PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTÉ REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

Progress Report

January-February-March 2001

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

Submitted: April 2001
USAID Grant Award No. 624-A-00-97-00077-00

Table of Contents

INTRODUCTION 2
SUMMARY OF PRINCIPALS RESULTS 3
WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR) 5
IR1: INCREASED ACCESS 5
IR 2: IMPROVED QUALITY 17
IR3: INCREASED DEMAND 23
IR4: IMPROVED COORDINATION 30
Project Implementation 33

List of acronyms

Annexes:

1. Curriculum de formation sur le tas des chargés de points de vente des médicaments essentiels au CS
2. Rapport sur l'atelier d'harmonisation des formulaires et outils de gestion des médicaments des Hopitaux, MSP/DNLP, décembre 2001
3. Evaluation des Assistants Techniques en SBC de l'AGBEF
4. Rapport du consultant sur l'initiation/intégration COPE en RA de Kankan, Ndoye Khrar, mars 2001
5. Rapport de la formation en prise en charge syndromique des IST de Chefs de CS de la RA de Kankan, Janvier 2001
6. Rapport d'activité du consultant chargé de l'adaptation du logiciel EpiSurv employé par le MSP pour le SNIS, E. Sévin, Mars 2001
7. Rapport du consultant sur le développement du curriculum de Data for Decision Making, S. McKeown, mars 2001
8. PV sur la réunion de concertation des partenaires SR en RA de Faranah, janvier 2001

IR3: Increased Demand

- One IEC Regional Work Group workplan was monitored and updated (Faranah)
- 7 out of the 8 IEC Prefecture Work Groups received technical and financial assistance
- Mobilization completed for the youth campaign implementation
  - 8 theatre groups mobilized (1 per prefecture) for the youth campaign
  - APAE, youth associations, village health or development committees, local authorities
- Population Report on counseling was supplied to all HCs
- 58 youth leaders trained as trainers of youth peer educators in FP, prevention of STI and pregnancy
- Theater play targeting youth RH "*Si je le savais……*" Developed. Over 1,500 people attended public rehearsals in Kouroussa and Siguiri.
- 16 IEC radio programs broadcast and discussed with youth press clubs members
- RH video projections sponsored in the 8 prefectures and attended by over 9,000 people
- Two IEC regional members attended a 3-week workshop in Lome on how to work with youth in communication for behavioral change.

IR4: Improved Coordination

- 1 regional IEC working group meeting supported (Faranah)
- RH and IEC regional groups held a planning joint session (Faranah)
- 4 CTPSs and 2 CTRSs attended
- CBD Convention for Mandiana signed and implemented
- USAID partners HIV prevention workshop organised and facilitated

PREVIOUS PAGE BLANK
pgs - 2-3

WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR)

IR1: INCREASED ACCESS

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

Availability of products:

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

Availability of Services:

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

Affordability of services:

6 Strengthening community ownership, via community level management committees (CoGes), to improve cost-recovery

7 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

On-the-Job Training of 2nd Managers at HCs (1.1.1.4, 5 & 6): The Head of a Health Center (HHC) is the custodian of the main ED&C inventory held at the site. A subaltern staff working directly under the HHC - **the Sales Point Attendant** - handles the direct deliveries of ED&C to clients. PRISM on-the-job training of 2nd managers of ED&C at Health Centers is targeting the Sales Point Attendant. The training material for the on-the-job training of 2nd managers was developed by PRISM with regional trainers. The material consists of the following elements[1]:

- the On-the-job trainers scope of work (terms of assignment);
- an evaluation check list covering the knowledge and practices of the 2nd manager;
- the training modules including the trainer's guide, technical documents to review and practical exercises with solutions that are to be left with the trainees.

The topics covered by the training materials include:

- Storage, conservation and dispensation of ED&C at the HC sales point;
- Calculation of needed quantities of ED&C to order from HC main inventory;
- Maintenance of the RUMER (products delivery register book).

1 . See the training material at annex 1

Training of 2nd managers activities started during the previous period[2] and were delivered by qualified and experienced regional trainers. No formal training activities of 2nd managers occurred during the present quarter. Training has resumed in April and will continue until the end of 2001 when all targets have been reached. MOH regional trainers will deliver the training to the targeted HCs 2nd managers with complementary technical and logistics support from PRISM (training material, transportation or fuel, travel perdiems).

1.1.2 Training of regional trainers (ToT)
Program completed in Oct-Dec 2000 quarter and all results achieved.

1.1.3 Support the development of ED&C logistics policies, procedures, tools and curriculum
National ED&C management curriculum (1.1.3.6): The Essential Drugs & Contraceptives Management training curriculum has been finalized in its various versions each targeting a specific group: Chiefs of Health Centers, Pharmacists and Managers of IRS/DPS, Hospitals, and the Regional Depots (PEV and PCG). They are ready to be formally submitted to the National Coordination of PEV/SSP/ME (for HCs) and to the *Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoires* (for the other managerial levels).

1.1.4 Support to *Pharmacie Centrale de Guinée* (PCG)
PRISM ED&C Logistics Advisor is based at the PCG and provides regular technical assistance to the PCG staff (1.1.4.3).

1.1.5 Improve availability of products: Other Interventions
Support IRS/DPS supervision of ED&C management at SDPs (1.1.5.1):
Support visits to 6 of the 8 HCs in the Kerouane Prefecture took place. During the visit the quality of ED&C management was assessed using IMAT (see details in the next section), the issues and problems related to ED&C management were discussed with the appropriate staff and recommendations were provided.

Provide IRSs with "duplicopier" printing machines (1.1.5.2): PRISM provided the Kankan IRS with a duplicopier machine to allow low cost printing of various forms in use in the region's SDPs and support units. We organised the training of 2 staff members from the IRS in the use and maintenance of the duplicopier and provided the IRS with the start-up kit of supplies. The IRS will take charge of future maintenance and purchase of supplies. The Faranah IRS informed PRISM that it did not need a duplicopier as GTZ has already provided one.

Integration of IMAT indicators in IRS/DPS supervision checklist (1.1.5.4): The IMAT indicators are integrated in the Kankan region IRS/DPS supervision checklist. They need to be integrated into the Faranah Region supervision checklist.

Assistance to USAID in Contraceptives Logistics (1.1.5.6): PRISM handled the port clearance, reception and storage of the following contraceptive products during the quarter:

Lo femenal (oral contraceptives)	202,800 cycles
Depo provera (injectable contraceptives)	75,500 doses

2. For details see section 1.1.1 of Oct-Dec 2000 Quarterly Progress Report.

In addition to this PRISM received from the UNFPA/KFW funded project *Santé de la Reproduction* the reimbursement of products that were provided to them last year in order to reduce stockouts in non-USAID/PRISM supported regions of Guinea. These are: 10,800 cycles of Lofemenal, 20,764 cycles of Ovrette and 5,200 doses of Depoprovera. USAID-Guinea delivered to PRISM an additional 20,764 cycles of Lofemenal, 14,999 doses of Depoprovera and 5,200 cycles of Ovrette.

USAID funded contraceptives received in Guinea are stored by PRISM in a storeroom made available for that purpose by PCG. PRISM has custody of these products until they are delivered to the national logistics systems. So far, PRISM has delivered the contraceptive products to the national system at the regional level. During the Jan-Mar 2001 period PRISM delivered contraceptives to the PEV/SSP/ME regional depot in Kankan and to ISMI[3], the Africare project in Dabola. The following quantities were delivered:

Contraceptives	**Unit**	**PEV/SSP/ME Kankan**	**AFRICARE ISMI/Dabola**		**Total**
Lofemenal	Cycles	31,200	1,200		32,400
Ovrette	Cycles	6,400	800		7,200
Depo-Provera	Doses	11,799	0		11,799
Conceptrol	Ovules	7,700	1,900		9,600
IUD	Pieces	200	0		200
Condoms	Pieces	18,700	7,500		26,200

3. To supply the 74 CBD agents to train in Dabola prefecture with needed contraceptives

As of the end of the quarter PRISM held in stock the following quantities of products at the PCG in Conakry:

Products	Contraceptives held in Conakry as of March 31, 2001 Number of Units (expiration date)	
Lofemenal	201,964 (2005)	Cycles
Ovrette	4,800 (2005)	Cycles
Depo-Provera	96,700 (2004)	Doses
Conceptrol	216,000 (2003)	Pills
IUD	400 (2005)	Units
Condoms	111,800 (2003)	Units

IR1.1 Strengthening of ED&C Logistics System: Monitoring and Evaluation

The quality of ED&C logistics management system was assessed with PRISM's support in the prefecture of Kerouane during the quarter. The IMAT (Inventory Management Assessment Tools) results are presented below:

IMAT Results for facilities assessed in the Kerouane Prefecture (Kankan Region) Feb-Mar/2001				
Facilities	**Accuracy of record entries**	**Error on Stock Level**	**Products Available**	**Time Without Stockout**
CSU	100%	0%	80%	14%
CS Komodou	52%	28%	64%	31%
CS Damaro				
CS Sibiribaro	88%	5%	84%	32%
CS Banankoro				
CS Soromaya	60%	72%	60%	37%
CS Kossankoro	100%	0%	85%	36%
CS Linko	84%	1%	60%	32%
Target	**100%**	**0%**	**100%**	**0%**

Notes: - Of the 6 facilities assessed all Heads of HCs with the exception of CS Linko were trained in Essential Drugs Management.
- 6 out of the 8 HCs in Kerouane Prefecture were assessed.

Comments on accuracy

- Only two of the facilities obtained adequate scores for accuracy in their ED&C records.
- At all facilities with poor accuracy scores, the Head of Health Center (HHC) is in charge of the facility's ED&C sales point – a duty normally covered by a subaltern staff member – the Sales Point Attendant. Those HCs suffer from a lack of staff and rely upon the HHC for fulfilling most of the ED&C responsibilities. Their training in ED&C management did not help them maintain adequate accuracy scores under these circumstances.
- The two facilities with perfect accuracy scores had a Sales Point Attendant in charge of the ED&C sales point at the time of the assessment.
- In order to verify the significance of HCs staffing level and accumulation of ED&C tasks by the HHC on ED&C managerial performance, PRISM will compare IMAT accuracy scores of various HCs on record.

Comments on availability of products

- Availability of products and stockouts were problematic for all facilities assessed in Kerouane.
- Extended stockout periods for certain STI care drugs (Ciprofloxacine and Benzathine Penicillin) account for a significant part of the poor results.
- Those aforementioned drugs have been out of stock at the HCs resupply points – the PEV regional depot in Kankan and the PEV/CME depot in Conakry – for an extended period of time.
- Stockouts are lower at the urban HC (14%) compare to the rural HCs assessed (31 to 37%). This is consistent with the known fact that it is easier and less expensive for urban HCs to reach the resupply point than it is for rural HCs.
- Stronger financial viability of urban HCs compared to rural HCs is also an important factor influencing availability of drugs and stockouts.

All issues related to ED&C and medical material and supplies (including the cold chain) logistics in Kerouane will be addressed during a joint review and planning session with the DPS staff and the HHCs scheduled for the coming quarter. The session will be prepared and co-facilitated by the Kankan IRS and PRISM.

Result(s) achieved on project's IR1.1 indicators/benchmarks during the quarter:
1.1.3.6 ED&C Management curriculum adapted and finalized
1.1.4.3 Technical assistance in ED&C logistics is in progress
1.1.5.1 IRS/DPS supervision in ED&C management supported in Kerouane prefecture
1.1.5.2 Duplicopier provided as needed to IRS in target zone
1.1.5.4 IMAT main indicators integrated in Kankan supervision checklist
1.1.5.6 Assistance provided to USAID-Guinea SO#2 team in the management of contraceptives

IR1.1 activities postponed:
1.1.1.1 Training sessions on ED&C Management targeting HHCs will resume in May 2001
1.1.3.6 Submission of the ED&C Management curriculum to the PEV/SSP/ME and DNPL and support/monitoring of their adoption process by the MOH
1.1.1.4 On-the-Job training on ED&C Management targeting HCs 2nd managers were put on hold during the quarter in order to allow the completion of the training material. Will resume in April 2001.
1.1.5.4 IMAT indicators to integrate in Faranah supervision checklist during coming quarter.

IR1.1 other activities:
-PRISM's supported regular work sessions in Conakry at the MOH "Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoires" on the development of the Essential Drugs National Policy Document.
-PRISM's Coordinator for ED&C and Medical Material trained the new Regional Pharmacist for Faranah Region

-PRISM ED&C Advisor participated as trainer in the training of the future Pharmacist Inspectors.

1.2 Basic Medical Equipment Availability

Acquisition of medical material and supply for SDPs in focus zone
A US based **order of medical material and supplies**, valued at $42,612, arrived in Conakry Port during the quarter. The shipment is expected to clear custom and become available for dispatch into the project's focus zone in April. The order includes stethoscopes, adult and neonatal scales, vaginal specula and sphygmomanometers. Quantities ordered will allow complementary provision to facilities in HG.

1.2 Basic Medical Equipment Availability: Monitoring & Evaluation

Inventory of medical material and situational analysis of the cold chain in Kerouane:
During the quarter, PRISM performed an inventory of medical material and a situational analysis of the cold chain at the SDPs[4] of the Kerouane Prefecture. The inventory covers the material required to deliver RH services. It is complementary to the inventory performed by Measures in February during the Facilities Survey.

Main findings of inventory at HCs:
- All 8 HCs had at least one tape measure, one sphygmomanometer and one examination table. All other item inventoried were missing at at least one facility.
- 1 HC had no obstetrical stethoscope ;
- 2 HCs had no baby scale; 3 had no speculum ;
- More that 4 HCs had no syringes, no *pelvimètre*, no beds, no inox containers nor bed pan;
- None of the HCs had examination gloves, a gynecologic table, javel water or a delivery kit box

Equipment missing at the hospital maternity service are:
- steriliser of any kind,
- baby weight/height scale, adult weight scale, measuring tape
- speculum, forceps
- gynecologic table
- numerous small surgery tools
- gloves, decontamination products
- Infant resuscitator, laryngoscope and neo-natal aspirator

Numerous supplies are missing at the hospital laboratory. It does not dispose of a *rhésuscope.*

The situation is appalling but not specific to Kerouane. PRISM will provide to the HCs and to the Hospital the material considered indispensable to the delivery of quality services but difficult for the facilities to acquire. The managerial situation at the hospital will be assessed in order to identify the factors explaining its non-compliance in terms of medical material and supplies. Replacement of supplies by the facilities (HC and Hospital) should generally be possible through cost recovery.

4 The Prefecture's Hospital and 8 Health Centers

The **situational analysis (SA) of the cold chain** in the HCs of the Kerouane prefecture was performed in preparation of the **provision of basic material to ensure delivery of adequate immunization services (2.3.1.2.5)** in that prefecture.

The main findings of the cold chain SA in Kerouane's HCs are as follow:

- 7 of the 8 HCs have a refrigerator in good working condition. The Komoudou refrigerator has been giving trouble for an extended period and efforts to repair it have failed so far. It might have to be replaced.
- All frigos with one exception carry the brand name SIBIR, model 21, consuming 21 litres of petrol per month. The Linko frigo is a SIBIR 23 consuming 36 litres of petrol per month. This last one was not in operation because of lack of petrol. Linko HC is still covered by the PEV/SSP/ME for the provision of petrol. But the PEV/SSP/ME failed to deliver the semester supply of petrol to the facility.
- Only one HC was using temperature-monitoring units (freeze-watch) to monitor the frigo's performance.
- No HCs have spare parts available on site to maintain/repair its refrigerator.
- Only 3 out of the 8 HCs had any petrol reserves on site. The others purchase petrol on a daily/weekly basis and are extremely vulnerable to stockouts at commercial supply points.
- All HCs had ice packs and icebox (one exception) for the advance strategy immunisation activities.
- Monitoring registers (temperature, maintenance) are generally present and apparently up to date. Veracity of entries is uncertain. Accuracy between physical inventory and stock cards balances is good only at 3 HCs
- Vaccines without labels were found in 7 HCs;
- 7 HCs were overstocked for at least one vaccine while 2 HCs had at least one vaccine out of stock (but only from the previous day);
- No vaccines were expired and all HCs were storing vaccines according to PEV norms.

Obviously, maintenance at all time of the vaccines at the acceptable temperature range is quite problematic at HCs. Linko is completely out of petrol and the frigo is not working. HCs generally don't use freeze watch units to monitor the frigo temperature despite the facts the units are available at the PEV depot and can be obtained free of charges. Most HCs don't maintain a petrol reserve on site. Veracity of the entries in the temperature monitoring register is hard to establish. We have to assume that the quality of the vaccines is compromised at one time or another in most HCs. This is a major problem that will be addressed during the logistics review meeting planned next quarter for Kerouane prefecture (see section1.2).

Result(s) achieved on project's IR1.2 indicators/benchmarks during the quarter:
None. No SDPs in Kerouane prefecture have full range of basic medical equipment for integrated RH services

IR1.2 activities postponed :
Distribution of material to SDPs in Kerouane is postponed to next quarter when material will become available for distribution.

1.3 Minimum package of Activities (PMA)

The PMA document *"Paquet Minimum d'Activités pour les Soins de Santé Primaire – Horizon 2005"* was published by the MOH and presented to all the IRSs and DPSs by the central level senior staff during the January 2001 CTRS meetings. The PMA was part of the documentation kit on the National Health System Development Plan distributed during the CTRSs.

Result(s) achieved on project's IR1.3 indicators/benchmarks during the quarter:
1.3.1 PMA disseminated in the target zone

1.4 Integration of RH Services in HCs

No activity planned during the quarter and no activity to report.

1.5 CBD/CBS program

1.5.1 & 2 Remobilize communities and train CBD agents and their supervisors

In Prefectures with international partner(s) active at the community level[5]

Delivery of material to Save the Children for the CBD program in Mandiana Prefecture: In support of the CBD program activities managed in Mandiana Prefecture by Save the Children, PRISM delivered materiel for 146 CBD agents and 24 supervisors. The said materiel included (but were not limited to) the following:

i) CBD/MIS support forms and registers,
ii) IEC material (IEC picture box, brochures, wooden penises, and a display of family planning methods),
iii) ORS kits,
iv) Raincoats and CBD material bags.

Materiel delivered for supervisors included (but were not limited to) the following:

i) CBD/MIS support forms and registers,
ii) Blackboard and calculator,
iii) Raincoats and CBD material bags.

Delivery of material to Africare/ISMI for the CBD program in Dabola Prefecture: In support of the CBD program activities managed in the Dabola Prefecture by Africare/ISMI, PRISM delivered materiel for 74 CBD agents and 18 supervisors. The materials delivered included the following:

i) IEC material (IEC picture box, pagnes),
ii) CBD material bags, CBD *armoirettes,*
iii) Contraceptives products (see details in section 1.1.5)

Materiel delivered for supervisors included the following:

i) CBD *pagnes,*
ii) Blackboard and calculator,
iii) CBD material bags.

PRISM CBD Coordinator visited the Dabola prefecture twice during the period to monitor and

5. These are Mandiana where Save the Children is active and Dabola and Dinguiraye where Africare is active

provide **support to the ISMI managed CBD training activities.**

In Prefectures with no international partner(s) active at the community level[6]

Delivery of bicycles to well performing CBD agents trained during year 2000: The performance of the CBD agents trained during the first half of 2000 in the Kankan Region was assessed during the period. The DPSs CBD supervisors, their AGBEF technical assistants and the PRISM CBD Coordinator performed the assessment using the criteria such as attendance to monthly meeting at the HC, use of the ELCO map to monitor clients, referral practices, IEC promotion activities. Performance level assessed was equal or superior to the desired expectation level for 115 of the 134 CBD agents trained. The 115 performing CBD agents received their bicycles in recognition of their efforts. The delivery of the bicycles was done during ceremonies organised locally at the sub prefecture or village level by the DPSs.

CBD Technical Assistance provided to DPSs by AGBEF: AGBEF continued to provide technical assistance to DPSs of priority prefectures under a subcontract awarded by PRISM on 1 May 2000. The technical assistance is delivered by an AGBEF agent assigned to the DPS as a counterpart to the DPS's CBD Coordinator. A mid term evaluation of the performance of the AGBEF/TA was performed during the quarter (see 1.5.5 for details).

Expansion of CBD program in new health centres: During the quarter, PRISM launched the expansion of the CBD program in rural HCs offering now FP services, but where the CBD program had not been integrated in the past. The main reason for this is that those HCs were not offering FP services at the time CBD program was initially integrated in their prefecture. The expansion concerns 15 HCs in the 4 priority prefectures of Kankan Region, 30 CBD supervisors and 75 CBD agents. Completed and ongoing activities associated to the expansion are the following:

- Community mobilisation by CENAFOD in villages where CBD agents are to be based (ongoing in Kankan and Siguiri);
- Training of 36 CBD agents' Supervisors based in HCs, among whom 14 are from formerly integrated HCs who lost their CBD supervisors due to changes of personnel since mid year 2000 and 22 are from the newly integrated sites (8 supervisors from these HCs remain to be trained).

1.5.3 Integrate new products and services in CBD activities

No activities were planned during the period and none were performed.

1.5.4 Increase access to oral contraceptive

No activities were planned during the period.

The MOH authorised PRISM to test (on a small scale) the use of a checklist by CBD agents, allowing them to prescribe oral contraceptives to clients. The CBD Program Coordinator started in March to work on a draft protocol for the pilot test of the use of such a checklist. PRISM is planning during the next quarter to support discussions at the regional level to finalise the protocol, develop the pilot's plan and initiate the coordination of its implementation.

1.5.5 Monitor CBD program

6 These prefectures are Kankan, Siguiri, Kouroussa, Kerouane and Faranah

CBD Program Review Meeting for Kankan Region: The Kankan region CBD program was reviewed in January during a meeting consisting of the DPSs *Chargé SBC (C/SBC)*, the AGBEF/TAssistants as well as regional and central level representatives, the IRS and the PRISM personnel primarily interested in the CBD program. PRISM's CBD Coordinator facilitated the meeting. The results of the program for the period June-December 2000 were shared and studied. The performance of the CBD agents during the period was reviewed (see subsection on delivery of bicycles to performing agents in section 1.5.1 & 2). The workplans of the AGBEF/AT and of the DPS C/SBC for the coming 6 months period were developed.

Integration of CBD/FP service statistics in the MOH monitoring system – the Missimana HC initiative: The lack of integration of the CBD agents FP service statistics in the HCs "*monitorage*" system is a problem that has remained unresolved until recently. As a result, FP services (and CYPs) are underestimated in the MOH monitoring system. The solution developed at Missimana, a rural HC in Kankan Prefecture, by the HC staff with the DPS's supervisors to address this issue was studied and adopted by the assembly during the CBD Program Review Meeting. The group determined the current solution to the problem as being adequate and well adapted to the means of the HCs.

Missamana HC designed a simple register where CBD agents enter on one line the basic data on each client they serve with FP products. During the CBD monthly meeting at the HC the agents present their updated register to the supervisor who creates a FP client card for each new client recruited. The HC's cards for the FP CBD agents' clients are grouped and their statistics integrated in the MOH monitoring system.

PRISM is impressed with the Missimana HC initiative. It is a very positive contribution to the system. We will propose that the Missimana HC and the Kankan DPS contribution to the CBD program be publicly acknowledged and that material assistance (to be defined) be provided in an appropriate fashion in recognition of it. The format of this will be discussed with the partners involved in the program.

Implementation of the CBD computerised monitoring system: PRISM has completed the development of the CBD computerised monitoring system during the period. The system captures the CBD service statistics and produces reports tailored to the needs of each level of the CBD program (sub-prefecture, prefecture, regional and national). This type of monitoring provides information like the number of new users, the number of regular users, quantity of products sold by agents, IEC sessions held, missing reports, etc. The data is entered and processed at the PRISM/Kankan office at the moment. The ultimate goal is to transfer the responsibility of the maintenance and the use of the DBC monitoring system to the IRS level The CBD monitoring system is planned to be installed at the IRSs during the next quarter.

Evaluation of AGBEF CBD technical assistant: The performance of the AGBEF technical assistant assigned to the prefectures in support of their CBD activities has been evaluated during the period by the PRISM CBD Coordinator. Two of the TAs had an excellent performance during the period assessed while four had a good performance and two had an inadequate performance[7]. The results have been presented to AGBEF and will help both organisations adapt the configuration of the coming support from AGBEF to CBD and IEC activities in PRISM target

7 See details of the evaluation at annex 3

zone of *Haute Guinée.*

Harmonisation of CBD/MIS forms and tools for Dabola prefecture: The presence of ISMI in Dabola and their work done at the community level are providing the CBD program with an opportunity to improve the CBD/MIS forms. PRISM and ISMI worked together at integrating into the CBD forms the immunisation and fever references that ISMI requires its agents to perform and record.

Result(s) achieved on project's IR1.5. indicators/benchmarks during the quarter:	
1.5.1	*175 CBD Agents deployed (trained, equipped and supervised) with partners (74 in Dabola with Africare/ISMI and 73 in Mandiana with Save The Children)*[8]
1.5.2	*22 CBD agents' Supervisors based in HCs to integrate CBD have been trained and equipped during the period*
	14 CBD agents' Supervisors based in integrated HCs have been trained during the period
1.5.5	*CBD program monitored during the period (semester review, CBD agents and AGBEF TA performance evaluated)*
IR1.5 activities postponed :	
1.5.5	*The CBD computerized monitoring system will be installed at the IRSs during the coming quarter. The development of the system was finalized only during the current quarter.*
IR1.5 other activities:	
-Fuel delivered to DPSs assigned a motorcycle to support the CBD activities	

1.6 Improved Financial Sustainability of HCs

1.6.1 Increase community participation in the management of the HCs

Integration of COPE in targeted SDP:

See section 2.2. for COPE related activities/results

Support activities to strengthening COGES:

Three specific activities were planned during the period but none could be implemented. They were the analysis and communication of COGES survey, the development of the scope of work for the local NGOs support activities to strengthening COGES and the subcontract(s) award. The analysis of the COGES survey results was not completed during the period due to a change in consultants who will support the activity (Pr A. Kouaci instead of Mrs C. Severo). The two other activities are dependent on the completion of the first one.

1.6.2 Promote analysis of fee schedules impact on sustainability of HCs

No activities planned for this quarter and no activity to report.

Result(s) achieved on project's IR1.6. indicators/benchmarks during the quarter:
None
IR1.6 activities postponed :
-Analyse and communicate results of the COGES survey
-Development of the SOW for local NGO support activities to COGES
-Award subcontract(s) to local NGO for the implementation of support activities to COGES

8 ISMI and Save the Children are the implementing agencies of CBD support activities in Dabola and Mandiana respectively. They support the larger share of their costs. PRISM provide complementary technical assistance, part of the material for the CBD agents/supervisors kits and a motorcycle (plus fuel) to each of the DPSs.

1.7 Improve equitable access to RH services

1.7.1 Advertise Reproductive Health fee schedule

Radio broadcasting of RH fee schedule: No broadcast of RH fee schedule planned for the period.

Provision of a revised fee schedule board to HC/HP: The design and production of a revised RH fee board was planned to occur during the quarter. PRISM staff could not initiate this activity because of the level of effort was invested in more pressing areas. This activity will be initiated during the coming quarter.

1.7.2 Test community mechanism to improve equitable access to services

No activities planned for this quarter and no activity to report.

Result(s) achieved on project's IR1.7. indicators/benchmarks during the quarter:
None

IR1.7 activities postponed :
-the design and production of RH fee schedule board for HCs and HPs is postpone to the next quarter
-broadcast of RH fee on rural radio will start during the next quarter

IR2: 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.

2.1 Reproductive Health Norms & Procedures

No activities planned during year 2001 and no planned activities to report.

PRISM distributed during the period new referral (4,000) and counter referral (8,000) forms to the health districts of its zone for testing. This was done in support of the Reproductive Health Division's efforts to improve the referral system.

2.2 Strengthening Quality Improvement Support Systems

2.2.1 Train RH managers in human resources management
No activities planned during year 2001 and no activities to report

2.2.2 Improving Supervisory capabilities: COPE and Facilitative Supervision
Training of regional supervisors in Facilitative Supervision (2.2.2.1): PRISM, in collaboration with Engender Health (formally AVSC), trained 17 IRS/DPS supervisors from HG in Facilitative Supervision (FS) in February. The 8 prefectures of HG were represented. Four Coordinators from PRISM also attended the training.

The training will help supervisors implement better on-the-job training session during their visits to SDPs in their region or prefecture. The FS training session is a 1-week course covering the following topics:

i) FS and quality of services
ii) Motivation of the SDP staff
iii) Characteristics and skills of a competent supervisor
iv) Introduction to COPE
v) Whole-site training approach

vi) Counseling in the context of the client's rights
vii) Medical/clinical supervision
viii) Constraints on supervision activities

The on-the-job training session planned for the last day of training was cancelled because of an unexpected national holiday decreed by the GOG in solidarity with the victims of the war at the southern border.

Training of Kankan IRS/DPSs supervisors in COPE facilitation (2.2.2.1)
In collaboration with AVSC, PRISM pursued the development of a regional cadre of qualified facilitators in COPE (Client Oriented Provider Efficient) facilitation and monitoring. Last quarter supervisors from the Faranah Region were initiated to COPE facilitation. This quarter, 13 supervisors from the Kankan Region were trained and **COPE was integrated (2.2.2.3)** as part of the training in the following 5 facilities[9]:

1. CSU Salamani in Kankan
2. CSU Kouroussa
3. CS Titioulen in Kankan prefecture
4. Maternity Service at the Kankan Hospital
5. Pediatric Service at the Kankan Hospital

Each of the facility's personnel or COPE team, developed an internal problems resolution workplan. All members of the staff participated in the COPE exercise at their site. The majority of planned activities are aimed at improving client rights and quality of services delivered. Also, and very important, each COPE facilitator developed his/her own COPE monitoring workplan and integrated it into the supervision program of the DPS.

The group of COPE facilitators in Kankan will facilitate (again under qualified supervision) the follow-up monitoring visit to the targeted facilities in 3 months and will introduce COPE into additional groups of HCs and Hospitals.

PRISM provided **TA in COPE facilitation (2.2.2.4)** to the Faranah Hospital in support of the finalization of the COPE plan of the Maternity Service by the COPE team. PRISM supported the monitoring of COPE at two additional sites in the Faranah Region during the quarter (Bissikrima HC and Dabola Hospital Pediatric Service).

2.2.3 Strengthening Community participation in the management of the health centers
Report to section 1.6.1

2.3 Improve the Quality of RH Services Delivered

2.3.1 Strengthening Child Survival Services

Refresher training of HCs PEV providers in child survival (2.3.1.2.1): The Kankan IRS organized this quarter with PRISM the first refresher training session of PEV agents from

9 See the activity report from the consultant on COPE initiation/integration on Kankan Region at annex 4

HCs. The participants came from the HCs of Keroune (7 out of 8) and Kankan (15 out of 16) prefectures. 22 PEV agents attended the refresher session. The training curriculum focuses on the skills and knowledge needed by the PEV agents to fulfill their main responsibilities in the area of Child Survival. These are:

i) The immunization norms and standards;
ii) The implementation of immunization activities in situ and during outreach activities (advance strategy);
iii) Cold chain management (monitoring and maintenance);
iv) Growth monitoring of children 0-5 years old.

Update training curriculum in Child Survival for HC/HP (2.3.1.5.1): A panel of regional trainers prepared the PEV agents refresher training curriculum with the support of PRISM technical staff.

2.3.2 Strengthening Maternal Health Services

Identification of Maternal Health Community Animators (2.3.2.1.1): 163 Community Animators in Safe Motherhood were identified by the DPSs in the prefectures of Kerouane (80) and Faranah (83). The animators are coming from and/or were proposed by local organizations and associations involved in community health and women's condition. The list of animators from Kankan prefecture is expected from the DPS early during the next quarter.

Strengthening (training) of Traditional Birth Attendant (TBA) (2.3.2.1.4): According to the National Safe Motherhood Policy, 5 TBA (*Accoucheuses Villagoises*) per HC are to be supported and monitored by HCs. PRISM is supporting the implementation of the policy three prefectures in HG. Those are Kankan, Kerouane and Faranah. PRISM requested and received from the DPSs the list of 40 TBAs that are to be trained and supported in Kerouane as well as 43 from Faranah (60 were expected). The list from Kankan prefecture is expected early in the next quarter.

Promote and support MURIGA (2.3.2.1.6):
PRISM sponsored the training of 2 of its coordinators (one Community Institutional Development and one IEC) and 2 AGBEF technical staff (including the Kankan regional coordinator) in the UN/ILO 1 week course concerning the promotion of mutual health organization in Dakar, Senegal. These public health professionals are to spearhead support activities to Muriga as well as to other type of health mutual organization in Haute Guinée, especially in the three prefectures targeted by PRISM to implement the Safe Motherhood National Policy.

Training of Maternity Staff in Infection Prevention (2.3.2.3.1 & 3): PRISM, in collaboration with Engender Health (formally AVSC), trained in Infection Prevention (IP) techniques the maternity services obstetricians and gynecologists and at least 1 midwife per hospital for the 8 hospitals included in the project focus zone. A total of 16 clinicians providing maternal care services at the hospital level participated in the training session. They are expected to correct inadequate situations and implement better practices at their maternity services. The training will also strengthen supervision teams since many participants are members of their DPS supervision team. The IP training session is a 1-week course covering the following topics:

i) Critical importance of IP for the health of the clients and providers

ii) Aseptic practices and products
iii) Management of pointed and sharp instruments
iv) Sterilization techniques
v) Decontamination
vi) Waste management
vii) Regular and basic cleaning of the facility

The on-the-job IP demonstration was performed by the Engender Health Consultant at the pediatric service of the Dabola Hospital which is recognized as having a major problem in that area (the Head of the Department attended the course also).

2.3.3 Strengthening STI care

Training of HC providers in syndromic management of STI case (2.3.3.1):

PRISM position is to initiate training in STI care only once drugs are available. The accepted policy is to provide each targeted HCs with a 3 months start up kit of anti STI drugs immediately following the training of 2 of its providers in the syndromic management of STI. The non-availability of drugs has delayed the program up to now in the Kankan Region. But recently, the SIDA2 project agreed to provide the anti STI pharmaceuticals for the targeted HCs in the Kankan Region. Last quarter the Kankan Region supervisors were trained in the syndromic management of STI case. This quarter PRISM sponsored the training of the 1st providers coming from the targeted HCs of the region[10]. 12 Heads of the HCs coming from 4 prefectures attended the course. The 2 HHC from Kouroussa were not able to attend the session and will come to the next one. The 3 trainers were from the PNLS, the Kankan DPS and PRISM.

The training of the 2nd providers was delayed because one important drug was missing in the kits (Nystatine). Fortunately, by the end of March the kits were completed and the session was reschedule for this coming quarter.

Result(s) achieved on project's IR2.1, 2 & 3 indicators/benchmarks during the quarter:

2.2.2.1.: -13 Supervisors from IRS/DPS are trained in COPE facilitation
-17 Supervisors from IRS/DPS are trained in Facilitative Supervision
2.2.2.3.: COPE was integrated and supported in 5 service delivery points (2 hospital services, and 3 HCs.
2.3.1.5.3.: One Child survival curriculum was update (PEV providers refresher course)
2.3.2.1.1.: 163 community animators identified for training in Community Based Safe Motherhood
2.3.2.1.4.: 83 TBAs identified for training and support interventions
2.3.2.3.1.: 8 gynecologists trained in Infection Prevention
2.3.2.3.3.: 8 midwives trained in Infection Prevention
2.3.3.1.: 12 HHCs trained in the syndromic management of STI case

IR2.1, 2 & 3 activities postponed:

2.2.1.: Training in Team Management of HHCs and other key managers will resume in May 2001.
2.3.1.4.4.: Activity "Conduct complementary child health surveys in Mandiana and Dabola" is postpone to the next quarter due to the late development of the IMCI year 1 workplan and to the limited availability of key technical staff afterward.

IR2.1, 2 & 3 other activities/results:

-The Team (Human Resources) Management training curriculum has been finalized in its various version involving the following groups: Chiefs of Health Centers, Pharmacists and Managers of IRS/DPS, Hospitals and Regional Depots (PEV and PCG).
-Distribution in HG's DPSs of referral and counter referral forms to be tested

10 See annex 5 for the report on the STI training session

-5 providers from HCs targeted for the Prism+ package of intervention attended the Infection Prevention training session performed during the period. They are CPN/PF agents from CSU Salamani and Kabada (Kankan), CS Banankoro in Kerouane, CSU Kouroussa and CSU Abattoir (Faranah)

2.4 Strengthening the National Health Management Information System

2.4.1 Integrate the RH indicators package in the H/MIS

Support the adaptation, testing and finalization of the new H/MIS forms/reports (2.4.1.3): Following the December workshop in Kindia during which the RH indicators were validated and the guidelines and plan for their integration into the H/MIS were drawn, PRISM supported the MOH/SSEI in revising the H/MIS forms for the HCs, the Hospitals and the DPSs. The new forms were tested and finalized during the quarter. PRISM assisted in this exercise and produced with the SSEI the Users' Guide for each form. The new forms have been submitted to the MOH authorities by the SSEI for the final approval.

A consultant from EpiConcept, (Etienne Sévin) the firm which has been developing the MOH H/MIS computerized system since the early 90s, came to Guinea sponsored by PRISM to integrate the RH indicators package into the national system and train key personnel in the uses of the modified version. The integration of the indicator package was successful and 4 MOH staff members from the central level were trained in the use of the modified version[11].

2.4.2 Decentralize computerized data processing at the IRS level

Development of the RH data processing software application (2.4.2.1): Part of the EpiConcept consultant's assignment was to adapt the computerized H/MIS application for use at the regional level (IRS and DPS). This was done and tested at the IRS in Kindia. PRISM will support the training of the Faranah and Kankan IRS staff in its use. The training will be completed during the coming quarter.

2.4.3 Strengthen RH managers' skills in Data for Decision Making

Adapt existing DDM curriculum to H/MIS system in Guinea (2.4.3.1): A consultant from MSH (Scott McKeown) came during the period to assist the MOH and PRISM at adapting existing DDM curriculum to the H/MIS of Guinea[12]. Discussions at the central level made it clear that the DDM training approach that was going to be selected and topics/material developed would not only have to be closely linked to the H/MIS, but would also hate to take into account the "Système de Monitorage" process and the training material already developed by the MOH in basic statistics. PRISM was in full agreement with these requests. One hoped for result of the project's DDM "*volet*" is to render the H/MIS data more accurate and revalidate the MOH "*Système de Monitorage*" at the targeted facilities.

PRISM held a workshop in Kankan grouping key managers from the MOH central level, the IRS, DPS and SDPs to develop the DDM training curriculum. The participants quickly agreed upon the necessity for the heads of each facility/unit (HC, H, DPS, IRS) to maintain a monitoring tool

11 See consultant's report at annex 6
12 See consultant's report at annex 7

called a "***Tableau de bord (TB)***" presenting monthly key indicators over a sliding period of 6 months. The group identified the indicators to be contained by the TB that would make it significant in terms of the facility/unit needs and situation. The four TBs were tested through simulation and adjusted as needed. Filling out the TB requires the manager to analyze relevant epidemiological data as well as service statistics. The group prepared the accompanying material to the TB. That includes the "*guide de remplissage*" and the indicators interpretation guide. The TB will be field tested during the coming period. The participants overwhelmingly requested that the TB also be presented at each site on a board hung at a location where it would be easily visible to the staff and to the clients. The group also developed the specifications of the TB board.

The next steps are:

- Field test the "*Tableau de Bord*" at a HC, a hospital, a DPS and at IRS;
- Finalize the TB and the accompanying material;
- Training of managers of selected facilities/sites (24 HCs, 8 DPSs, 8 H and 2 IRS) and distribution of material;
- Monitoring on the maintenance of the TB through facilitative supervision;
- Evaluation (6 months later).

Result(s) achieved on project's IR2.4 indicators/benchmarks during the quarter:

2.4.1.1.: Data collection forms updated and tested
2.4.2.1.: H/MIS computerized application adapted, tested and implemented (at central level)
2.4.3.1.: DDM curriculum development in progress

IR2.4 activities postponed :

2.4.1.1.: Data collection form to be approved by MOH Conseil de Cabinet during the coming period
2.4.1.2.: Data collection form to be disseminated after MOH final approval
2.4.2.1.: H/MIS adapted computerized application to be implemented at IRS level
2.4.2.2.: Training of IRS concerned staff in the adapted computerized application will start during the coming period

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, provider-client interactions, 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 and 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;

In prelude to the launching of the youth campaign, PRISM focused its IEC efforts during the quarter on advocacy, conscientiousness raising, training, support to IEC groups and material development targeting youth, health workers and parents. The advocacy has been targeting community leaders and managers of businesses where youths gather, such as hair salons and garages. We negotiated that their sites would become messages dissemination points. With regards to the leaders in the community, we urged them to break the silence in addressing problems faced by youths, namely unwanted pregnancy and STIs.

Encouraging behavior change among youth requires raising their awareness of the risk factors within their own environment. The projection of videos and subsequent information sharing were widely used with the full involvement of the "*Groupe préfectoral.*"These members stressed how vulnerable adolescents are to contracting sexually transmitted diseases, including HIV/AIDS. Support given to the prefectures IEC team members included the rent of sound/video equipment, soccer balls, trophy, meeting room rentals, funds to carry on activities. Training of the peer education leaders and organizing youth theatre groups has created several homogenous sources of IEC messages in the project area, which has proven to be very effective in behavior change among the youth groups. A consultant from JHU/CCP (D. Baron) came to assist PRISM in the IEC promotional material production process, a requisite for the launching of the youth campaign.

3.1 Improved Coordination of IEC Programs

Based on each prefecture's quarterly action plans, two kinds of support were given to the IEC Prefecture groups: technical and financial.

Table 1: Assistance given to *Groupe Préfectoral* IEC

Prefecture	Technical assistance	Financial assistance
Kerouane	Group animation during the video projection Selecting theater group members	Renting video projection and sound equipment; soccer balls Support to the youth theater practice
Mandiana	Group animation during video projection Selecting theater groups members for youth and adults	Renting sound equipment; soccer balls Support to the youth theater group
Siguiri	Group animation during video Selecting theater group members Building coalitions with several organizations to stop spreading HIV	Renting sound equipment , renting room for conference; soccer balls; support to the theater group
Kankan	Group animation during video Selecting theater group members How to channel message during a soccer event?	Renting sound equipment; soccer equipment (balls,jersey, shorts); support to the theater group
Dinguiraye	Group animation during video projection Selecting theater group members	Renting sound equipment; soccer balls; support to the theater group
Dabola	Group animation during video Selecting theater group members	Renting sound equipment; support to soccer tournament; support to the theater group
Faranah	Group animation during video	Renting sound equipment;

Results achieved

- IEC members are becoming very thorough in planning, implementing and monitoring

activities
- Money used for only planned activities
- Each prefecture has one youth theater group coached to master the actors' role.

IEC Regional Group Meeting
The Faranah group meeting was held on March 29-30 in Dabola. Seventeen people attended the meeting. The purpose of the meeting was to review the achievements over the quarter: during the last three months and what is planning for the next quarter:

- Organizing the conference on HIV, FP, and STD
- Plan and facilitate the video projection on FP and HIV
- Identify youth leader peer educators
- Meeting with parent association to prepare the launching of the campaign
- Installing a youth theater group in each prefecture

Recommendations were made by the IEC group concerning finding more financial resources to support the implementation and monitoring of activities. Also IEC members expressed a desire to be involved in the selection and subsequent monitoring of the micro projects.

Of paramount importance during this meeting was the planning of the launching of the youth campaign by each prefecture.

The Kankan IEC Work Group meeting took place in April.

Facilitating Meetings
The IEC regional members, coordinators and the resident advisor facilitated the meetings with the community groups. Advocacy, conflict management, and future actions planning were the key purpose of the meetings. The most powerful tool used to stimulate actions among the stakeholders is the sharing of health information collected in the *Direction Préfectorale de la Santé* revealing cases of HIV detected in each prefecture. The most striking case that has been released is from Siguiri where within one week 13 cases of HIV were recorded. All were adolescents less than 18 years old - among them one had 13 year old. The other prefectures also provided data based on blood donor screening and clinical symptom assessment.

Table 2: Meetings facilitated by IEC Members

Person in Charge	Meetings held
IEC regional group	With *Association des Parents et Amis de l'École (APAE)* (Association of Students' Parents) and students, *Direction Préfectorale de l'Éducation* staff, *Comité Villageois de Développement ou de Santé* (Village Development/Health Committee)
IEC Coordinators	-With youth organizations in Kourroussa to establish common working strategy -Advocacy with more than 20 youth association, 4 hair salons, 10 sewing houses and 17 garages(car and motorcycles), 7 youth associations are linked to the *centre d'écoute* and other youth gathering places in Dabola -Advocacy with 32 members of the *APAE* and students in Faranah -Advocacy with more than 100 business places where youths gather in Kankan, Mandiana and Kourroussa -Advocacy with Siguiri politico administrative officers, 27 youth NGOs, 24 religion leaders and other individuals -Advocacy in social gathering places in Siguiri -With *APAE* in Kankan
Resident Advisor	-With the prefects in Kankan, Dabola, Kerouane -With more than 25 CRD members -The natives of Siguiri living in Conakry to create a coalition to stop the spreading of HIV -US ambassador in Guinea

Achieved Results

- All youth associations joined efforts to coordinate reproductive health preventive care actions in Kourroussa.
- *Comité Villageois* de development/Mandiana has accepted to utilize its local theatre group for spreading messages targeting parents.
- The *APAE and students* have agreed to actively participate in the youth campaign. They facilitated the selection of youth to be actors in the theatre groups.
- The *APAE* will decide the appropriate posters to be put in the secondary schools classrooms.
- A coalition was created during Tabaski days in Siguiri with the appointment of the prefect to lead it. Approximately 17,000 people were reached during the coalition days. Due to the event, PRISM helped PSI/OSFAM to sell 20,000 condoms.

3.2 Improved Client-Provider Interaction

With JHU/CCP technical assistance we started the process of developing IEC promotion material and radio programs. The request for quotes was advertised and the best offers chosen. We expect to produce 3 brochures, 2 posters, one bande dessinée and a question-answers booklet on one hand and T-shirts, caps, sacs, pagnes, shirts, pen, pins, stickers, balloon, etc...on the other hand – all with the appropriate IEC message printed on them.

A team was trained to conduct the pretest of the following materials in Kankan (urban) Tintioulen (rural) and Balandou (rural): IEC messages, posters, and brochures. Parents or decision-makers, adolescents (15-24 years) and health workers were targeted for the pretest. The pretest aimed to assess the degree of comprehension, the attractiveness, the level of motivation and acceptance, and the pertinence of the materials among the targeted groups. The draft report is now available.

More than 100 copies of the Population Reports on "Counseling" supplied by JHU/CCP have been distributed to health centers in project areas.

3.3 Increased Demand for RH Information and Services

Building and maintaining coalition with adult groups (3.3.1)
We have gained the full cooperation of *Association des Parents d'Élèves et Amis de l'École*(APAE) in all 8 prefectures for the launching of the youth campaign. The parents' permission was crucial in selecting and taking the youth leaders out of school for a week. In some prefectures, arrangements were made to provide extra help in order to aid the students catching up with missed class works. Currently we are working towards involving the sub prefectures in the IEC campaign. There are 9 sub prefectures on average per prefecture.

Training of peer educators (3.3.3)
PRISM organized a 6-day training for the 58 youth leaders chosen in coordination with the Direction *Préfectorale de la Santé*, the *Direction Préfectorale de l'Education*, the APAE, and the *Direction Préfectorale de la Jeunesse et des sports*. Among the trained youth, 28 were from Faranah region and 30 come from the Kankan region. At the end of the training, a collaborative paper was signed by the leader of the peer educators who then set up their action plans for the next months.

Creating theatre groups
Consultant Doukoure Gaston provided technical assistance in developing a new IEC play concerning STIs/HIV/AIDS. He also aided in setting up youth theatre groups in each prefecture. The play is called "*Si je le savais...*" and has 10 scenes. It is a theatre forum with more interactions between the actors and the public. Currently the groups are practicing to master their assigned role. As soon as the campaign is launched, these groups will tour the sub-prefectures. The play can be performed both in French and local language.

In addition Mr. Doukoure assisted the adult theatre group in Mandiana to become the group that would target parents asking them to break the silence on sexuality and HIV. This group is made of 7 men and 20 women. Many among the women are *griots* with strong skills in communication and creating songs.

So far only the Siguiri and the Kerouane theater groups have practiced performing in public. More than 500 youths in Kourroussa and approximately 1074 in Siguiri attended the event.

Radio program (3.3.5)
One IEC innovation during this youth campaign consists of bringing together the youth club press and the radio station from which 16 IEC programs where broadcast to rural areas. The youth club press members are students who report the news each day before class starts. With the youth acting as the broadcasters of these programs, radio listening is likely to increase among their peers. In addition 5 microprograms have been developed to be pretested. In Kankan we are working with 4 very dynamic schools youth clubs to accomplish these activities. They are Morinfindja, 3 Avril, Marien Ngouabi and Samori.

Video projection and health education talks
Each prefecture has initiated one or more gatherings in order to watch the videos "*le visage du SIDA*", "*ce n'est pas facile*" and "*les conséquences de la grossesse non désirée*". These videos, always shown during the evening, attract youths, adults, pre teens, and the information generally reached community members. Each video is followed by a debate facilitated by the participating youth animators. "*Les conséquences sur la grossesse*" seems to be the most liked by adolescents because it is made in Guinea and translated in Malinke by GTZ. IEC members have requested a wide showing of it.

Table 3: Video Projection, Health Talks and People Reached

Prefecture	Places and Number of people reached during video projection
Kourroussa	-500 students in two schools (Jr. High and High); -1000 people at public places -Sensitization at CAAF of 22 people; at Centre NAFA of 13 people
Kerouane	-Maison des jeunes: more than 500 youth -at 3 sewing shops and hair salons
Mandiana	-Public place: more than 1000 -Video room with lyceens and colleges: 800 -at 7 sewing shops and hair solons -at soccer field: more than 800 people
Siguiri	-In the amphitheater(February 01): more than 1100 adolescents -In the amphitheater (March 01): approximately 1120 people -Health education in bars and other places: approximately 1580 people
Dinguiraye	-Public place: more than 500 -Lycee and college: 150 students
Dabola	-Lycee-Colleges: Approximately 750 students
Faranah	-Centre de couture (CAAF, PAIB, and Nafa): 122 *couturières*
Kankan	Lycee-Colleges: approximately 1000

The health education talks have been carried out by the youth animators. They have reached sewing houses and bars. Messages included the following themes: Unwanted pregnancy, Consequences of abortion, Causes of STI and Use of condoms.

Soccer games

Soccer is the most popular sport in Guinea. It attracts leaders, lay people, and youths. We have been using soccer matches as a forum to communicate our messages and to reach our targets. During one soccer tournament in Kankan, all IEC regional members were invited to attend a game in which IEC messages were passed along. After the game, the members suggested ideas to implement in their prefecture in regards to IEC message dissemination. The ideas are as follow:

- Provide the sound equipment and a list of messages to the youth journalists covering the game. Let them cover the game but ensure that during play interruptions the IEC massages are read.
- Before the game, meet with all the fan clubs cheerleaders of the two teams and give them messages to be disseminated during the game.
- Prepare the sketch with youth groups to be shown during the game
- Have the banners well placed

Note that only Mandiana has been able to integrate in a final game all the fan groups to serve as the IEC communication channels. In addition to the coverage from the audio team, three other groups kept moving around the field with messages written on papers. One of them *was "Bienvenue PRISM et Adieu les grossesses non-désirées et les IST"* (Hello PRISM, Goodbye unwanted pregnancy and STI). The most interesting group was made of two youths dressed as Imams with pray bears. They were moving around the field stopping from time to time to perform a short comedy. The short play's content addressed the perceived resentment in the community associated with condom use. The play ends when the Imams learn that Allah is in favor of any means to prevent diseases. The Imams then start promoting the preservative. Thus, PRISM is successfully linking the fun and excitement of this popular sport with educative entertainment concerning preventive reproductive health care issues.

3.4 Improved IEC Management and Delivery Capacity

Technical Assistance to IRS/DPS (3.4.2)

PRISM attended the CTRS for the Kankan Region held in Siguiri during the quarter. The IRS expressed a need to strengthen the DPS skills in IEC and behavior change strategy and produce material for infection prevention especially after surgery.

Attending a workshop in Togo June 4 -21/2001 (3.4.3)

Two IEC regional members have been selected to attend the 3-week workshop on working with the youth in Lomé. Both individuals work in *Direction Préfectorale de la Santé*. Mme Aminata Camara is a very active member who has successfully converted Kerouane urban health center into a friendly clinic where young ladies feel comfortable to go and receive FP services. Mr. Camara Mamady works in Siguiri urban HC, which is known to have the highest number of youth clients in the country. Please note that one of the PRISM IEC strategies is to empower these traditional groups to become the keystone in IEC message dissemination.

IR4: IMPROVED COORDINATION

4.1 Improve Coordination at the Local Level

Regional Work Groups (4.1.1)
One regional IEC work group met during the period – the **Faranah GRIEC** from 28-30 March 2001. The meeting was funded and facilitated by PRISM. The main topic was the planning of the youth campaign's upcoming launches at the prefecture level as well as the and following campaign activities. The Kakan GRIEC is meeting in April.

PRISM sponsored and co-facilitated with the IRS a **joint meeting session of Faranah's RH Regional Group and IEC Regional Group**[13]. The joint meeting was held on the 18th and 19th of January in Dabola, immediately following the CTRS. The main objectives of the joint session was to: 1) review PRISM position in the region following the project's recent restructuring; 2) reach agreement on targets and timing for the main intervention domains; 3) coordinate workplans with partners.

One important decision taken by the IRS during the joint session has been to authorise the sales of SRO by HCs to community agents at a cost of 150 Gf per unit as well as the sales price of ORS from community agents to clients at 200 Gf.

Participate in CTPSs and CTRSs (4.1.2)
PRISM participated actively in **4 of the 8 CTPSs**[14] meeting that occurred in its zone during the quarter and in the **two CTRSs**. The results of the CTPS/CTRS meetings were reviewed by PRISM technical staff during our internal reprogramming workshop held at the end of January.

PRISM Operation Plan Review (4.1.3)
See section 4.1.1 for details on the Faranah Region coordination meeting.

4.2 Improve Coordination at the Institutional level

Support MOH coordination at the central level (4.2.1)

PRISM supports the initial stages of development of IMCI in Guinea. PRISM is a member of the National IMCI "*Groupe Technique*". We participated in the drafting of the MOH decree establishing the "*Comité de Pilotage*" at the policy level and of the "*Groupe Technique*" at the implementation level. During the quarter we participated in the development of the IMCI program's 1st year work plan.

Electronic communication capacity at the MOH units involved in RH (4.2.1.2): To strengthen the MOH managerial capability, PRISM allocated computers to various units involved in coordinating RH activities (SG, DNSP, SSEI, IRSs, DPSs, etc.). The goal is to ensure that the MOH organisational units have better access and use of the data and improved communication

13 See minutes of the meeting at annex 8
14 Kankan, Faranah, Siguiri, Kerouane prefectures

through the regular use of email and the Internet. PRISM has hired a Conakry based computer service firm to ensure the computers supplied to the MOH by PRISM are maintained and that adequate training in computer use is provided. One technician from the firm is assigned to users' needs in Conakry at the MOH various units involved in RH. Another technician, located in Kankan, is assigned to users needs in HG (IRSs, DPSs and NGOs). Training activities will start in April 2001.

Assist MOH in managing the Hewlett funded research (4.2.1.3): PRISM supported the MOH and its implementing agency - CERREGUI – in the organisation of two National Coordination Committee meetings during the period: February 22nd-23rd and March 15th-16th, 2001. The Committee monitored progress on the adolescent sexuality research and provided guidelines for its continuation. The research arrives in its final stage and initial results are expected to be available in July of 2001.

Developing collaboration with RH partners (4.2.2)

PRISM was invited and participated in the planning workshop of the SMIS project in **Siguiri** implemented by **ADRA**. The workshop was organised by ADRA and was held in Siguiri on 22nd – 24th of January 2001.

The **CBD Convention for the Mandiana prefecture** program was signed by all involved parties. These are the Kankan IRS, the Mandiana DPS, Save The Children, and PRISM.

During the quarter:

- Active and effective collaboration was maintained with the Sida2 project (STI program), with AVSC/Engender Health (COPE and Facilitative Supervision integration) and with AGBEF (CBD program, IEC activities, promotion of mutual health program);
- Regular collaboration maintained with the WB/PPSG project;
- Efforts to better coordinate with Africare and Save the Children were pursued;
- Collaboration with Adra in the context of the Siguiri SMIS project was initiated;
- MOU with MOH, PRISM and JHPIEGO for post abortion care expansion in HG reached final stage and ready for signature.
- Discussions with GTZ to redefine collaboration mechanisms were initiated.

Coordination with USAID (4.2.3)

On January 11th USAID/SO2 team and PRISM organised a workshop on HIV/AIDS prevention where USAID related interested parties participated (USAID and USAID funded organisations in Guinea). The workshop was a response to one of the recommendation adopted during the Synergy Meeting sponsored by USAID Guinea in October 2000. The workshop's main objectives were: 1) to share partners' active approaches and strategies used against HIV in Guinea; 2) identify action areas were partners could join forces in fighting the HIV epidemic; and 3) develop joint implementation plans for selected action areas. A total of 10 projects/NGOs and 6 units of USAID-Guinea were represented at the workshop.

PRISM in conjunction with USAID coordinated the visit of the US Ambassador to Guinea in Kankan. The US Ambassador visited the Salamani urban HC where he promised to search for additional supporting funds. The Embassy Self Help fund was suggested as a potential funding source.

PRISM continued during the quarter to consult regularly with the USAID/SO2 team in order to finalize the project's operational plan for year 4 and 5.

Result(s) achieved on project's IR4 indicators/benchmarks during the quarter:
4.1.1.1.: 3 Regional coordination meeting held during the quarter
4.1.2.: 4 CTPSs and 2 CTRSs attended
4.1.3.: 1 consertation meeting at the IRS level (Faranah) held to review operational plan
4.2.1.3. Direction and monitoring by National Consultative Committee of Hewlett funded research on adolescent sexuality in progress
4.2.2.: 2 additional partnership in program implementation in progress (Save the Children and ISMI for CBD in Mandiana and in Dabola)
4.2.3.: coordination meeting held with USAID SO2 at least monthly

IR4 activities postponed :
-quarterly review of PRISM operational plan for period Oct 2000 to March 2001 to occur in May 2001

IR4 other activities/results:
-USAID partners workshop on HIV prevention organized with USAID and PSI and facilitated
-Co Coordination of the US Ambassador's visit to Kankan with USAID and local authorities
-Services provider firm under contract to provide computer training and maintenance to equipment recipients.

PROJECT IMPLEMENTATION

Suspension of technical activities in GF
See Introduction

Continuation Plan for project's Y4 & 5
See Introduction

Mid term evaluation of the project
USAID-Guinea implemented during the period two important steps of its mid term evaluation of PRISM: the survey of the facilities in the project intervention zone and the project evaluation by a team of external and independent consultants. PRISM staff, documentation and files were made available to the evaluation and PRISM personnel supported when required or invited the evaluation activities. Results are expected to be available early in the coming quarter.

LIST OF ACRONYMS

Acronym	Definition
AGBEF	*Association Guinéenne pour le Bien-Etre Familial*
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CBD	Community Based Delivery
CBS	Community Based Services
CENAFOD	*Centre National de Formation et de Développement*
COGES	*Comité de Gestion*
COPE	Client Oriented Provider Efficient
CPN	*Consultation Pré Natale*
CSU	*Centre de Santé Urbain*
CTPS	*Comité Technique Préfectoral de la Santé*
CTRS	*Comité Technique Régional de la Santé*
CYP	Couple Year of Protection
DPS	*Direction Préfectorale de la Santé*
ED&C	Essential Drugs and Contraceptives
EMHC	Essential Maternal Health Care
FP	Family Planning
FS	Facilitative Supervision
GF	*Guinée Forestière*
GOG	Government of Guinea
GTZ	German Development Agency
H	Hospital
H/MIS	Health/Management Information System
HC	Health Center
HG	*Haute Guinée*
HHC	Heads of Health Center
HIV	Human Immune deficiency Virus
HP	Health Post
IEC	Information, Education and Communication
IMAT	Inventory Management Assessment Tool
IR	Intermediate Result
IRS	*Inspection Régionale de la Santé*
IUD	Intra Uterine Device
JHU/CCP	Johns Hopkins University, Center for Communication Programs
KFW	German Development Bank
MCH	Maternal and Child Health
MOH	Ministry of Health
MPA	Minimum Package of Activities
MSH	Management Sciences for Health
NGO	Non Governmental Organization
ORS	Oral Rehydration Solution
PCG	*Pharmacie Centrale de Guinée*
PEV/SSP/ME	*Programme Elargie de Vaccination/Soins de Santé Primaire/ Médicaments Essentiels*
PMA	*Paquet Minimum d'Activités*
PRISM	*Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/Sida*
RH	Reproductive Health
SA	Situational Analysis
SBC	*Services à Base Communautaire*
SDP	Service Delivery Point
SO#2	Strategic Objective # 2
STI	Sexually Transmitted Infection
STTA	Short Term Technical Assistance
TA	Technical Assistant (Assistance)
ToT	Training of Trainers
USAID	United States Agency for International Development

Progress Report
Jannuary-February-March 2001

ANNEXES

1.Termes de référence relatifs à la formation sur le tas du deuxième gestionnaire des centres de santé Prism plus.
2. Atelier National d'Harmonisation des Outils de Gestion des Pharmacies des Hopitaux de district, du 27 Novembre au 02 Décembre 2000.
3.Mémorandum « Recommandation sur position à prendre par rapport aux AT-SBC de l'AGBEF.
4. Rapport de formation en facilitation COPE, du 15 au 26 mars 2001.
5.Rapport technique de Formation des Prestataires prise en charge syndromique IST, du 10/01 au 13/01/2001 à Kankan.
6. Rapport de mission d'appui à l'informatisation du SNIGS, du 17 au 27 mars 2001.
7. Rapport de mission d'appui aux activités PRISM en matière de l'exploitation des données sanitaires, du 25 février au 17 mars 2001.
8. Compte rendu des travaux de l'atelier de concertation, du 18 janvier et 19 janvier 2001.

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

Submitted : April 2001
USAID Grant Award N° 624-A-00-97-00077-00

ANNEXE I) Termes de référence relatifs à la formation sur le tas du gestionnaire des centres de santé Prism plus.

Progress Report
Jannuary-February-March 2001

ANNEXES

1.Termes de référence relatifs à la formation sur le tas du deuxième gestionnaire des centres de santé Prism plus.
2. Atelier National d'Harmonisation des Outils de Gestion des Pharmacies des Hopitaux de district, du 27 Novembre au 02 Décembre 2000.
3.Mémorandum « Recommandation sur position à prendre par rapport aux AT-SBC de l'AGBEF.
4. Rapport de formation en facilitation COPE, du 15 au 26 mars 2001.
5.Rapport technique de Formation des Prestataires prise en charge syndromique IST, du 10/01 au 13/01/2001 à Kankan.
6. Rapport de mission d'appui à l'informatisation du SNIGS, du 17 au 27 mars 2001.
7. Rapport de mission d'appui aux activités PRISM en matière de l'exploitation des données sanitaires, du 25 février au 17 mars 2001.
8. Compte rendu des travaux de l'atelier de concertation, du 18 janvier et 19 janvier 2001.

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

Submitted : April 2001
USAID Grant Award N° 624-A-00-97-00077-00

TERMES DE REFERENCE RELATIFS A LA FORMATION SUR LE TAS DU DEUXIEME GESTIONNAIRE DES CENTRES DE SANTÉ PRISM plus

1. Prendre contact avec le DPS et s'assurer qu'un agent chargé du point de vente est disponible et que le chef de centre lui-même ne cumule pas les fonctions de CPC et de chargé de ce poste

2. Arrivé sur le site, procéder à l'évaluation de l'agent en se servant de la grille.

3. Avant la formation remettre à l'agent les fourniture(stylo à bille, bloc note, chemise à trois rabats

4. Faire la formation pendant que l'agent est disponible en se servant des plans de session et en commençant par la clarification des objectifs de la formation

5. Formuler des recommandations adressées à Dr Baldé coordonnateur de l'activité à PRISM pour améliorer la suite

LISTE DES CENTRES DE SANTÉ Où L'AGENT DU POINT DE VENTE BENEFIERA DE LA FORMATION SU LE TAS

DPS	Siguiri	Dinguiraye	Kouroussa	Mandiana
CS	Siguiri koro Doko Kintinia	CSU Sélouma Kalinko	CSU Koumana Kiniero	CSU Kinieran Saladou

DPS	Dabola	Kankan	Kérouané	Faranah
CS	CSU Dogomet Bissikrima	Kabada Salamani Tintioulen	CSU Banankoro Kosankoro	Marché/Abattoire Marella Sandénia

GRILLE D'EVALUATION DE L'AGENT DU POINT DE VENTE EN GESTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

Cocher "**OUI**" dans la case correspondante si la situation décrite correspond à la réalité actuelle au centre de santé et "**NON**" dans la case correspondante au cas contraire. Cocher "**NA**" si l'indicateur n'a pas été observé. Le nombre de "**OUI**" indique le niveau de performance.

I-OBSERVATION

				CRITERES DE PERFORMANCE	
	OUI	NON	NA	*Conservation des médicaments*	*OBSERVATIONS*
1.	☐	☐	☐	Les médicaments sont rangés dans l'armoire selon la règle	*Voir D01 de la session 10*
2.	☐	☐	☐	La salle de dispensation est propre	*Le magasin doit être maintenu propre sans pousière ni toile d'araignée. Le plafond, les murs et étagères doivent être propres.*
				La dispensation	
3.	☐	☐	☐	Les médicaments sont comptés de manière hygiénique	*L'agent utilise t-il une cuillère pour servir les médicaments?*
4.	☐	☐	☐	Les medicaments sont livrés emballés dans des sachets plastics ou cornets	
5.	☐	☐	☐	Les informations suivantes ont été portées sur le sachet: • nom du malade, • nom du médicament, • quantité • posologie	
6.	☐	☐	☐	Après la délivrance le surplus de médicament est remis aussi tôt dans son récipient d'origine	
7.	☐	☐	☐	Le récipient est fermé avant d'en ouvrir un autre.	
8.	☐	☐	☐	Les explications suivantes sont données au malade: • le but pour lequel il lui est prescrit • les effets indésirables s'il y a lieu	
9.	☐	☐	☐	L'agent informe le malade qu'il doit garder ses médicaments en lieu sûr	
10.	☐	☐	☐	Le prestataire a informé le malade qu'il doit entièrement prendre ses médicaments même s'il se sent mieux?	
11.	☐	☐	☐	Le prestataire a dit au malade de revenir en cas de troubles ressentis suite à la prise des médicaments?	
12.	☐	☐	☐	La compréhension du malade est elle vérifiée?	*L'agent doit demander au malade de répéter les instrctions*

II-REVUE DU RUMER

	OUI	NON	NA	CRITERES DE PERFORMANCE	ONSERVATIONS
13.	☐	☐	☐	Le RUMER est correctement rempli (jours de ruptures et jours de non consommation mentionnés)	*On doit pouvoir faire une distinctinction entre les jours de rupture(généralement notés par hachure) des jours de non consommation(notés par le chifre zéro)*

III-INTERVIEW

	OUI	NON	NA	CRITERES DE PERFORMANCE	OBSERVATIONS
14.	☐	☐	☐	L'agent peut citer au moins trois critères de choix des médicaments essentiels	*Efficacité, sécurité, générique(DCI), moins chère, traite les pathologies courantes, utilisation facile, caractéristique des patients, niveau de formation des agents*
15.	☐	☐	☐	Capable d'expliquer les notions de mois typiques et de mois atypiques	*Mois typique=mois de consommation ordinaire.* *Mois atypique=mois de consommation exeptionnelle*
16.	☐	☐	☐	Capable d'énoncer la formule de calcul pour l'estimation des besoins	*Estimation des besoins=CMMxNombre de mois de la période à couvrir*
17.	☐	☐	☐	Capable d'expliquer les notions de niveau maximum et minimum de stock (fait la différence entre stock maximum et stock minimum)	*Les niveaux de stock s'exprime en terme de temps (mois)*
18.	☐	☐	☐	Capable d'expliquer la notion de stock disponible utilisable	*SDU=Stock disponile à l'inveiaire-périmés et altérés*
19.	☐	☐	☐	Capable d'énoncer la formule pour le calcul de la quantité à commander	*QAC=(CMM x Niveau maxi)-SDU*
20.	☐	☐	☐	L'agent est en mésure d'énoncer la formule de conversion du stock physique en jours / mois de stock disponible	*Demander à l'agent le temps que son stock peut couvrir.* $MSD=\frac{SDU}{CMM}$

Plan de session

FORMATION SUR LE TAS DU CHARGE DU POINT DE VENTE

SESSION 1: Stockage/ conservation/Dispensation

Objectifs spécifiques	Thèmes	Durée 1h 30'	Déroulement	Matériel didactique
A la fin de la formation l'agent du point de vente dans son rôle de dispensateur des médicaments doit être capable de: 1. Expliquer les règles de rangement des médicaments selon les normes	Les Règles du rangement	5' 10' 5' 10'	**Clarification des objectifs** **Activité 1: Rangement des ME** **Étape a:** Le formateur présente au prestataire sur une feuille un modèle de rangement non recommandé des médicaments et l'invite à découvrir les erreurs. **Étape b:** le formateur présente le document sur les règles de rangement des médicaments et fait une comparaison avec le travail du prestataire **Étape c** Le formateur regarde dans l'armoire du prestataire à la lumière du document sur les règles du rangements et apporte des corrections si nécessaire	**Doc 01D01:** *objectifs spécifiques* **Doc 01D02:** *mauvais rangement* **Doc 01D03:** *les règles du rangement*
2. Décrire les conditions physiques nécessaires à la conservation des médicaments	**Conditions physiques de stockage**	5' 10'	**Activité 2: Conditions physiques de stockage(conservation)** **Étape a:** le formateur demande à l'agent d'écrire sur une feuille les conditions physiques qui évitent la détérioration des médicaments **Étape b:** le formateur présente le document sur les conditions physiques de stockage des médicament tout en donnant des explications sur chaque point	**Doc 01D04:** *les conditions physiques de conservation*
3. Dispenser les médicaments selon les règles requises	**ELEMENTS CLES D'UNE BONNE DISPENSATION** • le médicament correct • en quantité correcte • avec des instructions correctes	10' 10' 5'	**Activité 3:Dispensation** **Etape a** Le formateur demande au prestataire de citer les rôles d'un prestataire au point de vente pour une meilleure dispensation des médicaments. **Etape b** :Avec le prestataire, le formateur aide à regroupe les idées selon qu'elles soient en rapport avec la communication , la sécurité, ou l'hygiène etc. **Etape c** Le formateur remet au prestataire le document préparé et fait la comparaison avec ses idées	**Doc 01D05:** *les étapes d'une dispensation* **Doc 01D06:** *les éléments d'une bonne dispensation*

Plan de session

FORMATION SUR LE TAS DU CHARGE DU POINT DE VENTE

SESSION 1: Stockage/ conservation/Dispensation

Objectifs spécifiques	Thèmes	Durée 1h 30'	Déroulement	Matériel didactique
	• le prix correct • après vérifier, la compréhension du malade	10'	*Note: Le formateur explique que la communication représente l'élément fondamental dans la dispensation.* **Etape d**: le formateur observe le prestataire lors d'une autre dispensation et lui fait le feed back nécéssaire en se basant sur les règles d'une bonne dispensation	
		10'	**Synthèse et revue des objectifs**	

EXERCICE SUR LE RANGEMENT DES ME

CHLOROQUINE 100mg, COTRIMOXAZOLE,SOLUTION DE BENZOATE DE BENZYL
POMMADE ACIDE BENZOIQUE, QUININE INJECTABLE 600mg
AAS 300mg, SRO

En considérant que le tableau ci-dessus représente vos étagères et qu' un de vos collaborateurs a procédé au rangement des produits à sa manière dans votre armoire en votre absence, quelles erreurs pouvez vous relever? Et comment devrait-il procéder normalement pour respecter les règles du rangement?

Le Rangement

- Rayons d'en haut réservés aux comprimés, les capsules et les sachets de SRO ; normalement en haut l'humidité est moindre.

- Rayons du milieu pour les injectables

- Rayons d'en bas pour les médicaments liquides et semi-liquides, pommades/crèmes et sirop

- Les médicaments à usage externe sont séparé des autres

- Si nécessaire, on peut stocker d'autres fournitures, comme le savon sur le rayon d'en bas
  Note : Ne placez jamais d'autres médicaments au-dessous des liquides. Si un récipient est cassé, le liquide peut les endommager.

  Attention, les cartons ne sont jamais mis directement sur le sol, pour éviter que l'humidité du sol endommage le fond du carton et endommage son contenu. Les cartons doivent être placés sur des palettes.

  Les **outils de gestion** doivent être rangés dans un endroit sec et aéré qui les protège contre l'humidité, insectes et rongeurs.

Conditions Physiques de Stockage (Conservation)

Les médicaments sont fabriqués selon les normes bien établies qui garantissent qu'ils sont de bonne qualité. Mais s'ils sont emmagasinés dans de mauvaises conditions, ils se détériorent même avant la date de péremption. Les médicaments se détériorent rapidement s'ils sont exposés à :

- la chaleur
- la lumière
- l'humidité

Conditions physiques qui évitent la détérioration des médicaments :
- mettre un plafond dans le magasin
- installer un ventilateur au plafond ou des conduits de ventilation
- ouvrir les fenêtres du magasin pour permettre la ventilation quand quelqu'un y travaille
- spécifiquement pour les vaccins, ils doivent être stockés au réfrigérateur selon les instructions du PEV/SSP/ME à cause de leur sensibilité à la chaleur.

Note ; La lumière directe doit être évitée. Cela se fait en passant une couche de peinture blanche sur les vitres de la fenêtre ou en plaçant des rideaux.

L'humidité doit être contrôlée aussi bien pour les médicaments que pour les outils de gestion ; pour la diminuer il faut :
- ventiler le local
- réparer les fuites du toit

LES ETAPES D'UNE DISPENSATION CORRECTE

1. Analyser l'ordonnance ;

2. Prendre le récipient du médicament prescrit et vérifier le nom, la date de péremption et l'état physique du médicament ;

3. Ouvrir le récipient et compter la quantité nécessaire d'une manière hygiénique ;

4. Mettre le médicament dans un emballage correct ;

5. Remettre le surplus du médicament immédiatement dans le récipient d'origine ;

6. Ecrire sur le récipient le nom du malade, la date, le nom du médicament, la quantité donnée et le mode d'utilisation ;

7. Donner chaque médicament au malade avec une bonne explication sur son mode d'usage ;

8. Montrer la dose (si le malade doit diviser lui-même) ;

9. Donner des instructions pour la fin du traitement (s'il y a lieu) ;

10. Demander au malade de répéter comment il faut prendre le médicament ;

11. Demander au malade de stocker les médicaments chez lui en lieu sûr, là où les enfants ne peuvent pas les atteindre.

N. B. : **Ne jamais vendre en partie la quantité d'un médicament prescrit pour un malade**

Plan de session

FORMATION SUR LE TAS DU CHARGE DU POINT DE VENTE

SESSION 2.: Gestion des médicaments

Objectifs spécifiques	Thèmes	Durée 2h 15'	Déroulement	Matériel didactique
A la fin de la formation, dans son rôle de gestionnaire, l'agent du point de vente doit être capable de: 1. Citer au moins trois critères de choix des médicaments essentiels	• Efficacité • Sécurité • Générique(DCI) • Traite les pathol. Courantes • Utilisation facile • Caractéristique des patients • Niveau de formation des agents	5' 5' 10'	**Clarification des objectifs** **Activité 1: critères de choix des ME** **Etape a :**Le formateur demande au prestataire de citer ou d'écrire les critères de choix des médicaments essentiels qu'il connaît **Etape b :**Le formateur remet le document au prestataire sur les critères de sélection des médicaments tout en donnant des explications détaillées sur chaque critère	**Doc 02D01**: *objectifs spécifiques* **Doc 02D02** *critères de sélection des ME*
2. Calculer la quantité à commander	• CMM • Mois typiques et atypiques • Période à couvrir • Niveau de sock (Mx et mn) • SDU	25' 5' 10'	**Activité 2: Calcul de la quantité à commander** **Etape a:** le formateur donne l'exercice sur le calcul de la QAC **Etape b :**Le formateur invite le prestataire à présenter le résultat de son travail **Etape c :**Le formateur présente le corrigé et fournit des explications.	**Doc 02D03** *Exercice sur le calcul de la QAC* **Doc 02D03a:** *corrigé de l'exercice sur le calcul de la QAC*
3. Convertir le stock disponible utilisable en mois de stock	MSD = SDU / CMM	5' 10' 10'	**Activité 3: Calcul du mois de stock disponible** **Etape a** Le formateur demande au prestataire de lui communiquer son stock actuel de deux ou trois produits (moins utilisés et plus utilisés) **Etape b** Le formateur demande au prestataire quel temps ce stock peut couvrir et de justifier sa réponse **Etape c:**Le formateur donne des explications si nécessaire et présente la formule pour le calcul du MSD *Note au formateur: le formateur pourra adapter le calcul du MSD aux réalités du point de vente où la commande se fait par quinzaine (jours de stock)*	

Plan de session

FORMATION SUR LE TAS DU CHARGE DU POINT DE VENTE

SESSION 2.: Gestion des médicaments

Objectifs spécifiques	Thèmes	Durée 2h 15'	Déroulement	Matériel didactique
4. remplir le RUMER selon les recommandation du PEV SSP ME	**Points clés à faire ressortir** • Remplir les cases par des "0" si un médicament n'a pas été consommé et par des hachures s'il est en rupture • Marquer par un "x" la consommation des solutions, pommade au conditionnement hospitalier		**Activité 4: Remplissage du RUMER**	
		15'	**Étape a:** le formateur donne l'exercice à l'agent pour le traiter	**Doc 02D04** *exercice de Remplissage du RUMER*
		10'	**Etape b:** le formateur invite l'agent à présenter le résultat de son travail	**Doc 02D05:** *RUMER vierge*
		10'	**Etape c:** le formateur anime un discussion avec l'agent pour ressortir les points clés	**Doc 02D05a:** *Corrigé de l'exercice de remplissage du RUMER*
		10'	**Etape d:** le formateur invite l'agent à ouvrir son RUMER. Il observe pour déceler d'éventuelles erreurs de remplissage et lui montre s'il y a lieu les points à améliorer à l'avenir.	
		5'	**Synthèse et revue des objectifs**	

48

Sélection des médicaments

Critères de choix des médicaments essentiels :

- efficacité
- sécurité
- générique (DCI)
- accessible (moins cher)
- traite les pathologies courantes
- utilisation facile
- caractéristiques des patients
- niveau de formation des agents
- capacité de diagnostique/thérapeutique

EXERCICE SUR LE CALCUL DE LA QUANTITE A COMMANDE

TABLEAU I: Consommations mensuelles d'un centre de santé de janvier à juin 2000 pour trois produits

mois produits	Janvier	février	mars	avril	mai	juin	Total
Chloroquine	850	749	930	1051	997	873	[illegible]
SRO	350	422	384	335	10225	502	12218
FAF	101	902	875	773	830	925	4406

TABLEAU II Résultats de l'inventaire du stock au 30 juin 2000 les trois produits

produits	Stock physique	Stock théorique	Écart	Observation
Chloroquine	500	500	0	
SRO	400	400	0	50 altérés
FAF	1000	1000	0	

En vous référant au contenu des tableaux ci-dessus,

1. Quelle est selon la consommation mensuelle moyenne de ce centre de santé par produit.
2. Quelle est selon vous la quantité à commander pour la période du 1 juillet au 31 décembre 2000 pour les trois produits en tenant compte d'un niveau maximum.

CORRIGE DE L'EXERCICE SUR LE CALCUL DE LA QUANTITE A COMMANDER

A -Consommation mensuelle moyenne(CMM)

1. Chloroquine: 6300/6=1050
2. SRO: 12218-10225/5=398.60
3. FAF: 4406-101/5=861

B- Quantité à commander

Chloroquine: 1050x(6+2)-500=7900
SRO: 398.6x(6+2)-(400-50)=2838
FAF: 861x(6+2)-1000=5888

EXERCICE

Remplissage du RUMER

Les informations suivantes sont recueillies dans la première quinzaine du mois de mai au centre de santé de Oumarayah :

Stock Initial :

- Lofemenal : 10 cycles
- Mébendazole : 2 boîtes de 500
- Chlorexidine : 2 flacons de 1 litre
- AAS : 0

Entrées :

- Lofemenal : 00
- AAS Mébendazole : 5000 comprimés, le 2 mai
- Chlorexidine : 0
- Mebendazole : 1 boîte de 500, le 4 mai

Consommations journalières du 1er au 16 mai :

- Lofemenal : le 5 mai : 2 cycles, le 8 mai : 8 cycles
- Mébendazole : le 1er mai : 18 cp, le 5 mai : 30 cp, le 14 mai : 12 cp, le 15 mai : 18 cp
- Chlorexidine : le 7 mai : 1 l
- AAS : le 3 mai : 300 cp, le 4 mai : 150 cp, le 5 mai : 175 cp, le 6 mai : 200 cp, le 7 mai : 105 cp, le 10 mai : 305 cp, le 11 mai : 225 cp, le 12 mai : 148 cp, le 14 mai : 205 cp

Stock réel inventaire :

- Lofemenal : 0 cycles
- Mébendazole : 1421 cp
- Chlorexidine : 1 flacon de 1 litre
- AAS : 3180 cp

QUESTION :

Transcrivez ces informations dans le RUMER.

CORRIGÉ DE L'EXERCICE DE REMPLISSAGE DE FICHIER

MOIS DE : DU : 01 au 16	STOCK INITIAL	ENTREE (DATE) AU COURS DE LA PERIODE	TOTAL DISPONIBLE	SORTIES JOURNALIERES 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	TOTAL SORTIES QUINZAINE	STOCK FINAL THEORIQUE	STOCK REEL INVENTAIRE	
Lofemenal	10 C	0	10	0	0	0	0	2	0	0	8									10	0	0	
Mébendazole	1000	500	1500	18	0	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	12	18	0	78	1422	1421	-1
Chlorexidine	2 fl	0	2	x	x	x	x	x	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	1 fl	1fl	
AAS	0	5000	5000	0	0	300	150	175	200	105	0	0	305	225	148	0	205	0	0	1813	3187	3180	-7

C:\My Documents\balde\formTAS\session2\02D05a.doc
29/03/01

ANNEXE II) Atelier national d'harmonisation des outils de gestion des pharmacies des hôpitaux de district, du 27 novembre au 02 décembre2000.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE LA PHARMACIE ET DES LABORATOIRES

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice - Solidarité

Plan de Coopération OMS/ Ministère de la Santé Publique

RAPPORT DE LA MISE EN OEUVRE DE L'ACTIVITE 1.5:

« ATELIER NATIONAL D'HARMONISATION DES OUTILS DE GESTION DES PHARMACIES DES HOPITAUX DE DISTRICT »

Conakry, PCG, du 27 novembre au 02 décembre 2000

PLAN

I- RESUME DU RAPPORT

II- PRESENTATION DU RAPPORT
- A- INTRODUCTION
- B- METHODOLOGIE
- C- DEROULEMENT
  - 1- Ouverture
  - 2- Présentation du contexte de l'atelier
  - 3- Problèmes et attentes des participants :
  - 4- Objectifs de l'atelier:
  - 5- Normes de travail :
  - 6- Emploi du temps
  - 7- La Pharmacie Hospitalière :
  - 8- Le cycle logistique
  - 9- Comparaison des systèmes de gestion des pharmacies et identification des besoins d'harmonisation
  - 10- Révision des notions clés pour la gestion des produits pharmaceutiques et harmonisation des facteurs de calcul
  - 11- Analyse des sources d'information
  - 12- Harmonisation des outils de gestion
  - 13- Recommandations de l'atelier
  - 14- Evaluation finale
  - 15- Présentation de l'IMAT
  - 16- Clôture

55

I- RESUME

De nombreux efforts ont été réalisés dans le secteur pharmaceutique pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'usage rationnel et la qualité des médicaments. Malgré ces efforts, des faiblesses sont constatées dans certains domaines. C'est le cas du système d'information pour la gestion logistique.

En effet, la mauvaise estimation des besoins, l'augmentation du taux de ruptures, l'augmentation du coût de stockage et d'acquisition des médicaments, le mauvais usage des médicaments, etc...ont pour cause, entre autres, le manque d'un système d'information fiable soutenu par des outils de gestion appropriés, standardisés dans le pays par type de structure.

Actuellement, les outils de gestion en usage dans le système logistique des médicaments sont nombreux et variés, différents d'une structure à une autre. Or, pour une bonne gestion du système logistique national des médicaments, les structures qui ont les mêmes types d'activités devraient avoir les mêmes supports d'information (même contenu, même tracé, ...).

Pour atteindre cet but, le Ministère de la Santé Publique à travers la Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires a programmé l'harmonisation des outils de gestions de tout le système logistique national. Ce processus d'harmonisation a été entamé en 1999 par un atelier au cours duquel le système logistique national, dans sa globalité (PCG, PEV, hôpitaux, CS, ONG et dépôts pharmaceutiques) a été examiné avec l'appui du projet Prism.

Cette rencontre n'a pas pu traiter tous les aspects de la gestion de l'information au sein de la pharmacie hospitalière. C'est pour approfondir le volet pharmacie hospitalière que ce présent atelier a été organisé.

L'atelier national d'harmonisation des outils de gestion des pharmacies des hôpitaux de district s'est tenu pendant 6 jours à la Pharmacie Centrale de Guinée du 27 novembre au 02 décembre 2000 à Conakry

La cérémonie d'ouverture a été présidée par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé en présence du Directeur National de la Pharmacie et des Laboratoires, du Chef de Division Etablissements biopharmaceutiques, de la Chargée du Programme Médicament Essentiel au Bureau OMS de Conakry et du Chargé de relation avec les Ordres et Association professionnelles de la Santé au Cabinet du MSP.

Il a réuni les participants (pharmaciens et préparateurs en pharmacie) suivants :

- MSP	3	- Hôpital National	2
- IRS	3	- Hôpital Préfectoral/CMC	15
- PCG	2	- Université :	1
- ONG	1		

L'encadrement a été assuré par 4 cadres de la Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires , et 1 cadre du projet Prism.

L'atelier a utilisé la méthode participative. Elle a consisté en des travaux de groupes, et plénières précédés de communications faites par les encadreurs.

L'objectif de l'atelier était le suivant :

<u>Objectif général</u>

- Analyser le processus logistique des médicaments dans les hôpitaux de district en vue d'une harmonisation

Objectifs Spécifiques :

- Revoir l'ensemble des Outils de Gestion en usage dans les hôpitaux et harmoniser les plus pertinents
- Elaborer des recommandations et un plan d'action pour leur mise en œuvre

Les thèmes traités ont porté sur:

1- La Pharmacie Hospitalière :
2- Le cycle logistique
3- Comparaison des systèmes de gestion des pharmacies et identification des besoins d'harmonisation
4- Les notions clés pour la gestion des produits pharmaceutiques et les facteurs de calcul
5- Analyse des sources d'information
6- Harmonisation des outils de gestion
7- L'IMAT (inventory management assesment tool)

A l'issue de tous les travaux, l'atelier a obtenu les résultats suivants :

1- La formule retenue pour le calcul de la quantité à commander :

QAC = SMax – SDU.

Les facteurs de calculs (DL, DA, SS, SMin, SMax) seront examines par l'atelier sur la logistique nationale en vue d'une harmonisation

2- Outils de gestions proposés et acceptés par les participants pour les pharmacies des hôpitaux de district :

- La fiche de stock
- La fiche d'inventaire
- Le PV de réception
- La fiche des médicaments périmés / altérés
- La fiche de consommation par service
- L'ordonnance interne
- L'ordonnance externe
- Le bon de commande
- L'avis du pharmacien
- Le rapport d'activité
- La fiche de réclamation
- Le RUME et le RUMER
- Le support de gestion des psychotropes et stupéfiants

3- Outils de gestions Harmonisés par l'atelier :

- La fiche de stock
- La fiche d'inventaire
- Le PV de réception
- La fiche des médicaments périmés / altérés
- La fiche de consommation par service
- L'ordonnance interne
- Le bon de commande
- L'avis du pharmacien
- Le rapport d'activité
- Le carnet de commande des psychotropes
- La fiche de gestion des psychotropes et stupéfiants

L'atelier recommande l'introduction rapide de ces outils de gestions dans les tous les hôpitaux préfectoraux.

57

II- PRESENTATION DU RAPPORT

A- INTRODUCTION

Le secteur pharmaceutique est en pleine reforme actuellement. L'analyse de base de cette reforme a fait apparaître le constat fait plusieurs intervenant dans ce secteur : c'est la multitude et la disparité des outils de gestion en usage dans le système logistique des médicaments (PEV, PCG, Hôpitaux, CS, ONG,...)

Dans les hôpitaux, non seulement les outils sont nombreux, mais aussi, pour le même type d'outils de gestion (par exemple la fiche d'inventaire), il y a plusieurs modèles sur le terrain qui sont différents d'une structure á une autre. Les outils de gestion étant le support d'information de gestion, il devient indispensable de les harmoniser pour obtenir une bonne gestion du système logistique national des médicaments. Pour les mêmes types de structures, les informations pour la gestion doivent être les mêmes.

Le processus d'harmonisation des outils de gestion a été entamé , par un atelier, en 1999, par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui du projet Prism pour l'ensemble du système logistique national (PEV, PCG, Hôpitaux, CS et dépôts pharmaceutiques). Au cours de cet atelier, il n'a pas été possible d'examiner dans les détails tous les outils de gestion des différents niveaux. C'est le cas de la pharmacie hospitalière.

Pour corriger cette situation, la Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires, en collaboration avec l'OMS, a programmé pour cette année 2000, l'examen et l'analyse de tous les aspects tous de la gestion de l'information au sein de la pharmacie hospitalière.

Ce présent atelier se situe dans ce cadre. Il doit faire l'analyse et l'harmonisation des outils de gestion des pharmacies des hôpitaux de district.

B- METHODOLOGIE:

Chaque participant a reçu une lettre d'invitation et une lettre directive qui demandait de se munir des spécimens d'outils de gestion de la pharmacie hospitalière en usage dans sa structure et préparer une synthèse de son système de dispensation. Egalement, à chaque participant il été demandé de faire une lecture (en guise de préparation à l'atelier) profonde sur les thèmes suivants : la dispensation des médicaments dans les hôpitaux, l'approvisionnement et la gestion des stocks.

L'atelier a utilisé une approche participative. Pour chaque activité, les facilitateurs donnent la directive sous forme de brainstorming ou de communication participative. Puis, les participants sont repartis en groupes de travail. Chaque groupe désigne un rapporteur. A la fin des travaux de groupes, les rapporteurs présentent les résultats en plénière. C'est au cours des plénières que le consensus est trouvé pour chacune des activités programmées. Les travaux de groupes et les plénières sont tous encadrés par les faciltiateurs de l'atelier. Dans les groupes de travail ou en séance plénière, les participants ont parlé de leurs expériences personnelles et échanger des idées au cours de débats très animés.

Chaque journée a débuté par une présentation des résultats de l'évaluation de la veille et s'est terminée par l'évaluation des activités du jour.

C- DEROULEMENT DE L'ATELIER

L'atelier a eu lieu à la Pharmacie Centrale de Guinée. Le déroulement chronologique des activités est le suivant :

1- Ouverture

L'ouverture de l'atelier s'est faite par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique accompagné du Directeur National de la Pharmacie et des Laboratoires, de la Chargée du programme ME au bureau OMS de Conakry, du Chargé des relations avec les Ordres et Associations professionnelles de santé au Cabinet du Ministre de la Santé.

Dans son intervention, le Secrétaire Général a qualifié le médicament du nerf de la guerre dans le système sanitaire. C'est pourquoi les séminaristes doivent accorder beaucoup d'intérêt aux travaux de l'atelier. Il insistera surtout sur le caractère complémentaire des professions de la santé. Il a souhaité plein succès aux travaux et a demandé aux participants de travailler dans un esprit ouvert et franc pour obtenir des recommandations pertinentes pouvant s'intégrer efficacement dans le plan de développement sanitaire.

La Chargée du programme ME au bureau OMS de Conakry, dans son allocution, a réaffirmé le soutien de l'OMS aux activités du secteur pharmaceutique. Elle a dégagé l importance du médicament dans le système de santé. Elle a exprimé la nécessité pour l atelier de produire de bons outils de gestions qui contribueront à l'amélioration de la gestion des médicaments dans les hôpitaux.

2- Présentation du contexte de l'atelier :

Après le départ des autorités, le contexte a été présenté et discuté avec les participants.

Cet atelier est une nécessité pour corriger la disparité et de la multitude d'outils de gestion constatés sur le terrain. Il s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la gestion de la pharmacie hospitalière.

3- Problèmes et attentes des participants :

Cette activité a commence par la présentation des séminaristes et facilitateurs (voir liste des participants : annexe n°1). Chacun a donné son nom, sa fonction et sa structure d'origine.

Puis, chaque participant a cité les problèmes fréquemment rencontrés sur le terrain et ses attentes de l'atelier. Les listes suivantes ont été obtenues :

Problèmes liés à la gestion des médicaments

1- Manque de formation et d'information sur l'autonomisation de la pharmacie
2- Rupture de Stock dans les dépôts PCG
3- Manque d'outils de gestion
4- Insuffisance du personnel des pharmacies
5- Insuffisance des subventions
6- Non conformité des outils de gestion en usage
7- Multiplicité des outils de gestion
8- Disparité des méthodes de dispensation
9- Manque d'informatisation
10- Non respect des clés de répartition des recettes de la pharmacie
11- Manque de formation continue des pharmaciens

12- Inadéquation du budget alloué aux médicaments
13- Manque de concertation DNPL/DNEHS
14- Difficulté d'obtention des dérogations d'approvisionnement chez les grossistes hors PCG
15- Responsabilité limitée du pharmacien pour les achats de médicaments à partir de ses recette propres
16- Manque de dépôts pharmaceutiques dans certaines régions
17- Ruptures de stock dans les pharmacies
18- Insuffisance du budget
19- Difficulté de transport des médicaments

Attentes des participants

1- Plus d'information et de formation sur l'autonomisation de la pharmacie hospitalière
2- Harmonisation des systèmes de dispensation
3- Adéquation des outils de gestion par niveau
4- Création de dépôt dans les régions qui n'en possèdent pas
5- Approvisionnement correct des hôpitaux en médicaments
6- Avoir un stage de formation / spécialisation
7- Suppression des outils de gestion non pertinents
8- Meilleure connaissance du cycle logistique
9- Confort dans le travail
10- Introduction d'un système de dépôt/vente
11- Informatisation du système de gestion des pharmacies
12- Définir une norme d'infrastructure des pharmacies hospitalières
13- Création d'un compte médicament
14- Homologation du prix interne/externe des médicaments
15- Création d'une infrastructure séparée pour les malades externes
16- Uniformisation du circuit du médicament au sein des hôpitaux
17- Personnel correspondant aux besoins de la pharmacie conformément au cadre organique

4- Objectifs de l'atelier:

L'animateur a fait une relation entre les problèmes et attentes énumérés par les participants , puis une transition sur les objectifs de l'atelier qui sont :

Objectif général

- Analyser le processus logistique des médicaments dans les hôpitaux de district en vue d'une harmonisation

Objectifs Spécifiques :

- Revoir l'ensemble des Outils de Gestion en usage dans les hôpitaux et harmoniser les plus pertinents
- Elaborer des recommandations et un plan d'action pour leur mise en œuvre

5- Les normes de travail :

L'atelier a commencé par la définition des normes de travail auxquelles chaque participant devrait se conformer pendant les 6 jours:

- Respect des normes de travail
- Respect des horaires
- Respect de l'opinion de l'autre
- Flexibilité dans le programme
- Ne pas confisquer la parole
- Demander la parole avant de parler
- Ne pas fumer dans la salle
- Eteindre les téléphones portables
- Na pas dormir dans la salle
- Pas de sous- groupe (sous-commission)
- Pas de déplacements intempestifs
- Désigner un rapporteur et un président de séance

6- Emploi du temps :

Les encadreurs ont présenté le projet d'emploi du temps. Après discussion, il a été retenu les points suivants :

Calendrier des activités (voir annexe n°2)
Durée de l'atelier : 6jours
Début de la journée: 9h 00mn
Pause- café : 11h 00mn à 11h 15mn
Déjeuner/ repos : 13h 30mn à 14h 00mn
Fin de la journée : 16h 00mn

7- La Pharmacie Hospitalière :

Le Directeur National de la Pharmacie et des Laboratoires a donné des informations sur la pharmacie Hospitalière. Il a fait un rappel historique de la Pharmacie hospitalière en Guinée, sa situation actuelle et ses perspectives. Il a notamment expliqué le processus d'autonomisation de la pharmacie engagée par le département de la santé. Il a rappelé la responsabilité du pharmacien dans l'approvisionnement en médicaments.

8- Le cycle logistique :

Le cycle logistique (voir annexe n°3) des médicaments a été présenté et débattu. L'animateur a insisté sur l'approvisionnement et la dispensation des médicaments, étapes les plus pertinentes du cycle dans le contexte de l'atelier.

9- Comparaison des systèmes de gestion des pharmacies et identification des besoins d'harmonisation :

En utilisant une grille d'analyse (voir annexe n°4), les participants ont déterminé individuellement les fréquences, les outils de gestion et les circuits d'information des activités de la pharmacie hospitalière correspondant au cycle logistique.

Puis, en travaux de groupes, ils ont discuté les résultats de leur analyse. Ceci a permis d'identifier les aspects qui sont similaires dans toutes les pharmacies et les points de divergence. Parmi les aspects divergents, ils ont déterminé ceux qui peuvent être harmonisés par l'atelier.

Les points de similitude et de divergence trouvés sont les suivants :

Point similaire : paiement
Point de divergence : ils ont dans le tableau suivant **:**

Tableau des points de divergence

	Points de divergence	Niveau de divergence				A harmoniser	
		Fréquence	Outil de gestion	Qui donne l'approbation	Où et comment l'outil de gestion est classé	Oui	non
Sélection	1- Catégories d'articles que vous gérez	Plusieurs article	X			*	
	2- Procédures de sélection	X	X	x		*	
	3- Qui sélectionne	X	X	x		*	
Approvisionnement	4- Estimation des besoins	X	X	X		*	
	5- Procédure d'achats				x	*	
	6- Passation des commandes	X		X		*	
	7- Réception des produits	X	X	X	X	*	
	8- Stockage (enregistrement/ rangement)		X			*	
	9- Gestion des ruptures		X	X		*	
	10- Gestion des surstocks	X	X			*	
	11- Constat de produits non conformes à la demande		X	X		*	
	12- Inventaire	X	X			*	
	13- Gestion des produits à risque de péremption	X	X			*	
	14- Gestion de produits périmés		X			*	
	15- Gestion des Psychotropes/ stupéfiants		X			*	
	16- Source d'approvisionnement en produits pharmaceutiques		X			*	
Distribution	17- Type de services/ clients	Plusieurs types				*	
	18- Reconditionnement des produits	X	X			*	
	19- Dispensation des produits vers les malades/ services	X	X			*	
	20- Règlement des paiements					*	
	21- Accueil des malades					*	
Utilisation	22- Administration des médicaments aux malades					*	

62

10- Révision des notions clés pour la gestion des produits pharmaceutiques et harmonisation des facteurs de calcul:

Une étude de cas sur la commande des médicaments a été traité en travaux de groupes. Les participants ont présenté leur résultat en plénière. Ce qui a permis de faire ressortir les notions clés et l'harmonisation de leur compréhension. Ce sont :

SDU (Stock disponible utilisable)= Stock physique disponible, moins les périmés/altérés

CMM = Consommation d'une période divisée par le nombre de mois de la période

DL (Délai de livraison) = Temps écoulé entre le lancement d'une commande et la réception

SS (Stock de sécurité) = Quantité de produits qui permet de faire face aux situations particulières

DA (Délai d'approvisionnement)= intervalle entre deux commandes ordinaires

SMin (Stock Minimum) = Quantité en deçà de laquelle les stocks ne doivent descendre sans qu'une commande ne soit faite

SMax (Stock Maximum) = Stock au delà duquel on risque d'avoir un surstock

MSD (Mois de Stock Disponible)= Stock disponible utilisable exprimé en mois de consommation

Besoins = Quantité nécessaire en produits pour une période déterminée

QAC (Quantité à commander)= Quantité de produits nécessaires pour compléter le stock existant afin de répondre aux besoins

Par brainstorming, il est apparu que les valeurs des facteurs de calculs (DL, DA, SS, SMin, SMax) sont ne sont pas les mêmes dans tous les hôpitaux.

La formule de calcul de la quantité à commander a obtenu le consensus des participants.

QAC = SMax – SDU

Les facteurs de calculs (DL, DA, SS, SMin, SMax) seront examines par l'atelier sur la logistique nationale en vue d'une harmonisation.

11- Analyse des sources d'information :

En se servant d'une grille d'analyse des sources d'information pour la prise de décision au sein de la pharmacie hospitalière (voir annexe), les participants, en petits groupes, ont mené l'activité suivante : par rapport aux étapes du cycle logistique, chaque groupe note deux décisions qu'il est amené à prendre, les informations nécessaires, les sources d'information, l'évaluation des sources d'information, l'importance et la pertinence de la source d'information.

Cette activité a permis, en plénière, d'établir une liste globale d'outils de gestion en usage dans les pharmacies hospitalières. Ce sont :

- *Pour la sélection* :
  - Fiche de stock
  - Formulaire national des médicaments
  - Rapport du comité du médicament
  - Liste des médicaments de l'hôpital
  - Liste stratégique des médicaments

- *Pour l'approvisionnement / acquisition* :
  - Fiche de stock
  - Fiche de consommation
  - Procès verbal de réception
  - Bordereau de réception
  - Bordereau de livraison
  - Facture
  - Registre de consommation par service
  - Registre des entrées
  - Bon de commande
  - Fiche de réclamation
  - Liste des médicaments par fournisseur
  - Budget disponible

- *Pour la distribution/ dispensation*
  - Bon de commande des services
  - Procès verbal de réception
  - RUMER / RUME
  - Fiche de stock
  - Facture interne
  - Bon de livraison
  - Bon de sortie
  - Ordonnancier
  - Fiche des médicaments altérés / altérés
  - Fiche d'inventaire
  - Fiche de distribution
  - Registre de distribution interne
  - Registre de distribution externe
  - Fiche de distribution journalière
  - Cahier de distribution /sortie
  - Fiche de consommation journalière
  - Fiche de sortie
  - Registre de sortie

- *Pour l'utilisation*
  - Ordonnance interne
  - Ordonnance externe
  - Formulaire national
  - Avis du pharmacien (fiche pour médecin)
  - Support pour la pharmacovigilance
  - Rapport d'activité
  - Support de gestion des psychotropes et stupéfiants

De cette liste globale, par discussion en plénière, l'atelier a établi une liste consensuelle d'outils de

gestion jugés pertinents et prioritaire. Il s'agit de :

- La fiche de stock
- La fiche d'inventaire
- Le PV de réception
- La fiche des médicaments périmés / altérés
- La fiche de consommation par service
- L'ordonnance interne
- L'ordonnance externe
- Le bon de commande
- L'avis du pharmacien
- Le rapport d'activité
- La fiche de réclamation
- Le RUME et le RUMER
- Le support de gestion des psychotropes et stupéfiants

12- Harmonisation des outils de gestion

L'harmonisation a porté sur les outils de gestion retenus sus-cités.

Cette activité a commencé par la définition des qualités d'un bon outil de gestion. Il a retenu qu'un bon outil de gestion doit :

- Contenir des informations précises, claires et utiles.
- Etre simple : pas trop d'informations
- Etre de tenue facile : remplissage facile
- Etre facile à conserver

Puis, en groupe, ils ont commencé par examiner les outils de gestion harmonisés et qui sont retenus par cet atelier comme étant prioritaires.

Il s'agissait pour chaque groupe de faire un amendement de ces outils (conformément aux besoins des hôpitaux et aux critères de bonne qualité d'un OG) sur les points suivants :

- Les objectifs de l'outil
- Les utilisateurs de l'outil
- La périodicité
- La liaison avec d'autres outils
- Les informations contenues dans l'outil
- La maquette de l'outil

En plénière les discussions constructives ont permis d'obtenir le consensus sur les outils examinés.

A l'issue de cette plénière, les participants se sont retrouvés de nouveau dans leur groupe pour concevoir le reste des outils de gestion selon la directive suivante :

a) Noter:
   - Les objectifs de chaque outil
   - Les utilisateurs de l'outil
   - La périodicité
   - La liaison avec d'autres outils

b) Concevoir la maquette de l'outil

Le RUME et le RUMER n'ont pas été examiné par l'atelier.

Suite à ces travaux de groupes, des plénières (dans un esprit très ouvert), participatives et constructives ont permis d'obtenir le consensus sur les outils de gestion retenus

Résultats des travaux de groupe de l'atelier
(voir les maquettes des OG en annexe)

Outils	Objectifs	Niveau d'Utilisation	Périodicité	Liaison avec d'autres outils
FICHE DE STOCK	Faire les mouvements des produits (Entrées/Sorties), Faire la situation du stock, Faire le report de la CMM	Magasin de stock Poste de distribution	En fonction des mouvements	Bon de livraison, PV de réception, Fiche d'inventaire, fiche des périmés, bon de commande de distribution (service, ordonnance), fiche de consommation
FICHE D'INVENTAIRE	Faire l'état de stock (Date d'expiration, Quantité, écart et altération) Valorisation(PU et PT)	Au niveau du magasin	Mensuelle	Fiche de stock
BON DE COMMANDE	Assurer l'approvisionnement de la structure en produits pharmaceutiques	A la pharmacie	Semestrielle	Fiche de stock, Fiche d'inventaire, Bordereau de livraison
RAPPORT D'ACTIVITE	Donner les informations sur les activités de la pharmacie hospitalière	Pharmacie hospitalière IPL (IRS) Pharmacien DPS DNPL	Mensuelle	Fiche de consommation PV de réception Factures Rapport mensuel de gestion

66

PV DE RECEPTION	Permet à la structure de reconnaître la conformité des produits reçus par rapport au bordereau de livraison.	Clients et fournisseurs	A chaque livraison	Bon de livraison, Facture, Fiche de stock
FICHE DE CONSOMMATION	Déterminer la consommation en nature et en valeur de médicaments par service	Unité de distribution	Quotidienne	BC des services, ordonnances, fiche de stock du point de distribution
ORDONNANCE INTERNE	Assurer la sortie des produits vers les malades Analyser la prescription	Agent de distribution Surveillant de pavillon Pharmacien Prescripteur	Quotidienne	Fiche de consommation des services
FICHE DES PERIMES	Ressortir la légalité des pertes, périmés, altérés	Le pharmacien chef Le responsable du stock	Semestrielle	Fiche de stock, facture, PV de réception, fiche d'inventaire
AVIS DU PHARMACIEN	Sert de liaison entre le prescripteur et le pharmacien pour signaler une anomalie d'une prescription	Pharmacien	Chaque fois que nécessaire	Ordonnance médicale
LE CARNET DE COMMANDE DES PSYCHOTRPES	A élaborer par la DNPL			
LA FICHE DE GESTION DES PSYCHOTROPES	A élaborer par la DNPL			

13- Recommandations de l'atelier

Recommandations générales

N°	Recommandation	Responsable
1	Veiller à la mise en application de l'autonomisation de la pharmacie hospitalière	DNPL / DNEHS
2	Elaborer une directive sur l'autonomisation de la pharmacie hospitalière adressée aux pharmaciens des hôpitaux, aux DH, aux DPS, aux IPL et aux IRS	DNPL /DNEHS
3	Concevoir et veiller à l'application des normes relatives aux infrastructures des pharmacies hospitalières	MSP (DNPL,DNEHS, IPL)
4	Faire une codification nationale des médicaments essentiels	DNPL
5	Faire l'harmonisation des méthodes de dispensation pour les hôpitaux de même niveau	DNPL
6	Informatiser la gestion du stock	MSP
7	Veiller à la formation des pharmaciens en informatique	MSP,bailleurs de fonds,
8	Organiser des voyages d'études, des stages et formations spécialisées	MSP, (DNPL)
9	Assurer la supervision régulière des pharmacies par la DNPL	DNPL
10	Assurer la formation des pharmaciens en gestion	MSP, DNPL
11	Pourvoir la pharmacie hospitalière en personnel en fonction du cadre organique	MSP
12	Faire la nomination des pharmaciens chef des hôpitaux par arrêté	MSP
13	Créer un organe d'information en pharmacie	DNPL
14	Relancer la formation des préparateurs en pharmacie	MSP
15	Relancer les laboratoires de galénique au sein des pharmacies des hôpitaux	DNPL, DH
16	Redéfinir de façon objective les éléments qui rentrent dans le calcul de la charge de travail du pharmacien	DNPL /DNEHS

Recommandations sur les outils de gestion

N°	Recommandation	Responsable
1	Rédaction du rapport avec les outils de gestion proposés	DNPL
2	Concertation DNPL / DNEHS sur les outils de gestion harmonisés	DNPL
3	Veiller au respect des recommandations de l'atelier	DNPL
4	Faire parvenir le rapport de l'atelier à tous les participants	DNPL
5	Soumettre les outils de gestion harmonisés au conseil de cabinet pour approbation	DNPL
6	Confection des spécimens	DNPL
7	Organisation des ateliers de lancement des outils de gestion à l'intention des Pharmaciens des DPS, des Pharmaciens Hôpitaux,	DNPL, DNEHS, bailleurs
8	Multiplication des outils de gestion	Structures utilisatrices
9	Mise en place des outils de gestion harmonisés et retrait des anciens outils	MSP, DNPL, DNEHS
10	Supervision	Pharmacien Hôpitaux, Pharmacien DPS, Pharmacien inspecteur,
11	Evaluation des outils de gestion harmonisés	MSP (IGS, DNPL, DNEHS) et bailleurs
12	Elaborer les OG pour la pharmacovigilance	DNPL
13	Mettre à disposition les OG des psychotropes / stupéfiants	DNPL

14-Evaluation finale

Un questionnaire d'évaluation finale du déroulement et de l'organisation de l'atelier a été soumis à chaque participants. Il en est ressorti les points suivants :

Points saillants relevés par les participants

- le contenu des objectifs
- la qualité de la facilitation
- les travaux de groupes
- le déroulement de l'atelier
- la volonté réelle des participants à améliorer leur gestion
- les explication des thèmes
- le consensus après les discussions
- l'échange d'expérience
- la détermination ou le choix des outils harmonisés
- le niveau des débats
- l'acceptation des outils harmonisés par toutes les structures
- l'acceptation des idées des autres dans la différence
- la volonté d'aller de l'avant pour améliorer l'image de la pharmacie
- le sérieux dans les débats
- la participation effective de tous les participants
- la qualité des exposés
- le résultat obtenu :harmonisation des outils de gestion
- le projet d'autonomisation de la pharmacie hospitalière
- le caractère formatif de l'atelier

Suggestions

- veiller à la formation continue
- cet atelier peut être renouvelé pour d'autres thèmes
- former tous les pharmaciens en gestion d'équipe
- payer les perdiems 48 heures au plus tard après le début de l'atelier
- encourager et multiplier les rencontres entre les pharmaciens
- voir la possibilité de faire des ateliers en gestion des stocks et d'approvisionnement
- remercier les initiateurs et animateurs de l'atelier pour la qualité de l'organisation et le haut niveau professionnel des débats
- continuer ces genres d'atelier pour l'harmonisation de la dispensation et du prix des médicaments aux externes et internes
- allongé la durée de l'atelier

15- Présentation de l'IMAT

Prism (assistant du Ministère de la santé dans l'organisation du système logistique national) a présenté l'outil d'évaluation de stock appelé IMAT. IMAT se base sur l'évaluation de la qualité des enregistrements et de la disponibilité des produits et fait des suggestions sur l'amélioration de la gestion du stock

16- Clôture

Elle a été faite par le Directeur National de la Pharmacie et des Laboratoires en présence de la Chargée du Programme ME au bureau de l'OMS a Conakry. Le DNPL a demandé à chaque participant de faire un effort pour intégrer les outils de gestions retenus par cet atelier pour la meilleure qualification de la gestion de la pharmacie hospitalière.

ANNEXES

LEGENDE

FICHE DE STOCK

1-Structure	= Nom de la formation exemple: Hôpital de Coyah
2-Fiche de Stock	= Nom de l'outil
3-N°	= Numéro de la fiche pour le même produit
4-Code	= Signe d'identification du produit. Le code peut être composé uniquement de chiffre ou de lettre ou des deux
5-Nom du produit	= Nom de l'article ou de l'outil de gestion
6-Forme	= Présentation scientifique du produit. Ex: comprimé, sirop,
7-Dosage	= Quantité de principe actif dans le produit. Exemple: 300mg,
8-Unité	= Unité de comptage. Exemple: Comprimés, flacon etc...
9-Période	= Le jour, le mois, l'année auxquels on calcule les paramètres. Exemple: 25/07/99
10-CMM	= Consommation moyenne mensuelle
11-Niveau Min.	= Seuil à partir duquel il faut nécessairement lancer une commande
12-Prix moyen pondéré	= valeur moyenne du prix d'achat de l'unité
13-Date	= Le jour, le mois l'année de l'opération exemple: 25/07/99
14-Référence	= Le numéro de la pièce autorisant l'opération exemple: P.V de réception N°05/99
15-Prov/ Dest	= Provenance (Nom du fournisseur ou origine de la rentrée) ou Destination (nom de la destination de la sortie)
16-Lot	= N° de fabrication indiqué sur l'étiquette par le fabricant.
17-Péremption	= Date limite d'utilisation du produit. Elle est indiquée par le fabricant
18-Entrée	= Quantité de produit entrant dans le stock
19-Sortie	= Quantité de produit sortie du stock
20-Stock	= Quantité de produit après chaque mouvement (appelée balance ou solde)
21-Valeur Entrée	= Quantité de produit entrant dans le stock multiplié par prix moyen pondéré
22-ValeurSortie	= Quantité de produit sortie du stock multiplié par prix moyen pondéré
23-Valeur Stock	= Valeur du produit après chaque mouvement (appelée balance ou solde)
24-Observations	= Remarques ou suggestions relatives à l'opération.

LEGENDE

FICHE D'INVENTAIRE

1-Fiche d'inventaire	= Nom de l'outil
2-Structure	= Nom de la formation sanitaire qui utilise la fiche: Hôpital de Siguiri
3-Date d'inventaire	= Le jour, le mois et l'année de l'inventaire: exemple: 31 août 1999
4-Numéro d'ordre	= Le numéro qu'occupe le produit sur la fiche d'inventaire
5-Désignation/Dosage	= Le nom; le dosage et la forme du produit: Exple: Ampicilline 1g injectable
6-Unité	= Unité de comptage Exemple: flacon, Comprimé, ampoule.....
7-Stock théorique	= Quantité de produit mentionnée sur la fiche de stock
8- Stock physique	= Quantité de produit comptée dans le magasin
9-Ecart	= Différence entre Stock théorique et Stock physique
10-Date de péremption	= Date limite d'utilisation du produit. Elle est indiquée par le fabricant.
11-Prix unitaire	= Prix d'une unité de comptage du produit ou le coût moyen pondéré de cette unité
12-Prix total	= Valeur globale du Stock physique du produit
13-Observations	= Remarques sur les écarts constatés
14-Nom	= nom de la personne responsable de l'inventaire
15-Fonction	= poste occupé par la personne responsable de l'inventaire
16-Signature	= Engagement moral du responsable de l'inventaire

(1) Structure.....

(2)FICHE DE STOCK (3) N°_____

(4)Code.....(5) Nom du produit..... (6)Forme.....(7)Dosage.....(8)Unité.....

(9) PERIODE				
(10) CMM				
(11) Niveau Minimum				
(12) Prix Moyen pondéré				

(13) Date	(14) Référence	(15) Prov/Dest	(16) Lot	(17) Péremption	(18) Entrée	(19) Sortie	(20) Stock	(21) Valeur entrée	(22) Valeur sortie	(23) Valeur stock	(24) Observations

(1) Nom de la Structure

(2)FICHE D'INVENTAIRE

(3) Date de l'inventaire.....

(4) N°	(5) Désignation/Dosage	(6) Unité	(7) Stock théoriqu	(8)Stock physiqu	(9) Ecart	(10)Date Péremption	(11) Prix unité	(12) Prix Tot	(13) Observ.

(14) Nom:..... (15) Fonction.....

(16) Signature:.....

75

LEGENDE

BON DE COMMANDE

1- En-tête qui Comprend:

le nom de la structure qui fait la commande

siège de la structure

autres: BP, TEL, Fax, e-mail etc....

2- Bon de Commande = titre de l'outil de gestion

3- Numéro du Bon de commande = Il doit comporter

- un nombre à 2 chiffres qui correspondent au numéro chronologique du Bon
- suivi des 2 derniers chiffres de l'année en cours
- toute référence jugée utile par la structure - Exemple 09/00/HPLélma

4- Le nom du fournisseur et son siège = Exemple Dépôt régional PCG Labé.

5- N° = C'est le numéro d'ordre de l'enregistrement

6- Désignation/ Dosage = C'est le nom du produit en Dénomination Internationale Commune (DCI) sa forme et son dosage

7- Unité = Unité de comptage: Exemple: ampoule, comprimé, sirop, flacon

8- Quantité = Nombre d'unité de produits commandés

9- Prix unitaire = Prix auquel l'unité est facturée

10- Prix total = Prix unitaire multiplié par la quantité

11- Montant total = Somme de la colonne Prix total

12- Commande faite par = indique que les mentions en dessous concernent la personne qui établit la commande.

13- Nom = Nom de la personne qui établit la commande

14-Signature = Signature de la personne qui établit la commande

15-Date = Date à laquelle la commande est faite.

16- Commande approuvée par = indique que les mentions en dessous concernent la personne qui approuve la commande

17- Nom = Nom de la personne qui approuve la commande

18-Signature = Signature de la personne qui approuve la commande

19-Date = Date à laquelle la commande est approuvée

(1) **En-tête**

(2) **BON DE COMMANDE** (3) **N°**_____

(4) Adressé à.....

(5) N°	(6) Désignation/Dosage	(7) Unité	(8) Quantité	(9)Prix Unitaire	(10) Prix Total
				(11) Montant Total	

(12) COMMANDE FAITE PAR: (16) COMMANDE APPROUVEE PAR:

(13) Nom .....(17) Nom .....

(14) Signature .....(18Signature .....

(15) Date .....(19) Date.....

77

LEGENDE

PROCÈS VERBAL DE RÉCEPTION

1-En-tête: Comprend le nom de la structure qui fait la commande
siège de la structure
autres: BP, TEL, Fax, e-mail etc...

2- Procès verbal de réception (PV) = Titre de l'outil de gestion

3- Numéro du (PV): Il doit comporter

- un nombre à 2 chiffres qui correspondent au numéro chronologique du Bon
- suivi des 2 derniers chiffres de l'année en cours
- toute référence jugée utile par la structure - Exemple 02/99/PCG

4- Nous soussignés = Prénom, Nom et fonction des membres de la commission de réception

5-Membres de la commission de réception de = Nom de la structure qui reçoit les produits Exemple: Hôpital régional de Kankan

6- Avons procédé à la réception de = Nature des produits

7- Livraison N° = Numéro du bordereau de livraison

8- Date = Date d'établissement du Bon de livraison

9-N° = Numéro d'ordre de l'enregistrement

10-Désignation = Nom du produit en Dénomination Commune Internationale (DCI)

11- Unité = Unité de comptage: Exemple: ampoule, comprimé, sirop, flacon

12- Quantité = Nombre d'unités de produits reçues

13-Date de péremption = Date limite d' utilisation du produit figurant sur l'étiquette

14-N° du lot

15- Observations = Anomalies constatées par item (manquant, cassé, périmés, altérés etc...)

16-Commentaires = Résumé des réserves faites par la commission

17- En foi de quoi = Formule juridique

18- Nom et signature de chaque membre de la commission= nom, signature de tous ceux qui ont participé à la réception et la date de réception

(1) **En-tête**

(2) PROCES VERBAL DE RECEPTION

(3) **N°_____.**

(4) Nous soussignés..... .....

.....

.....

.....

.....

.....

(5) Membres de la commission de réception de.....

(6) Avons procédé à la réception des articles ci-après selon le bordereau de livraison (7) N°..... (8)du.....

(9) N°	(10) Désignation/Dosage	(11) Unité	(12) Quantité reçue	(13) N° du lot	(14) Date de péremption	(15) Observations

(16)Commentaires.....

.....

.....

(17) En foi de quoi, ce PV est établi pour servir et valoir ce que de droit.

(18) Membres de la Commission Noms et Signature et Date

Dt

LEGENDE

FICHE DES PRODUITS PÉRIMÉS

1-En-tête: Comprend le nom de la structure
siège de la structure
autres: BP, TEL, Fax, e-mail etc...

2-	Fiche des produits périmés/altérés	= Nom de l'outil
3-	Date	= Date d'enregistrement du produit
4-	Désignation	= Dénomination Commune Internationale (DCI)
5-	Unité	= Nombre d'unités de produits périmés ou altérés
6-	Lot	= Numéro du lot de fabrication figurant sur l'étiquette du produit
7-	Date de fabrication	= Date de fabrication du produit figurant sur l'étiquette du produit
8-	Date de péremption	= Date limite d' utilisation du produit figurant sur l'étiquette
9-	Quantité	= Nombre d'unités de produits périmés et/ou altérés
10-	Prix unitaire	= Prix d'acquisition du produit
11-	Prix Total	= Prix unitaire x Quantité
12-	Observations	= Anomalies constatées: Périmés, altérés etc....
13-	Montant total	= Valeur totale des produits périmés
14-	Responsable du stock	= Nom, signature, fonction et cachet du responsable du stock
15-Date		= Date à laquelle l'état a été fait

(1) **EN-TÊTE**

(2) **FICHE DES PRODUITS PÉRIMÉS**

(3) Date	(4) Désignation	(5) Unité	(6)N° de lot	(7) Date de fabrication	(8) Date de péremption	(9) Quantité	(10) Prix unit.	(11)Prix Total	(12) Observation
								(13) Montant TOTAL	

(14) Responsable du Stock.....

(15) Date.....

LEGENDE

NOTE AU PRESCRIPTEUR

1-En-tête	= Comprend le nom de la structure qui fait la notification, et autres: BP, TEL, Fax, e-mail etc...
2-Note au prescripteur	= Titre de l'outil de gestion
3-N°	= numéro de la note ; Il doit comporter un nombre qui correspond à l'ordre chronologique de la note, suivi des deux derniers chiffres de l'année en cours et toute autre référence utile
4-Adressée à	=nom, adresse et toute autre indication pouvant identifier le prescripteur
5-Concernant la prescription suivante	= nom du malade, date et lieu de la prescription, copie manuscrite de la prescription
6-Suite à l'analyse de.....	= phrase annonçant l'observation
7-Observation	= remarques, observations, suggestions
8-concernant la prescription	= formule
9-Nom	= nom de la personne qui a fait l'observation
10-Fonction	= poste occupé par la personne qui a fait l'observation
11-Date	= date à la quelle l'observation est faite
12-Signature	= engagement de la personne qui a fait l'observation

(1) **Entête**

(2) NOTE AU PRESCRIPTEUR (3) N°

(4) Adressée à :_____

(5) Concerne la prescription suivante :

(6) Suite à l'analyse de la prescription ci-dessus, j'ai l'honneur de vous faire parvenir les observation suivantes :

(7)

(8) Nom _____

(9) Fonction_____

(10) Date _____

(11) Signature_____

83

LEGENDE

ORDONNANCE INTERNE

1-Ordonnance interne	= nom de l'outil de gestion
2-N°	=nombre chronologique de la prescription
3-Service	= lieu, service où la prescription a été faite
4-Salle	= numéro de la salle
5-Lit	= numéro du lit du malade
6-Référence dossier	= numéro du dossier médical du malade
7-Nom	= nom et prénom du malade
8-Sexe	= sexe du malade
9-Age	=âge du malade
10-Poids	= poids du malade
11Diagnostic	= diagnostic de la maladie
12-Désignation	= nom, dosage et forme du produit
13-Posologie	= quantité de produit par prise et par jour
14-Durée traitement	= nombre total de jour de prise du produit
15-Observation	= remarque et observations liées à l'acte de Délivrance
16-Médecin	= nom, signature, date et cachet du Prescripteur
17-Pharmacien	= nom, signature, date et cachet du Dispensateur

(1) **ORDONNANCE INTERNE** (2) **N°**

(3)Service_____(4) Salle_____ (5)Lit____

(6)Référence Dossier du malade :_____ (7)Nom_____

(8)Sexe _____ (9)Age_____ (10) Poids_____

(11)Diagnostic_____
_

_____

(12) Désignation	(13) Posologie	(14) Durée du traitement	(15) Total à servir

(16) **Le médecin** (17) **Le pharmacien**

85

LEGENDE

FICHE DE CONSOMMATION

1-Service	= lieu où les produits sont servis, distribués,
2-Fiche de consommation	= titre de l'outil de gestion
3-Mois	= période de la consommation
4-N°	= nombre chronologique des produits
5-Désignation	= nom, dosage, forme des produits
6-Dates	= dates des sorties du mois
7-Total	= somme des sorties ou consommations du mois
8-PU	= prix unitaire
9-Prix total	= valeur des sorties du mois

(2)FICHE DE CONSOMMATION

(1)**Service** _____ (3)**Mois**_____

(4) N°	(5) Désignation	(6) Dates																															(7) Total	(8) Pu	(9) Prix total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
21																																			
22																																			
23																																			
24																																			

87

ANNEXE III) Mémorandum : Recommandation sur position à prendre par rapport aux AT-SBC de l'AGBEF.

MEMORANDUM

A : M. Alain Joyal, Directeur du Projet PRISM-Guinée

De : Dr Keita Namoudou, Coordinateur du Programme SBC

Date : 17 février 2001

Sujet : Recommandation sur position à prendre par rapport aux AT-SBC de l'AGBEF

Monsieur Joyal,

Suite à votre mémorandum du 15 février 2001, il me plait de vous faire parvenir mes recommandations sur la performance technique de chaque AT-SBC de l'AGBEF. Il vous appartient bien entendu de prendre la dernière décision.

Les quatre AT-SBC des quatre préfectures prioritaires de la région de Kankan ont démarré leur assistance à partir de juillet 2000 et ont été doublés par les quatre autres de la région de N'Zérékoré. Pendant ces sept premiers mois d'assistance, les activités SBC ont effectivement bien démarré et les différents Directeurs Préfectoraux de la Santé sont tous satisfaits de l'appui des AT-SBC.

Selon les termes de référence des AT-SBC, une évaluation des performances techniques est effectuée par moi même et se trouve résumée dans le tableau ci-joint.

Parmi les huit AT-SBC :

- Deux ont une performance « Excellente » (score global égale ou supérier à 60) :
  - Bamba-Mamady Camara, AT-SBC titulaire de Siguiri
  - Sékou Traoré, AT-SBC titulaire de Kankan

- Quatre ont une performance technique « Bonne » (score global entre 50 et 59)
  - Boun Yamine Chérif, AT-SBC titulaire de Kérouané
  - Mamadi Cissé,AT-SBC titulaire de Kouroussa
  - Jacques Théa, AT-SBC, titulaire de Lola, en double à Kérouané
  - PascalDoualamou, AT-SBC titulaire de Beyla, en double à Kouroussa

- Deux ont une performance moyenne (score global inférieur à 50) :
  - Joseph Toupou, AT-SBC titulaire de N'Zérékoré, en double à Kankan
  - Nyan Béréthon, AT-SBC titulaire de Yomou, en double à Siguiri

Recommandations pour position à prendre

Il y a quatre alternatives :

1- **Répartir les huit AT-SBC aux huit préfectures (dont les 4 partenaires).** Les avantages de cette option sont que nos activités appuyées dans ces préfectures seront mieux suivies sur le plan technique et sur le plan collecte des rapports : SBC, IEC, PF, SE, MSR. Cela nécessitera une nouvelle définition des termes de référence des Assistants Techniques. Ceci est capital dans la mesure où les coordinateurs de PRISM sont du niveau régional et il est difficile d'assurer une présence permanente dans chaque préfecture. L'inconvénient serait le coût de cette prestation par

rapport à nos ressources disponibles (salaire des AT-SBC, frais de fonctionnement des motos et la mise en état des motocyclettes de l'AGBEF pour les quatre AT de la Forêt).

2- **Compresser un des deux AT-SBC de performance moyenne (Nyan Béréthon) et affecter les trois AT-SBC (Jacques Théa, Pasccal Doualamou et Joseph Toupou) de la Forêt dans les préfectures de Dabola, Dinguiraye et Faranah.**

3- **Compresser les deux AT-SBC de performance moyenne (Nyan Béréthon et Joseph Toupou) et affecter les deux autres de la Forêt (Jacques Théa et Pascal Doualamou) à Dabola et Dinguiraye.**

4- **Compresser les quatre AT-SBC de la Forêt et maintenir les quatre titulaires de la région de Kankan.**

Je vous laisse le soins d'examiner ces alternatives et de décider laquelle retenir en fonction de nos priorités budgétaires. Ces alternatives sont classées par ordre décroissant selon mes recommandations.

Je suis disponible à répondre à toute autre information complémentaire.

Merci de votre attention.

EVALUATION TECHNIQUE DE LA PARFORMANCE DES AT-SBC DE L'AGBEF

(Période de Juillet à décembre 2000)

Echelle d'appréciation de chaque tâche : 1 = insuffisant ; 2 = bon ; 3 = excellent ; N/A = non applicable

Tâches	Kankan		Kérouané		Kouroussa		Siguiri	
	Sékou Traoré	**Joseph Toupou**	**Boun Yamine Chérif**	**Jacques Théa**	**Mamady Cissé**	**Pascal Doualamou**	**Bamba-Mamady Camara**	**Nyan Béréthon**
Participer à l'atelier d'orientation sur les SBC	3	3	3	3	3	2	3	3
Présence effective au poste durant la période	3	3	3	3	3	3	3	3
Ramassage et transmission des rapports des agents SBC	3	3	2	2	2	2	2	2
Elaboration du plan d'action commun avec le C-SBC	3	3	3	3	3	3	3	3
Participer à l'exécution des visites aux activités de restitution de la formation à la communauté par les AC	3	3	3	3	3	3	3	3
Fixer avec le C-SBC un calendrier des visites aux réunions mensuelles de supervision	3	3	3	3	3	3	3	3
Participer à l'exécution des plans de visites aux réunions mensuelles	3	3	3	3	3	3	3	3
Aider le C-SBC à analyser les rapports mensuels des AC et de fournir un feed-back aux AC	3	2	2	2	2	2	3	2
Etablir avec le C-SBC les graphiques simples en courbes sur l'évolution des activités SBC	3	2	2	2	2	2	3	2
Participer à la présentation des données SBC lors de monitorage	3	3	3	3	3	3	3	1
Préparer avec le C-SBC les données démographiques de base	3	3	3	3	3	3	3	3
Aider le C-SBC à mettre à jour le tableau des noms des agents SBC par village et par centre de santé	3	2	3	3	3	3	3	2
Maîtriser les nouveaux outils SIG	3	2	2	2	2	2	3	2
Participation aux formations SBC et aux re-mobilisations communautaires	3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3	N/A

Tâches	Kankan		Kérouané		Kouroussa		Siguiri	
	Sékou Traoré	**Joseph Toupou**	**Boun Yamine Chérif**	**Jacques Théa**	**Mamady Cissé**	**Pascal Doualamou**	**Bamba-Mamady Camara**	**Nyan Béréthon**
Capacité technique à transférer les compétences	3	2	2	2	2	3	3	1
Capacité en communication	3	2	3	3	3	3	3	2
Parler couramment la langue du terroir	3	1	3	1	3	1	3	3
Capacité de créativité dans la résolution des problèmes rencontrés sur le terrain	2	2	2	2	2	2	3	1
Effectuer avec le C-SBC l'évaluation des performances des AC après la phase test	3	2	3	3	3	3	3	3
Participer à la coordination de la livraison des vélos aux AC	2	2	2	2	2	2	2	2
Aider le C-SBC à établir la liste des nouveaux centres de santé à intégrer en SBC	3	2	3	3	3	3	3	2

Score global	**61**	**48**	**53**	**51**	**53**	**51**	**61**	**46**

ANNEXE IV) Rapport de formation en facilitation COPE du 15 au 26 mars 2001.

(4)

Atelier de Formation en Facilitation COPE
GUINEE DU 15 AU 26 Mars 2001

Rapport de Mission

Mme NDOYE Khar Camara

Mars 2001

Rapport de mission

I- INFORMATIONS GENERALES

Nom : Madame NDOYE Khar CAMARA

Date de mission : Du 15 au 26 Mars 2001

Pays visité : Guinée / Kankan

Objet de la mission : Formation en Facilitation COPE

Equipe / Programme impliqués : Amélioration de la qualité des services

Type de mission : Consultation **Référence :** T 9404/C Sen 06

Objectifs de la mission :
- Former à l'approche COPE un groupe de 15/20 formateurs et encadreurs de PRISM et du Ministère de la Santé opérant dans la région administrative de Kankan :
- Encadrer les facilitateurs formés pour l'introduction de COPE au niveau de cinq sites de Kankan.

II- DEROULEMENT DE LA MISSION

Dans le cadre de la mise en oeuvre de l'accord d'assistance entre EngenderHealth Guinée et PRISM/MSH relatif aux activités d'assurance qualité, nous avons effectué une mission à Conakry/ Kankan du 15 au 26 mars 2001.

Arrivée le 15 Mars à Conakry, toutes les dispositions étaient prises par l'équipe de EngenderHealth pour faciliter les conditions de notre séjour.

Une réunion le 16 Mars avec Monsieur Moustapha Diallo a permis d'une part de clarifier nos termes de référence **(annexe 1)** et d'autre part d'être au même niveau d'information que les 3 consultants locaux sur les aspects relatifs au programme de la mission.

Cette journée a été mise à profit pour mieux cerner les documents de travail élaborés en conformité avec les recommandations de l'atelier de Dabola. Ces activités ont concerné d'abord la correction du guide d'auto-évaluation SR, puis la prise en compte de la communauté en dehors du site par la proposition d'un formulaire d'interview approprié enfin la réorientation de certains objectifs spécifiques du curriculum de formation en facilitation COPE pour faciliter la compréhension de l'utilisation des outils COPE **(annexe 3).**

Une réunion préparatoire le 18 mars à Kankan entre les consultants de EngenderHealth et les responsables de PRISM/MSH **(liste des noms annexe 2)** a fait apparaître le déficit de communication entre les deux entités pour une meilleure harmonisation des programmes.

III- LA FACILITATION COPE

Cette étape qui a durée 2 jours (19 et 20 mars) a regroupé 17 participants **(annexe 2)** qui ont été initiés sur la base du curriculum consensuel. Ils ont partagé leurs attentes qui étaient en rapports avec les objectifs définis. Il faut noter par ailleurs la présence parmi les participants de deux responsables de la GTZ (coopération allemande) qui développe aussi dans la région un autre outil d'assurance qualité.

VI- ENCADREMENT DE L'INTRODUCTION DANS LES SITES

L'introduction dans les sites a respecté la programmation (21 et 22 mars). Cinq sites ont été retenues :

- Kouroussa
- CSU de Salamani de Kankan
- CS de Tinthioulin
- Maternité Régionale de Kankan
- Pédiatrie de Kankan.

Les participants répartis dans les sites ont introduit COPE sous l'encadrement des facilitateurs. Les guides d'auto-évaluation santé infantile, santé reproductive et planification familiale sont utilisés en fonction du profil de chaque site **(annexe 5),** tandis que le formulaire d'entretien est le même partout. Chaque site a élaboré un plan d'action et mise en place un comité de suivi **(annexe 6).**

A l'issue de cette étape les facilitateurs ont jugé que les facilitateurs initiés ont appréhendé l'utilisation des outils de COPE enseignés.

V- SUIVI DE L'ATELIER

Le dernier jour (22 mars) les participants sont mis en six (6) équipes préfectorales (Kankan, Siguiri, Kirouané, Mandiana, Kouroussa, Faranah) pour élaborer un plan d'action de suivi et d'introduction COPE.

De l'ensemble des plans présentés il est ressorti que les compétences acquises seront directement applicables par les participants sur leur travail de tous les jours notamment la supervision.

VI- EVALUATION

Tout le processus de l'atelier a été évalué par les participants et les facilitateurs. Les résultats ci-après ont abouti à des recommandations.

a) Evaluation par les participants

a.1- Points forts

- Atteinte des objectifs fixés (initiation, introduction dans les sites, élaboration d'un plan d'action, mise en place d'un comité de suivi)
- Disponibilité du matériel didactique (flip chart marqueurs, guides d'auto-évaluation, formulaire d'interview)

- Participation effective et adhésion des autorités locales et des personnels du site à l'exercice
- Introduction de COPE en langue locale (Malinké)
- Disponibilité et sincérité de la population à répondre aux questions d'interview
- COPE est un outils simple d'utilisation rapide
- La méthodologie utilisée est adéquate.

a.2- Points à améliorer

- Temps de préparation à l'introduction court (2 j)
- Difficulté d'hunanimité sur la signification de Par Qui ? (confusion avec la personne chargée d'exécuter l'action comme habituellement dans les autres plans d'action)
- Trop de problèmes pour une seule question
- L'information n'a pas été bien diffusée par les responsables des sites
- Absence de pauses café et déjeuner dans certains sites (Kouroussa et Tintioulin)
- Certaines questions des guides d'auto-évaluation ne sont pas adaptées aux sites (hôpital, centre de santé)

Recommandations

- Adapter les questions du guide d'auto-évaluation SR pour les différents sites en fonction du niveau (hôpital, centre de santé)
- Prévoir une prise en charge pour les participants au niveau des sites (perdiem ou repas)
- Augmenter la durée de l'introduction au niveau des sites (3 jours)
- Revoir la formulation des questions ayant plusieurs sous-questions
- Introduire progressivement COPE dans les autres structures
- Prévoir des voyages d'études dans les régions où COPE a réussi.

b) Evaluation par les facilitateurs

Tous les objectifs assignés sont atteints,
+ 17 superviseurs/Encadreurs ont été initiés et la mise en application au niveau des sites a respecté le même canevas
+ les plans d'actions élaborés pour le suivi et l'introduction de COPE vont être finalisés grâce à l'appui de PRISM.

L'esprit d'équipe a prévalu tout au long de l'atelier. Pour une maîtrise parfaite de cette compétence les facilitateurs initiées doivent encore bénéficier du savoir faire des encadreurs locaux durant les activités ultérieures de suivi des plans d'actions et l'introduction de COPE dans d'autres sites.

Madame NDOYE
Khar CAMARA

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Termes de référence

ANNEXE 2 : Liste des participants / Facilitateurs

ANNEXE 3 : Objectifs

ANNEXE 4 : Programme

ANNEXE 5 : Plans d'action

5-1 : Plan d'action de la Maternité de Kankan

5-2 : Plan d'action de Tintioulin

5-3 : Plan d'action de Salamani

5-4 : Plan d'action de Kouroussa

5-5 : Plan d'action de la Pédiatrie de Kankan

ANNEXE 6 : Répartition des groupes selon les sites

TERMES DE REFERENCE (annexe 1)

I - Introduction :

Dans le cadre du contrat qui lie **Engenderhealth** à PRISM/MSH relatif aux activités d'assurance , une première activité d'introduction COPE a eu lieu à Dabola du 4 au 8 Décembre 2000 .

Cette activité consistait à former un groupe de 15 formateurs de PRISM de la région administrative de Faranah à la facilitation COPE.

Un travail préalable d'adaptation des outils COPE aux normes et procédures en vigueur en Guinée avait eu lieu. Un curriculum d'introduction COPE avait été également élaboré.

II – Objectifs :

Donner la capacité à un groupe de 15/20 formateurs et en cadreurs de PRISM et du Ministère de la Santé, à faciliter et introduire COPE.

III - Tâches spécifiques

La consultante de **Engenderhealth** repliquera l'activité ayant eu lieu à Dabola pour un second groupe de 15 à 20 formateurs/Encadreurs de PRISM et du Ministère de la Santé, opérant dans la région administrative de Kankan.

La formation est planifiée du 19 au 23 Mars 2001
Ce groupe devra être familiarisé à tous les outils COPE pour la Santé Reproductive, Planification Familiale, Santé infantile.

La consultante devra former les participants à la facilitation sur la base du curriculum déjà établi. Elle devra ensuite initier les participants à l'introduction de COPE A cet effet les sites sanitaires appropriés seront préalablement identifiés par les responsables de PRISM

IV - Responsabilités et relation

La consultante aura la responsabilité de l'atteinte des objectifs de ce contrat. Elle sera assistée par des consultants locaux qui travailleront sous sa direction.
La consultante travaillera sous la responsabilité du Représentant de **EngenderHealth** Guinée.
Elle travaillera en étroite collaboration avec Dr Eléonore chargée des activités Qualité au niveau du projet PRISM/MSH en Guinée.
Elle travaillera aussi sous la direction technique de Dr Isaiah NDONG, du bureau de **Engenderhealth** à New York, conseiller technique des activités du contrat entre **Engenderhealth** et PRISM/MSH

V - Rapport :

Au terme de ces activités à Kankan, la consultante devra fournir au Représentant de **Engenderhealth** /Guinée un rapport en Français en 3 exemplaires.

Ce rapport doit avoir une très bonne présentation ; il devra être , complet concis net et clair.

LISTE DES PARTICIPANTS ET FACILITATEURS (annexe 2)

PARTICIPANTS

No	Noms/ Prénom	Fonction
1	Dr Diakité Oumar	Chef secteur formation IRS/Kankan
2	Mme Diallo Ramata	Chargée des statistiques DPS/Kankan
3	Dr Kalivogui Kolouba	DPS Kouroussa
4	Dr Abdoulaye Bah	DH Faranah
5	Dr Kourouma Ismaël	Chef infirmerie Institut Faranah
6	Dr Camara abdourahmane	CSSP/DPS Kérouané
7	Dr Camara Pascal	DH Mandiana
8	Mr Fadiga Ibrahima Sory	Chargé SBC Siguiri
9	Dr David Blanchart	Conseiller technique PSR/GTZ
10	Dr Sow Ibrahima	DPS Kérouané
11	Dr Camara Mamady Kéoulen	Chargé des SSP/DPS Kissidougou
12	Mr Kourouma Amara	Chargé des SSP/DPS Kouroussa
13	Dr Barry Mamadou Aliou	Chef pédiatrie Hôpital Mandiana
14	Dr Dem Bokar	Coordonnateur QS/SMI PRISM
15	Le Huveron Véronique	VED PSR/GTZ
16	Dr Camara Mariama Ciré	Chargée formation DPS/Kankan
17	Dr Touré Oumar	Chargé des SSP/DPS Siguiri

FACILITATEURS

Dr Eleonore RABELAHASA	Représentante Régionale PRISM/FARANAH
Dr Abdoul BALDE	Coordonnateur SR PRISM/Kankan
Mme NDOYE Khar CAMARA	Consultante **Engenderhealth**
Mme DIALLO Fatoumata FOFANA	Consultante Nationale **Engenderhealth**
Dr MILIMONO Sita	Consultante Nationale **Engenderhealth**
Dr Cellou DIALLO	Consultant National **Engenderhealth**

VUE D'ENSEMBLE (annexe 3)

BUT ET CONTENU

Les Institutions, les prestataires sont souvent désorientés pour offrir des soins de qualité dans les structures sanitaires. Cela est vrai partout; cependant le problème est accru dans les pays en voie de développement et la République de Guinée n'échappe pas à cette règle.

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

Ce curriculum offre 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

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

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

MODULE A : Préparation de l'introduction du COPE

Session 1: Concept général de qualité

But et Contenu

L'amélioration d'une qualité des soins et des services acceptables 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 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 différents outils de COPE insistant sur les droits du client et les besoins du prestataire qui doivent être satisfaits pour que la formation sanitaire soit fonctionnelle.

Durée : 3h

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. 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'outil COPE

MODULE A: Préparation de l'introduction de COPE

Session 2 : La préparation de l 'introduction

But et Contenu

Plusieurs systèmes et instruments sont développés pour assurer et améliorer la qualité de services.

L'AVSC (Access to 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 dans leurs sites après une introduction par un facilitateur formé. Cet instrument s'appelle COPE

Cette session permettra au participant de planifier son introduction dans une formation sanitaire.

Durée : 75 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. Identifier les sources d'information pour l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.
2. Communiquer avec les responsables des sites où COPE doit être introduit.
3. Lister le matériel et fournitures nécessaires à l'introduction de 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 : 270mn

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.
3. Déterminer les critères de constitution des groupes d'auto- évaluation.

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 : 145 mn

Objectifs spécifiques

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

1. Enoncer un problème en tenant compte de toutes les caractéristiques nécessaires.
2. Enumérer les six étapes de la résolution d'un problème .
3. Appréhender le rôle du facilitateur COPE au niveau de chaque composante du plan d'action.
4. Mettre en place un comité COPE fonctionnel.

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 : 4 h 5 mn

Objectifs spécifiques

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

1. Expliquer le processus COPE comme étant un outils d'amélioration continue de la qualité.
2. Elaborer un plan d'action d'introduction et/ou de suivi COPE pour les 3 prochains mois tenant compte de leur programme de supervision.

EMPLOI DU TEMPS (annexe 4)

LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI	
HORAIRE	THEMES	HORAIRE	THEMES	HORAIRE	THEMES	HORAIRE	THEMES	HORAIRE	THEMES
8.30 - 10.00	Orientation	8.30 - 10.00	Session 03 : la réunion d'orientation (fin)	INTRODUCTION COPE DANS LES SITES		INTRODUCTION COPE DANS LES SITES		8.30 - 10.00	Feed back sur les introductions COPE.
10.00 - 11.00	Session 01 : Concept de qualité	10.00 - 11.00	Session 04 : l'élaboration du plan d'action					10.00 - 11.00	Session 05 : COPE et supervision
11.00 - 11.15	Pause	11.00 - 11.30	Pause					11.00 - 11.30	DEJEUNER
11.15 - 13.00	Session 1 : Concept de qualité (suite)	11.30 - 13.00	Session 04 : l'élaboration du plan d'action (fin)					11.30 - 13.00	Session 05 : COPE et supervision (suite)
								13.00 - 14.30	DEJEUNER
13.00 - 14.00	DEJEUNER	13.00 - 14.00	DEJEUNER					14.30 - 16.00	Session 05 : COPE et supervision (fin)
14.00- 14.30	Session 01 : Concept de qualité (fin)	14.00 - 16.30	Session 04 : l'élaboration du plan d'action (fin)					16.00 - 16.30	Clôture officielle
14.30 - 15.30	Session 02 : Préparation de l'introduction COPE								
15.30 - 17.30	Session 03 : la réunion d'orientation								

PREMIER EXERCICE COPE 21 ET 22 MARS 2001
PLAN D'ACTION DE LA MATERNITE REGIONALE DE KANKAN (annexe 5.1)

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS	Par Qui ?	Quand ?
DROIT A DES SERVICES SURS : Le service présente des difficultés pour le transport et le traitement des cas urgents	- manque d'ambulance - mauvaise coordination de la gestion de la banque de sang - système d'approvisionnement en M.E. d'urgence inadéquat - rupture de stock en M.E. d'urgence	-faire des requêtes pour avoir une ambulance -rendre fonctionnel le frigo de la banque de sang -doter suffisamment le service en poche de sang -organiser la collecte de sang -organiser l'approvisionnement direct du service en M.E. d'urgence	Monsieur Moussa BERETE Docteur KABA Fodé	D'ici le 30/04/ 2001
Le programme de mise à jour des cliniciens et techniciens n'est pas exécuté	- manque de suivi	-responsabiliser un prestataire au suivi de l'exécution du programme de mise à jour du personnel	Madame Marceline ZOGBELEMOU	Le 01/04/2001
La formation sanitaire n'est pas toujours propre	- le système de remplissage du château d'eau présente des anomalies - insuffisance de l'information et l'éducation des malades et accompagnants	-réparer la pompe -continuer la sensibilisation des malades et accompagnants	Madame KEITA	Le 31/05/2001
Il n'y a pas de guides pour les activités de prévention des infections		-faire une requête au près de PRISM pour la confection des aides mémoire pour la P.I. -confection des affiches et tous les points du service	Madame DIOP	Le 31/04/2001
Les prestataires continuent à raser la partie du corps qui doit recevoir l'intervention chirurgicale	Les prestataires n'ont pas d'information adéquate à cet effet	-restituer aux prestataires l'information adéquate issue de la formation en prévention des infections	Docteur ELISE	Le 31/03/2001
Il y a un retard dans la prise en charge des cas d'urgence	- manque de moyen de logistique - insuffisance du personnel	-requête au près de la direction pour l'achat d'un véhicule -requête au près des autorités pour augmenter le personnel médical du site	Docteur ELISE	Le 30/07/2001

Le service utilise des instruments coupants (curette) pour la prise en charge des avortements	- manque de formation du personnel et d'équipement pour réaliser l'AMU	-former les prestataires en technique de l'AMU -équiper le service en équipement adéquat	Docteur SOUARE	Le 31/12/2001
DROIT A LA CONTINUITE Des ruptures de stock en M.E. et consommables sont souvent enregistrées		Assurer l'approvisionnement en stock suffisant pour les consommables	Docteur SOUARE	Le 31/12/2001
BESOINS DU PERSONNEL EN SUPERVISION FACILITANTE Le personnel ne reçoit pas de motivation suffisante à travers les feed-back	Insuffisance des supervisions	-amener la direction à effectuer un supervision régulière du site	Docteur SOUARE	Le 30/06/2001
Les rapports statistiques ne sont pas discutés analyses avec le personnel	Manque d'information et motivation des responsables du service	-présenter et analyser chaque mois les résultats du service du service avec les prestataires	Docteur ELISE	Le 30/06/2001
Les prestataires ne connaissent pas les raisons et procédures du recueil des données sur les clients	- insuffisance de formation - manque de supervision	-former le personnel -effectuer une supervision facilitante régulière	Madame Fatoumata CAMARA	Le 31/03/2001
Le personnel n'est pas suffisamment formé dans tous les domaines des services qu'ils offrent (IST/VIH, P.F., Cancer du col, soins post-abortum)		-élaborer un calendrier de formation -formuler des requêtes au près des bailleurs de fond pour le financement et l'appui technique	Madame Hawa KOUROUMA	Le 31/07/2001
Le personnel ne dispose pas des normes et procédures en S.R.	La dissémination du document n'est pas faite	-programmer la dissémination du document dans le service	Docteur SOUARE	Le 31/05/2001
Il existe une difficulté de communication entre la maternité et les C.S.	- manque de radio-communication - la DPS n'assure pas l'acheminement rapide des fiches de contre-référence	-faire des requêtes au près des bailleurs de fond pour doter les services en radios -sensibiliser la DPS pour l'acheminement rapide des contre-références	Monsieur BANGOURA Yacouba	Le 31/07/2001
Il n'existe pas de relation entre la maternité et les autres secteurs	Absence de réunion de concertation entre la maternité et les autres secteurs	Créer un cadre de concertation entre le site et les autres secteurs	Docteur Fodé KABA	Le 31/12/2001
Difficulté de diagnostic et prise en charge des urgences	- manque de bloc opératoire autonome pour le service - manque d'échographe	-continuer le plaidoyer pour le suivi des travaux de renovation, extension et équipement de l'hôpital	Monsieur BANGOURA Yacouba	Le 31/12/2001

DROIT DU CLIENT A L'ACCES Le nombre de prestataires pendant les heures d'affluences est insuffisant	Mauvaise répartition de personnel	-demander à la DPS le redéploiement du personnel de maternité -motiver le personnel de la maternité (tableau d'honneur)	Docteur ELISE	Le 30/04/2001
Il n'existe pas de mécanisme de transport permettant de joindre facilement la formation sanitaire	- manque d'ambulance - coût inabordable des frais de transport publique	-sensibiliser le syndicat des transporteurs -mise en place d'une caisse mutuelle communautaire pour le transport des urgences -contrats de prestataires entre le syndicat, la communauté et l'hôpital	Docteur SOUARE Madame Hawa KOUROUMA	Le 01/11/2001
Les mécanismes d'assistance et de prise en charge des indigents ne sont pas fonctionnels	Mauvaise application des textes budgétaires	Faire un plaidoyer au près des autorités pour qu'elles veuillent appliquer les textes budgétaires pour cette prise en charge	Monsieur SYLLA Mohamed	Le 30/05/2001
Il existe une insuffisance du counseling par rapport au SIDA	- crainte d'agression du personnel par les clients séropositifs en cas d'information -pas de formation en counseling spécifique	-former le personnel en counseling -créer un comité de suivi et soutien aux séropositifs et sidéens	Docteur ELISE	Le 30/05/2001
DROIT A L'INFORMATION Les prestataires ne font pas de counseling sur les cancers du col et du sein	Manque de formation pour le dépistage et le counseling	Former les prestataires	Docteur ELISE	Le 30/05/2001
Le personnel ne sait pas faire le counseling sur la violence sexuelle et domestique	La sexualité reste encore un tabou pour certains membres du personnel et la communauté	Sensibiliser le personnel et la communauté (médias, réunions et conférences)	Madame Saran KABA	Le 30/05/2001

COMITE COPE

PRESIDENT : Dr FODE KABA

MEMBRES : Dr ELISE KOLIE

Mme SARAN KABA

NB : DATE PREMIERE REUNION DE SUIVI DU COMITE COPE LE 29 MARS 2001

LISTE DES PARTICIPANTS A L'EXERCICE COPE
DE LA MATERNITE REGIONALE DE KANKAN
LE 21 MARS 2001

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION	SERVICE
1	KOLIE ELISE	Médecin-chef	Maternité
2	KOUROUMA HAWA	Sage-femme	Maternité
3	KAMANO KONA	S.A.F.	Direction
4	CONDE FATOUMATA	A.T/S//charge des soins	Maternité
5	KOULIBALY DIENABA	Sage-femme	Maternité
6	DIOP DIENABOU	Sage-femme	Maternité
7	TRAORE NGOLO	Charge du nettoyage	Maternité
8	KADE SOW	Charge du nettoyage	Maternité
9	KABA KOURTIM SARAN	Sage-femme	Maternité
10	CAMARA FATOUMATA	ATS/Stagiaire	Maternité
11	TOURE DIAKA	Matrone	Maternité
12	BERETE MOUSSA	Surveillant général	Direction
13	SOW OUSMANE	I.R.S.	Inspection régionale santé
14	SYLLA MOHAMED LAMINE	I.R.F./membre C.A.	Inspection régionale finance
15	KABA MANA DIAFODE	Vice Maire/membre C.A.	Commune urbaine
16	SENY MARCELINE	Sage-femme	Maternité
17	KABA FODE	Médecin interne	Maternité
18	SOUARE MAMADY	Médecin-chef adjoint	Maternité
19	KABA DIENABA	Matrone	Maternité

INTERVIEW DES CLIENTS
MATERNITE KANKAN

Nombre de clients : 10
Communauté (accompagnantes) : 4
Utilisateurs des services : 6
Première visite : 0
Visite de suivi : 6

Points forts :

- Le site est propre

Points à améliorer :

- Les frais de pansements sont chèrement payés par les villageois
- Le personnel ne tient jamais compte des plaintes des clients (malades)
- Le temps d'attente des clients est trop long
- Les prestataires sont souvent absents.

DPS DE KANKAN
CENTRE DE SANTE DE TINTIOULIN
PLAN D'ACTION COPE 21 ET 22 MARS 2001 (annexe 5.2)

Problèmes	Causes	Solutions	Par Qui ?	Quand ?
Le personnel est débordé par l'affluence des clients les lundi et vendredi, ce qui prolonge le temps d'attente	2/4 des agents n'acceptent pas de rejoindre leur poste et ¼ en congé de maternité			
Les clients sont exposés aux risques d'infection lors des consultations	Il y a une négligence des prestataires pour le lavage des mains après la visite de chaque malade	Laver les mains avant et après l'examen de chaque malade	Mamady BAMBA	Chaque semaine
Le personnel est exposé aux infections lors du nettoyage des instruments réutilisables qui ne sont pas au préalable décontaminés dans une solution chlorée	Insuffisance du budget pour acheter la solution chlorée	Acheter la solution chlorée dans les recettes du centre de santé	Mamady BAMBA	Avant le 31/3/01
Tous les prestataires ne savent pas comment préparer la solution chlorée à 0,5%	La matrone n'a pas été formée	Former la matrone en préparation de la solution chlorée 0,5%	Oueret	Avant le 31/3/01
Certaines personnes pensent que le CS ne répond pas à tous les besoins de la communauté à cause des cas que le personnel est obligé de référer	Les références justifiées (toxémies par exemple)	Inclure dans les séances d'éducation la nécessité de la CPN pour prévenir certaines référence ou pour préparer les femmes à risque à temps pour accoucher dans un hôpital	Oueret	Chaque semain une fois lors de séances d'éducation

CENTRE DE SANTE TINTIOULIN
INTRODUCTION COPE

LISTE DES PARTICIPANTS

1.	Mamady BAMBA	Garçon de Salle
2.	Lanciné CONDE	Secrétaire Communautaire
3.	Fantamady DIAWARA	Sous Préfet
4.	Lanciné DOUMBOUYA	Président de la CRD
5.	Adama KEITA	Vice Présidente du COGES
6.	Bö MARA	Matrone au CS
7.	Oueret SOROPOGUI	Chef de Centre

COMITE COPE

1.	Président	Lanciné CONDE Secrétaire Communautaire
2.	Vice Président	Mamady BAMBA Garçon de Salle
3.	Adama KEITA (membre)	Vice Présidente du COGES
4.	Bö MARA (membre)	Matrone

Interview des clients non effectué faute des clients.

CENTRE DE SANTE URBAIN SALAMANI KANKAN
PLAN D'ACTION COPE 21 ET 22 MARS 2001 (annexe 5.3)

Problèmes	Causes	Solutions	Par Qui ?	Quand ?
Il n'existe pas de panneaux montrant les jours et heures d'ouverture des services	Manque d'information	Confectionner des panneaux indicatifs	Rokiatou DIAKITE	30 juin 2001
Il n'existe pas d'insigner indiquant le service de PF	Manque d'information	Mettre l'insigne PF devant le service prestataire et enlever CPN 2	Aminata KABA	30 juin 2001
Il n'existe pas un endroit approprié pour les prestataires de PF	Manque d'infrastructure appropriée	Construire un bâtiment de 2 salles pour la PF	El. NABE Karamo Chérif	1er octobre 2002
Le personnel ne tient pas de réunion	Cette initiative n'était pas née	Programmer des réunions mensuelles	Aminata KABA	30 mars 2001
L'environnement du travail n'est pas propre au niveau du centre	La description des tâches du personnel d'entretien n'est pas faite	Faire la description des tâches à l'intention du personnel d'entretien	Saran TRAORE	30 mars 2001
Les clients interrogés jugent le temps d'attente long	Les heures d'ouverture des services sont pas respectés	Mettre en place un cahier de pointage arrivée et départ Motiver les bons travailleurs par les tableaux d'honneur	Aminata SANGARE	1er avril 2001
Le personnel de santé ne demande pas aux clients comment améliorer les services ils auraient souhaité	Insuffisance d'information du personnel	Communiquer l'information au personnel	Aïssatou BAH	26 mars 2001
Le personnel n'est pas toujours informé pour sa mise à jour	Insuffisance de formation du personnel	Faire la restitution à l'ensemble du personnel des formations reçues par des agents du centre Former et recycler le personnel	Laye NABE	1er juin 2001
Le personnel d'entretien ne porte pas des gants de	Les gants qui existaient au centre sont déchirés et non	Acheter pour le personnel d'entretien des gants de ménage	Hawa KOMA	15 avril 2001

114

ménage	renouvelés			
Les directives, les tableaux, les dépliants, les manuels écrits sur la technique de prévention des infections ne sont pas disponibles	Insuffisance de supports sur la prévention des infections	Commander les affiches dépliants et manuels écrits sur la prévention des infections à la DPS	Rokiatou DIAKITE	21 avril 2001
Tout le personnel ne comprend pas la technique de prévention des infections	Insuffisance de formation du personnel	Adresser une requête au près de la DPS pour la formation du personnel non encore formé et le recyclage du personnel formé sur la prévention des infections	Rokiatou DIAKITE	22 avril 2001

COMITE COPE CSU SALAMANI

Président : **Laye NABE**
Membres : **Saran TRAORE**
Aminata SANGARE
Aïssatou BAH
El. Karamo Chérif.

Date du prochain COPE retenue : 28 – 29 – 30 juin 2001

INTERVIEW DES CLIENTS

Points forts
- Satisfaction globale des clients par rapport à l'accueil

Points faibles
- Longue attente
- Retard des agents

Suggestion : Diminuer le coût des médicaments.

115

C.S. SALAMANI 21 ET 22 MARS 2001
LISTE DU PERSONNEL COPE

N°	NOM ET PRENOMS	QUALIFICATION	FONCTION
1	Rokiatou Diakite	A/S	CCS
2	Aminata SANGARE	A /S	CPCE
3	Aïssatou BAH	ATS.	P. Vente
4	Djéliman CONDE	ATS	Accueil
5	Diénabou KABA	ATS	PEV
6	Fanta DINE	ATS	CPN
7	Aminata KABA	ATS	PF
8	Fanta KEITA	ATS	Salle de soins
9	Kadiatou Chérif	ATS	Salle de soins
10	Saran TRAORE	ATS	PEV
11	Gnagé OULARE	ATS	PEV
12	Saran TRAORE	ATS	CPCA
13	Laye NABE	ATS	Labo
14	Saran OULARE	Médecin biologie	CPN
15	Saran SACKO	Stagiaire	CPCA
16	Idrissa DINBATI	Stagiaire	CPCE
17	Maïmouna DIAKITE	Stagiaire	Labo
18	Elh. NABE Karamo Chérif	Président de comité	
19	Moussa KONATE	Gardien	
20	Nakany CONDE	Matrone	
21	Hawa KOMA	Matrone	
22	Nanténin KEITA	ATS	CPCE
23	Moussa KABOU	Stagiaire (biologiste)	Labo
24	Mariama Gbé SIDIBE	ATS	Labo
25	Aminata SAVANE	ATS	CPN
26	Fanta CONDE	Stagiaire	CPC ad

Equipe facilitateurs CSU Salamani

1. **Monsieur FADIGA Ibrahima Sory SBC DPS Guinée**
2. **Docteur Abdouraham C^{2O} SSP DPS Kérouane**
3. **Docteur Mariama Ciré C^{2O} DPS Kankan**

Superviseur : Docteur Mamadou Cellou Doughol DIALLO

PREMIER EXERCICE COPE 21 ET 22 MARS 2001
PLAN D'ACTION KOUROUSSA (annexe 5.4)

Problèmes	Causes	Solutions	Par Qui ?	Quand ?
Le CS ne dispose pas d'électricité	- Pas d'installation - Besoin non exprimé par le personnel	- Ecrire à la DPS - Faire une mobilisation de ressources locales	Fayala CONDE	Le 30 mai 2001
Rupture en contraceptifs	Méconnaissance du nouveau circuit de la commande	Le CCSU doit faire la commande au dépôt de DPS	Saran TRAORE	Le 30 mars 2001
Il n'existe pas de panneaux indiquant le site et le coût les horaires et les services disponibles	Non planifié	Le COGES est chargé de confectionner 2 panneaux indicatifs	Alphonse	Le 15 mai 2001
Le Centre de Santé n'est pas propre	Présence massive de sauve-souris sur le plat-fond	FS doit nettoyer Pulvérisation avec par agent PV Le trésorier doit fournir matériel Laver le CS à grande eau chaque 15 j par tout le personnel	Fanta FOFANA Sory KOUROUMA	Le 30 juin 2001 Le 05 avril 2001
Le rattrapage actif ne se fait pas en CPN/PF et PEV	- Négligence du personnel	- Elaborer un calendrier en responsabilisation chaque agent par quartier - Le CS est chargé d'élaborer le calendrier	Catherine	Le 26 mars 2001
Rupture en médicaments essentiels (M.E.)	Insuffisance de ressources financières pour acheter les M.E.	Racheter les M.E. avec les ressources disponibles	Sory KOUROUMA	D'ici 4 avril 2001
Le personnel ne porte pas de blouse	Négligence	Exiger le port des blouses par tout le personnel	Alphonse K.	23 mars 2001
Le personnel ne porte pas de gants lors des pansements	Personnel n'est pas formé à la tâche	- affecté un agent formé qualifié pour les soins - former l'agent actuel/l'agent PEV	Sonah KANDE	
Les informations données aux clients ne sont pas claires	Personnel non formé en CIP	- Demander au DPS de former le personnel en CIP - Exécuter la formation de 10 agents en CIP	Saran	30 mai 2001
Les causeries éducatives ne se	Manque de planification	- Elaborer un calendrier de causerie éducative	Fayala	15 avril 2001

font pas qu CSU		- Mettre en place un cahier à cet effet		
Le personnel ne respecte pas les horaires de W.	Manque de rigueur au sein de l'équipe	- Mettre en place un cahier de contrôle de présence du personnel - Respecter les horaires de W. (8h à 16h)	Sory KOUROUMA	26 mars 2001
La stratégie ne se fait pas depuis décembre 2000	Moto en épave	Négocier avec les AT/SRC	Comité COPE	10 avril 2001

SYNTHESE DE L'INTERVIEW
DES 11 CLIENTS A KOUROUSSA

Points forts

- Coût raisonnable des services
- Informations sont claires sur les vaccinations
- Respect des clients
- Temps d'attente raisonnable (30 mn)
- Existence d'un laboratoire

Points à améliorer

- Insuffisance de médicaments
- Personnel ne porte pas de blouse
- Personnel ne porte pas de gants pendant les pansements
- Les conseils ne sont pas respectés
- Informations parfois insuffisantes sur le diagnostic
- Dégradation du bâtiment du CS

Suggestions

- Faire le périmètre du CS
- Mettre suffisamment de ME au PV, éviter les ruptures
- Les agents de santé doivent accepter de s'entretenir sur les normes.

LISTE DES PARTICIPANTS
KOUROUSSA

1. Sonah	KANDE	CCS
2. Fanta	FOFANA	Agent Point de Vente
3. Sayon	TOURE	Trésorier du COGES
4. Catherine	KOIVOGUI	CPN
5. Madina	DIOP	Matrone
6. Baba	CAMARA	Fille de salle
7. Fayala	CONDE	Membre Coges
8. Alphonse	KOIVOGUI	Agent PEV
9. Sory	KOUROUMA	Président COGES
10. Bandiou	CAMARA	Représentant Commun
11. Souleymane	CONDE	Stagiaire
12. Amara	KEITA	Gardien

CS KOUROUSSA
COMITE COPE

Président : Alphonse KOIVOGUI
Membres : Fayala CONDE
Sonah KANDE
Baba CAMARA

PREMIER EXERCICE COPE 21 ET 22 MARS 2001
PLAN D'ACTION DE LA PEDIATRIE DE KANKAN (annexe 5.5)

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS	Par Qui ?	Quand ?
I- DROIT DES CLIENTS A L'INFORMATION L'agent d'entretien ne connaît pas les coûts des prestataires	Ça ne fait pas parti de ses tâches	Informer cet agent sur le coût des prestations	Madame Alama CONDE	1er avril 2001
Les clients ne sont pas renseigné sur les horaires de travail au service de pédiatrie	Le personnel ne connaît pas la nécessité de renseigner les clients	Ecrire en langue française et NKO les horaires et afficher au service 2 feuilles : 1 au dehors et 1 dans la salle d'attente	Docteur Maurice	31 avril 2001
Les activités éducatives ne sont pas menées	Ses activités ne sont pas planifiées dans le plan de travail	* faire une réunion sans clarifier les thèmes, causeries, identifier les agents responsables, élaboré l'emploi du temps * mener les activités	Madame Fanta DIANE	19 avril 2001
Le personnel n'est pas formé et informer sur les ménages clés en IRA, diarrhée et VIH	Les personnes formées n'ont pas passé l'information au personnel paramédical	* élaborer un programme de formation * assurer la formation	Madame Alama CONDE	2 avril 2001 19 avril 2001
Le personnel paramédical de la pédiatrie ne connaît pas le calendrier vaccinal	Il n'a pas été mené de formation sur le calendrier national de vaccination	* élaborer un programme de formation * former le service sur le PEV	Madame Louise KAWA	19 avril 2001 23 avril 2001
Il n'existe pas d'affiche sur les IRA dans le service de pédiatrie	Les demandes ont été faites sans succès	* contacter la DPS de Kankan pour qu'elle fasse un appui à ces demandes (visite de la DPS) * continuer à demander au programme national de lutte contre les IRA par causeries, tous les mois	Docteur Maurice	30 novembre 2001
II- DROIT A DES SERVICES SURS : - les affiches dépliants et manuels sur la P.I. ne sont pas disponibles au service de pédiatrie de Kankan	- il n'y a pas eu de formation sur la P.I. - le besoin de formation n'a pas été exprimé - la P.I. n'a pas été identifiée comme problème	- demander au Dr KOUROUMA déjà formé en P.I. de former le personnel de la pédiatrie (2 médecins, 7 infirmiers et 2 bénévoles) - l'administration de l'hôpital doit appuyer pour trouver le matériel	BAH Saran KEITA Djénabou DIALLO	27 mars 2001 23 mars 2001

		nécessaire à la formation (eau de javel, bol plastique, savons) - commander de l'eau de javel, deux (02) seaux, et des morceaux de savon (8 morceaux par mois) - solliciter de PRISM un appui sur la P.I.	BAH Saran KEITA	le 5 de chaque mois 1er avril 2001
III- BESOIN DU PERSONNEL A UNE BONNE GESTION ET SUPERVISION Il n'existe pas de comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins, service à la pédiatrie	Manque d'information le personnel n'est pas informé sur la nécessité du comité de soutient	* faire une réunion pour choisir les personnes et répartir les tâches, établir un programme et choisir les thèmes * tenir des réunions périodiques	Docteur Maurice	avril 2001
Les locaux de la pédiatrie ne sont pas adéquats	- pas de salle de soins - toilettes éloignées des malades - pas de bureaux pour les médecins	- le Dr Maurice, chef de service de la pédiatrie de Kankan doit informera le conseil médical consultatif du besoin du personnel d'être impliqué dans la conception du futur service de pédiatrie	Docteur KOUROUMA	22 mars 2001
Les locaux de la pédiatrie sont insuffisamment équipés en : - Balance - pèse bébé - thermomètre - tensiomètre pédiatrique	-tensiomètre et balance non disponibles chez le fournisseur - les thermomètres se cassent	- demander à Dr Maurice, le chef de service d'exprimer les besoins en balance (2), pèse bébé (2) et en tensiomètre pédiatrique (1) auprès de la Direction de l'hôpital - donner un thermomètre à chaque infirmière en les responsabilisant de procéder au remplacement des thermomètres cassés qu'après présentation du matériel abîmé - sensibiliser le personnel pour porter plus d'attention au malade pendant la prise de température	Djénabou sow Docteur Mamady DIALLO	23 mars 2001 31 mars 2001

Les femmes de ménage sont exposées à des infections	-le personnel de ménage ne portent pas de gants pendant le service -le personnel d'entretien ne dispose pas de gants de ménage -manque de gants de ménage à la direction de l'hôpital	- faire un stock de gants de ménage à l'hôpital - commander six (6) paires de gants pour les besoins mensuels tous les cinq (5) de chaque mois - faire une nouvelle commande dès qu'il ne reste que deux (2) paires de gants au stock de la pédiatrie	Djénabou DIALLO	5 avril 2001

INTERVIEW DES CLIENTS DE LA PEDIATRIE DE KANKAN
Nombre 8 enfants malades (3. 1ère visite 5 suivi)

Points forts

- temps d'attente raisonnable
- coût des prestataires raisonnables
- informations claires
- salles claires, confortables
- les malades sont respectés, sécurisés
- personnel compétent
- bonne impression des habitants du quartier (6)

Points à améliorer

- informations sur les causes et conséquences des maladies
- salle de consultation du médecin non confortable, de même que la salle d'attente
- accueil des malades

Suggestions

- Rendre les médicaments disponibles dans le service (6)
- Réduire le temps d'attente (1)
- Mieux faire les traitements pour éviter les abcès (1)

LISTE DE PRESENCE PEDIATRIE DE KANKAN

N°	Noms et Prénoms	Fonctions	Service
1	Dr Maurice	Médecin, chef de service	Pédiatrie
2	Dr Mamady KOUROUMA	Médecin, traitant	Pédiatrie
3	Mme Djénabou DIALLO	Surveillante	Pédiatrie
4	Mme BAH Saran KEITA	Soignante	Pédiatrie
5	Mme Alama CONDE	Soignante	Pédiatrie
6	Mme Fanta DIANE	Chargée de nutrition	Pédiatrie
7	Mme Macirigbia DIANE	Chargée de l'entretien	Pédiatrie
8	Moussa DIAKITE	Bénévole (entretien)	Pédiatrie
9	Louise KAWA	ATS bénévole	Pédiatrie
10	Naguoume CONDE	ATS bénévole	Pédiatrie
11	Djénabou SOW	Stagiaire Ecole Sanitaire	Pédiatrie

COMITE DE SUIVI

Président : Docteur Maurice

Membres : Bö Saran KEITA
Docteur KOUROUMA
Madame Alama CONDE

Date réunion : Samedi 24 mars 2001

INTRODUCTION DE COPE DANS LES SITES (annexe 6)

1. **CSU KOUROUSSA : Mme DIALLO FOFANA Fatoumata Guide SR**

   - M. Amara KOUROUMA
   - Dr KALIVOGUI Kouloba
   - Dr Mamadi Keoulen CAMARA

2. **CSU SALAMANI : Dr DIALLO Cellou Guide PF**

   - Dr Mariama Ciré CAMARA
   - Dr Abdourahmane CAMARA
   - FADIGA Ibrahima Sory

3. **CSR TINTIOULEN : Dr BALDE Abdoul Guide SR**

   - Ramata Sadio DIALLO
   - Dr Oumar DIAKITE
   - Dr TOURE Oumar

4. **SERVICE DE PEDIATRIE – HOPITAL KANKAN : Mme CAMARA NDOYE Guide Santé Infantile**

   - Dr BARRY Mamadou Aliou
   - Dr Ismaël KOUROUMA
   - LE HOUEROU Véronique
   - KAMARA Pascal

5. **SERVICE DE MATERNITE – HOPITAL KANKAN : Dr MILLIMONO Sita Guide SR**

   - Dr Abdoulaye BAH
   - Dr Ibrahima SOW
   - Dr Bocar DEM
   - Dr David BLANKHART

ANNEXE V) Rapport technique de formation des Prestataires prise en charge syndromique IST du 10 au 13/01/2001 à Kankan.

RAPPORT TECHNIQUE DE FORMATION DES PRESTATAIRES EN PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE IST DU 10/ 01 AU 13/ 01/ 2001 à KANKAN.

I- INTRODUCTION

PRISM est un projet guinéen financé par L'USAID exécuté par MSH/PRISM 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 6ème 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 basées 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.

Ce séminaire de formation est organisé en vue d'améliorer la qualité de prise en charge des IST dans la région de Kankan. Ce séminaire a regroupé 12 chefs de centre sur 14 invités (ceux du CSU de Kouroussa et de Kinieran n'ont pas participer étant en C T P S)..

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 chargé de la formation / DPS Kankan.
3. Le chargé de la prise en charge clinique des sidéens représentant le PNLS.

II- BUT ET CONTENU DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'améliorer la compétence des prestataires 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 ISTet 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 inconvéniants, ainsi que les justifications du choix de l'approche syndromique.
Par ailleurs il montre les éléments d'un bon acceuil, 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. Sur le thème de la session 11 deux points ont

été discutés : Les fonctions du superviseur et l'évaluation de la performance des prestataires en utilisant la fiche de suivi post formation.
La durée prévue pour la formation est de quatre(4)jours.

III- OBJECTIFS

- **Objectif Général :**

Renforcer les connaissances et compétences des agents de santé des formations sanitaires afin d'assurer une prise en charge efficace des patients IST.

- **Objectifs spécifiques :**

A la fin de la formation, dans son rôle de prestataires qui prend en charge un client IST, 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.

- **Attentes des participants :**

- Avoir des connaissances sur les IST.
- Avoir des compétences pour la prise en charge des IST.
- Connaître les différentes formes d'I.S.T.
- Savoir comment prévenir les IST.
- Connaître la corrélation entre VIH/IST.
- Comment faire adopter un comportement favorable par les patients porteur d'I.S.T.
- Connaître l'impact des IST sur la santé de la reproduction.
- Connaître les médicaments anti- IST disponibles et leur posologie.
- Avoir des informations sur l'approvisionnement en ME et équipement.
- Savoir enregistrer correctement les cas d'I.S.T. identifiés.

- **Normes de travail des participants** :

  - Respect des horaires :
    Début : 8 H30
    Petite pause : 10H00 – 10h30, Grande pause : 13H00-14H00
    Fin : 17H30
- Respect de l'opinion d'autrui
- Demander la parole
- Eviter trop de déplacement
- Etre attentifs
- Participation effective de tous
- Ne pas fumer dans la salle
- Etre flexible
- Ne pas bavarder
- Les erreurs sont les bienvenues
- Respect des normes.
- Lecture des documents.
- L'humilité.
- Ne pas fixer des rendez-vous au lieu de la formation.

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 conceptes généraux et aux possibilités d'application par les participants dans leur fonction de prestataires. Les techniques de brainstorming, jeux de rôles, questions – réponses, et des travaux de groupes. Les études de cas ont été utilisées en plus de la projection des diapositifs sur les IST.

V- DEROULEMENT

1- Team building : (29/12/00, 2-7 et 8 Janvier 2001)

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

Le séminaire a été réalisé durant la période du 10 au 13 janvier 2001 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 définis au préalable. Tous les participants invités étaient présents à l'exception de ceux de Kouroussa.

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 sanitaires régionales, elle a été effectuée par Dr Sékou Balato Keita chargé de maladie à l'IRS de Kankan assurant L'intérim de L'inspecteur régional de la santé. 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'Intérim du représentant régional de PRISM Dr Namoudou Keita 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.
  L'intérim de l'inspecteur régional de la santé remerciera PRISM pour ses efforts sans cesse croissant dans le domaine de la santé reproductive et MST/SIDA en Guinée et particulièrement dans la région de Kankan ; Il mettra un accent particulier sur les éléments qui font de la prise en charge des IST un défit à relever ; et invitera les séminaristes à une participation actives et effectives aux différents débats.

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 Dr Ousmane Sow l'IRS de Kankan accompagné de Dr Sékou Balato Keita chargé des maladies à l'IRS . Il abordera dans son discours de clôture le constat de l'assiduité et de la ponctualité des participants, et appréciera les résultats de l'évaluation finale obtenus grâce à la performance des facilitateurs .
Il demandera aux participants de veuillez à l'application rigoureuse des connaissances acquises au cours de cette formation, mais aussi de superviser leurs suppléants dans la prise en charge des cas et surtout la notification aux partenaires.
L'IRS s'est réjouit et à féliciter PRISM pour sa disponibilité d'assurer la formation des suppléants et un appui aux équipes DPS pour le suivi post-formation des prestataires.
Il a déploré les résultats de l'enquête sur la couverture vaccinale pour la région de kankan ,et appelé les participants à redoubler d'effort pour relever ce défit, et surtout de valoriser les efforts d'appui des partenaires du terrain.
C'est en souhaitant un bon retour aux participants qu'il a déclarer la clôture de la formation de cette vague de prestataires à 17 heures 30 ,le 13 /01/01.

9 - RECOMMENDATIONS:

- Organiser un atelier de révision du curriculum du point de vue contenu et chronologie de présentation de certaines sessions.
- Introduire dans la fiche d'information de façon détaillée la prise en charge des formateurs.

PRISM KANKAN

Activité :Formation des Prestataires sur la prise en charge syndromique des IST.

Lieu :.....Salle de IRS Kankan.....

Date :Du 10../..01.../01... au /14...../01...../01

FICHE DE PRESENCE

N°	Noms et Prénoms	Fonction / Organisation	Provenance	10/01	11/01	12/01	13/01	14/01
1	Issiaka Keita	CCS	Siguiri					
2	Miza Béavogui	CCS	Siguirikoro					
3	Abdoulaye Daman	CCS	Kabada					
4	Mamadi Kanté	CCS	Kintinian					
5	Bah Abdoulaye	CCS	Saladou					
6	Aboubacar Camara	CCS	Kinieran					
7	Kansaré Mamadouba	CCS	Mandiana					
8	Saran Daff	CCS	Banankoro					
9	Rokiatou Diakité	CCS	Salamani					
10	Falikou Camara	CCS	Konsankoro					
11	Sidiki Konaté	CCS	Baté Nafadji					
12	Jules Fara Millimono	CCS	Kérouané					
13	Dr Bodié Diallo	PNLS	Conakry					
14	Mariama Ciré Camara	DPS	Kankan					
15	Dr Dem Bocar	COOR S/R	PRiSM Kankan					

132

Titre de l' atelier: Formation des stataires ,Prise en charge IST, Kankan 1ère vag
Réf Plan de travail: Dr Dem Bocar coordinateur SR
Lieu: ENI Kankan
Date: Du 10 au 14 janvier 2001

Gestionnaire de L'activité: Kaba Konaté
Durée: 5 jours
Nb participants exterieurs: 12
Nb participants locaux: 4

BUDGET

LIBELLES	Elément A		Element B		Total (A*B)		Coût Unitaire	Montant Budget	Préparation	Sem 1	Sem 2
	Qté	Unité	Qté	Unité	Qté	Unité					
Team Building											
Lodging hôtel	1	part.	4	nuits	4	1	30,000	120,000			
M&IE séjour	1	part.	3	jours	3	1	12000	36,000			
M&IE déplacement	1	part	2	jours	2	1	9,000	18,000			
Prise en ch. Chauffeur ext.	1	chauf.	4	nuits	4	1	5000	20,000			
forfait fac.Locaux non Prism	1	part.	3	jours	3	1	5,000	15,000			
Pause café	6	part.	3	jours	3	6	1,000	18,000			
Ind heure Supl.For/Fac	2	form.	3	jours	3	2	10,000	60,000			
Part.Externes											
Forfait Logement	12	part.	6	nuits	12	6	10,000	720,000			
Lodging hôtel	1	part.	7	nuits	7	1	30,000	210,000			
M&IE séjour	13	part.	5	jours	13	5	12000	780,000			
M&IE déplacement	13	part.	2	jours	13	2	9000	234,000			
Prise en ch. Chauffeur ext.	1	chauf.	7	nuits	1	7	5000	35,000			
Carburant Véh officiels ext.	1	véh.	180	ltrs	1	180	1300	234,000			
Transport Part. exterieurs	12	part.	1	A/R	12	1	30000	360,000			
Forfait transport part. locaux	3	part.	5	jours	3	5	5000	75,000			
Pause café	22	part.	5	jours	22	5	2000	220,000			
Ind.heure Supl.For/Fac	2	form.	5	jours	2	5	10000	100,000			
Autres frais											
Location Salle	1	salle	5	jours	1	5	30000	150,000			
Materiel didactique(mannuels,curr.)	18	part.	1	kit	18	1	25000	450,000			
Fournitures Formation	18	part.	1	kit	18	1	5000	90,000			
Communications photocopies	1	forfait	5	jours	1	5	10000	50,000			
Carburant groupe electrogene.	6	ltrs	5	jours	6	5	1600	48,000			
TOTAL								**4,043,000**			

Etabli par: Kaba Konaté Ass Adm le 5/01/01

N°	Description	Dépenses réalisée	Montant budgétisé	Observation
1	M&IE	660.000	1.068.000	Paiement de Perdiem au formateur du PNLS à Conakry et l'absence de 2 participants de kouroussa
2	Hébergement /habitant - Hôtel	610.000	1.050.000	Réduction du temps de logement du formateur du PNLS à l'hôtel et l'absence de 2 participants de kouroussa
3	Indemnité Facilitateur	70.000	160.000	1 Facilitateur au lieu de 2 lors du Team buildings.
4	Fournitures de formation	264.400	540.000	Kit de matériel didactique fourni par Conakry et l'exploitation des fournitures restantes de l'activité de formation des superviseurs préfectoraux.
5	Remboursement transport public	189.000	360.000	L'absence de 2 participants de kouroussa et l'application du tarif en vigueur par le syndicat des transporteurs
6	Transport participant résidents	75.000	90.000	La non disponibilité d'un formateur pour raison de maladie.
7	Pause-café-sandwich	185.000	238.000	Sur les 22 parts. Budgétisés seulement 19 étaient présents.
8	Carburant groupe électrogène	150.000	48.000	Le temps d'utilisation du groupe étaient de 11 à 12 h par jour
9	Indemnité chauffeurs	20.000	55.000	Sur les 11nuits budgétisées le chauffeur n'était présent que 4 nuits
10	Photocopies	2.250	50.000	Toutes les photocopies ont été effectuées au bureau lors du Team buildings
11	Autres frais	149.500		Concernaient la diffusion d'1 communiqué pour le changement du lieu de la formation une serviette de table et la réparation du tableau de bord et achat d'1 glacière supplémentaire et 30 tasses(non budgétisés)
12	Carburant véh officiels		234.000	Le carburant du Facilitateur a été payé à Conakry.
13	Location de la salle		150.000	Non payé du à l'utilisation de la salle de l'IRS.
	Total	2.375.150	4.043.000	
	Balance		1.667.850	

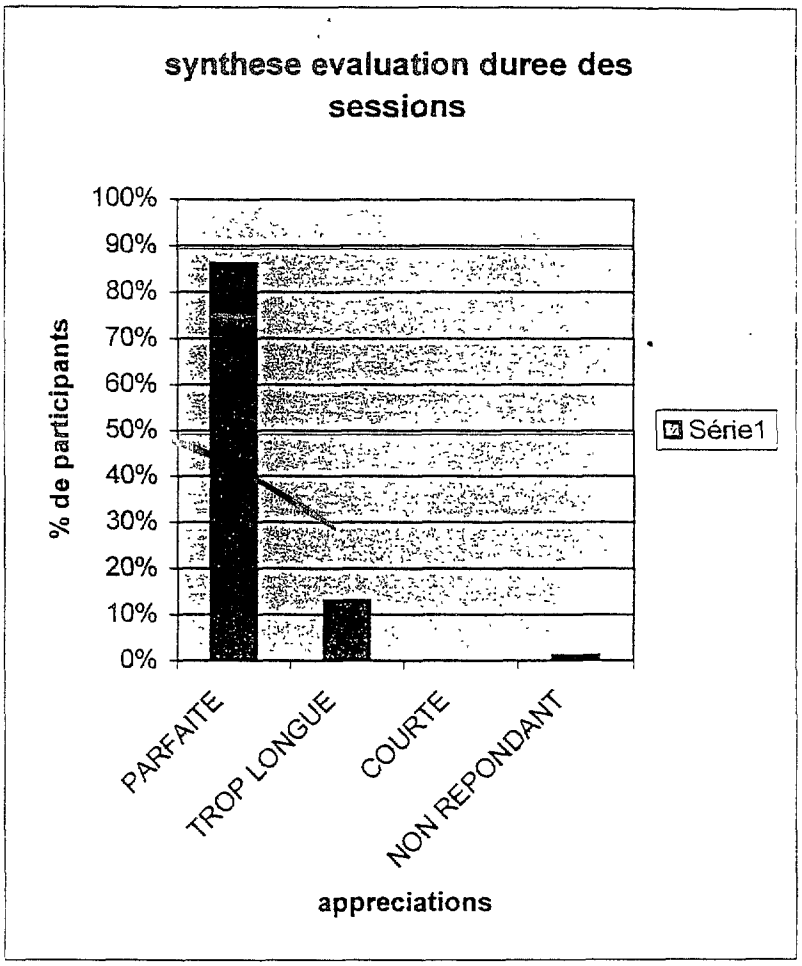
134

Synthèse évaluation des sessions répartition des participants selon le niveau d'appreciation.

	Excellent	Bon	Insuffisant	Non repondant
objectifs sont atteint	55%	45%	0%	0%
pertinence contenu par rapport objectifs	55%	45%	0%	0%
efficacite methodes de formation	52%	48%	0%	0%
utilite materiel didactique	44%	56%	0%	0%
permet d'ameliorer ma permance tech.	52%	48%	0%	0%
clarte des explications	56%	44%	0%	0%
capacite formateur a faciliter debats	52%	48%	0%	0%
soutien administratif	26%	70%	4%	0%
pause café	20%	75%	5%	0%

SYNTHESE EVALUATION DUREE DES SESSIONS

PARFAITE	86%
TROP LONGUE	13%
COURTE	0%
NON REPONDANT	1%

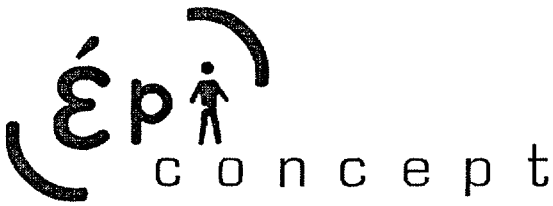


ANNEXE VI) Rapport de mission d'appui à l'informatisation du SNIGS du 17 au 27 mars 2001.

47, rue de Charenton
75012 Paris

T (33-1) 53 02 40 60
F (33-1) 53 02 40 62
staff@epiconcept.fr
www.epiconcept.fr

SARL au capital 75 736 euros
RCS Paris B 403 931 553 00021
Code APE 7222



Rapport de mission

Mission d'appui à l'informatisation du SNIGS
Du 17 au 27 mars 2001

Etienne Sévin
Ingénieur Informatique

Historique

Entre le 5 et le 8 décembre 2000, les responsables des IRS se sont réunis lors d'un atelier de travail destiné à réviser les indicateurs de santé collectés pour le SNIGS. Parmi les modifications retenues, on notera qu'un chapitre complet concernant la santé de la reproduction a été introduit. Une remise à niveau de l'application SNIGS était donc nécessaire.

Déroulement de la mission

Conformément aux termes de référence, la mission de mars 2001 s'est déroulée de la façon suivante

- Un état des lieux (matériel et logiciel) concernant la saisie au niveau central et au niveau régional.
- L'installation de la nouvelle version d'EPISURV (3.23).
- Une révision des masques de saisie, des calculs statistiques et des procédures afférentes afin de répondre aux exigences des nouveaux canevas définis lors de l'atelier de KINDIA (décembre 2000)
- L'extension de la saisie au niveau préfectoral
- La formation du personnel aux modifications apportées.

Etat des lieux

1. Section statistiques et Informations Sanitaires :

- **Matériel** : Le matériel présent sur place est neuf et en bon état de fonctionnement L'onduleur utilisé depuis 1995 est hors d'usage.

- **Etat de la saisie** Le personnel de saisie maîtrise parfaitement les outils mis à leur disposition et ont pu suggérer un certains nombre de modifications destinées à améliorer la saisie des données.

- **Fonctionnement du logiciel**. Depuis novembre 1998, dernière mission de Guillaume JEANNEROD, Episurv ainsi que l'application du SNIGS fonctionne de manière satisfaisante.

- **Analyse des données** : Tout comme en novembre 1998, date à laquelle Guillaume JEANNEROD était venu appuyer le SNIS, les analyses ainsi que leur exploitation sous Word sont effectuées. De nouvelles analyses ont été créées par le Docteur SYLLA, suite à sa formation en nos locaux (Juillet/Août 1999).

- **Modifications à apporter**

  Ordinateurs
  - Chaque ordinateur a été passé entièrement en revue
  - Vérification de la surface du disque dur
  - Défragmentation du disque dur
  - Suppressions des fichiers inutiles
  - Depuis 1998, Symantec Norton Antivirus (n.a.v.) a été installé en remplacement de McAfee virusscan. Par soucis d'homogénéité des plates-formes utilisées, il a été convenu de conserver n.a.v.

  Application SNIGS
  L'ensemble des modifications prévues a été effectué. Ces modifications sont les suivantes.
  - Activation du niveau DPS. Révision des masques de saisie et des statistiques afin de refléter l'ajout de ce niveau.
  - Modification des profils utilisateurs et des procédures afférentes afin de rendre l'installation initiale plus conviviale tout en garantissant le contrôle du niveau de saisie (CENTRAL/IRS/DPS).

- Révision du kit d'installation (sous Windows 9x) de l'application afin d'intégrer, entre autre, le logiciel PKzip, indispensable à la procédure de sauvegarde installée par Guillaume JEANNEROD lors de son passage en 1998.
- Suite aux souhaits exprimés par les deux équipes de saisie (Central et Kindia), élaboration d'une procédure simplifiant la saisie des données relatives aux structures hospitalières. Les agents de saisie pourront désormais passer de manière transparente des masques de consultation externes hospitalières aux masques concernant les activités hospitalières.
- Révision et correction des masques de saisie concernant les données de morbidité, de mortalité et d'hospitalisation afin que les sous-totaux exprimés soient réévalués de manière dynamique.
- Ajout des indicateurs imposés par les nouveaux canevas, pour l'ensemble des tranches d'âge. Modification des masques de saisie en conséquence.
- Ajout des classes référés et décédés pour l'ensemble des indicateurs et modification des masques de saisie en conséquence.
- Ajout d'un pan concernant la planification familiale et création de la statistique d'évaluation du nombre de couple-années de protection Les taux applicables aux différentes méthodes de contraception sont modifiables de manière dynamique afin de répondre à un éventuel changement de recommandations.

2. **Région de Kindia**

- **Etat du matériel** : Le matériel, dont l'état avait été jugé moyen lors du séjour de Guillaume JEANNEROD n'a pas évolué. Il s'agit toujours d'un 486 auquel le clavier n'est pas adapté (certaines touches importantes sont inactives).
- **Etat de la saisie** : L'état de la saisie dépend toujours de la remontée des rapport au niveau régional La saisie des enregistrements de l'année 2000 est suspendue
- **Mise à jour** : Les masques de saisie ont été pré positionnés Les modifications permettant de faciliter la saisie ont également été installées. La dernière version d'Episurv a été installée. EpiInfo ayant été installé à la racine du disque dur, un certain nombre de fichiers a été éliminé.
- **En conclusion** : Au vu des demande d'amélioration des masques de saisies, le personnel a parfaitement acquis le principe de la saisie.

Bilan de la visite de supervision et de l'état des lieux

La visite de supervision s'est correctement déroulée. Un grand nombre de modifications supplémentaires ont du être apportées. Les différents personnels rencontrés ont montré leur intérêt et engagement dans le SNIGS.
On a constaté que l'IRS de Kindia recevait parfois les données du niveau préfectoral bien après le niveau central qui les reçoit en priorité.
De plus, on a évoqué les problèmes que rencontreraient certaines DPS au niveau de leur infrastructure (manque d'électricité notamment).

Refonte de l'application

Suite à l'atelier sur l'élaboration de nouveaux canevas pour le recueil des informations, l'application a du être modifiée en conséquence.

- **Données des CS et consultations externes :**

Des modifications ont été apportées aux données d'activité et de maternité (ajout et suppression de variables)
Un certain nombre de variables a été ajouté, certains indicateurs ont été ventilés par sexe et de nouvelles colonnes ont été créées (référés et décédés) pour l'ensemble des indicateurs (au nombre de 66).
Un écran concernant la planification familiale a été créé.

- **Données des hôpitaux**

Des modifications ont été apportées aux données d'activité et de maternité (ajout et suppression de variables)
Les nouveaux indicateurs ainsi que les classes précédemment citées (référés et décédés) ont été ajoutés au niveau des hospitalisations et des cas de décès, lorsque cela était opportun.
La partie financière à été agrémentée d'une dizaine de nouveaux indicateurs.

L'ensemble des écrans de saisie a été révisé. Une procédure de calcul automatisé des sous-totaux et totaux à été mise en place sur les masques de morbidité, hospitalisation et mortalité.

En conclusion :

2 ans après la dernière venue de Guillaume JEANNEROD, les demandes de modification se sont accumulées. Il est très positif que la plupart de ces demandes soient venues du personnel de saisie qui montre ainsi son engagement envers le système.
Le temps imparti à la mission a pu être respecté grâce à la souplesse d'utilisation d'Episurv et à la bonne coopération entre les services du SNIGS et du PRISM Cependant une plus grand partie de ce temps aurait pu être consacré à différents tests, tant au niveau central que périphérique.

Perspectives et Recommandations pour l'évolution du SNIGS

Perspectives

Utilisant les moyens qui lui sont fournis, le SNIGS poursuit la collecte des informations ainsi que la compilation de l'annuaire. Depuis bientôt 6 ans, la collecte centralisées est correctement effectuée mais souffre du retard chronique de certaines régions isolées
Le SNIGS, contrairement à de nombreux Systèmes d'Information Sanitaires, a su évoluer tout en restant utilisable. De plus, les charges de maintenance sont très faibles.
Le SNIGS constitue un exemple unique qui mériterait d'être valorisé, peut être par le biais d'une publication.
Le SNIGS se heurte cependant à l'étape cruciale de décentralisation qui, bien que configurée depuis ses débuts, doit devenir effective et ne plus rester théorique
Cela demande un appui technique plus régulier ainsi que des moyens en formation et en communication afin d'impliquer les acteurs locaux et de les sensibiliser à l'importance que peut avoir une rétro information efficace.

Recommandations

La bonne conduite du SNIGS passe par une décentralisation effective et à fortiori une implication du personnel local tant au niveau IRS que DPS et ce pour deux raisons principales.

1. Le SNIGS doit être déchargé au maximum de saisie au niveau central pour pouvoir se consacrer à sa première mission : le retour d'information Le délai d'obtention des rapports pouvant atteindre plus de 6 mois en fonction des régions, le résultat des analyses s'en trouve d'autant retardé.
2. Le bon fonctionnement au niveau régional ou préfectoral dépend étroitement de la capacité du personnel local à pouvoir effectuer des analyses en temps réel sur les données qui lui sont propre mais également de pouvoir juger de son positionnement par rapport à une situation globale fournie depuis le niveau central.

Ce passage doit être effectué dans les plus brefs délais et être suivi d'une supervision régulière à raison de 2 passages par semestre aux niveaux régionaux et de 1 fois par semestre aux niveaux préfectoraux.
On propose que la décentralisation soit accompagnée de l'attribution d'un label aux centres et au personnel de saisie. Ce label permettrait de vérifier l'aptitude du centre à effectuer la saisie de manière satisfaisante.
De telles mesures devraient amener le SNIGS à pouvoir redéfinir le circuit emprunté par l'information afin que des responsabilités puissent être dégagées tant en terme de qualité que de délais.
D'un autre coté, il faudrait penser à la construction d'un certain nombre de sorties attrayantes, directement exploitables sous excel ou word, afin que les centres périphériques puissent disposer, sans avoir recours à une expertise avancée, d'analyses standard.
L'extension du SNIGS au niveau préfectoral doit s'opérer par plans de financement couvrant une période de 3 ans.
Durant cette période d'extension, on propose que les missions d'appui technique soient semestrielles voire trimestrielles.

Épi concept

Remerciements

J'adresse un sincère remerciement aux autorités du Ministère de la Santé Publique. J'adresse un remerciement particulier au Docteur Amadou SYLLA, Chef de la Section et Informations Sanitaires, pour son double rôle de responsable, tant au niveau du projet que du déroulement de mon excellent séjour en Guinée.
Merci enfin à l'équipe du PRISM qui a participé étroitement au retour d'information dans les phases techniques d'adaptation des masques de saisie aux canevas

ANNEXE VII) Rapport de mission d'appui aux activités PRISM en matière de l'exploitation des données sanitaires du 25 février au 17 mars 2001.

Management Sciences for Health

Rapport de Mission
Appui aux activités PRISM en matière de l'exploitation des données sanitaires

Dates : du 25 février au 17 mars, 2001

De : Scott D. McKeown, Dr PH
Adjoint de Direction
Bureau Information pour la Gestion (INFORM)
MSH/Boston

144

SOMMAIRE

Ensemble avec le niveau central du MSP, le staff technique du PRISM et les agents de santé et d'autres exécutants sur le terrain, un travail de réflexion en matière de l'exploitation des données sanitaires a été mené. A travers divers exercices, une approche pédagogique a pu être formulée et quelques outils destinés à encourager/améliorer l'utilisation des données sanitaires par les agents du terrain ont été proposés. Le souhait est qu'après révision par une audience plus large, les notions, approches et outils ainsi développés pourraient aider les agents du Ministère à mieux exploité les données sanitaires disponibles en vue d'une meilleure prise en charge des problèmes de santé des communautés.

Suivi à prévoir :

1. Corrections/modifications du Rapport de Mission par les partenaires concernés (staff PRISM et agents du MSP). Délai proposé: fin-marsl 2001.

2. Version définitive du rapport envoyée par le consultant. Délai proposé: mi-avril.

3. Révision par le niveau central des « tableaux de bord » élaborés lors de l'atelier, pour les niveaux CS, Hôpital (Pédiatrie, Maternité), DPS et IRS. Conception des maquettes pour être testés. Délai proposé : fin avril.

4. Production et distribution des matériels, test sur le terrain dans un CS, un Hôpital Préfectoral, une DPS, une IRS. Délai proposé : mois de mai

5. Correction des supports/outils, distribution aux structures (24 CS, 8 DPS, 8 HP, 2 IRS) et remplissage des données initiales avec l'appui PRISM/MSP. Délai proposé : juin – août.

6. Evaluation « formelle » après 6 mois de fonctionnement [Note : L'assurance de la mise à jour (mensuel) doit être comprise dans la supervision formative.

Recommandation principale :

1. Que PRISM passe aussi rapidement que possible à l'élaboration des maquettes pour les supports comme il va en falloir très probablement plusieurs itérations pour arriver à des modèles conformes.

Produits accompagnants cette mission :

1. Rapport de Mission
2. Produits de l'atelier

FICHE DE "DEBRIEFING" A LA FIN DE VISITE

Sommaire des activités menées:

Le défi était de trouver une approche qui pourrait refocaliser l'attention des agents des structures sanitaires, quel que soit leur niveau, sur l'importance et l'utilisation des données sanitaires. On savait, donc, ce qu'on attendait à la fin du processus mais pas quelle serait la meilleure façon d'y arriver. Les discussions avec le niveau central ont permis de mieux identifier les préoccupations des uns et des autres en ce qui concerne l'harmonisation entre l'approche proposée et les autres activités du Ministère. Il fallait que toute approche proposée puisse s'intégrer dans le système d'information existant (SNIGS) et tenir compte des ressources existantes, tels que le processus et les expériences du Monitorage et les cours de statistiques à l'intention des agents de santé développés par le Ministère.

Une fois arrivée à Kankan, il s'agissait de réunir des représentants des différentes structures de la pyramide sanitaire pour d'abord discuter du but recherché et puis de trouver ensemble une façon de procéder. C'est de cette manière que l'idée est venue de commencer avec un exercice d'apparence assez simple et évidente – l'identification des informations sanitaires clés qui pourraient être disposées dans une sorte de tableau de bord qui pourrait être affiché aux murs des structures sanitaires (CS, services hôpitaux, DPS, IRS). Ce point de départ est devenu, par la suite, le point focal de nos travaux et le moteur même de l'approche adoptée. Cet exercice et le support produit sont destines à amener l'agent à analyser la situation épidémiologique et le niveau d'activités en fonction du niveau d'exécution. Etant qu'un tableau de bord affiché représente un produit physique, toujours présent devant les yeux (et non classé dans un tiroir avec tous les autres papiers), l'espoir était que la présence d'un tel tableau pourrait stimuler l'intérêt de l'agent à mieux regarder et comprendre les chiffres disposés dans le tableau, de créer en quelque sorte une réflexe portant sur le regard, la vérification et l'interprétation des informations sanitaires.

Les participants à Kankan se sont divisés d'abord en trois groupes, niveaux CS, DPS, IRS. Un quatrième groupe, représentant le niveau hospitalier, a été composé la deuxième semaine et a pu bénéficier des travaux des trois premiers groupes pour vite rattraper le train en marche. Pendant 5 jours (08, 09, 10, 12 et 13/03) les groupes ont travaillé pour:

1. Lister des informations nécessaires pour présenter la situation d'une structure sanitaire, selon le niveau d'exécution;
2. Arriver à un consensus dans la sélection parmi ces informations d'un nombre réduit qui devait représenter les éléments d'un tableau de bord synthétique, par niveau de la pyramide sanitaire;
3. Imaginer un support convenable et adapté, avec ses spécifications, pour abriter ces informations; Tester le contenu et l'utilisation des tableaux à travers une interprétation des tableaux remplis avec les données fictives. Corriger/reformuler les tableaux en conséquence;
4. Etablir des guides d'exploitation pour chaque tableau de bord. Ceci donne, à la fois, les instructions quant au remplissage du tableau mais aussi des notions sur la manière d'interpréter et utiliser les résultats obtenus.

Suite à prévoir:

1. Continuation et finalisation des révisions/corrections des tableaux et guides
2. Production des maquettes (supports)
3. Test des supports dans 1 CS, 1 HP, 1 DPS, 1 IRS
4. Révision d'après les résultats du test
5. Production des supports
6. Distribution des supports, dans un premier temps, dans 24 CS, 8 DPS, 8 HP et 2 IRS et formation des agents dans l'utilisation des supports dans leurs sites
7. Suivi du remplissage des supports à travers la supervision formative
8. Evaluation des supports et leur utilisation après 6 mois

TABLE DE MATIERES

SOMMAIRE I

FICHE DE "DEBRIEFING" A LA FIN DE VISITE II

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS MENEES 1

ANNEXES 5

TERMES DE REFERENCE 6
AGENDA DU CONSULTANT 9
APPROCHE PROPOSEE 10
LISTE DE PERSONNES CONTACTEES 15
LISTE DE DOCUMENTS CONSULTES 16
ATELIER DE KANKAN 17
AGENDA DE L'ATELIER *18*

TABLEAU DE SUIVI DES CS .....
GUIDE D'EXPLOITATION TABLEAU CS .....
EXERCICE TABLEAU CS .....
COMMENTAIRES SUR L'EXERCICE TABLEAU CS .....
TABLEAU INFORMATIONS SANITAIRES DE LA DPS .....
GUIDE D'EXPLOITATION TABLEAU DPS .....
EXERCICE TABLEAU DPS .....
COMMENTAIRES SUR L'EXERCICE TABLEAU DPS .....
TABLEAU DE BORD DE L'IRS .....
GUIDE D'EXPLOITATION TABLEAU IRS .....
EXERCICE TABLEAU IRS .....
COMMENTAIRES SUR L'EXERCICE IRS .....
TABLEAU DE BORD – MATERNITE .....
TABLEAU DE BORD – PEDIATRIE .....
PROPOSITION D'UNE FICHE D'AUTO-EVALUATION DES COMPETENCES ET EXPERIENCES DES STRUCTURES SANITAIRES EN MATIERE DE TRAITMENT ET ANALYSES DES DONNEES
LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE KANKAN .....

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS MENEES

Semaine du 26/02 au 03/03 :

La semaine a débuté avec une réunion aux bureaux PRISM pour revoir les termes de référence et planifier les activités de la semaine. Une première discussion avec le Responsable SIG et Evaluation, M Tanou DIALLO, a permis d'identifier les principales attentes de la visite. Une planification des trois semaines a été ébauchée avec un calendrier de visites aux différents responsables du MSP (**1**). L'adjoint au Responsable du SIG et d'Evaluation, M Alpha BAH, a été charge de réunir les principaux documents techniques ayant affaire au système d'informations sanitaires en Guinée. Une liste de certains documents consultes lors de la visite est donnée en Annexe (**2**).

Une série de réunions au MSP a été effectuée pour discuter la situation actuelle en matière du système d'information sanitaire en Guinée – quelles activités étaient actuellement en cours, quelles activités étaient prévues dans l'immédiat et comment le Ministère concevait l'appui de PRISM par rapport aux autres intervenants sur le terrain. Pendant ces premières discussions et tout le long du séjour, le consultant a pu bénéficier d'un soutien assidu de divers cadres du MSP. Parmi ceux qui ont contribué aux travaux techniques, citons le Conseiller au Ministre de la Santé, Dr Yéro Bhoye Camara, le Chef de Service des Statistiques, Etudes Informations (SSEI), Dr Taibata et le Chef de la Section Statistiques et Informations Sanitaires (SSIS), Dr Amadou Sylla. Lors de la visite à Kankan, l'équipe de PRISM a pu également bénéficier de la présence et la contribution technique appréciable du Dr Abdourahmane Chérif. Ce processus itératif a permis au consultant d'avoir une vision plus cohérente du travail à faire avant de partir sur le terrain.

Semaine du 05 au 10/03 :

La journée de lundi était consacrée aux préparatifs pour le voyage et une dernière visite au MSP pour apporter quelques précisions/corrections au document sur l'approche proposée.

Mercredi matin, le consultant, le Responsable SIG-Evaluation, son adjoint et l'Assistante Administrative sont partis pour Kankan. En cours de route, nous avons récupéré Dr Chérif à Matou . Le jour suivant (jeudi 08/03) des sessions de travail/l'élaboration de l'atelier ont démarré aux bureaux de PRISM à Kankan. L'atelier a été ouvert par M. Tanou Diallo. Une discussion suivait sur l'approche DDM (Data for Decision-Making) "classique" – ses composants, points forts, points faibles. Notamment, on a résumé l'approche classique comme suit : les cours DDM reposent le plus souvent sur l'enseignement des notions statistiques, la définition, le calcul des indicateurs et les efforts pour renforcer de manière générale le système d'information sanitaire. Pour sa mise en œuvre, on procède à la formation d'une équipe de formateurs qui, à son tour, sera chargée de former d'autres gens.

Après cette définition, les participants ont été demandes de raconter leurs propres expériences en matière de formation statistique/DDM. Les participants ont dit que de tels cours leurs ont servi à:

- identifier les problèmes et décider les interventions ;
- analyser les situations et renforcer les interventions ;
- mettre en priorité les problèmes ;
- prendre des dispositions (formations, appui à la logistique etc.) ;
- faire un bon suivi quotidien des activités ;
- disposer de mesures statistiques sur les activités, la morbidité et la mortalité, permettant même une légère analyse de la situation sanitaire ;
- appréciation des performances ;
- la collecte et à l'expédition des rapports...

Le groupe s'est convenu que l'approche classique est bonne mais en plus des compétences statistiques, il faut avoir un "esprit" d'information. Il faut acquérir une attitude et des pratiques qui cherchent les informations dans le but de mieux comprendre et puis résoudre les problèmes. Donc, il a été demande aux participants d'envisager une approche qui permettra de combler les lapsus entre les connaissances d'une part et les attitudes et pratiques d'autre part en matière d'utilisation des données sanitaires.

C'est ainsi que les participants sont arrivés à définir leur objectif pour l'atelier, à savoir : Arriver à avoir un comportement d'exploiter au mieux des informations disponibles à notre niveau pour mieux prendre en charge les problèmes quotidiens.

Lors de ce processus, il a été rappelé à tout le monde qu'il fallait prendre en compte et exploiter le plus possible les acquis existants. Ces outils et matériels existants ont été mentionnés explicitement:

- Nouveaux outils SNIS;
- Support d'utilisation des nouveaux outils SNIS ;
- Cours statistiques appliqués au système sanitaire Guinéen ;

Maintenant, le groupe s'est posé la question suivante : Quelle approche faut-t-il prendre si on veut atteindre l'objectif qu'on s'est fixé? Le principe de départ c'est toujours de partir des besoins et désirs identifiés par les agents eux-mêmes au lieu d'imposer un cours ou des notions génériques. Donc, quelles informations est-ce-que un Chef de Centre (DPS, IRS) a-t-il besoin pour comprendre la situation chez lui ? Quelles informations lui sont demandées et de quelles informations a-t-il besoin pour prendre des décisions/actions ? Cette réflexion a amené tout naturellement à une considération d'un « tableau de bord » avec quelques informations essentielles pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire permettant, dans un clin d'œil, une vue de la situation globale.

Pour démarrer ce processus, les participants ont été demandes de considérer les informations « parlantes », celles qui devaient provoquer une réaction ou une décision. On a précisé que ces informations représentent des « clignotants », ou des alertes pour des agents sanitaires. C'est le même principe que quand on parle des "seuils d'alerte" ou "clés à l'action". Plus précisément, on a discuté la valeur de ces clignotants. Pour les participants, les clignotants permettent de savoir :

- Où est-ce qu'on doit aller ?
- Quand est-ce qu'il faut agir ?
- Qui doit agir et comment il doit agir?

Autrement dit, arrivé dans une structure (CS, DPS, IRS), quels sont les moyens, les outils qu'on peut utiliser pour cerner la situation sanitaire ? Quelles sont les informations qu'on peut espérer trouver sur place ? Parfois on peut trouver les tableaux synthétiques de quelques indicateurs clés ou des graphiques CPN ou PEV mais c'est assez rare.

Vu ceci, le groupe s'est donne, comme défi, d'arriver à un consensus sur un nombre réduit d'informations sanitaires clés, de façon à établir un support standard par niveau (CS, DPS, IRS) qui serait affiché dans les différentes structures.

Dans les trois groupes établis, les participants étaient demandes de préciser les caractéristiques suivants :

- Nom de l'outil ;
- Type de format (Tableau noir ? Fiche ? Carte ?) ;
- Présentation du format – dimension etc.
- Informations à présenter ;
- Définition des indicateurs ;
- Méthode de calcul/collecte ;
- Périodicité de remplissage/collecte ;
- Responsable du remplissage ;
- Où l'afficher ;
- Comment évaluer ?

Donc, déjà a partir du premier jour (jeudi) les participants étaient en train d'identifier les informations nécessaires et de voir comment opérationnaliser un support pour les rendre disponibles dans les structures sanitaires. Après la session de travail le matin, on a procédé à faire la restitution des travaux de groupe, suivi des questions/discussions en plénière. Cette organisation a été suivi lors des autres jours de l'atelier, à savoir après chaque session de travail en groupe, le temps était réservé pour la présentation et la discussion des résultats en plénière avant d'aborder la prochaine étape.

Pendant les jours de vendredi et samedi, les participants ont continuer à raffiner la forme et le contenu des tableaux de bord (vendredi) et ils ont démarré les travaux portant sur l'élaboration des guides d'utilisation de ces différents tableaux (samedi). Le groupe niveau IRS a même travaillé le dimanche pour rattraper un retard dont ils accusaient par rapport aux deux autres groupes.

Semaine du 05 au 10/03

Lundi a vu une augmentation dans le nombre de participants avec la venue des représentants du niveau hospitalier. Le travail a, donc, continué sur les voies parallèles : les représentants des CS, DPS et IRS ont continué le travail sur les Guides

d'Utilisation tandis que les « hospitaliers » se sont regroupés pour élaborer les tableaux de bord pour deux services hospitaliers – la Maternité et la Pédiatrie. L'après-midi le groupe niveau Hôpital a présenté leurs tableaux pour l'appréciation du grand groupe. Les suggestions et corrections ont été apportées et le groupe a modifié les tableaux pendant les sessions de l'après-midi. Pour les trois autres groupes, ils ont été présentés avec les tableaux qu'ils avaient élaborés, cette fois avec des tableaux remplis avec les chiffres fictifs. Pendant la session de l'après-midi, les groupes analysaient ces tableaux selon les instructions suivantes :

- Examiner attentivement chacune des données du tableau. Dire si le format du tableau répond aux préoccupations de la structure (CS, Hôpital, DPS, IRS) en question.
- Dire en quoi et comment un tel tableau peut-il permettre de cerner la situation sanitaire globale de la structure en question: regarder en particulier le fonctionnement de la structure ainsi que son organisation.
- Faire une analyse de la qualité des données enregistrées: pertinence, précision, présentation.
- Revoir la définition de chacune des variables dans le tableau. Se demander si dans le groupe et par rapport au guide développé pour ce tableau, les informations peuvent être facilement compréhensibles et digestes pour chacun.
- Examiner les sources de données reportées dans le guide d'utilisation des tableaux de bord et dire si ces informations y figurent effectivement et dans la même compréhension pour chacun des participants.
- En supposant que ces données sont réelles et concernent votre structure, relever l'ensemble des problèmes sanitaires qui vous apparaissent sur la base de l'analyse de votre tableau de bord.
- Classer ces problèmes par ordre d'importance dans votre lieu de travail . Choisissez ensuite un problème particulier.
- Faites l'analyse de ce problème et décrivez l'ensemble des actions que vous comptez entreprendre pour résoudre ce problème.
- Présenter chacun des résultats des points ci-haut sur Flip chart.

Le dernier jour (mardi, 13/03), les groupes ont présenté les résultats de leurs analyses des tableaux chiffrés. Le fait d'avoir mis les chiffres dans les tableaux obligeait les participants à faire une analyse approfondie de la situation telle quelle était représentée par le tableau. Les discussions autour de cet exercice étaient extrêmement pointues et ont permis de rapporter des corrections aux tableaux et aux guides. En travaillant avec les données, les participants se sont parfois rendu compte que certaines informations demandées n'étaient pas celles qu'ils cherchaient. Ces informations étaient, soit modifiées, soit supprimées. Dans certains cas, le besoin pour de nouvelles informations a été énoncé et les modifications nécessaires ont été apportées. Voir les discussions sur les guides et tableaux qui sont présentées dans les Annexes. Une fois de retour à Conakry, il s'agissait essentiellement de saisir les dernières modifications/corrections que les participants ont eu à rapporter et de faire un debriefing avec la DNSP et l'équipe de la SSEI.

Une copie draft de ce rapport a été laisse avec le Responsable SIG et Evaluation pour une révision interne avant de distribuer aux autres pour commentaires/suite.

ANNEXES

1. TERMES DE REFERENCE
2. AGENDA DU CONSULTANT
3. APPROCHE PROPOSEE
4. LISTE DE PERSONNES CONTACTEES
5. LISTE DE DOCUMENTS CONSULTES
6. ATELIER DE KANKAN
   - INVITATION AUX PARTICIPANTS
   - PROGRAMME POUR L'ATELIER
   - TABLEAUX, GUIDES, EXERCICES AVEC COMMENTAIRES
   - LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER
   - PROPOSITION D'UNE FICHE D'AUTO-EVALUATION

PRISM POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTE REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

SHORT-TERM ASSIGNMENT
TERMES DE REFERENCE

Nom du Consultant	**Dr Scott McKeown**
Adresse	**MSH/Boston**
Domaine de travail	SIG/Suivi et Evaluation
PRISM Personne contact	**Tanou Diallo,** M&E / MIS
Nombre de jours de travail	6 semaines
Dates	A partir du mi-février 2001
Pays	Guinée
Lieux à visiter	selon les besoins de la consultation

Contexte

Dans le cadre de la réforme du système sanitaire guinéen, le Ministère de la Santé Publique, avec l'aide de ses partenaires (dont PRISM), a entrepris le renforcement du système actuel d'informations sanitaires pour le rendre non seulement cohérent mais aussi à même de fournir à temps aux responsables de différents niveaux et selon leurs besoins, des informations pertinentes, permettant une bonne prise de décisions.

C'est dans ce contexte qu'une « Evaluation des circuits de l'Information sanitaire » a été réalisée dont les résultats ont permis de déceler les forces du système ainsi que les aspects devant être renforcés. Dans l'ensemble, cette évaluation a permis de démontrer que le SNIS fonctionne plutôt bien– surtout en ce qui concerne l'enregistrement et la transmission de données. Le personnel sanitaire à tous les niveaux semble, assez souvent, comprendre l'importance de la collecte des données et mène des activités de dépouillement selon les normes. Par ailleurs, l'exercice de monitorage, tout en montrant des signes «d'essoufflements», semble cependant être le mécanisme le plus utilisé et le plus pertinent dans le système actuel, le seul qui stimule les prestataires au niveau périphérique à analyser leurs données et en formuler des plans d'action.

Ces observations, encourageantes, justifient ainsi le renforcement des systèmes actuels afin qu'ils puissent répondre aux besoins liés au niveau actuel de développement du système sanitaire notamment l'amélioration de la capacité des agents à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à exploiter efficacement les données disponibles pour leur permettre de prendre des décisions éclairées. C'est dans ce contexte que s'inscrit cette consultation.

Description de tâches

Cette consultation a pour principal objectif d'assister le SSEI, sur le plan technique, dans son effort de renforcement du mécanisme d'utilisation de l'information sanitaire disponible pour la prise de décisions. La description de tâches qui suit est de ce fait sommaire et ne comporte que les grandes lignes des attentes par rapport à cette consultation.

Ensemble avec les agents du SSEI, les IRS et les DPS, ainsi que des représentants des centres de santé et des comités de gestion, procéder à :

1. Faciliter un travail de groupe dont l'objectif porte sur une meilleure exploitation des données sanitaires comme outil pour l'amélioration de la santé des populations.

   Les aspects suivants pourront être considérés lors de cet atelier :

   - Rappel des problèmes et issus sanitaires les plus préoccupantes de manière a placer le rôle des informations dans leur contexte réel, a savoir un outil pour amener à l'amélioration de la santé. Les éléments d'information devant composer un « Tableau de Bord » pour chaque niveau de la pyramide sanitaire seront identifiés par accord commun. Ces informations seront discutées pour montrer en relief leurs valeurs *descriptives* et *prospectives* dans la compréhension et la résolution des problèmes.
   - Discussion de façon générale les informations dont les IRS et DPS ont besoin pour leur travail – fonctions administratives, fonctions techniques.
   - L'identification des informations disponibles pour renseigner sur ces problèmes.
   - La définition d'une stratégie permettant de compléter les informations qui manquent.

2 Formaliser à la suite de l'atelier une approche, à partir des outils identifiés, pouvant supporter le renforcement des capacités des agents de santé en matière d'exploitation, d'interprétation et d'utilisation des données disponibles pour la définition de stratégie permettant de faire face aux problèmes sanitaires les plus urgents dans la communauté.
3. Pré-tester cette approche ainsi que les matériels développés.
4. Incorporer les corrections résultantes du Pré-test et finaliser l'approche ainsi que le matériel didactique.
5. Faciliter l'appropriation de l'approche ainsi que des outils par un noyau de « futurs formateurs ».

Approche de travail

Le consultant de niveau international devra travailler en étroite collaboration avec un homologue local (identifié par le SSEI et PRISM). Cet homologue local est un cadre « senior » du Ministère de la Santé Publique. Il est membre aussi bien du comité technique que du comité de pilotage du renforcement du SNIS. Ce cadre sera responsable de s'assurer que les travaux réalisés durant cette consultation sont assez bien alignés au plan de développement sanitaire du Ministère. Il est aussi responsable du suivi ultérieur de la vulgarisation de ce mécanisme d'utilisation de l'information pour la prise de décisions.

Produits attendus

A la fin de cette consultation, les produits suivants doivent être disponibles :

1. Observations de l'atelier touchant sur les informations disponibles à chaque niveau de la pyramide sanitaire (disponibilité, pertinence, validité) avec des suggestions du groupe quant aux opportunités de leur amélioration
2. Une approche pour la formation des agents des sites de prestation, avec le matériel pédagogique;
3. Une approche pour la formation des agents des structures d'encadrement (DPS/IRS), avec le matériel pédagogique ;

139

4. Un rapport sur le pré-test de l'approche et matériels ;
5. Un rapport de synthèse de la consultation

Niveau d'effort (en terme de temps) estimé

- Organisation et conduite d'un atelier pour sélectionner quelques informations standards pour présenter, dans un clin d'œil, les activités dans les différents structures sanitaires (IRS, DPS, Services Hospitaliers et CS). Discussion de l'interprétation et l'utilisation de ces informations. Propositions de supports pour rendre ces informations disponibles, accessibles a tout moment (panneaux, tableaux noirs etc.): 10 jours
- Préparation/Adaptation de l'approche et des matériels pour les agents aux divers niveaux :10 jours
- Pré-test de l'approche, les matériels : 5 jours
- Rapport sur le pré-test : 3 jours
- Correction et finalisation des approches, matériels: 7 jours

Note importante: Dépendant de la disponibilité des consultants, cette activité pourrait se dérouler en deux phases distinctes de 3 semaines chacune. Cependant, elle devrait être finalisée avant le 31 mai 2001.

AGENDA DU CONSULTANT

AGENDA

Nom du Consultant : Scott Mc KEOWN
Domaine d'activité : Développement d'une approche pour améliorer l'analyse et l'utilisation des données
Domaine de travail : SIG/Suivi & Evaluation
Nombre de jours de travail : 3 semaines
Date : à partir du 24 février 2001

1ère semaine :

1. Recherche documentaire

- Synthèse et Elaboration à partir des données existantes
- Exploitation des données (Monitoring, SNIS, COGES, SBC,...)

2. Programme de visites

- Visite au MSP (Dr Morissanda, Dr Sylla, Dr Taïbata, le S.GI du MSP.
- Visite de Travail au MSP avec Docteur Yéro Bhoye CAMARA

2ème semaine :

- Préparatifs de l'Atelier de Kankan
- Voyage à Kankan
- Session de travail avec l'équipe PRISM

3ème semaine :

- Tenue de l'Atelier de formation : « Approche de résolution des problèmes sanitaires par l'analyse et l'utilisation des données.

APPROCHE PROPOSEE

Objectif

L'objectif général est d'appuyer les efforts du Ministère de la Santé Publique dans le cadre du renforcement des capacités des agents de santé à tous les niveaux, en matière d'utilisation des informations sanitaires afin de mieux prendre en charge les problèmes de santé des populations.

Description de l'approche

L'approche proposée ici est de travailler avec un groupe représentant les différents niveau de la pyramide sanitaire pour concevoir un nombre d'outils pratiques, destinés à encourager et améliorer l'utilisation des informations sanitaires par les agents du terrain, afin de mieux répondre aux besoins de santé. Pour ce faire le groupe aura à considérer les différents problèmes sanitaires prioritaires au sein des populations desservies. Le rôle et l'utilisation des informations sanitaires pour faire face aux différents problèmes seront étudiés, en passant par les indicateurs pertinents et leur interprétation, pour arriver finalement à des propositions de résolution. Les étapes de ce processus seront documentées afin de servir de guide pour l'approche généralisée de l'utilisation des données dans la résolution des problèmes sanitaires.

2.1 Justification de l'approche

La stratégie de formation en matière de "Data for Decision-Making" (DDM) a consisté le plus souvent au développement et/ou à l'adaptation de modules de formation pour certaines notions statistiques, tels que l'identification, le calcul et l'interprétation des indicateurs clés par niveau de la pyramide sanitaire. Ensuite, un pool de formateurs est constitué qui se charge de former les prestataires. Cependant, malgré les efforts menés durant les dernières années pour rendre ces modules ou exercices les plus pertinents/réalistes possibles (études de cas, travaux de groupe, etc.), cette approche a souvent des résultats peu satisfaisants. On constate un manque de motivation des agents à adopter de nouvelles habitudes, souvent parce que le cadre de travail n'est pas approprié, les ressources nécessaires pour pérenniser ces nouvelles attitudes étant absentes. Du coup, les connaissances et les capacités acquises lors de la "formation" en sont plus difficilement transposables/applicables une fois le personnel se retrouve en situation de travail quotidien. Donc une approche qui prétend répondre aux problèmes liés à une exploitation optimale des informations doit aussi être réaliste en matière de ressources requises pour sa mise en œuvre.

Partant de cette expérience, l'approche proposée se base sur les principes suivants :

- les informations sanitaires ne sont en fait que des outils permettant de mieux mesurer la situation sanitaire locale afin de l'aborder avec les stratégies plus appropriées et réalisables. L'information n'est donc pas une fin en soi. A partir de là, il s'agit d'identifier les voies et moyens pour que des informations plus complètes, plus fiables et plus pertinentes puissent amener à l'identification de solutions plus optimales.

- L'environnement de formation idéal pour les adultes n'est assurément pas seulement un environnement simulé (salle de classe) mais aussi le lieu de travail lui-même. Il reste que ce dernier ne peut souvent être atteint à cause des contraintes liées aux ressources. Cependant, il est possible d'imaginer lors de la diffusion de nouvelles connaissances de regrouper les agents de santé dans un site de prestation plus ou moins centralisé. Dans ces conditions, il faudra s'assurer que ce site est le plus semblable possible aux endroits habituels de travail des apprenants.

- Suivant la même logique que précédemment, le matériel pédagogique est conçu en terme d'exercices simulés ou de jeux de rôle sur la base des activités réelles, quotidiennes de l'agent.

2.2 Mise en œuvre de l'approche

Exercices à réaliser dans un premier temps

- Identifier des informations sanitaires clés devant constituées un « tableau synthétique » pour les structures à chaque niveau de l'hierarchie sanitaire (CS, DPS, IRS).
- Propositions de support – spécifications, format etc.
- Examen des caractéristiques des informations identifiées
- Adéquation/rapprochement entre les informations souhaitées et les informations disponibles
- Identification des manques/lacunes avec les propositions de solution

Ces trois dernières étapes concernent l'identification, l'appréciation et l'amélioration des informations sanitaires. La démarche utilisée lors de l'exercice ci-haut doit servir également à considérer n'importe quel problème sanitaire et de le considérer en termes des informations nécessaires pour la détection, l'analyse et actions/décisions face à ce problème.

Parmi les problèmes qui pourraient être considérés de cette manière, listons que quelques-uns uns:

- forte présence des maladies cibles du PEV (rougeole, tétanos);
- mortalité maternelle élevée;
- mortalité due au paludisme/diarrhée/IRA élevée;
- prévalence élevée des IST/SIDA.

On procède par l'identification d'un minimum d'informations dont on a besoin pour une compréhension globale de la situation au niveau d'un CS, une DPS, une IRS. Ces informations peuvent couvrir aussi bien les fonctions administratives que techniques. Cet exercice devra tirer des informations de toutes les sources de données sanitaires existantes : données de routine, données résultant des activités de collecte ponctuelle. Une attention particulière sera accordée à l'exercice de Monitorage – les informations collectées et leur utilisation – pour remettre en valeur cette activité. En particulier, les participants regarderont les systèmes et procédures en place pour assurer la validité des informations et une rétroinformation correcte :

Ainsi, à la fin du premier exercice, un consensus sur un support représentant les informations sanitaires synthétiques par niveau sera acquis. Cet exercice sert à deux choses : 1) il en sort un produit utile (tableau synthétique) a la fin et, 2) le travail demande est très concret et sert d'introduction au travail qui suit, c'est-à-dire une considération plus compréhensive des informations sanitaires – leurs sources, leur caractéristiques, leur utilisation et leur amélioration.

- Identification des sources d'informations mais aussi des capacités requises pour que les IRS/DPS/CS/PS puissent obtenir, traiter et utiliser ces informations.

- L'adéquation entre les données sanitaires disponibles et les données sanitaires requises. Ceci devrait examiner non seulement la simple disponibilité mais aussi le traitement, l'analyse et la présentation des données nécessaires pour une planification efficace et efficiente.

- Elaborer une approche pédagogique, ainsi que le matériel nécessaire pour permettre aux IRS/DPS/CS/PS d'apprendre et de pratiquer tous les comportements ainsi identifiés. Pendant cette étape, les sources essentielles d'informations sanitaires ainsi que la qualité de ces informations seront revues (SNIS, monitorage, études ponctuelles, etc.). Les échanges d'expériences des participants serviront de base pour le développement des aides d'apprentissage

2.2.1 Cibles

Atelier pour l'élaboration de l'approche, proposition de matériels (08 au 13/03 à Kankan) :

- 2 IRS (ou leurs représentants)
- 3 DPS (ou leurs représentants)
- 3 Représentants des Hôpitaux
- 3 Chargés des Maladies
- DPS-Kankan
- Coordinateur Régional AGBEF
- 4 Chefs CS, 2 Kankan + 2 ruraux (e.g. Kouroussa)
- Coordinateur SR/QS PRISM
- Coordinateur SR/Gestion PRISM

Assistance Technique prévue par PRISM

Première visite (3 semaines):

- Collaborer dans la préparation d'un atelier pour développer une approche et le matériel technique favorisant une meilleure exploitation des données sanitaires : 2 semaines
- Participer à la conduite de l'atelier, présenter le rapport avec propositions des « aides d'apprentisage » et recommandations pour les prochaines étapes : 1 semaine

Deuxième visite (3 semaines) :

- Finalisation de l'approche avec matériels pour les agents aux divers niveaux :1 semaine
- Pré-test de l'approche, les matériels : 1 semaine
- Rapport sur le pré-test, correction et finalisation des approches, matériels: 1 semaine

Produits attendus

A la fin de tout le processus, les produits suivants sont attendus :

1. Consensus sur les éléments pour un tableau d'informations sanitaires standards pour un CS, la DPS, l'IRS.
2. Proposition d'un support, avec caractéristiques, pour abriter et exposer les informations retenues

3. Une approche pédagogique pour la formation des agents des sites de prestation et des agents des structures d'encadrement (DPS/IRS) avec instructions/guides pédagogiques;
4. Les grilles/fiches permettant l'identification des problèmes sanitaires, l'identification des informations disponibles et d'auto-évaluation des capacités en information d'une structure sanitaire.

LISTE DE PERSONNES CONTACTEES

1. Dr Johanna Austin, Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP)/MSP
2. Dr Morissanda Kouyaté, DNSP/MSP
3. Dr Aliou Taïbata, SSEI/MSP
4. Dr Amadou Sylla, SSIS/MSP
5. Ms Cathy Bowes, USAID
6. Ms Kathy Jakart, USAID
7. M Alain Joyal, Chef d'Equipe PRISM
8. M Tanou Diallo, PRISM
9. M Alpha Amadou Bah, PRISM

Participants à l'atelier de Kankan (voir liste)

LISTE DE DOCUMENTS CONSULTES

1. Evaluation des Circuits de l'Information Sanitaire en Guinée : Rapport de Synthèse, Ministère de la Santé Publique, Service Statistiques, Etudes et Information (SSEI), avec l'appui de PRISM, juillet 1999.

2. Questionnaire pour l'Evaluation des Comités de Gestion, Projet PRISM, août 2000.

3. Anciens et nouveaux supports SNIS (niveaux CS, Préfectoral et Hôpital), Ministère de la Santé Publique, SSEI, Section Statistiques et Informations Sanitaires (SSIS).

4. Cours statistiques appliquées au système sanitaire Guinéen

5. Supports pour l'exercice semestriel de Monitorage

ATELIER DE KANKAN

De : Fatoumata Doumbouya, AA/SIG

A : Tanou Diallo, Responsable SIG

Objet : préparatifs de l'atelier de Kankan

Date : 28/02/2001

Cc : .....

Veuillez trouver ci-après la liste provisoire des personnes devant assister à la réunion de concertation du 08 au 10 mars 2001 en vue de préparer un atelier sur une « **Approche de résolution des problèmes sanitaires par l'analyse et l'utilisation des données** », qui aura lieu à KANKAN du 12 au 14 mars 2001.
Il s'agit de :

Docteur Bocar DEM, Coordinateur SR/QS	**PRISM-Kankan**
Docteur Abdoul BALDE, Coordinateur SR/Gestion	**PRISM-Kankan**
Docteur Oumar DIAKITE, Chargé/Recherche	**IRS-Kankan**
M. Fassouma SANOH, Coordinateur Régional	**AGBEF-Kankan**
M. Alpha BAH, Analyste Programmeur	**PRISM-Conakry**
Mme Aïcha TOURE, DPS	**DPS-Kankan**
M. Scott MCKEOWN, Consultant	**MSH-Boston**
M. Tanou DIALLO, Responsable SIG	**PRISM-Conakry**

Merci.

AGENDA DE L'ATELIER

J1 (08/03)

10:00 – 10:30 **Ouverture de l'atelier par M. Tanou Diallo**
Remarques de bienvenu par Dr Baldé
Présentation des participants

10:30 – 10:45 **Introduction à l'atelier**
- Description de l'approche DDM (Data for Decision-Making) "classique" – ses composants, points forts, points faibles
- Objectif de l'atelier : Arriver à avoir un comportement d'exploiter au mieux des informations disponibles à notre niveau pour mieux prendre en charge les problèmes quotidiens
- Revue des outils et matériels existants

10:45 – 11:00 **Discussion des informations sanitaires synthétiques, par niveau de pyramide sanitaire**
- Notions du système "clignotant"

11:00 – 11:15 **Instructions concernant le premier exercice**

11:15 – 11:45 **Pause**

11:45 – 13:15 **Travaux de Groupe sur les « tableaux de bord »**

13 :15 – 14:00 **Pause déjeuner**

14:00 – 16:30 **Restitution des travaux de groupe, discussion**

J2 (09/03)

09:00 – 11:00 **Raffinement/corrections des tableaux de bord, la mise sur page**

11:00 – 13:00 **Présentation des formats de tableaux de bord – niveaux CS, DPS, IRS**

J3 (09/03)

09:00 – 13:00 **Travaux par les groupes sur les guides d'exploitation pour les tableaux de bord**

13:00 – 16:00 **Travaux par les groupes sur les guides d'exploitation pour les tableaux de bord (suite)**

16:00 – 18:00 **Présentation des Guides d'Exploitation – CS, DPS, IRS**

J4 (dimanche, 11/03)

15:00 – 19:00	**Travail avec les représentants niveau IRS sur les tableaux et les guides**

J5 (12/03)

09:00 – 13:00	**Raffinement/modifications des Guides d'Exploitation – CS, DPS, IRS**
	Préparation des tableaux de bord pour les services Maternité et Pédiatrie par les représentants des hôpitaux
13:00 – 14:00	**Présentation des tableaux Maternité et Pédiatrie par les hospitaliers**
15:00 – 18:00	**Travaux de groupe (CS, DPS, IRS) sur l'adéquation et l'interprétation des tableaux chiffrés (préalablement établis par l'encadrement)**
	Travail par le groupe Hôpitaux pour remplir les tableaux Maternité et Pédiatrie avec les chiffres fictifs

J5 (13/03)

09:00 – 14:00	**Présentation des tableaux fictifs Maternité et Pédiatrie par les hospitaliers**
	Présentation des travaux des trois groupes (CS, DPS, IRS) sur les tableaux chiffres
15:00 – 16:00	**Dernières remarques** **Suite à prévoir** **Clôture**

Tableau de suivi des CS

DPS de .... **CS de** ....**Année** ....
Total PS : ....**dont fonctionnels**..... .....**Nbre de Districts/Quartiers avec AC** . ...
Personnel: Médecins .. ... **AS :** ..... **TSP** · .. . .**ATS :** .. ..**SF** · . ...**Laborantin** · **Autres**
Comité de Gestion : **Nombre d'AV** . .. .
Population : Totale : .. ..**Rayon de 10 km autour du CS :** ....**Rayon de 05 km autour du PS** · ... .

		MOIS						Pop .cible annuelle
Activités	**Critères d'appréciation**							
CPN	1ers contacts							
	3 CPN dont 1au 9e mois							
	Femmes enceintes avec 2 VAT ou rappel							
	Grossesses à risques référées							
PEV	1ers contacts							
	Nombre d'enfants complètement vaccinés							
PF	1ers contacts							
	Utilisateurs réguliers							
Accouchement	Nombre attendus							
	Nombre d'accouchements assistés							
	Nombre de naissances vivantes							
	Nombre de Morts-nés'							
	Parturientes référées							
	Décès maternels							
CPC	1ers contacts							
	Référés							

PRINCIPALES MORBIDITES

Premières causes

	MOIS					

Autres	MOIS					
IST						
Maladies gynécologiques non IST						
Malnutritions						

MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE OU A NOTIFICATION OBLIGATOIRE

	Mois de :				Mois de :				Mois de :			
MALADIES	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Rougeole												
Polio												
TNN												
Coqueluche												
....												
....												
....												

SITUATION FINANCIERE

	MOIS					
Recettes totales						
Dépenses						
Fonds de réserve						

Observations :

Guide d'Exploitation des informations dans le Tableau de Suivi – CS

INFORMATIONS GENERALES

DPS : c'est le nom de la Préfecture dont relève les CS.

CS : le nom de la S/Préfecture qui abrite le CS.

Année : c'est l'année civile en cours.

Population cible : c'est la population attendue pour les 6 mois correspondant à la période de monitorage.

Nombre de PS

Définition: C'est l'ensemble des postes de santé qui relèvent du Centre de Santé et qui sont intégrés aux activités du PEV/SSP/ME
Méthode de collecte ou calcul :
Source: Fascicule de Monitorage, la DPS, le Chef de Centre de Santé [A comparer/mettre à jour les chiffres reportés par la DPS avec les chiffres obtenus lors des visites dans les PS (activités avancées, supervisions)]
Responsable de l'information: Chef CS
Utilisation/exploitation: Permet d'apprécier les ressources/la couverture sanitaire. Le centre de santé doit normalement se disposer d'une carte sanitaire qui montre le nombre et l'emplacement des PS De cette manière, on pourrait voir les endroits peu couverts par les services de santé. Pour ces endroits, la construction éventuelle des postes de sante ou les activités avancées peuvent être envisagées.
ATTENTION: Comme il peut en avoir la création de nouvelles PS ou la fermeture des anciennes, cette information est à vérifier à des intervalles déterminés (2 fois/an)

Nombre de Districts avec AC:

Définition: Nombre de districts (ruraux) bénéficiant d'un agent communautaire reconnu.
Méthode de collecte ou calcul :
Source: Fascicule de Monitorage, rapports d'activités des AC, notification des ONG, documents CS
Responsable de l'information: Chef CS
Utilisation/exploitation: Permet d'apprécier les ressources/la couverture sanitaire, exploiter/étendre les services IEC/BCC, SBC
ATTENTION : Qualité de l'information très variable, notification partielle et pas toujours à jour

Nombre d'AV:

Définition: Nombre de districts (ruraux) bénéficiant d'une accoucheuse villageoise formée
Méthode de collecte ou calcul :
Source: Fascicule de Monitorage, enregistrement au niveau du CS, MSP, connues du village
Responsable de l'information: Chef CS
Utilisation/exploitation: Permet d'apprécier les ressources/la couverture sanitaires, exploiter/étendre les services CPN, accouchement
ATTENTION : Informations parfois incomplètes, inexactes

Population totale :

Définition : Population desservie par le CS, identifiée selon les unités politico-administratives censées être couvertes par le CS
Méthode de collecte ou calcul : Somme des populations de la zone couverte
Source: Recensement National, autres?
Responsable de l'information: Chef de Centre
Utilisation/exploitation: Sert de dénominateur général a partir duquel les populations cibles pour les différents programmes ou interventions peuvent être calculées (PEV, CPN etc.)
ATTENTION : Utile surtout pour tenir compte des tendances dans le temps, sa précision étant incertaine

Nombre d'enfants complètement vaccinés :

Définition: Nombre d'enfants ayant reçu les 5 vaccinations requises avant leur premier anniversaire.
Méthode de collecte ou calcul : Compter le nombre de fiches de vaccination BCG, DTC3P3, Rouvax
Source: Fiche ou cahier de pointage + fiches infantiles computant l'information
Responsable de l'information: Agent chargé de la vaccination
Utilisation/exploitation. Permet d'apprécier la couverture adéquate en PEV
ATTENTION :

PF

Nouveaux utilisateurs :

Définition: Voir Guide pour définition.
Méthode de collecte ou calcul : Compter le nombre de nouvelles fiches ouvertes au cours du mois
Source: Cahier de pointage PF + Fiches de consultation PF
Responsable de l'information: Agent chargé de la PF
Utilisation/exploitation:
ATTENTION :

Utilisateurs réguliers :

Définition: anciennes clients qui sont revenues pour un réapprovisionnement en contraceptifs
Méthode de collecte ou calcul : Compter le nombre d'anciennes fiches de clients revenues pour un réapprovisionnement au cours du mois (respect du rendez-vous)
Source: Cahier de pointage PF + Fiches de consultations PF
Responsable de l'information: Agent chargé de la PF
Utilisation/exploitation: Permet d'apprécier la qualité du counseling
ATTENTION :

ACCOUCHEMENT

Nombre attendu

Définition: Nombre d'accouchements susceptibles d'avoir lieu au cours du mois
Méthode de collecte ou calcul : Population totale desservie par le CS x Taux de natalité / 12
Source: Sous-préfecture/commune + Fascicule de monitorage
Responsable de l'information: Chef de Centre de Santé
Utilisation/exploitation:
ATTENTION : cet indicateur est limité car la population reste une estimation à partir du taux d'accroissement moyen de l'ensemble et peut être de la viabilité.

Nombre d'accouchements assistes :

Définition: Accouchements ayant eu lieu dans les CS ou assistés à domicile par une accoucheuse formée
Méthode de collecte ou calcul : Compter le nombre d'accouchements ayant eu lieu dans le CS ou assistées à domicile par une accoucheuse formée.
Source: Registre d'accouchements + Fiches CPN + cahier de pointage AV
Responsable de l'information: Chargé CPN
Utilisation/exploitation: Permet d'identifier la nécessité d'amélioration
ATTENTION :

Nombre de naissances vivantes :

Définition: Ce sont tous les enfants nés vivants et enregistrés dans le centre de santé. L'on veillera à distinguer les enfants nés au Centre de santé et ceux nés à domicile avec l'aide d'une AV (Guide SNIS)
Méthode de collecte ou calcul : Compter le nombre de naissances vivantes enregistrées au CS et à domicile par les AV
Source: SNIS (Registre d'accouchement + Fiches CPN), Vidéogramme AV
Responsable de l'information : Chargé CPN
Utilisation/exploitation. Permet d'apprécier la qualité de la CPN

Population rayon de 10 km du CS :

Définition: Population se retrouvant à l'intérieur d'un rayon de 10km du CS
Méthode de collecte ou calcul actualiser les données issues de
Source: Fascicule de Monitorage, la DPS
Responsable de l'information: Chef CS
Utilisation/exploitation: Estimation de la population considérée ayant réellement accès aux services de soins. En utilisant cette population comme population totale on peut avoir une appréciation plus précise de la performance attendue du CS.
ATTENTION :

Population rayon de 5 km du PS :

Définition: Population se retrouvant à l'intérieur d'un rayon de 5km du PS
Méthode de collecte ou calcul : faire la somme des populations vivant à moins de 5 km du PS.
Source: Fascicule de Monitorage, la DPS
Responsable de l'information: Chef CS
Utilisation/exploitation:
ATTENTION .

CPN

1ers contacts:

Définition: Il s'agit des femmes en grossesse qui consultent pour la première fois le centre de santé pour la grossesse en cours (Guide SNIS)
Méthode de collecte ou calcul . Faire la somme des contacts journaliers au cours du mois
Source: Rapport SNIS (Cahier de pointage CPN + Nouvelles fiches CPN)
Responsable de l'information: Chargé CPN
Utilisation/exploitation Mesure l'accessibilité aux services CPN et donne une notion de confort à suivre
ATTENTION .

Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 VAT ou le rappel avant le 9eme mois:

Définition: Nombre de femmes enceintes qui ont reçu 3 visites CPN au moins, dont une au 9ème mois + 2 vaccinations antitétaniques ou un rappel
Méthode de collecte ou calcul : Somme des fiches
Source: Rapport SNIS (Fiches CPN)
Responsable de l'information: Chargé CPN
Utilisation/exploitation:
ATTENTION :

Grossesses à risques référées :

Définition: C'est le nombre de femmes présentant une grossesse à risque référée par le centre de santé vers des structures de niveau supérieur (hôpital préfectoral, hôpital régional) pour y être prises en charge (Guide SNIS).
Méthode de collecte ou calcul : Compter le nombre de cas de référence au cours du mois
Source: Cahier de référence + Registre de consultation CPC
Responsable de l'information: Chef CS
Utilisation/exploitation: Permet d'apprécier la qualité de la CPN
ATTENTION : le nombre de grossesses à risque représente 15 % des femmes enceintes.

PEV

Premiers contacts :

Définition: Nombre de nouveaux inscrits pendant le mois ou nouvelles fiches ouvertes.
Méthode de collecte ou calcul : c'est le nombre d'enfants vaccinés pour la première fois au cours du mois (dans le CS)
Source: Fiches ou cahier de pointage + nouvelles fiches infantiles ouvertes au cours du mois
Responsable de l'information: Agent chargé de la vaccination
Utilisation/exploitation: Permet de connaître le taux d'utilisation des services PEV
ATTENTION :

Rougeole :

Définition: Fièvre > 38,5°C + éruption de plus de 3 jours + toux ou écoulement nasal ou conjonctivite (Guide SNIS).
Méthode de collecte ou calcul : Compter le nombre de cas enregistrés par semaine
Source: Cahier de pointage, registre de consultation
Responsable de l'information: CCS
Utilisation/exploitation: L'apparition d'un cas de rougeole dans une zone non couverte par le programme PEV doit donner lieu à une campagne de vaccination dans cette zone. Dans les zones couvertes par le PEV, .on doit traite seulement le cas.
ATTENTION: La notification au DPS doit se faire immédiatement et porté sur le tableau de surveillance épidémiologique

Polio :

Définition: Tout cas de paralysie flasque aigué pour laquelle aucune autre cause n'est trouvée chez une personne de moins de 15 ans. Seuls les nouveaux cas de polio sont rapportés ici (Guide SNIS)
Méthode de collecte ou calcul .compter le nombre cas enregistré au cours de la semaine
Source: : Cahier de pointage, registre de consultation
Responsable de l'information : Chef Centre de Santé ,
Utilisation/exploitation: Les cas de paralysie flasque aigu doivent être rapportés chaque semaine sur le calendrier de surveillance épidémiologique. La notification d'un cas ou plus de polio doit donner lieu à un renforcement de la vaccination Polio dans le lieu d'origine du cas. La notification au DPS doit être faite immédiatement.
ATTENTION: Les séquelles de polio ancienne ne doivent pas figurer sous cette rubrique.

TNN :

Définition: Nouveau- né de moins de 1 mois qui, alors qu'il tétait et criait normalement depuis la naissance, devient soudainement incapable de téter, présente des convulsions et/ou une raideur généralisée (Guide SNIS)
Méthode de collecte ou calcul : compter le nombre cas enregistré au cours de la semaine
Source: Cahier de pointage, registre de consultation
Responsable de l'information: Chef Centre de Santé
Utilisation/exploitation: L'enregistrement d'un cas ou plus de tétanos néonatal doit conduire à contrôler la qualité de la vaccination et effectuer un renforcement de la vaccination VAT de toutes les femmes en âge de procreer dans le lieu d'origine du cas.
ATTENTION. Les cas de tétanos néonatal doivent être rapportés chaque semaine sur le calendrier de surveillance épidémiologique.

Coqueluche :

Définition Toux prolongée avec quintes entrecoupées d'inspirations sifflantes (**chant du coq**) et souvent suivies de vomissements.
Méthode de collecte ou calcul : compter le nombre cas enregistré au cours de la semaine
Source: Cahier de pointage, registre de consultation
Responsable de l'information: Chef Centre de Santé
Utilisation/exploitation: Traiter le cas
ATTENTION:

SITUATION FINANCIERE

Recettes totales :

Définition: ce sont les montant encaissés par le centre et les postes de santé
Méthode de collecte ou calcul :faire la somme de toutes les recettes enregistrées par jour
Source: cahier de relevé journalier, RUMER, le livre de caisse
Responsable de l'information: Agent du point de vente, trésorier du comité de gestion
Utilisation/exploitation : le rapport des recettes sur les dépenses devrait donner un quotient compris entre 2 et 2,5. Si ce quotient est inférieur à 2, les prescriptions doivent être rationalisées en respectant l'ordinogramme
ATTENTION. la valeur des contraceptifs consommées n'est pas introduite dans les dépenses pour le calcul du coût moyen d'un malade faute de prix unitaire standard connu.

Dépenses :

Définition: c'est l'ensemble des recettes utilisées pour le fonctionnement du centre et des postes de santé pendant le mois
Méthode de collecte ou calcul : faire la somme de toutes les dépenses du mois.
Source: Cahier de suivi des dépenses, livre de caisse, pièces justificatives.
Responsable de l'information: trésorier du comité de gestion
Utilisation/exploitation : suivre les dépenses pour éviter les dépassements. Les tendances au dépassement doivent être signalées au DPS à temps et justifiées.
ATTENTION:

Solde

Définition: c'est la différence entre recettes et dépenses enregistrés au cours de la période.
Méthode de collecte ou calcul : faire un état de rapprochement avec le solde de la solde de banque.
Source: RUMER, cahier de suivi dépenses, livre de caisse, pièces justificatives, relevé bancaire
Responsable de l'information: Agent de point de vente. Trésorier du comité de gestion.
Utilisation/exploitation: un solde négatif signifie qu'il y a un déficit budgétaire d'où utilisation des fonds de réserves.
ATTENTION: ne pas oublier qu'en cas de déficit budgétaire, il faut valoriser le stock de médicaments et l'ajouter au solde pour voir si cette situation peut être améliorée.

Contacts payants

Définition: c'est l'ensemble des premiers contacts de la CPC, les contacts ultérieurs et les contacts de traitement (pansements, injections).
Méthode de collecte ou calcul : faire la somme de tous les contacts payants cités ci-dessus.
Source: registre de consultation, cahier de contacts ultérieurs, registre d'accouchement, cahier de pointage des contacts traitement, cahier de pointage CPN et rapport mensuel SNIS.
Responsable de l'information: CCS, Chargé CPN, Chargé des Soins, Chefs des PS, les AV.
Utilisation/exploitation: un solde négatif signifie qu'il y a un déficit budgétaire d'où utilisation des fonds de réserves
ATTENTION: permet de calculer l'indice de viabilité.

Observations : Instructions

Tableau de suivi des CS

DPS de : Kankan **CS de** : .....Nouvelle Etoile.....**Année** : .....2000-2001..... . ...
Total PS · ...03. **dont fonctionnels** :...01 .**Nbre de Districts/Quartiers** : . 12.. ...**Nbre de Districts/Quartiers avec AC** .. 05 ..
Personnel: **Médecins** :. ... 00.....**AS**.. ...01. .....**TSP** · ..00. ..**ATS** : .. 01.....**SF** · . 00. .....**Laborantin** :. .00.. .**Autres** . 1ben.
Comité de Gestion : **Membres actifs** · ... 4 sur 6 **Nombre d'AV** · . 08. ..
Population : Totale : ...14 320...**Rayon de 10 km autour du CS** : ..6 840...**Rayon de 05 km autour du PS** : ... .

		MOIS						Pop.cible
	Critères d'appréciation	**Sept**	**Oct**	**Nov**	**Dec**	**Jan**	**Fev**	
CPN	1ers contacts	08	12	08	16	11	15	644
	3 CPN dont 1au 9e mois	06	04	05	08	03	06	644
	Femmes enceintes complètement vaccinées	02	04	03	06	02	05	644
	Grossesses à risques référées	01	-	02	01	-	01	
PEV	1ers contacts	15	12	10	16	18	10	701
	Nombre d'enfants complètement vaccinés	08	10	07	10	11	06	701
PF	1ers contacts	10	12	08	14	11	06	1701
	Utilisateurs réguliers	08	07	10	09	06	08	644
Accouchement	Nombre attendus	54	54	54	54	54	54	
	Nombre d'accouchements assistés	12	10	11	14	08	13	
	Nombre de naissances vivantes	12	09	10	14	08	12	
	Nombre de Morts-nés	-	01	01	-	-	01	
	Parturientes référées	-	01	-	01	-	-	
	Décès maternels	-	-	-	-	-	-	
CPC	1ers contacts	68	76	81	62	80	72	
	Référés	-	-	-	-	-	-	

PRINCIPALES MORBIDITES

Premières causes

	MOIS					
	Sept	**Oct**	**Nov**	**Dec**	**Jan**	**Fev**
Paludisme	42	36	50	36	48	56
Diarrhées	32	38	40	22	36	40
Infections respiratoires	36	20	28	16	28	31

Autres	MOIS					
	Sept	**Oct**	**Nov**	**Dec**	**Jan**	**Fev**
IST	02	01	04	00	03	01
Maladies gynécologiques non IST	00	01	00	02	01	00
Malnutritions	08	06	07	04	09	07

MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE OU A NOTIFICATION OBLIGATOIRE

	Mois de : Janvier				Mois de . Février				Mois de : Mars			
MALADIES	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**
Rougeole	-	-	-	01	-	03	04	-	-	01		
Polio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01		
TNN	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-		
Coqueluche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Fièvre Jaune	-	-	-	-	-	-	06	04	12	14		
.....												
.....												

SITUATION FINANCIERE

	MOIS					
	Sept	**Oct**	**Nov**	**Dec**	**Jan**	**Fev**
Recettes totales	420 000	310 000	275 000	380 000	415 000	360 000
Dépenses	32 000	45 000	18 000	28 000	37 500	48 000
Fonds de réserve	-	-	-	-	-	-

Observations :

Commentaires / Tableau de bord de CS

Question 1 : **Examiner attentivement chacune des données du tableau. Dire si le format du tableau répond aux préoccupations de la structure (CS, Hôpital, DPS, IRS) en question.**

Réponse : Oui, le format du tableau répond aux préoccupations du CS. Il serait préférable que la population cible soit évaluée chaque semestre et soit divisée par 2 pour la rendre conforme au monitorage..

Question 2 : **Dire en quoi et comment un tel tableau peut-il permettre de cerner la situation sanitaire globale de la structure en question: regarder en particulier le fonctionnement de la structure-ainsi que son organisation.**

Réponse : le tableau permet de cerner la situation sanitaire globale de la structure car il donne les informations de base sur le personnel, la population, les principales données épidémiologiques et sur la viabilité financière

Question 3 : **Faire une analyse de la qualité des données enregistrées : Pertinence, Précision, présentation.**

Réponse :

Pertinence : les informations sont pertinentes car elle répondent aux préoccupations des CS.

Précision : le tableau doit être plus précis . Les tirets ne permettent pas de dire si l'information est a été omise ou si elle n'existe pas.

Présentation :

- la population cible au niveau PF n'est pas exacte et il y a deux chiffres non conformes. Le total est égal à 860.
- La population cible PEV est inexacte . Le total est égale à 573 au lieu de 701.
- Il y a un taux élevé (10 % des premières CPC) de cas de malnutrition infantiles et de manière successive au cours du semestre.
- A la CPC, les références ne sont pas notifiées

Question 4 : **Revoir la définition de chacune des variables dans le tableau. Se demander si dans le groupe et par rapport au guide développé pour ce tableau, les informations peuvent être facilement compréhensibles et digestes pour chacun.**

Réponse : Les informations contenues dans le tableau sont compréhensibles et l'analyse des variables peut être définie comme suit :

- le nombre d'A.C est insuffisant : 5 AC sur 12.
- Le personnel est inférieur aux besoins : 1 agent pour 4 774 habitants.
- Le nombre de sages femmes couvrant la préfecture est nul.
- Le nombre d'A.V disponible est insuffisant pour satisfaire la demande.
- Il y a une discordante importante entre les recettes et les dépenses. La vérification de la viabilité des chiffres s'avère nécessaire.

Question 5 : **Examiner les sources de données reportées dans le guide d'utilisation des tableaux de bord et dire si ces informations y figurent effectivement et dans la même compréhension pour chacun des participants.**

Réponse : Les données reportées dans le guide d'utilisation du tableau de bord sont compréhensibles et sans ambigüité.

Question 6 : **En supposant que ces données sont réelles et concernent votre structure, relever l'ensemble des problèmes sanitaires qui vous apparaissent sur la base de l'analyse de votre tableau de bord.**

Réponse : L'analyse des problèmes sanitaires donnent une idée sur la fréquence des consultations dans les différentes structures sanitaires de la préfecture. Environ 2 femmes sur 10 s'adresse à une structure sanitaire pour la première visite CPN ; une sur 10 vient en 3 CPN dont 1 au 9e mois.
Il y a un faible taux de couverture du PEV et du PF.
Le nombre d'accouchements assistés enregistrés a dépassé le nombre d'accouchement attendu (au 6eme mois de la grossesse).
Les cas de fièvre jaune sont détectés très souvent à une fréquence régulière par mois. Par contre, un seul cas de TNN et de Polio a été enregistré sur la même période.

Question 7 :**Classer ces problèmes par ordre d'importance dans votre lieu de travail . Choisissez ensuite un problème particulier.**

Réponse : les problèmes sanitaires relevés sont classés par ordre d'importance comme suit :

1. Epidémie de Fièvre Jaune
2. PFA
3. TNN.

Question 8 : **Faites l'analyse de ce problème et décrivez l'ensemble des actions que vous comptez entreprendre pour résoudre ce problème.**

Réponse : le cas de la Fièvre Jaune attire particulière l'attention des structures sanitaires. Ainsi, certaines actions sont à prendre à savoir :

- faire des investigations
- notifier les cas référés à la DPS
- Assurer un suivi pour obtenir les prélèvements
- Acheminer les échantillons des prélèvements vers les laboratoires compétents
- Commander les vaccins au niveau central
- Conseiller les populations sur comment isoler les sujets atteints
- Informer et former le personnel et ce à tout les niveaux
- Organiser des campagnes de vaccination de la population
- Référer les cas notifiés à l'hôpital
- Informer la population et la sensibiliser à travers la radio rurale pour augmenter le taux de consultation des structures sanitaires.

Question 9 : **Présenter chacun des résultats des points ci-dessus sur Flip chart.**

Réponse : tous les commentaires ont été présenté sur Flip chart.

INFORMATIONS SANITAIRES de la DPS

IRS de : .... **DPS de** : ....**Population Totale** . . . .
Structures de soins : **Centres de Santé :** ... . **Postes de Santé :**.... ... ... **Hôpitaux** : ... .
Ressources Humaines : **Médecins :** ..... . **Pharm./Biologistes.** : . ... **SF :** .. . ... **INF** . . . .
Agents communautaires : **AV :**... ..... **Animateurs Com.** . ...**Agents SBC** . ...**Guérisseurs Tradit.** ....
Moyens de transport /Communication : **Autos** . ...**Motos :** . ... **Radios/VHS** : ....

Activités	Données	MOIS					
Consultation Primaire Curative	Premiers contacts						
	Total contacts						
	Référés						
	Consultations externes (hôpital)						
	Hospitalisations						
	TOM (%)						
Santé Maternelle	Premières CPN						
	3 CPN dont une au 9e mois						
	Accouchements assistés						
	Grossesses a risques référées						
	Décès maternels						
	Femmes enceintes avec VAT2 ou rappel						
	Nombre de cesariennes						
	Utilisateurs PF réguliers						
	Nouveaux utilisateurs PF						
Santé de l'enfant	Nouvelles fiches ouvertes						
	Enfants completement vaccinés						
	Cas de rougeole						
	Cas de Tetanos néonatale						
	Cas de Polio						
	Cas de Mainutrition						
	Cas d'Infections Respiratoires Aigues						
	Cas de Diarrhee						
IST	Total cas						
	Référés						
Premières causes de consultation	1..						
	2						
	3						
Maladies A potentiel Epidémiques	Méningite						
	Choléra						
	Fièvre Jaune						
	Diarrhee rouge						
	TBC Pulmonaire (nouveaux cas)						
	Lèpre (nouveaux cas + anciens cas)						
	Sida						
	Séro-positif VIH						
Premières causes de mortalité	1						
	2						
	3						
Gestion financière	Recettes						
	Dépenses						
	Contacts payants						

Observations :

Guide d'Exploitation du Tableau d'Informations Sanitaires de la DPS

DPS Direction Préfectorale de la Santé . En général, il s'agit du nom de la préfecture concernée La DPS représente l'instance directionnelle du district sanitaire, selon la politique sanitaire guinéenne.

Année : c'est l'année civile en cours mise à jour au 1er janvier de chaque année.

Population totale · Il s'agit de la population totale de la préfecture abritant la DPS. Cette population est en général estimée à partir des données du dernier recensement, le RGPH96. Ces données de recensement ventilées par Préfecture sont distribuées par la Direction Nationale de la Statistique. Sur cette base, le taux global d'accroissement naturel de la population guinéenne est appliqué afin de pouvoir estimée l'effectif de la population de la Préfecture.

Responsable : le Directeur Préfectoral de la Santé.

Source · Dernier Recensement Général de la population voir Direction Préfectorale de la Statistique au Secrétariat d'Etat au Plan.

Attention ! ! ! ! Il ne faut pas confondre le Recensement général de la population aux opération ponctuelles de recensement à des fins administratives.

Nombre de CS : c'est le nombre de centres de santé fonctionnels qui relèvent de la DPS. Il faut rappeler qu'un centre de santé est dit fonctionnel lorsqu'en son sein, il dispose du Personnel, Equipement, effectue un PMA et fournit des rapports à la DPS.
A mettre à jour chaque fois qu'un centre est rendu fonctionnel.

Nombre de PS · c'est le nombre de poste de santé de districts ou quartiers qui relèvent des centres de santé de la préfecture et qui sont fonctionnels (équipés, personnels fournis ayant un paquet minimum d'activités et fournissant des rapports d'activités).
A mettre à jour chaque fois qu'un poste est rendu fonctionnel.

District/Quartier

Définition : c'est le nombre de districts/Quartiers qui composent la préfecture.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de Districts/Quartiers à partir des listes
Responsable de l'information · DPS.
Source Préfecture.
Utilisation/Exploitation · permet de suivre le niveau de répartition géographique et administrative de la préfecture
ATTENTION ! :

- mise à jour en fonction de la restructuration administrative
- le district en zone rurale correspond au quartier en zone urbaine.
- A ne pas confondre avec le concept de « District sanitaire » qui correspond à la DPS

Ressources Humaines

Définition : c'est l'ensemble du personnel relevant de toutes les structures sanitaires de la DPS (Hôpital, CS, PS, AC et équipe cadre de la DPS).
Méthode de calcul : faire la somme des nombres d'agents disponibles à partir des listes du personnel et des rapports CS ou Hôpital.
Responsable de l'information Chargé/DPS
Source : DPS/Hôpital/CS/....
Utilisation/Exploitation :

- connaître l'effectif du personnel par catégorie professionnelle
- Suivre le mouvement du personnel.

ATTENTION ! : mise à jour semestrielle (juin à décembre).

Moyen de transport/Communication.

Définition : c'est l'ensemble des véhicules (autos, motos) et radios de communication fonctionnel et en bon état disponible dans la préfecture.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de moyens fonctionnel disponibles dans toutes les structures sanitaires.
Responsable de l'information : Chargé/DPS
Source : DPS/Hôpital/CS/....
Utilisation/Exploitation :

- connaître l'effectif du personnel par catégorie professionnelle.
- Suivre le mouvement du personnel.

ATTENTION ! : mise à jour semestrielle (juin à décembre).

CONSULTATION PRIMAIRE CURATIVE

Premiers contacts

Définition : malades qui consultent la structure sanitaire pour la première fois pour un nouvel épisode de maladie.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de premiers contacts notifiés.
Vérification : registre de consultation.
Responsable de l'information : Chargé / Statistiques
Source : rapport SNIS des structures (Hôpitaux, CS).
Utilisation/Exploitation : permet de suivre le niveau d'utilisation des services en matière de consultation curative.
ATTENTION ! : mise à jour mensuelle.

Total contact

Définition : c'est la somme des premiers contacts, des contacts ultérieurs et des contacts traitement
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de total contacts notifiés
Vérification : registre de consultation , registre d'hospitalisation : cahier de pointage.
Responsable de l'information : Chargé / Statistiques
Source : rapport SNIS des (CS).
Utilisation/Exploitation : permet d'apprécier la charge de travail.
ATTENTION ! : la mise à jour est mensuelle. les contacts ultérieurs et de traitement sont souvent sous-notifiés.

Référés

Définition : malades référés du CS à l'hôpital pour une meilleure prise en charge.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de cas référés.
Vérification : registre de consultation, fiches de référence ou de contre-référence.
Responsable de l'information : Chargé / Statistiques
Source : rapport SNIS (CS).
Utilisation/Exploitation :

- permet d'apprécier le respect des normes et procédures de la prise en charge des cas.
- permet d'apprécier le niveau de compétences des Agents.
- permet d'apprécier l'acceptation de la référence.

ATTENTION ! :

- mise à jour mensuelle.
- références PS → CS non inclus
- références PS → Hôpitaux non inclus

Consultations hospitalières

Définition : c'est le total des nombres de consultations (1ers contacts +contacts ultérieurs) de l'hôpital pour la période.
Méthode de calcul : enregistrer le nombre de consultations notifiées à partir du rapport de l'hôpital.
Vérification : registre d'hospitalisation.
Responsable de l'information : Chargé / Statistiques
Source : rapport SNIS Hôpital.
Utilisation/Exploitation : permet de suivre le niveau d'utilisation des services de l'hôpital.

- permet d'apprécier la qualité des services.

ATTENTION ! :

Hospitalisation

Définition : c'est le nombre total de malades hospitalisés durant la période.
Méthode de collecte : enregistrer le nombre de cas notifiés à partir du rapport de l'hôpital.
Vérification : registre d'hospitalisation.
Responsable de l'information :
Source : Hôpital
Utilisation/Exploitation : permet de suivre le niveau d'utilisation des services d'hospitalisation.
ATTENTION ! :

TOM

Définition : taux d'occupation moyen des lits de l'hôpital.
Méthode de calcul : enregistrer le taux notifié à partir du rapport de l'hôpital.
Vérification : registre d'hospitalisation.
Responsable de l'information :
Source : rapport SNIS/Hôpital
Utilisation/Exploitation : permet de suivre le niveau d'occupation des lits d'hospitalisation.
ATTENTION ! : mise à jour mensuelle.

SA NTE MATERNELLE

1ère CPN

Définition : c'est le nombre de femmes enceintes qui consultent pour la 1ere fois au cours d'une grossesse.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de 1ers contacts notifiés.
Vérification : fiche des clientes de CPN.
Responsable de l'information :
Source : rapports SNIS des CS
Utilisation/Exploitation : permet de suivre le niveau d'utilisation de la CPN
ATTENTION ! :

- mise à jour mensuelle.
- Enregistrement de femmes n'appartenant pas à la zone de couverture (souvent).

3 CPN dont une au 9e mois :

Définition : c'est le nombre de femmes enceintes ayant 3 CPN au plus pendant la grossesse dont 1 au 9e mois.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de cas notifiés.
Vérification : fiche de consultation CPN.
Responsable de l'information :
Source : rapports SNIS des CS
Utilisation/Exploitation : permet de suivre la régularité et l'achèvement de la CPN.
ATTENTION ! :

Grossesses à risques référées :

Définition : c'est le nombre de femmes enceintes qui ont été référées pour des facteurs de risque (qui menacent l'évolution de la grossesse ou de l'accouchement).
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de cas référés.
Vérification : fiche de consultation CPN et fiches de références et de contre-références.
Responsable de l'information : Chargé / Statistiques

Source : rapports SNIS des CS
Utilisation/Exploitation :

- permet de suivre le respect des normes et procédures de la prise en charge des grossesses à risques.
- Permet d'apprécier les compétences des agents.

ATTENTION ! :

Accouchements assistés

Définition : c'est le nombre d'accouchements au niveau d'une structure sanitaire ou à domicile assistés par un agent formé.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres d'accouchements assistés notifiés pendant la période.
Vérification : registre d'accouchement et vidéogramme des AV.
Responsable de l'information :
Source : rapport SNIS des CS et Hôpital.
Utilisation/Exploitation : permet de suivre le niveau d'accouchements assistés.
ATTENTION ! :

Décès maternels

Définition : c'est le nombre de décès survenus pendant le travail, l'accouchement ou par la suite de complication de post-partum.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de décès notifiés.
Vérification : registre d'hospitalisation. et registre d'accouchement CS.
Responsable de l'information :
Source : rapports SNIS des CS/Hôpitaux.
Utilisation/Exploitation : permet d'apprécier la qualité de la prise en charge de la femme enceinte.
ATTENTION ! : très souvent, il y a une sous-notification des décès. Il faut inclure des décès maternels notifiés par les accoucheuses villageoises.

Femmes enceintes avec 2 VAT ou Rappel

Définition : c'est le nombre de femmes enceintes ayant reçues avant le 9e mois 2 doses ou ayant eu un rappel de VAT.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de cas notifiés.
Vérification : fiche de clientes CPN.
Responsable de l'information :
Source : rapports SNIS des CS
Utilisation/Exploitation : permet d'apprécier la qualité de la prise en charge de la femme enceinte (prévention Tétanos).
ATTENTION ! :

Nombre de césariennes

Définition : c'est le nombre d'accouchements réalisés par césariennes.
Méthode de calcul : enregistrer le nombre de cas de césariennes notifiées.
Vérification : registre d'accouchement et protocole d'intervention.
Responsable de l'information : DH
Sources : rapports SNIS/Hôpital
Utilisation/Exploitation : apprécier le niveau de prise en charge des grossesses à risque.
ATTENTION ! :

Nouveaux utilisateurs PF

Définition : c'est le nombre de clients ayant consulté une structure sanitaire pour adopter une méthode contraceptive
Méthode de calcul : faire la somme des nombres d'utilisateurs notifiés
Vérification : fiche de clients
Responsable de l'information : Directeur / Hôpital
Sources : rapports SNIS/Hôpital, Cliniques PF, CS
Utilisation/Exploitation :

- permet de suivre le niveau de recrutement des clients des services PF.
- Permet d'apprécier le niveau d'information de la population en PF

ATTENTION ! : Actuellement les rapports des cliniques PF ne sont pas envoyés vers les DPS. Les premiers contacts des rapports SBC sont intégrés dans le rapport des CS.

Utilisateurs PF Réguliers

Définition : c'est le nombre de clients ayant utilisés plus d'une fois une méthode de contraception en respectant les rendez-vous, les services de PF.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de cas notifiés.
Vérification : fiche des clients PF.
Responsable de l'information : Chargé / Statistiques
Sources : rapports SNIS des services PF (Hôpitaux, CS, clinique PF)
Utilisation/Exploitation : permet d'apprécier la régularité des utilisateurs et la qualité des prestations.
ATTENTION ! :

SANTE DE L'ENFANT

Nouvelles Fiches Ouvertes

Définition : c'est l'ensemble des fiches des enfants nouvellement inscrits ou vaccinés dans les CS (ou PEV).
Méthode de calcul : faire la somme,des nombres de fiches ouvertes notifiées.
Vérification : fiches infantiles ouvertes
Responsable de l'information :
Source : rapports de vaccination des CS
Utilisation/Exploitation : permet d'apprécier la couverture vaccinale.
ATTENTION ! : enregistrement d'enfants n'appartenant pas à la zone de couverture.

Enfants complètement vaccinés

Définition : c'est le nombre d'enfants ayant reçu toutes les doses d'antigène pendant la période requise.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres d'enfants complètement vaccinés, notifiés.
Vérification : fiche des enfants vaccinés.
Responsable de l'information :
Sources :
- rapports SNIS de vaccination
- rapport SNIS des CS

Utilisation/Exploitation : permet d'apprécier l'achèvement de la vaccination des enfants.
ATTENTION ! :

Maladies de l'enfant

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de cas notifiés.
Vérification : registres de consultation
Responsable de l'information :
Source : rapport SNIS des CS/Hôpitaux
Utilisation/Exploitation :
ATTENTION ! : éviter de tenir compte des cas référés déjà inscrits. Une surveillance épidémiologique des maladies de l'enfant s'avère nécessaire car cela permettra d'évaluer l'impact du PEV.

IST

Total cas

Définition : nombre de personnes ayant été consulté pour un épisode d'IST dans les CS et les Hôpitaux.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de cas à partir des rapports.
Vérification : registre de consultation.
Responsable de l'information :
Sources : rapport SNIS des CS/Hôpitaux

Utilisation/Exploitation : permet d'apprécier l'évolution de l'utilisation des services des IST dans la préfecture. ATTENTION ! : différence entre CS et Hôpital du point de vue de l'approche diagnostique.

Référés

Définition : c'est l'ensemble des cas d'IST référés des CS vers l'Hôpital.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de cas référés notifiés à partir des rapports.
Vérification : Registres de consultation , Fiches de références et contre-références.
Responsable de l'information :
Source : rapports SNIS des CS
Utilisation/Exploitation : permet de suivre la qualité de la prise en charge.
ATTENTION ! :

3 Premières causes de consultation

Définition : il s'agit des 3 premières affections qui ont données lieu à plus de consultation dans la préfecture pendant le mois.
Méthode de calcul :

- faire la somme par pathologie des nombres de cas notifiés dans les rapports SNIS.
- Sélectionner les 3 pathologies correspondant au plus grand nombre de cas.

Vérification :registres de consultation CS et Hôpital.
Responsable de l'information :
Sources : rapports SNIS de CS/Hôpitaux
Utilisation/Exploitation : permet d'identifier les problèmes de santé les plus importants de par leur fréquence.
ATTENTION ! : Eviter la duplication des cas de référés du CS vers l'Hôpital . Les chiffres 1,2 et 3 ne correspondent pas à l'ordre d'importance, compte tenu du fait que cet ordre peut varier dans le temps.

Maladies à potentiel épidémique

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de calcul : faire la somme des nombres de cas notifiés dans les rapports SNIS (CS et Hôpital, LTO).
Vérification : registre de consultation et fiches de malade.
Responsable de l'information :
Sources : rapport SNIS (CS et Hôpital, LTO).
Utilisation/Exploitation : permet une surveillance épidémiologique.
ATTENTION ! : Eviter le décompte double des cas référés. Les rapports des services LTO ne sont pas transmis à la DPS. Pour les cas de séropositifs/VIH et SIDA, se référer à l'hôpital (laboratoire).

Premières causes de mortalité

Définition : ce sont les 3 premières pathologies qui ont entraînées plus de décès durant le mois.
Méthode de calcul :

- faire la somme des nombres de cas de décès par pathologie notifiés dans les rapports.
- Sélectionner les 3 pathologies correspondant au nombre de décès les plus élevés.

Vérification : registre de consultation et dossiers d'hospitalisation.
Responsable de l'information :
Sources : rapport SNIS (CS et Hôpital).
Utilisation/Exploitation : permet une surveillance épidémiologique.
ATTENTION ! : Les décès sont généralement sous-notifiés.

Recettes

Définition : somme d'argent généré par tous les contacts payant au niveau des CS.
Méthode de calcul : faire la somme des recettes notifiées par les CS durant la période.
Vérification : Livre de caisse.
Responsable de l'information :
Source : rapport SNIS / CS
Utilisation/Exploitation :
ATTENTION ! :

Dépenses

Définition : c'est la somme d'argent décaissé par le CS pour leur fonctionnement durant la période.
Méthode de calcul : faire la somme des montants notifiés dans les rapports SNIS des CS.
Vérification : livre de caisse , cahier de suivi de l'exécution du budget.
Responsable de l'information :
Source : rapport SNIS des CS.
Utilisation/Exploitation :
ATTENTION ! : les dépenses s'effectuent sur 2 Lignes :

- les recettes de la période
- le fonds de réserve en banque.

Solde

Définition : c'est la différence entre le total des recettes d'une période et le total des dépenses de la même période.
Méthode de calcul : faire la somme des soldes notifiés dans les rapports SNIS des CS.
Vérification : registre de consultation et fiches de malade.
Responsable de l'information :
Source : rapport SNIS des CS.
Utilisation/Exploitation : permet de suivre l'équilibre budgétaire.
ATTENTION ! : cette partie est réservée à toute autre information susceptible d'apporter des éclaircissements sur les données contenues dans le tableau.

INFORMATIONS SANITAIRES de la DPS

IRS de : TERRE MERE..... **DPS de** : .....Paradis.....**Population Totale** : ...86 000...
Structures de soins: Centres de Santé : ....12.....**Postes de Santé** :.... 28 .... **Hôpitaux** : ...01...
Ressources Humaines : **Médecins** : ...08..... **Pharm./Biologistes.** : ...02..... **SF** : ...00..... **INF** : ...18.....
Agents communautaires : **AV** : ...26...**Animateurs Com.** : ...12...**Agents SBC** : ...30...**Guérisseurs Tradit.** : 33
Moyens de transport /Communication : **Autos** : .....01...**Motos** : ...18... **Radios** : ...02.....

Activités	Données	1er Trimestre	2ème Trimestre	3ème Trimestre	4ème Trimestre
Consultation curative	Premiers contacts	84	99	06	36
	Total contacts	2 345	3 963	2 949	1 325
	Référés	16	-	19	23
	TOM	-	-	-	-
Santé Maternelle	Premières CPN	1 161	2 273	1 849	600
	3 CPN dont une au 9e mois	348	323	212	-
	Grossesses à risques référées	11	10	23	04
	Décès maternels	03	-	-	21
	Femmes enceintes complètement vaccinées	1 093	994	613	212
	Nombre de césariennes	-	-	04	-
	Nouveaux utilisateurs PF	86	28	30	32
	Utilisateurs PF réguliers	43	10	12	12
Santé de l'enfant	Nouvelles fiches ouvertes	123	169	199	132
	Enfants complètement vaccinés	89	69	73	68
	Cas de rougeole	04	13	12	-
	Cas de Tétanos néonatale	-	-	-	-
	Cas de Polio	-	-	04	-
	Cas de Malnutrition	12	11	12	13
	Cas d'Infections Respiratoires Aigües	-	-	-	-
	Cas de Diarrhée	-	-	-	-
IST	Total cas	22	18	-	-
	Référés	05	02	-	-
Premières causes de consultation	1 Paludisme	1 246	1 624	1 338	1280
	2				
	3				
Maladies A potentiel Epidémiques	Méningite	-	04	08	-
	Choléra	-	-	-	-
	Fièvre Jaune	-	02	18	26
	Diarrhée rouge	12	18	23	52
	TBC Pulmonaire (nouveaux cas)	183	101	121	98
	Lèpre (nouveaux cas + anciens cas)	23	32	16	18
	SIDA	08	12	32	90
	Séro-positives/VIH	28	32	102	198
Premières causes de mortalité	1 Paludisme	32	23	26	27
	2 SIDA	06	12	30	69
	3	-	-	-	-

Observations : Les données relatives à la séroprévalence et au SIDA sont sous-estimés parce que le CS urbain situé en zone minière n'a pas donné ses rapports.

Commentaires / Tableau de bord de DPS

Question 1 : **Examiner attentivement chacune des données du tableau. Dire si le format du tableau répond aux préoccupations de la structure (CS, Hôpital, DPS, IRS) en question.**

Réponse : Oui, le format du tableau répond aux préoccupations du CS. Mais la population cible doit correspondre à la période de six mois.

Question 2 : **Dire en quoi et comment un tel tableau peut-il permettre de cerner la situation sanitaire globale de la structure en question: regarder en particulier le fonctionnement de la structure ainsi que son organisation.**

Réponse : le tableau permet de cerner la situation sanitaire globale de la structure car il donne les informations de base sur le personnel, la population, les principales données épidémiologiques et sur la viabilité financière.

Question 3 : **Faire une analyse de la qualité des données enregistrées : Pertinence, Précision, présentation.**

Réponse :

Pertinence : les informations sont pertinentes car elle

Question 4 : **Revoir la définition de chacune des variables dans le tableau. Se demander si dans le groupe et par rapport au guide développé pour ce tableau, les informations peuvent être facilement compréhensibles et digestes pour chacun.**

Réponse :

Question 5 : **Examiner les sources de données reportées dans le guide d'utilisation des tableaux de bord et dire si ces informations y figurent effectivement et dans la même compréhension pour chacun des participants.**

Réponse :

Question 6 : **En supposant que ces données sont réelles et concernent votre structure, relever l'ensemble des problèmes sanitaires qui vous apparaissent sur la base de l'analyse de votre tableau de bord.**

Réponse :

Question 7 :**Classer ces problèmes par ordre d'importance dans votre lieu de travail . Choisissez ensuite un problème particulier.**

Réponse :

Question 8 : **Faites l'analyse de ce problème et décrivez l'ensemble des actions que vous comptez entreprendre pour résoudre ce problème.**

Question 9 : **Présenter chacun des résultats des points ci-dessus sur Flip chart.**

Tableau de bord de l'IRS

IRS de : ..... **Année :** .....
Population Totale : .....**Nombre de : Centres de Santé :** .....**Postes de Santé :** .... **Hôpitaux :** .....
Ressources Humaines : Médecins : ... ... **Pharmaciens/Biologistes :** .....**Sages Femmes :** ..... **Techniciens Labo/Pharmacie. :** .....**Infirmiers :** .....**Tech.Dentistes :** ....
Moyens de transport /Communication : Autos : ..... **Motos :** ..... **Radios / VHS :** .....

	ACTIVITES/Trimestre (par Préfecture)		PREFECTURE																									TOTAL
			.... Population : . .....SF :					.... Population : .. ..SF · ..					.... Population : .... ..SF · ...					.... Population : ..... SF : ...					.. .. Population : ... .SF : . ..					
			T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total	
SMI	CPN1																											
	CPN3 (dont une au 9e mois)																											
	Fem. Enceintes avec 2VAT/R																											
	Accouchements assistés																											
	Décès maternels																											
	Enfant complètement vacciné																											
PF	Premiers contacts																											
	Utilisateurs réguliers																											
Autres	Taux d'occupation moyenne																											
	Cas de Césariennes																											
MORBIDITE	Tétanos néonatal																											
	Cas de Polio																											
	Lèpre· nouveaux & anciens cas																											
	Cas de Rougeole																											
	TBC pulmonaire. M+																											
	Cas de VIH+																											
Maladies A potentiel Epidémique	Cas de Méningite																											
	Cas de Choléra																											
	Cas de Fièvre Jaune																											
	Diarrhée rouge																											
	Autres																											
Données financières	Centre de Santé	IV>= 2	/////		/////		/////	/////		/////		/////	/////		/////		/////	/////		/////		/////	/////		/////		/////	
		IV< 2	/////		/////		/////	/////		/////		/////	/////		/////		/////	/////		/////		/////	/////		/////		/////	
	Hôpitaux	Recettes																										
		Dépenses																										
		Solde																										

Observations :

- Diagnostic de la situation
- Identification des interventions appropriées avec DPS

- Cas de TNN/Polio : Exiger le prélèvement des échantillons et leurs confirmations au niveau des laboratoires spécialisés
  - Informer le niveau central
  - Planification/organisation d'un centre de traitement du choléra
  - Mobilisation des Ressources
  - Faisabilité des interventions
  - Fiabilité et validité des données

Lèpre . tous les cas (prevalence)

TBC : cas pulmonaires à microscopie positive (BK+)

Rougeole : tous les cas quelque soit le statut vaccinal de l'enfant.

SMI

1ère CPN

Définition . voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS
Responsable de l'information .
Source . rapports SNIS
Utilisation/Exploitation · permet de suivre l'utilisation des services par Préfecture et dans la région Lorsque le taux est faible, l'IRS aide à identifier les causes et fait des propositions concrètes qui peuvent être ·

- la supervision rapprochée
- la formation
- la sensibilisation de la communauté parle biais de la radio rurale et les Accoucheuses Villageoises

ATTENTION ! :
- mise à jour trimestrielle
- Enregistrement de femmes n'appartenant pas à la zone de couverture (souvent).

3 CPN dont une au 9e mois :

Définition voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS
Responsable de l'information : Chargé de Formation
Source : rapports SNIS /CPN.
Utilisation/Exploitation : permet de renseigner sur la qualité du suivi des femmes en grossesse. Lorsque le taux est faible par rapport à la CPN1, l'IRS identifie les causes et fait des propositions qui peuvent être :

- la supervision formative
- la sensibilisation de la communauté par la radio rurale sur l'importance des rendez-vous en CPN.

ATTENTION ! :

Accouchements assistés

Définition · voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS
Responsable de l'information : chargé de la formation
Source : rapports SNIS
Utilisation/Exploitation : lorsque le taux est faible, l'IRS intervient concrètement par ·

- les recherches opérationnelles sur les causes du faible taux d'accouchements assistés
- Appui à la formation des AV et des Agents chargés de la CPN.
- Recherche des équipements pour certains centres ou hôpitaux nécessiteux.

- Sensibilisation par le biais de la radio rurale des femmes sur l'intérêt des accouchements assistés

ATTENTION ! :

Décès maternels

Définition : voire guide SNIS
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS
Responsable de l'information : chargé de la formation
Source : rapports SNIS
Utilisation/Exploitation : lorsque le taux est faible, l'IRS intervient concretement par :

- les recherches opérationnelles sur les causes du faible taux de décès maternels
- Appui à la formation des AV et des Agents chargés de la CPN.
- Recherche des équipements pour certains centres ou hôpitaux nécessiteux.
- Sensibilisation par le biais de la radio rurale des femmes sur l'intérêt des accouchements assistés

Enfants complètement vaccinés

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS
Responsable de l'information :
Sources :

- rapports SNIS de vaccination
- rapport SNIS des CS

Utilisation/Exploitation : permet d'apprécier l'achèvement de la vaccination des enfants.
ATTENTION ! : mise à jour trimestrielle

PF

Premiers contacts

Définition : malades qui consultent la structure sanitaire pour la première fois pour un nouvel épisode de maladie.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS
Source : rapport SNIS des structures (Hôpitaux, CS).
Utilisation/Exploitation : permet de suivre l'utilisation des services de PF Même démarche que la CPN quand le taux d'utilisation est bas.
ATTENTION ! : mise à jour trimestrielle.

Utilisateurs PF Réguliers

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS
Responsable de l'information : Chargé de Formation
Source : rapports SNIS.
Utilisation/Exploitation : permet de renseigner sur la qualité du suivi des utilisateurs réguliers en PF. Lorsque le taux est faible par rapport à la CPN1, l'IRS identifie les causes et fait des propositions qui peuvent être

- la supervision formative
- la sensibilisation de la communauté par la radio rurale sur l'importance des rendez-vous en PF.

ATTENTION ! :

AUTRES

TOM

Définition : taux d'occupation moyen des lits de l'hôpital.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS
Responsable de l'information :

Source : Hôpital
Utilisation/Exploitation · permet de renseigner sur la charge de travail des services d'hospitalisation. Lorsque le taux est faible, l'IRS propose concrètement la supervision formative des hôpitaux pour situer les causes.
ATTENTION ! :

- mise à jour trimestrielle.

Nombre de césariennes

Définition : voire guide SNIS/Hôpital.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS.
Responsable de l'information :
Sources :

- rapports SNIS
- Hôpital
- Cliniques PF
- CS

Utilisation/Exploitation : permet de calculer le taux de césariennes qui nous renseigne sur le nombree de césariennes au cours d'une période donnée Quand ce taux est élevé ou bas, l'IRS procède à l'analyse avec l'hôpital de tutelle et appuie la supervision formative.
ATTENTION ! :

MORBIDITE

TNN

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul . compilation des rapports SNIS/DPS
Responsable de l'information chargé de la formation
Source : rapports SNIS.
Utilisation/Exploitation : permet de renseigner sur le nombre de cas de TNN et la qualité de la chaîne de froid, l'adéquation de la couverture vaccinale par rapport au cas L'IRS fait des investigations épidémiologiques en collaboration avec l'équipe DPS en :

- informant le niveau central
- appuyant à l'organisation de la vaccination
- organisant la formation des Agents

ATTENTION ! : enregistrement d'enfants n'appartenant pas à la zone de couverture.

Polio

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS.
Responsable de l'information : chargé de la formation.
Source : rapports SNIS.
Utilisation/Exploitation : permet de détecter le moindre cas d'épidémie. L'IRS

- fait une investigation (prélèvement et Transport des échantillons de selles vers les laboratoires de référence de conakry.
- Renforce les vaccinations de routine et les zones d'ombre.

ATTENTION ! : enregistrement d'enfants n'appartenant pas à la zone de couverture.

Fièvre jaune

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS.
Responsable de l'information : chargé de la formation.
Source : rapports SNIS.
Utilisation/Exploitation : Un seul cas constaté est une épidémie Concrètement, l'IRS .

- organise une investigation pour la confirmation (prélèvement, transport des échantillons vers les laboratoires spécialisés).
- Informe le niveau central et les partenaires de terrain
- Aide à organiser la prise en charge des cas référés
- Mobilise les ressources nécessaires pour la prise en charge des cas et des vaccination
- Appuie les DPS dans la planification et dans l'exécution de la campagne de vaccination
- Fait l'évaluation des activités de vaccination.

ATTENTION ! : enregistrement de cas n'appartenant pas à la zone de couverture.

Diarrhée rouge

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS
Responsable de l'information : chargé de la formation.
Source : rapports SNIS
Utilisation/Exploitation : l'IRS suit :

- l'évolution et l'apparition des cas
- organise des prélèvements et expédie les échantillons vers les laboratoires compétents
- passe les commandes de médicaments au niveau central
- forme les agents.

ATTENTION ! .

TNN

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS .
Responsable de l'information : chargé de la formation.
Source : rapports SNIS.
Utilisation/Exploitation : permet de renseigner sur le nombre de cas de TNN et la qualité de la chaîne de froid, l'adéquation de la couverture vaccinale par rapport au cas. L'IRS fait des investigations épidémiologiques en collaboration avec l'équipe DPS en :

- informant le niveau central
- appuyant à l'organisation de la vaccination
- organisant la formation des Agents

ATTENTION ! :.

Choléra

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS .
Responsable de l'information : chargé de la formation.
Source : rapports SNIS.
Utilisation/Exploitation : tout cas détecté est un signe d'épidémie. L'IRS

- organise des investigations épidémiologiques par le prélèvement et le transport des échantillons vers le niveau central.
- Appui la mise en place de centres de traitement
- Diffuse l'information vers les communautés et les partenaires concernés
- Organise les ressources locales
- Commande les médicaments au niveau central
- Sensibilise et informe la communauté sur les mesures de prévention à travers la radio rurale
- Notifie quotidiennement les cas enregistrés au niveau central

ATTENTION ! :

Méningite

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS.
Responsable de l'information : chargé de la formation.
Source : rapports SNIS.
Utilisation/Exploitation : Un seul cas constaté est une épidémie. Concrètement l'IRS

- organise une investigation pour la confirmation (prélèvement, transport des échantillons vers les laboratoires spécialisés).
- Informe le niveau central et les partenaires de terrain
- Aide à organiser la prise en charge des cas référés
- Mobilise les ressources nécessaires pour la prise en charge des cas et des vaccination
- Appuie les DPS dans la planification et dans l'exécution de la campagne de vaccination
- Fait l'évaluation des activités de vaccination.

ATTENTION ! :

Lèpre

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS.
Responsable de l'information : chargé de la formation.
Source : rapports SNIS.

- Utilisation/Exploitation : tous les cas sont notifiés pour apprécier à tout moment la situation par rapport à l'objectif d'élimination pour la région et par préfecture (un cas pour 10 000 habitants) L'IRS appuie les activités d'élimination de la maladies par préfecture

ATTENTION ! :

Tuberculose

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS.
Responsable de l'information : chargé de la formation.
Source : rapports SNIS
Utilisation/Exploitation : tous les cas pulmonaires positif sont à notifiés aux DPS qui sont responsables de la transmission. L'IRS fait :

- La compilation et l'analyse des données des DPS
- Passe la commande et s'occupe de l'acheminement des médicaments et des réactifs.
- La formation des agents
- Approvisionne les DPS

ATTENTION ! :

Les séropositifs

Définition : voire guide SNIS.
Méthode de collecte ou calcul : compilation des rapports SNIS/DPS.
Responsable de l'information : chargé de la formation.
Source : rapports SNIS.
Utilisation/Exploitation : l'IRS :

- Compile les données
- Sensibilise la communauté et le personnel de santé sur les mesures de prévention à travers la radio rurale et en collaboration avec les partenaires de terrain.

ATTENTION ! :

Tableau de bord de l'IRS

IRS de : .....ZEBELA..... **Année :** ...2000.....
Population Totale : .....1 036 000.....**Nombre de : Centres de Santé :** ...62... ..**Postes de Santé :** .....105... . . **Hôpitaux :** .....05.....
Ressources Humaines : Médecins : ...48 ... **Pharmaciens/Biologistes :** ...05.....**Sages Femmes :** ...03... **Techniciens Labo/Pharmacie.** : ...05...**Infirmiers :** ...158**Tech.Dentistes :** ...02..
Moyens de transport /Communication : Autos : .....08..... **Motos :** .....23..... . **Radios / VHS :** .....05....

	ACTIVITES/Trimestre (par Préfecture)		KANKAN Population : .....SF : 02.					KEROUANE Population : .....SF : 01					SIGUIRI Population : .....SF : 01.					MANDIANA Population : .....SF : 00.					KOUROUSSA Population .....SF . 01					TOTAL
			T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total	
SMI	CPN1		700	1000	900	1500		330	420	460	530		526	538	612	489		320	370	410	423		463	473	523	538		
	CPN3 (dont une au 9e mois)		210	230	212	412		100	126	86	87		89	123	66	76		98	111	121	112		103	100	93	89		
	Fem. Enceintes avec 2VAT/R		123	169	196	201		18	21	36	22		36	29	21	31		46	39	32	23		12	21	10	00		
	Accouchements assistés		120	109	89	64		23	18	38	12		21	23	23	19		33	5	28	21		12	09	00	00		
	Décès maternels		05	12	08	13		09	08	06	07		09	11	15	13		12	06	07	03		89	48	56	65		
	Enfant complètement vacciné		236	202	188	189		123	128	132	103		189	139	173	109		108	103	199	232		79	97	98	108		
PF	Premiers contacts		17	12	09	11		18	09	11	12		15	14	11	12		21	22	26	29		31	29	31	33		
	Utilisateurs réguliers		09	06	07	09		09	08	13	12		00	00	00	00		07	03	02	01		00	00	00	00		
Autres	Taux d'occupation moyenne		63	53	49	66		28	38	48	56		65	86	68	59		69	56	65	68		86	68	57	39		
	Cas de Césariennes		11	12	13	12		23	12	15	17		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		
MORBIDITE	Tétanos néonatal		02	-	-	-		-	-	-	05		-	-	10	-		11	-	-	-		-	-	66	73		
	Cas de Polio		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	03	-	-		
	Lèpre: nouveaux & anciens cas		-	-	-	06		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		
	Cas de Rougeole		-	-	13	-		-	-	20	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		
	TBC pulmonaire. M+		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		
	Cas de SIDA avérés		-	04	-	08		-	-	06	-		09	18	36	63		-	-	-	-		-	-	-	-		
Maladies A potentiel Epidémique	Cas de Méningite		-	12	-	11		-	-	-	-		11	13	16	17		-	23	-	-		-	-	-	-		
	Cas de Choléra		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		
	Cas de Fièvre Jaune		-	-	-	-		11	12	21	36		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		
	Diarrhée rouge		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		
	Autres		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		
Données financières	Centre de Santé	IV>= 2	/////	10	////	15	/////	/////	09	/////	11	/////	/////	13	///	23	////	/////	11	////	09	////	/////	10	////	15	/////	
		IV< 2	/////	13	////	12	/////	/////	11	/////	16	/////	/////	14	///	18	////	/////	19	////	13	////	/////	14	////	15	/////	
	Hôpitaux (en milliers)	Recettes	123	136	163	173	136	323	416	164	156	323	203	302	199	212	286	300	312	116	197	203	199	263	318	263		
		Dépenses	132	161	136	137	163	332	461	146	165	332	230	203	199	221	108	300	321	161	179	230	199	236	331	236		
		Solde																										

Observations :

Commentaires / Tableau de bord de l'IRS

Question 1 : **Examiner attentivement chacune des données du tableau. Dire si le format du tableau répond aux préoccupations de la structure (CS. Hôpital, DPS, IRS) en question.**

Réponse :

Le format répond bien aux préoccupations de l'IRS.

Question 2 : **Dire en quoi et comment un tel tableau peut-il permettre de cerner la situation sanitaire globale de la structure en question: regarder en particulier le fonctionnement de la structure ainsi que son organisation.**

Réponse :

Ce tableau permet de cerner la situation globale de la région car :

- Présente la compilation des données par préfectures
- Les variables sélectionnées sont en rapport avec les activités des DPS et la situation épidémiologique.
- Permet de suivre la tendance évolutive de l'utilisation des services et le suivi des femmes en Grossesses et les enfants
- Identifie les besoins en ressources humaines et en formation
- Traduit les relations verticales qui se traduisent par :
  - transmission des rapports des DPS à l'IRS
  - périodicite de la Transmission et de la compilation.

Question 3 : Faire une analyse de la qualité des données enregistrées : Pertinence. Précision. présentation.

Réponse

Les données sont pertinentes car elles sont en relation avec les activités de Terrain. Elles permettent de prendre des décisions en rapport avec le résultat des données compilées.

Précisions : le tableau ne permet pas de juger de la précision, ni de la fiabilité des données car elles sont produites et traitées à deux niveaux différents (CS, DPS) avant d'arriver à l'IRS.

Présentation :

- le tableau doit préciser si les cases avec tirets signifient des données non disponibles ou inexistantes.
- L'absence de données sur la populations des préfectures fausse le calcul des indicateurs.

Discordance :

- Le nombre total de sages femmes de la région est différent du nombre total des SF par préfectures.

- Le nombre d'infirmiers disponible est insuffisant par rapport aux besoins des différentes structures.
- Le nombre de SF et de Techniciens/Dentistes est insuffisant.
- Le nombre de motos est très insuffisant (déficit d'au moins 39 motos dans la région).
- Le nombre de CS enregistrés est inférieur au nombre de CS présentant une analyse financière.
- Le nombre de CS/Préfecture est supérieur au nombre total de CS pour toute la région.
- Les données de morbidité (Fièvre Jaune, TNN, SIDA) ne sont pas fiables et invraisemblables.

Question 4 : **Revoir la définition de chacune des variables dans le tableau. Se demander si dans le groupe et par rapport au guide développé pour ce tableau, les informations peuvent être facilement compréhensibles et digestes pour chacun.**

Réponse : pas de suggestions

Question 5 : **Examiner les sources de données reportées dans le guide d'utilisation des tableaux de bord et dire si ces informations y figurent effectivement et dans la même compréhension pour chacun des participants**

Réponse :

Certaines variables définies dans le guide d'utilisation des tableaux n'existent pas dans les tableaux de bord .

Question 6 : **En supposant que ces données sont réelles et concernent votre structure, relever l'ensemble des problèmes sanitaires qui vous apparaissent sur la base de l'analyse de votre tableau de bord.**

Réponse :

Les problèmes sanitaires existent dans le suivi de certaines maladies à potentiel épidémiques comme le TNN, le Polio, le SIDA, le Méningite, la Fièvre Jaune.

- TNN : 1 cas est une épidémie. On a observé 167 cas dans la région dont 139 à Kouroussa. Le nombre est invraisemblable eu égard aux activités de vaccination. Le fait que ces cas se répètent d'un trimestre à un autre reflète une absence totale de surveillance épidémiologique. Ceci remet en cause la fiabilité des chiffres et justifie une enquête.
- Polio : 1 cas est une épidémie. L'observation des cas de polio et de TNN dans la même préfecture pose des problèmes de :
    - définition des cas
    - qualité de la vaccination
    - validité des chiffres
    - qualité de la surveillance
- Le SIDA : on observe que le nombre de cas double d'un trimestre à un autre à Siguiri où le taux de transmission est forte et où il existe certainement plusieurs cas de séropositifs inconnus. Il est préférable de revoir la situation des préfectures où un cas est au moins détecté.
- Fièvre jaune : 1 cas est une épidémie. La préfecture de Kérouané est à observation de près étant donné qu'il y a une augmentation des cas à chaque trimestre.
- Idem pour les décès maternels.

Question 7 : **Classer ces problèmes par ordre d'importance dans votre lieu de travail . Choisissez ensuite un problème particulier.**

Réponse :

TNN – Polio – Décès maternels – Méningite – Fièvre Jaune – SIDA.
Une série d'actions à mener s'imposent pour résoudre les problèmes identifiés. Il s'agit de :

- investigation épidémiologique
- commande de vaccins et approvisionnement des DPS
- formation et sensibilisation du Personnel sur la reconnaissance et la référence des grossesses à risque vers les hôpitaux
- supervision rapprochée
- sensibilisation des femmes enceintes sur l'importance des accouchements assistés et les références
- contact permanent avec les partenaires de terrain pour résoudre les problèmes d'insuffisance des moyens de logistiques et de personnel.
- redéploiement du personnel à l'intérieur de la région pour éviter les grandes disparités entre les préfectures.
- évaluation des interventions

Critères de choix de

- vulnérabilité du problème
- existence d'une intervention efficace
- faisabilité de l'intervention
- gravité du problème
- importance et fréquence du problème
- répercussion sur les activités socio-économique.

Question 8: **Faites l'analyse de ce problème et décrivez l'ensemble des actions que vous comptez entreprendre pour résoudre ce problème.**

Réponse

Question 9 : **Présenter chacun des résultats des points ci-dessus sur Flip chart.**

Tableau de Bord / Hôpital Maternité

DPS de : .... **Hôpital Préfectoral de :** .... **Année :** .....
Population Totale de la Préfecture : ..... **Population Totale de la commune urbaine :** .....
Personnel: Médecins :..... .....**Sages Femmes**..... **Infirmiers** .....**Filles de Salle :** .....**Matrones :**.....
Nombre total de lits :..... ... . **dont : lits en gynécologie:** .. ..**lits en Obstétrique :** ....

Activités	Critères d'appréciation	MOIS						Total
Consultation	Premiers contacts							
	Contacts ultérieurs							
Hospitalisation	Simples							
	Avec interventions programmées							
	Avec interventions non programmées							
	DMS (en jours)							
	TOM (%)							
Accouchements	Eutociques							
	Dystociques							
	Nombre de césariennes							
	Nombre de naissances vivantes							
	Nombre de morts nés							
	Enfants avec Poids < 2500 grammes							
	Nombre de décès maternels							
Interventions avec suppuration	Programmees							
	Non programmées							
Planification familiale	Nouveaux Utilisateurs PF							
	Utilisateurs réguliers PF							
VIH+	Nombre de séro-positifs VIH							
Autres IST	Total cas							
Les 5 principales Causes d'hospitalisation	....							
	....							
	.....							
	....							
	....							
Situation financière	Recettes							
	Valeurs des médicaments consommés							

Observations :

Tableau de Bord / Service de Pédiatrie

DPS de ..... **Hôpital Préfectoral de :** ..... **Année :** ....
Population Totale de la Préfecture : .... **Population Totale de la Commune Urbaine :** ....
Personnel. Médecins :..... .....**Aide Santé** . ..... **Filles de Salle/Garçons de Salle :** .....**Infirmiers :**.....
Nombre de lits en obstétrique : .....

		MOIS						Total
Activités	**Critères d'appréciation**	**Juil**	**Août**	**Sept**	**Oct**	**Nov**	**Dec**	**Semestre**
Consultation	Premiers contacts							
	Contacts ultérieurs							
Surveillance des Maladie	Malnutrition							
	Tétanos néo-natal							
	Paludisme grave,							
	IRA							
	PFA							
	Diarrhées							
	Anémies graves							
	Rougeole							
	Méningite							
	Fièvre Jaune							
Références	Des CS vers HP							
	Des HP vers les autres structures							
Les Principales Causes d'hospitalisation	.....							
	.....							
	.....							
	.....							
Hospitalisation	Décès							
	DMS (en jours)							
	TOM (en %)							
Situation financière	Recette							
	Dépenses							
	Valeurs des médicaments consommés							

Observations :

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE KANKAN

1. M Alpha BAH, Analyste/Programmeur, PRISM
2. Dr Abdoul BALDE, Coordinateur Régional SR/Gestion, PRISM-Kankan
3. Dr Bokar DEM, Coordinateur Régional SR/QS, PRISM-Kankan
4. Mme Mariama Ciré CAMARA, CSFPA, DPS Kankan
5. Dr Oumar DIAKITE, Chargé de la Recherche, IRS Kankan
6. Mme Rokiatou DIAKITE, Chef CS, Salamani
7. Dr Madani DIALLO, Directeur d'Hôpital/Intérim, Kankan
8. M Tanou DIALLO, Responsable SIG, PRISM
9. Dr Scott MCKEOWN, Consultant, MSH-Boston
10. Dr Fassouma SANOH, Coordinateur Régional. AGBEF-KANKAN
11. Dr Abdourahmane SHERIF, Conseiller Ministère de la Santé Publique, Conakry
12. M Ouerit SORAPOGUI, Chef CS Tintioulen
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.

Fiche d'auto-évaluation en matière des informations sanitaires:

Expériences/capacités	Appréciations		Commentaires
	Suffisant	A compléter	
1. Notions et techniques d'épidémiologie			
2. Facilité en statistique			
3. Calcul des indicateurs sanitaires à partir des données de routine			
4. Techniques d'analyse d'une situation sanitaire à travers les données de routine			
5. Formulation d'une stratégie/plan d'action en se basant sur les données quantitatives			
6. Nombre d'exercices de monitorage vécus _____			

Les trois premières causes de morbidité (selon nombre de cas) dans la zone de responsabilité

1.

2.

3

Les trois premières causes de mortalité (selon nombre de cas) dans la zone de responsabilité

1

2.

3

Les particularités (épidémiologiques, administratives, logistiques etc) de cette zone dont il faut tenir compte.

_____

_____

La structure dispose-t-elle d'un « Profil Sanitaire » mis à jour ? _____

Demande d'assistance dans les domaines suivants (relative à la collecte, l'analyse et l'utilisation des données sanitaires) :

_____

_____

_____

ANNEXE V III) Compte rendu des travaux de l'atelier de du 18 au 19 janvier 2001.

République de Guinée

Ministère de la Santé Publique

Inspection Régionale de la Santé de Faranah

COMPTE RENDU DES TRAVAUX
de
L'ATELIER de CONCERTATION
du 18 janvier et 19 janvier 2001

Préparé par

PRISM
Pour Renforcement les Interventions en SR et MST/Sida

Faranah, janvier 2001

200

Introduction

PR ISM a souhaité l'organisation d'un atelier de concertation avec tous les partenaires du terrain (Ministère de la santé, ONG, et Agence d'exécution) dans chacune des deux régions administratives(Kankan et Faranah). La région de kankan a abrité le premier atelier. Il revient à la région de Faranah de tenir le sien à Dabola qui est l'objet du présent rapport.
Cet atelier s'est tenu à la suite du Comité technique régional de la santé de Faranah, les 18 et 19 janvier 2001.
IL a regroupé les directeurs préfectoraux de la santé et des micro - réalisations, les chargés des SSP des préfectures de Dabola ,Dinguiraye, Faranah, et Kissidougou, les partenaires de terrain (AFRICAIRE ET GTZ), les cadres de l'IRS de Faranah, les membres du groupe régional IEC (GRIEC), le staff technique PRISM de la région de Faranah. Les facilitateurs ont été le staff senior de PRISM.

contexte

En mars 2000,PRISM a procéder à l'évaluation à mi--parcours de ses interventions en Haute Guinée et Guinée Forestière. Suite à cette évaluation, une retraite de l'ensemble du personnel technique et administratif du projet a eu lieu au mois de mai à Dalaba. Puis, une réapplication pour les deux dernières années du projet (4 et5eme) a été préparée et présentée à l'USAID. La mise en œuvre de cette réapplication coïncide avec la situation de crise en Guinée Forestière, obligeant une suspension des activités du projet dans cette région jusqu'à nouvel ordre. Ainsi les efforts devraient être redéployés vers les autres zones d'intervention du projet que sont toute la région administrative de Kankan et une partie 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 activités et volets suivant du système guinéen de soins de santé primaire.

- PF
- IST
- SBC
- Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ciblant les hommes et les leaders.
- Gestion des médicaments essentiels et contraceptifs
- Gestion du personnel

Au cours des deux dernières années (années 4 et 5, soit 2001 et 2002) PRISM, sans abandonner les activités réalisées au cours des années qui précèdent, mettra l'accent sur celles qui suivent ci dessous :

- Survie de l'enfant (S E) et PCIME
- Santé maternelle et la maternité sans risque
- Participation communautaire à la gestion des CS
- Système d'amélioration continue de la qualité des soins (COPE)
- Communication pour le changement de comportement en ciblant les Jeunes et les Femmes

Ce recadrage des priorités programmatiques correspond à l'évolution de l'environnement technique en Guinée dans certains domaines des SSP en général et celui de la santé de la reproduction en particulier, notamment au démarrage récent de la PCIME, l'accélération du programme de MSR, et l'adoption de l'amélioration de la qualité des soins comme une priorité absolue par le MSP.
Enfin il faut noter comme circonstances spécifiques de la région de Faranah qui auront un certain effet sur la mise en œuvre des activités :

- Le départ prochain de ISMI AFRICAIRE de Dabola
- La continuation de ISAD AFRICAIRE à Dinguiraye
- Changement de gestion programmatique de la GTZ
- Insécurité dans la région forestière

But

Le but de cet atelier était de promouvoir une meilleure coordination des différentes interventions sur le terrain.

Objectifs généraux

1- établir un cadre de concertation élargi pour les différents 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 nouvelles orientations et interventions de PRISM dans la région de Faranah
4- Définir les grandes lignes du plan d'action opérationnel intègre pour l'année 2001.

méthodologie

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 :

- Les travaux de concertation en 2 groupes sur les thèmes de la SR et SBC.
- Les travaux de concertation sur les activités du GRIEC et une plénière de synthèse.

La revue de chacun des thèmes s'est fait selon la méthodologie qui suit :

- Mise à niveau rapide de l'ensemble des participants sur les concepts et contenus du thème
- Présentation des réalisations et résultats obtenus à ce jour
- Présentation des activités et cibles envisagées par PRISM pour les prochaines années
- Concertation avec les partenaires du terrain sur leurs activités, sur les modalités de collaboration et de complémentarité à propos de celles qui nous sont communes, et l'élaboration de conventions.
- Elaboration de plan d'action opérationnel pour l'année 2001.

Pendant les débats, les points clés retenus ont été notés sur papier flipchart, et les questions non résolues mis dans le "frigo". La synthèse faite dans ce rapport porte essentiellement sur les points clés retenus lors des débats et le PAO de chaque groupe de travail.

Thèmes traités

- Service à base communautaire (SBC)
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)
- Maternité sans risque (MSR)
- Infections sexuelle transmissibles (IST)
- Campagne jeune
- COPE (Client Oriented Providers Efficent)
- Supervision facilitative et Supervision intégrée facilitative
- Planification familiale
- Redynamisation des comités de gestion des centres de santé (COGES)
- Paquet d'intervention PRISM+.

SERVICE A BASE COMMUNAUTAIRE

RESULTATS PREMIERE PHASE : (1999-2000)

Redynamisation du réseau d'agents du SBC dans les quatre préfectures prioritaires dans la région de
Kankan, après une activité de remobilisation communautaire des agents effectuée avec l'appui du CENAFOD.
Les résultats de ces activités de remobilisation et de formation sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	Kankan	Siguiri	Kouroussa	Kerouane	total
Personnes mobilisées dans les villages	3253	5672	2702	1920	13547
Nbre de villages participants	45	31	25	30	131
Superviseurs SBC formes	18	12	10	11	51
Dont chef s de centres	9	6	5	5	25
Agents PEV	9	6	5	6	26
Charges SBC formes	1	1	1	1	4
Agents communautaires formes					
Dont: Anciens	27	17	20	20	84
Nouveaux	19	16	5	10	50
Femmes	12	8	2	2	24

Dans ces préfectures des conventions de collaborations sont élaborées entre PRISM, les autorités sanitaires et autres partenaires du terrain.

PRISM s'est engagé à appuyer le ministère de la santé dans la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), et dans l'amélioration de la qualité des prestations dans le domaine de la survie de l'enfant.

A cet effet, les préfectures de Mandiana et Dabola sont retenues comme sites pilotes pour l'intégration du PCIME dans la zone d'intervention de PRISM. Parmi les raisons de ce choix on peut citer :

- Le respect de l'approche de sites pilotes de la mise en œuvre par le MSP.
- La présence d'une bonne structuration communautaire d'appui aux services de MSR ou survie de l'enfant.

Dans les autres préfectures "non –PCIME", PRISM va appuyer l'amélioration de la qualité des prestations en survie de l'enfant par :

- la rédaction / adaptation du curriculum de formation des prestataires et agents communautaires.
- la formation des prestataires de santé et agents communautaires en survie de l'enfant
- la dotation au besoin de matériels et équipements nécessaires à la survie de l'enfant
- l'introduction de l'approche Enfant pour Enfant (EPE) pour la vaccination.
- le renforcement des compétences des superviseurs préfectoraux en survie de l'enfant.
- le suivi et l'évaluation.

PLAN D'ACTION

NIVEAU COMMUNAUTAIRE

ACTIVITES	FARANAH	AUTRES DPS
Identification 5 animateurs communautaires/CS/en SE	22 janvier –31mars2001	
Organiser atelier EPE	Mars - avril 2001	
Suivi / Evaluation EPE	Avril - decembre2001	
Octroie de primes aux femmes méritantes	Juin 2001	
Formation des animateurs communautaires(2 vagues)	Juillet - septembre 2001	
Equipement - " - - "-	Juillet - décembre 2001	
Diffusion messages radio sur la survie de l'enfant	Septembre---	
Former agent SBC en survie de l'enfant	Octobre—décembre	

NIVEAU POSTE DE SANTE

Compléter équipements de base	Juin 2001	
Mettre à jour les agents en survie de l'enfant	Septembre – Novembre2001	

NIVEAU CENTRE DE SANTE

Mettre à jour les agents en SE	Avril – août 2001	
Compléter équipement de base	Juin2001	
Former les agents en PCIME	Août 2001	

NIVEAU HOPITAL

Introduire le COPE dans les services de pédiatrie	Décembre 2000 – Decembre2001	
Suivi du COPE	Février – décembre 2001	
Former les encadreurs cliniques en PCIME	Mai- juin 2001	
Equiper les sites de stage PCIME	Juin 2001	
Compléter l'équipement de base SE	Juin- juillet 2001	

NIVEAU DPS/ IRS

Renforcer la supervision	Février - décembre 2001	
Effectuer enquête SE complémentaire	Mars 2001	
Former 8 facilitateurs en PCIME	Mai - juin 2001	
Former les formateurs des animateurs communautaires	Juin 2001	

NIVEAU GLOBAL / NATIONAL

Mise à jour du curriculum SE	Février 2001	
Adaptation curriculum SE pour SBC	Avril 2001	
Adaptation curriculum SE	Juin 2001	
Développer matériel IEC PCIME	Juillet 2001	

SANTE MATERNELLE

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU MSP : D'ici l'an 2010 il faudrait :

- Augmenter jusqu'à 90% la proportion de femmes en grossesse ayant effectuée les 3CPN.
- Augmenter jusqu'à 75% le taux de couverture en VAT des femmes enceintes.
- Assurer la référence/ contre-référénce de toutes les grossesses à risque dépistées ainsi que les complications obstétricales.
- Augmenter jusqu'à 70% le taux d'accouchement assisté.
- Réduire de 20% le taux de mortalité maternelle liée à l'anémie, au paludisme, et aux avortements.

PRISM s'est engage auprès du MSP à appuyer la réplication dans la préfecture de Faranah de l'approche de renforcement de la maternité sans risque telle que développée à Dabola.
A cet effet, les activités suivantes ont été retenues :

- Mise en œuvre du paquet d'intervention MSR dans la préfecture de Faranah
- Assurer l'amélioration des prestations en Santé maternelle dans les autres préfectures de la région de Faranah.
- Elaboration / adaptation du curriculum de formation des prestataires de santé et accoucheuses villageoises (AV).
- Sensibilisation communautaire sur la MSR et les MURIGA par le biais d'animateurs communautaires.
- Formation et équipement des prestataires de santé et les AV.
- Renforcement des compétences des superviseurs en santé maternelle.
- Suivi et évaluation des activités.

PLAN D'ACTION
NIVEAU COMMUNAUTAIRE

ACTIVITES	FARANAH	AUTRES
Identification animateurs et accoucheuses villageoises	Février 31mars2001	
Formation animateurs	Avril - mai 2001	
Equipement animateurs	Avril – mai 2001	
Formation accoucheuses	Mai -- juin 2001	
Equipement accoucheuses	Mai -- juin 2001	
Animer les communautés MURIGA	Mai – décembre 2001	
Diffusion messages radio en SM	Mai – décembre 2001	
Primer femmes méritantes	Juin - juillet 2001	
Formation agents SBC en SM	Juin - juillet 2001	

NIVEAU POSTE DE SANTE

ACTIVITES	FARANAH	AUTRES
Tester la formation a distance par la radio	Juillet - Decembre2001	
Mettre à jour les agents en CPN/ Partogramme/suivi AV	Octobre – novembre 2001	
Compléter équipements de base	Octobre2001	

NIVEAU CENTRE DE SANTE

Mettre à jour les agents en CPN/PARTO/ CIP	Avril -Septembre2001	
Compléter équipements de base en SM	Mai - juillet 2001	
Introduire COPE (tous CS de Faranah , et 2CS/autresDPS)	Mars- décembre 2001	
Suivie COPE	Février – Decembre2001	
Tester formation a distance par radio	Juillet - décembre 2001	

NIVEAU HOPITAL

Former les sage femmes en dépistage du cancer du col	Février 2001	
Introduire et suivre COPE dans les maternités	Février - décembre 2001	
Remettre à niveau les gynco-obstètres	Mars 2001	
Remettre à niveau l'équipe de réanimation (mère /enfant)		
Mettre les agents de maternité en Parto/et calendrier PEV	Juin - juillet 2001	
Equiper hôpital en SM base	Juin - décembre 2001	
Renforcer compétence prestataire en AMIU	Juillet 2001	
Renforcer la sécurité transfusionnelle (banque de sang)	Août - décembre 2001	
Institutionnaliser la discussion des "cas critiques"		
Installer une radio de communication		

NIVEAU DPS / IRS

Former 7 superviseurs en supervision facilitative	19 au 23 février 2001	
Former 7 personnes en prévention des infections	26 février au 2 mars 2001	
Formation facilitateurs COPE	19 au 23 mars 2001	
Former les formateurs des animateurs communautaires	Mars 2001	
Effectuer enquête SM base	Mars – juillet 2001	
Organiser atelier "femmes méritantes"	Mai - juin 2001	
Renforcer la supervision	Février - décembre 2001	
Renforcer la communication		

NIVEAU NATIONAL

Participer au test des fiches MSR	Février – juillet 2001	
Organiser un atelier de revue modules CPN,PARTO/agents	12 –16 mars 2001	
Révision module animateurs communautaires	Mars 2001	
Révision module pour AV	Avril 2001	
Développement message choix des canaux	Mai 2001	
Organiser atelier de validation questionnaire COPE/SR	Décembre 2001	

DECISIONS

- Pour la formation des AV et AC utiliser les formateurs disponibles au niveau des préfectures et région.
- Il ne faut pas introduire le COPE dans les structures qui développent déjà l'approche cercle de qualité.
- La formation à distance par la radio doit être effectuée sur des zones test et qui seront évaluées.
- Former les agents de santé en CIP et technique de supervision des agents communautaires
- (AV et AC).
- Organiser des réunions stratégiques pour la livraison des primes aux femmes méritantes

AU FRIGO :

- Animateurs communautaires (critères de choix, adaptation nombre à la population, mécanisme de motivation).
- Primer les femmes méritantes (inclure aussi les prestataires ou les structures, les mutuelles communautaires).
- Formation a distance (zones non couvertes par les émissions radio, motivation du personnel à suivre, critères de choix des zones test CS/PS).

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (ist)

RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES IST

LISTE DES CENTRES DE SANTE CIBLES

PREFECTURES	1ERE COHORTE L'AN 2000	2EME COHORTE L'AN 2001
Dinguiraye	Centre Santé Urbain	Diatifèrè
	Sélouma	
Dabola	Centre Santé Urbain	Bissikrima
	Dogomet	
Kissidougou	CSU (madina, heramakono)	Sangardo
	Yende	
	Albadaria	
Faranah	CSU (abattoir, marche)	Tous les autres CS
	Maréla	
	Hèramakono	
	Banian	

RAPPEL SEQUENCE "TYPE" D'ACTIVITES IST RETENUES :

1- Identification des établissements cibles ;
2- Elaboration et signature des conventions de collaboration ;
3- Enquête IP6/ IP7 pré - intégration dans les établissements cibles ;
4- Formation des formateurs et superviseurs ;
5- Réunions d'information dans les sous-préfectures des établissements cibles ;
6- Pré-positionnement des ME anti-IST, des supports IEC et de gestion de matériels de prestation ;
7- Formation des prestataires des établissements cibles.

NB :* Critères de choix des sites de la 2eme cohorte (situation épidémiologique, population, zone minière, lieu de transit important d'un axe routier, CS de préfecture pilote MSR).

* Les débats ont abordé les points suivants .
  - La redistribution du stock de médicament anti-IST et son utilisation avant sa date de péremption qui est proche.
  - L'approvisionnement en ME / équipement des nouveaux sites intégrés
  - Le remboursement à PSR du lot de médicaments par PPSG
  - Le retard des justifications des dépenses de supervision IST

COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

" CAMPAGNE JEUNES"

Les résultats de l'enquête narrative réalisée par le volet CCC de PRISM (en juin 2000) a révélé les problèmes
de santé des jeunes lies a la prévalance élevée des IST-SIDA et des grossesses non désirées.
D'où la programmation de la campagne de sensibilisation des jeunes dont le slogan est :
" Jeune ! Mon Droit : l'information ; Mon Devoir : l'Abstinence ou la Capote"

Les cibles retenues pour cette campagne sont :
Cibles primaires : Jeunes de 15 a 24 ans.
Cibles secondaires : les parents et les prestataires des services de santé.
Les lieux cibles sont : les maisons de coiffure, de couture, les écoles, les ateliers de mécanique, les bars café et
les grains de thé, les boites de nuit, les centres de santé.

Les activités suivantes sont prévues :

- Test du slogan auprès des leaders ;
- Identification et formation des pairs éducateurs ,
- Préparation des matériels IEC ,
- Exécution de la campagne ;
- Animations communautaires ;
- Evaluation de la campagne ;
- Activités de maintenance post-campagne.

OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE :

- Amélioration du cognitif : a travers 30 à 40% d'activités d'IEC verticale
- Changement de comportement : a travers 60 à 70% d'activités d'IEC horizontale

OU EN SOMMES - NOUS ?

ACTIVITES REALISEES :

- Test du slogan auprès des leaders et cibles de la campagne ;
- Identification des pairs éducateurs ;
- Préparation des matériels IEC en cours ;
- Identification des points de regroupement des jeunes ;
- Collecte des préoccupations des jeunes élèves en matière de sexualité et en SR ;
- Appui aux activités sportives ;
- Réunion de concertation et de planification des activités des GRIEC

DIFFICULTES:

- Manque et insuffisance de l'appui des équipes DPS aux équipes préfectorales IEC respectivement a Dabola et Dinguiraye ;
- Non-disponibilité de l'agent de santé charge d'appuyer le centre d'écoute de Dabola ;
- Manque d'informations sur le financement des activités d'IEC par la GTZ.

DECISIONS:

- Impliquer les femmes dans les activités de communications pour le changement de comportement ;
- La DPS de Dabola doit désigner un agent qui va appuyer l'équipe préfectorale d'IEC ,
- La DPS de Dinguiraye doit s'impliquer davantage dans les activités de l'équipe préfectorale d'IEC
- Le centre d'écoute de Dabola doit présenter à la DPS et à l'agent désigné, un programme d'intervention au centre pour qu'il puisse cordonner avec ses autres activités
- Chaque équipe préfectorale d'IEC, qui a élaboré un PAO doit le présenter à la DPS pour recevoir le financement de la GTZ qui est disponible .

En outre la GTZ informe de la disponibilité d'un document d'éducation sexuelle des élèves élaboré par eux.

COPE (CLIENT ORIENTED, PROVIDERS EFFICENT) ET SUPERVISION FACILITATIVE (S F)

Le COPE étant un outil d'amélioration continue de la qualité des soins, son introduction dans tous les sites PPSPF, PCIME, MSR, (hôpital et CS) de la région de Faranah va être poursuivie

STRUCTURES DEJA COPE :

PREFECTURES	SERVICES	ACTIVITES
DABOLA	Pédiatrie	Survie de l'enfant
	C S de Bissikrima	S R
FARANAH	Maternité	S R
	C S U Marche	P F
DINGUIRAYE	C S de Dialakoro	S R

ACTIVITES A REALISER EN 2001 :

Formation des facilitateurs (DPS/IRS)
Introduction du COPE dans les sites
Formation des superviseurs en technique de supervision facilitative
Poursuite de la supervision intégrée formative
Suivi / évaluation du COPE et de supervision facilitative

PLANIFICATION FAMILIALE (P F)

Compte tenu de l'exhaustivité de l'intégration de la P F dans les structures sanitaires(anciennes), PRISM n'envisage pas pour l'instant de nouvelles formations de prestataires de santé en P F.
Cependant, les efforts seront réorientés vers le suivi des activités PF dans les structures intégrées et le renforcement de ces activités a travers le réseau SBC.

RESULTATS INTEGRATION EN PF DANS LES C S

DINGUIRAYE	8 sur 8
FARANAH	12 sur 12
KISSIDOUGOU	15 sur 15
DABOLA	6 sur 9
TOTAL	**59 sur 61**

REDINAMISATION DES COMITE DE GESTION DES C S

La redynamisation 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.
Cette activité sera réalisée dans la première phase dans les CS PRISM + avec les membres des équipes DPS ,qui continueront l'extension de l'activité dans les autres CS.
Les activités retenues a ce sujet sont les suivantes :

- La restitution des résultats de l'enquête sur les comités de gestion
- Re-mobilisation communautaire dans les sous-préfectures ciblées
- Démarrage de la redynamisation du comité de gestion a travers la mise en œuvre du COPE
- Suivi des activités.

POINTS DE PRESTATION DE SERVICES PLEINEMENT FONCTIONNELS (PPSPF)

Les facteurs internes et externes indispensables à la mise en place des PPSPF étant complexes, un nombre de centre 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 utilises alors étaient les suivants :

- Personnel présent et formé à la base dans les volets du PEV/SSP/ME.
- Disponibilité des fournitures et matériel de base pour réaliser le PMA
- Infrastructure suffisante et adéquate
- Site intégré dans le système de SSP
- Système en place pour gérer les ressources et les activités

Les CS retenus sont :

PREFECTURES	1ere cohorte de CS	2eme cohorte
DABOLA	C S Urbain	Bissikrima
	Dogomet	Banko
FARANAH	CSU Abatoir	
	Heramakono	
	Marela	
	Banian	
DINGUIRAYE	C S Urbain	Kalinko
	Selouma	Diatifere

NB: les CS de la 2eme cohorte ont été ajoutes après la suspension provisoire des activités dans la région de Nzérékoré à cause de l'insécurité qui y prévaut depuis quelques mois.

PAQUET D'INTERVENTIONS DE PRISM+

Il comprend les activités suivantes :

- Intégration du COPE ;
- Redynamisation des comités de gestion ,
- Supervision formative, et facilitative , et formation sur le tas prestataires en :
    - Soins obstétricaux de base et d'urgence
    - PEV
    - Soins aux enfants
    - P F et prévention des infections
    - Traitement des IST
    - CIP/CCC.
    - Amélioration du SIG (système information sanitaire général)
    - Amélioration de la gestion des ME et autres ressources

- Allocation des lots initiaux de médicaments (doter par les partenaires)
- Dotation d'équipement de base (médical, d'IEC, outils SIG,et radio, etc)
- Intégration PCIME
- Renforcement de la MSR