitudes et comportements des jeunes en matière de sexualité ;
- Analyser les facteurs qui influent sur les comportements sexuels des jeunes ;
- Analyser le processus de négociation sexuelle parmi les jeunes et mettre en exergue la place du condom et de l'abstinence dans ce processus ;
- Déterminer le rôle des parents dans l'éducation sexuelle des jeunes et identifier les facteurs qui empêchent ou favorisent la communication en matière de sexualité entre générations ;
- Analyser les perceptions des jeunes sur les rôles des parents, enseignants dans l'orientation sexuelle des jeunes ;
- Cerner les sources d'information des jeunes en matière de santé reproductive.

2...Méthodologie

Pour recueillir les données analysées dans ce rapport nous avons utilisé, comme méthode principale, les techniques de recherche narrative. La recherche narrative est une méthode de recherche participative qui implique les groupes cibles dans tous les stades de l'étude. Dans le contexte actuel, le but primaire était d'identifier, à travers une histoire dramatique, les modèles de comportements et de relations sexuelles les plus répandus parmi les jeunes.

Spécifiquement, la recherche cherchait à :

- Identifier, d'une manière systématique, les genres de relations sexuelles et sociales qui sont les plus répandues parmi les jeunes. On s'intéressait particulièrement à des relations qui peuvent aboutir à une grossesse, un avortement ou une maladie sexuellement transmissible ;
- Cerner les conséquences sociales des problèmes de la santé génésique ;
- Mettre en exergue les différences par âge et entre filles et garçons au niveau des perceptions sur la santé génésique.

La recherche narrative est un processus dont les étapes sont les suivantes :

- Atelier de planification pour tracer les grandes lignes de l'histoire et élaborer l'outil de collecte ;
- Collecte des données sur le terrain ;
- Analyse et interprétation des données collectées ;
- Développement des plans d'actions en fonction des résultats de la recherche

L'atelier de planification a eu lieu à Kankan en avril 2000. Cinq chercheurs et une vingtaine d'adolescents ont participé à cet atelier qui a duré une semaine. Les participants ont établi les grandes lignes d'une histoire représentant les expériences d'une fille et d'un garçon en relations amoureuses du moment de leur rencontre jusqu'à la fin de leur amitié. L'atelier a aussi servi d'avenue pour élaborer un outil de collecte qui contient les segments de l'histoire arrêtée avec des questions appropriées et des réponses possibles. A la fin de l'atelier, les chercheurs et quelques-uns des jeunes gens qui ont été retenus pour être animateurs sont partis sur le terrain pour collecter les données auprès des groupes d'adolescents.

Echantillonnage

Pour assurer une meilleure dispersion de l'échantillon, deux sites d'enquête ont été retenus dans chacune des régions administratives : le chef lieu de la région (centre urbain) et une sous-préfecture (milieu rural).

Dans chaque site, quatre groupes de jeunes ont été constitués d'après les critères suivants : sexe, âge et lieu de résidence. Les jeunes de chaque groupe ont été choisis au hasard.

Cette démarche a permis de comparer les réponses des filles à celles des garçons, les réponses des plus jeunes (14 à 16 ans) à celles des moins jeunes (17 à 19 ans) et enfin les réponses des adolescents ruraux à celles des adolescents urbains.

Tableau 1 : Distribution des groupes par sexe et par âge

Site	Filles		Garçons	
	14 -16 ans	17-19 ans	14 -16 ans	17-19 ans
Région de Faranah				
Faranah centre	1	1	1	1
Sous-préfecture de Passaya	1	1	1	1
Région de Kankan				
Kankan centre	1	1	1	1
Sous-préfecture Gbérédou Baranama	1	1	1	1
Région de N'Zérékoré				
N'Zérékoré centre	1	1	1	1
Sous-préfecture de Kotopara	1	1	1	1

Comme on peut le remarquer sur le tableau de la distribution des groupes, huit (8) groupes de jeunes ont été animés dans chaque région (quatre en milieu rural et quatre en milieu urbain). Ce qui fait un total de 24 groupes. La composition des groupes varie de 10 à 12 jeunes donc plus de 240 sujets ont participé à l'étude.

1/ L'OUTIL DE COLLECTE : ÉLABORATION ET PRÉTESTING

Pour mieux assurer la collecte de données pertinentes, un outil comprenant deux sections a été conçu.

Section A : La recherche narrative :

Le guide d'entretien sur la recherche narrative a été préparé grâce aux jeux de rôle et des discussions de groupe. En simulant des échanges entre garçon et fille, les jeux de rôle ont permis de construire une histoire dramatique structurée et divisée en neuf (9) segments. Chaque segment représente un épisode dans l'histoire sexuelle et sociale de deux adolescents (Hawa et Mohamed en Haute Guinée, et Göbou et Pépé en Guinée Forestière) en interaction avec d'autres adolescents et adultes.

Cette histoire nous renseigne sur :

- L'action ou le choix qui a eu lieu ;
- Les pensées et sentiments des personnages qui expriment leurs intentions, motivations et points de vue ;
- Les comportements qui ont mené à l'action et à la décision ;
- Les conséquences qui découlent des actions menées

Les segments comportent des questions pour susciter les réactions du groupe aux événements racontés dans l'histoire. Ces segments sont :

- La première rencontre entre une fille de 14 ans et un garçon de 16 ans.
- La première sortie ;
- Le début des rapports sexuels ;
- La grossesse ;
- L'avortement ;
- Les rapports continuent ;

- Le garçon contracte une maladie sexuellement transmissible ;
- La nouvelle grossesse ;
- L'enfant est né ;
- La fille-mère donne des conseils à sa sœur cadette.

Ce guide a permis d'identifier des modèles de comportements et relations sexuelles les plus répandus dans la zone de l'étude. Il a été prétesté à Kankan avec quatre groupes de jeunes dont deux de 14 à 16 ans (filles et garçons séparément) et deux de 17 à 19 ans (filles et garçons séparément). Après le prétest, quelques questions ont été éliminées et certaines phrases ont été reformulées pour éviter toute confusion.

Sur le terrain, pour collecter les données, la partie narrative de l'outil a été administrée en suivant le processus ci-dessous :

- i. L'animateur commence par lire le début de l'histoire au groupe et s'assure que les participants ont bien compris le contexte ;
- ii. Ensuite il pose chaque question et s'assure que les membres du groupe en ont bien compris le sens ;
- iii. Il permet au groupe de donner toutes les réponses possibles ;
- iv. Si le groupe donne des réponses qui ne figurent pas parmi la liste pré-établie dans l'outil, l'animateur les ajoute et s'assure qu'aucune réponse n'a été omise ;
- v. L'animateur lit la liste des options qui ont été mentionnées à haute voix et demande aux participants de voter pour sélectionner l'option qu'ils pensent être la plus vraisemblable. Les participants votent en levant la main. Il est très important que chaque répondant ne vote qu'une seule fois au sujet de chaque question.

La réponse qui a le plus de voix est retenue comme l'option la plus vraisemblable pour le groupe.

Section B : Le guide de discussion :

Cette section a aussi été élaborée et prétestée avec la collaboration des jeunes et elle porte sur les thèmes suivants :

- les sources d'information des jeunes ;
- les méthodes de planification familiale ;
- les méthodes d'avortement pratiquées par les jeunes ;

- les maladies sexuellement transmissibles ;
- les perceptions des jeunes sur les services de santé, les prestataires et le rôle des parents dans l'éducation sexuelle des adolescents.

2/ LE DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

La collecte des données a duré une semaine. La pré-analyse se faisait au fur et à mesure avec les animateur Six (6) personnes, soit deux par région administrative, ont été recrutées et formées pour animer les groupes. Dans chaque région, l'un des animateurs était le coordinateur IEC de la région et l'autre une étudiante de l'Université de Kankan.

L'étudiante était chargée d'animer les groupes de filles pendant que le coordinateur prenait des notes et enregistrerait les réponses. Les groupes de discussion des garçons étaient animés par le coordinateur pendant que l'étudiante prenait des notes et enregistrerait les données sur bande audio. Les groupes ont été animés dans des lieux neutres.

3/ LIMITES DE L'ÉTUDE

Elles sont de deux ordres :

(1) Limite géographique :

Cette étude a couvert les régions administratives de Faranah, Kankan et N'Zérékoré qui, du point de vue caractéristique sociologique, diffèrent des autres composantes régionales du pays. A cet effet, la généralisation des résultats obtenus à tout le pays est discutable.

(2) Limite liée à la sélection des participants :

Les critères retenus pour le choix des participants aux groupes de discussion furent le sexe, l'âge (14 - 19 ans), le lieu de résidence (milieu urbain, milieu rural). Le niveau d'étude n'a pas été pris en compte. Des jeunes de niveaux d'étude différents et des non scolaires ont été regroupés.



A première vue, les analphabètes pourraient être influencés par les jeunes scolaires. Toutefois l'expérience a prouvé que cette différence du niveau d'étude n'était pas un handicap majeur pour l'émergence des opinions des différents participants. Dans chaque groupe, des jeunes analphabètes s'exprimaient aussi librement que les jeunes élèves. La raison est la suivante : dans les réseaux d'amitié et de sexualité, les jeunes scolaires et non scolaires ont appris à vivre ensemble, à se côtoyer. Donc, ils ont l'habitude de causer ensemble de leur vie sexuelle. Mis en confiance grâce au tact des animateurs, les jeunes ont montré qu'ils ont une expérience sexuelle qui croît surtout avec l'âge.

3... Résultats de la Recherche

Connaissances, Attitudes et Comportements Sexuelles des Jeunes

Une histoire type de la vie sexuelle des adolescents de l'univers d'étude

La compilation des histoires régionales a conduit à l'élaboration d'un modèle répandu de conduites sexuelles dans les régions concernées par l'étude.

Les informations pertinentes contenues dans cette histoire ont constitué la base essentielle pour l'analyse des connaissances, attitudes et comportements des adolescents en matière de sexualité. Ces informations ont été obtenues à partir des réponses fournies par les groupes de discussion et sont exploitées ci dessous. Des résultats obtenus, une histoire type est proposée suivie d'un commentaire. Les mots en italique dans l'histoire représentent les options les plus vraisemblables.

1/ NÉGOCIATION SEXUELLE – PREMIÈRE RENCONTRE

Hawa, âgée de 14 ans est vendeuse d'oranges. Elle n'a jamais fréquenté l'école. Son père est Moussa Kaba, forgeron de profession installé au quartier Kabada. Sa mère Bintou Kaba est ménagère. Mohamed, âgé de 16 ans est un élève de 8e année au collège du centre. Son père Karamo Chérif est commerçant, alors que sa mère Saran est ménagère. Mohamed a remarqué Hawa et désire faire sa connaissance davantage.

Le lieu le plus vraisemblable de leur rencontre est *le lieu de spectacle*. Quand Mohamed s'approche de la fille, *il lui demande son nom et adresse*. Quand Hawa s'aperçoit que Mohamed s'approche d'elle et qu'il cherche à lui parler plus longtemps que nécessaire *elle est gênée et trouve un prétexte pour partir*. Pour faire savoir à la fille ses intentions, Mohammed *lui envoie son copain ou lui-même fait la déclaration*. Avant d'accepter l'amitié de Mohamed Hawa *demande conseil à ses copines ou aux copains de Mohamed*.

Le garçon fait le premier pas en abordant un sujet quelconque. Les plus âgés recherchent le nom et l'adresse de la jeune fille.

Tous les groupes de discussion sont unanimes à reconnaître que lors des premières rencontres (entre fille et garçon), c'est le garçon qui fait le premier pas. Ainsi dans leur jargon, les filles disent couramment « a k bouger n'nye », mélange de termes maninka et français qui veut dire « il a bougé pour moi » qui veut dire autrement « il est tombé amoureux de moi et a fait des avances. » Le garçon non seulement pèse considérablement dans l'établissement des liens amicaux, il continue toujours à jouer un rôle primordial dans la conduite de leur vie intime : fixer les rendez-vous, décider des jours de sortie et des lieux du week-end. En général, selon les différents groupes d'âge, le garçon aborde la fille en prétextant un intérêt pour son travail ou en étant direct et demandant son nom et adresse. La fille prétend être gênée dans la majorité des cas et éventuellement trouvera un prétexte pour partir.

Les amis jouent un rôle important dans la déclaration d'amour.

De nos jours que ce soit en milieu urbain ou rural, les adolescents dans leurs relations sexuelles et sociales entre dans des interactions multiples. Celles-ci conduisent souvent à la composition de cercles d'amis ou « grains » qui se réunissent autour du thé vert. Ces « grains » sont de véritables canaux de véhicule de l'information sur divers sujets. C'est principalement en leur sein que les adolescents reçoivent leur première expérience sexuelle. Les pairs jouent un rôle considérable dans le début et la continuation des relations entre filles et garçons. Selon la majorité des groupes, les garçons envoient leurs copains ou copines ou bien les copines de la fille pour faire la déclaration d'amour. Même en cas de problèmes qui résultent souvent des rapports sexuels non protégés (grossesse non-désirées, les maladies sexuellement transmissibles), les adolescents s'adressent d'abord à leurs amis. C'est sur leurs conseils ou avec eux que les décisions de faire un avortement ou de traiter une maladie sexuelle dans une structure formelle ou chez un tradipraticien est envisagée.

2/ NÉGOCIATION SEXUELLE – PREMIÈRE SORTIE

Hawa a accepté d'être la copine de Mohamed, hier ils se sont rencontrés chez Sory, le copain de Mohamed. Hawa y est allée en compagnie de son amie Aïssa. Il lui demande de sortir avec lui le samedi à 16 heures. *Hawa se présente sûrement.* Hawa décide d'aller au rendez-vous alors qu'elle est sensée être chez elle au même moment, pour convaincre ses parents de la laisser sortir, *elle dit quelle va chez sa copine.*

Pour leur première sortie. Mohamed et Hawa *sont allés à un lieu de spectacle.* Quand Mohamed suggère de revoir Hawa, *elle accepte sans condition.* La mère de Hawa lui avait demandé d'être de retour avant 19h mais Mohamed suggère qu'elle reste plus longtemps *et elle accepte sans hésitation.*

Hawa est restée avec Mohamed. Quand elle retourne chez elle après 19h, *elle ment à sa mère.* Si sa mère découvre la vérité, *elle va frapper Hawa.* Il n'est pas probable que la mère de Hawa informe son père des agissements de sa fille.

3/ LA SEXUALITÉ (LE DÉBUT DES RAPPORTS)

Hawa et Mohamed viennent d'assister à un spectacle qui s'est terminé à 18h 30mn. Hawa demande à Mohamed de l'accompagner chez elle car sa mère lui a dit de ne pas rester au-delà de 19 heures. En route, Mohamed lui a demandé de venir chez lui le lendemain.

Elle accepte et se présente au rendez-vous. C'est après trois sorties que Mohamed invite Hawa chez lui dans l'intention d'avoir des rapports sexuels. Une fois en place, *Mohamed est le premier à émettre l'idée des rapports sexuels.* L'idée d'avoir des rapports sexuels a été transmise par la parole et les gestes. *Hawa fait semblant d'hésiter mais accepte éventuellement.* Quand Hawa hésite, *Mohamed va plaider pour la convaincre.* Immédiatement après les rapports sexuels, *Hawa a peur de tomber en grossesse. Mohamed n'a aucune préoccupation, il est seulement fier et content.*

A l'âge de 14 ans, il n'est pas probable que Hawa est vierge. A l'âge de 16ans, il n'est pas probable que Mohamed est chaste au moment du premier rapport sexuel avec Hawa. Après ce premier rapport, *il n'est pas probable que Hawa tombe enceinte.* Après ce premier rapport, *Mohamed et Hawa continuent d'avoir des rapports sexuels régulièrement.*

Tout rapport sexuel est interdit par la tradition dans tous les groupes ethniques des trois régions d'étude. Toutefois il apparaît que les règles traditionnelles en matière de sexualité sont plus rigoureuses en milieu rural qu'en milieu urbain. D'un côté, il y a la contrainte sociale de ne pas avoir de rapports sexuels ou d'enfant avant le mariage et de l'autre les exigences de la vie moderne dictant la préparation des jeunes à une vie sexuelle saine.

Les jeunes n'osent pas aborder leurs parents sur la sexualité, ils obtiennent des informations de leurs pairs. Dans cette tradition, les adolescents ont une attitude confuse. Ils n'osent pas s'adresser à leurs parents pour des questions de sexualité à cause des tabous. Toutes leurs expériences proviennent des causeries avec leurs copains, sœurs ou autres. Les connaissances acquises sont mal intégrées et mal gérées.

L'éducation sexuelle prônée par les parents (surtout la mère) consiste d'une communication sur les valeurs traditionnelles et les règles morales. L'éducation sexuelle prônée par les parents est souvent vague. Elle consiste à communiquer aux adolescents certaines valeurs traditionnelles et règles morales liées à la sexualité et à la sauvegarde de l'honneur familial.

Pour les filles, le principal message d'éducation sexuelle est la sauvegarde de la virginité. Quand la fille a ses premières règles, sa mère lui dit « fais maintenant attention aux garçons sinon tu vas tomber enceinte. » On demande généralement aux filles d'éviter de « jouer » avec les garçons, de ne pas sortir le soir, de rester tranquille pour ne pas souiller l'honneur familial. Cette éducation sexuelle est faite essentiellement par les mères. Quant aux garçons, on leur demande tout simplement d'éviter les filles et de ne pas mettre une fille enceinte avant la période pré-nuptiale.

Il est normal d'avoir une expérience sexuelle hors de mariage. Les jeunes pensent cependant, qu'il est normal que les jeunes aient une expérience sexuelle avant le mariage. De plus, au début ils ne prennent aucune précaution pour se protéger contre des grossesses ou des maladies sexuellement transmissibles.

Les adolescents sont sexuellement actifs avant l'âge de 14 ans. Les jeunes sont en majeure partie sexuellement actifs à l'âge de 14 ans certaines adolescentes ont même dit qu'à 12 ans déjà certaines de leurs collègues de l'école primaire ont connu des rapports sexuels. A l'âge de 14 ans, beaucoup de jeunes ne savent pas les risques qu'ils courent en ayant des rapports sexuels non protégés; ils ont des relations sexuelles sans être préparés à la sexualité par des informations adéquates.

Les filles ont des partenaires multiples de leur âge et des hommes âgés ayant un revenu monétaire.

Les adolescentes ont généralement des partenaires scolaires et non-scolaires de leur âge. Parallèlement, certaines entretiennent des relations cachées ou ouvertes avec d'autres partenaires plus âgés. Ce sont souvent des hommes relativement âgés qui disposent d'un revenu monétaire. Ces hommes se procurent les charmes de ces jeunes filles en échange de biens matériels ou d'argent.

Ce fait est surtout favorisé par la pauvreté de la plupart des familles de l'univers d'étude. Une adolescente a déclaré que « pour une nuit bien servie, un monsieur peut offrir à une fille une somme de 50000 FG » ; une autre dit : « Quand on rentre le matin avec de l'argent et que l'on tende à sa vieille mère un billet de 5000 FG pendant qu'elle n'a pas un sou, elle vous fait des bénédictions ».

Il apparaît que le choix d'un homme aisé comme partenaire est soutenu par la faiblesse des revenus familiaux, le chômage des jeunes et le discours social quotidien qui encourage le choix d'un partenaire capable de « prendre une fille en charge. » Des adolescentes ont déclaré « je m'accroche à un homme plus âgé, parce qu'il gaspille pour moi. »

Les garçons ont des partenaires multiples car les filles en ont. Quant aux garçons, ils disent qu'ils entretiennent plusieurs filles à la fois. Ils pensent que leurs actes est une réponse au comportement de leurs copines qui les abandonnent certaines nuits pour suivre des hommes plus riches.

Ainsi les filles et les garçons s'accusent mutuellement. Les filles disent que les garçons ne sont pas sérieux; tandis que les garçons pensent qu'on ne peut pas se fier à une fille.

L'utilisation des méthodes de contraception est freinée par les rumeurs et l'accès. S'agissant des méthodes de planification, les adolescents connaissent les préservatifs, les pilules, les piqûres, le stérilet et la capote. Les méthodes de planification courantes parmi les jeunes urbains sont la piqûre, la pilule, la capote et le stérilet. Les jeunes ruraux n'ont cité que la capote et la pilule.

Cependant, l'utilisation des méthodes contraceptives est freinée par des rumeurs: « le condom glisse et reste dans le vagin de la femme », « la capote diminue le plaisir », « les pilules rendent les filles stériles. » L'accès, le manque d'information et le poids des traditions et de la religion sont aussi parmi les raisons de non-utilisation des méthodes.

Les garçons et filles refusent mutuellement le port du condom. Les raisons évoquées pour l'absence de l'utilisation du condom pendant les rapports sexuels sont les suivantes :

- Les capotes diminuent le plaisir ;
- Les filles n'aiment pas que les garçons portent des capotes ;

- Les garçons n'acceptent pas de porter les capotes.

Les deux groupes s'accusent mutuellement. Si la fille demande le port de la capote le garçon refuse ; et quand le garçon désire se protéger, la fille s'y oppose. Une adolescente de la commune urbaine de N'Zérékoré a déclaré « quand un garçon aime une fille, il ne doit pas porter de capote. »

Les rapports sexuels ont lieu dès la 3^{ème} sortie.

En ce qui concerne, les comportements, en général, les adolescents commencent à avoir des rapports sexuels à partir de la troisième sortie. Tous les groupes sauf un (garçons de 17-19 ans, Gbérédou-Baranama) reconnaissent qu'une fois dans la chambre c'est le garçon qui est le premier à émettre l'idée des rapports sexuels.

Le garçon est fier de son premier rapport, la fille inquiète. Après ce premier rapport sexuel d'où le garçon sortira fier (pour avoir fait sa première conquête et démontrer sa virilité) et la fille anxieuse (peur de tomber en grossesse), les jeunes continueront à avoir des rapports sexuels. Des groupes affirment que ces rapports seront d'autant fréquents que les deux adolescents continueront à s'aimer.

Les jeunes surtout en milieu rural pensent que la fille ne peut pas tomber enceinte lors du premier rapport. En réponse à la question « supposons que c'est pour la première fois que Hawa (âgée de 14 ans) a eu des rapports sexuels, est-ce probable qu'elle tombe enceinte ? » sur 24 groupes de jeunes, 14 affirment qu'il n'est pas probable qu'elle tombe enceinte alors que 10 trouvent qu'il est probable qu'elle tombe enceinte. Plus de groupes en milieu rural qu'en milieu urbain sont d'avis qu'on ne peut pas tomber enceinte lors du premier rapport.

4/ LA GESTION DE LA GROSSESSE

Hawa a eu des rapports sexuels avec Mohamed il y a quelques semaines. Depuis quelques jours, elle ne se sent pas bien. Elle ne va plus régulièrement vendre ses oranges. Elle commence à soupçonner qu'elle est enceinte.

Hawa a appris les signes de la grossesse auprès de ses copines.

Quand sa mère soupçonne qu'elle est enceinte et la confronte, *Hawa nie*. Quand Hawa informe Mohamed de la grossesse, *il nie d'abord puis reconnaît la paternité de la grossesse*. Lorsque Mohamed reconnaît le fait, *tous deux décident d'avorter la grossesse*. Si Mohamed nie le fait, *Hawa se tourne vers sa meilleure amie pour conseils et assistance*. Quant elle se tourne vers sa meilleure amie, *celle-ci lui conseille de s'arranger pour faire avorter la grossesse*.

Lorsque Mohamed se tourne vers *son meilleur ami, celui-ci lui conseille de reconnaître le fait mais de s'arranger pour faire avorter la grossesse.*

Le garçon nie la grossesse puis reconnaît après consultation avec des amis.

Par rapport à leur âge et leur situation économique, les adolescents redoutent les grossesses prénuptiales. Pour cela dès que la fille constate qu'elle est enceinte, elle est prise d'une peur panique. La première personne à être informée est son partenaire ou bien sa meilleure copine. L'attitude des garçons en pareille situation est variée. Apparemment, il y a des chances qu'il nie être l'auteur de la grossesse. Huit groupes de discussion disent que le garçon ne reconnaît pas la paternité alors que 9 groupes disent qu'il acceptera la responsabilité.

Les adolescents sont informés sur les signes de la grossesse par leurs amis.

Les jeunes en général sont informés sur les signes de la grossesse. Il apparaît que les réseaux de copains sont les principales sources de connaissance des jeunes filles et garçons suivi de loin des grands-mères et mères.

5/ LA GESTION DES AVORTEMENTS

Hawa et Mohamed ont décidé d'avorter la grossesse, ils se sont renseignés auprès de leurs copains sur les moyens les plus efficaces de faire l'avortement.

Hawa s'est fait avorter chez un tradipraticien ou au chambre de soins ou encore au domicile d'un agent de santé. C'est Mohamed qui a donné l'argent pour l'avortement. Si Mohamed ne peut pas donner l'argent pour l'avortement, elle demande de l'argent à sa mère.

Si Hawa décide d'utiliser les produits pharmaceutiques, *il est probable qu'elle réussira.* Si Hawa décide de se faire avorter hors d'une structure sanitaire, *il est probable qu'elle développe un problème sanitaire quelconque.* Les problèmes sanitaires dont elle souffre sont *des maux de ventre, l'hémorragie et la stérilité.*

Les jeunes gens décident ensemble d'avorter après conseils des amis. Lorsque le garçon reconnaît la grossesse, très généralement, les deux jeunes gens décident de l'avortement. Mais si le garçon nie le fait, la fille se tourne vers sa meilleure amie qui lui donne des conseils de *s'arranger pour faire avorter la grossesse.* Quant au garçon, il se confie aussi à son meilleur ami qui lui conseille de reconnaître le fait mais de *s'arranger pour faire avorter la grossesse.* Quoiqu'il en soit, il y a des fortes chances que la grossesse soit avortée.

Des moyens néfastes pour la santé sont utilisés pour avorter. A la question « quels sont les moyens par lesquels une fille peut se faire avorter ? » : tous les groupes ont cité les méthodes adéquates tout comme les méthodes dangereuses pour leur santé.

- Méthodes adéquates: recours à une structure sanitaire formelle publique ou à une clinique privée.
- Méthodes dangereuses: recours aux services d'un tradipraticien ou administrer soi-même des produits traditionnels ou pharmaceutiques.

Les moyens dangereux pour la santé cités par la plupart des groupes de discussions sont:

- Le miel plus les débris de fumée aux toits des cuisines.
- Les écorces d'arbre (Popa).
- L'amidon plus le bleu de lessive
- 10 comprimés d'aspirine 500mg mis dans du tonic et exposés au soleil.
- Racines de papaye et miel.
- Amidon consommé à forte dose.

Les jeunes indiquent une connaissance des conséquences sanitaires de l'avortement mais semblent ne pas sans soucier. Tous ces produits sont consommés à très forte dose dans l'espoir de trouver un effet immédiat. Il faut dire que les adolescents ne mesurent pas ou tout simplement ignorent les conséquences sanitaires de telles pratiques d'avortement.

Selon les adolescents, que la fille utilise les produits pharmaceutiques pour se faire avorter ou qu'elle se fasse avorter hors d'une structure sanitaire, elle réussira probablement mais développera aussi des problèmes sanitaires. Pour tous les groupes de discussion, ces problèmes sanitaires sont : maux de ventre, hémorragie, et stérilité.

En général les adolescentes se font avorter par les tradipraticiens surtout en milieu rural.

Quand les adolescentes contractent une grossesse, elles ont plusieurs moyens de se faire avorter. On peut classer ces moyens suivant l'importance de leur utilisation par les filles en grossesse :

- Recours aux tradipraticiens ;
- Recours à une structure sanitaire formelle ;
- Se faire avorter au domicile d'un agent de santé ;
- Acheter des produits pharmaceutiques et faire l'automédication.

Le recours aux services des tradipraticiens est beaucoup plus cité par les groupes de discussion des zones rurales.

Les frais de l'avortement sont pris en charge par le garçon ou par la mère de la fille. Selon les adolescents, si le garçon ne peut pas donner l'argent pour faire l'avortement, c'est généralement la mère de la fille qui s'en charge. Cette réponse est donnée par tous les groupes de discussion de la sous-préfecture de Koropara dans la préfecture de N'zérékote et ceux du centre urbain.

6/ CONDUITE SEXUELLE DES JEUNES APRÈS UN PREMIER AVORTEMENT

Il y a quelques semaines que Hawa a eu un avortement et a repris contact avec Mohamed. Ils se fixent un rendez-vous pour aller voir un spectacle samedi prochain, et Mohamed a suggéré que Hawa passe la nuit chez lui après le spectacle.

Il est probable qu'Hawa accepte de passer la nuit chez Mohamed. Si Hawa décide de passer la nuit chez Mohamed, elle utilise le prétexte qu'elle va passer la nuit chez sa grand-mère ou encore chez sa copine. Si la mère d'Hawa découvre la vérité, elle va informer son père. Désormais, Mohamed et Hawa décident d'utiliser une méthode contraceptive.

La fille reprend les rapports sexuels suite à son avortement. Selon les adolescents des différentes régions administratives couvertes par l'étude, après que la fille se soit remise des conséquences de son avortement, elle reprend généralement les relations amicales intimes avec son partenaire et les rapports sexuels continuent avec une fréquence qui varie suivant les cas. La fréquence est d'autant forte si les adolescents continuent à s'aimer plus, moins fréquemment si l'intensité de l'amour décroît et nulle s'ils se lassent l'un de l'autre.

C'est au moment où l'intensité de l'amour s'est accrue que la fille commence à passer des nuits chez son partenaire. Très généralement, elle présente des prétextes à ses parents pour ne pas dormir sous le toit paternel. Les groupes de discussion ont fait mention des prétextes suivants :

- Qu'elle va passer la nuit chez sa grand-mère ;
- Qu'elle va passer la nuit chez sa tante ;
- Qu'elle va passer la nuit chez sa copine ;
- Qu'elle va passer la nuit chez sa sœur.

Ce comportement très inhabituel inquiète la mère et l'amène à adopter une attitude responsable. Lorsque la mère de la fille découvre la vérité que sa fille commence à dormir au domicile des garçons, elle va réagir. Selon les adolescents, cette réaction peut être : punir la fille, informer son père, renvoyer la fille, l'interdire de sortir ou la réprimander.

7/ COMPORTEMENTS FACE À UNE IST

Mohamed sort régulièrement avec Hawa. Parallèlement, de temps en temps, il a des rapports sexuels avec deux autres filles. Un jour, il est tombé malade, il soupçonne qu'il a contracté une IST.

S'apercevant de sa condition, Mohamed va se confier d'abord à ses amis. Mohamed s'est soigné dans une chambre de soins ou bien il a utilisé des médicaments traditionnels. Il n'est pas probable que Mohamed informe ses partenaires de son état. Il n'est pas probable que Mohamed demande à ses partenaires de se faire consulter et traiter. Pendant qu'il a l'infection, Mohamed s'abstient des rapports sexuels.

Le SIDA est l'infection sexuellement transmissible la plus connue en dehors de la gonococcie, la syphilis et les pertes blanches. Parmi les IST, le SIDA est le plus connu des adolescents. En dehors du SIDA, les adolescents connaissent surtout la chaude pisse (ou gonococcie), les pertes blanches et la syphilis. La raison pour ce fait est probablement parce que le SIDA est la maladie sexuellement transmissible dont on entend parler le plus souvent à la radio, dans les journaux, à l'école. Quant aux IST les plus répandues, ils ont cité la chaude pisse et la syphilis.

Les jeunes ne pensent pas pouvoir contracter le SIDA. Alors que les groupes de discussions généralement reconnaissent qu'une fille ou un garçon qui a plusieurs partenaires s'exposent au risque de contracter une IST, d'une manière générale, les adolescents se croient immuns au SIDA. Ni lors de préparation de l'outil de collecte avec les jeunes ni lors de son application avec des groupes de discussion le SIDA a été mentionné comme conséquence probable des rapports sexuels non-protégés. Certains participants aux groupes de discussions sont même allés jusqu'à déclarer qu'un jeune ne peut pas attraper le SIDA.

Le jeune informera son ami d'abord s'il contracte une IST. Selon les groupes de discussion, quand un adolescent s'aperçoit qu'il a contracté une IST, sa première réaction est d'informer : un ami (19 groupes), un agent de santé (4 groupes), un tradipraticien (2 groupes).

Un jeune se fera traiter dans un centre de soins pour une IST. En ce qui concerne les lieux où les jeunes vont rechercher les soins, 7 groupes ont mentionné les chambres de soins, 2 les produits pharmaceutiques et 7 les médicaments traditionnels. Comme on le constate, les soins recherchés par les jeunes ne sont pas toujours adéquats ou appropriés. Les maladies sont alors mal-traitées ce qui pourrait provoquer des complications génitales ultérieurement.

Un jeune n'informe pas ses partenaires sexuels car les IST sont des maladies honteuses.

Selon les groupes de discussion, quand un adolescent souffre d'une IST, d'habitude il n'informe pas ses partenaires sexuels de son état. Les raisons pour lesquelles les jeunes ne déclarent pas très souvent à leurs partenaires qu'ils souffrent d'une IST sont les suivantes :

- Les IST sont des maladies honteuses ;
- Les jeunes ont peur d'être abandonnés par leurs partenaires si elles apprennent qu'ils avaient ces genres de maladies.

Le jeune continue les rapports sexuels avec une IST. De plus, il ne leur demande pas souvent de se faire consulter et traiter. A la rigueur, le malade peut s'abstenir des rapports sexuels. Un tel comportement risque de propager sur une grande échelle les maladies sexuellement transmissibles et de porter préjudice à la santé de nombreux jeunes.

8/ LA NOUVELLE GROSSESSE ET LA VENUE D'UN ENFANT

Depuis quelques mois, Hawa et son copain Mohamed sortent régulièrement. Il y a deux semaines, Hawa a de nouveau constaté qu'elle est enceinte.

Hawa et Mohamed *décident de garder la grossesse sans se marier.* Pendant qu'ils décident de garder la grossesse, les parents de Hawa sont informés par les grands-parents. Si la mère de Hawa est la première à apprendre la nouvelle de la grossesse, elle envoie un proche de la famille pour informer son mari. Quand les parents de Hawa apprennent la nouvelle, ils la renvoient de la famille.

Hawa a encore découvert qu'elle est enceinte. Elle n'a pas voulu interrompre la grossesse bien que Mohamed ait refusé de l'épouser et lui avait demandé de se faire avorter. Ses parents ne sont pas du tout heureux de sa situation et elle est souvent malade.

Pendant la grossesse, *Hawa vit chez Mohamed. Les parents de Mohamed constituent les principales sources pour pourvoir aux besoins matériels de l'enfant.* Hawa va recevoir des soins prénataux au centre de santé. Hawa va accoucher au centre de santé. Un pré-baptême financé par les parents de Mohamed sera organisé pour donner un nom à l'enfant.

Il n'est pas probable que Mohamed et Hawa se marient. La famille de Mohamed ou bien Hawa est la princi-

pale responsable pour pourvoir aux besoins matériels de l'enfant. Désormais, Mohamed et Hawa maintiendront une amitié sans rapports sexuels. Si Mohamed et Hawa ne se marient pas, Hawa a peu de chance de se marier à une autre personne un jour.

La fille est renvoyée du domicile si une grossesse est constaté et accueillie par la famille du garçon.

Si la mère apprend que sa fille est enceinte, elle enverra une voisine informer son mari car elle a peur de sa réaction étant donnée qu'elle est responsable du comportement de sa fille. La décision familiale est couramment de la renvoyer du domicile paternel. Selon les groupes de discussion, elle va vivre au domicile des parents du garçon ou chez d'autres parents à elle hors du domicile paternel. C'est dans de rares cas qu'elle reste sous le toit familial.

La fille accouchera dans un centre du santé ou à la maison selon les filles en milieu rural.

Pendant la période de grossesse, la conduite sanitaire de la fille peut varier, affirment les adolescents : 21 groupes disent qu'elle va faire les consultations prénatales au centre de santé et 3 groupes disent qu'elle consulte plutôt un tradipraticien. Les accouchements ont lieu au centre de santé ou à la maison, indiquent les jeunes.

Les jeunes ne se marient pas après la naissance de l'enfant.

Dans nombre de cas, les deux jeunes gens ne se marient pas après la naissance de leur enfant. Dans bien des cas, le garçon continue à voir son enfant mais ne s'intéresse plus à la fille.

La famille du garçon s'occupera des besoins de l'enfant.

Pour pourvoir aux besoins matériels de l'enfant, les parents du garçon se rendent les principaux responsables. Dans d'autres cas et ils ne sont pas rares, c'est la fille qui est tenue de se prendre en charge tout en s'occupant de tous les problèmes de son enfant.

La fille perd tout espoir de se marier. Vivant dans cette situation précaire, la fille a peu de chance de se marier un jour avec une autre personne, affirment les adolescents.

9/ LA FILLE-MÈRE DONNE DES CONSEILS

Hawa a maintenant 16 ans. Elle a déjà un enfant de son ex-copain Mohamed. Depuis la naissance de l'enfant, il y a un an, elle a beaucoup souffert mais elle a beaucoup appris aussi. Maintenant, elle donne des conseils à sa petite sœur au sujet des relations entre fille et garçon.

Concernant l'âge du début des relations avec les garçons, elle dit à sa sœur *d'attendre qu'elle ait 18 ans*. Concernant les rapports sexuels, elle lui dit *d'attendre le jour du mariage*. Concernant le genre de garçon avec qui sortir, elle lui dit de *ne pas sortir avec un garçon sans revenus*.

Les adolescents conseillent le début des rapports à 18ans avec un homme ayant un revenu.

L'adolescente qui a vécu l'expérience d'une première grossesse est plus disposée à conseiller ses jeunes sœurs de reporter les rapports sexuels à l'âge de 18ans et de choisir un homme aisé pouvant prendre en charge les frais de la jeune fille. L'importance que les adolescentes attachent au fait d'avoir un partenaire aisé souligne le rôle des ressources financières dans les décisions concernant les rapports sexuels.

10/ ATTITUDES VIS- À- VIS DES SERVICES DE SANTÉ ET DES PRESTATAIRES

Tous les groupes de discussion sont presque satisfaits des services de santé et de leurs prestataires. « Au centre de santé ou à l'hôpital, les agents de santé font bien leur travail; ils s'occupent de nous. »

Cependant, en matière de planification familiale, les jeunes ont peu ou pas du tout recours aux services de santé. Les raisons qui font alors que les adolescents n'utilisent pas le service de planification sont : le complexe, la peur d'être aperçu par un parent, la honte.

« Quand on va au centre de santé pour demander des renseignements sur la planification, on trouve souvent une connaissance, un parent... cela nous gêne... »

« Au Centre de santé, on trouve des personnes plus âgées qui nous regardent dès qu'on parle de planification familiale. C'est honteux... »

De plus, ils dénoncent des faits et des comportements qu'il faudrait corriger. Ce sont :

- L'absentéisme de certains agents ;
- Le retard dans les services. « Lorsque nous arrivons au centre de santé à 8h, il faudra attendre des fois jusqu'à 10h pour être reçu par l'agent de santé. »
- La saleté de certains locaux ;
- Le manque de médicament ;
- Le coût excessif des médicaments et services.

11/ LES SOURCES D'INFORMATION ET LES BESOINS DES JEUNES EN MATIÈRE DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Les sources d'information des jeunes sur la planification familiale, en particulier, et la santé génésique, en général, sont nombreuses. Les sources sont presque les mêmes pour tous les groupes sauf ceux du milieu rural qui sont encore moins informés que leurs camarades de la ville.

Les sources d'information connues sont:

- La radio rurale
- La radio nationale
- Les journaux
- L'école
- Les causeries avec les copains
- Les salons de coiffure.
- L'Association guinéenne pour le Bien-être Familial (AGBEF)
- PRISM

Les sources préférées des jeunes sur la santé reproductive sont :

- La radio rurale
- Les services de santé
- Les causeries éducatives.

Les stations de radio préférées sont les suivantes :

- Radio rurale
- Radio nationale
- Radio France Internationale
- British Broadcasting Corporation

Les jours et heures préférés d'écoute des jeunes sont :

- Jeudi : de 14 à 19 heures
- Samedi: de 14 à minuit
- Dimanche : de 15 heures à minuit

12/ BESOINS DES JEUNES

Tous les groupes ont éprouvé presque les mêmes besoins. Mais il faut reconnaître que certains besoins sont plus cruciaux dans certains milieux que dans d'autres.

Besoins en information

Si le besoin d'information se pose à tous les jeunes de la zone d'étude, il faut cependant reconnaître que

ceux du milieu rural en souffrent davantage. Ces besoins portent essentiellement sur la santé reproductive et d'autres comportements sanitaires inappropriés qui caractérisent les adolescents.

Besoins d'encadrement

A tous les niveaux, familial ou scolaire, les jeunes ont l'impression d'être tout simplement dans une situation d'abandon. Ils expriment un besoin réel de sécurité face aux agressions culturelles dont les sociétés guinéennes actuelles font l'objet d'une part et d'autre part le poids de la pauvreté familiale.

Besoins en médicaments et moyens de contraception

Les adolescents avouent qu'ils n'ont pas souvent les moyens de se procurer de médicaments adéquats quand ils manifestent les signes d'une maladie. De ce fait, ils sont tenus de recourir aux médicaments des pharmacies parallèles où les prix sont plus abordables ou tout simplement, ils vont rechercher les soins chez les tradipraticiens.

Aussi, même s'ils sont conscients des effets bénéfiques des méthodes de contraception, ils n'ont pas toujours les moyens de se procurer des produits si minimes soient leurs prix; car eux, ils n'ont aucune source de revenu et n'osent pas s'adresser à leurs parents pour en obtenir. De plus, les centres de planification familiale ne leur sont pas toujours accessibles pour des raisons liées aux comportements des prestataires et aux attitudes désapprobatrices des membres de la société.

13/ LES FACTEURS QUI INFLUENT SUR LA SEXUALITÉ DES JEUNES

Dans les groupes de discussion, les adolescents ont évoqué les facteurs qui favorisent leur conduite sexuelle actuelle. Ces facteurs sont les suivants :

Faiblesse de l'encadrement familial :

- Tous les groupes ont avoué qu'il n'y a pas de dialogue entre parents et enfants sur la sexualité pré-nuptiale.
- Le degré limité d'implication du père dans l'éducation sexuelle des jeunes: dans tous les discussions de groupe dirigées, les adolescents ont

prouvé par leurs réponses que leurs pères sont souvent en marge de leur vie sexuelle. La responsabilité revient à la mère de veiller au bon comportement sexuel de ses enfants. Par exemple, c'est la mère qui est la première à être informée au sujet de la grossesse de la fille ou quand un fils est auteur d'une grossesse. Généralement, c'est à la dernière minute que le père est mis au courant des agissements sexuels de ses enfants.

La majorité des groupes affirment aussi que le père est informé de la grossesse de sa fille par un proche de la famille. Ce qui signifie que même si la mère est informée, elle n'ose pas déclarer à son mari au risque d'être rendue responsable de l'état actuelle de leur fille.

- Le manque de cohésion familiale : les adolescents profitent du manque de cohésion entre les membres de la cellule familiale pour vaquer à leur désir sexuel. Quand la fille veut répondre à un rendez-vous fixé par son partenaire, elle avance les prétextes suivants :

« Je vais chez ma copine » ;

« Je vais chez ma tante » ;

« Je vais chez ma grand-mère » ;

« Je vais chez ma sœur. »

Les adolescentes avancent ces prétextes parce qu'elles savent qu'il n'y a pas de concertation régulière entre les parents concernant leur éducation sexuelle. Et même quand les filles découchent, ce qui d'ailleurs est très fréquent, elles avancent invariablement ces mêmes prétextes.

La multiplication des lieux de loisirs

D'après les adolescents, les premières rencontres, les premières sorties et d'autres qui conduisent à la découverte de la sexualité ont lieu dans les centres de loisirs (bar dancing, vidéo-club, maquis et danses populaires). Ces centres de loisirs, surtout les vidéo-clubs qui projettent des films pornographiques, encouragent une sexualité précoce et inadéquate. Dans l'univers de l'étude (Faranah, Kankan et N'zérékoré), les maquis et hôtels de tous genres existent en nombre considérable et échappent souvent au contrôle des autorités compétentes de la place. Il faut signaler que l'influence de ces centres de loisirs sur la précocité de la vie sexuelle des adolescents est plus grande en milieu urbain qu'en milieu rural.

La pauvreté

Les régions de Faranah et Kankan font partie des zones les plus pauvres de la Guinée (PNUD, 1995). Même si la pauvreté semble être un peu atténuée en Guinée Forestière, il faut cependant reconnaître que les revenus familiaux y sont encore faibles. En réponse à la question « sur le genre de garçon avec lequel sortir, qu'est ce que Hawa conseille à sa petite sœur ? » Presque tous les groupes ont répondu, « ne pas sortir avec un garçon sans revenu ».

Il apparaît que le choix d'un homme aisé comme partenaire est soutenu par la faiblesse des revenus familiaux, le chômage des jeunes et le discours social quotidien qui encourage le choix d'un partenaire capable de « prendre une fille en charge. » Des adolescentes ont déclaré : « je m'accroche à un homme plus âgé, parce qu'il gaspille pour moi. »

Vu le faible pourcentage des adultes qui pratiquent la contraception, il est peu probable que ces partenaires âgés encouragent les adolescentes à se protéger.

4...Recommandations



L'analyse des données a permis de faire des constats qui soulèvent des problèmes au sujet desquels, il faudra développer des interventions et messages à l'intention des différents publics cibles.

EN GÉNÉRAL :

1. Promouvoir les activités IEC en milieu rural où les adolescents semblent être très mal informés sur les méthodes de planification et les IST.

2. Vu l'importance des ami(e)s dans l'échange de conseils, utiliser la stratégie des pairs éducateurs en utilisant le slogan « jeunes pour jeunes. » Il s'agit en fait de former des jeunes qui à leur tour informeront d'autres jeunes. Il est plus facile aux jeunes de sensibiliser leurs pairs.

3. Organiser une campagne multimédia qui cherche à atteindre plusieurs catégories d'auditoire à travers une variété de canaux de communication modernes et traditionnels (radio rurale, causeries etc.).

4. Mener des activités d'éducation sexuelle à partir de 10 à 12 ans, et surtout avant 14 ans, âge le plus courant pour premier rapport sexuel. A cet effet, il faut intensifier la plaidoirie pour introduire l'éducation sexuelle à l'école primaire. En effet, déjà en cinquième année, certains adolescents ont eu leur premier rapport sexuel.

5. Sensibiliser les parents surtout les mères qui semblent être plus impliquées dans les préoccupations des jeunes.

6. Convaincre les décideurs et les prestataires des services de santé par un plaidoyer sur la nécessité de combattre la pratique de l'avortement illicite dans des centres de santé publique et les cliniques privées.

7. Renforcer les compétences des agents de santé dans la prise en charge des IST.

8. Amener les agents de santé à accentuer l'information sur les méthodes contraceptives disponibles dans les structures sanitaires.

9. Mettre en place des structures discrètes de distribution des produits contraceptifs où les jeunes pourraient s'approvisionner sans gêne.

LIEU ET CANAUX UTILISÉS POUR MENER DES INTERVENTIONS AUPRÈS DES JEUNES

10. Renforcer la sensibilisation et l'information des jeunes dans des *lieux de spectacles et dans les quartiers* à travers les « grains », maquis, cafés, salons de coiffure et ateliers de couture. Ces activités doivent être beaucoup plus prépondérantes dans les lieux de spectacles. En effet, la recherche a montré que les centres de loisirs sont des endroits préférés des jeunes où ils se rencontrent régulièrement dans leurs relations sexuelles et sociales.

11. Renforcer les activités IEC *dans les écoles* en impliquant davantage les éducateurs. En effet, le réseau sexuel qui lie les jeunes scolaires aux non scolaires est un facteur important pour le véhicule de l'information. L'information donnée à l'école pourrait atteindre les jeunes analphabètes du quartier. Les garçons pourraient y jouer un rôle clé à cause de leur poids dans les négociations sexuelles.

12. Organiser dans les *boîtes de nuit* des jeux concours (questions/réponses) sur les IST, le VIH/SIDA, les grossesses non-désirées et précoces, les avortements clandestins et leurs conséquences, et l'initiation à la sexualité responsable.

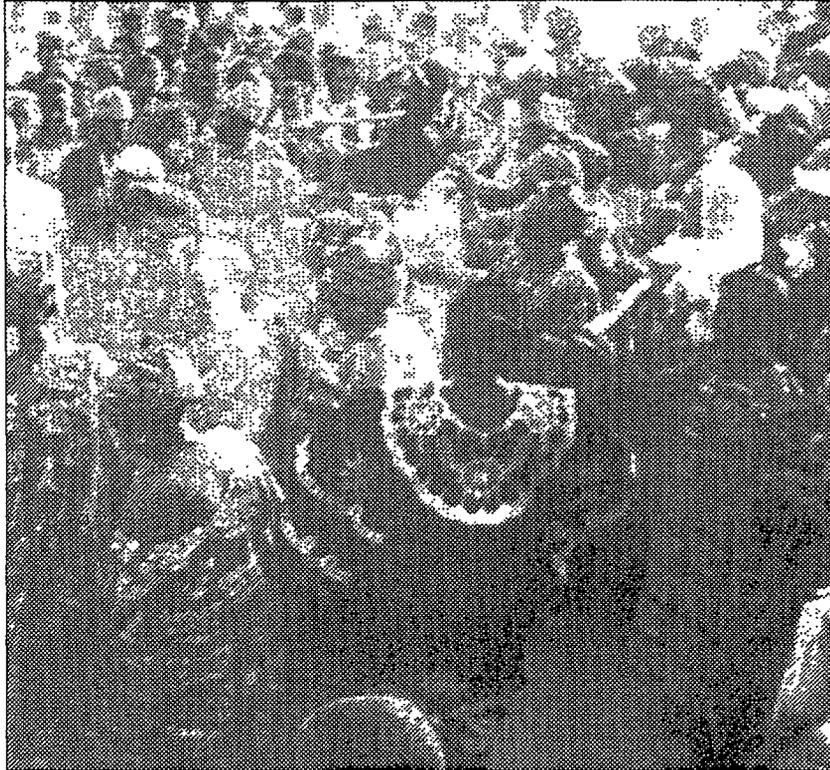
13. Favoriser les échanges entre jeunes à travers les *conférences et les causeries éducatives au sein des grains*.

14. Faire passer sur les antennes des *radios rurales* et nationales des programmes spécifiques de sensibilisation et d'information en santé reproductive en direction des jeunes, des parents et des éducateurs.

MESSAGES À VÉHICULER À L'INTENTION DES PUBLICS CIBLES

15. Pendant les campagnes de sensibilisation et d'information en direction des jeunes, des parents et des éducateurs, il faut :

- Focaliser l'attention sur les IST, le SIDA et les conséquences des rapports sexuels non protégés.
- Sensibiliser les jeunes à la réalité de VIH/SIDA. De nombreux jeunes croient que les jeunes ne peuvent pas contracter le VIH et sous-estiment leur vulnérabilité. Expliquer les conséquences de la sexualité précoce et non protégée.
- Expliquer le processus de fonctionnement du corps humain dans le cadre de la reproduction.
- Insister sur le fait que d'un seul rapport sexuel, il peut résulter une grossesse.
- Dégager les conséquences des avortements illicites traditionnels et modernes.
- Insister sur les avantages du dialogue entre générations sur la sexualité.
- Souligner l'importance de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires.
- Souligner l'importance de la scolarisation de la jeune fille et l'apprentissage d'un métier.



Johns Hopkins Univerisity Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, Maryland, USA
Tel: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266
Website: <http://www.jhuccp.org>
E-mail: orders@jhuccp.org

ANNEX 8 (Rapport compte rendu des travaux de session conjointe)

République de Guinée

Ministère de la Santé Publique

Inspection Régionale de la Santé de Kankan

ERCOSAR / GRIEC

COMPTE RENDU DES TRAVAUX

de la

SESSION CONJOINTE

du 31 octobre et 1 novembre 2000

Préparé par



PRISM

Pour Renforcement les Interventions en SR et MST/Sida

Kankan, novembre 2000

INTRODUCTION

PRISM a souhaité l'organisation dans chacune des régions administratives où il intervient d'un atelier de concertation réunissant tous les partenaires de terrain (Ministère de la Santé, ONG et Agences d'exécution) qui y sont actifs dans le domaine de la santé de la reproduction. Ainsi, il a été proposé que soit initié des réunions conjointes du groupe régional SR et du groupe régional IEC. La région de Kankan a abrité le premier atelier conjoint de concertation des groupes régionaux de travail SR/IEC. Cet atelier fait l'objet du présent rapport.

L'Inspection régionale de la santé de Kankan a donc invité les deux organes de coordination des activités en santé reproductive de la région: ERCOSAR (Equipe Régionale de Concertation en Santé Reproductive) et GRIEC (Groupe Régional IEC) pour tenir conjointement ledit atelier à Kankan, le 31 octobre et le 1^{er} novembre 2000. Les membres des deux groupes de travail ayant participé à cette session conjointe sont les représentants de l'Inspection régionale de santé (l'Inspecteur étant le Président), des DPS, du DED, de Save the Children, de PSI, de l'AGBEF et enfin de PRISM. Ainsi étaient présents l'ensemble des principaux partenaires actifs dans le domaine de la SR en Région Administrative de Kankan (voir liste jointe en annexe). Les travaux ont été présidés par L'Inspecteur Régional de la Santé de Kankan et facilités par senior staff de PRISM.

CONTEXTE

En mars de cette année, PRISM a procédé à l'évaluation à mi parcours de ses interventions en Guinée. Suite à cette évaluation une retraite de l'ensemble du personnel technique et administratif du Projet a eu lieu à Dalaba (mai). Puis, une proposition de plan d'action pour les deux prochaines années du Projet (4 et 5eme) a été préparée et présentée à l'USAID. Le début de la mise en œuvre de ce plan de continuation du projet coïncide avec la situation de crise prévalant depuis peu en Guinée Forestière, obligeant une suspension temporaire des activités du Projet dans cette région. Aussi, dans l'immédiat, les interventions de PRISM doivent se poursuivre et s'accroître dans les autres zones d'intervention du Projet que sont toute la région administrative de Kankan et la quasi totalité de celle de Faranah.

Au cours des années 1 à 3 de PRISM (1998-2000) l'accent programmatique a été mis sur le renforcement des aspects/volets suivants du système Guinéen de soins de santé primaire:

- PF
- IST
- SBC
- Communication pour le changement de comportement (CCC) ciblant les hommes et leaders
- Gestion des ME et contraceptifs
- Gestion du personnel

Au cours des deux prochaines années (années 4 et 5, soit 2000-2001 à 2002) PRISM, sans abandonner les éléments précédent de mettre l'accent sur ce qui suit :

- Survie de l'Enfant (SE) et PCIME
- Santé Maternelle et MSR
- Participation communautaire à la gestion des CS
- Système d'amélioration continue de la Qualité des Soins
- CCC ciblant les jeunes et les femmes

Ce recadrage des priorités programmatiques programmé de PRISM s 'effectue alors que l'environnement technique évolue favorablement dans certains domaines des SSP en général et de la SR en particulier en Guinée, notamment en ce qui a trait à ce qui suit :

- Démarrage récent de la PCIME ;
- Accélération du développement du programme national de MSR ;
- Validation du Paquet Minimum d'Activités du SSP à l'horizon 2005 ;
- Désignation de l'amélioration de la QSS comme priorité absolue par le MSP.

Enfin, des circonstances spécifiques à la RA de Kankan auront un effet certain sur la mise en œuvre des activités de renforcement de la SR, à savoir :

- Fin de l'appui de la DED à partir de janvier 2001 ;
- Démarrage en septembre 2000 de l'appui de ADRA en préfecture de Siguiri ;
- Poursuite de l'appui de Save de Children en préfecture de Mandiana.

BUT DE L'ATELIER

Le but de cette première conjointe ERCOSAR/GRIEC en RA de Kankan était de promouvoir une plus grande intégration des différentes interventions en SR sur le terrain.

OBJECTIFS GENERAUX

- 1- Etablir un cadre de concertation élargi pour les différentes partenaires ;
- 2- Obtenir une compréhension commune sur les stratégies/programmes nationaux et sur certaines approches techniques et opérationnelles de PRISM ;
- 3- Mettre à jour les différentes équipes préfectorales sur les orientations et interventions de PRISM dans la RA de Kankan ;
- + Etablir un plan d'action opérationnel intégré pour les prochains mois.

METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée pour traiter les différents thèmes a été participative s'appuyant sur les expériences du terrain. L'atelier a évolué en deux phases : d'abord, l'assise conjointe des deux groupes (ERCOSAR et GRIEC) pour passer en revue un ensemble de thèmes couvrant les domaines d'intervention prioritaires. Ces thèmes furent les suivant :

- Services à Base Communautaire (SBC),
- Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME),
- Maternité Sans Risque (MSR),
- Infections Sexuellement Transmissibles (IST),
- Campagne Jeunes,
- COPE (Client Oriented Providers Efficient),
- Supervision Facilitative et Supervision Intégrée Formative (SIF),
- Planification Familiale (PF),
- Re Dynamisation des Comités de Gestion des centres de santé (CoGes),
- Paquet d'intervention PRISM+.

La revue de chacun des thèmes s'est faite selon la méthodologie qui suit :

- Mise à niveau rapide de l'ensemble des participants sur le thème ;
- Présentation des réalisations et résultats obtenus à ce jour ;
- Présentation des activités et cibles de PRISM envisagés pour les deux prochaines années ;
- Discussions, échanges, débats :
 - Réalisations et plans d'actions des partenaires
 - Concertation et coordination
 - Choix des options(le cas échéants) et/ou classement des priorités
 - Questions / Réponses, clarifications.

Puis, l'ERCOSAR et le GRIEC, forts des orientations retenues et décisions prises, ont tenu chacun une session de programmation détaillée des activités de renforcement de la SR en RA de Kankan pour les prochains mois.

La modération des présentations et débats a été assurée par Monsieur l'Inspecteur Régional de la Santé de Kankan.

Pendant les débats, les points clés retenus ont été notés et les questions non résolues par les débats mis dans le « frigo ». La synthèse faite dans ce rapport porte essentiellement sur les points clés retenus lors des débats et le plan opérationnel de chaque groupe de travail.

SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE (SBC)

Résultats obtenus dans les quatre préfectures prioritaires de la 1^{ère} phase d'appui aux SBC dans la R.A. de KANKAN

	Kankan	Siguiri	Kouroussa	Kérouané	TOTAL
Personnes mobilisées dans les communautés villageoises	3253	5672	2702	1920	13547
Villages participants	45	31	25	30	131
Superviseurs SBC formés	18	12	10	11	51
dont :					
Chefs de centres	9	6	5	5	25
Agents PEV	9	6	5	6	26
Chargés SBC formés	1	1	1	1	4
Agents communautaires formés					
dont :					
Anciens	27	17	20	20	84
Nouveaux	19	16	5	10	50
dont Femmes	12	8	2	2	24

INTERVENTIONS A VENIR : Mise en œuvre de la seconde phase de la stratégie d'appui aux SBC

1/ Négociation et mise en œuvre des conventions de collaboration avec les partenaires de terrain

- ☞ AFRICAIRE ISMI à Dabola
- ☞ SAVE THE CHILDREN à Mandiana
- ☞ PSR/GTZ à Faranah
- ☞ ADRA à Siguiri

Options :

- ☞ Réunion spécifique de concertation (date)
- ☞ Mission de contact individuel du Coordinateur du Programme SBC

Décisions :

- Tenir rapidement une réunion d'harmonisation des interventions SBC en préfecture de Mandiana entre PRISM, Save the Children, IRS, DPS et AGBEF. Cette réunion permettra à chaque partie de situer sa responsabilité en terme de ressources techniques, matérielles et financières, de mise en œuvre et de suivi des interventions harmonisées.
- Comme la re dynamisation du réseau est déjà accomplie en préfecture de Siguiri et que ADRA y entreprend ses activités de démarrage la coordination avec ADRA n'a pas le même d'urgence qu'avec StC pour Mandiana. Néanmoins, au cours des trois prochains mois, il faudra établir les contacts réguliers et développer la coordination des activités à Siguiri avec Adra.

2/ Intégration de nouveaux produits SBC

Produits à envisager :

- ☞ Chloroquine
- ☞ Fer acide folique (FAF)

- ☞ Vitamine A
- ☞ Ivermectine
- ☞ Moustiquaire imprégné

Options :

- ➔ Choix des produits prioritaires selon les spécificités épidémiologiques de chaque préfecture
- ➔ Quels centres de Santé ?
 - ☞ Centres de Santé déjà intégrés via les réunions mensuelles au CS
 - ☞ Nouveaux Centres de Santé à intégrer à l'occasion des formations de AC
 - ☞ Centres de Santé pilotes pour essais initiaux d'intégration de nouveaux produits
- ➔ Se reposer sur ONGs ayant déjà intégré certains de ces produits et services dans leurs activités SBC (Hellen Keller Intl., Africare).

Décisions :

Perspectives d'intégration de nouveaux produits à distribuer par les AC. Notamment la vitamine A, le Fer Acide Folique (FAF), l'Ivermectine, la Chloroquine et les moustiquaires imprégnées. Les deux derniers doivent faire l'objet d'une plaidoirie auprès du Ministère de la Santé. Quant aux trois premiers, des consultations seront faites auprès des programmes spécifiques pour étudier la faisabilité. Il s'agira entre autres, Hellen Keller pour la vitamine A, le PEV/SSP/ME pour le FAF et le programme Onchocercose pour l'Ivermectine.

3/ Intégration SBC dans les nouveaux Centres de Santé ruraux PEV /SSP/ME

Un certain nombre de CS ruraux du MSP intégrés en PF ne disposent pas encore de réseaux SBC. En RA de Kankan il s'agit des CS ruraux qui suivent :

PREFECTURES	CENTRES DE SANTE
Kérouané	1. Linko
Kankan	2. Mamouroudou
	3. Boula
	4. Nantanina
Mandiana	5. Balandougouba
	6. Sansado
	7. Niandankoro
Siguiri	8. Niagassola
	9. Nabou
	10. Kiniebakoura
	11. Nounkounkan
	12. Siguirini
Kouroussa	13. Banfele
	14. Kiniero
	15. Douako
	16. Komola
	17. Doura
	18. babila

Décision :

Intégration des SBC dans les autres centres de santé ruraux intégrés en PF. Ceci implique de prévoir la mobilisation communautaire par un organisme relais (CENAFOD), la formation des

Superviseurs SBC (18x2 = 36), la formation des AC (18x5 = 90) et leur dotation en équipement et produits de santé.

4/ Elargissement du nombre d'Agents Communautaires dans le réseau existant (plus de 5 Agents Communautaires par Centre de Santé)

Jusqu'ici, la norme a été que CS rural dispose d'un réseau SBC de 5 AC et ce peu importe la taille de la population cible.

Option :

Corriger cette situation en augmentant le nombre d'AC des CS ruraux lorsqu'il y a lieu.

➤ Critères de choix : taille de la population cible, demande de la population, autres (?)

➤ Quels centres de santé ?

Centres de Santé SBC existants ? Oui

Nouveaux Centres de Santé ? Oui

Décision :

Procéder à l'augmentation rationnelle du nombre de villages SBC par Sous-préfecture en tenant compte de plusieurs facteurs comme la distance, l'accessibilité géographique, la densité de la population etc.

5/ Dispensation des contraceptifs oraux sans prescription préalable par les Agents Communautaires

Situation actuelle :

➤ La rigueur actuelle dans le suivi permet d'identifier les cas de dispensation des contraceptifs oraux par les AC sans prescription préalable.

➤ Il y a de tels cas en nombre important dans certaines sous-préfectures

Décision :

➤ Demander aux AT/SBC et Chargés SBC des DPS de relever les cas avec précision ;

➤ Recherche action sur les lieux pour tester un/des checklist/s avec les AC et les clientes ;

➤ Assurer à cette occasion que les cas problématiques sont dépistés et corrigés

➤ Communiquer les conclusions à l'autorité au MSP.

6/ Redéploiement des AT-SBC/AGBEF de la Guinée Forestière

Situation actuelle :

Les AT-SBC de l'AGBEF de la GF sont actifs en ce moment en HG dans le cadre de leur formation en attendant le démarrage des activités d'appui SBC en GF. Ils appuient donc les activités en RA de Kankan.

Options :

En cas de non normalisation immédiate de la situation en GF, alors :

➤ Maintien de ces agents en HG et redéploiement du dispositif selon les besoins ;

➤ Elargissement des Termes de références des AT (gestions des ME, SNIS, COGES,)

➤ Appui au démarrage des activités d'appui SBC en RA de Faranah ;

➤ Réduction de leur nombre suite à des contraintes réglementaires et/ou budgétaires

Pas de décision prise pour le moment et maintien en HG jusqu'à nouvel ordre.

7/ SBC alternatifs ?

Options :

- ☞ Centres de Santé urbains
- ☞ Universités
- ☞ Zones minières
- ☞ Projet coton

Décision :

Prévu mais pas au cours du prochain trimestre.

7/ Problèmes des SRO

Situation Actuelle

Toujours pas de décision de changement de prix de réapprovisionnement et de vente des SRO pour/par les AC.

Options :

- Poursuivre le plaidoyer auprès du MSP en démontrant la gravité des ruptures de stocks chez les AC ;
- Concertation entre MSP, PRISM et OSFAM pour analyser la faisabilité d'approvisionnement des AC en ORASEL.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Après les activités de renforcement de l'intégration de la prise en charge des IST mené par PRISM dans la RA de Faranah et à Gueckedou et compte tenu de la mise à la disposition des médicaments anti-IST par SIDA2 pour la RA de Kankan, il a été trouvé opportun d'y lancer sans délai cette activité.

Renforcement de la prise en charge des IST : Contexte et Justification

Intégration de l'Approche Syndronique par PNLs en 1996 à

Kérouané	5 Centres de Santé sur 8
Kankan	8 Centres de santé sur 16
Kouroussa	5 Centres de Santé sur 12
Mandiana	5 Centres de santé sur 10
Signiri	7 Centres de santé sur 14

60

Ainsi, dans la Région Administrative de Kankan 30 des 60 CSs sont considérés comme intégrés pour ce qui est de la prise en charge des cas de IST. Malheureusement, le niveau de la QSS dans ce domaine est généralement faible

- Traitement mal administré ,
- Risques accrus de développement de résistances aux traitements ,
- Pourcentage faible de contacts traités ;
- Suivi/supervision insuffisante ,
- Ruptures fréquentes de médicaments anti-MST

RÉPONSE DE PRISM ET DE SES PARTENAIRES.

Renforcement Intégration Approche syndromique.

- Alliance avec les partenaires clés . Sida2, GTZ/PSR, BM/PPSG ,
- Développement d'une stratégie opérationnelle commune de renforcement (voir séquence d'activité ci-dessous),
- Mise en œuvre de cette stratégie ,
- Activités dynamique de sensibilisation sur la prévention et sur la disponibilité des services ,
- Appui au système d'approvisionnement en médicaments essentiels et formation en gestion des médicaments essentiels ,
- Renforcement soutenu des compétences en supervision et amélioration du système de supervision.

**SEQUENCE "TYPE" DES ACTIVITES
POUR UNE COHORTE DES CENTRES DE SANTE**

ACTIVITES	
1	Identification des établissements ciblés
2	Elaboration et signature des conventions de collaboration
3	Enquête IP6 et IP7 pré-intégration dans les établissements ciblés
4	Formation des formateurs et superviseurs
5	Réunion d'information dans les sous-préfectures des établissements ciblés
6	Pré-positionnement des médicaments anti-IST, des supports IEC et de gestion du matériel de prestation
7	Formation des prestataires des établissements ciblés
8	Mobilisation communautaire post-formation
9	Suivi post-formation mensuel
10	Suivi post-formation trimestriel
11	Enquête IP6/IP7 Post-intégration dans les établissements ciblés

Par ailleurs, le projet SIDA2 est actif en Guinée et appui de multiple manières le PNL S C'est un projet

- sous régional en Afrique de l'Ouest ,
- présent et actif en Guinée ,
- qui a mené les recherches qui ont conduit à la mise à jour des algorithmes de traitement,
- qui effectue des contrôles réguliers de la qualité des médicaments anti-MST que l'on trouve en Guinée;
- et qui œuvre au renforcement des compétences des superviseurs et des prestataires

PRISM s'est associé à SIDA 2 pour renforcer la prise en charge des IST dans sa zone d'intervention et ainsi compléter les efforts entrepris il y a quelques années par le PNL S

Compte tenu de tout ceci, les points suivants sont retenus :

- Choix des sites supplémentaires Les critères de choix ont été définis notamment la situation épidémiologique, la densité de la population, la proximité à la frontière à une zone minière ou à un axe routier, la capacité d'autofinancement du centre de santé, l'opérationnalité de la DPS. Le choix de ces sites supplémentaires sera fait de concert avec PRISM, IRS et les DPS.

LISTE DES CS CIBLES POUR RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES IST EN RA DE KANKAN : 1ERE COHORTE

REGION ADMINISTRATIVE DE KANKAN	
Kérouané	CSU
	Banankoro
	Kossankoro
Kankan	Kabada
	Salamani
	Batenafadji (*)
Mandiana	CSU (*)
	Kinieran (*)
	Saradou (*)
Siguiri	Doko
	Kitinian
	Siguirikoro (*)
Kouroussa	CSU (*)
	Kiniero (*)

(*) CSs ajoutés à la cohorte suite à la suspension des activités en GF

- Formation des superviseurs et des prestataires à la prise en charge syndromique des IST avec dotation initiale en médicaments anti-IST. Ces superviseurs doivent veiller à la formation sur le tas des nouveaux agents en cas de mutation des agents déjà formés.
- Restitution des résultats de l'enquête IP6 et IP7
- Prévoir un atelier de réflexion sur les IST et l'hôpital
- Mettre en place le mécanisme de suivi et d'évaluation

COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

« CAMPAGNE JEUNES »

Les résultats de l'enquête narrative réalisée par le volet IEC de PRISM (en juin dernier) a révélé les problèmes de santé des jeunes liés à la prévalence élevée des IST-SIDA et des grossesses non désirées. D'où la programmation de la campagne de sensibilisation des Jeunes dont le slogan est : « Jeunes ! Mon Droit : l'Information ; Mon Devoir : l'Abstinence ou la Capote »

Les cibles retenus pour cette campagne sont :

Cibles primaires : Jeunes de 15 à 24 ans

Cibles secondaires : Les parents et les prestataires des services de santé

Les lieux ciblés sont : les maisons de coiffure, de couture, atelier de mécanique, les écoles, les bars café et grains de thé, les boites de nuits, les centres de santé etc.

Les activités suivantes sont prévues ou sont en cours :

- Test du slogan auprès des leaders
- Formation des pairs éducateurs
- Préparation des matériels IEC
- Exécution de la campagne :
 - journées de consultation des jeunes dans les centres de santé, mise en place des troupes théâtrales pour la diffusion des messages, distribution des matériels IEC.
 - Contacts avec les APAE pour faciliter le dialogue Parents-Enfants
- Evaluation de la campagne
- Activités de maintenance post-campagne

Notes de présentation

PLAN DIRECTEUR DE LA CAMPAGNE POUR LES JEUNES

PROBLEMES IDENTIFIES :

- Prévalence des IST/SIDA;
- Prévalence des grossesses non désirées.

GROUPES CIBLES :

- Primaire: Jeunes de 15 à 24 ans, filles et garçons.
- Secondaire : Parents et prestataires de service.

Objectifs de la campagne :

- Cognitifs

➔ Comportementaux.

LE SLOGAN DE LA CAMPAGNE POUR LES JEUNES

Jeune !!!

Mon droit, l'information

Mon devoir, l'abstinence ou la capote

PLANS D'ACTION REGIONAUX DE LA CAMPAGNE DES JEUNES

➔ Pré campagne

➔ Exécution de la campagne

➔ Evaluation de la campagne

➔ Activités post campagne ou maintenance

OU EN SOMMES-NOUS ?

Pré campagne

Activités déjà réalisées

- Restitution de l'atelier de N'zérékoré aux partenaires dans chaque préfecture ;
- Prise de contact avec les groupes cibles ("à l'écoute des jeunes, parents et prestataires")
- Pré Test du slogan auprès des jeunes.
- Identification des points de regroupement des jeunes

Activités en cours de réalisation

- Pré test du slogan auprès des leaders communautaires (religieux, administratifs, politiques, etc.)
- Identification et formation des paires éducateurs
- Réunion de plaidoyer avec le groupe cible
- Préparation cassettes audio et vidéo sur les IST/SIDA et les grossesses non désirées
- Appui aux troupes communautaires ;
- Production du matériel IEC et promotionnel ;

Exécution

- Plaidoyer et réunions communautaires
- Programme radio
- Appui aux activités initiées par les jeunes (micro projet)
- Appui aux activités sportives
- Soirées promotionnelles et jeu d'invisibilité
- Mamaya
- Points de dissémination des messages : maisons de couture, de coiffure et mécanique
- Réunion avec les Agents Communautaires
- Rencontre avec les chargés et Assistants techniques SBC et IEC

Evaluation

Evaluation de la campagne pour les jeunes

Maintenance ou activités Post-Campagne

- Poursuite des activités efficaces après l'évaluation

SURVIE DE L'ENFANT (SE) / PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)

Avec l'accord du MSP, PRISM est prêt à appuyer la mise en œuvre de la PCIME dans une Préfecture de la région de Kankan au cours de la phase pilote; et œuvrer dans l'amélioration de la qualité des prestations dans le domaine de la survie de l'enfant. A cet effet, certaines activités ont été retenues :

- Identification d'une préfecture pilote pour l'intégration de la PCIME par les autorités sanitaires de la région. Des critères de choix ont été définis (bonne gestion des médicaments, bonne structuration communautaire, critère épidémiologique, engagement de la DPS). PRISM et l'IRS de Kankan feront un plaidoyer auprès du MSP pour l'adoption de la préfecture retenue. Ainsi, cette préfecture fera partie des 4 retenues par le niveau central (MSP) pour l'intégration de la PCIME dont le démarrage suivra le programme national.

Dans les autres préfectures « non-PCIME », l'amélioration de la qualité des prestations en survie de l'enfant va porter sur :

- La rédaction/adaptation du curriculum de formation des prestataires de santé / agents communautaires ;
- La formation de prestataires de santé / agents communautaires en SE;
- La dotation au besoin de matériel et équipement nécessaire à la SE ;
- L'introduction de l'approche Enfant pour Enfant (EPE) pour la vaccination dans la préfecture de Kankan ;
- Le renforcement des compétences des superviseurs des prestataires en SE ;
- Le suivi et l'évaluation.

Notes de Présentation

PCIME = « Prise en charge Intégrée des maladies de l'enfant »

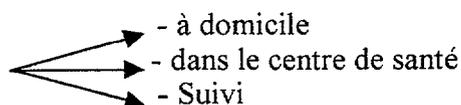
1) Prise en charge d'un enfant qui :

Centre de Santé - tousses { - a de la fièvre
- a de la diarrhée
- présente des signes de danger

2) Démarche de la prise en charge : Evaluer

Classer

Traiter



3) Démarche pour l'implantation de la PCIME

1. Analyse de la situation
2. Journée d'orientation
3. Atelier de planification
 - ❖ Plan d'action détaillé, budgétisé
 - ❖ Choix des districts pilotes
4. Revue des différentes " politiques " et adaptation par rapport à la PCIME
5. Adaptation du curriculum au pays
6. Formation des formateurs
7. Formation des prestataires et des relais communautaires
8. Faire le suivi des activités
9. Evaluer la première phase
10. Planifier l'expansion

QUESTIONS STRATEGIQUES PAR RAPPORT A LA PCIME

1) **Districts pilotes retenus par MSP dans zone PRISM:**

- Dabola
- Kissidougou

2) **Autres sites :** Renforcement de la compétence des prestataires en survie de l'enfant

- Curricula à adapter (décembre 2000 – ou ASAP)
- EPE pour la vaccination

3) **Critères de sélection des "DPS pilotes"**

1. Bonne gestion des médicaments essentiels
2. Existence d'une structuration communautaire
3. Volonté politique de la DPS
4. Critères épidémiologiques

SANTÉ MATERNELLE (SM) ET MATERNITÉ SANS RISQUE (MSR)

PRISM s'est déjà engagé auprès du MSP à appuyer la réplique dans une préfecture de la région de Kankan de l'approche de renforcement de la MSR telle que développée à Dabola. La préfecture de Kankan a déjà été désignée à cet effet. PRISM pourrait éventuellement déployer la MSR dans une seconde préfecture en RA de Kankan si les activités demeurent suspendues en HG.

Les activités suivantes SM/MSR ont été retenues :

- L'identification de la seconde préfecture par les autorités sanitaires de la région de Kankan. Les critères de choix ont été définis (présence d'un gynécologue, bonne structuration communautaire, bonne gestion des médicaments, critères épidémiologique).
- Mise en œuvre du paquet d'intervention MSR dans la (les) préfecture(s) choisie(s) et compléments d'interventions dans les autres préfectures où les partenaires sont à mettre en œuvre la MSR (à définir).
- Elaboration/adaptation du curriculum de formation des prestataires de santé et des accoucheuses villageoises (AV). La participation de DED a été souhaitée.
- Sensibilisation communautaire (MURIGA, identification des personnes relais et AV)
- Formation / équipements des prestataires de santé des CS ciblés MSR et PRISM+ et des AV dans les préfectures MSR ciblées par PRISM.
- Introduction de l'Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) à l'Hôpital Régional
- Renforcement des compétences des superviseurs en SM.
- Suivi / évaluation

Notes de Présentation

A compléter

PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

Compte tenu de l'exhaustivité de l'intégration de la PF dans les structures sanitaires, PRISM n'envisage pas pour l'instant de nouvelles formations de prestataires de santé en PF.

Cependant, les efforts seront réorientés vers le suivi des activités PF dans les structures intégrées et le renforcement de ces activités à travers le réseau SBC.

Notes de Présentation :

RÉSULTATS INTEGRATION EN PF	
Kouroussa	12 sur 12
Kérouané	8 sur 8
Mandiana	11 sur 11
Siguiri	14 sur 14
Kankan	<u>14 sur 16</u>
TOTAL	59 sur 61

INTEGRATION PF PAR INTERVENANT	
	32 Centres de Santé par FAMPOP dont
	7 Centres de Santé réintégrés par PRISM
	24 Centres de Santé par PRISM
	3 Centres de Santé par Save The Children
	2 Centres de Santé non intégrés jusqu'ici
TOTAL	61 Centres de Santé

- ❖ Extension réseau SBC dans nouveaux Centres de Santé
- ❖ Intégration nouveaux Centres de Santé PEV/SSP/ME
- ❖ Réintégration
- ❖ Protection/Préservation de l'intégration

COPE (Client oriented, Providers efficient) et SUPERVISION FACILITATIVE (SF)

Le COPE étant un outil d'amélioration continue de la qualité des soins, il est apparu la nécessité de l'adapter aux réalités guinéennes. Cet outil sera introduit dans tous les sites PPSPF, PCIME, MSR (hôpital et CS) de la région administrative de Kankan. La formation des superviseurs de ces sites en techniques de supervision facilitative sera réalisée en vue d'un meilleur suivi des activités. Les activités retenues sont les suivantes :

- Adaptation des questionnaires d'auto-évaluation du COPE. Tenir compte de la supervision intégrée formative (SIF) déjà pratiquée dans la région de Kankan grâce à l'appui du DED.
- Formation des facilitateurs
- Introduction du COPE dans les sites identifiés
- Poursuite de la SIF
- Formation des superviseurs en techniques de supervision facilitative
- Suivi / évaluation du COPE et de la supervision facilitative

Notes de Présentation

A compléter

195

REDYNAMISATION DES COMITES DE GESTION (CoGes)

La re dynamisation des comités de gestion des centres de santé est une des activités ciblées par PRISM pour améliorer la participation communautaire tel que recommandée par l'initiative de Bamako. Les points retenus à ce sujet sont les suivants :

- Réalisation d'une enquête sur le CoGes
- Restitution des résultats de l'enquête sur le CoGes
- Re-mobilisation communautaire dans les Sous-préfectures ciblées
- Démarrage de la re dynamisation du CoGes à travers le COPE
- Suivi des activités

**POINTS DE PRESTATION DE SERVICES PLEINEMENT FONCTIONNELS
(PPSPF)
PAQUET D'INTERVENTIONS DE PRISM « PRISM PLUS »**

La notion de Points de Prestation de Services Pleinement Fonctionnels (PPSPF) a été clarifiée à l'occasion d'une présentation faite sur PowerPoint au profit des participants (voir diapos PPSPF en annexe)

Les facteurs internes et externes indispensables à la mise en place des PPSPF étant complexes, un nombre de centres de santé remplissant certaines conditions préalables pour recevoir tout le paquet d'intervention de PRISM, appelé « PRISM plus », ont été ciblés par les autorités sanitaires régionales depuis 1999.

Les critères de sélection utilisés alors étaient les suivants :

- Personnel présent et formé à la base dans les divers volets PEV/SSP/ME
- Disponibilité des fournitures et matériel de base pour délivrer le PMA
- Infrastructure suffisante et adéquate
- Site intégré dans le système de SSP
- Système en place pour gérer ressources et activités

Les CS retenus sont :

PRISM+, 1ère Cohorte R.A. de KANKAN	
Kérouané	CSU
	Banankoro
	Kossankoro
Kankan	Kabada
	Salamani
Mandiana	CSU (*)
Siguiri	Doko
	Kitinian
Kouroussa	CSU (*)

(*) CS ajouté suite à la recommandation de la revue interne mi-parcours préconisant que toutes les DPS de la zone d'intervention soient impliquées dans la mise en œuvre des interventions PRISM+.

Ce paquet d'intervention PRISM+ comporte les éléments suivants :

- Intégration Cope ;
- Re Dynamisation des COGES ;
- Supervision Formative et Formation sur le tas par les équipes préfectorales de supervision en
 - Soins obstétricaux de base et d'urgence et CPN
 - PEV
 - Soins aux enfants
 - PF et prévention IST
 - Traitement des IST
 - Prévention des infections
 - CIP/C,

199

- SIG,
- Gestion des ME, des finances et du personnel.
- Formation classique (au besoin) dans les mêmes domaines
- Intégration prise en charge des IST par l'approche syndromique
- Allocation des lots initiaux de médicaments (assurés par partenaires)
- Attribution de matériel complémentaires (mobilier, équipement médical, matériel IEC, outils SIG, radios, etc.)
- Intégration PCIME dans préfectures ciblées
- Renforcement selon programme MSR dans préfectures ciblées

Important

Les CS des préfectures ciblées pour la PCIME et pour la MSR recevront pratiquement toutes les interventions inscrites au paquet PRISM+

Ainsi, en RA de Kankan environ 30 CS bénéficieront de ces interventions.

Nous espérons que la majorité de ces CS atteindront à l'aide de ces interventions un niveau adéquat de fonctionnalité compte tenu de la situation d'ensemble des SSSP en Guinée et que leur taux d'utilisation par la population s'en trouve fortement augmenté. Le PPSPF, en terme absolue, est un idéal vers lequel il faut tendre.

190

LISTE DES ANNEXES

- I Plan d'Action ERCOSAR Kankan, Novembre 2000 à Avril 2001
- II Plan d'Action GRIEC
- III Zone d'Intervention de PRISM
- IV Recommandations
- V Points dans le Frigo
- VI PPSPF : diapositives PowerPoint
- VII Liste des Participant

Annexe I

SYNTHESE ERCOSAR

PLAN D'ACTION PRISM

N°	ACTIVITES	NOV	DEC	JAN	FEV	MAR	AVRL	RESPONSAB
	SURVIE DE L'ENFANT/ PCIME							
1	Identification préfecture pilote	----						
2	Rédaction/ Adaptation Curriculum de formation/ Prestataires des sites non-PCIME			-----				
3	Formation des prestataires et équipement				-----			
4	Introduction approche E.P.E.		-----	-----	-----	-----	-----	
5	Suivi / Supervision			-----	-----	-----	-----	
	SANTE MATERNELLE / M.S.R.							
1	Identification de 2 Préfectures pilotes	-----						
2	Elaboration / Adaptation Curriculum de formation prestataires et A.V.			Prest -----		A.V. -----		
3	Formation prestataires / équipement				-----			
4	Formation A.V. / équipement						-----	
5	Sensibilisation communautaire (MURIGA ;Personnes relais ;choix A.V.)		-----	-----				
6	Introduction A.M.I.U.			-----	-----	-----		
7	Suivi / Evaluation					-----	-----	
	I.S.T. / SIDA							
1	Formation superviseurs	27--	-1					
2	Formation prestataires / Dotation M.E/ équip		18— 22			-----		
3	Restitution enquête IP6 et IP7			-----				
4	Atelier de réflexion I.S.T. Hôpital		1—2					
5	Suivi post-formation				-----	-----	-----	
	SERVICE A BASE COMMUNAUTAIRE							
1	Réunion de concertation (IRS ;AGBEF ;PRISM ; S.T.C.)	14 ---						
2	Formation superviseurs					-----		
3	Mobilisation communautaire					---	-----	
4	Formation des A.C. / équipement, dotation M.E.						-----	
5	Redéploiement des A.T.	-----						
6	Introduction nouveaux produits/activités (chloroquine,pilules moustiquaires) plaidoyer			-----	-----			
7	Suivi / évaluation						--	

Annexe I

N°	ACTIVITES	NOV	DEC	JAN	FEV	MAR	AVRL	RESPONSAB
	COPE / SUPERVISION FACILITATIVE							
1	Adaptation des questionnaires d'auto-évaluation	15 ---						
2	Formation des facilitateurs	---			---			
3	Introduction du COPE				---			
4	Formation en technique de supervision						--	
5	Poursuivre la S.I.F.	----		---	-----	-----	-----	
6	Suivi / évaluation			-----	-----	-----	-----	
	PLANIFICATION FAMILIALE							
1	Suivi des sites intégrés	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
	COMITE DE GESTION (COGEST)							
1	Continuer l'enquête sur les COGESTS	-----						
2	Restituer les résultats de l'enquête			-----				
3	Remobilisation communautaire (cogest)				-----	-----	-----	
4	Suivi / évaluation						-----	

MSP

IRS : *KANKAN*DPS : *KANKAN***Plan d'action trimestriel****NOV – DEC /00 – JANV /01**

ACTIVITES	PERIODE		
	Novembre	Décembre	Janvier
Finalisation du pré test du slogan de la campagne auprès des <u>LR</u> et <u>LC</u>	S2		
Dépôt des boîtes aux lettres dans les écoles pour le recueil des avis des jeunes sur la SR.	S2		
Enquête sur la perception des jeunes vis à vis des comportements responsables.	S3		
Contact avec les responsables des APEAE	S4		
Réunion d'orientation des jeunes en association	S4		
Réunion avec les troupes théâtrales scolaires.	S4		
Réunion avec les responsables des sères jeunes	S4		
Réunion d'orientation des responsables les SCF/AT	S4		
Célébration de la journée de lutte contre le SIDA avec l'appui des associations des jeunes		S1	
Réunion avec les responsables des équipes sportives		S1	II.1

Session conjointe ERCSAR/ GRIEC de la R.A. de Kankon - Nov. 2000

202

Annexe II

Réunion d'orientation des pairs éducateurs		S1	
Adaptation du curriculum de formation des pairs éducateurs		S2	
Réunion de concertation du groupe régional IEC		S2	
Formation des pairs éducateurs		S3 S4	
Visite dans les sites PPSPF/ Kankan.			S1
Plaidoyer auprès des APEAE, Autorités/Politiques, Administratives et Régionales.			S2 S3
Préparation du lancement de la campagne multimédia Jeunes			S4
Préparation des programmes radio rurale.		S2 S3	

MSP
IRS KANKAN
DPS MANDIANA

Plan d'action trimestriel Novembre - Décembre 00 - Janvier 01

ACTIVITES	PERIODE		
	Novembre	Décembre	Janvier
1 - Recensement des points de rencontre des jeunes (25 points)	S1 - S2		
2 - Identification des pairs éducateurs (suite) (5 pairs)	S1 - S2 - S3		
3 - Prise de contact avec les DPE pour définir des axes d'implication des APEAE en matière de santé reproductive des jeunes (3 rencontres)	S4	S2	S2
4 - Implication des CVS/COGES dans la sensibilisation des jeunes (73 CVS et 11 COGES)	S1 - S2 - S3 - S4	S1 - S2 - S3 - S4	S1 - S2 - S3 - S4
5 - Identification des troupes de théâtre (3 troupes)	S4		
6 - Préparation des troupes de théâtre			S1 - S2 - S3 - S4
7 - Réunion d'orientation des DSPJ (12)		S3 - S4	S3 - S4
8 - Implication de l'APROFIG dans la sensibilisation	S2 - S3	S2 - S3	S3 - S4
9- Séances de sensibilisation dans les points de regroupement des jeunes y compris les CS/PS (75 séances)	S4	S1	S1

ACTIVITES	PERIODE		
	Novembre	Décembre	Janvier
Recensement de 20 points de rencontre des jeunes (Sigui centre)	S2		
Présentation publique du slogan			S1
Prise de contact avec la DPE (définir les axes de collaboration avec les APEAE)		S1 - S2	
Prise de contact avec 9 COGES	S1	S2	S2
Assistance à l'APROFIG pour la sensibilisation des jeunes filles des collèges	S3		S4
Recensement de 4 associations de jeunes		S4	
Organisation des rencontres sportives	S4		
2 projections de film SR			S2
Identification des pairs éducateurs dans les sous préfectures		S3	
Célébration de la journée mondiale de lutte contre le sida	S1		
Formation des pairs éducateurs	S3		

PLAN D'ACTION TRIMESTRIEL
PREFECTURE : KEROUANE
Annexe II
Novembre - Décembre 00 / Janvier 01

ACTIVITES	PERIODE											
	Novembre				Décembre				Janvier			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Formation des pairs Educateurs							S3					
<i>PRESENTATION PUBLIQUE DU SLOGAN/ JEUNES</i>		S2										
Organisation des réunions de concertation avec les parents d'élèves (APEAE)			S3						S1			
Organisation de (8) réunions de concertation avec 2 groupements féminins pour le lancement de la campagne.									S2			
Identification de point de regroupement de jeunes.						S2		S4				
Organisation de concertation avec les responsables des points de regroupement (café bar, sèrè etc.).						S2		S4				
Réunion de concertation avec APROFIG sur la campagne.					S1							
Réunion d'information avec la troupe théâtrale sur les objectifs et le slogan de la campagne jeune.								S4				

MSP

IRS KANKAN

DPS Kouroussa

Plan d'action trimestriel Kouroussa Nov - Déc - 00 / Janv 01

ACTIVITES	PERIODE		
	Novembre	Décembre	Janvier
0 - Restitution de l'atelier et présentation du plan d'action	S2		
1 - Recensement des lieux de rencontre des jeunes (bar - café, dancing, atelier de coiffure etc.)	S4		
2 - Prise de contact avec les partenaires (APROFIG, bibliothèque, Corps de la paix, DPJ, DPE, équipe de foot, APEAE)		S2 et S3	
3 - Formation des pairs éducateurs (Zone urbaine et rurale)			S2
4 - Formation des responsables des ateliers de couture, coiffure, les filles du centre NAFA (Zone urbaine et rurale)			S3
5 - Organisation des rencontres de foot - ball			S3
6 - Préparation d'une production théâtrale pour la diffusion de messages			S3
Recherche et	ERCOSAR / GRIEC de la R.A. de Kankan - Nov. 2000		IL6
Evaluation			S4

ZONE D'INTERVENTION DE PRISM

PREFECTURES

HAUTE GUINEE	REGION ADMINISTRATIVE DE KANKAN	Kankan Kouroussa Mandiana Sigouri Kérouané
	REGION ADMINISTRATIVE DE FARANAH	Faranah Dabola Dingiraye Kissidougou
	REGION ADMINISTRATIVE DE NZEREKORE	Nzerékore Lola Yomou Beyla Guéckédou Macenta
GUINEE FORESTIEREE		

RECOMMANDATIONS Complémentaires

➔ LES IST

☞ Possibilité d'élargir la première cohorte selon critères définis

- Situation épidémiologique
- Importance de la population
- Proximité par rapport à la frontière et/ou zone minière
- Grands axes routiers
- Lieu de stationnement des camionneurs
- Accessibilité par rapport à un lieu de référence
- Equité entre les préfectures
- Possibilité de suivi post formation (mensuel) jusqu'à 6 mois au moins
- Viabilité du Centre de Santé (financière)

☞ Assurer la formation du personnel par les superviseurs toutes les fois qu'un agent est muté

☞ Nécessité d'une supervision des aspects gestion pour maintenir la viabilité des Centres Santé

☞ Prochaine étape : formation des superviseurs

☞ Journée de concertation avec les hôpitaux

IEC (C.C.C)

☞ Autres points de diffusion des messages comme les café et les grains de thé

☞ Canaux de Collaboration avec toutes les ONG de terrain

- APROFIG
- CAE (Kouroussa)
- Autres associations de jeunes crédibles à identifier
- Routiers
- Professeurs de biologie
- CVS Mandiana

PCIME

☞ Faire un plaidoyer auprès du Ministère pour le choix d'une préfecture pilote dans la région de kankan

DANS LE « FRIGO »

PCIME

☞ Critère supplémentaire pour le choix de préfecture pilote

- préfecture sans aucune assistance ?

SBC

☞ Système d'intégration des résultats des activités des Agents Communautaires et OSFAM dans le monitoring

☞ Explorer l'éventualité d'approvisionner les Agents communautaires par OSFAM

Annexe VII

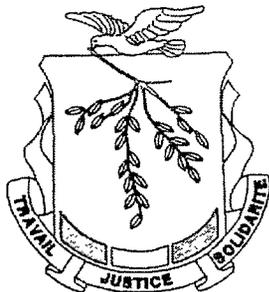
LISTE DES PARTICIPANTS

N°	Noms et Prénoms	Fonction /Organisation	Provenance
1	Dr Oumar TOURE	Chef section SSP DPS Siguiri	Siguiri
2	Aminata CAMARA	CPN-PF CSU Kérouané	Kérouané
3	Bamba Mady CAMARA	AT/SBC/ AGBEF	Siguiri
4	Sonah KANDE	CPN/PF CSU Kouroussa	Kouroussa
5	Facely CONDE	Animateur PF	Kouroussa
6	Dr Koulouba KALIVOGUI	DPS DPS Kouroussa	Kouroussa
7	Dr Paul Faya KADOUNO	Medecin chef Maternité Hôpital Mandiana	Mandiana
8	Facely KOUROUMA	Conseiller Save The Thildren Mandiana	Mandiana
9	Damou Rahim KEITA	Conseiller Save The Thildren Mandiana	Mandiana
10	Boubacar CAMARA	Chef centre de Santé Kinieran	Siguiri
11	Dr Pascal CAMARA	Hôpital Mandiana	Mandiana
12	Dr Seny CONDE	DGI Hôpital de Kankan	Kankan
13	Dr Abdoul BALDE	Coordinateur volet gestion PRISM Kankan	Kankan
14	Augustin WAMNO	Chargé de la SR DPS Kankan	Kankan
15	Doré Nianga MATHO	Chef d'antenne PSI/OSFAM Guinée Forestière	Nzérékoré
16	Dr Sékou CONDE	CR/SR/Gestion PRISM Nzérékoré	Nzérékoré
17	Dr DIALLO Amadou Bella	Chef d'antenne PSI/OSFAM Kankan	Kankan
18	Niankoy Pascal DOUALAMOU	AT/SBC/AGBEF	Beyla
19	RABELAHASA Eléonore	Conseillère en QS	Faranah
20	Dr SOW Ousmane	Inspecteur Régional Santé	Région de Kankan
21	Dr Oumar DIAKITE	Chargé formation IRS	Kankan
22	Alain JOYAL	Directeur PRISM	Conakry
23	Dr Bocar DEM	CQS PRISM	Kankan
24	Dr Faya KOUNDOUNO	Chirurgien Hôpital	Kankan

Annexe VII

25	Dr Youssouf DOUMBOUYA	Conseiller gestion PRISM	Conakry
26	Dr célestin GOUMOU	Pharmacien Conseiller gestion PRISM	Faranah
27	Guillaume BAKADI	Responsable IEC PRISM	Kankan
28	Michel HABA	Coordinateur IEC PRISM	Conseiller gestion
29	DIALLO Tanou	Représentant régional PRISM	Kankan
30	Amiata KABA	Coordinateur IEC PRISM	Kankan
31	Dr KEITA Namoudou	Coordinateur Programme SBC	Kankan
32	KANTA Siaka	Chauffeur DPS Kouroussa	Kouroussa
33	DOUMBOUYA Souleymane	Chauffeur DPS Siguiri	Siguiri
34	Kamoko CAMARA	Chauffeur DPS Mandiana	Mandiana

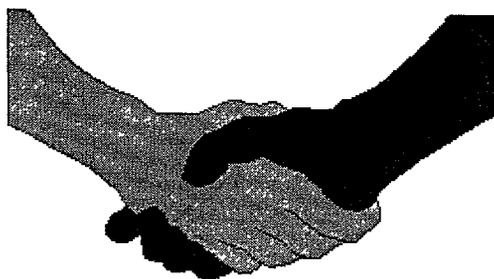
ANNEX 9 (*Rapport convention de partenariat*)



République de Guinée

Ministère de la Santé Publique

CONVENTION DE PARTENARIAT



**Renforcement de la prise en charge des IST
en Région Administrative de Kankan**

Novembre 2000

PREAMBULE:

Les données récentes le confirment : les conséquences de l'épidémie du VIH/SIDA vont bien au-delà de ce que l'on avait pensé initialement. Les actions entreprises au cours de la décennie écoulée n'ont pas été à la mesure du problème et sont bien loin de répondre aux besoins actuels. Grâce aux outils dont on dispose aujourd'hui, il est possible de prévenir la transmission du VIH et ses conséquences personnelles et sociales dévastatrices. Le VIH/SIDA ne peut plus être considéré comme un problème exclusivement sanitaire, mais doit être vu comme un problème aigu de développement, qui menace le progrès économique et social des nations et des communautés africaines.

Dans de nombreux pays d'Afrique, le VIH/SIDA est devenu une épidémie complexe, qui aggrave et accentue l'extrême pauvreté affectant la plus grande partie du continent et réduit à néant des décennies de progrès social et économique. Plus de 24 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH et le SIDA et l'ONUSIDA estime que 150 millions d'Africains sont directement ou indirectement touchés par l'épidémie. Avec deux millions de décès en 1998, le SIDA est devenu la maladie la plus meurtrière. L'an dernier en Afrique, il s'est produit quatre millions de nouvelles infections à VIH. Dans les pays les plus touchés, plus d'un quart de la population adulte est infectée.

En Guinée, la situation est loin d'être dramatique, mais elle est préoccupante. Au 30 septembre 1999, 5307 cas cumulés de Sida ont été notifiés. La moyenne d'âge des patients est passée de 39 ans en 1989 à 26 ans en 1998 et le sexe ratio est passé de 8 hommes pour une femme à 2 pour 1,5 (PNLS, 1999).

L'une des stratégies adoptée par la Guinée pour faire face à l'épidémie de VIH/Sida est la lutte contre les IST. L'objet visé par la lutte contre les IST en Guinée est d'assurer un contrôle des IST par le biais des réseaux de Soins de Santé Primaires, en utilisant l'approche syndromique, en priorisant les groupes à haut risque et en tendant vers un autofinancement de fonctionnement.

Pour atteindre cet objectif, les intervenants ci-après désignés ont décidé, sous la coordination du Programme National de lutte contre les MST/SIDA (PNLS) de créer un partenariat. Il s'agit de:

- 1- Projet d'Appui à la Lutte Contre le Sida en Afrique de l'Ouest (**SIDA 2**) financé par l'ACDI;
- 2- L'Inspection Régionale de la Santé de la Région Administrative de Kankan (**IRS-Kankan**) ;
- 3- **PRISM** – Pour le Renforcement des Interventions en Santé de la Reproduction et MST/SIDA financé par l'USAID ;
- 4- Projet Population et Santé Génésique (**PPSG**) financé par la Banque Mondiale ;
- 5- Projet Santé de la Reproduction (**PSR**) financé par la GTZ .

La présente convention régit ce partenariat.

Objet de la Convention:

Le présent partenariat a pour objet de renforcer les activités de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles du système de soins de santé primaires en Région Administrative de Kankan et ce selon les approches et stratégies préconisées par le PNLS.

Zone Couverte :

La zone couverte dans le cadre du présent partenariat est constituée par les 5 préfectures que comporte la Région Administratives de Kankan.

Sites de Prestation ciblés

D'un commun accord et en concertation avec les autorités sanitaires locales, les partenaires ont défini la liste des CS constituant la première cohorte des sites devant bénéficier des activités de renforcement de la prise en charge syndromique des IST dans la RA de Kankan. Les sites de références, c'est à dire l'Hôpital Régional ainsi que les 4 Hôpitaux Préfectoraux, sont inscrits à liste. Il s'agit de :

REGION ADMINISTRATIVE DE KANKAN	
Kérouané	CSU (*)
	CS Banankoro (*)
	CS Kossankoro (*)
	Hôpital Préfectoral
Kankan	CS Kabada (*)
	CS Salamani (*)
	CS Batenafadj
	Hôpital Régional
Mandiana	CSU
	CS Kinieran
	CS Saradou
	Hôpital Préfectoral
Siguiri	CS Doko (*)
	CS Kitinian (*)
	CS Siguirikoro
	Hôpital Préfectoral
Kouroussa	CSU
	CS Kiniero
	Hôpital Préfectoral

Nombre de sites de prestation = 14 CSs et 5 Hs

(*) = CSs ciblés pour l'enquête IP6/7

La liste des sites ciblés inscrits à la présente convention peut être modifiées à tout moment à l'aide d'un avenant signé par les partenaires

Activités Inscrites au Programme

1.	Identification des établissements ciblés
2.	Elaboration et signature de la convention de partenariat
3.	Enquête IP6/7 pré-renforcement / intégration
4.	Formation des formateurs et superviseurs (1 x DPS, 2 x Hôpital, 2 x IRS) à la prise en charge syndromique des cas de IST.
5.	Formation des formateurs et superviseurs (1 x DPS, 2 x Hôpital, 2 x IRS) à la Supervision Formative (Facilitative).
6.	Réunion d'information dans les sous-préfectures des établissements ciblés
7.	Pré-positionnement des médicaments anti-IST, des supports IEC et de gestion, et du matériel de prestation
8.	Formation des prestataires des établissements ciblés en prise en charge des IST par l'approche syndromique (2 x CS)
9.	Mobilisation communautaire post-formation (remise des médicaments)
10.	Formation des Chefs de Centres et des Responsables de Pharmacie en gestion des médicaments essentiels
11.	Introduction du COPE dans les sites de prestation ciblés
12.	Suivi post-formation mensuel jusqu'à atteinte d'un taux d'adéquation suffisant (durée <= à 6 mois)
13.	Enquête IP6/7 post-renforcement / intégration
14.	Supervision Formative (Facilitative) régulière

Engagements respectifs des partenaires:

1- Le Programme National de lutte contre les MST/Sida (PNLS)

- Assure la coordination d'ensemble du partenariat ;
- Appui le partenariat par des interventions et représentations appropriés auprès des divers services du MSP ou d'autres ministères et auprès des organismes et agences concernés ;
- Participe selon sa disponibilité aux différentes activités prévues en y déléguant une (des) personne(s) ressource(s) ou observateur(s) (exemples : formation, suivi, supervision, évaluation).

2- L'Inspection Régionale de la Santé de Kankan (IRS-Kankan)

- Assure la coordination d'ensemble des activités dans la RA ;
- Appui le partenariat par des interventions et représentations appropriés auprès des divers services du MSP ou d'autres ministères et auprès des organismes et agences concernés par le programme au niveau régional;
- Invite les participants aux diverses activités du partenariat se déroulant dans sa région ;
- Affecte du personnel technique qualifié (personne ressource) aux diverses activités du partenariat : formateur(s) pour les sessions de formation des prestataires et des superviseurs ; encadreur(s) de superviseurs pour les suivis post-formation ; co-évaluateur(s) pour les évaluations.

3- Le Projet PRISM :

- Apporte de concert avec le PNLS et Sida2 un appui technique à l'IRS et aux DPS à la réalisation des activités qui suivent :
 - Enquête IP6/7 pré et post renforcement / intégration
 - Formation des formateur/superviseurs régionaux et préfectoraux;
 - Formation des agents de santé des sites de prestation ciblés ;
 - Formation des agents des points de vente des médicaments des sites de prestation ciblés ;
 - Suivi post-formation dans les sites de prestations ciblés ;
 - Supervision formative des prestataires par les superviseurs ;
 - Evaluation de l'impact des activités de renforcement de la prise en charge des IST dans les sites de prestation ciblés.

- Apporte un appui technique à la réalisation des activités qui suivent :
 - Formation des Chefs de CS et des Responsables des Pharmacies des Hôpitaux en Gestion des Médicaments essentiels ;
 - Introduction de COPE dans les sites de prestation ciblés ;
 - Formation des Equipes Préfectorales et Régionale de supervision en Supervision Formative (Facilitative).

- Assure le financement des activités suivantes:

Estimation des Coûts (\$US)	Coûts Directs	Autres Coûts		Coûts Totaux
		Ass.Tech	Appui Adm.	
Réunion de planification (Dabola juin 99)	850	500	150	1 500
Enquête IP6/7 pré et post renforcement	10 000	3 000	1 000	14 000
Formation des superviseurs/formateurs				11 000
-Prise en charge IST	3 500	1 000	500	5 000
-Supervision Facilitative	3 500	2 000	500	6 000
Formation des prestataires à la prise en charge des IST	5 300	1 000	500	6 800
Formation en gestion des médicaments essentiels	4 500	1 000	500	6 000
Intégration COPE dans sites ciblés	1 000	4 000	500	5 500
Mobilisation Communautaire				12 350
-Réunions pré-renforcement	1 900	1 900	380	4 180
-Evénements post-renforcement	5 700	1 900	570	8 170
Matériel et fournitures				2 470
-médical	950			950
-Algorithmes (imprimé)	380			380
-IEC	760			760
-Gestion/SIG	380			380
Suivi mensuel post-formation	3 000	1 500	500	5 000
	41 720	17 800	5 100	64 620

4- Le projet SIDA 2:

- Apporte de concert avec le PNLIS et PRISM un appui technique à l'IRS et aux DPS à la réalisation des activités qui suivent :
 - Enquête IP6/7 pré et post renforcement / intégration
 - Formation des formateur/superviseurs régionaux et préfectoraux;
 - Formation des agents de santé des sites de prestation ciblés ;
 - Formation des agents des points de vente des médicaments des sites de prestation ciblés ;
 - Suivi post-formation dans les sites de prestations ciblés ;
 - Supervision formative des prestataires par les superviseurs ;
 - Evaluation de l'impact des activités de renforcement de la prise en charge des IST dans les sites de prestation ciblés.

- Apporte un appui technique à la réalisation des activités qui suivent :
 - l'évaluation, l'analyse et l'interprétation des statistiques de services IST ainsi que des données épidémiologiques ;
 - l'interprétation des résultats des enquêtes IP6/7.

- Assure le financement des activités suivantes:

Estimation des Coûts (\$US)	Coûts Directs	Autres Coûts		Coûts Totaux
		Ass.Tech	Appui Adm.	
Réunion de planification (Dabola juin 99)	67	200	0	267
Enquête IP6/7 pré et post renforcement	2 155	1 000	200	3 355
Formation des superviseurs/formateurs -Prise en charge IST -Supervision Facilitative	554	750		1 304
Formation des prestataires à la prise en charge des IST	880	300	125	1 305
Formation en gestion des médicaments essentiels				0
Intégration COPE dans sites ciblés				0
Mobilisation/Appui Communautaire -Formation (OR, DPMR)	2 381	300	125	2 806
-Financement Micro-Réalisation	6 757	750	250	7 757
Matériel et fournitures -médical	2 027			2 027
-Algorithmes	1 000	2 000	500	3 500
-IEC				
-Gestion/SIG				
Suivi mensuel post-formation	1 501	1 000		2 501
	17 322	6 300	1 200	24 822

5- Le Projet PSR/GTZ

- Apporte un appui technique complémentaire à la réalisation des activités qui suivent :
 - Enquête IP6/7 pré et post renforcement / intégration
 - Formation des formateur/superviseurs régionaux et préfectoraux;
 - Formation des agents de santé des sites de prestation ciblés ;
 - Evaluation de l'impact des activités de renforcement de la prise en charge des IST dans les sites de prestation ciblés.
 - l'interprétation des résultats des enquêtes IP6/7.

6- Le Projet Population et Santé Génésique (PPSG) s'engage à:

- Assure une dotation en médicaments anti-MST équivalent à 9 mois de consommations des sites ciblés. La dotation est à déposer en parti directement au niveau des sites de prestation (complément de trois mois à la dotation initiale) et en parti au niveau du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (CME pour CSs et PCG pour Hôpitaux). Cette dernière partie (6 mois de consommation) est réservée au réapprovisionnement des sites ciblés via le mécanisme habituel de recouvrement des coûts. La dotation est estimée à \$33,000 pour la RA de Kankan.

Dispositions finales:

- Les fonds nécessaire à la réalisation des activités sont gérés par l'organisme fournisseur de ceux-ci et selon les règles et normes le régissant;
- Chaque partenaire établi trimestriellement l'état des dépenses qu'il a consacré aux activités inscrites à la présente convention en transmet copies aux autres partenaires à titre d'information.
- Les montants de dépenses inscrits dans la présente convention comme valeur des contributions par l'un ou l'autre des partenaires aux diverses activités, le sont à titre indicatif. Les valeurs réalisées (effectives) de ces contributions seront présentées dans les États Trimestriels des Dépenses.
- Les différents partenaires se réunissent au moins une fois par trimestre au niveau central et au niveau régional pour faire le point sur l'exécution des activités et des dépenses;
- La présente convention entre en vigueur rétroactivement le 1 juillet 1999 en reconnaissance du fait que certaines activités et dépenses ont déjà été accomplies par l'un ou l'autre des partenaires depuis cette date.

Fait à Conakry, le 2000

**Inspection Régionale de la Santé
Région Administrative de Kankan**
Dr Ousmane Sow
IRS de Kankan

**Programme National de Lutte Contre
les IST et Sida**
Dr Bintou BAMBA
Coordonnatrice Nationale

Projet PRISM
M Alain Joyal
Directeur

Projet Sida2
Dr Soumaila Diakité
Coordonnateur National

Projet PPSG
Dr Mamadi Condé
Coordonnateur National

Projet GTZ/PSR
Dr Franz von Roenne
Directeur

ANNEX 10 (*Rapport de l'analyse situationnelle du PNLIS*)

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice – Solidarité

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES
IST/VIH/SIDA**

et

Projet Population et Santé Génésique

RAPPORT DE L'ANALYSE SITUATIONNELLE DU PNLS



collaboration PRISM/USAID

CONSULTANTS :

Dr Aïssatou DIENG

Dr Roger OTCHAGUE

Assistant :

M. Daman CAMARA

Décembre 2000

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les autorités nationales, régionales et préfectorales pour l'accueil chaleureux qui nous a été réservé et pour la disponibilité des différents acteurs, partenaires et bénéficiaires avec lesquels nous avons travaillé et eu des échanges fructueux.



SOMMAIRE

RESUME1. 2 .3 .4

INTRODUCTION

1/ Données Générales.....5

2/ Contexte Géographique, Démographique, Socio-
économique et sanitaire.....6 .7 .

3/ Indicateurs socio-démographiques et sanitaires7

TERMES DE REFERENCE

1/ Tâches principales8

2/ Résultats attendus8

3/ Méthodologie9

3.1/ Etude documentaire

3.2./ Entretiens

3.3/ Choix des préfectures

ORGANISATION (STRUCTURES, ATTRIBUTIONS)

- Organisation du Programme National de lutte contre les IST/SIDA10
- Comité National

- Comité Technique national
- Coordination du Programme National de lutte contre les IST/SIDA
- Comité Préfectoral
- Comité sous préfectoral11

GESTION DU PROGRAMME

1/ Organisation et Coordination intrasectorielles.....	12
2/ Planification et Mise en Oeuvre	13
3/ Ressources Humaines	13
4/ Formation	14
5/ Moyens Matériels.....	15
6/ Moyens de Transport.....	16
7/ Infrastructure et mobilier.....	16

MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES.....	17
----------------------------------------------------------------	-----------

FONCTIONNEMENT.....	18
----------------------------	-----------

EPIDEMIOLOGIQUE ET RECHERCHE

1/ Epidémiologie	19
1.1/ Situation du VIH/SIDA	
1.2/ Situation des IST/.....	20
2/ Recherche	20

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

1/ Surveillance par notification des cas.....22

2/ Surveillance par sites sentinelles

2.1/ Surveillance du VIH.....22

2.2/ Surveillance des IST.....22

TRANSFUSION SANGUINE ET LABORATOIRE

1/ Sécurité transfusionnelle et condition d'asepsie24

2/ Laboratoire25

3/ PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHO-SOCIALE26

INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION

**1/ La promotion du comportement sexuel sain pour les
jeunes.....28**

2/ La stratégie des pairs éducateurs..... 29

**3/ Le marketing du
préservatif.....29**

**4/ Transfusion mère-
enfant.....30**

**5/ Hygiène hospitalière et sécurité sanguine – autres
.....31**

JURIDIQUE ET ETHIQUE.....32

CONCLUSION.....	33
RECOMMANDATIONS.....	35
PROPOSITION DES TERMES DE REFERENCE POUR LE CONSEILLER PAYS AUPRES DU PNLS.....	37
ANNEXES.....	39

RESUME

Dans le but d'intensifier la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles le **VIH** et le **SIDA**, le **Ministère de la Santé Publique de la Guinée** en collaboration avec le projet PRISM et l'ONUSIDA a sollicité, sur financement de la Banque Mondiale une étude sur l'analyse situationnelle du **PNLS**.

Cette étude portera sur tous les aspects de lutte contre les **IST/VIH/SIDA** (épidémiologie et recherche, surveillance épidémiologique, sécurité transfusionnelle, prise en charge médico psychosociale, Information. Education. Communication juridique et éthique, gestion du programme et Ressources Humaines).

L'étude a cherché à s'appesantir sur chacun des aspects ci dessus cités en révélant les **Réalisations, les Contraintes** et en proposant **des recommandations**.

Elle a révélé que la grande majorité des actions ont été faites dans le secteur de la santé. Des efforts récents ont été menés dans les deux dernières années pour faire participer d'autres secteurs (Agriculture, Jeunesse, Communication, Education) et inclure les activités des ONGs, et des associations. Mais pour le moment, les efforts ne sont encore qu'embryonnaires car :

La persistance de la conception santé du Programme National de Lutte contre les **ISTVIHSIDA** est forte.

- Le corollaire est que seul le **Ministère de la Santé Publique** bénéficie d'un budget pour **PNLS**. Les autres Ministères et ONG nationales ont des activités dans leurs plans d'actions pour lutter contre le **SIDA**, mais ils attendent que le Ministère de la santé, à travers ses Projets et Programmes, les financent. Les dispositions actuelles devraient permettre de remédier à cet état de fait.
- Les ONGs et associations sont très actives dans le domaine de la prévention. Mais elles ont des difficultés financières et n'agissent que lorsqu'elles ont un financement. Les financements obtenus sont en général de courte durée, alors que la Lutte contre le **SIDA** demande une continuité dans les actions. Ces financements proviennent surtout des partenaires internationaux.

Au niveau des connaissances de qui fait quoi et où en dehors de la santé, il existe un manque de coordination évident entre toutes les structures impliquées.

A propos des documents techniques, le programme dispose de **PMT1**, de **PMT2** et d'un **plan d'intégration et de décentralisation de la lutte contre les IST/VIH/SIDA**, les outils de gestion n'existent pas. Il n'y a pas de système d'évaluation de performance du personnel.

La **Guinée** ne dispose pas de plan stratégique pour permettre une vue globale du **PNLS** et faciliter les interventions pour chaque partenaire et autres secteurs.

Les rapports d'activités sont annuels et transmis au Ministre avec ampliation à tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les **IST-VIH**.

Les Infections Sexuellement Transmissibles en dehors des zones couvertes par le projet régional canadien d'appui à la lutte contre les IST/VIH/ Sida, **Volet Guinée** (Conakry, Fria, Boké, Dubréka) et le projet **PRISM/USAID** (Régions naturelles Haute Guinée et Guinée Forestière) n'ont pas été incluses dans les données épidémiologiques depuis au moins les dernières 5 années, l'on ne possède par conséquent aucune information sur la corrélation entre le taux de prévalence des IST et l'épidémie du VIH/SIDA.

Les activités menées au niveau des structures sanitaires selon les niveaux ont principalement impliqué les domaines suivants Communication pour le Changement de Comportement, le dépistage des personnes suspectées et les donneurs de sang.

Le dépistage volontaire n'a pas été encouragé, car les moyens de prise en charge, médico-psycho sociale restent très faibles et il est difficile de demander aux personnes de faire le point sur leur sérologie alors qu'on ne peut pas les suivre.

Dans ce sens, nous ignorons la proportion des personnes infectées en dehors des 2 catégories suscitées, ce qui probablement explique une forte sous estimation des taux, peut être pas au niveau de la prévalance mais de l'incidence.

Les sites sentinelles pour les femmes enceintes, les malades IST, les prostituées à l'exception des malades tuberculeux ne fonctionnent plus depuis **1996**.

L'épidémie et son ampleur ne sont évaluées depuis **1996** que par des projections de modélisations épidémiologiques. Toutefois, une enquête de séroprévalence est en cours de réalisation.

Les résultats de l'étude de séroprévalence réalisée en 1995 ont montré une prévalence du VIH entre **1,03 %** et **2,9 %** (1)

L'étude de l'impact socio-économique réalisé en **1996** a prévu que si des actions appropriées ne sont pas entreprises, la prévalence se situerait à **6 %** en l'an **2000** et **8 %** en l'an **2005**

La Sécurité Transfusionnelle n'est principalement assurée que dans les hôpitaux de Conakry et certains hôpitaux régionaux et préfectoraux.

La distribution des préservatifs à travers **OSFAM** et **PSI** ne couvre pas encore l'ensemble du pays. L'Enquête Démographique Sanitaire de **1999** rapporte que **0,6 %** des femmes et **6 %** des hommes en union utilisent le préservatif. (2)

Sur le plan juridique et éthique les porteurs de virus ne connaissent pas les lois qui les protègent dans la confidentialité et dans leur vie professionnelle.

Les différentes commissions du **PNLS** ne sont pas fonctionnelles. Des points focaux ont été identifiés et désignés par département ministériel. Malheureusement la participation des départements est encore faible.

Le processus d'intégration et de décentralisation des activités de lutte est faible (12).

Il n'y a pas d'équipe cadre, il n'existe pas d'outils de gestion ni de système d'évaluation de performance du personnel.

La seule coordonnatrice mène toutes les activités. La structure actuelle de coordination du PNLN ne correspond pas aux besoins d'un programme fort.

Nous notons une multiplicité de formations pas toujours bien coordonnées, en raison de la faiblesse institutionnelle.

Absence de volet de maintenance pour les matériels et équipements.

Difficultés de coordonner les activités de dépistage du VIH.

Les locaux abritant le siège du PNLN sont vétustes et exigus

RECOMMANDATIONS

1) Augmenter la contribution financière de l'Etat par l'inscription d'une ligne budgétaire pour :

- ❖ L'acquisition des antirétroviraux en faveur des personnes vivant avec le VIH
- ❖ L'acquisition des médicaments pour les Infections opportunistes et les IST
- ❖ La construction, et/ou la rénovation, l'extension du siège du Programme
- ❖ L'acquisition du matériel et l'équipement ainsi que leur fonctionnement
- ❖ La maintenance du matériel et des équipements

2) Impliquer les Partenaires au développement par le renforcement de leurs appuis technique, institutionnel et financier dans les activités de lutte à savoir :

- ❖ Transfert de compétences aux cadres nationaux
- ❖ Participation à l'achat des antirétroviraux.

3) Utiliser judicieusement les ressources Internationales et Nationales mobilisées selon des méthodes en vigueur de gestion financière.

4) Redynamiser la gestion du PNLN par :

- ❖ La mise en place des commissions techniques
- ❖ La formation de l'équipe cadre adaptée aux besoins (Formation générale en Santé Publique, gestion des programmes, épidémiologie appliquée, Communication pour le Changement de Comportement...)

5) Renforcer la collaboration avec les partenaires en :

- ❖ Faisant participer activement les ONGs nationales et internationales dans la planification et la mise en œuvre des activités ;
- ❖ Redynamisant les relations intersectorielles ;
- ❖ Impliquant les tradipraticiens dans la prévention et la prise en charge et

❖ Impliquant l'Université dans la recherche

6) Rendre opérationnelles les structures de Santé dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA par :

❖ La mise en place des Comités préfectoraux et Sous préfectoraux de lutte

❖ La formation des membres de ces comités

❖ La mise à disposition des moyens logistiques et financiers nécessaires à la mise en œuvre de leurs plans d'action

❖ La supervision intégrée

INTRODUCTION

1. DONNEES GENERALES

Le Gouvernement de la **République de Guinée** dans ses efforts d'améliorer le bien-être de la population, avec l'appui de la **Banque Mondiale**, vient d'initier un Programme Population et Santé de la Reproduction qui s'étend sur **12 à 15 ans**. Ce programme vise entre autres, la prévention des risques liés à la reproduction et la réduction de la morbidité parmi les groupes vulnérables s'adresse surtout aux enfants, aux jeunes de moins de **25 ans** et aux femmes en âge de procréer.

Le Projet Population et Santé Génésique (**PPSG**) qui constitue la première phase de ce vaste programme, appuiera le gouvernement à mettre en place le processus de gestion, le cadre de fonctionnement décentralisé ou déconcentré et à mettre en œuvre les priorités de Santé de la Reproduction qui seront définis selon les groupes cibles, les domaines d'intervention et les zones géographiques. La lutte contre le **VIH/SIDA** constitue une des composantes majeures du **PPSG**.

En dépit des résultats positifs par le **PNLS** en matière de prévention, la lutte contre les **IST/VIH/SIDA** reste marquée par de nombreuses contraintes notamment :

- Le taux de prévalence du **VIH** dans le pays est supposé faible d'après la dernière enquête réalisée en **1996**. Il se situerait autour de **2,2 %** avec une prédominance dans les zones minières et zones de réfugiées.
- L'étude de l'impact socio- économique réalisée en **1996** a prévu que si des actions appropriées ne sont pas entreprises, la prévalence se situerait entre **2 %** et **7 %** en l'an **2000**, **3 %** et **8 %** en l'an **2005** et le nombre de personnes infectées atteindraient **100 000 à 130 000** en l'an **2000**.
- La prévalence des **IST** demeure inconnue. Cette situation est principalement due à l'absence d'un système de séro - surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles opérationnel pouvant fournir des données épidémiologiques régulières et fiables.

Par ailleurs, selon la revue du **PPSG**, la plupart des stratégies et des activités de lutte contre les **IST/VIH/SIDA** refléteraient une approche préventive. Les aspects curatifs et de prise en charge des personnes infectées et affectées ne seraient pas pris en compte à une grande échelle.

La coordination des activités des différents intervenants demeure une autre préoccupation. Cela est dû en grande partie à l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et à la faible mobilisation des ressources financières pour soutenir les actions de lutte contre le **IST/SIDA**.

Les actions de lutte contre l'épidémie manqueraient de priorisation, notamment celles qui touchent les groupes vulnérables.

Le comité technique de coordination ne disposerait pas d'une organisation fonctionnelle performante devant reposer sur des commissions techniques dynamiques et décentralisées.

Pour remédier à cette situation, il est envisagé d'étoffer l'équipe du PNLs par une assistance technique.

Cette évaluation constitue l'objet de la présente consultation.

2. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE.

La Guinée est située en Afrique de l'Ouest, bordée par 300 Km de côte sur l'océan atlantique entre 7 et 12 degrés au Nord de l'équateur. Elle s'étend sur 800 Km de l'Est à l'ouest et en largeur sur 500 Km du nord au sud et couvre une superficie de 245 857 Km². Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord et au nord-est, la Côte d'Ivoire à l'Est, la Sierra Leone et le Liberia au sud. La population totale du pays en 1996 est estimée à 7 156 406 habitants (1) repartis entre quatre régions naturelles et la zone spéciale de Conakry. 53 % de la population guinéenne sont actifs. Un tiers de la population guinéenne vit en milieu urbain. Le taux d'accroissement naturel de la population est 2,6 % (11).

Au plan économique, le secteur minier représente 60 % des revenus intérieurs du pays. On y trouve des zones aurifères (Siguiri, Kérouane, Tougué, Dinguiraye) diamantifères (Kérouane, Banakoro, Macenta) et de bauxites (Fria, Kindia, et Sangaredi). L'or et le diamant font l'objet d'une exploitation traditionnelle et industrielle alors que la bauxite est exploitée de façon industrielle. Ces zones minières constituent des pôles d'attraction des populations actives en quête d'emploi. L'agriculture et l'élevage sont également pratiqués par la majorité de la population.

Les voies de communication sont peu développées. Parmi celles-ci, on compte le réseau routier, les voies aériennes, maritime et ferroviaire. Le réseau routier est le plus pratiqué assurant ainsi la liaison des principales villes comme Conakry, Kindia, Mamou, Labé, Kankan, N'Zérékoré. La voie aérienne offre d'une part des lignes de liaison entre la capitale (Conakry) et l'extérieur du pays et d'autre part entre Conakry et les grandes villes et les zones minières.

Les grandes villes du pays sont également des pôles d'attraction économique à cause du commerce qui y est pratiqué.

En Guinée, le mouvement migratoire intérieur de la population a pris de l'ampleur à cause de l'amélioration des réseaux routiers et des moyens de transport, le développement des agro-industries, l'imprévisibilité de la conjoncture économique. Ces déplacements se font à l'intérieur du territoire. Les migrations internationales quant à elles ne sont pas négligeables depuis l'ouverture du pays en 1984 entraînant un afflux de la main d'œuvre étrangère. A ce ci s'ajoute l'afflux des réfugiés provenant du Liberia et de la Sierra Léone. Ces mouvements de population, ajoutés à la pauvreté (40,3 % des guinéens) sont à la base de l'apparition et le développement de comportements jadis inconnus dans le pays (usage de la drogue, prostitution etc.). Ces comportements sont favorables à la propagation des infections sexuellement transmissibles dont le Sida. Cette dernière, non seulement touche et rend improductives les

couches actives de la population, mais aussi immobilise d'autres travailleurs autour des malades et, réduisant ainsi la production, aggrave la pauvreté.

Du point de vue sanitaire, les principaux problèmes de santé publique sont ceux des pays en développement et il est aisément compréhensible que le Sida et les autres IST soient objet de préoccupation majeure.

En vue d'améliorer l'état de santé de la population, le gouvernement guinéen s'est doté depuis 1986, d'une nouvelle politique de santé axée sur les soins de santé primaires qui intègre le programme de lutte contre les IST et le SIDA.

3. INDICATEURS SOCIO - DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES

Population totale masculine 3.506.639 (3)

Population totale féminine 3.649767 (51 %) (3)

Population totale de moins de 15 ans (46 %) (3)

Population Urbaine 30 % (3)

Natalité 39.7 % ; Mortalité Générale 14.2 % (3)

Mortalité maternelle 528 pour 100000 naissances (2)

Mortalité Infantile 98 pour 1000 naissances vivantes (2)

Mortalité Juvénile 88 pour 1000(2)

Mortalité Infanto - juvénile 177 pour 1000 (2)

Indice de Fécondité 5.5 % (2)

Pourcentage d'homme en union utilisant le préservatif : 6.5 % (2)

Pourcentage de femme en union utilisant le préservatif : 0,6 % (2)

Pourcentage femme/Homme :

- qui ont entendu parler des IST 81/93 % (2)

- qui ont entendu parler du VIH/SIDA 95/96 % (2)

Pourcentage de ceux connaissant au moins un moyen d'éviter de contracter le VIH 83/89 % (2)

(Source : RGPH 96 (3) - EDS 1999 (2))

TERMES DE REFERENCE

La présente consultation portera sur l'analyse situationnelle du PNLS en vue du renforcement de la Lutte contre les IST/SIDA.

Le/la Consultant(e) devra procéder à une analyse situationnelle sur les Réalisations et Contraintes, les atouts et les esquisses de solutions pour le renforcement du **PNLS** dans la perspective d'une intensification de la lutte contre les **IST/SIDA**.

Cet état des lieux sera axé sur la structure de coordination du **PNLS**, ses attributions et son fonctionnement d'une part, et sur les conditions requises pour une meilleure efficacité de la lutte contre le **IST/VIH/SIDA** dans le contexte actuel de la multisectorialité.

Le/la Consultant(e) devra élaborer les Termes de référence du/de la conseiller(ère) pays en matière de **IST/VIH/SIDA** qui sera posté à temps plein au **PNLS** pour une période de deux ans.

1. TACHES PRINCIPALES

Pour assurer ces services, le/la consultant(e) devra réaliser les tâches suivantes :

- Prendre contact avec la coordination du **PNLS** et les partenaires impliqués dans la lutte contre les **IST/VIH/SIDA** et en particulier l'**ONUSIDA**.
- Procéder à la revue documentaire sur les attributions du **PNLS** et de son comité technique ;
- Poser un diagnostic critique sur la structure du comité technique de coordination et de son fonctionnement ;
- Dégager les Réalisations, les Contraintes, les recommandations et examiner la possibilité de répéter ou d'utiliser dans le cas de la Guinée les meilleures pratiques internationales ;
- Proposer des stratégies correctives aux problèmes et contraintes soulevés au niveau national et régional ;
- Elaborer les termes de référence du/de la conseiller(ère) pays en matière de **IST/VIH/SIDA**.

Cette consultation est réalisée par une consultante nationale appuyée par un consultant international.

2. RESULTATS ATTENDUS

Un document de l'analyse situationnelle du **PNLS** qui indique les Réalisations, les Contraintes, les atouts du comité de coordination et les recommandations pour le renforcement de cette structure dans le contexte de l'intensification de la lutte contre les IST.

Des termes de référence du ou de la conseiller (ère) auprès du **PNLS** à temps plein pour deux ans élaborés.

3. METHODOLOGIE

La méthodologie de l'étude est basée sur :

3.1. Etude documentaire

Elle a consisté à étudier tous les documents aussi bien au niveau central, intermédiaire que périphérique. Documents du **PNLS**, documents d'**ONUSIDA**, de projets avec les partenaires, document de politique nationale de Santé, les documents relatifs aux autres programmes nationaux, la liste des documents consultés est en annexe 1.

3.2. Entretiens

Deux techniques ont été combinées pour la collecte des données Un questionnaire ouvert (en annexe 2) et l'entretien individuel semi-structuré. Ces outils ont été appliqués aux différents intervenants dans la lutte contre les **IST/VIH/SIDA** tant au niveau national, qu'au niveau régional et périphérique, autorités des différents départements ministériels, les points focaux des dits ministères, la coordination du **PNLS**, ONGs nationales et étrangères, groupe thématique, **ONUSIDA**, projets et programmes, la liste des personnes rencontrées se trouve en annexe 3.

3.3. Choix des préfectures

Les outils de collecte de données évoqués ci-dessus ont été appliqués dans des préfectures qui font partie d'un échantillon constitué dans le cadre de cette analyse. Le choix des préfectures a été fait selon une procédure raisonnée.

Le choix aléatoire bien que garantissant une qualité statistique certaine, ne pourrait malheureusement être appliqué dans la présente situation.

En effet, le choix aléatoire permet une bonne estimation de la moyenne d'un groupe sans s'intéresser aux extrêmes. Dans la situation présente, les meilleurs renseignements seront obtenus à partir de ces cas extrêmes (Préfectures à haut risque du **SIDA** ou préfectures à faible risque) sont importants parce qu'ils pourraient fournir de très importants renseignements. C'est ce qui justifie encore une fois l'option pour le choix raisonné.

Pour une méthodologie rigoureuse, il est souhaitable que l'échantillon obéisse à la représentativité par région naturelle, par type de population, par composante socioprofessionnelle et par niveau de mouvement migratoire des populations. Ainsi, nous avons choisi les chefs lieux de deux régions naturelles Kankan pour la Haute Guinée, Labé pour la

Moyenne Guinée , Kissidougou qui a une grande densité de population et de réfugiés et Fria qui est une zone minière, attirant une population important.

Ce rapport contient 11 chapitres. Pour chaque chapitre, nous allons présenter :

- les Réalisations,
- les Contraintes,
- les recommandations.

ORGANISATION (STRUCTURES, ATTRIBUTIONS)

Organisation du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (4)

Le Programme National de lutte contre les IST/VIH/SIDA est piloté par un Comité National. C'est l'organe central multisectoriel de concertation.

Le programme comprend :

Le Comité National

Il est présidé par le Ministre de la Santé Publique, il a pour mission de :

- ▣ Appuyer le gouvernement dans la définition des stratégies de lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- ▣ Veiller au respect de la législation et de la réglementation édictée en la matière ;
- ▣ Faciliter les démarches en vue de la mobilisation des ressources ;
- ▣ Recueillir les informations sur la situation des IST/VIH/SIDA ;
- ▣ Informer les autorités gouvernementales, les partenaires au développement sur la situation IST/VIH/SIDA.

Le Comité Technique National

Il est présidé par le Directeur National de Santé Publique, est l'organe d'exécution du PNLS. Il doit :

- ▣ Veiller à l'application des directives
- ▣ Assurer le suivi et l'évaluation des activités planifiées
- ▣ Initier et coordonner les activités de formation et de recherche.

Il est composé des commissions techniques suivantes, d'après le décret n°D/98/229/PRG/SGG portant adoption de la politique Nationale de lutte contre les IST / SIDA :

1. *Commission Epidémiologie Recherche*
2. *Commission Laboratoire Transfusion*
3. *Commission Contrôle des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)*
4. *Commission Prise en Charge Psychosociale / Ethique*
5. *Commission Information Education Communication*

Coordination du Programme National de Lutte contre les IST/SIDA

C'est l'instrument de travail du Comité technique de lutte contre les IST/VIH/SIDA dont il est l'émanation et à qui il rend compte. Elle est composée de cadres nationaux devant assurer la mise en œuvre et la supervision des activités de lutte au niveau central à savoir :

- ▣ Un coordonnateur national du PNLS

- Un coordonnateur adjoint
- Un administrateur Gestionnaire
- Une chargée d'I.E.C
- Une Psychologue

Les rôles et les missions de ces différents organes se trouvent dans les annexes 3 et 4.

Le Comité Préfectoral

Il représente la structure opérationnelle, décentralisée du comité technique **MST/SIDA** au niveau de la préfecture. Il est chargé au niveau préfectoral de coordonner toutes les activités de lutte contre le **SIDA** et les **IST**. Ce Comité est présidé par le Directeur Préfectoral de la Santé .

Le Comité sous Préfectoral

Il est présidé par le chef du centre de Santé de la sous préfecture, chargé de mobiliser et de motiver les autorités sous préfectorales et les collectivités pour la Lutte contre le **VIH/SIDA/ IST**. Il est composé d'un représentant des jeunes , un enseignant et un notable de la sous préfecture. Il organise des réunions de sensibilisation dans les écoles et les villages.

GESTION DU PROGRAMME

1. ORGANISATION ET COORDINATION INTRASECTORIELLES (Annexe 5)

Réalisations

- ☑ Existence d'une Politique Nationale de Lutte contre les IST/VIH ;
- ☑ Existence d'un Comité Technique et d'un organe de coordination du programme de lutte contre les IST / SIDA (8) ;
- ☑ Nomination d'un Coordonnateur, chef du PNLS et d'un Coordonnateur adjoint (9) ;
- ☑ Nomination des cadres du comité Technique et du bureau exécutif du programme de lutte contre les MST / SIDA (9) ;
- ☑ Existence d'une politique d'Intégration et de Décentralisation ;
- ☑ Implication des autres secteurs ministériels , les représentants des personnes vivants avec le VIH et les représentants des ONGS ;
- ☑ Re-définition des missions pour les différentes unités de la coordination nationale du PNLS (10) ;
- ☑ Rattachement du PNLS au Cabinet du Ministère de la Santé Publique (arrêté No A/2000/5131/MSP/SGG) ;
- ☑ Existence d'un cadre organique du PNLS.

Contraintes

- ☑ Non fonctionnalité des différentes commissions techniques du PNLS ;
- ☑ Non fonctionnalité des points focaux des différents départements ministériels ;
- ☑ Faible coordination entre les différents intervenants dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- ☑ Faible collaboration intersectorielle;
- ☑ Absence d'activités d'appui, de suivi et d'évaluation des comités préfectoraux ;
- ☑ Non suivi de la plupart des recommandations du Plan à Moyen Terme II et de l'analyse situationnelle de l'intégration et de la décentralisation des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA (rapport 98) ;
- ☑ Insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières.

Recommandations

- ☑ Impliquer les commissions techniques du PNLS dans les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA
- ☑ Allouer les ressources nécessaires et suffisantes aux commissions techniques du PNLS
- ☑ Redynamiser les points focaux des différents départements ministériels
- ☑ Renforcer la coordination entre les différents intervenants dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA
- ☑ Renforcer la collaboration intersectorielle au niveau décentralisé
- ☑ Elaborer et mettre en œuvre les activités d'appui, de suivi et d'évaluation des comités préfectoraux
- ☑ Impliquer l'Université et les tradi-praticiens à la lutte contre les IST/VIH/SIDA
- ☑ Impliquer d'avantages les ONGS Nationales .

2. PLANIFICATION ET MISE EN OEUVRE DES ACTIVITES

Force

- ☒ Existence d'un plan d'action opérationnel 2000- 2001

Contraintes

- ☒ Le processus d'intégration et de décentralisation des activités est faiblement exécuté (12) ;
- ☒ Insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières ;
- ☒ Insuffisance de suivi du déroulement des activités au niveau central et préfectoral ;
- ☒ Les comités préfectoraux ne sont pas fonctionnels ;
- ☒ Irrégularités des réunions de concertation et de coordination ;
- ☒ Faible implication des personnes vivant avec le VIH dans la conception et la planification de la Lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Recommandations

- ☒ Poursuivre le processus d'intégration et de décentralisation des activités ;
- ☒ Allouer les ressources nécessaires et suffisantes ;
- ☒ Planifier et exécuter le suivi et l'évaluation des activités au niveau central et préfectoral ;
- ☒ Implication les personnes vivant avec le VIH dans la conception et la planification de la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- ☒ Renforcer l'implication des PVVIH.
- ☒ Tenir compte des connaissances des personnes vivant avec le VIH dans le domaine de la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- ☒ Elaborer et mettre en œuvre un plan d'action multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- ☒ Tenir régulièrement les réunions de concertation et de coordination à tous les niveaux. ;
- ☒ Tenir compte des plans d'actions préfectoraux dans l'élaboration du futur plan d'action National ;
- ☒ Assurer l'information et la rétro information des comités préfectoraux ;
- ☒ Assurer la rétro-information dans le système.

3 . RESSOURCES HUMAINES

Force

- ☒ Existence d'un cadre organique

Contraintes

- ☒ Faiblesse qualitative et quantitative du personnel en place
- ☒ Vacance du Coordonnateur adjoint depuis 2 ans.

*La coordinatrice actuelle s'occupe de toutes les activités du programme (Conception, planification, exécution, formation, mobilisation des ressources)
Insuffisance criarde de compétences au sein du PNLS.*

Recommandations

- ▣ Meubler le cadre organique du PNLS ;
- ▣ Doter la coordination du PNLS en personnel qualifié en santé publique et en gestion des programmes ;
- ▣ Affecter au programme un personnel spécialiste en épidémiologie et en CCC ;
- ▣ Renforcer les commissions techniques en compétences pour l'accomplissement de leurs missions respectives ;
- ▣ Assurer un contrôle et un suivi du personnel ;
- ▣ Instaurer un mécanisme de circulation de l'information et de la rétro information au sein du PNLS.

4 . FORMATION

Réalisations

On note les disponibilités suivantes :

- ▣ Formateurs à tous les niveaux pour la lutte contre les IST ;
- ▣ Guides de formateurs pour la lutte contre les IST ;
- ▣ Modules et de curriculum de formation des prestataires de soins contre les IST ;
- ▣ Prestataires formés à l'utilisation de l'approche syndromique dans la prise en charge des IST ;

Contraintes

- ▣ Manque de coordination des activités de formation ;
- ▣ Manque de suivi et d'évaluation des formations.

Recommandations

- ▣ Diffuser les stratégies nationales de formation continue en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- ▣ Harmoniser les activités de formations ;
- ▣ Elaborer et mettre en œuvre un plan national de suivi et d'évaluation des formations ;
- ▣ Assurer la formation en Santé Publique et en gestion de programme du personnel de la coordination du PNLS ;
- ▣ Etendre la formation aux acteurs des autres secteurs impliqués dans la lutte.

5. MOYENS MATERIELS

Réalisations

Le PNLS dispose du matériel suivant :

NATURE	NOMBRE	ETAT
- Photocopieuse	2	Bon
- Fax	1	Bon
- Téléphone	3	Bon
- Ordinateurs	4	Bon
- Ordinateur portable	1	Bon
- Machine à écrire	1	Bon
- rétroprojecteur	1	Bon
- Appareil diapositif	1	Bon
- Caméra	1	Bon
- Magnétoscope	1	Bon
- Poste téléviseur	2	Bon
- Appareil photo	1	Bon
- Réfrigérateur	1	Bon
- Climatiseur	8	3 fonctionnels
- Groupe électrogène	2	Bon
- Véhicules	5	3 fonctionnels

Contraintes

- ▣ Absence de contrat de maintenance de la bureautique ;
- ▣ Absence de lignes budgétaires affectées à l'entretien des bâtiments, du groupe électrogène et du réfrigérateur ;
- ▣ Vétusté du mobilier.

Recommandations

- ▣ Etablir un contrat de maintenance pour la bureautique ;
- ▣ Allouer des lignes budgétaires pour la maintenance de la bureautique ;
- ▣ Allouer des lignes budgétaires pour l'entretien des bâtiments, du groupe électrogène et du réfrigérateur.

6. MOYENS DE TRANSPORT

Réalisations

- ☒ Disponibilité de 1 véhicule en bon état
- ☒ Assistance limitée en carburant

Faiblesse

- ☒ Insuffisance du parc automobile.

Recommandation

- ☒ Doter le PNLS d'un parc automobile adapté et suffisant.

Mettre en place une structure uniforme de comptabilité pour la gestion du matériel et de l'équipement.

7. Infrastructure et mobilier

Force

- ☒ Logement du PNLS dans un bâtiment appartenant au Ministère de la Santé Publique.

Contraintes

- ☒ Vétusté et exigüité des locaux abritant la coordination du PNLS
- ☒ Vétusté du mobilier

Recommandations

- ☒ Restaurer les locaux et réhabiliter les installations
- ☒ Equiper la salle de réunion et le centre d'information et de documentation
- ☒ Doter le siège de la coordination du PNLS en mobilier adéquat

MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES

Réalisations

- ▣ Assistance financière de la part des partenaires au développement ;
- ▣ Assistance en ressources humaines importante de la part de l'état ;
- ▣ Création de lignes budgétaires au niveau du Ministère des Finances en faveur du PNLs.

Contraintes

- ▣ Absence de coordination dans le suivi des dépenses ;
- ▣ Manque de documents de gestion pour la planification, l'exécution et le suivi des dépenses ;
- ▣ Lenteur des procédures de décaissement (fonds de contre partie chez certains bailleurs) ;
- ▣ Faiblesse de la contribution financière de l'Etat.

Recommandations

- ▣ Augmenter les fonds de contre partie ;
- ▣ Alléger les procédures de décaissement (fonds de contre partie chez certains bailleurs) ;
- ▣ Allouer les fonds aux préfectures pour la mise en œuvre de leurs PAO ;
- ▣ Mettre en place les documents de gestion pour la planification, l'exécution et le suivi des dépenses, selon les niveaux ;
- ▣ Elaborer et mettre en œuvre un plan opérationnel de coordination pour le suivi des dépenses, selon les niveaux.

FONCTIONNEMENT

Les activités du Programme National de Lutte contre le SIDA ont été pour la plupart intégrées et décentralisées (5).

Les principales **stratégies** ont été définies (5)

- La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle ;
- La prévention de la transmission du VIH par voie sanguine ;
- La prévention de la transmission périnatale du VIH ;
- La prise en charge médicale et psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH et les autres IST ;
- La Promotion des actions visant à réduire les conséquences économiques et sociales de l'infection ;
- La promotion des préservatifs.

Au niveau national

Ces activités sont réalisées au sein des commissions techniques avec l'appui de tous ordre les partenaires bi et multilatéraux.

Au niveau préfectoral

Ce sont les structures sanitaires et autres secteurs publiques qui réalisent les activités décentralisées du PNLS.

EPIDEMIOLOGIE ET RECHERCHE

1. EPIDEMIOLOGIE

1.1. Situation du VIH/SIDA (6,7)

De **Janvier 1987**, date de la notification du *1er cas de SIDA*, à **juin 2000**, **7898 cas cumulés** de SIDA ont été notifiés par les formations sanitaires du pays (Homme **54 %**, Femmes **43 %**, Enfant **3 %**).

La situation épidémiologique se caractérise par :

- une augmentation des cas chaque année, malgré la sous notification ;
- un rajeunissement des malades de SIDA dont l'âge moyen est passé de **39 ans** en **1989** à **26 ans** en **1999** ;
- une augmentation du nombre de femmes, le sexe Ratio diminue chaque année en défaveur de la femme pour passer de **8/1** en **1987** à **2/1,5** en **1999** ;
- L'augmentation du nombre de cas des IST selon les statistiques des formations sanitaires ;
- La transmission essentiellement hétérosexuelle.

Les populations vulnérables identifiées dans le pays sont : les jeunes, les migrants, les routiers, les réfugiés, les prostituées. L'analphabétisme, la pauvreté et le multiple partenariat sexuel constituent les principaux facteurs favorisant.

Plus de **78 %** des cas notifiés ont moins de **40 ans**. Ce qui aura à moyen et long terme des conséquences négatives :

- ☒ au plan familial, par une augmentation du nombre d'orphelins, une augmentation de la charge sur la famille étendue et l'éducation des enfants par les grands parents et autres
- ☒ au plan communautaire, par des besoins accrus pour les soins de santé, d'éducation des orphelins; une augmentation de la délinquance juvénile, de la mendicité et des enfants de la rue.

En **1996**, selon l'étude de l'impact socio-économique du VIH, le coût de traitement d'un cas de SIDA, hormis les ARV, était de **480 USD** dans les hôpitaux publics et de **1.190 USD** dans les hôpitaux mixtes, pour *une durée moyenne* d'hospitalisation de **21 jours**. Ceci correspond à un coût moyen de **560 USD** dont **20 %** représentent des coûts directs (consultations, hospitalisation, laboratoire, radiographie, médicaments) et **80 %** des coûts indirects (électricité, téléphone, eau, nourriture, funérailles,)

La population la plus productive, englobant toutes les catégories socio-professionnelles, est la *plus touchée* par le VIH/SIDA. Les secteurs industriel, agricole, administratif, public et privés seront affectés à log ou court terme par une réduction importante de la main d'œuvre qualifiée, une augmentation des dépenses, une diminution des revenus et du pouvoir d'achat.

Les foyers font face à une augmentation des dépenses : soins médicaux (frais de consultation, d'hospitalisation, médicaments, nourriture et régime diététique), transports, funérailles, etc. et à une diminution des revenus due à la baisse de productivité du malade et des personnes qui s'en occupent. Les fonds destinés à l'entretien de la maison, à l'éducation des enfants, aux soins et au bien-être familial, et à l'épargne sont absorbés par les soins médicaux. Il s'ensuit la perte de biens et de propriétés (1).

1.2. Situation des IST (7)

Il n'existe pas d'étude généralisée qui donne la situation globale du pays . Des enquêtes partielles ont été menées dans presque toutes les régions du pays ; Le **projet SIDA 2** en collaboration avec le PNLIS récolte régulièrement des données sur les IST dans 28 formations sanitaires (Conakry, Boké, Fria, Dubréka), et le **projet PRISM** en collaboration avec les IRS de Kankan, Faranah et N'Zérékoré dans 33 formations sanitaires des 3 régions administratives. Le nombre de cas des IST dans le pays est le suivant :

1997 : 12479 cas dont **82 %** sont des femmes

1998 : 14731 cas dont **77 %** sont des femmes

1999 : 17343 cas dont **77 %** de femmes

2000 : 11400 cas, de janvier à novembre

Total : **55 843 cas**, soit une moyenne annuelle de **13 963 cas** (1 3)

Les syndromes les plus couramment retrouvés sont :

- ▣ L'écoulement vaginal (EV) **44 %**
- ▣ Le syndrome inflammatoire pelvien (SIP) **28 %**
- ▣ L'écoulement urétral (EU) **11 %** des cas
- ▣ L'ulcération génitale (UG) **2 %** des cas
- ▣ Autres syndromes **16 %**

(Source : 13)

2. RECHERCHE

Réalisations

- ▣ Existence de ressources humaines (Universitaires, ONGs) capables de mener des études tant fondamentales qu'opérationnelles.

Contraintes

La recherche opérationnelle dans le domaine de l'infection à VIH/SIDA/IST est insuffisante. Il faut relever :

- ▣ Insuffisance de ressources matérielles et financières
- ▣ Faible capacité de recherche documentaire et bibliographique
- ▣ Faible taux de réalisation des études planifiées
- ▣ Faible taux de publication des études réalisées
- ▣ Méconnaissance de l'apport de la médecine traditionnelle
- ▣ Insuffisance de collaboration entre le PNLs et les Institutions nationales de recherche

Recommandations

- ▣ Sensibiliser et promouvoir la recherche au niveau des décideurs ;
- ▣ Augmenter les ressources financières allouées à la recherche ;
- ▣ Développer les capacités de recherche des institutions et des ONGs impliquées dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- ▣ Renforcer la collaboration avec les institutions nationales de recherche, en matière d'IST/VIH/SIDA ;
- ▣ Affecter des lignes budgétaires suffisantes à la recherche documentaire et bibliographique ;
- ▣ Améliorer la qualité de la recherche ;
- ▣ Encourager la publication des études réalisées ;
- ▣ Elaborer et mettre en œuvre un plan d'action opérationnel de recherche, adapté aux besoins ;
- ▣ Tenir compte des facteurs socioculturels de risque potentiel de contamination du VIH (les tabous, mariage précoce, le levirat, le sororat, la prostitution, le grand banditisme, la toxicomanie, l'alcoolisme, les mutilations génitales chez les femmes...) lors de la planification des activités de recherche.

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

1. SURVEILLANCE PAR NOTIFICATION DES CAS

Réalisations

- ☒ Mise en place d'un système de notification des cas d'IST/VIH/SIDA enregistrés dans les structures de santé
- ☒ Mise en place d'un système d'orientation recours des cas d'IST/VIH/SIDA
- ☒ Existence d'un laboratoire national de référence

Contraintes

- ☒ Défaut de rétro – information ;
- ☒ Insuffisance de formation du personnel ;
- ☒ Manque de suivi des formations réalisées ;
- ☒ Faiblesse de collaboration entre le SNIGS et le Laboratoire de référence ;
- ☒ Manque de moyens logistiques pour la production, le traitement et la conservation des données ;
- ☒ Manque de moyens logistiques pour la conservation des réactifs ;
- ☒ Non disponibilité des outils de gestion ;
- ☒ Rupture de stocks des réactifs ;
- ☒ Manque d'application des directives et des textes ;
- ☒ Sous notification des cas ;

2. SURVEILLANCE PAR SITES SENTINELLES

2.1. Surveillance du VIH

Réalisations

- ☒ Mise en place d'un système de surveillance épidémiologique par sites sentinelles
- ☒ Surveillance du VIH chez les tuberculeux.

Contraintes

- ☒ Non fonctionnalité des Sites sentinelles ;
- ☒ Manque de Protocole de surveillance par sites sentinelles ;
- ☒ Manque traitement des données aux niveaux intermédiaire et périphérique.

2.2. Surveillance des IST

Réalisations

- ☒ Mise en place d'un système fonctionnel de notification des IST ;
- ☒ Utilisation de l'approche syndromique dans la prise en charge des cas d'IST ;
- ☒ Prise en charge et Enregistrement correctes des cas d'IST par le personnel formé.

Contraintes

- ☒ Couverture insuffisante du pays en personnel formé à la prise en charges des IST ;
- ☒ Vulgarisation insuffisante de l'utilisation de l'approche syndromique ;
- ☒ Manque d'un Laboratoire de référence spécifique aux IST ;
- ☒ Faible notification des données IST.

Recommandations

- ☒ Décentraliser la surveillance épidémiologique au niveau régional ;
- ☒ Rendre Opérationnel le système de séro-surveillance VIH ;
- ☒ Renforcer la collaboration entre le Laboratoire de référence, les autres Programmes de santé et le SNIGS ;
- ☒ Renforcer le système de séro surveillance par des enquêtes de séroprévalence tous les 3 ans ;
- ☒ Mettre en place un réseau de laboratoires public et privé pour la séro-surveillance ;
- ☒ Elaborer une législation appropriée régulant ce système de séro-surveillance.

TRANSFUSION SANGUINE ET LABORATOIRE

1. SECURITE TRANSFUSIONNELLE

Réalisations

- ▣ Existence d'une politique Nationale de transfusion sanguine ;
- ▣ Existence d'un plan d'action pour le CNTS ;
- ▣ Existence d'unités de sécurité transfusionnelle dans les Laboratoires ;
- ▣ Dépistage systématique du VIH, des Hépatites B et C et de la syphilis chez les donneurs de sang, à Conakry ;
- ▣ Existence d'un personnel formé à la pratique transfusionnelle ;
- ▣ Disponibilité à Conakry et dans certains HR des moyens de conservation et de traitement du sang ;
- ▣ Assistance financière et technique.

Contraintes

- ▣ Infrastructure inappropriée (locaux exigus et vétustes) ;
- ▣ Insuffisance des ressources financières et matérielles. ;
- ▣ Absence d'un système de recouvrement de coûts efficace ;
- ▣ Manque de dépistage de l'hépatite B et C, et de la syphilis, dans les structures décentralisées ;
- ▣ Insuffisance du traitement des données statistiques de la transfusion sanguine ;
- ▣ Ruptures périodiques de stock des réactifs ;
- ▣ Absence de vulgarisation des protocoles de transfusions sanguine ;
- ▣ Insuffisance d'information et sensibilisation sur la transfusion sanguine ;
- ▣ Influences négatives des croyances culturelles ;
- ▣ Faible participation des ONG et du secteur privé ;
- ▣ Manque de suivi et d'évaluation du personnel ;

Recommandations

- ▣ Prise en charge des donneurs séropositifs
- ▣ Réapprovisionnement des structures en réactifs
- ▣ Recyclage du personnel
- ▣ Recrutement et fidélisation des donneurs de sang
- ▣ Création de lignes budgétaires
- ▣ Construction du siège du CTNTS

253

2. LABORATOIRE

Réalisations

- ☒ Existence d'une stratégie nationale de diagnostic du VIH/SIDA ;
- ☒ Disponibilité d'unités de diagnostic des IST/VIH dans le CHU de Conakry, dans les hôpitaux Régionaux ainsi que dans les Hôpitaux des zones minières (Kamsar et Fria) ;
- ☒ Existence du Laboratoire National de Santé Publique ;
- ☒ Existence de protocoles et de recyclage régulier du personnel ;
- ☒ Existence d'un compteur des CD4.

Contraintes

- ☒ Insuffisance de la couverture du pays en laboratoire opérationnel ;
- ☒ Manque de matériel d'équipement et de réactifs pour les IST/VIH/SIDA et les Infections Opportunistes ;
- ☒ Insuffisance de formation spécialisée du personnel ;
- ☒ Manque de suivi et d'évaluation du personnel formé.

Recommandations

- ☒ Doter les laboratoires en matériel, équipement et de réactifs pour les IST/VIH/SIDA et les Infections Opportunistes ;
- ☒ Former et recycler le personnel de laboratoire ;
- ☒ Suivre et évaluer les formations réalisées ;
- ☒ Former des spécialistes;
- ☒ Restructurer le Laboratoire national de santé publique.

PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHOSOCIALE DU VIH/SIDA

Réalisations

- Existence des directives de prise en charge médico- psycho-sociale;
- Implication des Partenaires à la prise en charge médico- psycho-sociale;
- Existence d'une association des personnes vivant avec le VIH ;
- Existence d'ONGs s'impliquant dans la prise en charge médico- psycho-sociale et la formation du personnel ;
- Capacité de prise en charge médico- psycho-sociale dans le CHU ;
- Existence d'un centre de dépistage volontaire ;
- Existence d'une commission d'appui à la Coordination pour la prise en charge médico-psycho-sociale;
- Autorisation d'importation des anti-retroviraux ;
- Disponibilité d'un stock de médicaments anti-rétroviraux ;
- Formation du personnel médical du CHU de Conakry et des Hôpitaux de Kamsar, de Fria et de Siguiri à la prise en charge.

Contraintes

- Insuffisance des structures pour la prise en charge médico- psycho-sociale du VIH/SIDA
- Manque de protocole de prise en charge
- Manque de ressources matérielles et financières pour la prise en charge
- Non implication de l'Etat dans la subvention des ARV
- Non fonctionnalité des différentes commissions techniques de prise en charge, des niveaux central et périphérique
- Insuffisance d'implication de la communauté dans la prise en charge
- Insuffisance des soins de soutien et d'accompagnement des personnes infectées par le VIH
- Faible intégration des activités de soins de prise en charge médico- psycho-sociale dans les structures décentralisées
- Faible collaboration entre la médecine moderne avec les tradithérapeutes
- Insuffisance de collaboration intersectorielle.

Recommandations

- Elaborer et vulgariser les guides de prise en charge médico- psycho-sociale;
- Former les prestataires sur la prise en charge médico- psycho-sociale ;
- Introduire la formation sur la prise en charge médico- psycho-sociale dans le cursus scolaire et universitaire ;
- Renforcer l'appui financier et technique de l'Etat dans la prise en charge médico- psycho-sociale;

- Créer un fond de solidarité pour la prise en charge médico- psycho-sociale;
- Approvisionner régulièrement les structures sanitaires en médicaments contre les IST/VIH/SIDA, les Infections Opportunistes, et en réactifs ;
- Solliciter la collaboration intersectorielle ;

255

- ▣ Revaloriser le corps des assistants sociaux dans la prise en charge médico- psycho-sociale;
- ▣ Superviser le Centre de dépistage volontaire, orientation et conseil ;
- ▣ Créer des Centres de dépistage volontaire, orientation et conseil dans les régions , les préfectures et les communes.

INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION (I.E.C)

1. LA PROMOTION DU COMPORTEMENT SEXUEL SAIN POUR LES JEUNES

Réalisations

- ☒ Existence de la Filiale guinéenne du groupe de travail sur la Profession enseignante (GTPE/SF) au sein des départements en charge de l'Education ;
- ☒ Création de Clubs anti SIDA dans 10 Collèges / Lycées et 12 écoles professionnelles de Conakry ;
- ☒ Disponibilité d'équipes de formateurs de niveaux national et régional personnel enseignant formé ;
- ☒ Disponibilité d'équipes de formateurs des niveaux nationaux et régionaux pour le CCC ;
- ☒ Disponibilité de types de leçons pour les niveaux primaire et secondaire ;
- ☒ Disponibilité de modules de formation pour le niveau secondaire ;
- ☒ Disponibilité de prestataires de soins formés ;
- ☒ Existence de structures sanitaires fonctionnelles dans les écoles ;
- ☒ Existence d'un programme d'Education à la Vie Familiale (EVF) /Education en matière de population ;
- ☒ Existence de 10 Centres d'Ecoute, de Conseil et d'Orientation des jeunes.

Contraintes

- ☒ Manque de Plans stratégiques pour la promotion du comportement sexuel sain des jeunes ;
- ☒ Insuffisance d'application du programme EVF/EMP ;
- ☒ Insuffisance des clubs anti SIDA dans les écoles ;
- ☒ Réticence des parents face l'éducation sexuelle dans les familles.

Tous ces points sont plus ou moins évoqués dans l'ensemble des préfectures comme étant des problèmes pour lesquels il manque des moyens, des directives. La motivation, l'information et la formation du personnel sont des difficultés non moins importantes. L'insuffisance de la recherche opérationnelle explique par ailleurs le manque de suivi et de l'évaluation des actions entreprises, la planification des actions à entreprendre.

Recommandations

- ☒ Elaborer et vulgariser des programmes d'action pour la promotion du comportement sexuel sain chez les jeunes ;
- ☒ Vulgariser le programme d'EVF/EMP ;
- ☒ Etendre les clubs anti SIDA dans les écoles ;
- ☒ Soutenir l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes de CCC en faveur de l'éducation sexuelle, dans les familles.

2. LA STRATEGIE DES PAIRS EDUCATEURS

Réalisations

- ☒ Disponibilité de pairs éducateurs formés ;
- ☒ Organisation des pairs éducateurs en association ;
- ☒ Implication des pairs éducateurs dans des activités génératrices de revenu ;
- ☒ Implication des pairs éducateurs dans des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- ☒ Implication des pairs éducateurs dans des activités d'orientation et de prise en charge ;
- ☒ Implication des vulgarisateurs agricoles (avec SNRPV) des auxiliaires de l'élevage et les CRD/PACV/DNE ;
- ☒ Participation des décideurs à tous les niveaux du système éducatif à la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- ☒ Existence d'un cadre de collaboration intersectorielle (Education/Santé/Agriculture) pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;

- ☒ Participation des structures confessionnelles aux activités de prévention des IST/VIH/SIDA.

Contraintes

- ☒ Difficultés de contrôler la qualité et la quantité des programmes D'I.E.C, des contenus la fréquence, le nombre et le type de personnes touchées par ces actions ;
- ☒ Difficultés de mesurer l'impact des activités menées ;
- ☒ Surcharge de travail du personnel des structures sanitaires ;
- ☒ Faible développement des soins préventifs dans les établissements de soins curatifs ;

Recommandations

- ☒ Vulgariser les directives de CCC ;
- ☒ Créer un cadre de coordination et de concertation des activités de CCC à tous les niveaux ;
- ☒ Impliquer les Assistants sociaux dans la planification et la mise en œuvre des activités pour le CCC ;
- ☒ Doter les structures sanitaires, en personnel formé en CCC ;
- ☒ Restructurer les services de soins permettant la promotion des activités de CCC ;

3. MARKETING DU PRESERVATIF

Réalisations

- ☒ Disponibilité des préservatifs dans les Centre de santé, les Pharmacies, les Boutiques et étalages, ainsi que dans les hôtels;
- ☒ Existence d'une ONG nationale qui assure le marketing social ;
- ☒ Existence d'un réseau de distribution nationale et régionale des préservatifs ;
- ☒ Acceptation des jeunes à utiliser les préservatifs ;
- ☒ Vente des préservatifs à un coût abordable (25 FG l'unité).

Le conditionnement des produits (dans les enveloppes ou boîtes, dans les présentoirs et cartons) est effectué par une association YAGUIBA (plus de gêne) constituées de handicapés, de personnes vivant avec le VIH et d'anciennes filles libres (prostituées). C'est une forme d'assistance que OSFAM/PSI apporte aux groupes marginalisés.

Contraintes

- ☒ Echec du projet d'introduction du préservatif féminin dans le pays
- ☒ Mauvaise perception des préservatifs dans certaines zones rurales
- ☒ Faible taux d'utilisation globale des préservatifs (0,6% chez les femmes et 6% chez les hommes, en union) (2)
- ☒ Absence de contrôle de qualité des préservatifs
- ☒ Inaccessibilité géographique des points de vente des préservatifs dans certaines sous-préfectures

Recommandations

- ☒ Enquête sur l'échec du projet d'introduction du préservatif féminin dans le pays ;
- ☒ Renforcer la CCC à tous les niveaux sur l'usage du préservatif, surtout en zones rurales ;
- ☒ Absence de contrôle de qualité des préservatifs ;
- ☒ Augmentation des ressources (logistique de transport) allouées à la distribution des préservatifs ;
- ☒ Etendre du réseau de distribution des préservatifs en zones rurales.

4. Transmission Mère-Enfant

Réalisations

- ☒ Existence d'une politique nationale de prévention des IST/VIH/SIDA ;
- ☒ Existence d'une consultation prénatale (CPN) intégrée, dans toutes les structures sanitaires ;
- ☒ Existence d'associations nationales pour la promotion des stratégies de prévention de la transmission Mère-Enfant ;
- ☒ Disponibilité des préservatifs dans les unités de CPN ;
- ☒ Existence d'un programme National de Maternité sans Risque (MSR) fonctionnel ;
- ☒ Disponibilité d'antiseptiques efficaces (Chlorhexidine) contre le VIH.

Contraintes

- ☒ Absence de stratégies globales de prévention de la transmission Mère-Enfant ;
- ☒ Manque de formation des agents chargés de CPN, en stratégies globales de prévention de la transmission Mère-Enfant ;
- ☒ Absence de programme de dépistage du VIH chez les femmes enceintes ;
- ☒ Non disponibilité de l'AZT et de la névirapine (médicaments utilisés dans la prévention mère/enfant) contre le VIH.

Recommandations

- ☒ Elaborer une stratégie nationale de prévention de la transmission Mère-Enfant ;
- ☒ Former les agents chargés de CPN, en prévention de la transmission Mère-Enfant ;
- ☒ Approvisionner les structures sanitaires en AZT et en névirapine (médicaments utilisés dans la prévention mère/enfant) contre le VIH ;
- ☒ Introduction d'un programme de dépistage du VIH chez les femmes enceintes ;
- ☒ La prise en charge et le suivi des femmes séropositives.

5. L'HYGIENE HOSPITALIERE- AUTRES

Réalisations

- ☒ Disponibilité des seringues jetables à un coût abordable (200 à 300GNF)

Contraintes

- ☒ Faible disponibilité des gants dans les structures sanitaires ;
- ☒ Chéreté des gants dans les pharmacies (1000GNF la paire) ;
- ☒ Non fonctionnalité des comités d'hygiènes ;
- ☒ Manipulations à risque élevé de contamination du VIH (trop souvent les agents de la santé tentent de recapuchonner les aiguilles) ;
- ☒ Insuffisance du matériel (gants, eau de Javel, boîtes à instruments, , stérilisateurs) dans les Services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie ;
- ☒ Manque de protocoles de traitement des déchets hospitaliers (collecte, enfouissement, incinération...) ;
- ☒ Manque d'équipement et de logistique pour la collecte et le traitement des déchets hospitaliers ;
- ☒ Manque de personnel qualifié en hygiène hospitalière ;
- ☒ Recyclage des seringues à usage unique dans certaines préfectures.

Recommandations

- ☒ Approvisionner les structures sanitaires en gants ;
- ☒ Superviser les comités d'hygiènes dans les structures sanitaires ;
- ☒ Former le personnel soignant sur les risques de contamination du VIH ;
- ☒ Doter les Services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie en gants, eau de Javel, boîtes à instruments, stérilisateurs ;
- ☒ Elaborer et vulgariser les protocoles de traitement des déchets hospitaliers (collecte, enfouissement, incinération...) ;
- ☒ Equiper les structures sanitaires en moyens logistiques pour la collecte et le traitement des déchets hospitaliers ;
- ☒ Former le personnel dans la spécialité de l'hygiène hospitalière ;
- ☒ Elaborer et diffuser les supports de CCC en matière d'hygiène hospitalière.

JURIDIQUE ET ETHIQUE

Réalisation

- ☒ Existence d'un cadre juridique et éthique en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA

Contraintes

- ☒ Non application des textes juridiques en matière de IST/VIH/SIDA ;
- ☒ Méconnaissance des textes juridiques en matière de IST/VIH/SIDA, par les porteurs du virus ;
- ☒ Non fonctionnalité de la commission éthique au PNLS.

Recommandations

- ☒ Vulgariser les textes juridiques en matière de IST/VIH/SIDA ;
- ☒ Informer les porteurs du virus sur les textes juridiques en matière de IST/VIH/SIDA ;
- ☒ Redynamiser la commission éthique au sein du PNLS ;
- ☒ Meubler le cadre éthique et juridique au sein du PNLS.

CONCLUSION

La principale conclusion de l'analyse de la situation est que par le passé la grande majorité des actions ont été menées dans le domaine de la santé. Des efforts récents ont été menés dans les deux dernières années pour faire participer d'autres secteurs, et inclure les travaux des ONGs, et des associations. Mais pour le moment, ils ne sont encore qu'embryonnaires car :

- Il est difficile de sortir de l'ancien principe ou schéma que les IST/SIDA sont du domaine exclusif de la santé.
- Même si certains sont maintenant disposés à penser que d'autres secteurs devraient s'en préoccuper, les budgets alloués à la lutte contre le SIDA ne bénéficient en principe et jusqu'à maintenant qu'au Ministère de la santé. Les autres Ministères et ONG nationales incluent des activités dans leurs plans d'actions pour lutter contre le SIDA, mais ils attendent que le Ministère de la santé les finance. Les dispositions actuelles devraient permettre de remédier à cet état de fait.
- Les ONGs et associations sont très actives dans les domaines de la prévention mais elles ont des difficultés financières et n'agissent que lorsqu'elles ont un financement. Les financements obtenus sont en général de courte durée, alors que la lutte contre le SIDA demande une continuité dans les actions. Les financements proviennent surtout des partenaires internationaux.

Au niveau de la connaissance de qui fait quoi et où en dehors de la santé. Il existe un manque de coordination évident entre toutes les structures impliquées ;

Depuis 1996 il n'y a pas eu de réunions de commissions techniques du programme.

Les outils de gestion n'existent pas, il n'y a pas de système d'évaluation de performance du personnel,

Au niveau des documents techniques, le programme dispose de PMT1 et de PMT2, à ce jour, il n'y a pas de plan stratégique pour permettre une vue globale du PNLs et faciliter les interventions pour chaque partenaire et autres secteurs ;

Les rapports d'activité sont annuels et transmis au ministre avec ampliation à tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les IST-VIH.

Les IST en dehors des zones couvertes par Sida2 Conakry, Fria, Boké et PRISM (Régions naturelles Haute Guinée et Guinée Forestière) n'ont pas été incluses dans les données épidémiologiques depuis au moins les dernières 5 années, et l'on ne possède par conséquent aucune information sur la corrélation entre le taux de prévalence des IST et l'épidémie du VIH/SIDA.

Les activités menées au niveau des structures sanitaires selon les niveaux ont principalement impliqué les domaines suivants l'IEC, le dépistage des personnes suspectées d'être infectées, et les donneurs de sang. Pour le moment, le dépistage volontaire n'a pas été encouragé, car les moyens de prise en charge médico-psycho-sociale restent très faibles et il est difficile de demander aux personnes de faire le point sur leur sérologie alors qu'on ne peut pas les suivre.

Dans ce sens, l'on ignore la proportion des personnes infectées en dehors des 2 catégories suscitées, ce qui probablement explique une forte sous estimation des taux, peut être pas au niveau de la prévalence mais de l'incidence.

Les sites sentinelles pour les femmes enceintes, les malades IST, les prostituées à l'exception des malades tuberculeux ne fonctionnant plus depuis 1996.

L'analyse de la situation rend compte d'un certain nombre de points qui se résument en:

- l'insuffisance de la multi-sectorialité dans la réponse actuelle, la santé reste encore très majoritairement impliquée.
- L'insuffisance de l'engagement politique dans la lutte contre le SIDA.
- L'insuffisance de plaidoyer des autorités politiques dans le cadre de la lutte contre le SIDA.
- La mise en place de budget insuffisant au niveau national pour pouvoir effectivement lutter contre la pandémie.
- Le manque d'information des autorités politiques et administratives. De ce fait, ces derniers ne peuvent pas informer correctement, à leur tour, les populations.
- La coordination du PNLS actuelle ne correspond pas aux besoins d'un programme fort.

RECOMMANDATIONS GENERALES

- Le renforcement du comité national de lutte contre le Sida, avec des structures centrales et périphériques ;
- Relever fortement la contribution du Budget National de Développement en faveur du PNLS.
- Le renforcement du cadre institutionnel du PNLS en ressources humaines et matérielles.
- La promotion des comportements sexuels sains et responsables ;
- La C.C.C auprès des groupes cibles, en particulier les jeunes les femmes, et les populations en général pour que les populations qui ne croient pas au SIDA, aient l'information sur les risques de contaminations, les voies de transmission, et les méthodes de prévention ;
- La prise en charge médico-psycho-sociale des malades du SIDA et les alternatives pour démedicaliser celle-ci ;
- Renforcement de la sécurité transfusionnelle ;
- La lutte contre certains facteurs socio-culturels (tabous, les mariages précoces, le lévirat, le sororat, la prostitution, les médias trop permissifs, le grand banditisme, la toxicomanie, l'alcoolisme, les mutilations génitales chez les femmes etc.) ;
- La mise en place d'un programme pour les femmes enceintes dans le cadre de la réduction de la transmission mère-enfant du VIH.
- L'organisation et la décentralisation effective de la lutte contre le SIDA ;
- La formation des acteurs de la multisectorialité à tous les niveaux multisectoriels qui ont la volonté de s'impliquer mais qui n'ont pas eux-mêmes les informations nécessaires pour le faire, ni comment le faire ;
- La réforme dans le domaine de l'éducation et de l'alphabétisation des populations ;
- L'introduction de l'éducation sexuelle dans le cursus scolaire de toutes les écoles du pays ;
- L'intégration des activités de lutte contre les IST- SIDA dans un PMA au niveau des structures sanitaires (celles qui ont un lien avec la santé) ;
- Le renforcement de données épidémiologiques fiables, des systèmes de gestion des informations épidémiologiques, et les mécanismes de feed back pour que ces outils

264

soient utilisés aux niveaux périphériques et non pas comme de simples instruments de notification au niveau central ;

- L'accessibilité aux tests de dépistage partout à l'échelon du pays ;
- L'approvisionnement régulier des médicaments anti IST et IO dans les structures sanitaires.
- Introduire la prévention de la transmission verticale dans une stratégie globale de renforcement des soins maternels et infantiles avec le programme MSR au niveau des CPN des CS et Hôpitaux. Renforcer les capacités des ONG, Apporter un appui financier pour le traitement préventif de la transmission mère – enfant.

PROPOSITION DES TERMES DE REFERENCE POUR LE CONSEILLER AUPRES DU PNLS

Le/la conseiller (e) devra fournir une assistance technique dans la recherche continue des stratégies de lutte contre les IST/ VIH/Sida. Il appuie la coordination dans les actions entre les différents partenaires impliqués dans la lutte contre les IST/VIH/Sida.

Il doit s'assurer que les partenaires appuient les actions prioritaires dans les cadre de l'intensification de la lutte contre les IST/VIH/SIDA. Il doit veiller au respect des normes et procédures préalablement définies par le Ministère de La Santé Publique et les bailleurs de fonds.

1. DUREE ET LIEU DE LA PRESTATION

La durée de la prestation est de deux ans incluant les périodes de congé accordé conformément à la réglementation applicable au contrat d'assistance technique financé par le PPSG.

Le/la conseiller (ère) sera basé (e) à Conakry; il se rendra fréquemment dans les structures sanitaires de l'intérieur du pays.

2. TACHES PRINCIPALES

Pour assurer ces services, le/la conseiller(e) devra réaliser les tâches suivantes :

- ▣ Apporter son appui technique à la coordination pour :
 - La mobilisation des ressources
 - la planification
 - la mise en œuvre
 - le suivi et l'évaluation de ses activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA
 -
- ▣ Appuyer la coordination à la mise en place d'un cadre décisionnel et social plus propice à un PNLS efficace ;
- ▣ Appuyer le pool des formateurs du niveau national et décentralisé dans la mise à jour des curricula ;
- ▣ Aider à la publication et à la diffusion des résultats obtenus dans les différentes recherches réalisées sur les IST/VIH/SIDA.

3. PROFIL DU / DE LA CONSEILLER(ERE)

Le/la conseiller(ère) doit avoir :

- Une formation en Santé Publique de niveau universitaire ou post-universitaire avec expertise dans le domaine de lutte contre les IST/VIH/SIDA;
- Une très bonne connaissance des services de santé du pays en général et de la politique et programme national de lutte contre les IST et le VIH/Sida en particulier ;
- Une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans les pays en développement
- Des capacités démontrées dans les différentes approches fondamentales en andragogie ;
- Des compétences confirmées dans le travail en équipe pluridisciplinaire ;
- Une excellente aptitude à rédiger des documents ou rapports techniques ;
- Une bonne connaissance en français ;
- L'anglais serait un atout ;

Il ou elle doit disposer d'une expérience professionnelle d'au moins cinq ans en Santé Publique.

4. MODE DE SELECTION

La sélection sera fondée sur la qualification de le/la conseiller(e) selon son Curriculum Vitae, et à la suite d'une interview. Le/la conseiller(e) retenu négociera son contrat.