PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTÉ REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

Progress Report

January-February-March 2002

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

Submitted: April 2002
USAID Grant Award N° 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 15
IR3: INCREASED DEMAND 22
IR4: IMPROVED COORDINATION 28

List of acronyms

Annexes:

1. Programme SBC: Compte-rendu de la réunion technique avec les AT-SBC/AGBEF du 31 janvier au 1 février 2002
2. Rapport du recyclage de 10 accoucheuses villageoises de Kerouane (test du nouveau curriculum de formation des A.V.)
3. Trip report: Review of the COGES and Muriga Initiatives for the PRISM Project (19 January – 6 February 2002); Jaime Benavente and Sekou Conde.
4. Rapport de formation en gestion d'équipe – niveau cadres supérieurs (4 – 9 mars 2002)
5. Rapport de Mission : Formation de 11 facilitateurs COPE Régionaux et Préfectoraux pour les DRS/DPS de Faranah ; Dr Sitan Millimono et Madame Fatoumata Fofana.
6. Rapport technique de Recyclage des agents PEV de Kankan (11 au 15 mars 2002) et de Faranah (18 au 22 mars 2002).
7. Rapport de recyclage des agents CPC-Enfant de Kankan et de Kerouane
8. Rapports Mensuels SNIGS :
   8.a. Rapport Mensuel des Centres de Santé
   8.b. Guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS à l'usage des centres de santé
   8.c. Rapport Mensuel des hôpitaux
   8.d. Guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS à l'usage des hôpitaux
   8.e. Rapport Mensuel Préfectoral
   8.f. Guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS à l'usage des DPS
9. CCP's Fannie Foonseca-Backer's trip report (10 – 22 March 2002)
10. Rapport de participation à la conférence régionale de Dakar sur les soins après avortement (4 – 7 mars 2002), MSP/DSR.

INTRODUCTION

SO # 2
Increased use of essential FP/MCH and STI/AIDS prevention services and practices
Vision
By the year 2002, Guinean families and individuals will have good access to high quality services and information that meet their reproductive health needs.

This report covers PRISM activities and performance from January 1st to 31 March 2002. As in previous reports it is structured around PRISM's four implementing strategies to fulfill USAID's strategic objective # 2. The implementing strategies are designed to achieve the four intermediate results (IR) linked to the SO#2: (1) Increased access to RH services, (2) Improved quality of services, (3) Increased demand for services and (4) Improved coordination between the MOH, donors and other partners.

Changes at MOH key positions
The Ministry of Health (MOH) made numerous changes at key positions during the quarter and in early 2002. Many of these changes concern central level's units involved with PRISM as well as units at the decentralised level located in PRISM's focus zone. Most notably at the central level, the MOH has now a new *Secrétaire Général*, two new national directors out of three (*Direction National de la Santé Publique* and the *Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoires*), a new Program Coordinator for the PEV/SSP/ME and a new Head of the Reproductive Health Division. At the decentralised level, the two regional directors in Haute Guinée have changed as well as 5 of the 8 district directors (DPS) and all of the 8 hospital directors in HG.

Most of the newly designated professionals are known to PRISM and we believe the changes in general to be very positive for the development of the Guinean primary health care system. PRISM is looking forward to working closely with the new MOH staff and consolidating our collaboration with those who were reconfirmed in their position. We are pleased to report that a very active collaboration has been established between PRISM and the two newly appointed Health Regional Directors in our target zone. Transfer of technology and ownership from the project to the MOH decentralised units should accelerate under these favourable conditions.

PRISM has assessed the training needs among the new MOH staff in Human Resources Management and Leadership, in Facilitative Supervision and COPE Facilitation, as well as in ED&C Management. Training sessions have been reprogrammed and began to be implemented accordingly during the first half of 2002.

SUMMARY OF PRINCIPAL ACTIVITIES & RESULTS

(January-February-March 2002)

IR1: Increased Access

- PMA document *"Paquet Minimum d'Activités pour le Système de Santé Primaire: Horizon 2005"* disseminated to all DRS/DPS and Heads of HCs as well as Hospitals Directors.
- Integration of RH Services
  - Pilot integration of oral contraceptives prescribed by CBD agents ongoing.
  - Bicycles delivered to 162 performing CBD agents recruited during 2001.
  - 10 Traditional Birth Attendants from Karouane trained (first group of trainees).
- Strengthening of the ED&C logistics system
  - Sales Point Attendants trained at 36 HCs (72 HCs cumulative out of 89 HCs)
  - Document *"Manuel de Gestion des Médicaments Essentiels pour les Centres de Santé"* disseminated to all DRS/DPS and Heads of HCs as well as Hospitals Directors.
- Availability of basic medical equipment, IEC material and management tools
  - Wicks for petrol refrigerators distributed to HCs to ensure maintenance of vaccines cold chain operation; infection prevention material delivered to MSR targeted hospitals' maternity service; 12 examination tables and 28 birth delivery tables (all locally made) delivered to various SDPs in need; procurement and installation of a power generator at the Kerouane Hospital.
  - Allocation of a duplicopier machine to Faranah DRS for the reproduction of SDPs management tools and forms.
- Affordability of services at SDPs
  - Fee schedule boards produced and delivered at 43 HCs, bringing the coverage to 98% (88 out of 89 HCs covered)
  - MURIGAs: participative feasibility studies performed at 6 initial sites; general assemblies held; kits of management tools distributed; contributions from adherents started at 4 of the 6 sites.

IR2: Improved Quality

- Strengthening quality improvement support systems
  - 15 managers from the Kankan region's DPSs and Hospitals trained in Team Management (new total for HG = 23 following changes of personnel at MOH key positions).
  - 6 supervisors from the MOH in the Faranah region trained in COPE facilitation (total for HG = 32)
  - COPE integrated in 3 additional sites in HG (total = 28: 18 HCs, 6 paediatric services, 4 maternity services)
  - Facilitative Supervision (FS) supported at all of HGs DPSs; FS visits at SDPs technically supported in 7 DPSs.
- Improve the quality of RH services delivered
  - 43 additional HCs PEV agents (cumulative = 105) received the refresher course in immunisation norms and procedures, cold chain maintenance and management, and child growth monitoring
  - 24 HCs CPC agents refresher course in Child Illness Case Management (cumulative = 44)
  - Essential Maternal and Child Health training curriculum for TBA developed and in use.
  - Post training monitoring of AMIU performed at the 3 integrated maternity services.
- Strengthen the National Health Management Information System

- Newly adapted monthly H/MIS report forms for HCs, Hospitals and Health Districts disseminated to all HG's DRS/DPS and Heads of HCs as well as Hospitals Directors.
- Faranah DRS attended a 3 weeks international course on Epidemiology and Computerize Applications in Cameroon

IR3: Increased Demand

- Youth campaign "*Mon droit = l'information; mon devoir = l'abstinence ou la capote*" ongoing in all HG's sub prefectures. Over 40,000 youth directly exposed to messages during promotion activities during the quarter.
- STI/HIV related IEC material distributed.
- 20 additional safe motherhood community promoters trained (cumulative = 40).
- "Town Meeting" approach to address women and infant immunization issues with community successfully tested.
- Youth campaign evaluation survey designed (implementation starts in April 2002)

IR4: Improved Coordination

- Convention de Partenariat for CBD in Dinguiraye prefecture signed with AFRICARE-ISAG, the Faranah DRS and the Dinguiraye DPS.
- Guinea delegation prepared to contribute technically to Dakar's conference on PAC (local strategy document developed, results collected and formatted, power point presentations completed, members properly briefed).
- PRISM operational plan fully integrated into the MOH PEV/SSP/ME work plan.
- PRISM/M&L Leadership Strengthening Program targeting the MOH senior staff has been approved by the Minister and the SG.

WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR)

IR1: INCREASED ACCESS

Access to reproductive health services depends on (1) the degree to which essential resources are simultaneously available at service delivery points, as well as (2) to the degree to which these services are made affordable to all people. PRISM's strategies for this IR include:

Availability of essential resources at SDPs:

1. Assistance in defining and disseminating the minimum package of integrated services (MPA) of the primary health care system at all levels (including community level);
2. Ensure the integration of FP, MCH and STI/AIDS services at SDPs (fixed sites like HCs and hospitals as well as at the community level via CBD agents and TBAs);
3. Provision of basic reproductive health Medical, IEC and Management material to health centers and to hospitals;
4. Strengthen the management of the Essential Drugs & Contraceptive logistics system at all levels.

Affordability of services at SDPs:

5. Promote equitable access to RH services;
6. Strengthen community ownership, via community level management committees (CoGes), Health Mutual type organization promotion and support to improve cost-recovery and HCs sustainability.

1.1 Minimum package of Activities (PMA)

PRISM printed the PMA document "*Paquet Minimum d'Activités pour les Soins de Santé Primaire – Horizon 2005*" and disseminated it at the January 2002 CTPS meetings in the prefectures of the project's focus zone.

1.2 Integration of RH Services in HCs

1.2.1 Integration of Family Planning and STI/AIDS prevention services in HCs

The inventory of essential resources available at SDPs revealed that at the end of 2001 that 12 HCs in HG no longer have at least one trained provider in FP. This information is being updated and will be corrected in May 2002 by the implementation of a training session in FP for these SDPs missing trained staff.

1.2.2 Integration of STI Care services in HCs

Integration of STI care activities were put on hold during the quarter pending the complete resolution of the anti STI drugs supply problem. A large order of anti STI drugs was put in by Kankan Regional Health Director, received in January and noted during the inventory we performed at the regional depot. PRISM is assured that integrated HCs of HG can replenish their STI drugs stock at the PEV/SSP/ME depot in Kankan. The only remaining problem is the lack of start up drugs kits for new HCs to integrate. PRISM and the DRS are continuing to identify source(s) for these drugs. Integration activities will resume once this is resolved. We believe a solution is near at hand and we will be able to reach our year 5 target in that area.

1.2.3 Extension & Strengthening of Community Based Services

1.2.3.1 Community Based Distribution (CBD/SBC) Extension & Strengthening

Mobilise rural communities and train CBD agents and their supervisors (1.2.3.1.1):
As of the end of PRISM year 4 all rural HCs in Haute-Guinée have a network of CBD Agents they supervise, replenish and support, with the one exception of Dinguiraye Prefecture. The development of the CBD networks in Dinguiraye is managed by Africare-ISAG. During the period the CBD partnership convention for Dinguiraye between the health authorities, ISAG and PRISM was signed and the training activities will start in April.

Integration of new MCH products to be distributed by CBD agents (1.2.3.1.3):
PRISM has initiated discussions with Hellen Keller International (HKI) to introduce, on a limited scale initially, vitamin A and iron folic acid distribution to pregnant women by CBD agents in the context of maternal community monitoring activities. A work visit in Kankan of HKI technical assistant(s) is planned for next quarter.

Increase access to oral contraceptive (1.2.3.1.4):
The pilot integration of prescription of oral contraceptives by CBD agents has started during the quarter.

- The integration protocol was reviewed, amended and approved by the steering committee and the MOH Ethical Commission in January.
- The checklist has been adapted for illiterate CBD agents. A panel of CBD agents, *Chargés SBC* and AT/SBC from AGBEF made the selection of drawings. The checklist is based on the WHO eligibility criteria for OC prescription by community agents. It allows for reasonable determination that the client is not pregnant, does not have a medical condition and it provides the guidelines for the choice of the type of OC to prescribe.
- Six sub prefectures of Kankan were selected for the test: 3 for the full integration (Sabadou-Baranama, Tintioulin and Balandou) and 3 as control sites (Gberedou-Baranama, Koumban and Tokounou). A total of 42 CBD agents are participating in the test (7 per sub prefecture). The current quarter's CBD data from these sites constitute the base line for the test.
- The CBD training curriculum was adapted to integrate the prescription of OC. The new training module covers the following topics:
  - Orientation of the CBD agents on the pilot integration of OC prescription;
  - Refresher sessions on OC, messages, counselling, ELCO map, referral and MIS;
  - OC checklist
- 3 field monitors were recruited. They will interview clients, collect CBD agents' reports and compare reports with interview results.

The training of the 21 CBD agents has been completed during the 1st half of April and as we write this progress report, these agents are using the CO checklist.

Monitoring of and Support to the CBD/SBC program (1.2.3.1.7):
CBD Technical Assistance provided to DPSs by AGBEF: AGBEF continued to provide technical assistance to the 5 priority prefectures of HG[1]. PRISM decided to maintain this support to Siguiri DPS although the international NGO ADRA is now active there in the health sector at the community level. This NGO is active in 50% of the sub prefectures and PRISM wants to ensure

1.These are Kankan, Siguiri, Kerouane, Kouroussa and Faranah

that the CBD activities maintain their momentum in Siguiri. The Dabola DPS requested that PRISM provide a CBD technical assistant to support its Chargé SBC following the close out of the Africare ISMI project last September. PRISM has agreed to provide such TA and has asked AGBEF to proceed with the recruitment of an additional AT/SBC.

A coordination meeting with AGBEF on the CBD program was held during the quarter[2]. The main recommendation issued during the meeting was to work with the DRS to ensure that the DPSs engage resources (fuel, time from the *Chargé SBC*) according to agreements spelled out in the *Convention de Partenariat*. With the notable exception of Siguiri, the DPSs are not using their Chargé SBC to support the CBD activities as expected nor do they provide the fuel required to support them in the field. Discussions were held during the quarter with all the Prefecture Health Directors during which all of them promised to correct the situation. Siguiri was used as an example to follow.

Oral Rehydratation Salt (ORS) distribution: To ensure more regular access of HCs and CBD agents to ORS, and reduce stockouts of this important product, PRISM has been considering the possibility of having PSI/OSFAM supply ORASEL packets to the service delivery points of the primary health system. This is currently being discussed in the context of the creation of the CBD networks in Dinguiraye. But MOH regulations strictly forbid the sales of non-generic products in HCs. It is not clear whether required authorisation would be obtained to allow the establishment of this additional supply channel for ORS. In any event, PRISM would support this initiative only under the condition that the HC remains the supply point for the CBD agents. It was agreed that PSI/OSFAM would develop a proposal.

Reward Ceremonies for Performing CBD agents: The performance of the CBD agents trained during the first part of 2001 in the priority prefectures was assessed at the end of 2001. Performance level assessed was equal or superior to the desired expectation level for 164 of the 182 CBD agents trained. These CBD agents received each a bicycle in recognition of their efforts during reward ceremonies held during the quarter.

1.2.3.2 Traditional Birth Attendant (TBA) Integration

The training curriculum for TBAs was revised and updated during the previous quarter (for details go to section 2.3.2). This period, a first group of 10 TBAs selected by communities from three sub prefectures of Kerouane attended the 2 weeks course[3]: four from Banankoro, two from Kossankoro and four from Kerouane urban commune. A team of 4 trainers implemented this initial and very important training session: two Midwives and one Health Assistant from the MOH and one of PRISM Coordinator. The newly developed curriculum was used for the first time and tested. In April, it will be reviewed and corrected on the basis of recommendations formulated during this initial training session.

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

1.3.1 Training in ED&C Logistics

On-the-Job Training of 2nd Managers at HCs (1.3.1.4, 5 & 6): The Head of a Health Center (HHC) is responsible of the main ED&C inventory held at the site. A subaltern staff working

2. See the meeting report at annex 1
3. See the training report at annex 2

directly under the HHC - **the Sales Point Attendant** - handles the direct deliveries of ED&C to clients. The sales point agent is the primary target of this training. PRISM and the DRSs trained the 2nd managers of ED&C at 36 HCs during the previous FY. The DRS with the support of PRISM trained 18 additional HCs sales point attendant during the quarter: 9 from Dabola and 9 from Kankan prefectures. As of the end of March 2002, sales point attendants have been trained at all 19 HCs targeted for IMCI (10/10 in Mandiana; 9/9 in Dabola), at 21 of the 36 HCs targeted for MSR (5/12 in Faranah; 13/16 in Kankan; 3/8 in Kerouane) and at at least 3 HCs per prefecture in the remaining ones (9 HCs). Qualified and experienced regional trainers from the MOH and from PRISM have implemented this on-the-job training activity.

1.3.2 Support the development of ED&C logistics management policies, procedures, tools and curriculum

ED&C Management Manual for HCs finalization and dissemination (1.3.2.3&4): The ED&C Management Manual for HCs, finalized during 2001, has been disseminated during the quarter's CTPSs meetings.

1.3.5 Improve availability of products: Other Interventions

Support the implementation of the GMME/DCMI survey:

The Drug Management for Childhood Illness (DMCI, GMME in French) tool is an indicator-based approach designed to provide a rapid assessment of the pharmaceutical and medical supplies management systems in Ministry of Health (MOH) health facilities and drug retail outlets in support of IMCI implementation. The main objective of the DMCI tool is to provide an approach for conducting studies that will generate data on availability and prescribing practices of drugs for IMCI, identify ways to improve IMCI drug management (availability, treatment, and cost), and transfer self-assessment technology by creating country-based operations research capacity. The DMCI tool has a number of potential applications, including:

- Providing an overview of the status of the pharmaceutical system, including strengths and weaknesses in both IMCI and non-IMCI facilities, for managers at the MOH and for donors.
- Conducting a baseline of drug availability, cost, and use that can be used to design and plan interventions.
- Monitoring changes in systems and the impact of interventions;
- Comparing the performance of different systems or programs;
- Promoting discussions with national drug authorities and donors;
- Advocating for the implementation of the IMCI strategy by identifying potential cost savings from IMCI implementation.

DMCI was translated into French and introduced in late September 2001 to West Africa. Participants from Senegal, Mali, Niger, Guinea, and Haiti attended a workshop in Senegal. The tool was adapted to the West African context, and the same methodology was followed for its introduction and application to Senegal and Guinea.

The DMCI is structured as two complementary studies: drug availability and drug use. Data for 20 core indicators (and 4 supplemental indicators) are collected from four different settings: central level, regional level, district-level health facilities, and drug retail outlets. These indicators are used to measure the performance of different aspects of the drug management system. Some of them are measured on the basis of a list of selected drugs, vaccines, and essential supplies. This

list may also be called a "tracer" list. The DMCI is a flexible tool that allows each country to adapt the tool to its country-specific situation.

The purpose of conducting the Drug Availability Study is to determine the degree to which the drugs, vaccines, and supplies needed for treating and preventing childhood illnesses are available. In general, the data collection sites include MOH central offices, central and regional medical stores, and health facilities. The purpose of the Drug Use Study is to assess the clinical and cost implications of prescribing practices for selected childhood illnesses. To gather information for the Drug Use Study, data collection involves a retrospective review of patient records in MOH facilities, and a prospective method using structured observations. Observation requires the data collector to directly observe the behavior of the health worker(s) with the purpose of describing particular prescribing practices

The GMME/DCMI survey's field work will start in Guinea in April 2002. The survey is done in partnership with the USAID funded BASICS and MSH/RPM+ projects, the MOH RH Division and PRISM (the management partner). During the current quarter the survey protocol was reviewed and finalised, the survey agents were selected and recruited and the detailed work plan developed.

Assistance to USAID (and MOH central level) in Contraceptives Logistics (1.3.3.6):
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 system. During the January-March 2002 period, PRISM delivered contraceptives to the regional depot in Kankan and to the buffer stock at the Faranah DRS. The following quantities were delivered:

Contraceptives	Unit	Regional Depot Kankan	Buffer Stock Faranah	Total
Lofemenal	Cycles	20,400	24,000	44,400
Ovrette	Cycles	0	0	0
Depo-Provera	Doses	5,200	0	5,200
Conceptrol	Ovules	19,200	0	19,200
IUD	Pieces	0	0	0
Condoms	Pieces	12,000	0	12,000

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 December 31, 2001 Number of Units (expiration date)	
Lofemenal	91,200 (2005/06) 134,400 (2006/02)	Cycles
Ovrette	59,600 (2005/11) 39,600 (2006/05)	Cycles
Depo-Provera	84,800 (2004/04) 70,400 (2005/05)	Doses
Conceptrol	139,200 (2003/05) 67,200 (2005/06)	Pills
IUD	0	Units
Condoms	180,000 (2004/12) 198,000 (2005/03)	Units

1.4 Availability of Basic Medical Equipment, IEC and Management tools

1.4.1 Availability of Medical Equipment at SDP

The inventory of medical equipment was completed at all SDPs in HG during the previous quarter. Problems were identified and solutions designed. Implementation of solutions has started during the current quarter.

Delivery of wicks to HCs: During inventory and other supervision visits PRISM observed that some refrigerators were not in operation or would soon stop operating because of the non availability in the region of a source of supply for wicks. In order to rapidly correct these problems PRISM delivered one wick to 65 HCs in HG during the previous quarter and 20 during the current quarter. This is recognised only as a temporary solution. A sustainable source of supply (buffer stock) will be established at the Kankan and at the Faranah DRSs with PRISM assistance.

Distribution of IP and Cleaning material: PRISM continued to distributed infection prevention material to the maternity services of the three hospitals it targets for the implementation of the Safe Motherhood national policy. The following items were delivered to the facilities during the quarter.

Delivery in MSH Hospitals' Maternity Services in HG					
N°	Designation	Kankan	Kérouané	Faranah	Total
1	Alèse en plastique	6	6	6	18
2	Apron (plastic)	5	5	5	15
3	Bassine, plastic, large size	2	2	2	6
4	Blouses (green)	5	5	5	15
5	Blouses (white)	5	5	5	15
6	Boîte DHN plastique	2	2	2	6
7	Buckets, plastic, large size	1	1	1	3
8	Buckets, plastic, small size	1	1	1	3
9	Burner, petrol	1	1	1	3
10	Champs opératoires	12	12	12	36
11	Cleaning gloves	3	3	3	9
12	**Examination Gloves (pairs)**	**1000**	**1,000**	**1,000**	**3,000**
13	Register, large model	1	1	1	3
14	Towels, small size	6	6	6	18
15	Waste basket	1	1	1	3

Delivered during quarter October-December 2001
Delivered during quarter January-March 2002

All the remaining 5 Hospitals in HG also received examination gloves (400 pairs each).

Production and distribution of Birth Delivery Tables: PRISM worked with two metal shops based in Kankan on the development of a locally made birth delivery table and an examination table. The results and unit price obtained are more than satisfactory and serial production has been launched. During the quarter, PRISM delivered to HCs and Hospital services a total of **12 examination tables and 28 birth delivery tables** on the basis of the inventory performed last year at every facility in HG.

Power Generator at Kerouane Hospital: One of the main finding of the needs assessment done at the Kerouane hospital during the 3rd quarter of FY01 in the context of the integration of AMIU service, was that the hospital did not have electricity. PRISM committed to allocate one of its power generator to the hospital under the condition the establishment provide for its operating costs. Delivery and installation of a 27 KvA power generator to the Kerouane Hospital was accomplished during the quarter.

1.4.2 Availability of IEC material and of management forms and tools at SDPs

The DPS supervision teams completed the inventory of IEC and Management tools at HCs the previous quarter. The results of these inventories are presented in detail in PRISM's end of year 4 progress report. IEC material continued to be delivered to HCs. Availability of management forms and tools on the other hand were modest and need to be improved. The donation by PRISM of a *duplicopieur* to the Faranah DRS (Kankan received one already) and the

establishment at both DRS of a sustainable cost recovery system of production and distribution of HCs' management forms and tools will achieve that.

1.5 Improved Financial Sustainability of HCs

1.5.1 Promote Equitable Access to RH services

Advertise Reproductive Health fee schedule (1.5.1.1)
Radio broadcasting of RH fee schedule: No broadcasting of the HCs' fee schedule had been planned for the quarter. PRISM will resume broadcasting of the fee schedule later during the first half of 2002.

Provision of a revised fees schedule board to HC/HP: 51% of HG's HCs (45 out of 89) received and installed their fees schedule during FY01. PRISM is continuing to produce fees schedule during FY02 and deliver them to the remaining HCs. During the quarter, a total of 43 fee boards were delivered to and installed at HCs in the Faranah Region and in the Kankan Region. As of the end of the quarter, only 1 HC in HG remains to be served its fee board (CS Mamouroudou in Kankan prefecture).

Test community mechanism to improve equitable access to services (1.5.1.2)
This intervention is integrated into the COGESs and Health Mutual organisations development interventions.

Promotion and support to MURIGAs (1.5.1.3)
The implementation of Muriga promotion and support interventions by PRISM continued during this quarter. Here are the activities and interventions completed or initiated by PRISM during the period:

- PRISM sponsored the participation of 1 of its coordinators (the Community Institutional Development Coordinator) and 1 AGBEF technical staff (the Kankan regional coordinator) in the UN/ILO one week course in Dakar on Monitoring & Evaluation of health mutual organizations. This training complemented the other two UN/ILO courses they attended in 2001 on the Promotion of Health Mutual Organization and on Participatory Feasibility Studies. These public health professionals spearhead support activities to Muriga in the prefecture targeted by PRISM in HG.
- Partnership with ILO/STEP continued to develop during the period. ILO/STEP co-funded the tuition of our two participants to the Dakar course. Activity implementation in HG continued in close partnership with STEP.
- Participative Feasibility Studies were performed in the 6 selected sub prefectures and the results were presented to the communities at 4 of them (Batè nafadji and Tintioulen in Kankan prefecture and in Kérouané urban center and Konsankoro in Kerouane prefecture). Results will be presented to the remaining two sites in April.
- General Assemblies were held in the 4 sites and the executive bodies *(Conseil d'Administration, le Comité Exécutif et la Commission de Contrôle)* were established.

- PRISM and STEP allocated to each Health Mutual a kit of management tools (value of 2.500.000 Fr per Mutual). These are:
    - 3000 member's books (500 per MURIGA)
    - 6 Service Delivery Registers (1 per MURIGA)
    - 6 Cotisation Registers (1 per MURIGA)
    - 6 Member Registers (1 per MURIGA)
    - 6 Bank Journal (1 per MURIGA)
    - 6 Petty Cash Journal (1 per MURIGA)
- PRISM and STEP prepared various legal documents important for the functioning of the Mutual and communicated them to the first 4 MURIGAs. These are the *"règlements intérieurs"*, the internal status and the convention between the mutual and the health service delivery points.
- The first 4 Health Mutual organizations started receiving contributions community members during the quarter. Coverage is expected to start during the next quarter.
- *Organisations Relais*'s SOW development: PRISM will employ qualified local organizations (NGOs) to provide regular and close support to the created MURIGAs in its targeted prefectures and to expand the program to other sites. The draft of the SOW of these *organisations* (OR) *relais* has been developed and is under revision with partners. During the quarter, an international expert from MSH provided STTA to help PRISM finalize the SOW as well as the package of indicators required to monitor the MURIGAs and the intervening ORs. Contracts will be awarded by PRISM to ORs and support activities will be under way during the second quarter of 2002.

1.5.2 Increase community participation in the management of the HCs

Support activities to strengthening COGES (1.5.2.1):
STTA from MSH: Dr. Jaime Benavente, Principal Program Associate, form MSH in Boston came to Guinea for two weeks and a half in January and February to provide technical assistance to PRISM staff in finalizing the design of and implementation of PRISM's support activities to strengthen the CoGes and MURIGA (see section 1.5.1.3) in *Haute Guinée*[4]. The specific objectives of this STTA are:

- To finalize the details of the scope of work for local NGO's ("Organisations Relais") to be sub-contracted by PRISM to ensure community participation and other implementation activities to strengthen CoGes.
- To identify the capabilities of *Organisations Relais* (OR) required in PRISM's CoGes activities.
- To identify and review areas of complementarity and collaboration between PRISM and CLUSA – a USAID funded CA that had implemented COGES support activities in Guinea's coastal region sub prefecture – and to assist in the development of a MOU between PRISM and CLUSA stipulating the nature of the collaboration, responsibilities and contributions of each to strengthening CoGes in managing health centers in the sub-prefectures in Haute Guinée targeted by CLUSA and in those selected by PRISM to target CoGes.
- To review and adjust PRISM's indicators for measuring the process, performance and impact of PRISM's TA and of the CoGes before, during and after receiving TA.

4. See the consultant's trip report at annex 3

- To review the PRISM/STEP strategy, workplan and indicators for strengthening communities in creating and operating MURIGAs.

Development of a partnership with CLUSA: Efforts were made during the quarter at developing a partnership with CLUSA in the support of the participation of communities into the management of their HC. CLUSA is currently starting community institutional strengthening activities in six localities in HG. These activities focus on agriculture, natural resource management and other revenue generating activities as well as on community health issues. PRISM has offered CLUSA to pool resources in these sub prefectures and initiate in priority joint interventions in the health area. CLUSA submitted PRISM a costly proposal that requires further discussions.

OR scope of work: As with the promotion of MURIGA and with the community mobilization exercises in favor of CBD/SBC services, PRISM will employ qualified local organizations (NGOs) to provide regular and close support to the renovation and operation of HCs' *comités de gestion* (COGES) in its current format or in a modified format, as determined by the concerned communities. These "*organisations relais*" will implement community mobilization activities aimed at reviving community participation in their HC management and/or technical assistance and training to the newly selected members of the renovated COGES. The draft of the SOW of these *organisations relais* (OR) has been reviewed by MSH's consultant and updated with PRISM Coordinator for Community Institutional Strengthening. The revised SOW will be translated in French and reviewed for final adoption with the DRSs in April and contract awarded by PRISM to ORs in May.

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 and disseminating the national RH Norms and Procedures, including the development of referral guidelines, job descriptions, service delivery guidelines, and performance assessment tools;
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 DRS, and the DPS in collecting and using data for decision making, and in developing periodic HIS reports

2.1 Reproductive Health Norms & Procedures

No activities planned during this quarter and no activities to report.

2.2 Strengthening Quality Improvement Support Systems

2.2.1 Train RH managers in human resources (HR) management

The MOH made several changes at key positions at the decentralised levels at the end of 2001 and at the beginning of 2002. The two regional directors in the PRISM target zone have changed as well as 5 of the 8 district directors and all of the 8 hospital directors in HG. As a result, an assessment of the training needs in management was conducted and one training session in Team Management held during the quarter. 15 DPSs and Hospitals management staff from the Kankan Region participated in this training session[5]. Following this last training session, a total of 23 MOH staff with responsibility at he decentralised level have been trained in Team Management (12 prior to the current FY minus 4 who left HG plus 15 this FY so far).

The Team Management training curriculum has 2 main modules and 8 sessions:

- Module A: Communication
  - Session 1: Managing people with different learning styles
  - Session 2: Effective communications within the team
  - Session 3: Interpersonal relations and professional development
  - Session 4: Presentations
  - Session 5: Group processes
  - Session 6: Meetings facilitation
- Module B: Supervision

5. See the Team Management training session report at annex 4

- Session 7: Supervision's planning
- Session 8: Supervision's implementation

2.2.2 Improving Supervisory capabilities: COPE and Facilitative Supervision

Training of DRS/DPSs supervisors in COPE facilitation (2.2.2.1): A total of 28 MOH supervisors from the Faranah and Kankan regions were initiated to COPE facilitation during FY01. The focus zone lost only 2 of them after the changes in MOH staff assignment of late 2001 and early 2002. Nevertheless, PRISM continues to introduce additional supervision staff to COPE facilitation during COPE integration activities targeting new sites and COPE support activities targeting integrated sites. During the period, 6 new DPSs and Hospitals staff members participating in HCs supervision activities were introduce to COPE[6].

Integrate COPE in SDPs (2.2.2.3): COPE was integrated into 3 additional sites during the quarter with the assistance of EngenderHealth, bringing the number of SDPs in HG where COPE has been integrated under PRISM to 28. These 3 facilities are:

1. CS Banian in Faranah prefecture
2. CS Passaya in Faranah prefecture
3. Pediatric Service at Faranah Regional Hospital

Each of the facility's personnel or COPE team, developed an internal problems resolution workplan as required by the COPE process. The majority of planned activities are aimed at improving client rights and quality of services delivered. As usual, most members of the SDPs staff participated in the COPE exercise at their site.

Support IRS/DPS COPE facilitation and FS (2.2.2.4): Facilitative Supervision activities in the Kankan prefecture were reviewed with the DPS' staff in 7 of the 8 prefectures of HG. During these review meetings the effectiveness of FS was discussed, main problems were identified, targets for the coming visits at HCs defined and the work plan updated. Funding of FS was renewed for 2 DPSs. The other prefectures had not requested at that point additional funds. PRISM financial support to FS is to allow DPSs' supervision team to perform one FS visit per HC per quarter. The funding is complementary to financial resources received by DPSs from the Ministry of Finance and other sources.

2.2.3 Strengthening Community participation in the management of the health centers

Report to section 1.5.2

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): During this quarter, the Kankan and Faranah IRSs organized with PRISM, two refreshers training sessions (1 per region) for 43 HCs' PEV agents[7]. There were 4 trainers at each session; 3 from the

6. See COPE training report at annex 5
7. See the PEV training reports at annex 6

MOH/DRS and DPSs and one from PRISM. As of the end of March 2002, all PEV agents of HCs in HG have benefited from the refresher course in PEV and growth monitoring of children. A total of 105 PEV agents followed the refresher course in 2001 and this year.

The refresher-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 PEV targeted diseases;
ii) The immunization norms and standards (calendar, delivery, infection prevention);
iii) Cold chain management (vaccines and supplies management, equipment maintenance);
iv) Growth monitoring of children 0-5 years old and exclusive breastfeeding.

Refresher training of HCs CPC providers in Management of Child Illness (2.3.1.2.1): During this quarter, PRISM held the second refresher training session of CPC agents from HCs in management of child illness[8]. The 24 participants came from the HCs of Kankan (16 out of 16 HCs) and Kerouane (8 out of 8 HCs) prefectures. The refresher-training curriculum focuses on the skills and knowledge needed by the CPC agents to fulfill their main responsibilities in the area of Child Survival. The curriculum covers the management of the 8 main illnesses at the core of child mortality in Guinea. It covers 17 themes, grouped into 9 modules:

1. Basics in the management of child illnesses (infection prevention, counseling targeting mothers, IV solution preparation, etc.)
2. Malnutrition case management at the HC
3. Anemia case management at the HC
4. Acute Respiratory Infection
   - 4.1. Basic notions
   - 4.2. Distress signs
   - 4.3. Classification of ARI
   - 4.4. ARI case management for <2 months infant
   - 4.5. ARI case management for child from 2 months to 5 years
5. Measles (epidemiology, prevention)
6. Malaria
   - 6.1. Management of simple cases
   - 6.2. Management of complex cases
7. Meningitis
8. HIV/AIDS
   - 8.1. Basic notions on HIV/AIDS
   - 8.2. HIV/AIDS Case management at the HC
9. Diarrhea
   - 9.1. Main factors
   - 9.2. Evaluation
   - 9.3. Treatment and counseling of diarrhea cases

With this second session, a total of 44 HC agents have been trained in the management of child illness in HG.

8. See CPC-Enfant training session report at annex 7

2.3.2 Strengthening Maternal Health Services

Adapt EMCH training curricula for HC – Traditional Birth Attendant (TBA) curriculum (2.1.2.3 & 2.3.2.4.2): The TBA training curriculum was revised and adapted last quarter. It is based on the new PMA and TBA supervision checklist, and on the RH Norms and Procedures; ensuring that educational objectives are properly aligned with the TBA's job description. As most TBAs are illiterate, themes of images to insert in the training material to support acquisition of knowledge were defined. A series of 34 images produced by a local artist and organized in six modules constitute the training curriculum. The modules cover the following topics:
Module A. Tasks during pregnancy
Module B. Tasks during labor
Module C. Tasks during birth delivery
Module D. Tasks following delivery
Module E. Collaboration with the health center
Module F. Collaboration with the community

Training of Community Health Promoters in Safe Motherhood:
See section 3.2.4.1.

Integrate AMIU services in Maternity services in 3 MSR prefectures (2.3.2.3.4)
The MOH/DSR, PRISM and JHPIEGO continued the implementation in partnership of a program aimed at strengthening Post Abortion Care (*Aspiration Manuelle Intra Uterine*) at three Hospitals in the PRISM target zone: the regional hospitals in Faranah and Kankan and the prefecture hospital in Kerouane. The activities included in the program are:

- Needs assessment at the three hospitals (FY01);
- Training in Infection Prevention (IP) of the maternity services staff (FY01);
- Update in Contraceptive Technology (FY01);
- Post training monitoring in IP and in FP (FY02, current quarter);
- AMIU *(Aspiration Manuelle Intra Utérine)* training at Donka University Hospital (FY01);
- Post training monitoring in AMIU (FY02, current quarter).

PRISM efforts in this segment of its scope of work focused on monitoring and supporting the implementation of AMIU and related practices within the three maternity services targeted. PRISM technical staff, in partnership with JHPIEGO's consultants, implemented these interventions.

IR2.3.2 Strengthening Maternal Health Services – PAC/AMIU: Monitoring and Evaluation

AMIU caseload				
Sites	**From Oct. 2001 (svce inception) to Feb. 2002**	**March 2002**	**Total since integration of the service**	**Observations**
Kankan Regional Hospital	25	9	36	40% teenagers, 80% FP
Faranah Regional Hospital	Breakdown not available		50	28% teenagers, 100% FP
Kerouane Prefecture Hospital	7	9	16	25% teenagers, 100% FP
			102	

Interpretation

- The caseload has increased significantly in March in Kankan (9 compare to an average of 5 per month the previous 5 months) and Kerouane (9 compare with 1 or 2 cases per month). The availability of the AMIU service was announced during the January CTPSs in all three prefectures. Therefore, all Heads of HC have been informed and could have referred clients to the hospital.
- Faranah Regional Hospital, the future regional training site, has the highest caseload. Integration has been the most successful in every aspect at that site compared to the other 2 sites.
- A high percentage of women treated are adopting a FP method following the intervention.
- Teenagers (-19) represent a quarter of the caseload in Kerouane and Faranah and close to half the cases in Kankan. This is not unexpected as teenagers represent a large percentage of the cases with complications following induced abortion. We will verify if the difference between Kankan and the other sites persists over time or not.

2.3.3 Strengthening Providers Counseling and Interpersonal Communication (IPC/C) skills

Develop a radio distance learning IPC/C program (2.3.3.4): During the previous quarter, PRISM held a development workshop for its radio distance learning program in IPC/C and MCH targeting providers at SDPs. Its purpose was to elaborate 13 variety radio programs targeting health centres' agents as primary audience and the community as a secondary audience. Representatives from each regions and prefectures IEC working group attended the workshop, including representatives from PSI, ADRA and Save the Children, as well as radio technicians and journalists from the Kankan and Faranah rural radio stations. An international consultant specialist from JHU/CCP supported the workshop. The main results of the workshop were:

- The goal and main objectives of the distance learning radio program are defined;
- Priority themes and attitude to promote are selected (focus on IPC/C, Safe Motherhood and IMCI – especially immunization);
- 12 sub themes and 13 episodes designed (goal, objectives, content defined for each);
- Duration of episodes selected (20-30 minutes);
- Frequency of broadcasting defined (once a week)

This quarter, the production of the scripts for the 13 episodes of the distance radio program started. A local writer, experienced with PRISM work, is developing the scripts and will complete production by May 2002. The scripts will be pre tested in June and broadcasting on *Radio Rurale* in HG should start in June.

2.4 Strengthening the National Health Management Information System

2.4.1 Integrate the RH indicators package in the H/MIS

Dissemination of new H/MIS data collection forms, reporting formats, and indicators definition (2.4.1.5): The dissemination of the new H/MIS monthly report forms, the intervention completing the integration of the RH indicators package in the system, has been accomplished this quarter. The RH indicators were validated in December 2000 during a workshop held in Kindia. The updated data collection forms (monthly H/MIS reports) were tested and finalized during the March 2001 quarter. PRISM brought in a consultant from EpiConcept, the firm which has been developing the MOH H/MIS computerized system since the early 90s, to integrate the RH indicators package into the national computerized system and train key personnel in the uses of the modified version. The reproduction of the revised data collection forms and reporting format needed for three months have been funded by PRISM during the previous quarter and were transmitted to the various health districts nationwide. The MOH disseminated the data collection forms to all facilities during the January 2002 CTPSs/CTRSs[9]. The H/MIS in Guinea will produce more comprehensive data for the reproductive health technical areas starting with January 2002.

The quantities of each document distributed by PRISM to the MOH are as follow:

- Monthly report form for HCs/HPs: 6,042
- Monthly report form for Hospitals: 467
- Monthly report form for DPSs: 102
- HC/HP report user's guide 1,267
- Hospital report user's guide 106
- DPS report user's guide 63

In Haute Guinée the dissemination of the updated H/MIS reports forms was done during the January CTPS meeting in 6 of the 8 DPSs. The dissemination was done in February for the remaining two DPS through a visit at each site/facility.

2.4.2 Decentralize computerized data processing at the DRS level

Both of HG's DRSs received the H/MIS software application during the previous quarter. The training of the DRS key staff in the use of the software (2.4.2.2) is an ongoing that started during this quarter and will continue during the next.

The DRSs will continue to need technical assistance from PRISM in the area of data processing beyond the core H/MIS. With the project support and interventions ongoing in the region since 1998, critical data to the management of the health system has become available in many key areas. The CBD/SBC database designed by PRISM and maintained initially by the project's staff has been transferred successfully to the DRSs. But the following areas' data

9. See the specimen of the H/MIS monthly report forms and their filling guides at annexes 8a to 8f

processing and reporting systems remain to be transferred to the DRSs.

- Training database
- Availability of Essential Resources at HCs database
- Observation of Compliance of RH Service Delivery database
- Supervision database
- Service Delivery Points Management Performance Assessment database (in development)

In addition to the training required at the DRS level to the successful transfer of all database maintenance and management, PRISM pursued its training activities in basic computer uses targeting MOH staff at the decentralized level.

2.4.3 Strengthen RH managers' skills in Data for Decision-Making (DDM)
PRISM agreed to sent the newly nominated Faranah Region's Health Director (DRS) to the three weeks 5th International Course on Epidemiology and Computerized Applications, organized by the *Institut pour le Développement de l'Epidémiologie Appliquée (IDEA)* and the Association pour *l'Aide à la Médecine Préventive* in Kribi, Cameroun. We see the DRS as a future strong trainer in the area of DDM in HG.

IR3: INCREASED DEMAND

PRISM's approach to increasing demand for RH services in HG is to improve the coordination of IEC programs, strengthen provider-client interaction, conduct health promotion interventions, and improve IEC management, delivery capacity and sustainability. Specifically, this includes:

1. Improve Coordination of IEC Programs

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

2. Strengthen Provider-Client Interaction

- Evaluate, reproduce and distribute existing IEC materials,
- Develop, produce and distribute new IEC materials for provider-client settings, and
- Train service providers in counseling.

3. Conduct Health Promotion Interactions

- Hold large an highly visible IEC campaigns,
- Carry out advocacy efforts at the community level and community mobilization, and
- Award small IEC grants to local NGOs.

4. Improve IEC Management and Delivery Capacity

- Train IEC managers & providers and provide them with regular technical assistance.

This quarter, PRISM focused on strengthening on-going youth activities and on preparing the maternal and child health (MCH) campaign.

3.1. Improving Coordination of IEC Programs[10]

3.1.1 Support to GRIEC/GPIEC

Support IEC groups (GRIEC/GPIEC) in implementing their work plans (3.1.1 & 2): The quarterly meetings of the IEC regional groups in Kankan and Faranah this February. PRISM facilitated an exchange of experiences and a discussion of lessons learned from the PRISM funded youth campaign activities. Representatives from each prefecture participated, including some from Kissidougou.

At the meetings, PRISM presented the IEC minimum package for youth for level of sub-prefectures. The package includes:

(1) Recruitment of strong and dynamic peer educators;
(2) Tours in each sub prefecture by the theater group;
(3) Distribution of IEC materials for youth to each health center;
(4) Video projections; and
(5) Conducting at least one community event such as a sports event, street show or an evening gathering addressing youth issues per sub prefecture.

10. Outlines for this section 3 'Increased Demand' are from PRISM operational plan for year 4 and 5 submitted to USAID in March 2001. Outlines provided in parenthesis are from the approved operational plan.

IEC regional groups also reviewed the direction and support they will give to GPIEC to implement the prefecture action plans for the promotion of maternal and child health (MCH) in their communities during the coming MCH campaign.

The IEC prefecture working groups (GPIEC) were regularly supported by PRISM technical staff during the quarter. The GPIECs are the operational coordination bodies through which PRISM is implementing most of its community based IEC/BCC interventions, especially its campaigns. They are currently managing at the prefecture and sub prefecture levels the youth campaign aimed at preventing STI/AIDS infections and unwanted pregnancies in Haute Guinée. PRISM made available to all of the GPIEC the funds required to implement planned activities.

3.2. Strengthen Provider-Client Interaction

3.2.1 Distribution of Existing IEC Material

Brochures and posters were distributed through GPIEC members and youth peer educators. They included approximately 17,000 brochures on STI, 13,000 on abstinence and 10,000 on unwanted pregnancy. More than 800 posters were distributed as well. The new poster on dialogue between parents and youth is currently available in many office and public buildings in Kankan and Faranah regions. This material was developed by the project last year in preparation of the youth campaign.

3.2.2 Distribution of Existing IEC Material

See section 1.4.2

3.2.3 Training of Service Providers in Counseling

Distance radio training programs: see section 2.3.3.4

3.2.4 IEC in favour of Maternal Health

Training of Community Health Promoter in Safe Motherhood (3.2.4.1): The previous quarter, PRISM initiated its training of Community Health Promoter in Safe Motherhood. The initial training session included 20 community health promoters, all female, coming from Kerouane and Faranah urban commune (5 each) as well as from the rural sub prefectures of Kossankoro in Kerouane (5) and Marella from Faranah (5). This quarter, a second session including 20 additional community health promoters, all from Kankan prefecture, was implemented. The trainers trained during 2001 are now qualified to perform the training of Community Health Promoter in Safe Motherhood without full time technical assistance from PRISM.

3.3. Increase Demand for RH Services and Conduct Health Promotion Interventions Activities

3.3.1 Multimedia Adolescent Reproductive Health Campaign

PRISM continued to support activities by and for youth. The main objective of the activities is to encourage youth to adopt healthy and responsible sexual behavior, and to increase demand for and the use of RH services in this age group. This quarter, PRISM disbursed approximately GFr

16 million to GPIEC and through GPIEC for local youth peer educators to conduct activities in each of HG's 8 prefectures. These are examples of the youth campaign activities performed:

- Touring of theater groups in several sub-prefectures in Faranah and Kankan regions. The members of the GPIEC and peer educators were mobilized to publicly endorse the messages of the actors (abstinence until marriage or systematic condom use during all sexual encounters). The play reached an estimated 30,500 people, among them a majority of youths.

Prefecture	Sub Prefecture covered	Estimated number of people reached
Dabola	Kindoye, Banko, Konindou, Konso	4,000
Faranah	All 10 covered in the previous quarter	
Dinguiraye	Selouma, Mbonet, Dialakoro	3,000
Kankan	Bate Nafadji, Tokounou, Koumban, Sabadou Barama, Moribaya, Tintioulen	6,000
Kerouane	Linko, Kosankoro, Gbinko, Banankoro, Commune urbaine, Sibibaro	5,000
Siguiri	Niagassola, Siguirini, Norassoba, Malea, Niandankoro	6,500
Mandiana	Kantoumania, Dialakoro	2,000
Kouroussa	Babila, Balatao, Bamfele, Komoula, Douako, Koumana	6,000

- Reinforcing of youth led activities in the sub prefectures by the youth leader peer educators at the local health center by assisting the providers at receiving adequately younger clients.
- During the CTRS meeting in Faranah, slide shows and videos were offered to the military and their families at the Tindo BAF camps and a promotional evening was organized to close the CTRS.
- Organizing of street show events in many of HG's towns. These street show events, directed by youth peer educators, presents RH messages targeting primarily adolescents between dancers and signers performances. Spectators are invited to volunteer questions and/or answers in public on RH in general and on STI/AIDS in particular.
- Reaching out friends through 'grains' with tea and sugar offered by peer educators. Grains are informal clubs where youth meet after school or work to share tee and discuss.
- Organizing videos and slides projections on STI and unwanted pregnancy in more than 60% of the sub prefectures. Note that the video on '*Les Maladies de l'Ombre*' is currently the most attracting tool because people can see the consequences of sexually irresponsible behaviors. These messages reached about 8,000 youth during this quarter.
- Organizing soccer games during which are spread messages on reproductive health. To diversify the ways that messages are diffused through sports events, PRISM has helped establish women's soccer team in Faranah. A delegation from USAID witnessed this innovative and new event in Faranah last February. This women's team is having a lot of

success, attracts a lot of fans and inspires women in other prefectures to establish their own women's soccer teams and games. To date, over 3500 people have been exposed to STI/HIV/AIDS messages via women soccer events.

- Distributing IEC materiel through schools, soccer games video presentations and evening street shows: more than 35,000 brochures and at least 800 posters have been handed over to youth during such events this quarter (mentioned in section 3.2.1).
- Following up of the more than 150 RH friendly hair salons and tailor shops oriented and equipped with educational material and monitoring tools by PRISM. The owners and employees of these small businesses perform education sessions with their clients. Support to these *maisons de coiffure et de couture* with supervision and additional orientation is regularly provided by the project, members of GPIEC and by the peer educators. PRISM has initiated the collection of data from these small businesses to monitor their activities (# of education sessions held, # of clients exposed, # of clients referred to HCs for RH services).

Develop RH/Youth radio programs (3.2.3.4): Following their training during the previous quarter, 15 youth worked with communities in the administrative regions of Kankan and Faranah, to develop radio shows on a variety of reproductive health issues. Based on their work, a total of 16 variety shows are being broadcast on the *Radio Rurale* in Haute Guinée. Broadcasting started on March 25, 2002. Shows are broadcast twice a week and each show lasts for one-hour. Anecdotal impressions suggest that the shows are very popular among youth partly because the radio show animators are youth themselves known to the audience either as a schoolmate or a friend.

Evaluation of the Youth Campaign: In March, PRISM's consultant Dr F Becker from JHU/CCP worked with the consulting firm CERREGUI to (1) conduct the training of supervisors and interviewers for the impact evaluation survey of the community mobilisation and behaviour change component of the Youth Campaign of the PRISM Project in Guinea, (2) pilot test and revise the questionnaire to be used for the evaluation, (3) conduct field tests and make final revisions to the questionnaire and data base, and (4) review the descriptive analysis plan[11]. Field data collection started on April 3 and will be completed by May 30, 2002. A first draft of the descriptive report is expected for mid-July, 2002. Complex analysis will be conducted at JHU/CCP and the final report is expected to be ready by October 2002. Preliminary discussions were held with the PRISM Country Director and USAID staff regarding the impact evaluation of the coming Safe Motherhood and Child Health Campaign of the PRISM Project.

3.3.2 Advocacy at the Community Level

See section 3.3.1

11 See the consultant's trip report at annex 9

3.3.3 Community Mobilization Activities

Develop and implement a Maternal and Child Health IEC campaign (3.2.4.3)
In follow-up to the workshop on IEC/MCH held last quarter, in which each prefecture GPIEC developed an action plan on how MCH strategies will be promoted into the community, PRISM tested during the quarter an approach to incite dialogue with and within the community on key issues like immunization and safe motherhood. The approach involved a meeting of community leaders with health staff (from the ministry of health, the health center, local NGO and PRISM) to discuss immunization low coverage rates of infants and pregnant women, low uses of health facilities and ways of solving these problems. The Dar es Salam neighborhood in Kankan was selected for testing the approach. More than 100 community leaders including 35 women attended the meeting. Low clinic attendance was attributed to the following factors:

- overcharges imposed on clients by providers for services;
- generally low performance level of staff and resulting poor quality of service;
- distance to the health center;
- ignorance of the vaccination calendar;
- limited involvement of community members in spreading messages on vaccination.

Solutions from people's perspectives included: providing key information and involve women leaders in spreading MCH messages; increasing the number of message dissemination points in the community; informing men about the immunization calendar; build a clinic near by.

The approach is deemed to be appropriate as it gives the voice to the intended audience to decide whether the problem is of interest to them and how ready they are to solve it. PRISM will extend this approach during the next quarter to other prefectures and sub-prefecture. The activity will thus be an integral part of the MCH pre-campaign activities to be completed by the end of June.

Identification and meetings with women groups (SERE, associations, groupements) to discuss MCH problems started during the quarter. Big Mamayas (gathering of women for celebrations) were held in Siguiri, Faranah and Kankan with MCH being in the agenda and facilitated with PRISM assistance.

3.3.4 Small Grants
Financial resources are mostly channeled now to local associations through the GPIECs.

3.3.5 The Child-to-Child Strategy (EPE)
More schools and classes were selected for expanding the child-to-child vaccination strategy. School principals, teachers and pupils as well as the local agents PEV of the health centers have made a commitment to introduce or re-introduce and monitor the activities to 5th graders to increase vaccination coverage in their areas. Teachers will benefit from the training on the strategy implementation.

3.4. IMPROVE IEC MANAGEMENT AND DELIVERY CAPACITY

Dr Becker's assistance to evaluate the youth campaign included close collaboration with CERREGUI. The RH research organization benefited from her TA in strengthening their capacity in IEC/BCC issues. CERREGUI is the firm selected by PRISM to conduct the survey, develop

the questionnaire and methodology, conduct the training of field teams and the pretesting of the field plan.

IR4: IMPROVED COORDINATION

PRISM 's approach to improve coordination of RH interventions is to strengthen the MOH's managerial and communication capacities, to participate actively and support existing coordination processes, and to promote when needed the creation of new but sustainable mechanism, especially at the decentralised level. Specifically, this includes:

At the decentralised level

- Support the establishment, functioning and actions of RH Regional Working Groups;
- Support the preparation and participate into the CTPS and CTRS meetings;
- Strengthen the managerial capacity of DRS/DPS, especially of their supervision activities.

At the institutional level

- Review project's activities, results and achievements with the MOH and USAID;
- Participate to the extend possible in the development of health related policies at the central level;
- Improve electronic communication capacities of MOH at the central level and at the DRS level;
- Plan and implement interventions with RH partners in the field.

4.1 Improve Coordination at the Local Level

Regional Work Groups (4.1.1)

The two IEC regional work groups (GRIEC) met during the quarter. The main purpose of the meetings was to report on what has been accomplished during the last quarter, plan for the next months, review lessons learned during the implementation of the youth campaign and communicate directions for the coming maternal child health campaign.

Participate in CTPSs and CTRSs (4.1.2)

During the quarter, PRISM technical staff participated in and supported 6 of the 8 CTPS biannual meetings and in the two CTRS meetings held during. Important documents and tools were disseminated during the CTPS meetings. These were the PMA document, the Manual on Essential Drug Management and the new H/MIS monthly report forms. The documents and tools were disseminated directly to the sites in the two prefectures were PRISM missed the CTPS meetings. Compliance rates of RH services observed during the previous quarter by the DPS' supervision teams were presented during the CTRS meetings.

PRISM Operation Plan Review (4.1.3)

PRISM's support strategies and operational plan was reviewed in depth with the Faranah DRS following the change at the DRS position.

Other interventions

In addition to visits by PRISM Coordinators at HG's prefectures to coordinate activities with the DPS teams and local partners, especially the supervision activities, the COP made a work visit to Dinguiraye. The purpose of the visit was to review PRISM PAO with the DPS team, their specific needs and to sign the CBD Convention with the Prefecture Health Director. The CBD detailed work plan was reviewed with Africare-ISAG and with the DPS. Commitments from the partners were confirmed and implementation issues discussed. It was an excellent opportunity to share public health and managerial views with the newly appointed health

director. We appreciated his dedication at assuming his responsibilities and at ensuring the DPS accomplish its mission despite particularly difficult circumstances (for instance the DPS has not yet received its vehicle). His willingness to share with us the request for support submitted by the DPS to other projects was also very favorably noted.

4.2 Improve Coordination at the Institutional level

Support MOH coordination at the central level (4.2.1)

Dakar Conference on PAC: Prepare (28 February – 2 March), support MOH, participate (4-7 March), debrief (11 March), Dakar Conference on AMIU. 156 participants from 16 countries. 3 from focus zone + 2 PRISM
Reduce maternal mortality morbidity = regional initiative on PAC (increase access of and improve quality of PAC services)[12].

Assistance to the development of the Emergency Maternal and Neonatal Care National Guide: PRISM technical staff participated into the coordination and consensus building workshop held in Conakry with assistance from WHO from 6-11 February 2002on the Emergency Maternal and Neonatal Care National Guide. During the workshop the draft of the guide was reviewed and recommendations formulated. The main recommendations are:

- Reformulate the training's educational objectives;
- Adapt the content consequently to align it to the redefined educational objectives;
- Develop the training sessions' plan/guide for trainers' and
- Make the final guide available at the decentralised level.

GMME survey preparation: PRISM participated closely in the preparation of the GMME survey during the quarter in Conakry and in the USA. PRISM is the management partner of the survey and will coordinate field activities. MSH's USAID funded RPM+ project is covering local costs of the survey and transferred funds accordingly to PRISM in Guinea. Numerous coordination meetings and work sessions were held in Guinea with the MOH and with BASICS to ensure the success of the activity. Likewise, PRISM's COP met with MSH/RPM+ technical officers in Washington in February. During the quarter, the survey protocol was finalised, the survey field agents' (*enquêteurs*) profile defined and recruitment initiated.

Support to the National IMCI technical Group: as during previous quarter, PRISM maintained its regular participation into the efforts of the National IMCI Technical Group toward integrating IMCI in Guinea. During the quarter, the SOW of the Steering Committee and Technical Committee for IMCI were reviewed and corrected and the IMCI operational workplan was integrated into the workplan of the national primary health care program (PEV/SSP/ME PAO).

Annual review of the PEV/SSP/ME program: PRISM attended and participated actively in the annual review and programmatic meetings of the PEV/SSP/ME held in Boké in January. The project was represented in each of the three commissions (training/evaluation, logistics and community participation) as well as on the commission in charge of finalising the Operational Plan. One of the main recommendation of the annual PEV/SSP/ME meetings was to authorise

12. See report prepared by MOH/DSR on participation of Guinea delegation at annex 10

innovation in the remobilization of community participation in the management of the health centres. The failure of the COGES to play their role since they were established in the early nineties by a joint decree from the MOH and the Interior and Decentralisation Ministry is universally recognised – as is the critical importance that represents effective community participation to the sustainability of the primary health care system. PRISM will be able to continue the development of its program to remobilization community participation in the management of the HCs in its target zone, as significant changes are required to make the system work.

Coordination with the PNMSR on MURIGAs: The PRISM Advisor in Quality of Care continued to coordinate closely PRISM Safe Motherhood activities development with the MOH Head of the Programme National de Maternité sans Risques (PNMSR). As usual, strategies and work plans were reviewed, consensus obtained on points of divergence and synergy with other projects identified.

Electronic communication capacity at the MOH units involved in RH (4.2.1.2): To strengthen the MOH managerial capability, PRISM has allocated computers to various units involved in coordinating RH activities in the recent past. The goal is to ensure that the MOH organisational units have better access and use of the data and have improved communication through the regular use of email and the Internet. PRISM hired Conakry based computer service supplier firm continued to provide training and maintenance assistance to the MOH and partners in Conakry and in HG. During the quarter, two laptop computers were allocated: one to the Secrétaire Général and one to the newly nominated N'Zerekore Health Regional Director in the forest region were PRISM was active until the end of 2000.

Developing collaboration with RH partners (4.2.2)
The following partnerships are successfully ongoing:

- Participation of PRISM at the National workshop on Nutrition in Conakry (March 2002)
- with JHPIEGO to integrate Post Abortion Care at three Hospitals in the project target zone
- with ILO/STEP to promote and support MURIGA is ongoing. ILO co-funded PRISM sponsored participants to Benin and Dakar courses.
- with Engender Health to integrate COPE and Facilitative Supervision in HG
- with AGBEF to support districts at managing their CBD program and IEC activities
- with the AFRICARE-ISAG project to develop CBD networks in Dinguiraye prefecture.
- with the SIDA III at integrating STI care in HG's HCs.

Coordination with USAID (4.2.3)
In addition to regular coordination and consultation contacts between PRISM and SO2 team, the PRISM Cognizant Technical Coordinator (CTC) made a field visit in the Faranah Region during the month of February. PRISM IEC/BCC Specialist accompanied her, as the main focus this time was to assess RH behavior changes activities, especially the youth campaign. They attended for instance a *show de la rue,* visited RH friendly small businesses and met with various GRIEC/GPIEC members as well as with leader youth peer educators. An important review meeting was also organized in Kissidougou. During this meeting the CTC was able to verify the local authorities interest at seeing PRISM resume its intervention in their prefecture. No commitments were made but their expectations were well noted.

Progress Report
January-February-March 2002

ANNEXES

1. Programme SBC : Compte-rendu de la réunion technique avec les AT-SBC/AGBEF du 31 janvier au 1er février 2002
2. Rapport de recyclage de 10 accoucheuses villageoises de Kérouané (test du nouveau curriculum de formation des A.V.)
3. Trip report : Review of the COGES and Muriga Initiatives for the PRISM Project (19 January – 6 February 2002) ; Jaime Benavente and Sekou Condé.
4. Rapport de formation en gestion d'équipe – niveau cadres supérieurs (4 – 9 mars 2002)
5. Rapport de Mission : Formation de 11 facilitateurs COPE Régionaux et Préfectoraux pour les DRS/DPS de Faranah ; Dr Sitan Millimono et Madame Fatoumata Fofana.
6. Rapport technique de Recyclage des agents PEV de Kankan (11 au 15 mars 2002) et de Faranah (18 au 22 mars 2002)
7. Rapport de recyclage des agents CPC-Enfant de Kankan et de Kerouané
8. Rapports Mensuels SNIGS :
   - 8.a. Rapport Mensuel des Centres de Santé
   - 8.b. Guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS à l'usage des centres de Santé
   - 8.c. Rapport Mensuel des Hôpitaux
   - 8.d. Guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS à l'usage des hôpitaux
   - 8.e. Rapport Mensuel Préfectoral
   - 8.f. Guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS à l'usage des DPS
9. CCP's Fannie Foonseca-Backer's trip report (10 – 22 March 2002)
10. Rapport de participation à la conférence régionale de Dakar sur les soins après avortement (4 – 7 mars 2002), MSP/DSR.

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

Submitted : April 2002
USAID Grant Award N°.624-A-00-97-00077-00

ANNEXE : 01

Programme SBS : Compte-rendu de la réunion technique avec les AT-SBC /AGBEF du 31Janvier au 1er Février 2002.

PRISM

Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST/SIDA

PROGRAMME SBC

Compte-rendu
de la réunion technique avec les
AT-SBC/AGBEF
(du 31 janvier au 1er février 2001)

Dr Keita Namoudou
Coordinateur des Programmes SBC, PF et IST-SIDA

33

Dans le cadre du suivi du contrat de prestation de l'AGBEF pour l'assistance technique en SBC et en IEC auprès des DPS, une réunion s'est tenue dans l'enceinte du bureau PRISM du 31 janvier au 1er février 2002.

Etaient présents à cette réunion :

N°	Nom et Prénoms	Fonction	Service	Adresse
1	Dr KEITA Namoudou	Coordinateur du programme SBC	PRISM-GUINEE	Kankan
2	Mr SANOH Fassouma	Coordinateur régional	AGBEF	Kankan
3	Mr KABA Amiata	Coordinateur IEC	PRISM-GUINEE	Kankan
4	Mr CHERIF Boun Yamine	AT/SBC	AGBEF	Kérouané
5	Mr CISSE Mamady	AT/SBC	AGBEF	Kourousa
6	Mr TRAORE Sékou	AT/SBC	AGBEF	Kankan
7	Mr TOUPOU Joseph	AT/SBC	AGBEF	Siguiri
8	Mr DOUALAMOU Pascal Niankoye	AT/SBC	AGBEF	Faranah

Objectif de la réunion :

L'objectif de cette réunion était de faire le bilan de l'assistance technique de l'AGBEF en SBC et en IEC auprès des équipes préfectorales de la santé (en particulier auprès des Chargés SBC). L'occasion a été opportune pour planifier les activités imminentes à réaliser dans les trois prochains mois.

A l'ordre du jour :

↪ Introduction de la réunion .

↪ Présentation succincte des activités des AT/SBC : Niveau de performance des chargés SBC de chaque DPS, évaluation des AC, activités IEC au cours des trois (3) derniers mois.

↪ Résultats de la mission d'évaluation du coordinateur régional de l'AGBEF;

↪ Récapitulation des points forts et des points à améliorer ;

↪ Organisation des cérémonies d'octroi des vélos aux AC performants ;

↪Etablissement d'un plan d'action trimestriel ;

↪ Divers.

PERFORMANCES DES CHARGES SBC DES DPS :

Succès :

- Bonne maîtrise du SIG SBC pour l'ensemble des C-SBC (excepté celui de Faranah) ;
- Bonne capacité d'analyse manuelle / interprétation des données SBC ;
- Bonne collaboration avec les superviseurs SBC, AC et communautés ;
- Prise en charge des 50% de frais de carburant de la moto du C-SBC par la DPS de Siguiri, à travers la participation financière de chaque centre de santé.

Difficultés :

- Insuffisance de compétences dans l'analyse des données SBC à Mandiana ;
- Insuffisance de disponibilité des Chargés SBC dans l'exécution des plans d'action SBC, due à leur charge de travail trop élevée pour d'autres activités de la DPS ;
- Insuffisance de motivation des C-SBC due au non paiement des 50% des frais de carburant des motos par les DPS ;
- Usure de pneus des motos des chargés SBC ;
- Retard dans l'octroi des attestations de satisfecit aux chargés SBC qui ont mené des formations ;
- Pas de feed-back suite au dépôt des rapports des chargés SBC à PRISM ;
- Style autocratique du chargé SBC de Kérouané ;
- Retard dans la nomination d'un C-SBC de Kouroussa après le départ de l'ancien.

Recommandations :

- Relancer/rédynamiser l'engagement des DPS dans la prise en charge les frais de carburant des Chargés SBC en se servant de l'initiative de Siguiri (AT-SBC) ;
- Aider les DPS à élaborer un plan d'action harmonisé et intégré en vue de rendre disponible les Chargés SBC pour les activités SBC (AT-SBC) ;
- Faire des attestations de satisfecit pour tous les AT-SBC et C-SBC (Dr Keita) ;
- Fournir des pneus de moto aux chargés SBC (PRISM) ;
- Remplacer l'ancien Chargé SBC par un acte officiel (DPS de Kouroussa) ;
- Les frais de réparation de la moto du Chargé SBC de Kouroussa incombe à la DPS ;

- Renforcer les compétences du Chargé SBC de Faranah en SIG (AT-SBC de Faranah) ;

- Organiser une réunion à la DPS de Faranah en vue de clarifier l'utilisation de la moto du Chargé SBC dans les activités SBC et d'impliquer le Chargé SBC de Faranah dans la supervision facilitante (AT-SBC de Faranah) ;

- Organiser une réunion à la DPS pour poser tous les problèmes relatifs aux Chargés SBC, notamment leur disponibilité pour les activités SBC (tous les AT-SBC) ;

- Renforcer les compétences du Chargé SBC de Mandiana dans l'analyse des données (AT-SBC de Mandiana) ;

- Envisager la formation des 14 superviseurs SBC et le reste des AC de 7 Sous préfectures à Mandiana (Save the Children).

PERFORMANCE DES AGENTS COMMUNAUTAIRES

Sur la base d'une grille harmonisée d'évaluation de performance professionnelle, tous les AC de la phase d'expansion du programme (année 2001) ont été évalués. D'abord par leurs superviseurs SBC puis, par les équipes préfectorales de la santé (C-SBC et AT-SBC). Ainsi, sur 182 AC évalués dans les 5 préfectures prioritaires, 164 ont été jugés « performants ». Une réévaluation des AC non performants de la première phase du programme (année 2000) a été également faite et tous (au nombre de 15) sont actuellement performants. Ces AC performants recevront prochainement des vélos à titre de motivation et de moyens de travail. Des cérémonies d'octroi de vélos seront organisées dans chaque préfecture concernée.

ACTIVITES IEC

Succès :

- Disponibilité du conseiller IEC pour la facilitation de l'exécution des activités ;
- La reconstitution des groupes régionaux IEC ;
- La disponibilité des membres des groupes préfectoral IEC ;
- Disponibilité des troupes théâtrales ;
- Mobilisation des populations et autorités ;
- Disponibilité des pairs leaders et pairs éducateurs ;
- Multidisciplinarité des membres des groupes préfectoraux IEC ;
- Disponibilité des fonds pour l'exécution des activités ;
- Intégration/implication des pairs éducateurs dans les activités SBC des centres de santé ;

- Référence des pairs éducateurs dans les centres de santé ;

- Disponibilité du coordinateur IEC.

Difficultés :

- Depuis le début du 2è contrat de prestation de l'AGBEF avec PRISM, les fonds destinés à la promotion de la santé de la reproduction autour des centres de santé n'ont pas été utilisés par les AT-SBC de l'AGBEF ;

- Les troupes n'ont pas tourné dans toutes les sous préfectures ;

- Démission des pairs éducateurs (Mamouroudou, Gbérédou-Baranama);

- Pair éducateur de Boula non formé.

Recommandations :

- L'unité IEC de PRISM doit se prononcer sur l'utilisation des fonds destinés à la promotion de la SR autour des CS ; l'argent non utilisé jusque là peut servir à compenser le manque à gagner des frais de fonctionnement des AT-SBC occasionné par l'expansion du programme SBC ;

- Le GRIEC de Kankan doit recruter et former les pairs éducateurs de Mamouroudou, Gbérédou-Baranama et Boula ;

ORGANISATION PROCHAINE DE LA REMISE OFFICIELLE DES VELOS

Participants :

- Gouverneur (si niveau régional) ;

- Préfet (Surtout secrétaire général des collectivités décentralisées) ;

- Maire ;

- DRS, DPS, DMR, DPE, Leaders pairs éducateurs, IRE, IRJ, DPJ, GPIE;

- CCS ;

- AC ;

- Partenaires : SAVE, PSR, PSI, ADRA, CENAFOD, AGBEF, UNICEF, PAM, CLUSA, CROIX ROUGE, Promotion féminine.

Déroulement :

- Cérémonie de signature des lettres d'affectation des vélos (dans la matinée) ;
- Installation des invités (dans la soirée) ;
- Prestation des groupes d'animation ;
- Présentation de programme et des officiels ;
- Discours du DPS(technique) ;
- Discours de PRISM.
- Discours du Préfet ;
- Remise officielle des vélos par groupe AC/CS ;
- Remerciement.

BUDGET

N° d'ord.	DESIGNATION	KANKAN	KOUROUSA	KEROUANE	SIGUIRI	FARANAH
1	Perdiem AC	36*10000	37*10000	21*10000	45*10000	39*10000
2	Perdiem CCS	12*10000	12*10000	7*10000	12*10000	10*10000
3	Transport A/R AC	36*15000	37*15000	21*15000	45*15000	39*15000
4	Transport A/R CCS	12*10000	12*10000	7*10000	12*10000	10*10000
5	Groupe d'animation	50000	50000	50000	50000	50000
6	Chaise(100*300FG)	30000	30000	30000	30000	30000
7	Rafraîchissant	48000	48000	48000	48000	48000
8	Camera	50000	-	-	-	50000
9	Photo	36000	36000	36000	36000	36000
10	Aménagement	25000	25000	25000	25000	25000
11	Pairs leaders	30000	30000	30000	30000	30000

PLAN D'ACTION

N°	ACTIVITES	Février	Mars	Avril
1	Evaluation de la performance des superviseurs SBC		X	X
2	Evaluation du Chargé SBC		X	X
3	Elaboration/harmonisation du plan d'action C SBC/DPS	X		
4	Participation aux activités ponctuelles des DPS	X	X	X
5	Elaboration/Exécution du PAO GPIEC	X	X	X
6	Restitution de la réunion technique SBC	X		
7	Orientation/réorientation des équipes DPS(programme SBS)	X		
8	Organisation des cérémonies officielles des vélos	X	X	
9	Evaluation des AC pour l'obtention du titre de vélo		X	X
10	Identification des villages(District) non intégrés en SBC		X	X
11	Remplacement, formation des AC démissionnaires/décédés	X	X	X
12	Identification et formation des superviseurs non formés	X	X	X
13	Dotation des 1ers AC formés en O.G de (Registre d'activités)	X	X	
14	Faire l'analyse situationnelle des CSU en matière d'intégration en SBC alternatifs		X	X
15	Faire la situation des cahiers de suivi	X	X	
16	Nombre de clientes régulières Nombre de cas d'abandon Taux de continuation			
17	Faire la situation des CS où les agents ne sont pas formés en PF	X	X	
18	Participation à la mobilisation de la communauté pour la dotation des CS intégrés en médicaments IST		X	
19	Renouvellement des pneumatique de moto des CSBC		X	X
20	Organisation des réunions mensuelles de suivi des activités SBC à la DPS	X	X	X

ANNEXES

- Rapport d'évaluation des AT/SBC par le coordonnateur de l'AGBEF ;
- Lettre d'information du président GRIEC au conseiller IEC.

DEROULEMENT DE LA REUNION

HORAIRE	ACTIVITES	FACILITATEUR	MATERIELS
9 h	- **Installation des participants** - **Introduction de la réunion** *Le facilitateur, après avoir installé les participants et distribué les fournitures de bureau, explique l'objet de la réunion et l'ordre du jour . Il s'assure de l'exhaustivité des éléments de l'ordre du jour avant de passer au thème suivant.*	Dr Keita	Ordre du jour
9 h 15	- **Présentation des activités des AT-SBC** *Par tour de table, le facilitateur demande à chaque AT-SBC de présenter succinctement en 10 minutes, le niveau de performance de son C-SBC, les résultats de l'évaluation de performance des AC, les activités IEC réalisées au cours des trois derniers mois. Il anime une discussion 10 minutes après chaque présentation en ressortissant les points forts et les points à améliorer. Il fait la synthèse des présentations* *NB : le facilitateur note les idées essentielles sur flip chart.*	M. Amiata Kaba	Filp chart Marqueurs
11 h 15	Petite pause		
11 h 30	- **Résultats de la mission d'évaluation de la coordination régionale de l'AGBEF** *Le coordinateur régional de l'AGBEF de Kankan présente succinctement les résultats de sa mission d'évaluation des AT-SBC au niveau des cinq préfectures concernées. Le facilitateur gère le débat sur la présentation et fait la synthèse.*	Dr Keita	
12 h	- **Récapitulation des points forts et des points à améliorer** *A partir des deux précédents thèmes, le facilitateur amène les participants à ressortir les points forts et les points à améliorer de l'ensemble des programmes SBC et IEC. Il se sert à cet effet des papiers géants pour écrire les différents points.*	M. Sanoh	Filp chart Marqueurs

HORAIRE	ACTIVITES	FACILITATEUR	MATERIELS
12 h 30	- **Organisation des cérémonies d'octroi des vélos aux AC performants** *Le facilitateur, par brainstorming, demande aux participants de déterminer la manière dont les cérémonies vont se dérouler sur les points suivants : le lieu, les invités d'honneur, les artistes, les médias, les discours. Ils regroupe les idées faisant l'objet de consensus sur chacun des points. Il amène ainsi les participants déterminer la chronologie des événements lors de la cérémonie.*	Dr Keita	Filp chart Marqueurs
13 h	Grande pause		
14 h	- **Etablissement d'un plan d'action trimestriel** *En se servant des points à améliorer, de l'organisation des cérémonies d'octroi des vélos aux AC et le contenu des PAO des volets SBC et IEC, le facilitateur amène les participants à programmer dans un plan d'action les activités des trois prochains mois.*	Dr Keita M. Amiata Kaba	Filp chart Marqueurs
16 h	- **Divers** *Par tour de table chaque participant exprime son point de divers.*	Dr Keita M. Amiata Kaba M. Sanoh	Filp chart Marqueurs
16 h 30	Clôture		

N/Ref. GRIEC/01/02

A Monsieur Guillaume BAKADI

Conseiller Technique I.E.C./PRISM

Kankan

Objet : Réponse à la lettre du 25/01/2002

Monsieur,

Par votre lettre sans numéro du 25 Janvier 2002 relative à la prochaine réunion du Groupe Régional I.E.C. à Kouroussa, j'ai le regret de vous informer que je ne serais pas de la partie pour raison de service à Conakry ; toutefois, le Chargé de la formation du bureau de GRIEC en la personne de Monsieur Facely KOUROUMA assumera l'intérim pour la circonstance.

Par ailleurs, je voudrais saisir cette occasion pour vous informer également de mes multiples séances de travail que j'ai eu avec les différents GPIEC notamment de Kérouané, Siguiri et Kouroussa lors de ma récente mission de supervision des assistants Techniques SBC. Cette mission m'a permis d'une part d'évaluer les différents plans d'action 2001 et de recenser les principaux problèmes d'autre part.
Ces problèmes essentiels recensés se résument comme suit :

1. Retard dans l'obtention des fonds relatifs au financement des plans d'action ;
2. Plainte de certains DPS en ce qui concerne la convocation des Assistants Techniques SBC sans correspondance officielle à cet effet et à temps par PRISM.
3. Expédition directe des matériels I.E.C aux pairs éducateurs dans les préfectures sans passer par les GPIEC.
4. Manque de concertation entre les comités jeunes AGBEF et les pairs éducateurs notamment à Kouroussa et à Siguiri ;
5. Non implication effective des DPS dans les activités des GPIEC ;
6. Manque de feed-back écrit sur le contenu des rapports d'activités des GPIEC.

Convaincu que tous ces problèmes ci-dessus évoqués trouveront leurs solutions par cette réunion importante suivie des plans d'action réalistes, je sais compter sur votre compréhension habituelle.

Salutations sincères !

Kankan, le 30 Janvier 2002
Le Président du GRIEC

Mr Fassouma SANOH

Copie pour les membres des bureaux du GRIEC

92

Coordination Régionale
——o——
AGBEF/Haute Guinée
——o——
Kankan
——o——
BP : 56 Tél. : 71 – 25 - 30

République de Guinée
——o——
Travail – Justice – Solidarité
——o——

RAPPORT DE SUPERVISION DES ASSISTANTS TECHNIQUES SBC POUR LA PERIODE ALLANT DU 27 DECEMBRE 2001 AU 14 JANVIER 2002

Préparé par Mr Fassouma SANOH

Coordinateur Régional AGBEF Kankan

Sommaire

I. Objectif de la mission

II. Termes de références de la mission

III. Déroulement de l'activité de supervision

IV. Succès , amélioration et difficultés rencontrées par les AT/SBC

V. Recommandations de la mission

VI. Annexes

1. Liste des Personnalités rencontrées par préfecture
2. Copie de l'Ordre de mission

Introduction

Dans la période allant du 27 Décembre 2001 au 14 Janvier 2001, la Coordination Régionale de l'AGBEF/Haute Guinée a procédé à la supervision des activités des Assistants Techniques SBC des préfectures concernées.

I – Objectif de la mission de supervision

Conduite par Monsieur le Coordinateur Régional de l'AGBEF, cette mission de supervision avait pour objectif fondamental de :

- Apprécier le transfert des compétences des Assistants Techniques de l'AGBEF au niveau des Chargés des SBC des DPS Conformément au contenu de la convention AGBEF/PRISM.

II – Termes de référence de la mission

En vue d'atteindre l'objectif ci-dessus mentionné, la mission de supervision devait :

1. Apprécier la collaboration de l'AT/SBC avec le C/SBC de la DPS.
2. Vérifier les données démographiques de base préparées par l'AT/SBC et le C/SBC de la DPS.
3. Vérifier la disponibilité du Plan d'Action de la période en cours et son niveau d'exécution ;
4. Evaluer la maîtrise du Programme SBC par le C/SBC de la DPS.
5. Apprécier la collaboration de l'AT/SBC avec l'équipe cadre de la DPS et les autres partenaires locaux ;
6. Examiner les outils de gestion de l'AT/SBC ;
7. Collecter les rapports PF/SBC disponibles à la DPS ;
8. Apprécier la participation de l'AT/SBC et le C/SBC aux réunions mensuelles des AC selon un calendrier préétabli ;
9. Identifier les succès de l'AT et le C/SBC ;
10. Enumérer les points à améliorer et apporter des solutions possibles avec leurs implications ;
11. Apprécier la participiption de l'AT et le C/SBC aux activités du groupe Préfectoral IEC/SR.

III – Déroulement de la supervision

L'équipe de supervision s'est basée sur les aspects ci-après :

- La supervision proprement dite des Assistants Techniques SBC à partir d'une grille préétablie ;
- La collaboration de l'AT avec l'équipe cadre de la DPS ;
- L'implication de l'AT et le C/SBC dans les activités promotionnelles de la SR à travers le Groupe Préfectoral IEC/SR dont ils sont membres ;
- Les succès enregistrés et les points à améliorer par l'AT/SBC depuis son installation à la DPS ;
- Le recueil des suggestions et avis de l'équipe cadre de la DPS pour la bonne marche du programme.

Toutefois, il faut noter que la plupart de ces points ci-dessus énumérés se trouvent détaillés dans la grille ci-après :

45

Grille de supervision des AT/SBC pour la période allant du 27 Décembre 2001 au 14 Janvier 2002.

Echelle d'appréciation : Insuffisant (1) ; Bien (2) ; Excellent (3) ; N/O : Non observé

N°	Activités/Tâches	Faranah	Kankan	Kérouané	Kouroussa	Siguiri
1	Collaboration AT/C-SBC	3	3	N/O	N/O	3
2	Existence des données démographiques de base	2	3	3	1	1
3	Maîtrise des outils SIG par l'AT/C-SBC	2	3	3	2	2
4	Collaboration AT/Equipe cadre de la DPS/Autres Partenaires	3	3	3	3	3
5	Ponctualité de l'AT/SBC à son poste de travail	3	3	3	3	3
6	Exécution du Plan d'action du dernier trimestre 2001	2	2	2	2	2
7	Existence du Plan d'action du premier trimestre 2002	1	1	1	1	1
8	Collecte/Analyse et Expédition des rapports SBC/PF	2	3	2	3	2
9	Participation aux réunions mensuelles des AC	3	3	3	3	3
10	Evaluation des AC et expédition des rapports	3	3	3	3	2
11	Existence d'un calendrier de suivi des réunions mensuelles	1	3	3	1	1
12	Organisation administrative de l'AT	3	3	2	1	3
13	Appui du C/SBC par l'AT dans la compilation et l'analyse des rapports	3	3	N/O	N/O	3
14	Participation aux activités IEC/SR de la DPS	3	3	3	3	2
15	Elaboration et expédition des rapports de l'AT à temps	3	3	2	3	2
16	Elaboration et qualité des outils de gestion des activités SBC	3	3	3	2	2
17	Connaissance et respect des termes de référence de la convention	3	3	3	3	3
	Total Score par AT/C-SBC	**43/51**	**48/51**	**39/51**	**35/51**	**38/51**
	% des Scores par AT/C-SBC	**84 ,31 %**	**94 ,11 %**	**76,47 %**	**68,62 %**	**74,50 %**

En observant cette grille de supervision des activités des AT/SBC et C/SBC , les constats suivants se dégagent :

IV – Les succès, améliorations et difficultés des AT/SBC et C/SBC :

a) Les Succès :

- Collaboration efficace des AT/SBC avec les équipes cadres des DPS ;
- Ponctualité des AT/SBC à leurs postes respectifs dans l'ensemble ;
- Participation effective des AT/SBC et les C/SBC aux diverses réunions mensuelles des AC ;
- Respect des termes de références de la convention ;
- Collaboration effective entre les AT et les C/SBC ;
- Participation des AT/SBC aux activités des DPS ;
- Elaboration des outils de gestion pour le suivi des activités SBC des superviseurs et des AC dans l'ensemble ;
- Elaboration et expédition des rapports mensuels au niveau de la coordination de l'AGBEF à temps ;
- Appui remarquable des C/SBC dans la compilation et l'analyse des rapports SBC par les AT ;
- Disponibilité et suivi des Plans d'Action du dernier trimestre 2001 ;
- Suivi et évaluation des Agents Communautaires ;
- Forte implication des AT aux activités des Groupes Préfectoraux/IEC.

b) Les Aspects à améliorer :

- Elaboration des Plans d'Action du premier trimestre 2002 et leur harmonisation avec ceux des C/SBC des DPS ;
- Elaboration d'un calendrier de suivi des réunions mensuelles des AC.
- Elaboration et affichage des données démographiques de base ;
- Maîtrise des outils SIG/SBC par les C/SBC (excepté Kankan) ;
- Organisation/Gestion Administrative du Programme SBC ;
- Collecte, analyse et transmission des rapports SBC des superviseurs et des AC à temps ;
- Archivage et classement des documents ;
- Suivi et disponibilité des données statistiques des activités SBC ;
- Evaluation des C/SBC par les AT ;
- Information ponctuelle des DPS sur l'évolution des activités des Groupes Préfectoraux/IEC.

c) Quelques difficultés des AT et C/SBC :

- Cumul de fonction AT- C/SBC dû au manque de C/SBC à Kouroussa ;
- Etats vétustes des motos des AT malgré leur réparation par PRISM ;
- Moto de l'AT de Faranah non réparée malgré qu'elle soit rendue disponible par l'AGBEF au niveau du PRISM ;
- L'AT de Faranah ne dispose pas encore de bureau ;
- Distance remarquable parcourue par l'AT de Faranah pour la perception de ses honoraires à Kankan ;
- Insuffisance des frais liés au carburant à cause de l'extension du réseau SBC.
- Non prise en charge des frais d'hébergement des AT malgré l'éloignement de certaines zones intégrées par rapport au chef lieu de la préfecture ;
- Non prise en charge des frais liés aux fournitures de bureau ;
- Mauvais état des mentaux des AT et C/SBC ;
- Poids du redéploiement des agents de santé non formés dans les centres intégrés en PF/SBC ;
- Ruptures fréquentes des fiches de consultation PF et des médicaments dans les Centres de Santé ;
- Prise en charge partielle des motos des C/SBC (carburant et entretien) malgré l'extension du réseau SBC.

47

V – Recommandations de la mission de supervision :

Eu égard à l'ensemble de ces constats ci-dessus énumérés, la mission de supervision recommande ce qui suit :

1. Niveau DPS :

- Renforcer le suivi du programme SBC à travers les C/SBC selon le contenu des contrats de collaboration entre les DPS et le Projet PRISM ;
- Nommer un nouveau C/SBC à la DPS de Kouroussa ;
- Insérer davantage l'AT de Faranah dans l'équipe cadre de la DPS en lui octroyant un local stable pour son bureau ;
- S'impliquer davantage dans la gestion des Groupes Préfectoraux IEC/SR ;
- Tenir compte des centres intégrés en PF/SBC en redéployant les agents de santé ;
- Inciter les agents à commander les médicaments à temps pour limiter les ruptures ;
- Tenir compte des présentes recommandations.

2. Niveau PRISM :

- Réparer les deux motos mises à sa disposition par l'AGBEF pour les activités du programme SBC ;
- Renouveler les manteaux des AT et C/SBC ;
- Mettre à la disposition des DPS les vélos pour les AC évalués et réévalués ;
- Envoyer des Attestation de formation et les manteaux aux AC de Faranah ;
- Prévoir de nouvelles motos (tout terrain) pour les AT/SBC en cas du renouvellement de la convention entre AGBEF et PRISM ;
- Initier des formes de motivation pour les agents impliqués dans le programme SBC (octroi des Attestation de formation, visite de terrain, cérémonies officielles de remise des vélos, émission à la radio rurale...) ;
- Faire un feed – back écrit et ponctuel sur le contenu des rapports SBC expédiés par les C/SBC ;
- Renforcer les rencontres trimestrielles entre PRISM, AGBEF et les agents impliqués dans le programme ;
- Tenir compte des présentes recommandations.

3. Niveau AGBEF :

- Intensifier la supervision des AT/SBC et les Centres de Santé ;
- Proposer à PRISM, un réaménagement des frais de fonctionnement des AT/SBC en tenant compte de l'état vétuste des motos, des fournitures de bureau ainsi que l'extension du réseau SBC selon la fourchette du budget de la convention ;
- Poursuivre les négociations auprès de PRISM pour la révision du véhicule Toyota Hilux ;
- Organiser le suivi de l'exécution des recommandations de la présente supervision au niveau des AT/SBC et C/SBC ;
- Renforcer les réunions mensuelles entre les AT et la Coordination AGBEF ;
- Suivre la réparation des deux motos déposées au projet PRISM par l'AGBEF ;
- Tenir compte des présentes recommandations.

VI – Annexes

- Liste des personnalités rencontrées par la mission de supervision et par préfecture :

A. Préfecture de Siguiri :

1. Mr ZEAYATTE Mohamed Chargé de la SR à la DPS ;
2. Mr Moussa SIMANKAN Chargé de la Santé Scolaire ;
3. Mr FADIGA Ibrahima Sory C/SBC et membre du GPIEC ;
4. Mr Bémba Mamady CAMARA ATS/ADRA et membre du GPIEC ;
5. Mr Joseph Siba TOUPOU AT/SBC et membre du GPIEC.

B. Préfecture de Kérouané :

1. Dr Ibrahima SOW DPS de Kérouané ;
2. Mr CHERIF Boun – Yamine AT/SBC et Président du GPIEC ;
3. Mr Siba ZOGOTAMOU Proviseur et membre du GPIEC ;
4. Mme Fatoumata CAMARA ATS et membre du GPIEC ;
5. Mr Bakary BERETE Conseiller Technique SAVE THE CHILDREN et membre du GPIEC.

C. Préfecture de Kouroussa :

1. Dr Assata CONDE DPS de Kouroussa ;
2. Mr Mamady CISSE AT/SBC et Président du GPIEC ;
3. Mr Bandjan Neiba CONDE membre du GPIEC ;
4. Mr Aboubacar Soty KEITA membre du GPIEC .

D. Préfecture de Faranah :

1. Dr N'Faly BANGOURA DPS de Faranah ;
2. Mr Niankoye Pascal DOUALAMOU AT/SBC ;
3. Mr Bakary CAMARA Directeur Micro Réalisation ;
4. Dr Cécé Vieux KOLIE Pharmacien à la DPS ;
5. Mr KAMANO Jean Baptiste C/SBC.

E. Préfecture de Kankan :

1. Dr Mariama Ciré CAMARA DPS de Kankan par intérim ;
2. Mr Sékou TRAORE AT/SBC Président du GPIEC ;
3. Mr Sayon SIDIBE C/SBC membre du GPIEC ;
4. Mr Fako KONATE./.

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail - Justice - Solidarité

ASSOCIATION GUINEENNE POUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL
Adresse Télégr. : AGBEF - CONAKRY
B.P. : 1471 - Tél. : 44.23.63 Fax : 41.43.21 Siège Social : Conakry - Guinée

ORDRE DE MISSION

Il est ordonné à Monsieur Fassouma SANOH

Nationalité Guinéenne

Fonction Coordinateur Régional des Programmes

De se rendre à Siguiri - Kérouané - Kouroussa - Faranah et Kankan.

Objet de la Mission Supervision des Assistants Techniques au niveau des DPS respectives.

Moyen de Transport Véhicule MITSUBISHI N° VA-1351 ARG conduit par Mamadou DIOUBATE

Date de départ Mercredi 25 - 12 - 2001

Date de retour Fin de mission

ILes Autorités Civiles et Militaires des localités traversées et de destination sont priées de faciliter l'accomplissement de la présente mission.

Kankan, le 26 Décembre 2001

Le Bureau Exécutif

50

Vu à l'arrivée le 27/12/2001
Vu au départ le 29/12/2001
à Siguiri.

Le chargé SBC.
Ibrahima Sory Faoliga

Vu à l'arrivée
Kérouané, le 03/01/02
DPS
Ibrahima Sory

M.S.P. D.P.S. SANTE - KEROUANE
LE DIRECTEUR

Vu au Retour
le 10/01/02

M.S.P. D.P.S. SANTE - KEROUANE
LE DIRECTEUR

Vu à l'arrivée à Kouroussa
le 8 - 1er - 2002
La DPS
Dr Aissata Condé

R.G. DIRECTEUR PREFECTORAL DE LA SANTE
D.P.S KOUROUSSA

Vu au départ de
Kouroussa le 10/1/02
La DPS
Dr Aissata Condé

R.G. DIRECTEUR PREFECTORAL DE LA SANTE
D.P.S KOUROUSSA

Vu à l'arrivée à
Faranah le 09/01/2002
au départ le 1[illegible]/01/2002
DPS
Dr N'Faly Bangoura

Direction Préfectorale de la Santé Faranah
Le Directeur

Vu à l'arrivée
et au départ
DPS
Kankan
15/1er/2002

FORMATION SANITAIRE

51

BEST AVAILABLE COPY

ANNEXE : 02

Rapport de recyclage de 10 accoucheuses villageoises de kérouané
(test du nouveau curriculum de formation des A.V.)

RAPPORT DU RECYCLAGE DE DIX ACCOUCHEUSES VILLAGEOISES DE KEROUANE (test du nouveau curriculum de formation des A.V.)

A - INTRODUCTION :

En république de Guinée, malgré les résultats encourageants obtenus dans le domaine de la santé publique, les indicateurs de mortalité maternelle et néonatale sont encore alarmants (respectivement 528 pour 100 000 naissances vivantes et 48 pour 1000 naissances).

Le Programme National Maternité Sans Risques (PNMSR), qui a pour but l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, se fixe comme objectif général, réduire de 50% respectivement les taux de mortalité maternelle et néonatale d'ici l'an 2010.
L'un de ses objectifs intermédiaires, c'est d'augmenter de 35% à 80% la proportion d'accouchements assistés d'ici l'an 2010.

C'est dans ce contexte, que le projet PRISM en renforçant les intervention du Ministère de la santé de la Guinée dans le domaine de la santé de la reproduction, a participé aux forums et ateliers de redynamisation des activités du PNMSR organiser par le MSP.

En outre PRISM a eu le mandat d'organiser un atelier régional, pour l'adaptation du curriculum de formation des accoucheuses villageoises (A.V.) en s'inspirant des activités retenues dans la fiche standard de supervision de ces agents, élaborée par le MSP.
Cet atelier avait regroupé des formateurs superviseurs des agents communautaires des niveaux préfectoral et régional de Kankan et Faranah ; des représentantes du PNMSR; et des cadres techniques de PRISM, ADRA, et Save the Children . Il a aboutit à l'élaboration des objectifs éducationnels et la préparation d'un nouveau curriculum imagé dont le test est effectué a travers le recyclage d'une vague de 10 A.V.
Ce présent recyclage était destiné à la première vague de 10 accoucheuses identifiées par les communautés de 3 sous préfectures de Kérouané : Banankoro (4), Konsankoro(2), et la Commune urbaine (4).
Il a été encadré par la conseillère technique de PRISM en qualité des soins : Dr ELEONORE RABELAHASA.
La facilitation a été réalisé par une équipe de quatre formateurs qui sont:

- Dr DEM Bokar Coordinateur du volet S.M.I. , PRISM (Directeur du cours)
- Mme SIDIBE Mariama Sage femme représentante du PNMSR
- Mme KABA Djènè Sage femme D R S Kankan
- Mr MILLIMONO Jules Fara Aide de Santé formateur D P S Kérouané

B - BUT ET CONTENU DE LA FORMATION:

Le but de ce recyclage est d'améliorer la compétence et la performance des A.V. participantes au test du nouveau curriculum de formation.
Pour leur permettre d'acquérir ces nouvelles connaissances, aptitudes, et attitudes le contenu du curriculum de formation a été divisé en 6 modules, eux même repartis entre 39 sessions imagées sur 46 Planches.

☞ MODULE A : TACHES PENDANT LA GROSSESSE

- Session 01: Conduite à tenir en présence de toute femme en grossesse (promotion CPN)
- Session 02: Préparation de l'accouchement par la famille
- Session 03: Importance de la chimioprophylaxie au cours de la grossesse
- Session 04: Dépistage des éventuels accouchement à risques.

Ce module prépare l'accoucheuse villageoise à faire la promotion de la CPN, de la préparation de l'accouchement par la famille, la prise du FAF et de la chloroquine; ainsi que l'identification des femmes enceintes présentant des facteurs de risques pour l'accouchement et leur orientation et référence vers les structures de santé.

☞ MODULE B : TACHES PENDANT LE TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

- Session 05 : Accueil d'une femme en travail
- Session 06: Conduite à tenir en présence d'une femme en travail prolongé
- Session 07 : Conduite à tenir devant une hémorragie au cours du travail d'accouchement
- Session 08 : Conduite à tenir en présence d'une femme en travail qui a une grosse cicatrice d'excision
- Session 09 : Conduite à tenir devant une femme en travail d'accouchement qui convulse
- Session 10 : Conduite à tenir en présence d'une femme en travail qui a une fièvre
- Session 11 : Signes de danger au cours du travail et conduite à tenir
- Session 12 : Soutient morale et physique d'une femme en travail
- Session 13 : Pratiques néfastes à éviter au cours du travail d'accouchement

Ce module présente des problèmes que l'accoucheuse peut rencontrer au cours du travail d'accouchement et l'oriente sur la conduite à tenir; des pratiques courantes néfastes à éviter; ainsi que les bonnes attitudes à adopter pendant cette période critique.

☞ MODULE C : TACHES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

- Session 14 : Le lavage des mains
- Session 15 : Matériels et équipements de l'accoucheuse
- Session 16 : Gestes à faire au moment du dégagement de la tête du nouveau-né
- Sessions 17 et 18 : Conduite à tenir en cas de circulaire du cordon (serrée et lâche)
- Session 19 : L'accueil du nouveau-né
- Session 20 : Désobstruction des voies aérienne du nouveau-né
- Session 21 : Soins ombilicaux
- Session 22 : Techniques de réanimation du nouveau-né
- Session 23 : Les soins aux yeux du nouveau-né
- Session 24 : La délivrance
- Sessions 25 et 26 : Examen placenta et conduite à tenir en cas de rétention
- Session 27 : Examen du Périnée
- Sessions 28 et 29 : Décontamination du matériels et sol du lieu de l'accouchement
- Session 30 : Pratiques néfastes à éviter au cours de l'accouchement

Ce module permet à l'accoucheuse de connaître son matériel de travail, les gestes à effectuer au moment du dégagement de la tête et en cas de circulaire du cordon, ainsi que les soins à appliquer au nouveau-né pour réduire la mortalité infantile périnatale.
Il prépare l'accoucheuse à assurer le suivi correcte de la délivrance; à éviter les pratiques courantes néfastes; et respecter les normes et procédures de prévention des infections au cours de l'accouchement.

☞ MODULE D : TACHES APRES L'ACCOUCHEMENT

- Session 31 : Nettoyage et désinfection à haut niveau du matériels et élimination des déchets
- Session 32 : Conseils a donné à une femme après l'accouchement
- Session 33 : Prise de la vitamine A après l'accouchement
- Session 34 : Conduite à tenir en présence d'une hémorragie du post-partum
- Session 35 : Différents éléments d'une visite postnatale précoce de l'accouchée
- Session 36 : Cas à référer en période postnatale tardive

Ce module prépare l'accoucheuse à finaliser les tâches de prévention des infections, à faire un counselling spécifique approprié à la femme après l'accouchement, et prendre en charge les problèmes de santé de la femme dans la période du post-partum.

☞ MODULE E : COLLABORATION AVEC LE CENTRE DE SANTE

- Session 37 : Collaboration avec le centre de santé

Ce module prépare l'accoucheuse au recueil des données statistiques de ses activités et de maintenir une communication régulière avec le personnel du centre de santé ou poste de santé afin de recourir à son appui selon les normes de fonctionnement du système de santé.

☞ MODULE F : COLLABORATION AVEC LA COMMUNAUTE

- Session 38 : Promotion des M U R I G A.
- Session 39 : Collaboration avec les autres agents communautaires

Ce module permet à l'accoucheuse de réfléchir sur le Concepte et les arguments qui justifient la création des Caisses MURIGA et la prépare à faire leur promotion.
En outre elle facilite l'identification des autres agents communautaires et réfléchir sur les axes de collaborations avec eux , permettant l'atteinte de l'objectif d'améliorer la santé reproductive des populations couvertes.

C - OBJECTIFS

☞ OBJECTIF GENERAL :

A la fin de la formation, le nouveau curriculum de formation des accoucheuses villageoises sera testé

☞ OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

A la fin de la formation, dans l'exercice de leur fonction de formateur des A.V. et chargé du test du curriculum, les facilitateurs auront :

1- Recyclé 10 accoucheuses de Kérouané.
2- Identifié les difficultés de perception et d'interprétation des images du curriculum.
3- Apprécié l'adéquation des techniques de formation proposées dans les plans de session.
4- Recueilli les propositions d'amendement des plans de session et images du curriculum .

☞ NORMES DE TRAVAIL DES PARTICIPANTS:

1- Respect des horaires:
   - Début: 8 H 30
   - Petite pause: 11 H 00 à 11 H 15 ; Grande pause: 13 H 30 à 14 H 30 .
   - Fin de la journée: 17 H 30
2- Respect de l'opinion d'autrui.
3- Demander la parole avant toute intervention.
4- Participation active de tous.
5- Eviter le bavardage .

D - METHODOLOGIE

Au cours de cette formation l'approche andragogique a été utilisée en s'appuyant sur la méthodologie expérientielle basée sur l'expérience des participants.
Cette expérience concrète devient alors une source de réflexion et d'analyse qui conduit au développement de concepts généraux et d'identification des possibilités d'application par les participants dans leur fonction de prestataires.
Les techniques d'analyse et d'interprétation d'images, de brainstorming, de questions – réponses, travaux de groupes , simulation ou jeux de rôles, de démonstration, d'exercices pratiques sur mannequins ou lors des gardes ont été utilisées.

E - DEROULEMENT

Ce recyclage a été réalisé durant la période du 22 mars au 04 avril 2002, dans la sallé de conférence de la DPS de Kérouané en exécutant les étapes du programme suivant:

1 – TEAM – BUILDING (du 22 au 24 mars: voir résultat en annexe)

2 - ACCUEIL ET INSTALLATION DES PARTICIPANTS.

3 – SEANCE DE PRESENTATION :
Les participants, les formateurs et assistant administratif se sont présenté aux autres suivant les modalités définis (nom et prénoms, provenance, expérience ou durée de fonction A.V.).

4 - PROCEDURES ADMINISTRATIVES:
Les participants ont été informé par l'assistant administratif sur les modalités de prise en charge de leur séjour durant la période de formation .

5 – IDENTIFICATION DES NORMES DE TRAVAIL : (VOIR NORMES CI- DESSUS)

6 – PRESENTATION DU CURRICULUM AUX PARTICIPANTS

7 – OUVERTURE OFFICIELLE:

Sous la présidence d'honneur des autorités administratives de Kérouané représentées par les deux secrétaires généraux de la préfecture accompagnés par le maire de la commune urbaine de Kérouané.
Après la cérémonie de présentation des autorités administratives , formateurs , participants et cadres superviseurs de la DPS, le Dr Ibrahima SOW à présenté la physionomie de la salle et passé la parole au coordinateur PRISM du volet S.M.I. qui a expliquer en langue nationale le but et les objectifs de cette formation.
Le secrétaire Général des collectivités décentralisées, dans son allocution a souhaité la bienvenue aux participants et encadreurs et remercié les organisateurs pour le choix de la préfecture de Kérouané pour la réalisation de cette formation.
Il a rappelé le rôle que joue la femme au sein de la famille et dans la société pour conclure que la réduction de la mortalité maternelle contribue énormément au développement socio-économique de nôtre pays.
Il a félicité les accoucheuses villageoises invitées pour leur présence effective, et leur a demandé d'être ponctuelle et assidue, ainsi qu'accepté les changements éventuels de comportement lié aux nouvelles connaissances et normes de travail des AV.
Après les remerciements adressés à l'USAID à travers PRISM, au ministère de la santé publique et au gouvernement, il a solennellement déclaré l'ouverture de l'atelier de recyclage des accoucheuses villageoises de Kérouané.

8 – PRESENTATION DES THEMES:

La présentation des thèmes s'effectuait en fonction des plan de sessions et techniques de formation retenus au préalable.

9 – EVALUATION DE LA FORMATION :

A la fin de chaque journée, les formateurs et l'encadreur réalisaient la réunion de feed-back sur le déroulement des activités de la journée et les amendements sur les images et les plans de session.

10 – CLOTURE:

Sous la présidence des autorités sanitaires de Kérouané, le DPS entouré de 5 membres de son staff, (les autorités administratives étaient en mission à Banankoro).

La cérémonie a débuté par le mot des participants prononcé par Hadja Mbalou SANOH:
Elle a exprimé au nom des participants toute la satisfaction ressentie après l'acquisition de ces nouvelles connaissances, pratiques, et attitudes; ainsi que l'engagement d'appliquer correctement toutes les normes et procédures liées à leur fonction d'accoucheuses villageoises.
Elle a ensuite remercier et béni pour tout ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'organisation du présent recyclage.

Le Dr Eléonore RABELAHASA conseillère technique PRISM , en qualité des soins, dans son allocution a remercié le ministère de la santé publique qui à faciliter l'organisation de cette formation test; les autorités administratives et sanitaires de Kérouané qui n'ont ménagé aucun effort, contribuant ainsi au bon déroulement des activités.
Elle a félicité les encadreurs de stage et facilitateurs et exprimé sa satisfactions pour la qualité des prestations des formateurs, leur disponibilité, et initiatives positives au cours de cette formation test.
En outre, elle a fait remarquer l'assiduité et la ponctualité des participantes tant à la formation théorique qu'au lieux de stages pratiques et cela malgré l'âge de certaines. Elle à terminer son intervention en insistant sur les relations à entretenir entre les AV et le centre de santé; ainsi que la nécessité de supervision facilitante des AV par l'équipe DPS.

Le Directeur préfectoral de la santé au nom du Préfet, à exprimer sa satisfaction pour les efforts constants que le projet PRISM consacre à l'amélioration de la qualité des soins accessibles à toutes les populations de la haute Guinée en générale et celles de Kérouané en particulier.
Il a remercié les formateurs et encadreurs pour la qualité du travail , et a invité les AV à mettre à profit les connaissances acquises pour améliorer la prise en charge de l'accouchement normal et la référence des femmes qui présentent les facteurs de risques.
Il a invité les AV à bien conserver les nouveaux matériels mis à leur disposition grâce aux efforts conjugués du ministère de la santé et du projet PRISM. Il a exprimer l'engagement de la DPS qui mettra tout en œuvre pour assurer l'appui nécessaire aux AV.
Il a exprimer la gratitude de la préfecture de Kérouané à L'USAID ,à PRISM, au ministère de la santé et gouvernement du général président LANSANA CONTE avant de déclarer la clôture de l'atelier de recyclage des AV .
La cérémonie à été achevée par la remise solennelle des trousses AV et divers matériels pour la prévention des infections aux participants.

RESULTATS:

Liste des accoucheuses formées:

N0	Nom et prénoms	Villages	Centres santé	Durée de fonction
1	SANOH SARAN	Gbenko	Banankoro	20 ans
2	Hadja SANOH MBALOU	Fodéssiyaya	Banankoro	40 ans
3	BARRY DJENABOU	Karifaya	Banankoro	3 mois
4	CAMARA FATOUMATA	Somassaniya	Banankoro	7 mois
5	KONATE FANTA	Féréboridou	Konsankoro	5 ans
6	CAMARA MEBA	Foundoukoroudou	Konsankoro	30 ans
7	CONDE TENINKE	Koundjan	C S U	15 ans
8	KONATE BINTOU	Kamandou	C S U	30 ans
9	CAMARA TENIN	Commune urbaine	C S U	8 mois
10	CISSE MARIAME	Manifadou	C S U	15 ans

OBSERVATIONS ET AMENDEMENTS:

Planche 3:

1. Faire ressortir les avantages de la CPN ? (abordé par animateurs communautaires)

Planche 4:

1. A V devant la case, ajouter une femme qui se demande où aller et enlever ?
2. Dessiner les tissus sous forme plus sensible et perceptible
3. Femme enceinte devant les accompagnants qui portent des objets pour l'accouchement.

Planche 5:

1. **Sur plan de session:** Eclater les objectifs en deux:

   - Citer les types de médicaments à prendre pendent la grossesse en dehors de toute maladies
   - Expliquer les effets secondaires de ces médicaments et comment les réduire

Planche 6:

1. Rendre plus manifeste l'œdème du pied, séparer les deux pieds
2. Enlever la femme enceinte au niveau de l'image centrale.
3. Ajouter l'image de césarienne antérieure cité par les participants

Planche 9:

1. Changer la position de la femme en tenant compte que c'est une femme en travail, voir planche accouchement (20 ?).
2. Améliorer les images du soleil au levé et coucher en dessinant la courbe du circuit du soleil et le soleil au zénith.

Planche 11:

1. Limiter la longueur de la cicatrice de l'excision et la rendre symétrique
2. **Sur le plan de session:** Ajouter un objectif sur les conséquences

Planche 12:

1. Signes de convulsions insuffisantes ; améliorer en mettant la femme en décubitus dorsale et ajouter les signes de contraction des bras et pieds.

Planche 14:

1. Image de la soif: Changer verre par gobelet, canari par jarre
2. Image essoufflé: enlever les trait de l'haleine
3. Image vertige : rendre plus visible les signe
4. Image travail prolongé: améliorer la couleur du soleil et de la lune

Planche 15:

1. Masser le dos par une seule main
2. Bien ressortir les morceaux de sucre
3. Enlever le rouge au sol du lieu du bain
4. **Sur le plan de session:** Ajouter une 2ème activité avec objectif d'expliquer le pourquoi de ces gestes.

Planche 16:

1. **Sur le plan de session :** difficultés de faire ressortir les pratiques néfastes par cette question.

Planche 19:

1. Améliorer l'image en présentant l'A V en Tablier
2. Enlever le haricot
3. Remplacer la pissette par un flacon
4. Ajouter un flacon d'approvisionnement d'eau de Javel (Flacon eau de coyah)
5. Ajouter la petite balance.

NB: Analyser la pertinence de mettre la planche 24 avant la 21.

Planche 21 bis :

1. Améliorer la présentation de la circulaire lâche:
   - Le cordon au niveau du cou
   - Faire passer le cordon d'un coté
   - Bébé avec cordon normal entrain d'être sectionner .

Planche 22 :

1. Améliorer la présentation de l'image, en changeant la position des bras de l'assistante placer sous les aisselles de la femme en travail et dessiner celle-ci en position semi-assise.

Planche 23 :

1. Changer la position de l'enfant sur un bras de l'A V avec inclinaison (position déclive) et l'autre main extrait les mucosités.
2. **Sur le plan de session:** remplacer petit doigt par l'indexe.

Planche 24 :

1. Changer la pissette par un flacon
2. **Sur le plan de session:** rectifier le numérotage des étapes de e- - - g ?

Planche 25 :

1. Enfant couvert une main massant le dos l'autre bras tenant l'enfant
2. Faire correspondre l'ordre des images à l'ordre de présentation sur le plan de session
3. Ajouter un enfant roux à la fin de la réanimation

Planche 26 :

1. Rapprocher l'indexe qui écarte la paupière inférieure

Planche 28 :

1. Ajouter un petit saignement sur la 2ième image de droite

Planche 29 :

1. Enlever l'image du C S, le Haricot, et le récipient à coté.

Planche 30 :

1. **Sur le plan de session :** Définir la rétention total du placenta
2. changer les images:
   - Image droite de la planche 29
   - La même image sans le bébé au sein
   - Le C S au milieu

Planche 31 :

1. Supprimer le récipient
2. Faire ressortir la déchirure du périnée (rouge entourée de bordure noire)

Planche 33 :

1. Présentation bien précise d'une salle avec murs bien nettes
2. Limiter le sang au sol (enlever le sang sur le corps de l'A V)
3. Homogénéiser la couleur de l'eau de Javel sur toutes les images
4. Diminuer la quantité que l'on verse sur le sol

Planche 34 :

1. **Sur le plan de session:** mettre les conséquences des pratiques néfastes ?
2. Image du cordon: Pansement
3. Image asperger eau : Dégager un peu la main et enfant nu
4. Utiliser (soungala ou wéléguérou) dans la bouche au lieu du doigt

Planche 35 :

1. Rajeunir l'enfant.

Planche 36 :

1. Image du milieu: Inverser la position de ses éléments
2. Image de droite: Inverser la position de ses éléments

Planche 37 :

1. Séparer les images
2. Accouchée avec un bébé au près de l'A V

Planche 38 :

1. Séparer l'accouchée et l'A V
2. Mettre le bébé du coté de l'accouchée

Planche 43 : mettre sur la table:

1. Flacon d'approvisionnement du Javel
2. Flacon de chlorexidine
3. Vitamine A
4. Le registre de l'A V
5. Faire asseoir l'A V.

Planche 45 :

1. Couvrir le visage de la défunte
2. Améliorer le dessin du pagne de la femme enceinte
3. Soulever un peu la lampe Scialytique.

Planche 46 : Améliorer la présentation des agents communautaires:

1. Tenue de l'agent SBC
2. Pair éducateur avec phallus et condom ou Image campagne jeune
3. Animateur communautaire avec son curriculum

ANNEXE : 03

Trip report : Review of the COGES and Muriga Initiatives for the PRISM Project (19January- 6 February 2002);
Jaime Benavente and Sekou Condé.

TRIP REPORT
REVIEW OF THE COGES AND MURIGA INITIATIVES
PRISM PROJECT

JAIME BENAVENTE, PhD
And
SEKOU CONDE, MD

Conakry, Kankan and Faranah, Guinea
19 January – 6 February 2002

I. The Assigment.

The main objective of this TDY was to provide technical assistance to PRISM in finalizing the design and implementation of the Project's support activities to strengthen the COGES and MURIGA in Haute Guinée. Between January 19 and February 6, Jaime Benavente traveled to Guinea to assist the PRISM Project in the area of community strengthening. Specifically, this TDY was to provide technical assistance to strengthen a) the Commites de Gestion des Centres de Santé (COGES), local community based bodies charged with the responsibility to co-manage health centers throughout the country, and to assist in the development of local mutual organizations -- *Mutuelles pour la prise en charge des Risques liés à la Grosses et à l'Accouchement* or MURIGA-- designed to cover the cost of obstetric emergencies. The assistance to these two community initiatives was programmed to take place in Haute Guinée, the area of intervention of PRISM Project. The TDY objectives were to:

- Finalize the details of the scope of work for local NGO's (*Organisations Relais*) to be sub-contracted by PRISM to promote community participation and other implementation activities to strengthen COGES and to develop MURIGA organizations
- Identify the capabilities of *Organisations Relais* required in PRISM's COGES activities
- Identify and review areas of complementarity and collaboration between PRISM and CLUSA
- Assist in the development of a Memorandum of Understanding between PRISM and CLUSA stipulating the nature of the collaboration, responsibilities and contributions of each to strengthening COGES in managing health centers in the sub-prefectures in Haute Guinée targeted by CLUSA and in those selected by PRISM to target COGES.
- Review and adjust PRISM's indicators for measuring the process, performance and impact of PRISM's TA and of the COGES before, during and after receiving TA
- Review the PRISM/STEP strategy, workplan and indicators for strengthening communities in creating and operating MURIGAs
- Review and finalize a Short Term Technical Assistance work plan for PRISM's TA package to the COGES and MURIGA

For all the above tasks, Dr. Benavente was to work closely with Dr Sekou Conde, PRISM Coordinator for Community/Institutional Strengthening interventions. As deliverables, by the end of the TDY, the consultant would prepare a trip report with strategic and operational recommendations will be submitted to the COP, and a full debriefing with USAID would be offered

II. Background

Since 1987, Guinea has been reorganizing its local health system with the goal of improving access to primary health care through the application of four major principles: improving effectiveness, optimizing efficiency, ensuring sustainability, and promoting equity. Guinea's current public health planning is firmly imbedded in the "Bamako Initiative" framework. The Initiative was adopted by the Africa's Ministries of Health (Bamako, 1987) in response to the deteriorating economic environment common throughout the continent during the late 1970s and 1980s The Initiative aimed to provide needed assistance to the PHC sector with the objective of reaching universal coverage within five years of its initiation. Specifically, it was to serve as a mechanism to mobilize community and domestic resources to sustain and expand PHC efforts, with a focus on maternal and child health (MCH) care.

Under the Bamako Initiative, the health system was to achieve a wide coverage at the district level (through district hospitals, health centers and posts, and community health workers) with broad community support. Intermediate targets would be set for pre-natal visits, safe motherhood, growth monitoring, community health workers treatment of diarrhea, malaria, and ARI, and operating community health committees. Additional objectives include decentralization of health decision-making to the district level, community-level management of PHC, some local and user financing under community control, and a national drug policy with the provision of essential generic drugs.

This plan introduced a specific target of district and community management as well as a target for local financial contribution as a means to make PHC/MCH systems operational and sustainable on a wider scale. The resolution invited member countries to encourage social mobilization initiatives to promote community participation in policies. For example, these included policies to ensure a regular supply of essential drugs of reliable quality and at the lowest cost and to define and implement PHC self-funding mechanisms at the local level. The focus was to restore and extend the PHC/MCH network with the provision of basic essential drugs to periphery and district hospitals with local and district financial contributions, typically including some user charges. The funds recovered through self-funding mechanisms will be used for the replacement of drugs and supplies and other operating expenses of the MCH/PHC program. At the same time, the Initiative called for continued government support to local health systems

The proposed community self-financing mechanism also called for creating mechanisms that enabled the health districts to work with communities, even to develop a legal structure for appropriate community responsibilities. Community responsibility was to include a contribution to the recurrent costs of running the system servicing communities directly and to provide an open and "transparent" financial system permitting community

committees to examine the accounts regularly and increase accountability. A key assumption was that clients were willing to pay for treatment if essential drugs were also included, since they were already making considerable payments for an unsatisfactory supply. It was considered that levels of partial cost recovery were achievable after two or three years. Furthermore, it was expected that local revenue could finance progressively more recurrent costs as the clientele of health centers increased. Programmatically, community participation was articulated as the inclusion of local NGOs and community traditional practitioners and the need to adapt the programs, as necessary, to the need of different regions and localities.

In Guinea, the health centers are the basis for invigorating the primary care system. An integrated minimum health care package is growing increasingly more accessible to meet the basic health needs of communities and, through the Initiative, drugs and essential materials are available. Interaction between health service providers and communities is expected to continue to increase; and the quality of care will continue to improve. Developed and staffed by the government, these centers are supposedly owned by the community, staffed by government health personnel, and have their essential drugs, supplies, and other non-personnel costs supplied purchased through user fees. Community health resources are supposed to be managed locally through joint planning and monitoring involving health personnel and community organs. Furthered by local self-financing and local decision-making, community ownership has become the essential element for the success of this health effort

Considering the main programmatic and operational features of the Bamako initiative for the development of the local health system, the community participation is indispensable, and both the installation of *Comité des Gestion* and The Health Mutual Initiatives are key in the overall advance of community mobilization and true participation in the health system. For the community to become involved in the planning, management and supervision of local health services, the COGES could be considered a key instrument through which the community can input its commitment and energies to make the health center an effective service delivery point.

On the other hand, in Haute Guinée, nearly ten percent of all pregnancies present some complication during the delivery; though often the services are available, women with obstetric complications do not access these services due to their relative high cost for an average family. The MURIGA –a mechanism through which important segments of the community decide to take responsibility for securing proper attention of these cases-- can be an effective mechanism to mobilize community resources to assure that high risk pregnancies and deliveries are properly attended, lowering the high risk of maternal deaths.

In summary, the strengthening of *Comités de Gestions* (COGES) as well as the organization of community based mutual entities (MURIGA) can further the main principles and objectives imbedded in the Bamako Initiative. The PRISM Project has taken the challenge to bring this community mobilization and participation ideas into realities.

III. The *Comités de Gestion* (COGES) Initiative.

The main instance for the local self-management and self-control of community resources is the *Comité de Gestion* or COGES (Health Committee). The COGES were to be organized in every local level (sub-prefecture) and its main role was to participate in the management of the local health centers. Made up by five members coming from and supposedly elected by their communities, the committee are in charge of co-managing the health center, participate in the control of financial resources, and promote community mobilization.

Thus, in theory, health centers are managed by the local *Comités de Gestion*, which represent the community. In practice, however, the government health staff run the services, with little effective supervision from the community. At the local level, the COGES have little involvement in the organization of services and in the finance management of the health centers. Often, COGES participation is limited to two persons (president and treasurer), who follow instructions from the head of the center. As a norm, COGES are organized without direct participation of the community and local authorities more often than not nominates its members. As a result, while some centers function well in terms of service delivery, provision of supplies, quality, and financial accountability and thorough management, many do not.

Key issues in this lack of effective integration of the COGES into the management and decision-making in the local health system is the inexistence of a genuine participation of the communities in the local health affairs and the lack of an advancement program for COGES members. In general COGES are loosely organized. Usually, authorities at the prefecture level, hand picked individuals to serve in the COGES. These people do not have a mandate from the community and, in fact, they tend to rather respond the directions of those who appointed them than to indications coming from the communities. Thus, it is not a surprise that there are some weaknesses in the working of the existing COGES.

Although many COGES have already been organized in the Haute Guinée, their functioning seems not to reflect the philosophy articulated in the Bamako Initiative PRISM assessment of COGES in the region identified serious of shortcoming and deficiencies related to the degree of community involvement in their emergence, the efficiency of their functioning, the actual support they receive from the community and, finally, their impact on the running of the health centers.

Although the assessment found some positive aspects in the participation of members of COGES in the management of Health Centers. For example, the assessment found significant COGES participation in the management of fees and accounting. Some COGES members have a good understanding of the needs of the indigent. There is usually good relations between COGES and the heads of the Health Centers; and some COGES members (50%) have received some training related to their tasks. Everybody

believes the participation of women and youth is very important in the running of COGES, and the majority of GOGES members are willing to continue participating in the *Comités* and they report no need for incentives to secure their participation.

Nevertheless, the majority of findings tend to certify a rather negative picture. The quasi totality of people interviewed indicated the need to renew the current COGES with new members. This could bring about the opportunity to secure that the new members are truly representing their communities.

The main negative findings from the PRISM assessment of COGES are as follow

1. The members of COGES are not elected by the community, but rather selected by the elite local and senior community leaders
2. Generally, the members of COGES are not part of the decision making process as most of the decisions are made solely by the chief of the Health Center
3. Women and youth representatives are the most marginalized members in the COGES. They also have the least clear roles.
4. Unclear (or non-existent) definition of roles for each member of the COGES hinder members capacity to participate.
5. An significant portion of COGES members have not received any training other than the initial orientation at the time they were selected.
6. The lack of financial and material incentives is at the base of lack of motivation of COGES members.
7. More than half of people interviewed in the communities had never heard about the COGES or about community members of the *Comités*.

Key issues in the lack of effective integration of the COGES into the management and decision-making of the local health system is the inexistence of a genuine participation of the communities in the local health affairs and the lack of an advancement program for COGES members. In general COGES are loosely organized. Usually, authorities at the prefecture level, hand picked individuals to serve in the COGES. These people do not have a mandate from the community and, in fact, they tend to respond to the directions of those who appointed them rather than to indications coming from the communities. Thus, it is not a surprise that there are weaknesses in the working of the existing COGES

The PRISM Project has as a primary goal to improve access of the population to health services, increase the demand for services, and improve the quality through community participation. Indeed, PRISM considers community empowerment for the management of local health systems through the promotion of community participation and strengthening the capacity of both district and sub-prefecture level health management to organize the COGES as the strategy to realize the principle of the Bamako Initiative In the end, this empowerment will result in improved access to health services and an overall increase in the demand for services. This will translate into improved health for the Guinean population in Haute Guinée. This calls for, among other interrelated interventions, strengthening the entire COGES initiative in the Haute Guinée. In order to achieve this, however, several issues must to be considered and re-designed prior to any serious intervention. Between January and March 2002, PRISM reviewed the most significant

issues trying to identify ways to overcome the barriers that have rendered COGES ineffective in the past. This was one of the goals of this consultancy

As a product of this consultancy and thereafter, the Project has fine-tuned the following key issues:

1. The rethinking of the entire COGES strategy in order to promote a real and proactive community participation. This rethinking revolved around two key ideas. a) COGES must be a organizational body that emerges from and represents the community, and b) its functionality –in connecting community goals and health system's operations-- can be only secured by a continuous community participation. Particular attention should be paid to the structure, roles, programmatic involvement and development of members.

2. In order to have the community represented in the COGES, the community needs to be organized and able to staff and support the work of the COGES. To assure sustainable community participation, it is indispensable to go deeper into the community, creating the basis for community participation in the COGES at the district level. The *Conseille Distrital de Santé* (CDS) should become the first step for the community participation in planning and supporting health activities at the district level.

3. The participation at the district level must frame the health actions at the level of the sub-prefecture by defining the roles and staffing of the COGES that will ultimately jointly run the Health Center with the health providers. At this level, the initiative will rely on the close collaboration from the DPS and, particularly from the DMR. This is considered a key factor for sustainability.

PRISM's initial intention, regarding the strengthening of COGES, was to seek the collaboration of CLUSA, a Guinean-America NGO dedicated to the advancement of cooperative initiatives and rural development.

CLUSA is the only organization in Guinea that has experience in re-working the process of COGES organization with a genuine community approach. The CLUSA approach is based on a system of organizational and training activities that will be primarily implemented at the district and CRD levels inspired by the successes of the Wonkifong CRD pilot experience. PRISM considered the partnership with CLUSA as a key development since both shared the vision that a real and sustainable development of the *Comités de Gestion* can only come about by using and approach that is essentially an empowerment and capacity building program Thus, the methodology to be used in this plan was based on the empowerment of communities to take charge of and responsibility for their own development, building the capacities necessary among the general population of the communities where health centers and posts are located to define the services and co-manage delivery of services

Specifically, the goal of this partnership was to improve access and quality of local health care for populations in rural collectives. This was to be achieved through community empowerment for the co-management of the decentralized health care system in six CRD (Missimana, Moribaya, Morodou, Doura, Norassoba, and Franwalia) in four prefectures (Kankan, Mandiana, Koroussa, and Siguiri) of Haute Guinée

In addition to the joint venture with CLUSA, PRISM planned to extend the push for co-management of the decentralized health care system in six additional sub-prefectures in the Haute Guinée. The idea was to identify a local ONG Relais that could also strengthen the working of the COGES in other areas, parallel to the effort of CLUSA. The NGO CENAFOD was identified and the sub-prefectures originally selected were Marella and CSU Marche in the prefecture of Faranah, Tintioulen and Bate Nafadji in the prefecture of Kankan and CSU Kerouane and Kosandoro in the prefecture of Kerouane, where the Project has already begun the development of mutual organization to secure coverage of some key maternal risks

These two organizations –CLUSA and CENAFOD-- would not work in isolation. PRISM will ensure close coordination between these organizations in order to create true synergism. All the parties agreed to the importance of securing a rich interaction between CLUSA and CENAFOD in the implementation of these activities It is key that we avoid significant differences in the approaches that are developed by the two NGOs Moreover their organizational differences can reinforce the task for finding a definitive approach on which PRISM could base a more extensive intervention

PRISM's plan, however, suffered a considerable setback. Although the match of PRISM and CLUSA was significant at a philosophical and technical level, their programmatic priorities were not compatible, making the joint commitment difficult; and the idea of co-funding the initiative in the aforementioned six sub-prefectures could not be put into practice. PRISM, however, valued its technical interaction with CLUSA as it was an important opportunity to validate the most appropriate steps to empower communities and to promote their participation in the co-management of the local health system.

Current COGES Initiative.

Despite the difficulty of joining forces with CLUSA in this opportunity, PRISM decided to continue with its plan of strengthening COGES in Haute Guinée through the action of a local *ONG Relais*, aiming to improve access and quality of health care for rural populations through community empowerment.

For this purpose, PRISM is searching for and *organisation relais* that could design and implement the initiative in specific sub-prefectures. Given the fact that PRISM will have to take the leadership of this unfamiliar process, after exploring different venues, the decision has been to begin the initiative in only a few sub-prefectures (two or three) and to continue expanding as PRISM and the *ONG Relais* learn more about the process. The selection will be primarily based on the commitment of the local authority to accept and support an approach that involves the significant empowerment of communities PRISM

will be responsible for the final identification of the areas targeted for intervention The strategy used to implement this effort must consider the inclusion of every district in each sub-prefecture. The objective is to launch or re-launch the COGES in each selected sub-prefecture with intense community participation In addition to the launching, PRISM and the *ONG Relais* have to ensure that the COGES and each of their members receive the support and technical assistance to be able to participate in the co-management of the Health Centers. The PRISM Project action must be able to provide the *Comités de Gestion* with the necessary skills to: analyze their needs and resources, develop appropriate organizational structures for community health management and manage them in a responsible, efficient and cost effective manner, maintain and refurbish existing health facilities and make new investments in the health structures, develop health education, communication and promotion campaigns through the sub-prefecture; develop health cost recovery systems, including fee structures for services and other revenue generating activities and develop and manage budgets for the health facilities and services; and assure access to health services for indigent persons.

The process, from initial contact to evaluation of the first programs will not take more than seven months. The general process envisioned by PRISM for the implementation of this effort is divided into the following four phases (in part developed by CLUSA for its Wonkifong experience)

Preparation Phase intended to rethink the overall COGES strategy in order to ensure concrete and continuing community participation, as well as conducting the necessary assessment of the population and organizational situation in each sub-prefecture. The re-thinking of the COGES initiative should be based on two key ideas: a) COGES must be a organizational body that emerges from and represents the community, and b) its functionality –in connecting community goals and health system's operations-- can be only secured by a continuous community participation. Particular attention should be paid to the structure, roles, programmatic involvement and development of members.

Orientation Phase with two key objectives, to learn from the communities about their needs and to provide sufficient information on the program to allow communities to make an informed decision about their participation in the program During this phase a series of meetings should be held with the villagers to present the program, to help them assess and articulate local health issues and to define their responsibilities

Organization Phase, geared to analyze the existing health management structures, their rules and regulations, and develop action plans. Community delegates participate in a series of MURIGA Workshops that analyze the existing health care system for the village, and identify community resources. This phase is completed by the development of an action plan that includes the training, organizational restructuring necessary to establish effective local health systems, and identification health promotion and income generating activities.

Operational Phase, dedicated to capacity building to manage local health systems in a professional and sustainable manner. Through MURIGA Workshops, committee members learn the basics of cost benefit analysis, use of appropriate management tools, planning, and monitoring and evaluation. Transparent and responsible management of

incomes by community organs will lead to greater community participation ensuring satisfaction in the delivery of services.

The following activities are considered key in the implementation of joint COGES strengthening intervention in the Haute Guinée:

1. In collaboration with community organizations, CRD, DPS (DMR), conduct an overall assessment of health services and resources in the sub-prefectures, determining base line level of key health indicators such as: full immunization coverage, prenatal care, referral for high risk deliveries, and family planning use
2. Conduct district level community auto-analysis (or auto-evaluation) focusing on community health issues, the functioning of the health centers and health posts, and existing health initiatives as well as the existing COGES
3. Developing a definitions and organizing from the bases Health District Counsels (CSC) at district level. In order to have the community represented in the COGES, it is necessary to assist the community to get organized and able to staff and support the work of the COGES, intensifying the community involvement, creating the basis of community participation in the COGES at the district level.
4. Taking the sub-prefecture as a whole, involving the CDR, DPS, MDR, and the local authorities, the organization existing in the community, and the health providers as well as the CBS health agents and TBA, and others, the crystallization of the COGES at the local level will go beyond the exercise of installing a "committee", becoming a genuine community mobilization strategy.
5. At the core of the district effort will be the organization of a Health District Counsel that could become the first step toward community participation in planning and supporting health activities at the district level. The participation at district level will frame the health actions at the level of sub-prefecture by defining the roles and staffing of the COGES, that will ultimately co-run the Health Center with the health providers and defining interactions between the CSC and the existing health posts at district level. If there is not a health post within the district, it will be necessary to devise alternative ways to manage health situations with community resources until a health post initiative can be developed
6. With full community collaboration, develop strategies to connect the emergent community health program to the formal health system, particularly establishing permanent interactions with the health center and health service providers working there.
7. As part of the process of bringing the community and local health system together, design and implement a *plan de sensibilisation* and refreshing training for health providers (health center and posts) that can improve the way how providers perceive and treat community members and re-enforce the interaction between community and the health system.
8. Develop a comprehensive training program for community leaders in order to increase capabilities in the area of local-health planning and management.

9. Develop and carry out intensive plan for re-launching the COGES initiative in the sub-prefecture. This re-launching should consider both activities of revitalizing of the idea (community mobilization and awareness raising among authorities and providers) and reinforcement of COGES working (management mechanisms and tools.)
10. Assist the COGES during a first phase in establishing action plans (particularly based on well defined needs and targets), management guidelines and monitoring procedures. The approach is essentially an empowerment and capacity building program that would provide the COGES with the necessary skills to: to determine needs and resources, develop appropriate organizational structures for community health management, develop basic health cost recovery systems and budget management, assure access to health services for indigent persons, maintain and refurbish existing health facilities and make new investments in the health structures, and develop health promotion campaigns,
11. Develop and assist in the implementation of a community coordination plan that takes into account all health community initiatives and existing resources at the community level: SBC, PE (IEC), AV and, maybe, others beyond health.
12. Provide continuous assistance to the COGES securing that the use of mechanisms and tools is adequate, facilitating a close interaction between COGES and health providers, CDR, DPS and DMR, and creating conditions for further empowering communities.

Considering the deliverables, PRISM expects that by the end of the first seven months to see the following tangible results:

1. Creation of a District Health Counsel in each district in the six sub-prefectures
2. Re-launching of the *Comités de Gestion* (COGES) in each of the six sub-prefectures.
3. COGES functioning on a continuous basis with key roles in the planning, operation and assessment of health service delivery in each sub-prefecture.
4. People from all district sectors considered under the initiative will have participated actively in an analysis of health care issues and available resources in their communities and will have defined strategies and action plans for improving access and quality of health care services in collaboration with locally elected officials and public health care workers.
5. Members of District Health Counsels and COGES understand the roles and responsibilities of their structures, the place of these structures in Guinea's Public health care system, and the coordination among the various actors in providing quality access to health care in the rural collectivities;
6. Members of District Health Counsels and COGES will have received appropriate training and will be capable of developing and using basic management tools to transparently manage their community based health care system;

7. The population in all the districts will be aware of the operating costs and revenue streams of their decentralized health care system and will have begun discussions concerning the development of cost recovery systems for the improvement and long-term sustainability of these systems;

8. Health providers at health centers and health agents working at health posts will have begun to free themselves administratively and be capable of dedicating a larger percentage of their time in the prevention, diagnosis, treatment and monitoring of community health;

9. Sub-prefecture health services will have been reinforced, through training, the technical competence of health care workers at all health centers and health posts in the area of intervention.

Although the departure of CLUSA can be considered an important loss in the whole initiative, the Project is still very well positioned to proceed with the implementation of the COGES Initiative. The Project has an incredible and demonstrated competence to work with communities. This capacity is well embedded in deep commitment toward community empowerment and effective participation. Moreover, the Project is well endowed to provide leadership to an *ONG Relais* such as CENAFOD, and CENAFOD has abundant experience in the area of community participation and institutional capacity building. Indeed, the two organizations constitute a excellent fit.

It would very difficult to cover 24 sub-prefectures during this initial period. Therefore, the following actions are proposed: to identify between three to four sub-prefectures where PRISM –with the support of CENAFOD—could begin the re-enforcement of COGES during the month of April 2002. We recommend that the main consideration in the selection of these intervention sites should be the commitment of the local health authority to support the COGES strengthening initiative in the local areas. Starting at a small scale, would give CENAFOD a better opportunity to put together an intervention approach that could be more easily replicated.

After interventions are well on their way in these 3-4 sites (sub-prefectures), PRISM should proceed with the expansion, to include some other areas into the initiative. The final goal would be that by the end of the year 2003, all the COGES in PRISM's area of intervention would have been re-launched and provided support from the Project.

IV. The MURIGA Initiative.

A key aspect of the Bamako Initiative is to define and implement PHC self-funding mechanisms at the local level. The proposed community self-financing mechanism also calls for creating mechanisms that enable health districts to work with communities, and even to develop a legal structure for appropriate community responsibilities. Community responsibility includes a contribution to the recurrent costs of running the system serving communities directly and provision of an open and "transparent" financial system permitting community committees to examine the accounts regularly and increase

accountability. Key to this assumption is that clients are willing to pay for treatment if essential drugs were also included, since they are already making considerable payments for an unsatisfactory supply. It was considered that levels of partial cost recovery would be achievable after two or three years. Furthermore, it was expected that local revenue could finance progressively more recurrent costs as the clientele of health centers increased. Programmatically, community participation was articulated as the inclusion of local NGOs and community traditional practitioners and the need to adapt the programs, as necessary, to the need of different regions and localities.

In Guinea, an integrated minimum health care package is growing increasingly more accessible to meet the basic health needs of communities as a result of the implantation of the Initiative. Service delivery points, developed and staffed by the government, are in principle owned by the community, staffed by government health personnel, and have their essential drugs, supplies, and other non-personnel costs covered through user fees. Community health resources are supposed to be managed locally through joint planning and monitoring involving health personnel and community organs. Furthered by local self-financing and local decision-making, community ownership has become the essential element for the success of this health effort. Interaction between health service providers and communities is expected to continue to increase and the quality of care will continue to improve.

In general, the implementation of the Bamako Initiative as a key strategy to strengthen the primary health care system has been producing significant results. However, a system that relies so strongly on user fees for the successful delivery of services will always leave some programmatic areas untouched or underserved. This is the case of obstetric care, whose costs of services are significantly higher when compared to the costs of other preventive health services and for which, often, the patients and their families do not have sufficient resources to pay. In Haute Guinée, nearly ten percent of all pregnancies present some complication during delivery. Although the services are available, women with obstetric complications often do not access these services due to their relative high cost for an average family.

Considering this situation, the International Labor Organization (ILO) is attempting to correct the situation through its *"Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociales et la Pauvreté"* STEP, with a focus on transferring part of the burden of financing obstetrics emergency services from individuals and their families to the community. To achieve this aim, STEP essentially relies on the organization of community initiatives that are mutual in character and formed by members of a community to facilitate referral of women at risk during birth labor and to cover the cost of the services. These community entities are called MURIGA (*Mutuelles pour la prise en charge des Risques liés à la Grosses et à l'Accouchement.*) STEP is the responsible for ILO's effort in the initiave to encourage communities to secure proper attention of complications during pregnancies and deliveries through the development of self-financing strategies to help to cover the cost of obstetrics emergency care, making associated services more accessible to women in need of them.

The main challenge is to encourage the community to take responsibility for securing proper attention of complicated pregnancies and deliveries and to develop self-financing

strategy to cover the cost of providing all obstetrics and gynecological services to individual women. In this context, the MURIGA can become an effective mechanism to mobilize community resources to assure that high-risk pregnancies and deliveries are properly attended, lowering the high risk of maternal deaths.

The organization of community based mutual entities (MURIGAs) can further the main objectives imbedded in the Bamako Initiative by facilitating the self-financing (by the communities) of expensive services. On the other hand, MURIGAs can open venues for community participation; without them, the community cannot have an effective role and, therefore, the local health systems run the serious risk to become unresponsive to their client's needs.

The key element in the working of a MURIGA is not that it may generate the conditions for clients to be capable to pay for services, the key element is to involve the community –or important segments of it—in taking responsibility for securing proper attention of pregnancy complications. Thus, more than working as an insurance device, the MURIGA scheme works more as a solidarity mechanism.

A key actor in the development of a MURIGA is the community itself. The community, properly mobilized and organized, should be the only source for legitimate selection of leaders and operatives or managers. In addition, the participation of local leaders (e.g., religious leaders, members of COGES, commerce, etc.) and local government officials (e.g., DRS and DPS supervisors, responsible for micro-development *(micro-réalisation)*, and CRD *(Communautés Rurales de Développement)*, as well as sub-prefects) is key. A mutual organization should be considered a community micro-project and as such, its development can benefit from the support from the local DPS and, particularly, the responsible for micro-development in the area. This could increase the chances for sustainability of this type of organization.

The idea and practice of MURIGA is not unknown to the health sector of Guinea. During the 22 to the 23 of January, I had the opportunity to attend a MURIGA Workshop organized by the *'Programme National Maternité sans Risque du MSP.'* In this opportunity some local agencies presented results on how certain Mutual experiences are working in the area of health and, particularly, in safe motherhood area. Two findings presented in the forum are dominant: 1) most people in the communities are ready and eager to begin an association with an mutual initiative such as a MURIGA, 2) although the mutual association has been able to collect significant funds from the communities, none of them had been able, after about a year of operation, to start securing services to the clientele in need.

Although, there is clear willingness at the prefecture and sub-prefecture levels in support of mutual initiatives, there are technical resources available in the country and management tools, and there exits a relative good disposition on part of the services providers, it has been very hard to pass from the initial organization to the actual procurement of services. And, although there are many health system-related weaknesses (e.g., insufficient health personnel, low quality of health services, and high fees for

emergency gynaecological services) and sometimes slow adherence of the community, one of the main reasons for the lack of services is the lack of clarity in the management of the mutual entities.

It appears that a substantial paternalistic attitude prevailed in the organization of the current MURIGA experiences. On one hand, there is a clear theoretical claim in the importance of community participation; after all, without them there is not *cotisation*. On the other hand, however, there is not always a perceptible community presence within the leadership of these organizations. And to a significant extent, the existing experiences are tightly controlled by official entities. Thus, it is not clear to what extent the mutual organizations belong to and are controlled by the communities. At this point, they seem to be organizations that, although nurtured by the communities, are under the tutelage of the bureaucratic establishment. This apparent lack of community control makes difficult the protection of the client's interests. For example, in a discussion regarding the organization and management of a MURIGA, little attention is paid to the price of services at the service delivery points (often, hospitals and health centers belonging to the MOH.)

In summary, it is not clear who are responsible for steering the MURIGA but it became very clear in the discussions in the MURIGA Workshop that the decision not to provide services is coming from the technical and administrative leadership, that includes entities such as the *Programme National de Maternité Sans Risque* (PNMSR), the *Projet Population et Santé Génésique* (PPSG) and UNICEF, despite the fact that some of these MURIGAs have being organized for about a year and been able to collect important sums of monies.

Prefecture	Number of MURIGAs	FG in Accounts	Average FG	Cesarean Sections	Complicated Deliveries	Services Delivered
Beyla & Lola	12	9941200	828433	994	331	0
Siguir	8	8723950	1090494	872	291	6
Mandiana	12	20517000	1709750	2052	684	15
Total	32	39182150	1224442	3918	1306	21

As it shown in Table above, the 32 MURIGAs reported in the MURIGA Workshop had accumulated over 39 million FG (approximately US$ 20,500), with an average of 1.2 million FG per MURIGA. These monies rest inactive in the organizations' coffers, although they would have been enough to cover the expenses for performing 1959 caesarean sections or to attend 1306 deliveries with serious complications. Little of this has been done. These 32 mutual entities have only secured services in 21 cases. Therefore, one could assume that while the families in these communities have already started to contribute to the mutual fund, the women in need of the obstetric services still have to pay themselves for the services they urgently need

In the analysis of the weakness of the initiative, little if no attention is placed on the importance of empowering the communities and creating the conditions for their appropriation (ownership) of the organization. Actually, it was interesting to find out that participating families or leaders of these MURIGAs were not invited to participate in the MURIGA Workshop. In recommending solutions to overcome the weaknesses of the implementation, the emphasis was put on the need for the preparation and endorsement of legal bylaws, development of contracts and/or memorandum of understanding with the service providers (health institutions, transports, et), strengthening the sensibilization of the communities toward MURIGA, increase the level of transparency, management and finance training, technical organization of MURIGAs, multi-sector coordination, and improvement of quality of care. The issue of community involvement and the nature (quality) of this involvement appear to be a non-issue.

PRISM is extremely committed to advancing the development of MURIGA in Kankan, Faranah and Kérouané paying special attention to the shortcomings of prior experiences and to put at the center of this effort the importance of the ownership of the community and, with this, the need for community empowerment.

As part of its support to the national safe motherhood strategy at the community level, the PRISM Project has taken on the challenge of making the community mobilization and participation concept of MURIGA a reality in *Haute Guinée*. As part of this effort, during the last year, the Project established an active partnership with STEP to collaborate in the promotion and development of MURIGA entities in six sub-prefectures in Kankan, Faranah and Kerouane. In these selected areas, PRISM and STEP, in collaboration with the local DMRs, have already initiated efforts to inform communities on the benefits and the functioning of a MURIGA, assisted in the organization of *"Comité d'Initiative"* and trained MURIGA promoters and managers in topics such as governance and management, and helped to identify potential members and other local resources and to draw local plans.

PRISM and STEP plan to accelerate the development of MURIGA entities in the six sub-prefectures. An essential step is to expedite the development of a formal MOU between STEP and PRISM to secure training and technical assistance for the implementation of the current effort and its future expansion. This agreement would also define the modus-operandi of PRISM's work with STEP related to the implementation of the partnership "MURIGA Initiative."

Under the plan to support the national safe motherhood strategy at the community level in the prefectures of Kankan, Faranah and Kerouane, PRISM took on the challenge of making the community mobilization and participation concept of MURIGA a reality. As part of a preparation stage for developing the MURIGA Initiative in these prefectures, during the past year the Project has:

a) Initiated an effort to create awareness among government staff in Haute Guinée responsible for promoting, supporting, and monitoring mutual health organizations about concepts, structure and lessons learned associated with mutual health organization in the African context;

b) Established an active partnership with ILO and particularly with STEP, which is responsible, on behalf of ILO of focusing on the development of MURIGA entities in Guinea. STEP is providing regular complementary technical assistance to PRISM effort; it is also providing some funding for community assessments and training,

c) Selected six sub-prefectures (with their respective health centers) as the first areas where PRISM will promote and support the development of MURIGA entities. The sub-prefectures selected for intervention are Salamani and Titioulen in Kankan; Marché and Marella in Faranah; and Kerouane and Konsankoro in Kerouane. PRISM has being working with STEP and the respective DMRs in these sub-prefectures. In the early phase, the team PRISM/STEP/DMRs has provided basic information to the communities, help to organize the *Comité d'Initiative* as well as to identify potential members and other local resources and to draw local plans. PRISM and STEP have also provided technical assistance in the training of the MURIGA promoters and other members of the *Comité d'Initiative* in HMO governance, management and monitoring.

Currently, PRISM and STEP plan to accelerate the development of MURIGA entities in the six sub-prefectures. In order to do this, PRISM will first facilitate community-based decision-making regarding funding approaches, control mechanisms, and services covered. This will lead to the launch of the MURIGAs' governing and monitoring bodies, the start of participation fees collection *(cotisation)* from members, and the initial maternal referral activities.

As an important additional activity in this acceleration strategy, PRISM will identify a local NGO that can play the role of an *organization relais*. That is, an organization that can help PRISM and STEP to implement in the field and become an important factor in extending the initiative toward the entire region. PRISM has identified DYNAM, a Guinean NGO dedicated to the organization of mutual entities in various areas, mostly in agriculture. DYNAM, with its extensive experience in the real of mutuality, will be the perfect combination to the PRSIM team that has the public health experience, necessary to this endeavor.

PRISM expects to have the first six MURIGA organizations in operation before the end of second quarter of the year 2002. Once these six MURIGAs are in operation, PRISM expects to expand progressively this initiative to other areas in the Haute Guinée until the Project covers 24 sub-prefectures of the region.

In summary, by the end of 2002, PRISM should have six fully working Mutual organizations and will have started the organization of four to six additional ones. Further organization of MURIGA will begin sometime during 2003.

As part of this acceleration, Prism also plans: a) to review key issues in the conceptualization and operation of MURIGA such as completion of baseline analysis, definition of the range of the package of services and pricing, procurement of services,

identification of beneficiaries, mechanisms of payments, procurement of the health care and other; and b) development of a formal NOU with STEP to secure training and technical assistance for the full implementation of the current effort and the future expansion; this document should further clarify the modus-operandi of PRISM's work with STEP in the implementation of the MURIGA Initiative

The MURIGA Memorandum of Understanding between PRISM and STEP.

PRISM and STEP agreed to strengthen their partnership with a Memorandum of Understanding (MOU). This MOU establishes that the *Project Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté* (STEP) and Project PRISM of Management Sciences for Health (MSH) have come together in partnership as full and equal members of the this Partnership with the main objective of promoting and assist the development of *Mutuelles pour la prise en charge des Risques liés à la Grosses et à l'Accouchement (MURIGA)* among the communities of the *Haute Guinée*.

The objective of this partnership is to develop community initiatives to improve the access of pregnant women to emergency obstetric care; and increase the demand for these services, particularly among women of high-risk pregnancies and deliveries through the development of community based mutual entities (MURIGAs) in the region of the Haute Guinée.

Through this MOU, PRISM and STEP pledge to combine their technical and financial capabilities to assist communities in developing and managing mutual entities. These community entities can become a vehicle to pull together financial resources from families in the community in order to secure the best possible care of high-risk pregnancies and deliveries, as well as to identify and procure medical services for the opportune and safe treatment of these cases. The entities would also monitor the entire process including the engagement of family, the performance of service providers and the proper use of mutual funds.

Once the six MURIGAs are in full operation, PRISM/STEP expect to expand progressively the initiative to other areas in the *Haute Guinée*, until the Project covers 24 sub-prefectures of the region. Consequently, by the end of the year 2002, the partnership expects to have started the organization of four to six additional mutual entities dedicated to support care for high risk pregnancies and deliveries in sub-prefectures to be determined. Further organization of new MURIGA entities will continue during 2003

Both partners in this partnership will be jointly and equally responsible for achieving the objectives and for implementing all MURIGA's interventions and will collaborate fully in the conduct and completion of tasks within each action plan across all domains.

PRISM will be designated as the managing partner of the Initiative. Operationally, however, the two organizations will jointly manage, operate, and implement the MURIGA interventions through an Initiative Management Team (IMT.) Both STEP and PRISM will provide input the Initiative reflecting their individual expertise. STEP will take the leadership and provide technical assistance in the areas of organization,

governance, financial management and administration of mutual entities (MURIGAs); community empowerment activities and linkages with other sectors; and in the monitoring and evaluation of the different interventions. PRISM will take the leadership and provide technical assistance in expanding private health sector participation and strengthening private/public sector partnerships, in the area of reproductive health and, particularly in safe motherhood, increasing the capacity of public and private sectors to sustain quality services, and in increasing capacity for informed reproductive health decision making by clients and community.

Programmatic activities under the MURIGA Initiative will be funded with resources from PRISM and STEP. Each partner agrees to finance all the costs (salaries, benefits, per-diem, transportation, etc.) of the institutional staff that would provide the required technical assistance. In addition, each partner commits to co-finance equally the costs of the programmatic involvement of an organization *relée* to assist in the field implementation. Additional operational costs such as meeting organization, fielding of assessment studies, coordination with the MOH will be also equally co-finance by the two partners.

The Package of Services.

A key issue in the review of the conceptualization of MURIGA is the package of services the potential beneficiaries are willing to pay for, their price, identification of beneficiaries, mechanisms of payments, procurement of the health care and other related services such as transportation. Originally, the MURIGA was conceptualized around three basic obstetric services: performance of caesarian sections in some delicate deliveries, attention of deliveries with serious complications and care for other obstetric complications prior to the delivery. In the case of Haute Guinée, with its high fertility regime, it is expected that each year about 18% of women in reproductive age will get pregnant. Of this, only about 16% will be in need of one of the described services. That is, in the case of a small sub-prefecture such as *Batè Nafadji* with nearly 11,000 women in reproductive ages in 6,200 households, only 320 would potential beneficiaries of these services in a year.

The cost of this basic obstetric emergency package in this community is 9,125,024 FG[1] in a year, according to the fees established by the MOH. If the women in need of these services would have to cover these costs, each one would have to pay in average 28,516 FG. If all the households of the locality decide to cover the cost of these services, following the solidarity principle of the MURIGA and assuring with this that all obstetric emergencies are attended, each household will have to pay 1,468 FG per year (or 122 FG per month). The issue is how to convince all the members of the community for services that, in many cases, would not directly benefit their families. In addition, how to assure that those who are willing to engage in such an initiative are going to continue paying in the future. It seems that a more realistic approach to this is to plan for only half of the community to engage into the *cotisation*, increasing the cost for paying household to

[1] 1 US$ is equal to 2,000 FG

2,935 FG per year and 245 FG per month (this cost would increase in 1,260 FG if transportation is included.

Although more realistic, this goal of fifty percent of household engaged in payment it will still be hard to achieve. In our discussion we found that an effective way to increase the willingness to participate and the sustainability of this participation would be to increase the services in the package. The Package 1 in the table below describes the Basic Emergency Obstetric (BEO) Package that, in this case, is designed to cover 320 women If to this package is added the attention of normal deliveries, the number of potential beneficiaries will increased to 1,665 women, with only a 12% increase. While the basic BEO package would cover around 5% of the households, the package with additional ND component will cover 32% of the households. This would increase the readiness to participate. If we add the coverage of all prenatal care and family planning in the locality (package number 3 in the table) to enriched package, we will increase the coverage to 3134 women with only a 32% increase, but would be covering fifty percent of the households.

Exercise for the case of Batè Nafadji
With 50% of Households engaged in the Program
(in FG)

Alternative Packages	Overall Cost	Payment per Participant Household	Transp-ortation Cost	Total Cost	Monthly Payment
1. Basic Emergency Obstetrics (BEO)	9,125,024	2,935	1,260	4,195	350
2. BEO + Normal Deliveries (ND)	10,789,817	3,471	1,260	4,731	394
3. BEO + ND + PNC and FP	13,375,143	4,302	1,260	5,562	464
4. Infant care	3,930,000	1,032	--	1,032	86
5. Complete Maternal + Infant	**17,305,143**	**5,444**		**6,594**	**550**

This strategy of expanding the services in the package can be taken even further to cover some child health care. For example, the package number 4 in the table includes a child health care component consisting in services for malaria, IRA, diarrhea and parasitosis. This addition would cost only 86 additional FG per enrolled household, bringing the extensive package for mothers and children to a grand total of 550 FG per month per participating household. However, bringing the coverage of the mutual entity to about 75% of the families in the locality, strengthening the prospects for engagement, and continuity of this engagement by families.

The most important issue regarding the definition of the package of services is that it is something that has to be defined by the community. Organizers of the MURIGA Initiative must pay close attention on what the community is willing to accept as a minimum package. To design a health mutual organization with pre-conceived ideas of what is appropriate for the community may be a receipt for failure. PRISM is willing to put the emphasis in the need for the community to decide about the services to be covered

in the MURIGA. The role of PRISM and STEP is to provide technical information about the costs as well as the benefits of each different package

The *ONG Relais.*

Identification of an ONG Relais in order to assure the full implementation of the MURIGA initiative in these ten sours-prefectures. PRISM will collaborate with the ONG DYNAM for this purpose. In addition to these actions to accelerate the implementation of the MURIGA Initiative, PRISM is also pursuing the identification of a local ONG *Relais* that could assist in the implementation of these interventions. Overall, while PRISM provides leadership and management assistance and STEP provides specialized technical assistance in the organization of mutual, the *relais* organization would be responsible for the mobilization of communities, channeling and programming of technical assistance from PRISM or STEP, organizing, advising and mentoring the "*Comité d'Initiative*", and for the day to day implementation of activities in the field.

PRISM is seeking an organization with experience in the areas of mutual initiatives for community health and community development, participation and mobilization. This organization must include experienced staff in providing support in areas of management of personnel and financial resources, and have significant experience in working in areas of Haute Guinée.

In order to qualify as an applicant to this agreement, the organization should have: 1) the status of a non-governmental organization, officially recognized by the Republic of Guinea for as least one year; 2) that has as mission the provision of services, community development in a broad sense and the promotion of health mutual entities, and 3) has significant implementation experience in the proposed zone of intervention.

The selection of the *ONG relais* will be based on the: 1) organization's experience in similar intervention in the proposed areas, 2) existence of a support network in the region (regional or prefecture offices), 3) professional quality and availability of the proposed team (promoters, facilitators and supervisors), 4) fluency of personnel in local languages, particularly Malinké, Dialonké and Pular, 5) appropriateness of proposed vehicles pool (cars and motorcycles) to implement the anticipated logistical plan, and 6) budget (its general level and break down by line item.)

***ONG Relais*'s Main Activities in the Development of the MURIGA Initiative:**

In collaboration with PRISM and STEP technical teams, the *ONG Relais* is expected to participate and/or to cover the next phases for the implementation of the following activities:

1. Participate in the comprehensive review of the implementation in the six sub-prefectures of Marella and CSU Marché in the prefecture of Faranah, Tintioulen and Bate Nafadji in the prefecture of Kankan and CSU Kerouane and Kosandoro in the prefecture of Kerouane. It is expected that the ONG Relais will begin to take over the

implementation of activities and for the next six months, the emphasis should be placed on the consolidation of the intervention in these six sites, fixing the package of services, targeting beneficiaries for each Mutual, re-enforcing the organization, identification of promoters, procurement of services and development of logistics plans, and carrying out the implementation of training plans. By the end of this initial period, the *ONG Relais* will have to be in full control of the implementation, with the continuous technical support from PRISM and STEP. It is expected that by the end of this year MURIGA entities will be fully functional in these intervention areas

Considering that these six MURIGAs have already gone through the phase of promotion and, to some extent, they are at some level of operation, the overall task of the *ONG Relais* will be responsible of maintaining a sustained level of development, assuring their follow up and continuous support

Specifically, the *ONG Relais* will provide support to these MURIGAs in the following areas:

A. Institutional strengthening

- Assist the MURIGA in the development of a stable organizational structure as well as in the selection of its officials. This should also include the preparation of internal regulations and course of action, as well as legal documents and by laws

- Support the organization in bringing about capabilities for determining objectives and work plan development as well as implantation and use of tools for supervision, monitoring and evaluation.

- Through technical assistance, training and mentoring, transfer to the MURIGAs technical capacity to define problems and identify operational solution to resolve them.

- Assist the MURIGAs in the development of training curriculums in areas such as finance management and cooperatives, governance, group dynamics, micro-project development and management, behavior change communication, community mobilization and participation

- Assist the mutual organization in designing and conducting training needs assessment to secure the proper development of the staff and associates involved in the operations of the mutual entities

- Assist the mutual organizations in developing training programs and, in collaboration with PRISM and STEP, support the implementation and evaluation of these plans.

- Develop and/or strengthen the competency and capacity of the members of the *Comité d'Initiative* in implementing and managing designated tasks

- Assist in assessing needs and streamline procurement for basic equipment and materials as well as other management tools.

B. Management Coordination

- Assist the MURIGA in establishing the basic organizational and managerial bodies necessary to run the operations (i.e. "*Comite d'Initiative*", advisory committees, monitoring and assessment groups, and others) using democratic and highly participatory strategies.

- Assist the MURIGAs in defining mechanisms for procurement of health services, coordination and follow up health care providers

- Assist the MURIGAs in developing capabilities to facilitate and manage regular and/or periodical meetings, and to prepare and circulate schedules, agendas and minutes.

- Support the MURIGA organizations in the definition of mechanisms for continuous coordination with other community-based initiatives, particularly the COGES, other community partners and local level authority such as CRDs, SDPs and district entities.

- In collaboration with PRISM and STEP, help to define mechanisms or institutional instances for continuous coordination and collaboration among the different MURIGA organizations at the prefecture level bringing about opportunities for sharing successful experiences and analyzing problems and their potential solutions.

C. Systems Support Development

- **Supervision**. Support the organizations in the design and establishment of a basic supervisory system that allow for the planning and review of the different actors' tasks as well as to determine their performance. Create the bases for managing the supervision system and make it fully operational within the MURIGAs.

- **Monitoring and Evaluation**. Build a system that allows for the monitoring and evaluation of the activities of the MURIGA. Critical to this is the identification of expected results and elaboration indicators of performance for monitoring and evaluating programmatic efforts. Train personnel in the MURIGA and at the DPS and DMR level to assure the appropriate carrying out of these activities. Based on the monitoring and evaluation systems, organize a follow-up plan with the participation of the MURIGA and the DPS and the DMR.

- **Information System**. Develop a basic management information system that can support the monitoring of activities as well as essential reporting of services

- **Finance System**. In collaboration with STEP and PRISM design and install a basic finance system with a friendly accounting component. Train needed personnel in the MURIGA in the proper use of this system.

2. Once it is clear that the current MURIGA entities are moving ahead according plans, and they have started delivering the expected benefits to associated population, PRISM would be in condition to expand the intervention to another four or six additional sub-prefectures. The final decision for selecting the sites for expansion will be determined in the near future. However, the expansion would proceed in two stages. First, to expand the experience currently under implementation in four or six sub-prefectures to ten new sub-prefectures in the region of Faranah. Once these new experiences are under way, then proceed to an additional expansion to the region of Kankan using the same approach as in Faranah.

   Considering this phase, the selected ONG *relais* will be responsible, with the technical support from PRISM and STEP, for promoting and developing mutual entities (MURIGAs) in each of the sub-prefectures selected for the first expansion, with the objective to assure the availability of services and specialized care of all obstetric emergencies. The *ONG relais* will be responsible for the following specific tasks or activities:

   - Carry out comprehensive visits in each of the selected sites in order to identify the needs and the potential users of the planned services as well as the resources that could facilitate the development of the initiative

   - Following the PRISM approach, conduct sensibilization MURIGA Workshops for the communities in the selected areas following the PRISM approach (present information about maternal mortality and the pregnancy and delivery risks, play sketch to convey the difficulties in managing a high risk delivery, engage the participants in discussions and answer their questions.)

   - Identify individuals in the community who can serve as members of the *Comité d'Initiative*.

   - Training the members of the *Comité d'Initiative* following the existing curriculum developed by PRISM/STEP and applied in the initial phase. This initial training must cover key topics such as roles and responsibilities of the members of the committee, community mechanims for solidarity; services by a MURIGA, and establishment of a MURIGA.

   - In collaboration with PRISM, conduct baseline studies in all the sites selected for the establishment of a MURIGA in order to gather the information that will permit the appropriate determination of potential users, associates, package of services and fees (*cotisation.*) These baseline studies should be conducted

following the methodology, sampling procedures and protocols designed for the baseline surveys conducted by PRISM in the areas of the first six MURIGAs

- Using the results from the baseline studies, discuss with the communities the different options for both the configuration of the package of services available through the MURIGA, the individuals targeted for payment and the amount of the fees for the services available through the MURIGA

- Facilitate the organization of constitutive general assembly.

Once the phase of promotion and establishment of the MURIGA is completed, the selected *ONG Relais* with be responsible for providing continuous support to these organizations by implementing and successfully accomplishing the same activities for the support of the six current initiatives, described in Section I above.

V. Final Words.

There is no doubt that this is the right time for PRISM to press forward with both community related initiatives: the COGES and the MURIGA. The Project has the financial resources, technical expertise, excellent relations with the health sector in the region, a good partnership with STEP and, above all, an appropriate approach and a tested experience to work at the community level. Also, the Project can benefit from the lessons learned from past experiences in implementing both the *Comités* and the *Mutuelles*.

It is important, however, to continuously consider the need for integration in the implementation of these initiatives. Although, they seek different benefits for the population, the chances for success of both initiatives are very closely related to the effective participation of the community. Thus, the presence and success of one of them will reinforce the chances of the other one. Although the sub-prefectures where PRISM will implement these two initiatives may not always be the same, we encourage the idea of, whenever is possible, to choose the same sites to implement both COGES and MURIGA, in order to increase the opportunities for synergism between the two of them and reinforce the idea of community empowerment in these local areas.

In addition, PRISM should consider its past experience in community health as it implements both health committees and mutual entities. The thriving community initiatives implemented by PRISM such as the development of Community Based Services program, the promotion of peer educators at the community level, the reinforcement of community based IEC efforts and the training of TBAs could constitute valuable elements in the sustainability of COGES and MURIGAs at the local level All these initiatives and efforts can be seen in the context of a unified challenge toward the formation of local community health systems where, perhaps, the leading element could be the COGES as the best connector between the community at large and the formal health system.

Although it is reasonable to start the intervention in few sub-prefectures, the final goal must be the strengthening of the functioning of Health Centers through the action of the COGES and the coverage of obstetric emergencies through MURIGAs in most of the areas targeted by the PRISM Project (the 24 sub-prefectures in the Region.) In order to have a significant impact, in all the sub-prefectures, the COGES and the MURIGA – supported by the BSC, Peer Educators/IEC and TBA-- must become the driving force to secure the appropriate working of the local health system and the satisfaction of the basic health needs of the population of the Haute Guinée..

Finally, PRISM and USAID/Guinea should consider these as long-term initiatives. Both initiatives will need some time to mature and produce significant results. And, securing resources to ensure continuous planned implementation is a key issue for the sustainability and the impact of these initiatives.

VI. Persons Contacted

Alhassane Barry, Expert National STEP. ITO.
Baldé Abdoul, RH Coordinator, PRISM
Bamba Bintou, Director, National AIDS Program, MOH, Guinea
Barry Abdoulaye Bedemba, Conseiller du Ministre, en Legislation Sanitaire, MSP
Blake Larry, Finance & Accounting, PRISM
Camara Momo, General Secretary, MSP.
Camara Mamadouba, Conseil d'Administration, Caisse National de Securite Social.
Camara Ousmane Kabèlè, Facilitateur des Interventions en Haute Guinée, CLUSA
Cantella Sean, HIV/AIDS Coordinator, USAID/Guinea
Cissé Mohamed, IEC Coordinator, PRISM
Condé Sékou, RH Coordinator, PRISM
Conté Mamey, IEC advisor, National AIDS Program, MSP
Dem Bocar, RH Coordinator, PRISM
Diallo Bouacar Domber, Chargé des Opérations Techniques, CLUSA
Diallo Cellou Donghol, Deputy Director, National AIDS Program, MOH, Guinea
Diallo Mamadou Kenda, Program Assistanc Democracy & Good Governance, SO1
Diallo Moustapha, National Representative for Guinea, EngenderHealth
Diallo Tanou, Operations and M&E, PRISM
Gbance Pogba, Chef de Cabinet, MSP.
Joyal Alain, COP, PRISM
Lentz Benjamin E., Program Representative, CLUSA
Kaba Amiata, IEC Coordinator, PRISM
Kaba Séré, Coordonnatrice, Programme National Maternité sans Risque, MSP
Kathy Jacquart, CTO, USAID/Guinea, SO2
Keita Namadou, CBD coordinator, PRISM
Kouyaté Morissanda, Director of Reproductive Health, MSP.
Rabelahasa Eléonore, Quality of Care, PRISM
Sanoh Fassouma, Regional Coordinator AGBEF, Kankan
Sano Mohamed, Participation Communautaire, Projet Population Santé Genesique
Sylla Ben Sékou, Directeur Exécutif, CENAFOD.
Woodruff Neil, HPNO, USAID/Guinea, SO2

ANNEXE : 04

Rapport de formation en gestion d'équipe – niveau cadres supérieurs
(4 – 9 Mars 2002)

PRISM
Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST/SIDA

RAPPORT DE FORMATION EN «GESTION D'EQUIPE» NIVEAU CADRES SUPERIEURS

Kankan du 4 au 9 mars 2002

92

PREAMBULE

Que l'on soit un cadre moyen, supérieur ou superviseur, le travail exige de soi une gestion efficace. Cela demande de chacun des capacités dans au moins trois domaines spécifiques : la conception, les relations humaines et la technique. Toutefois, il est à mentionner que des études ont montré que si l'individu selon sa position dans le cadre professionnel n'a pas forcement besoin d'autant de capacités à part égale dans les trois domaines sus – cités, par contre, tout le monde a les mêmes besoins de capacités dans le domaine des relations humaines quelle que soit la position occupée.

C'est pour répondre à ce besoin que PRISM s'est engagé à œuvrer pour appuyer des sessions de formation dans le domaine de la gestion d'équipe à l'intention des cadres supérieurs gestionnaires des districts sanitaires en vue de leur permettre d'améliorer leur environnement de travail.

Ce processus a commencé depuis l'année 2000. Deux sessions de formations ont été déjà ténue. La première a eu lieu dans la région de N'zérékoré et la deuxième dans la région de Kankan. La présente est la troisième et a eu lieu à Kankan du 4 au 9 mars 2002. Elle a regroupé 15 participants de la Région de la haute Guinée dont des Directeurs préfectoraux de la santé, des chefs de section au niveau DPS, des médecins hospitaliers et un cadre de PRISM.

Vu la pertinence de ce cours pour le travail des uns et des autres comme l'en témoigne les évaluations successives, PRISM entend poursuivre ce processus de formation au cours des prochains mois, soit une session au moins par trimestre pour permettre dans le court terme la formation d'un maximum de cadres dans la zone du projet et pourra parfaitement répondre aux attentes des uns et des uatres.

Le cours a été animé par une équipe de trois formateurs dont deux de PRISM et un du ministère de la santé tous ayant participé au développement du curriculum et contribué à plusieurs autres sessions antérieures

Le curriculum a été revue et corrigé suite aux expériences vécues lors des deux précédentes sessions de formation.

BUT DE L'ATELIER

Le but de l' atelier est d' améliorer les compétences des cadres supérieurs de la santé en vue de leur permettre de mieux gérer les équipes dont ils sont responsables ainsi que de se familiariser avec les méthodes d' évaluation de la gestion des stocks d' un magasin de médicaments.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

A la fin de la formation le participant devrait être capable de:

1. gérer l'équipe dont il a la charge en vue de l'amélioration continue de la qualité des services;
2. superviser le personnel des structures de santé afin de favoriser le développement professionnel de celui-ci;
3. évaluer régulièrement le système de gestion des stocks de médicaments en utilisant les outils appropriés.

MÉTHODOLOGIE ET NORMES DE TRAVAIL

Toute la méthodologie a été basée sur les principes de l'andragogie. Elle privilégie l'approche expérientielle qui part du principe que le rôle de l'éducateur est d'aider l' apprenant à trouver ses propre solutions aux problèmes et que l'expérience de celui-ci est très importante. C'est une ressource riche pour apprendre. En outre, cette approche exige une véritable collaboration entre formateurs et participants. Les principes de cette approche devraient être clairement définis dès le début pour que chacun puisse les comprendre et y adhérer librement. A cet effet, les participants ont eux mêmes défini les normes qui devraient régir le travail du groupe:

- ✓ Respect de l'opinion d'autrui.
- ✓ Ne pas fumer dans la salle.
- ✓ Participer activement.
- ✓ Demander la parole.
- ✓ Flexibilité.
- ✓ Respect des horaires.
- ✓ Couper le téléphone
- ✓ Ne pas salir la salle
- ✓ Ne pas dormir dans la salle
- ✓ Respecter .les normes

Horaires

Début:8H 30'
Petite pause: 11H 45'- 11H 15'
Grande pause: 13H 30' 14H 30'
Fin: 16H 30'

Techniques de formation:

- ★ Mini-exposés
- ★ Brainstorming
- ★ Lecture dirigée
- ★ Jeux de rôle
- ★ Travaux de groupe suivi de plénière
- ★ Descente de terrain.

CONTENU DE LA FORMATION

Le curriculum de formation en gestion d' équipe est structuré de la façon suivante:

Ouverture et orientation
Session 00 Contexte de perfectionnement de l' adulte

Module A :COMMUNICATION
Session 1 : Gestion des Agents de styles différents
Session 2 : Communication efficace en équipe.
Session 3: Relations inter personnelles dans le développement professionnel
Session 4 : Présentations
Session 5: Processus de groupe
Session 6: Facilitation des réunions d' équipe

Module B : SUPERVISION
Session 7 : Planification de la supervision
Session 8 : Exécution de la supervision.

Module C : EVALUATION DU SYSTÈME DE GESTION DES STOCKS

Introduction au module

- Politique pharmaceutique nationale.
- Cycle logistique.
- Critère de choix des ME

Session 9 Introduction aux outils d'évaluation :

- Introduction aux outils d'évaluation
- Préparation à l'exercice pratique sur le terrain
- Descente de terrain
- Exploitation des résultats de l'évaluation

SYNTHÈSE DES APPRENTISSAGES

1. OUVERTURE ET ORIENTATION

Les cérémonies d'ouverture ont été présidées par le Directeur de cabinet de la région administrative de kankan en compagnie de M. le Directeur régional de la santé par intérim, et de M. le Directeur du Projet PRISM.

Après les cérémonies protocolaires d' ouverture, les informations administratives relatives à la prise en charge des participants ont été communiquées accompagnées d' une fiche qui donne d' amples détails.

Galerie des experts

C' est une approche de présentation des participants et formateurs dans la quelle les participants et formateurs portent quelques renseignements les concernants. Tout cela est recueilli et porté sur une fiche et affichée au mur qui est resté visible tout le long de l'atelier

Attente des participants

☛avoir la capacité de résolution des coflits.
☛avoir la capacité de mobilisation du personnel.
☛avoir les compétences de bien gérer le personnel
☛savoir comment faire la description de tâche.
☛connaître .les différentes étapes de l'apprentissage
☛être capable de connaître les caractéristiques d'une équipe.
☛réussir dans les entreprises.
☛faire la bonne cohésion entres les membres de l'équipe.
☛avoir un esprit de complémentarité.
☛Etre capable de connaître les éléments d'une équipe.
☛être capable de faire l'harmonisation des activités au sein d'une équipe.
☛être capable de conduire une équipe vers l'atteinte des objectifs.
☛être capable de motiver l'équipe
☛assurer une bonne compréhension entre les éléments
☛être un bon meneur d'homme
☛être capable de permettre à chaque membre d'une équipe multidisciplinaire de prendre la place qui lui revient.

Après que les participants aient exprimé ces attentes, il est apparu à la présentation du programme et qu' elles peuvent cadrer pour la plupart avec les objectifs de l' atelier.

Session 00: Contexte de perfectionnement de l' adulte

✍Quelle approche pour la formation de l'adulte ?

Il s'agissait de démontrer la différence ente l'enseignement de l'adulte et celui de l'enfant.
Dans l'enseignement de l'adulte:

- L'expérience de tous est importante pour le travail
- Le formateur aide les participants à découvrir leurs besoins et à y répondre,
- Les participants font bénéficier le formateur de leur expérience

D'après la *pyramide de Dale*, l'adulte apprend par la pratique active qui lui permet de mieux retenir ce qu'il apprend (voir, entendre et pratiquer) Exemple: exercices pratiques, descente sur le terrain

✍La renégociation planifiée

Elle permet à chacun d'être à l'avance préparé face à tout engagement.
Etapes possibles:

1. Le partage de l'information et la négociation des attentes
2. L'engagement(la définition des rôles)
3. La stabilité et la productivité. A ce stade, il peut arriver un point de pincement. À ce moment soit qu'il faut revenir à la première étape(c'est la renégociation planifiée), soit c'est le passage aux étapes suivantes.
4. Rupture des attentes partagées
5. Le déséquilibre(l'anxiété et l'incertitude). C'est le retrait et la fin ou le retour à l'étape deux(2) ou un(1).

✍Le cycle d'incompétence

C'est un cycle qui permet de maintenir sa compétence

- L'incompétence consciente : sait qu'il n'est pas compétent et fera un effort pour développer sa compétence.
- La compétence : s'il ne fait pas attention a cet état (en ne se mettant pas à jour), il peut devenir incompétent, l'esprit de suffisance peut aussi entraîner vers l'incompétence inconsciente
- l'humilité permet de se rendre compte de l'incompétence et donc de faire un effort pour s'améliorer et rester compétent

Auto-évaluation des compétences

- Permet de poser le diagnostic par rapport aux connaissances, aptitudes, attitudes, vis à vis de la présente formation.

- permet à chaque participant de dégager deux de ses points forts et deux de ses points faibles à partir desquels il se fixe des objectifs et élabore un plan individuel d'amélioration professionnelle pendant à la fin et après la formation.

MODULE A: COMMUNICATION .

Session 1 : Gestion des Agents de santé de styles différents

✍Les styles d'apprentissage

- Accommodateur
- Assimilateur
- Convergeant
- Divergeant

✍Eléments clés retenus

- Il n'ya pas de bon ou de mauvais style
- Les individus de styles différents doivent travailler ensemble
- Le style des uns peut se compléter avec celui des autres
- Chacun peut développer les quatre styles mais chacun a son propre style
- Le gestionnaire doit tenir compte du style de ses collaborateurs

Session 2 : Communication efficace en équipe

La notion de perception : Devant une même situation, chacun peut avoir sa perception différente de celle de l'autre. Mais chacun doit faire un effort pour voir ce que l'autre voit. Et faire voir à l'autre ce que lui-même voit.

✍Points clés retenus sur la perception

- *De la part de celui qui cherche à se faire comprendre*: doit être patient, précis dans ses explications, se baser sur du concret et être tolérant envers celui qui écoute

- *De la part de celui qui cherche à comprendre* : il doit pratiquer l'écoute attentive, observer, poser des questions de clarification, avoir une ouverture d'esprit.

✍La communication à sens unique et à double sens

A sens unique

☹ Dictateur
☹ Autocrate
☹ Imposant
☹ Pas de feed back
☹ Refus de communication
- Le rendement est presque toujours nul.

A double sens :

☻ Dialoguer
☻ Accepter les questions
☻ Reformuler
- Il ya toujours un meilleurs rendement

✍Les techniques d'écoute active

- Reformulation
- Démonstration d'intérêt
- Réflexion (avancer un avis pour amener l'autre à réfléchir sur une opinion donnée
- Empathie (partager le sentiment exprimé, se mettre dans le même contexte que l'intéressé)
- Récapitulation (récapituler les idées données pour voir si le message a été bien compris)

Session 3 : Relations interpersonnelles dans le développement professionnel

✍La fenêtre de johari

- Le moi publique (connu de soi et des autres)
- Le moi caché (connu de soi et inconnu des autres)
- Le moi aveugle (connu des autres et inconnu de soi)
- Le moi potentiel (inconnu de soi et inconnu des autres)

✌ Pour développer le moi potentiel, il faut accepter de se révéler et accepter le feed back pour se développer sur le plan professionnel

✍Comment donner et recevoir le feed back inter personnel

Caractéristiques d'un feed back efficace

Comment donner un feed back

- Etre précis et claire
- Spéficique
- Constructif
- Descriptif
- Sollicité
- Donné en temps opportum (bien choisir le moment et l'endroit)
- Approprié
- Vérifié

Comment recevoir le feed back

- Ne pas répondre à la défensive

- Ecouter attentivement
- Faire des interprétations de ce que le prochain dit
- Demander des clarifications
- Faire des répétitions
- Poser des questions sur ce qui est dit

✍**Etapes d'intégration d'un nouveau comportement**

- Blocage
- Inhibition
- Exagération
- Spontanéité

Session 3:Présentations

- Les aides visuelles (avantages et inconvenants)
- Apprentissage à l'utilisation des aides visuelles(rétroprojecteur et flip-chart)
- Règles d'utilisation
- Attitudes et aptitudes nécessaires lors de la présentation proprement dite

Session 4: Processus de groupe

- Eléments du processus de groupe
  Participation
  Leadership
  Prise de décision
  Communication
  Climat
  Traitement des différences
- Différence entre élément du processus et contenu

✍**Etapes du développement d'un groupe:**

- **Etape 1**: Introduction et inclusion
- **Etape 2**: Recherche de contrôle
- **Etape 3**: Commun accord sur la nature de la tâche
- **Etape 4**: Productivité
- **Etape 5**: Etape finale

Modèle de Schutz pour le développement de groupe

Les stades et les questions que les membres se posent:
Inclusion: Qui sui-je dans ce groupe? Que doit-je faire pour m'y intégrer? Quel comportement est acceptable ou approprié?
Contrôle: Qui est responsable? Qui défini les rôles?
Affection: J'aime bien ce groupe. Je suis attaché à ses membres.

✍**Relations par rapport au chef**

- Inclusion: le groupe/l'individu est dépendant(a besoin d'accepter ce que le chef dit)
- Contrôle: Le groupe/l'individu est contre dépendant(peut refuser ce que le chef dit)
- Affection: Le groupe/l'individu est indépendant avec le chef(a la confiance nécessaire pour collaborer avec le chef)

Session 6: Facilitation des réunions d'équipe

✍Aptitude nécessaire pour la facilitation d'un groupe:

- Ecouter les différents éléments du groupe en appliquant les différentes techniques de l'écoute active
- Observer, diagnostiquer les participants difficiles.
- Analyser les interactions.
- Faire la synthèse des idées
- Monter une ouverture d'esprit
- Savoir intervenir en temps opportun.

✍Des menbres du groupe comme le facilitateur les voit:

le sait tout, le bavard, le sage, le timide, le seigneur, le roupilleur. Pour chacun il doit avoir l'approche pour les gérer.

MODULE B: SUPERVISION

Session 7: Planification de la supervision

Les conditions de réussite d'une supervision:

C'est une sorte de check-list qui permettra au superviseur de mieux préparer sa supervision avec méthodologie.

Plan de supervision

C'est un micro plan avec lequel le superviseur pourra mieux cibler avec toute la pécision requise l'objet de sa supervision et de determiner ce qu'il va faire. A ce plan de supêrvision est annexé un autre plan complémentaire qui permet de constituer l'équipe de supervision de manière à établir une adéquation entre la situation du site à superviser et les expertises des superviseurs.

Session 8: Exécution de la supervision

Le leadership situationnel: Il s'agit d'un superviseur capable d'adapter son comportement face à la situation spécifique du supervisé. Comportement centré sur la tâche et/ou sur la relation.

✍Il ya quatre styles de leadership situationnnel:

- **Diriger ou S1**: fort tâche/faible relation: c'est centrer son comportement plus sur ce que le supervisé doit accomplir que sur la relation.
- **Convaincre ou S2**: fort tâche/fort relation: c'est centrer son comportement sur ce que le supervisé doit accomplir et sur la relation.
- **Concerter ou S3**: fort relation/ faible tâche: c'est centrer son comportement plus sur les relation que sur la tâche.
- **Déléguer ou S4**: faible tâche/ faible relation.

Quatre niveaux de maturité(compétence et disponibilité) peuvent être noté chez le supervisé. Ils se matérialisent par:

- M1(incompétent et non disposé);
- M2(incompétent et disposé);
- M3(compétent mais non disposé);
- M4(compétent et disposé).

A chaque niveau de maturité correspond un style approprié du superviseur:

- Diriger pour M1
- Convaincre pour M2
- Concerter pour M3
- Déléguer pour M4

MODULE C: EVALUATION DU SYSTÈME DE GESTION DES STOCKS

✍La politique pharmaceutique nationale

✍Quatre objectifs généraux fixés par la politique pharmaceutique nationale :

- Assurer la disponibilité
- Rendre les médicaments essentiels accessibles
- Garantir la qualité des médicaments essentiels
- Assurer l'usage rationnel de ces médicaments

✍Le cycle logistique :

Sélection (choix des médicaments essentiels en fonction des différents niveaux CHU, Hôpitaux régionaux, préfectoraux, centres de santé)

✍Approvisionnement

- Estimations des besoins
- Commande
- Stockage et conservation
- La réception

✍La distribution

- Mouvement de stock
- Inventaire

✍Utilisation

- Dispensation

✍Système d'information pour la gestion

- Recueil de données
- Traitement de données
- Diffusion de données
- Prises de décision

✍Critère de choix des médicaments essentiels

- Utilisation facile
- Traite les pathologies courante
- Générique
- Respecte la caractéristique des patients
- Tient compte de la formation des agents

Session 9: Outils d'évaluation

✍Evaluation des conditions de stockage

Grille d'évaluation de conditions de stockage

- Sécurité

101

- Conservation

✍**Evaluation des systèmes de gestion par IMAT : Outils d'évaluation de gestion de stock**

- Pourcentage d'enregistrements exacts (Rapport entre stock physique et stock théorique)
- Rapport de variation de l'inventaire
- Pourcentage de jours de rupture
- Pourcentage de produits disponibles

Session 9(suite): Préparation des travaux pratiques

- Préparation avant de se rendre sur le terrain
- Recueil des données aux CSU de Kabada et de Salamani à Kankan
- Compilation des données
- Calculs des indicateurs IMAT
- Définition des stratégies correctrices
- Elaboration d'un plan d'action

✍**Autoévaluation des compétences**

- Remplissage du document par les participants pour réévaluer les compétences après la formation et faire la planification des activités futures

Synthèse, évaluation et clôture

- Evaluation globale de l'atelier
- Feedback positif entre participants
- Cérémonies de clôture

102

EVALUATION DE L'ATELIER PAR LES PARTICIPANTS

Excellent = Surpassé des attentes
Bon = Satisfait des attentes
Insuffisant = en dessous des attentes

1.Aspects éducationnels

1.1 Evaluation globale du cours

Au total 15 participants ont évalué l'atelier

	EXCELLENT			BON			INSUFFISANT			Total	Sans avis
Notes à affecter	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
Nombre de Participants	4	6	1	1	0	0	0	0	0	12	3

1.2 Evaluation des éléments spécifiques du cours

Echelle / Eléments	EXCELLENT			BON			INSUFFISANT			Total	Sans avis
	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
Atteinte des objectifs du cours	6	6	1	1	0	0	0	0	0	14	1
Pertinence du contenu pour mon travail	9	6	0	0	0	0	0	0	0	15	0
Efficacité des méthodes et des techniques des formateurs	4	6	4	0	0	0	0	0	0	14	1
Organisation du cours	6	5	1	3	0	0	0	0	0	15	0
Utilité des matériels didactiques	7	5	0	2	1	0	0	0	0	15	0
Efficacité des formateurs	5	8	2	0	0	0	0	0	0	15	0

1.3 Durée du cours :
Trop longue : 0
Parfaite : 14
Trop courte : 4

1.4 Thèmes sur lesquels les participants auraient voulu passer plus de temps

- *Toutes les sessions sont citées excepté la session 9 sur les outils d'évaluation*

1.5 Pertinence des sessions pour le travail des participants
2 participants trouvent que la session 9 n'est pas pertinente pour leur travail actuel
1 participant trouve que la session 8 n'est pas pertinente pour son travail actuel

2. Evaluation des aspects administratifs et sociaux

Echelle	EXCELLENT			BON			INSUFFISANT			Total	Sans avis
Eléments	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
Salle de formation	3	0	2	5	2	0	2	0	0	14	1
Soutien administratif	2	3	2	5	0	0	3	0	0	15	0

Problèmes et recommandations

La tenue de l'atelier dans les locaux de PRISM a eu des avantages certains. Notamment, la possibilité de reproduire le plus rapidement possible un document en cas de besoin, la présence permanente de l'électricité. Toutefois, il est apparu qu'elle n'était pas suffisamment large pour faciliter toutes les activités même si on pouvait s'arranger à la limite avec une quinzaine de participants.

La reproduction itérative des documents a réduit la qualité de certains dont nous ne disposons pas de copie électronique en les rendant difficilement exploitables. C'est le cas du «leadership situationnel ». Il est vivement souhaitable que la Direction de PRISM essaye de se pencher la dessus et voir dans quelle mesure ceux-ci peuvent être renouvelés à partir des Etats-Unis.

Conclusion

L'atelier s'est bien déroulé dans l'ensemble. En ce qui concerne le curriculum, l'occasion a été mise à profil pour introduire des outils précieux pour le renforcement des aspects techniques de la supervision (surtout dans la phase préparatoire de l'équipe). Nous espérons que cela permettra aux équipes de pouvoir exécuter des supervisions avec toutes les normes requises. Par ailleurs, désormais, l'outil d'évaluation IMAT s'appliquera au magasin de stock pour les indicateurs qui apprécient la qualité des enregistrements et au point de vente pour celui qui mesure le temps de rupture.

Remerciements

Nos sincères remerciements au Directeur préfectoral de la santé de Kankan pour nous avoir permis de compléter cette formation en nous facilitant l'accès aux centres de santé urbains en vue des exercices pratiques sur le terrain. Tous nos remerciements aussi aux autorités sanitaires et administratives de la région pour leur attention soutenue.

ANNEXES

Ministère de la Santé Publique

Fiche de Rapport de Formation

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

1. Titre de la Formation _____Gestion d'Equipe_____ 2. Service organisateur (du Ministère)____PRISM
3. Projet/Budget _____
4. Type de Formation : ☐ LMD ☐ IRA ☐ Paludisme ☐ PEV ☐ Nutrition ☐ Allaitement maternel
☐ PF Clinique ☐ CPN ☐ Accouchements ☐ MST/SIDA ☐ IEC ☐ SIG x☐ Gestion
☐ Supervision ☐ Formation de formateurs ☐ Recherche & Evaluation
☐ Autre (à préciser) _____
5. Date (début de Formation) /_0/4/0/3/0/2_/ 6. Durée /_0_/_6_/ jours
7. Lieu de Formation___Kankan_____

8. Formateurs

Nom	Sexe	Poste de Travail/Fonction
Youssouf D	M	PRISM/cky/ conseiler log
ATelly Barry	M	PCG/CSAA
Abdoul Baldé	M	PRISM/KK/CSAQS

Participants

N° Matricule/CIN	Nom et Prénoms	Sexe	Titre[1]	Fonction[2]	Service/lieu de trávail	Préfecture	Organisme[3]
	TOURE Oumar	M	Médecin	Chargé des SSP	DPS/Siguiri	Siguiri	
	BARRY Mamadou Samba	M	Médecin	DPS	DPS/Siguiri	Siguiri	
	DAFF Boubacar	M	Médecin	DPS	DPS/Kankan	Kankan	
	N'DIAYE Moussa	M	Médecin	Généraliste	DPS/Siguiri	Siguiri	
	KEITA Oumar	M	Médecin	Gynécologue	Hôpital Kouroussa	Kouroussa	
	BARRY Mamadou Aliou	M	Médecin	Pédiatre	Hôpital Mandiana	Mandiana	
	MAGASSOUBA Ansoumane	M	Aide de Santé	Superviseur	DPS Mandiana	Mandiana	
	DIALLO Djiba	M	Médecin	DH	Hôpital Dinguiraye	Dinuiraye	
	BATCHILY Abdourahmane	M	Médecin	DPS	DPS/Dinguiraye	Dinguiraye	
	SIDIBE Aboubacar	M	Médecin	Chargé lutte Maladie	DPS/Dinguiraye	Dinguiraye	
	SOCK Gouressy	M	Médecin	Chargé lutte Maladie	DPS/Kérouané	Kérouané	
	DOUMBOUYA Sékou	M	Professeur	Gestionnaire bureau	PRISM/Faranah	Faranah	PRISM
	KOUROUMA Amara	M	Aide de santé	Chargé des SSP	DPS Kouroussa	Kouroussa	
	DIALLO Abdourahamane	M	Médecin	DH	Hôpital Kérouané	Kérouané	
	TINKIANO Maurice	M	Médecin	Pédiatre	Hôpital Kankan	Kankan	

Assistants administratifs: Sylvie THEA et Kalil CAMARA

1 « Titre » indique le type de diplôme obtenu à la fin de la formation : Médecins, Infirmiers, Sage-femme, etc.
2 « Fonction » fait ici référence à l'activité exercée actuellement : DPS, Agent CPN, Agent PEV, etc.

FORMATION EN GESTION D'EQUIPE

EMPLOI DU TEMPS

DATE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Matin	*OUVERTURE ET ORIENTATION* Accueil Questions administratives Galerie des experts Ouverture officielle Attentes -Présentation du programme Normes **Session00** Contexte de perfectionnement de l'adulte	**Session 2 :** ◆ Communication efficace en équipe **Session 3 :** Relations interpersonnelles dans le Développement professionnel	**Session 5 :** ◆ Processus de groupe	**MODULE B :** *SUPERVISION* **Session 7 :** ♦ Planification de la supervision **Session 8** Exécution de la supervision	**MODULE C:** *EVALUATION DU SYSTEME DE GESTION DES STOCKS* **Politique Pharmaceutique nationale** **Cycle logistique** **Critère de choix des ME** **Session 9 :** Introduction aux outils d'évaluation - *Liste de contrôle des conditions de stockage* - *Inventory Management Assesment Tool* Préparation de l'exercice pratique	**Session 9 (*suite*) :*** *Exploitation des résultats de l'évaluation*
GRANDE PAUSE						
Après-midi	**MODULE A. :** *COMMUNICATION* **Session 1 :** Gestion des agents de styles différents	**Session 4** ◆ Présentation	**Session 6:** Facilitation des réunions d'équipe	**Session 8 : (suite)** Exécution de la supervision	**Session 9 (*suite*) :** Exercice pratique dans les centres de santé : *Evaluation du système de gestion d'un centre de santé*	*SYNTHESE DES APPRENTISSAGES* ——— *EVALUATION ET CLOTURE*

OUVERTURE ET ORIENTATION

BUT ET CONTENU :

Pendant cette session, le participant aura l'occasion de se familiariser aux procédures administratives relatives aux modalités de logement, transport, utilisation de la salle de formation, et la politique de perdiem de PRISM durant la formation.
Aussi, il aura l'opportunité de connaitre les objectifs généraux du programme et de participer à la définition des normes de travail pendant cette formation.

L'occasion sera donnée à chacun de se présenter selon un canevas préalablement défini par les formateurs.

Durée : 1heure 55mn

Documents à distribuer :

- But et objectifs de la formation
- Emploi du temps
- Fiche de présentation

FORMATION EN GESTION D'EQUIPES
(Niveau CADRES SUPERIEURS)
MSH/PRISM

BUT GLOBAL

La politique sanitaire nationale définissant un cadre unique et les orientations du pays en matière de santé a été élaboré en 1984. La mise en œuvre de cette politique se réalise à travers un processus systématique de gestion mis en place à tous les niveaux du système de santé. L'adhésion du Ministère de la Santé Publique au développement des soins de santé primaire (SSP) et à l'Initiative de Bamako a conduit à une amélioration sensible de la disponibilité en médicaments essentiels et de l'accessibilité des communautés aux services de santé. Cependant, malgré les efforts fournis depuis le lancement en 1988 de l'initiative de Bamako, l'analyse de la situation sanitaire met encore en relief la persistance de problèmes importants touchant au fonctionnement global des institutions, en particulier au système de gestion des services et des programmes.

Une évaluation rapide des structures de santé, réalisée en 1998 par le Projet PRISM en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, a non seulement confirmé la persistance de ces problèmes, mais a permis aussi d'identifier d'autres faiblesses dans le domaine de la gestion, en particulier la gestion des ressources humaines et les relation entre chefs d'équipe et leurs collaborateur. En regard de ces données, PRISM et le Ministère de la Santé Publique ont élaboré des stratégies pour le renforcement des capacités en gestion d'équipe, de médicaments essentiels et outils de gestion en vue de l'amélioration de la qualité des services.

Le but du présent atelier est d'améliorer les compétences des cadres supérieurs de la santé pour leur permettre de mieux gérer les équipes dont ils sont responsables ainsi que de se familiariser avec les méthodes d'évaluation de la gestion des médicaments essentiels et outils de gestion.

OBJECTIFS GENERAUX

A la fin de la formation, dans son rôle de gestionnaire de programme de santé, le participant doit être capable de :

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

SESSION 00 : CONTEXTE DE PERFECTIONNEMENT DE L'ADULTE

BUT ET CONTENU :

Dans une formation d'adulte, il est important d'expliquer clairement les principes andragogiques pour que tous les participants puissent bien comprendre et y adhérer. Cette approche sur laquelle la formation est basée exige une véritable collaboration entre les formateurs et les participants

Pendant cette session, le participant aura l'occasion d'apprendre les principes de base de l'éducation des adultes, de discuter comment mener les négociations face à des situations inattendues qui peuvent apparaître et comment il peut suivre son propre développement professionnel

DUREE : 2heures 45mn

Objectifs spécifiques

A la fin de la session, lorsqu'il se trouve en équipe, le participant devrait être capable de:

1. Expliquer les principes de base de l'andragogie
2. Expliquer les différentes étapes de la renégociation planifiée
3. Evaluer au moins deux de ses points forts et deux de ses points faibles dans les domaines de compétence en gestion d'équipe.

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

- Principes de base de l'andragogie : Deux approches à l'éducation
- Pyramide de Dale
- Renégociation planifiée
- Cycle d'incompétence
- Auto-évaluation des compétence

MODULE A
GESTION DE L'EQUIPE

Session 01 :
Gestion des agents de santé de styles différents

BUT ET CONTENU :

Afin de mieux gérer son propre processus de développement professionnel et celui des autres (que ce soit en tant que superviseur ou gestionnaire), il est important d'identifier son propre style de travail et de reconnaître les différents styles des autres membres de l'équipe.

Lors de cette session, le participant aura l'occasion d'identifier son style d'apprentissage, ce qui influence la façon dont il confronte les idées et les situations quotidiennes dans son travail. Le participant aura l'occasion de découvrir son style préféré, d'identifier l'impact de ce style sur les autres, et de réfléchir à comment il peut le modifier quand c'est nécessaire. En outre, il cherchera avec ses collègues, les applications de ce processus dans l'exécution de son travail :

DUREE : 3 heures 35'

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

A la fin de la session, lorsqu'il se retrouve avec son équipe, le participant devrait être capable de :

1. expliquer l'importance de reconnaître les différents style de travail en équipe ;
2. décrire son propre style d'apprentissage ;
3. discuter l'impact des différents styles sur le travail en équipe.

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

- Inventaire des styles d'apprentissage
- Etude de cas : La Surtarification dans le Centre de Santé de Fanaba
- Fiche d'analyse des styles des membres de l'équipe

DOCUMENTS DE REFERENCE :

- La gestion et le processus d'apprentissage

MODULE A
COMMUNICATION DANS LA GESTION D'EQUIPE

Session 02 :
Communication efficace en équipe

BUT ET CONTENU :

La capacité de communication interpersonnelle demeure l'élément primordial dans la réussite du travail en équipe. En outre, toutes les interactions entre le gestionnaire et ses collaborateurs se déroulent dans le contexte de la communication interpersonnelle. C'est surtout une compétence essentielle pour les gestionnaires à tous les niveaux.

Au cours de cette session, le participant aura l'occasion de discuter du rôle de la perception dans le processus de la communication et de la manière dont on communique sur l'ambiance du travail. Il tiendra compte du rôle de la communication interpersonnelle dans la gestion des membres de son équipe en face d'une tâche à accomplir.

DUREE : 3 heures 15 mn

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

A la fin de la session, dans son rôle de gestionnaire, le participant devrait être capable de :

1. Communiquer efficacement avec ses collaborateurs à travers un effort de compréhension des perceptions différentes ;
2. démontrer une communication à double sens en aidant ses collaborateurs dans l'accomplissement de leurs tâches ;
3. utiliser la capacité de l'écoute attentive dans la communication avec ses collaborateurs.

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

- Photo
- Points clés à faire ressortir sur la perception
- Points clés à faire ressortir sur la communication à double sens
- Comment écouter : Technique

GUIDE DE SESSION

MODULE A
COMMUNICATION DANS LA GESTION D'EQUIPE

Session 03 :
Les Relations interpersonnelles dans le développement professionnel de l'équipe

BUT ET CONTENU :

Les relations humaines représentent un élément clé qui détermine la réussite du travail en équipe, soit dans une situation de gestion ou de supervision. C'est à travers les relations interpersonnelles, quand elles privilégient une communication ouverte que le gestionnaire peut faciliter le développement professionnel de ses collaborateurs ainsi que son propre développement.

Cette session fournira aux participants une occasion d'analyser le rôle que jouent les relations interpersonnelles dans le processus du développement professionnel. Les participants aborderont le feed-back interpersonnel et exploreront son importance dans le cadre du travail. Chacun aura l'occasion de donner et de recevoir du feed-back dans les exercices pratiques.

DUREE : 3 heures 40 mn

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

A la fin de la session, dans ses relations avec ses collaborateurs , le participant doit être capable de :

1. expliquer le rôle que joue les relations interpersonnelles dans le développement professionnel ;
2. donner le feed-back interpersonnel selon les critères requis ;
3. résumer en trois points au moins le rôle que peuvent jouer les relations interpersonnelles dans la gestion de son personnel.
4. expliquer les étapes d'intégration d'un nouveau comportement :

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

- Fenêtre de Johari
- Définition du feed-back interpersonnel
- Caractéristiques d'un feedback efficace
- Comment recevoir le feedback
- Fiche d'observations du feedback interpersonnel
- Le rôle de la communication interpersonnelle dans le développement professionnel
- Les étapes d'intégration d'un nouveau comportement

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCES

Rôle des relations inter personnelles dans le développement professionnel

MODULE A
COMMUNICATION DANS LA GESTION D'EQUIPE

Session 04: Présentations

BUT ET CONTENU :

La facilité de bien s'exprimer dans les diverses situations de gestion d'équipe est une capacité inestimable. Cependant, la plupart des chefs d'équipe et même des gestionnaires ne sont pas très)à l l'aise lorsqu'ils doivent faire une présentation. Comment atténuer ce malaise pour atteindre l'objectif de présentation. La première règle, c'est de bien se préparer pour les présentations. Pour ce faire, il faut connaître l'audience, et avoir des matériels appropriés. Cette session fournira au participant l'occasion de se familiariser avec le processus d'élaboration d'une présentation. Chacun sera invité à préparer une présentation en utilisant un flipchart et le transparent en suivant les normes indiquées. Le feedback sera fait, soit au cours de la présentations individuelles, soit au cours de la présentation de groupe, suivant le cas.

DUREE : 1 heure 55

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

A la fin de la session, dans son rôle de gestionnaire, le participants doit être capable de :

1. Décrire les principes d'efficacité d'une présentation en utilisant le flip-chart et le rétroprojecteur;
2. Emettre un feed-back sur des présentations des autres collègues participants.

MODULE A
COMMUNICATION DANS LA GESTION D'EQUIPE

Session 05
Processus de groupe

BUT ET CONTENU :

Depuis quelques années, le rôle de chef d'équipe a considérablement évolué ; il a pris une importance accrue et un visage nouveau dans les organisations. L'un des aspects qui consolident ce rôle est la maîtrise du processus de groupe en tant qu'entité qui conditionne le succès de toute action collective.

Cette session sera consacrée au processus commun à tous les groupes et les différents éléments du processus dont le chef d'équipe doit tenir compte. Le participant aura l'occasion de pratiquer l'observation de l'interaction de groupe et de diagnostiquer les étapes de développement de groupe.

DUREE : 3 heures 05

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

A la fin de la session, lorsqu'il dirige une équipe, le participant devrait être capable de :

1. Distinguer le contenu du processus dans une interaction de groupe donnée ;
2. Décrire les différents éléments du processus de groupe qui doivent être observés dans le cadre du fonctionnement de son organisation.
3. Expliquer les cinq étapes de développement de groupe commun à toute situation de fonctionnement en équipe.

DOCUMENTS A DISTRIBUER

- Guide d'observation du contenu
- Eléments du processus de groupe
- Etape du développement d'un groupe
- Atmosphère du groupe – Ambiance
- Modèle de Schultz pour le développement du groupe.

MODULE A
COMMUNICATION DANS LA GESTION D'EQUIPE

Session 06:
Facilitation des Réunions d'Equipe

BUT ET CONTENU :

Dans les systèmes de santé, les équipes les plus efficaces sont celles où la participation de tous les collaborateurs est souhaitée. L'un des aspects qui consolident le rôle du responsable est la capacité de faciliter les réunions d'équipe au sein de sa structure.

Cette session fournira à chaque participant l'occasion de pratiquer la facilitation de groupe et d'en recevoir le feed-back de ses collègues et des formateurs.

DUREE : 3 heures 30 minutes

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

A la fin de la session, chaque fois qu'il facilite une réunion d'équipe au sein de sa structure, le participant doitt être capable de :

1. Décrire les aptitudes nécessaires à la facilitation de réunions de groupe basées sur la compréhension du processus de groupe ;
2. faciliter une réunion qui permet au personnel de discuter efficacement du problème auquel il est confronté.

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

- Aptitudes nécessaires pour la facilitation du groupe
- Les membres du groupe comme le facilitateur les voit
- Les membres difficiles d'un groupe

DOCUMENTS DE REFERENCE :

- L'animation d'une réunion

MODULE B
LA SUPERVISION

Session 07 : Planification de la Supervision

BUT ET CONTENU :

La supervision est un processus à travers lequel un cadre supérieur peut aider son personnel à atteindre les objectifs du programme et à se développer sur le plan professionnel. Avant toute supervision, il est important de procéder à la planification détaillée. En planifiant ainsi, le cadre supérieur peut développer un cadre approprié pour le bon déroulement de la supervision.

Le but de cette session est de fournir une occasion aux participants d'examiner les éléments nécessaires à une bonne planification de la supervision. En outre, ils auront à élaborer un plan de supervision

DUREE : 6 heures et demi

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

1. Identifier au moins 20 conditions de réussite d'une supervision;
2. développer un format de plan de supervision incluant au moins 5 éléments essentiels
3. planifier une supervision selon les problèmes constatés ;

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

- Définition de la supervision
- Conditions de réussite d'une supervision
- Format de plan de supervision

GUIDE DE SESSION

MODULE B
LA SUPERVISION

Session 08 : Exécution de la Supervision

BUT ET CONTENU :

Une fois que la supervision est planifiée, le superviseur doit décider comment aborder l'agent pour lui apporter le soutien qu'il lui faut. Un superviseur qui arrive à superviser de manière appropriée réalisera des bénéfices pour son personnel, pour sa structure et pour la communauté.

L'objet de cette session est de permettre aux participants d'examiner le modèle de leadership situationnel et sa pertinence dans la supervision. Ils auront l'occasion de démontrer quel style adopter en face des différentes situations de supervision. Une analyse d'une situation passée facilitera la compréhension du modèle. Enfin, les participants détermineront le style approprié pour une situation de supervision dans le futur.

DUREE : 1 heures 30 minutes

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

A la fin de la session, dans son rôle de superviseur, le participant devrait être capable de :

1. expliquer le modèle de leadership situationnel et sa pertinence pour la supervision ;
2. démontrer le style approprié dans une situation donnée ;
3. analyser le style de leadership adopté à une situation donnée dans le passé et la mesure dans laquelle il a été approprié en utilisant le modèle de leadership situationnel comme base d'analyse ;
4. déterminer le style de leadership approprié pour une situation de supervision au niveau des structures dans le futur en utilisant le modèle de leadership situationnel comme base d'analyse.

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

- Auto-évaluation
- Pointage
- Résumé : Le leadership situationnel
- Etudes de cas
- Jeux de rôles sur le leadership situationnel
- Fiche d'analyse d'une situation de supervision passée
- Fiche d'analyse d'une situation de supervision future

MODULE C :
EVALUATION DU SYSTEME DE GESTION DE STOCK DE MEDICAMENTS

Session 09 : Outils d'Evaluation/Exercice pratique

BUT ET CONTENU :

Une des clefs du succès de la pratique de gestion des stocks dans les entrepôts est la mise en place d'un système d'évaluation efficace qui permet au responsable une prise de décision vis à vis de l'amélioration continue de sa structure.

Cette session offrira aux participants l'occasion de se familiariser avec les différents outils utilisés pour l'évaluation des conditions de stockage et de la gestion des stocks, et de descendre sur le terrain pour leur application pratique.

DUREE : 8 heures 55 minutes sur deux jours

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

1. utiliser la grille d'évaluation des conditions de stockage selon le modèle du PEV/SSP/ME ;
2. expliquer les deux (2) groupes d'indicateurs de l'outil d'évaluation des inventaires du stock (IMAT) ;
3. utiliser l'IMAT dans l'évaluation des pratiques de gestion des stocks ;
4. collecter les informations sur la gestion de stock d'un centre de santé donné ;
5. analyser les résultats selon le guide d'analyse IMAT ;
6. proposer un plan d'action pour atteindre le résultat souhaitée.

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

- Guide de gestion des médicaments essentiels et vaccins pour les centres de santé :
  - "Grille d'évaluation" (page 55)
- Outils d'évaluation
- Etude de cas N°1
- Grille d'évaluation
- Exercice N°1
- Exercice N°2
- Document C de l'IMAT "Collecte de données et calcul"
- Démarche à suivre pour la visite à effectuer sur le terrain

DOCUMENTS DE REFERENCE :

- IMAT

ANNEXE : 05

Rapport de Mission : Formation de 11 facilitateurs COPE Régionaux et Préfectoraux pour les DRS/DPS de Faranah ; Dr Sitan Millimono et Madame Fatoumata Fofana:

FORMATION DE 11 FACILITATEURS COPE REGIONAUX ET PREFECTORAUX POUR LES DRS de FARANAH

RAPPORT DE MISSION

Dr Sita Millimono et Madame Fatoumata Fofana

OBJET : Formation en facilitation COPE

Objectif : Former 11 superviseurs de la Région de Faranah
(DPS de : Faranah, Dabola et Dinguiraye)

Dans le cadre de l'accord d'assistance technique entre EngenderHealth et PRISM, nous avons effectué une mission à Faranah dans la période du 22 au 31 mars 2002.
Notre départ a eu lieu le 22 mars 2002.
Le 23 mars a eu lieu une réunion de concertation entre le facilitateur PRISM et les consultantes de EngenderHealth. Cette réunion avait pour but de :

- Revoir la documentation (revue des guides et plans de session)
- Faire la répartition des tâches
- Visiter la salle de formation
- Aménager la salle de formation (disposition de la salle, préparation du tableau de bord)
- Préparer les classeurs pour les participants

Au cours de nos discussions, il a été constaté :

- La non-disponibilité des brochures COPE pour les participants
- Le manque de cohésion entre le contenu du plan de session et les objectifs du guide de session 5

La formation a comporté deux étapes :

1- La formation en facilitation COPE : Elle a duré du 25 au 26 mars 2002. Au cours de deux jours, nous avons discuté des notions de Qualité (définition, raisons et principes de son amélioration), de client, de COPE (et ses outils) et de la préparation à l'introduction de COPE dans un site (micro-teaching) avec un groupe de superviseurs des DPS.
Au terme de ces deux jours, les participants ont été repartit en trois (3) groupes.

2- Exercice d'introduction de COPE : Sous la supervision des consultantes d'Engenderhealth et du formateur PRISM, les facilitateurs récemment formé ont procédé à l'exercice pratique d'introduction de l'outil COPE dans trois sites de la DPS de Faranah.
Cet exercice a duré trois jours et a aboutit à l'élaboration des plans d'action par site et à la mise en place d'un comité de suivi.

PLAN D'ACTION DU CENTRE DE SANTE DE BANIAN

Problèmes	Causes	Solutions	Par qui ?	Quand ?
Dans ce centre, les clients ne Reçoivent pas de soins après les heures de travail.	- Insuffisance de personnel - Insuffisance d'organisation	- Formuler une requête auprès de la DPS pour l'obtention d'un complément d'effectif. -Elaborer et exécuter un programme de permanence pour la prise en charge des urgences après les heures de travail.	Mr Mara Ismael	15/04/02
Les clients attendent très longtemps aux heures d'affluence avant d'être servis.	Insuffisance de personnel.	Faire une requête auprès de la DPS pour un complément d'effectif.	Mr Karifa Banian Camara	30/06/02
Les clients démunis de notre zone ne peuvent pas accéder aux services et soins de santé.	Il n'existe pas un mécanisme d'assistance sociale	- Organiser des séances de sensibilisation des autorités administratives et politiques, ainsi que la communauté pour la mise en place d'une caisse de solidarité. - Mettre en place une caisse de solidarité.	Mr Soundou Touré	30/06/02
Tout le personnel ne sait pas préparer la solution chlorée à 0,5%.	Manque de restitution du contenue de la formation reçue en prévention des infections.	Organiser des séances de restitution après chaque formation	Mme Aminata Kouyaté	30/04/02
Les clients ne reçoivent pas d'information sur les facteurs affectant la fertilité.	Le personnel ne sait pas les messages qu'il doit fournir concernant les facteurs qui affectent la fertilité	Organiser une séance d'orientation sur les messages à fournir concernant les facteurs qui affectent la fertilité.	Mr Lamine Touré	30/04/02
Les femmes en travail (parturientes) sont suivies sans partogramme.	Manque de fiches partogramme	Faire une requête auprès de la DPS pour l'obtention des fiches partogramme.	Mme Fatoumata Binta Baldé	31/05/02
La mutilation génitale féminine persiste encore dans notre zone.	Conservation des mœurs et coutumes.	Renforcer les séances de sensibilisation de la communauté sur les conséquences de la mutilation génitale féminine.	Mr Moustapha Camara	30/06/02

Le centre ne dispose pas d'une source d'éclairage.	Le panneau solaire est en mauvais état.	Assurer la maintenance du panneau solaire.	Mr Karifa Banian Camara	31/05/02
Le centre dispose pas de spéculum et de pince à cœur en nombre insuffisant	Besoin non exprimé.	Faire une requête auprès de la DPS pour l'obtention de quatre(4) spéculums et de quatre(4) pinces à cœur.	Mme Aminata Kouyaté	30/06/02
Le counseling en planification familiale se fait sans boîte à image.	La boîte à image du centre est égarée.	Faire une requête auprès de la DPS/ONG pour l'obtention d'une boîte à images P.F.	Mme Mariame Camara	30/04/02
Certains membres du personnel n'appliquent pas les normes et procédures en santé de la reproduction au cours des activités.	Négligence du personnel	- Organiser une séance de recyclage du personnel à l'utilisation des normes et procédures en santé de la reproduction. - Effectuer une supervision interne régulière.	Mme Mariama Camara	28/04/02
Le personnel ne dispose pas un programme de mise à jour lui permettant d'améliorer ses compétences	Manque d'initiative à cet effet	- Elaborer un programme trimestriel de mise à jour (information et formation) du personnel - Exécuter le programme.	Mr Ismael Mara	30/04/02
Le personnel ne traite pas le matériel réutilisable selon les normes de la prévention de l'infection.	Insuffisance d'information sur les principes de la P.I.	Organiser une séance d'orientation du personnel sur les directives de la prévention des infections.	Mr Facely Condé	30/04/02
Le personnel n'élimine pas les déchets selon les normes de la P.I.	Insuffisance d'information	Organiser une séance d'orientation du personnel sur les directives de la P.I.	Mr Facely Condé	30/04/02
Certains membres du centre crient sur les clients.	Inconscience professionnelle.	Organiser une séance d'orientation et de rappel du personnel sur la déontologie médicale et le respect des droits du client.	Mr Moussa Oularé	30/04/02
Le personnel fait le counseling sans parler de la sexualité aux clients.	La sexualité est considérée comme un tabou.	Organiser une séance de sensibilisation du personnel sur la sexualité, afin de l'inclure dans le counseling et les causeries éducatives.		

PLAN D'ACTION DU CENTRE DE SANTE DE PASSAYA

Problèmes	CAUSES	SOLUTIONS	PAR QUI ?	QUAND ?
Le personnel est exposé au risque d'infection.	- Absence de gants de ménage - Personnel non formé en prévention des infections.	- Acheter des gants de ménage (deux paires). - Assurer la formation du personnel pendant la supervision.	Kadé Keita	31/07/02
Les clients n'ont pas l'opportunité de faire des suggestions pour offrir des services de bonne qualité.	Les clients ne sont pas interrogés.	Faire des interviews périodiques.	M. Kéra	Le 1er jeudi de chaque mois
Les complications ne sont pas discutées entre personnel.	Méconnaissance	Organiser les réunions de discussion sur les complications rencontrées	Mr. Doumbouya	A partir du 1er Avril 2002
Le personnel ne respecte pas l'opinion des clients, lorsque ceux-ci ont des points de vue différents	Manque d'information du personnel.	Prendre en compte l'opinion des clients quand cela est nécessaire.	Traoré	A partir du 1er Avril 2002
Les clients se présentent à tout moment pour services de SR en dehors des cas d'urgence.	Ils ne sont pas informés sur les jours et les horaires des services en SR.	Inclure dans les causeries éducatives, les informations sur les jours et horaires des services de SR.	M. Doumbouya	A partir du 1ER Avril 2002
Les agents ne donnent pas d'information aux femmes autour des rapports sexuels pendant le post-partum.	Il n'y a pas de calendrier de CCC	Elaborer un calendrier de CCC	Victor	30/04/02 au plus tard
Les accouchements se font se la nuit à la lumière de la bougie	Absence de lampe tempête	Acheter une lampe tempête	Kadé Keita	31/07/02
La CPN se fait sans prise de taille	Absence de toise	Acheter une toise	Victor	30/04/02
La CPC et le poste de santé de Bèlèya ne disposent pas de stéthoscope bi-oculaires	Besoin non exprimé	Acheter un stéthoscope et un tensiomètre	M. Traoré	31/07/02

PLAN D'action de la pédiatrie de l'hôpital régional de Faranah

Problèmes	CAUSES	SOLUTIONS	PAR QUI ?	QUAND ?
Le personnel d'entretien ne peut pas donner des informations sur les coûts des prestations en Pédiatrie.	Manque d'information	La surveillante est chargée d'organiser une séance d'information à leur intention.	Anna	31/03/02
Il n'existe pas de programme de mise à niveau pour le personnel de la pédiatrie	Activité non planifiée par le service	Planifier et exécuter des séances de mise à niveau du personnel sur les thèmes suivants : - Calendrier vaccinal - Maladies diarrhéiques - IRA - Paludisme - IST/VIH - CIP - Nutrition - Prise en charge des brûlures et empoisonnement	Baïlo	30/05/02
Les principes de la prévention des infections ne sont pas respectés	Le personnel n'est formé en P.I.	-Planifier la formation de tout le personnel par Dr Bogora -exécuter la formation	Anna	20/04/02
Le temps d'attente est long à la consultation	Le personnel doit effectuer la visite au pavillon avant la consultation	Elaborer un programme de visite pour les malades internes et l'afficher à la pédiatrie	Djénaba Kissi	10/04/02

Atelier de facilitation COPE

Liste des participants

1- DPS Faranah :

- Dr N'Fanly Bangoura
- Dr Bogora Gouavogui
- Mme Matoma Condé

2- DPS Dinguiraye

- Dr Abdourahamane Batchily
- Dr Malik Magassouba

3- DPS Dabola

- Mr Mohamed Lamine Traoré

Attentes des participants

- Connaître la définition de COPE
- Connaître l'importance de COPE
- Connaître les domaines d'application de COPE
- Savoir les limites de COPE
- Savoir comment introduire COPE
- Savoir comment le superviser
- Maîtriser les différents aspects de COPE
- Connaître le pourquoi de COPE
- Savoir rédiger un rapport après une supervision de COPE
- Avoir des supports COPE

Synthèse des leçons apprises

Points forts

- Implication et engagement total du personnel des différents sites où COPE a été introduit
- Disponibilité du matériel didactique
- Introduction de COPE en langue locale dans les sites
- Disponibilité des autorités locales (COGES, Sous Préfet)
- Apprentissage aisé pour les facilitateurs préfectoraux
- Ouverture, disponibilité et participation totale du personnel des sites à l'identification des problèmes
- Climat de travail agréable
- Disponibilité de la logistique
- La ponctualité et la disponibilité des facilitateurs/encadreurs

Points à améliorer

- Lettre d'information mal comprise (fatigue des participants de Passaya, du au déplacement sur Faranah la veille)
- Absence de l'agent PEV au 1er jour de l'exercice (Passaya)
- Tout le contenu du guide n'est pas applicable au centre de santé
- Non-disponibilité de la pause (café ou déjeuner) pour le personnel des sites
- Manque de cahier/registre pour P.V. du comité COPEl
- Les sites n'ont pas été informés à temps

Recommandations :

- Revoir le contenu du guide pour l'adapter aux réalités des centres de santé
- Informer les sites à temps
- Faire passer toutes les informations par la DPS avant les centres de santé
- Financer des activités d'introduction dans les centres de santé de la région
- Prévoir un repas collectif (pause) pour les participants des sites
- Prévoir un cahier de PV pour chaque comité de suivi

Avantages de COPE

- Identification des vrais problèmes
- Créer la chaleur humaine
- Rompt le mûr de silence entre les travailleurs
- Favorise la communication
- Permet l'analyse approfondie des problèmes
- Responsabilise tout le monde
- Propose des solutions concrètes
- Permet la bonne gestion des services
- Permet d'avoir un chronogramme d'activités
- Permet la concentration sur le client

Introduction de COPE # 1

Liste des participants des sites :

☞ Centre de santé de Banian :

1- Mme Aminata Kouyaté (Aide Santé CCS)
2- Mr Moussa Oularé (ATS/Poste de santé Ballaya)
3- Mme Mama Camara (ATS)
4- Mme Binta Baldé (matrone)
5- Mme Alice Kamano (matrone)
6- Mme Sanaba Camara (matrone)
7- Mme Tossany Thonamou (ATS)
8- Mr Touré Soundou (COGES)
9- Mr Karifa Banian Camara (COGES)
10- Mr Bangaly Mara (COGES)
11- Mr Sâa Camara (SBC)
12- Mr Diamory Condé (SBC)
13- Touré Lamine (Paire Educateur)
14- Melle Fanta Fofana (Paire Educateur)
15- Mr Moustapha Camara (AC)
16- Mr Karifa Cissé (gardien)
17- Mr Facely Condé (ATS/Poste de santé Nyanfrent)
18- Mr Ismael Mara (infirmier)
19- Mr Mohamed Tènin Chérif (SBC)
20- Mr Lamine 2 Camara (SBC)
21- Mme Kanko Kéïta (SBC)

☞ Centre de santé Passaya

1- Wondé Camara (COGES)
2- Sayon Kaké (Président CC)
3- Touré (Présidente des femmes CRD)
4- Almamy (vice président CC)
5- Mamadi Traoré (CCS)
6- Marcel Doumbouya (ATS)
7- Victor Tolno (ATS)
8- Amadou Bah (ATS)
9- Amadou Kourouma (ATS)
10- Souleymane Camara (ATS)
11- Hawa Camara (matrone)

☞ Pédiatrie de Faranah

1- Diènèba Kissi Kéïta (ATS)
2- Diènè Kandé (fille de salle)
3- Gnalén Traoré (fille de salle)
4- Souadou Condé (ATS)
5- Oumou Baïlo Diallo (ATS)
6- Anna Mara (Sage femme)

Equipes des facilitateurs

☞ Passaya

- Dr Abdourahamane Baldé (PRISM)
- Dr Abdourahamane Batchily (Dinguiraye)
- Dr N'Faly Bangoura (Faranah)

☞ Banian

- Dr Malik Magassouba (Dinguiraye)
- Mr Mohamed Lamine Traoré (Dabola)
- Dr Sita Millimono (EngenderHealth)

☞ Pédiatrie de Faranah

- Dr Bogora Gouavogui (Faranah)
- Mme Chérif Matoma Condé (Faranah)
- Mme Fatoumata Fofana (EngenderHealth)

Synthèse interview clients

♦ Centre de santé Passaya

- Total clients : 6
- Points forts :

  -Bonnes prestations

  -Bon accueil

- Points à améliorer

  -RAS

- Suggestions :

  -continuer à bien faire

♦ Centre de santé Banian

- Nombre de clients : 9
  - Première visite : 4
  - Visite de suivi : 5
- Points forts :
  - Personnel actif et courageux
  - Bon traitement
- Points à améliorer :
  - Certains agents n'accueillent pas bien les clients
  - Certains agents crient sur les clients
  - Les clients attendent longtemps avant d'être servis
  - Les salles sont petites et malpropres
- Suggestions
  - Améliorer l'accueil
  - Diminuer le temps d'attente
  - Améliorer la propreté des salles
  - Respecter les clients

♦ Pédiatrie Faranah

- Nombre de clients : 6
- Points forts :
  - Propreté des locaux
  - Respect des clients
  - Bonnes prestations
- Points à améliorer
  - Informations insuffisantes et pas claires
  - Temps d'attente trop longue
- suggestions
  - Maintenir la propreté des locaux

Comité de suivi COPE et dates de la première réunion

♦ Centre de santé Banian

- Président :
  Mr Ismael Mara

- Membres :
  1 Mme Fatoumata Binta Baldé
  2 Mr karifa Banian Camara

- 1ère Reunion: 05/04/2002

♦ Centre de santé Passaya

- Président :
  Sayon Kaké

- Membres :

  1 Mamadi Traoré
  2 Wondé camara

- 1ère Réunion : 16/04/2002

♦ Pédiatrie Faranah

- Présidente :
  Mme Diènèba Kissi Kéïta

- Membres :

  1 Oumar Baïlo Diallo

  2 Diènè Kandé

- 1ère Réunion : 10/04/2002

ANNEXE : 06

Rapport technique de Recyclage des agents PEV de KanKan (11 au 15 Mars 2002) et de Faranah (18 au 22 Mars 2002).

PRISM/MSH/USAID
COORDINATION SR
VOLET GESTION MEM

RAPPORT TECHNIQUE
RECYCLAGE des AGENTS PEV de

KANKAN (11 au 15 Mars 2002)
FARANAH (18 au 22 Mars 2002)

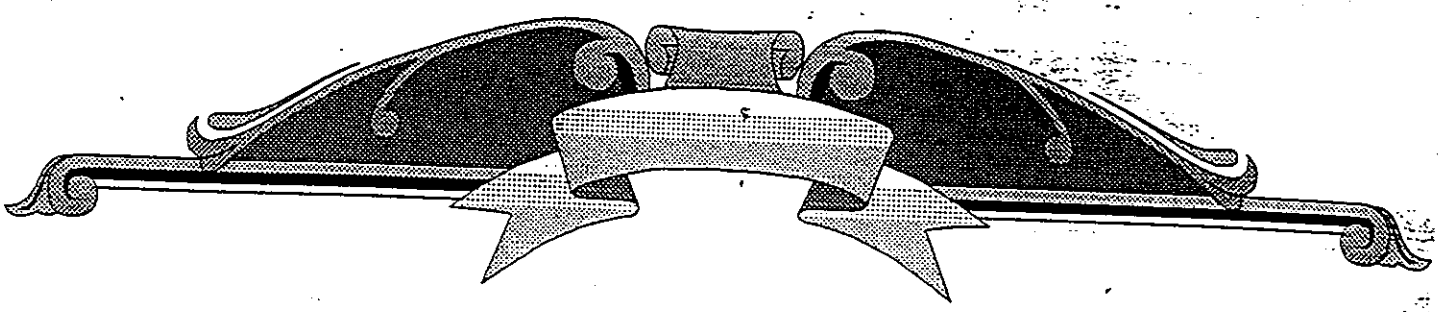
Présenté par :

Dr Cécé-Celestin GOUMOU

Coordinateur SR/Gestion MEM

Kankan le 10 avril 02

138



MSP
IRS / Kankan - Faranah

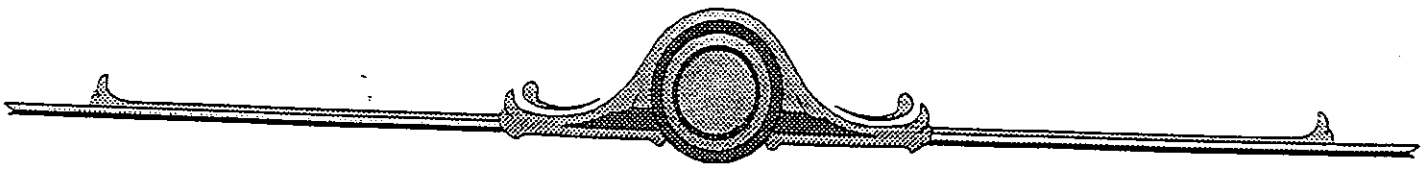
PRISM-GUINEE

RECYCLAGE

DES

AGENTS PEV

Kankan, Octobre 2001



139

INTRODUCTION

La République de Guinée comme la plupart des pays en voie de développement, est actuellement le théâtre d'un certains nombre de défis pour satisfaire les besoins en santé de la population. Pour ce faire, le système de santé guinéen a mis en place la décentralisation, a généralisé l'initiative de BAMAKO et le recouvrement des coûts dans toutes les formations sanitaires et a mobilisé les communautés afin qu'elle s'approprient des centres de santé. Après un début fulgurant qui lui a valu d'être cité comme exemple réussi de la mise en place de ces processus dans le mode entier, le système de santé accuse ces dernières années un degré d'essoufflement qui pourrait aboutir à une perte de ces acquis antérieurs, si rien n'est fait pour le renforcer.

En effet, l'EDS de 1997 démontre que certains indicateurs spécifiques à la santé infantile sont assez inquiétants 21% des enfants de 12 à 23 mois n'ont reçu aucune des vaccinations du PEV, le taux d'allaitement maternel exclusif chez les moins de 4 mois est de 13%. De plus, 26% des enfants de moins de 5 ans accuses un retard de croissance, parmi lesquels 10%sont atteints de malnutrition sévère.

PRISM continue d'appuyer le Ministère de la santé dans la recherche des stratégies adéquates pour l'amélioration des couvertures vaccinales de la Guinée en générale et de la Haute Guinée en particulier.

L'agent PEV reste la priorité première, sa principale fonction est préventive : prévenir les principales maladies de l'enfant par la vaccination, et prévenir la malnutrition grâce au suivi de la croissance.
Ces sessions de recyclage ont été organisé en deux (2) vagues successives à Kankan et à Faranah , il constitue un pas en avant vers les objectifs que le Projet PRISM c'est fixer en matière d'appui à l'amélioration de la couverture sanitaire en générale et en particulier à celle de la couverture vaccinale de la Haute Guinée.
A ce jour, on peut se réjouir d'avoir atteint les 100% du recyclage pour les 8 Préfectures de notre zone d'intervention (Mandiana, Kérouané, Kankan, Kouroussa, Siguiri, Dabola, Dinguiraye, Faranah), dans ces préfectures, un(1) au moins est formé en PEV par Centre de santé.
Les objectifs de ce recyclage ont été atteints comme le témoignent les résultats des évaluations finales.
Tout cela n'a été possible, que grâce aux efforts conjugués des uns et des autres, d'une part des participants, qui avaient montré, le sérieux, le courage et l'assiduité.
D'autre part de ceux des Facilitateurs, dévoués, compétents et disponible dont les seul ambition étaient de réussir .

- **1ère vague :** a regroupé 29 agents PEV de Région administrative de Kankan : des préfectures de Siguiri, Mandiana, Kankan et Kérouané, réalisé du 11 au 15 Mars 2002 à Kankan.

RECYCLAGE DES AGENTS PEV

(Siguiri, Mandiana, Kankan, Kérouané du 11 au 15 Mars 2002).

Liste des formateurs :

Dr Cécé-Celestin Goumou	coordinateur/Gestion MEM PRISM-KANKAN
Dr Oumar Touré	SSP à la DPS de SIGUIRI
Mme Fatoumata Béavogui	Responsable de la chaîne de froid régionale de KANKAN
Mr Ibrahima Sory Fofana	Chargé de la formation à la DPS de KANKAN

Liste participants

1. Loua Bernard ATS	Niagassola	Siguiri
2. Kaba Djénè ATS	DRS	Kankan (Observateur)
3. Barry Naromba ATS	Saladou	Mandiana
4. Pivi Pema ATS	Sansando	Mandiana
5. Mara Abdoulaye ATS	Faralako	Mandiana
6. Kanté Sadou ATS	CSU	Mandiana
7. Diallo Ibahima Sory ATS	SiguiriKoura	Siguiri
8. Sangaré Sékou ATS	Doko	Siguiri
9. Camara Oumar ATS	Kignvbakoura	Siguiri
10. Léno Michel ATS	Franwalia	Siguiri
11. Touré Moussa ATS	Kintinian	Siguiri
12. Magassouba Mariame ATS	CSU Bolibana	Siguiri
13. Diawara Ténin ATS	Missamana	Kankan
14. Diawara Moussa ATS	Moribaya	Kankan
15. Kaba Mamady Nfaly ATS	Tokounou	Kankan
16. Fofana Sékou Ahmed ATS	Boula	Kankan
17. Guémou Nyépou Tokpa ATS	Kiniéran	Siguiri
18. Camara Mariame ATS	Banankoro	Kérouané
19. Kaké Oumar ATS	Soromaya	Kérouané
20. Dioubaté Idrissa ATS	Batè Nafadji	Kankan
21. Touré Mamadou ATS	Koumban	Kankan
22. Kouyaté Adama ATS	Naboun	Siguiri
23. Béavigui Daniel Galada ATS	Maléah	Siguiri
24. Ouo Ouo Richard ATS	Niandankoro	Siguiri
25. Mamy Cé Lakpo ATS	Nounkounkan	Siguiri
26. Kourouma Hamidou A/S	Norassoba	Siguiri
27. Fatoumata Diallo ATS	Kabada	Kankan
28. Niankoi Olémou ATS	Bankon	Siguiri
29. Kolou Kalvogui A/S	CSU	Kérouané
30. Koulada Kéita ATS	Siguirikoro	Siguiri

- **2ème vague** a regroupé 16 agents PEV de la Région administrative de Faranah : des préfectures de Dabola, Dinguiraye et Faranah, réalisé du 18 au 22 Mars 2002 à Faranah.

RECYCLAGE DES AGENTS PEV

(Faranah, Dabola, Dinguiraye du 18 au 22 Mars 2002)

Liste des formateurs :

Dr Cécé-Celestin Goumou	coordinateur/Gestion MEM PRISM-KANKAN
Dr Mamadi Kéoulen Camara	SSP à la DPS de KISSSIDOUGOU
Mme Fatoumata Béavogui	Responsable de la chaîne de froid régionale de KANKAN
Mr Ibrahima Sory Fofana	Chargé de la formation à la DPS de KANKAN

Liste des participants

1. Camara	N'Faly	Banian	Faranah
2. Chérif	Glona	Hèrèmakono	Faranah
3. Malomou	Pépé	Songoya	Faranah
4. Maomy	Cé-Mizi	Beindou	Faranah
5. Kolié	Pépé	Bissikirima	Dabola
6. Guilavogui	Pépé Vhéla	Keindoye	Dabola
7. Sangaré	Sékou Amadou	Arfa-moussaya	Dabola
8. Tolno	Martin	Kankama	Dabola
9. Haba	Niankoye	Dogomet	Dabola
10. Béavogui	Louise	Konso	Dabola
11. Guilavogui	Alain	CSU	Dabola
12. Tounkara	Almamy	Banko	Dabola
13. Camara	Djibril	Konindou	Dabola
14. Camara	Almamy	CSU	Dinguiraye
15. Haba	Pépé Ernest	Diatifèrè	Dinguiraye
16. Oliano	Faya Doumbo	Dialakoro	Dinguiraye

DEROULEMENT/CONTENU

❖ METHODOLOGIE :

Au cours de ces formations, l'approche andragogique était utilisé qui s'appuie sur la méthodologie expérientielle basée sur l'expérience des participants.
Cette expérience concrète devient une source de réflexion et d'analyse qui conduit au développement de concepts généraux et d'identification des possibilités d'application par les participants dans leurs fonction de prestataires.
Les techniques de brainstorming, questions /réponses, travaux de groupes, placement de carte de réponses, jeux de rôles, jeux de démonstration.
Le curriculum de recyclage des agents PEV est structuré de la façon suivante :

1. Ouverture et orientation

- ✓ Mot de bien venue
- ✓ Présentation (galerie des experts)
- ✓ Informations logistiques
- ✓ Ouverture officielle
- ✓ But et objectifs de la formation
- ✓ Programme
- ✓ Constitution des comités
- ✓ Normes de travail

2. Vue d'ensemble

Objectifs généraux :

1- mettre en œuvre le PEV en stratégie fixe et en stratégie avancée
2- Exécuter le suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans

Objectifs intermédiaires :

1- Gérer les activités de vaccination selon les normes tant en stratégie fixe qu'en stratégie avancée.
2- Assurer la responsabilité du maintien de la chaîne de froid en toutes circonstances.
3- Suivre la croissance des enfants de 0 à 5 ans selon la courbe poids/âge.
4- Prévenir la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans grâce à l'éducation et conseils nutritionnels.

3. Module A :Programme Elargie de Vaccination

Au cour de ce module les participants :
Auront l'occasion de décrire les signes et les symptômes dominants, l'âge auquel le client court le plus grand risque et la stratégie de lutte contre chacune de ces maladies cibles du PEV.
Renforcer leur compétences sur le calendrier vaccinal du PEV/SSP/ME.
Se familiariser d'avantage sur les techniques de nettoyage, d'entretien, de décontamination et de désinfection à haut niveau(DHN) des matériels de vaccination.

- **Session 1 : Maladies cibles du PEV (3 objectifs spécifiques)**

1) Enumérer les six(6) maladies cibles du PEV
2) Décrire les six(6) maladies cibles du PEV
3) Elaborer les messages clés liés aux maladies cibles du PEV

- **Session 2 : Calendrier vaccinale(2 objectifs spécifiques)**

1) Identifier le statut vaccinal des groupes cibles du PEV/SSP/ME
2) Expliquer le calendrier selon les groupes cibles du PEV/SSP/ME

- **Session 3 : Administration des vaccins (3 objectifs spécifiques)**

1) Connaître la zone, la quantité, le lieu, la voie et les matériels pour l'administration de chaque type de vaccin.
2) Organiser l'administration des vaccins selon les directives du PEV/SSP/ME
3) Administrer chaque type de vaccin.

- **Session 4 : PEV et prévention des infections (4 objectifs spécifiques)**

1) Expliquer les 5 étapes de traitement du matériels PEV selon l'ordre chronologique
2) Procéder à la décontamination du matériels avec la solution chlorée à 0,5%
3) Assurer la désinfection à haut niveau (DHN) en respectant les règles de disposition du matériels, du niveau d'eau dans la cocotte et de la durée d'ébullition.
4) Expliquer les règles d'élimination du matériels à jeter ou usé.

4. Module B : Maintenance de la chaîne de froid

Tout le long du module, les participants vont :
Définir la chaîne de froid, les différents composantes de la chaîne de froid, l'emplacement des vaccins dans le réfrigérateur et leur gestion.
Discuter des différents types d'indicateurs .
Discuter des matériels de transport des vaccins et des normes à respecter pour maintenir la chaîne de froid.
Se familiariser avec les normes de l'emplacement du réfrigérateur, aux techniques de son nettoyage et de son dégivrage.
Réfléchir sur les conditions de stockage du pétrole et sa gestion.
Se familiariser avec les principales conduites à tenir en cas de mauvais fonctionnement du réfrigérateur.
Il discuteront des gestes à faires en cas de petites pannes et des procédures à suivre en cas de pannes majeures.

- **Session 5 : Gestion des vaccins (7 objectifs spécifiques)**

1) Enumérer les 7 maillons de la chaîne de froid
2) Connaître la sensibilité de chaque vaccin par rapport à la variation de température
3) Placer les vaccins dans les différents compartiments du réfrigérateur selon les normes
4) Estimer les besoins en vaccins pour sa zone de couverture en tenant compte, de sa population cible, de l'objectifs de couverture vaccinale
5) Effectuer la commande des vaccins en tenant compte du délai d'approvisionnement et du stock disponible
6) Expliquer les 3 étapes de la réception des vaccins
7) Elaborer le rapport mensuel en respectant le canevas du PEV/SSP/ME

- **Session 6 : Surveillance de la température(3 objectifs spécifiques)**

1) Identifier les types d'indicateurs de la chaîne de froid couramment utilisés
2) Enregistrer la température sur le relevé journalière de température
3) Interpréter les variations des indicateurs de la chaîne de froid

- **Session 7 : Transport des vaccins (4 objectifs spécifiques)**

1) Enumérer les 2 types de boîte isothermes/porte vaccins les plus adapté à la stratégie avancée

2) Placer les vaccins dans les boîtes isothermes selon les normes
3) Déterminer les normes de transport des vaccins dans les boîtes isothermes
4) Expliquer les conditions d'entretien des boîtes isothermes et des accumulateurs de froid

- **Session 8 : Entretien du réfrigérateur (3 objectifs spécifiques)**

1) Choisir l'emplacement du réfrigérateur selon les normes
2) Procéder au nettoyage du réfrigérateur en 8 étapes
3) Expliquer les deux procédures de dégivrage du réfrigérateur

- **Session 9 : Gestion du pétrole (3 objectifs spécifiques)**

1) Identifier les 4 critères de stockage du pétrole
2) Expliquer les 9 éléments de la fiche de stock du pétrole
3) Calculer la consommation semestrielle en pétrole du CS en se basant sur la fiche de stock

- **Session 10 : Prise en charge des pannes du réfrigérateur (3 objectifs spécifiques)**

1) Enumérer les 7 principales conduites à tenir en cas de mauvais fonctionnement du réfrigérateur
2) Identifier la solution correspondante à chaque panne
3) Expliquer les procédures à suivre en cas de panne majeure

5. Module C : Suivi de la croissance :

Ce module a pour but d' acquérir aux agents des connaissances et habiletés leur permettant de donner des conseils en matière d'allaitement maternel ainsi que de prendre conscience de l'importance de la promotion de l'allaitement maternel au double plan individuel et communautaire .
Donner des compétences aux participants en vue de leur permettre de prendre des décisions pratiques selon l'allure de la courbe de croissance .
Donner l'occasion aux participants d'approfondir la notion de groupe d'aliments, de calendrier d'alimentation et de planifier des démonstrations culinaires.

- **Session 11 : Allaitement maternel exclusif (AME) (5 objectifs spécifiques)**

1) Dégager les avantages de l'AME pour le bébé, pour la mère, pour la société
2) Lister les critères d'appréciation de l'AME
3) Expliquer les conditions de soutien de l'AME
4) Identifier les problèmes liés à l'allaitement maternel
5) Indiquer des solutions à chaque types de problèmes liés à la conduite de l'allaitement maternel

- **Session 12 : Suivi de la croissance(5 objectifs spécifiques)**

1) Démontrer l'importance du suivi de la croissance
2) Décrire la fiche de croissance
3) Remplir la fiche de croissance
4) Interpréter la fiche de croissance
5) Proposer des solutions en fonction de l'allure de la courbe de croissance

- **Session 13 : Education et conseils nutritionnels (3 objectifs spécifiques)**

1) Expliquer les trois groupes d'aliments en tenant compte de leur fonctions
2) Expliquer le calendrier d'alimentation du jeune enfant appliqué en Guinée
3) Enumérer les 9 étapes d'une démonstration culinaire suivant l'ordre chronologique requis.

ATTENTES DES PARTICIPANTS DE KANKAN

- ✓ Comprendre ce qu'on doit faire en PEV
- ✓ Acquérir des connaissances en PEV
- ✓ Etre plus compétitif en PEV
- ✓ Améliorer mes connaissances sur le PEV
- ✓ Augmenter ma capacité dans l'entretien du réfrigérateur
- ✓ Etre capable de mieux réaliser une stratégie avancée efficace
- ✓ Connaître les voies d'administration des vaccins
- ✓ Maîtriser les effets secondaires des vaccins
- ✓ Etre capable de tracer la courbe pondérale des enfants
- ✓ Connaître les méthodes et les techniques de traitement des matériels de vaccination
- ✓ Avoir la capacité de sensibiliser les mères pour la vaccination des enfants
- ✓ Connaître la gestion des vaccins et du pétrole
- ✓ Etre capable d'améliorer la couverture vaccinale de sa sous-préfecture
- ✓ Connaître la température normale de conservation des vaccins

NORMES DE TRAVAIL :

1. Respect des horaires
   - **Début des travaux : 8h 30**
   - **Pause café : 11h 00 à 11h 15**
   - **Grande pause : 13h 30 à 14h 30**
   - **Fin des activités à 17h 00**
2. Respect de l'opinion d'autrui
3. Demander la parole avant d'intervenir
4. Participation active de tous
5. Eviter les déplacements inutiles
6. Ne pas fumer dans la salle
7. Flexibilité et tolérance à tous les niveaux
8. Eviter de bavarder pendant la formation
9. Maintenir la salle propre et serine
10. Venir serin dans la salle
11. Respecter les normes de travail

RECYCLAGE DES AGENTS PEV
EVALUATION FINALE
(1ère vague à Kankan)

Date : 15 Mars 2002

1.ASPECTS EDUCATIONNELS

Veuillez évaluer les éléments ci-dessous en donnant l'une des notes sur l'échelle donnée ci-dessous.

1.1Evaluation globale du recyclage et la durée :

Evaluation globale du recyclage	Excellent			Bon			Insuffisant			Sans avis
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
	25/29	3/29								1/29

DUREE	Trop longue		Parfaite	Courte	Sans avis
	18/29		7/29	1/29	3/29

1.2 Evaluation des éléments spécifiques

Indicateurs	Excellent			Bon			Insuffisant			Sans avis
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
Atteinte des objectifs de l'atelier	23/29	6/29								
Pertinence du contenu à ma situation professionnelle	24/29	1/29	4/29							
Efficacité des méthodes et techniques utilisées par les formateurs	28/29	1/29								
Organisation de l'atelier	27/29	2/29								
Utilité des matériels didactiques	25/29	4/29								
Efficacité des formateurs	26/29	3/29								

❖ ATTENTES DES PARTICIPANTS DE FARANAH

- ✓ Reconnaître les 6 maladies du PEV
- ✓ Connaître le calendrier vaccinale
- ✓ Respect de la fiche de pointage
- ✓ Bien maîtriser la technique vaccinale
- ✓ Connaître les signes des 6 maladies du PEV
- ✓ Connaître l'entretien du réfrigérateur
- ✓ Comprendre le calcul des besoins en vaccin en fonction de la population cible à couvrir
- ✓ Connaître le matériels de la chaîne de froid
- ✓ Connaître les mesures à prendre en cas de panne du réfrigérateur
- ✓ Connaître la dilution du vaccin BCG
- ✓ Connaître les doses de vaccins à administrer
- ✓ Connaître la température de conservation des vaccins
- ✓ Connaître le relevé journalière de température du réfrigérateur
- ✓ Connaître le temps de stérilisation du matériels de vaccination
- ✓ Connaître la chaîne de froid dans son ensemble
- ✓ Comprendre le classement des fiches infantiles dans l'échéancier en fonction des rendez-vous
- ✓ Connaître le calcul de la population cible du PEV
- ✓ Connaître les outils de gestion du pétrole et des vaccins
- ✓ Connaître les normes d'utilisation des vaccins
- ✓ Savoir les normes de transport des vaccins
- ✓ Savoir élaborer les messages clés liés aux maladies cibles du PEV
- ✓ Connaître le temps d'utilisation des vaccins entamés
- ✓ Comprendre l'organisation des stratégies avancées
- ✓ Connaître les vaccins congelables et non congelable
- ✓ Connaître la sensibilité des vaccins à la chaleur et à la lumière
- ✓ Comment donner le rendez-vous après une séance de vaccination
- ✓ Connaître les antigènes pour chaque maladie cible du PEV
- ✓ Connaître la disposition des vaccins dans le réfrigérateur
- ✓ Comprendre et pouvoir expliquer les réactions vaccinale aux mères
- ✓ Connaître les différantes voies d'administration des vaccins
- ✓ Savoir sensibiliser les femmes, en donnant l'importance de la vaccination pour les femmes 15 à 45 ans et les enfants de 0 à 5 ans

NORMES DE TRAVAIL :

1. Respect des horaires
   - **Début des travaux : 8h 30**
   - **Pause café : 11h 00 à 11h 15**
   - **Grande pause : 13h 30 à 14h 30**
   - **Fin des travaux : 17h 00**
2. Respect de l'opinion d'autrui
3. Demander la parole avant d'intervenir
4. Participation active de tous
5. Eviter les déplacements inutiles
6. Ne pas fumer dans la salle
7. Flexibilité et tolérance
8. Eviter de bavarder pendant la formation
9. Respecter les normes de travail

RECYCLAGE DES AGENTS PEV
EVALUATION FINALE
(2ème vague à Faranah)

Date : 22 Mars 2002

1.ASPECTS EDUCATIONNELS

Veuillez évaluer les éléments ci-dessous en donnant l'une des notes sur l'échelle donnée ci-dessous.

1.3Evaluation globale du recyclage et la durée :

Evaluation globale du recyclage	Excellent			Bon			Insuffisant			Sans avis
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
	15/16									1
DUREE	Trop longue				Parfaite		Courte			Sans avis
	5/16				7/16		1/16			3

1.4 Evaluation des éléments spécifiques

Indicateurs	Excellent			Bon			Insuffisant			Sans avis
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
Atteinte des objectifs de l'atelier	14/16	2/16								
Pertinence du contenu à ma situation professionnelle	15/16	1/16								
Efficacité des méthodes et techniques utilisées par les formateurs	15/16	1/16								
Organisation de l'atelier	15/16	1/16								
Utilité des matériels didactiques	16/16									
Efficacité des formateurs	14/16	2/16								

PRISM

Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA

BUREAU CENTRAL DE KANKAN

Activité : Recyclage des agents PEV en survie de l'enfant .
Lieu : Kankan.
Dates : Du 11 au 15 Mars 2002.

FICHE DE PRESENCE

N°	Nom et Prénoms	Fonction / Organisation	Provenance	11/03/02	12/03/02	13/03/02	14/03/02	15/03/02
1	DIALLO Ibrahima Sory	Agent PEV/Centre de santé urbain	Siguirikoura/ Siguiri					
2	DIALLO Fatoumata	Agent PEV/Centre de santé urbain	Kabada/ Kankan					
3	KABA Djéné	Chargée P.Z./D.R.S	Kankan					
4	BARRY Naromba	Agent PEV/Centre de santé	Saladou/ Mandiana					
5	PIVI Péma	Agent PEV/Centre de santé	Sansando/ Mandiana					
6	MARA Abdoulaye	Agent PEV/Centre de santé	Faralako/ Mandiana					
7	KANTE Sadou	Agent PEV/Centre de santé urbain	Mandiana					
8	SANGARE Sékou	Agent PEV/Centre de santé	Doko/Siguiri					
9	CAMARA Oumar	Agent PEV/Centre de santé	Kignébakoura/ Siguiri					
10	LENO Michel	Agent PEV/Centre de santé	Franwalia/ Siguiri					
11	OLEMOU Niankoye	Agent PEV/Centre de santé	Banko/ Siguiri					
12	TOURE Moussa	Agent PEV/Centre de santé	Kintinian/ Siguiri					

152

N°	Nom et Prénoms	Fonction / Organisation	Provenance	11/03/02	12/03/02	13/03/02	14/03/02	15/03/02
13	MAGASSOUBA Mariame	Agent PEV/Centre de santé	Bolibana/ Siguiri					
14	LOUA Bernard	Agent PEV/Centre de santé	Niagassola/Siguiri					
15	DIAWARA Tènèn	Agent PEV/Centre de santé	Missamana/Kankan					
16	Diawara Moussa	Agent PEV/Centre de santé	Moribaya/ Kankan					
17	KABA Mamady N'Faly	Agent PEV/Centre de santé	Tokounou/ Kanakan					
18	FOFANA Ahamed Sékou	Agent PEV/Centre de santé	Boula/ Kankan					
19	GUEMOU Niépou-Tokpa	Agent PEV/Centre de santé	Kiniéran/ Siguiri					
20	KALIVOGUI Kolou	Agent PEV/Centre de santé urbain	Kérouané					
21	CAMARA Mariame	Agent PEV/Centre de santé	Banankoro/Kérouané					
22	KAKE Oumar	Agent PEV/Centre de santé	Soromaya/ Kérouané					
23	DIOUBATE IDRISSA	Agent PEV/Centre de santé	Baténafadji/ Kankan					
24	TOURE Mamadou	Agent PEV/Centre de santé	Koumban/Kankan					
25	KOUYATE Adama	Agent PEV/Centre de santé	Nabou/ Siguiri					
26	BEAVOGUI Daniel Galada	Agent PEV/Centre de santé	Maléah/ Siguiri					
27	RICHARD Ouo-Ouo	Agent PEV/Centre de santé	Niandankoro/ Siguiri					
28	MAMY Cé Lakpö	Agent PEV/Centre de santé	Nounkounkan/ Siguiri					
29	KOUROUMA Hamidou	Agent PEV/Centre de santé	Norassoba/ Siguiri					
30	KEITA Koulaba	Agent PEV/Centre de santé urbain	Siguirikoro/ Siguiri					

N°	Nom et Prénoms	Fonction / Organisation	Provenance	11/03/02	12/03/02	13/03/02	14/03/02	15/03/02
31	BEAVOGUI Fatoumata	Responsable C. de Froid/ DRS	Kankan					
32	Dr TOURE Oumar	Chargé SSP/DPS	Siguiri					
33	FOFANA Ibrahima Sory	Chargé formation/DPS	Kankan					
34	GOUMOU Cécé Célestin	Coordinateur gestion médicaments essentiels et matériels médicaux/PRISM	Kankan					
35	FOFANA Aye Mady	Assistant administratif/ PRiSM	Kankan					
36	BARRY Boubacar	Chauffeur/PRISM	Kankan					
37	Mamadou Boye Barry	Chauffeur PRISM	Kankan					
38	Camara Abdoulaye	Chauffeur PRISM	Kankan					
39								
40								
41								

MSH / PRISM

FICHE DE PRESENCE

ACTIVITE : Recyclage des agents PEV des centres de santé en survie de l'enfant / Nutrition

LIEU : Faranah

DATE : Du 18 au 22 Mars 2002

N°	NOMS ET PRENOMS	SERVICE / PROVENANCE	18/03/02	19/03/02	20/03/02	21/03/02	22/03/02
1	Camara N'Faly	CS Bania/FA					
2	Kolié Papé	CS Bissikrima					
3	Camara Djibril (Boki)	C.S. Koninsou (Ala)					
4	Guilavogui Papé Khela	C.S. Kanologe (Ala)					
5	Sékou Amadou Sangaré	C.S. Afamousaya (Ala)					
6	Camara Almamy	CSU / Dinguiraye					

153

	NOMS ET PRENOMS	SERVICE / PROVENANCE	18/03/02	19/03/02	20/03/02	21/03/02	22/03/02
7	Glona Chérif	C.S Heramakono (Faranah)					
8	Sapé Malomou	CS Songoyan (Forly)					
9	Papé Ernest Haba	CS Dintipraye (Dye)					
10	Ca Mizi Mewmy	C.S Beindou (Faranah)					
11	Tolno Martin	C S Kankama					
12	Haba Niankoye	Cs Dogomet					
13	Oliano Faya Doumbo	CS Dialakoro					
14	Mme Louise Béavogui	C.S Konso					
15	Mr Guilavogui Alain	C SU Sabolo					
16	Mr Tomkara Almamy	C.S Bonko					
17	Dr Camara Mamadi Kemby	DPS Kissidougou					
18	Dr Gouamou Cécé Célestin	PRISM - Kankan					
19	Léku Doumbouya	DRISM - Faranah					

	Sékou Keita	CS/Passaga	SKeita	SKeita	SKeita	SKeita	SKeita
20	Fofana Ibrahima Sory	DPS Kankan.					
21	Béavogui Fatoumata.	DRS. Kankan					
22	Condéma Abdoulaye						
23							
24							
25							
26							
27							

ANNEXE : 07

Rapport de recyclage des agents CPC- Enfant de KanKan et de Kérouané.

RAPPORT RECYCLAGE AGENTS C P C

Deuxième vague (Kankan et Kérouané)

A - INTRODUCTION

L'Enquête Démographique et de Santé réalisée en Guinée en 1999, a montré qu'environ un enfant sur six décède avant son cinquième anniversaire. Le risque de décéder avant un an est plus élevé chez les enfants du milieu rural (1166 pour 1000 naissances vivantes) que ceux du milieu urbain (79 pour 1000 naissances vivantes).

Par ailleurs chez les enfants de moins de cinq ans, et au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête, environ 21% avaient souffert de la diarrhée ; et 16% de la toux.

Les données statistiques des centres de santé, indiquent que le Paludisme, la diarrhée, et les infections respiratoires aiguës constituent les principales causes de consultation et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en Guinée et c'est ce qui a suscité l'adoption par le Ministère de la santé publique de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Les agents des centres de santé qui assurent la consultation primaire curative (CPC) joue un rôle important dans la prise en charge des maladies de l'enfant au premier niveau de recours. C'est dans ce contexte et en application du plan d'action opérationnel issu des ateliers de concertation ((ERCOSAR - GRIEC) des 2 régions que ce recyclage de la première vague des agents chargés de la CPC à été programmé.

Ce recyclage à regrouper 24 prestataires chargés de la CPC des centres de santé des préfectures de Kérouané (8 agents dont 1 chef de poste) et de Kankan (16 agents).

Ce recyclage à été animé par une équipe de 4 formateurs régionaux, qui sont :

- Dr Djénabou Barry médecin chef du service de pédiatrie de Dabola.
- DR Mamadou Aliou Barry médecin chef du service de pédiatrie de Mandiana
- DR Mariama Ciré Camara médecin chargée de la formation DPS Kankan
- Mr Oumar Fako Konaté A/S formateur à la DPS de Kankan

B – BUT ET CONTENU DE LA FORMATION

Ce recyclage a pour but l'amélioration de la performance des prestataires des centres de santé, chargé de la CPC dans la prise en charge de 8 maladies, afin de réduire la morbidité et mortalité infantile.

Pour permettre aux participants d'acquérir ces nouvelles connaissances, aptitudes et attitudes, le contenu du curriculum de formation en CPC du PEV/SSP/ME a été révisé, amendé et adapté aux normes et procédures actualisées de prise en charge des cas.

Pour faciliter la présentation du contenu le curriculum a été divisé en 8 modules eux-mêmes repartis en 18 sessions :

MODULE A : Notions générales sur certaines technique dans la prise en charge de l'enfant malade.

- **Session** 01 : **Notions générales sur certaines techniques.**

Ce module donnera l'occasion aux participants de se remémorer les actes simples mais indispensables à une bonne prise en charge de l'enfant malade (dilution de la PPF, de la benzathine pénicilline, de la quinine ; administration intra- rectale de la quinine) ; d'approfondir les étapes de la prévention des infections ; de discuter des meilleures manières de communiquer aux mères.

MODULE B : Malnutrition.

- **Session** 02 : **Prise en charge de la malnutrition de l'enfant dans un C S.**

Ce module permettra au participant d'approfondir ces connaissances sur les types de malnutrition et la manière de les prendre en charge avec les ressources disponibles au C S et celles existantes au sein de la communauté.

MODULE C : Anémie.

- **Session** 03 : **Généralités sur l'anémie chez l'enfant et prise en charge.**

Ce module rappelle le participant sur les signes clinique de l'anémie légère et grave ; les différents éléments du traitement et les conseils hygiéno-diététiques à donner à la mère d'un enfant anémié. .

MODULE D : Infections Respiratoires Aiguës (IRA)

- **Session** 04 : Généralités sur les IRA
- **Session** 05 : Signes d'alarmes en cas d'IRA
- **Session** 06 : Classification des I R A
- **Session** 07 : Traitement chez les enfants de moins de 2 mois
- **Session** 08 : Traitement chez les enfants de 2 mois à 5 ans

Ce module aborde les concepts liés à la définition des I R A ; les différentes étapes de l'examen d'un enfant atteint d'une I R A ; les signes d'alarmes qui indiquent la mise en danger de la vie de l'enfant ; La classification des cas d'I R A en fonction des signes et symptômes qu'ils présentent ; la prise en charge appropriée pour chaque type d'I R A.

MODULE E : Rougeole

- **Session** 09 : **Epidémiologie de la rougeole**

Cette session présente l'importance de la rougeole en Guinée ; son mode de transmission et moyen de prévention.

MODULE F : Paludisme

- **Session** 10 : Paludisme simple
- **Session** 11 : Paludisme grave

Ce module présente les manifestations cliniques du paludisme simple ; les étapes de l'évaluation d'un malade fébrile ; les manifestations cliniques du paludisme grave et les signes de danger ; évaluation du score de glascow chez l'enfant ; traitement et mesures générales de prise en charge des cas ; et les conseils appropriés à donner aux mères des enfants malades.

MODULE G : Méningite

- **Session** 12 : **Méningite**
  Cette session aborde les manifestations cliniques de la méningite chez l'enfant, ses modes de transmission et facteurs favorisants ; la définition du seuil épidémique et les éléments de la prise en charge d'un cas isolé de méningite.

MODULE H : VIH / SIDA

- **Session** 13 : Généralités et épidémiologie du VIH / SIDA.
- **Session** 14 : Prise en charge du VIH / SIDA au niveau du C S

Ce module traite de l'importance du problème en Guinée ; de l'explication des termes VIH et SIDA et mode de transmission ; des critères de Bangui chez l'enfant et les moyens de prévention.
Ce module explique en plus la conduite à tenir devant un enfant séropositif ainsi que les conseils à donner à la mère pour la prise en charge à domicile d'un enfant sidéen.

MODULE I : Diarrhée

- **Session** 15 : Principales maladies qui produisent la diarrhée
- **Session** 16 : Evaluation d'un cas de diarrhée
- **Session** 17 : Traitement et conseils à un malade diarrhéique

Ce module met en exergue la définition, les principales causes de diarrhée et les cas à référés ; les différentes étapes de l'évaluation d'un malade diarrhéique, l'identification des signes de déshydratation et la classification, et prise en charge des cas selon le degré de déshydratation et autres signes associés.

C - OBJECTIF GENERAL :

A la fin de la formation, le participant sera capable de :

1. Assurer une prise en charge de tous les enfants malades qui consultent au centre de santé selon les normes et procédures.

D - OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

A la fin de la formation, dans son rôle de prestataire, le participant doit être capable de ;

1. Traiter un enfant malade.
2. Conseiller la mère d'un enfant malade sur les soins à domicile, les soins hygiéno-diététiques, et les signes d'alarme.
3. Référer les enfants malades qui le nécessites à un niveau supérieur avec un traitement d'urgence.
4. Prévenir les infections iatrogènes par des mesures appropriées.

E - ATTENTES DES PARTICIPANTS

Comme dans toute formation des adultes une séance de définition des attentes a été planifiée. Elles sont énumérées ci-après:

- Améliorer la qualité des prestations au CS
- Réaliser une prise en charge correcte des enfants malades
- Améliorer la référence à temps des cas urgents
- Etre capable de faire un bon diagnostic pour chaque cas d'enfant malade
- Savoir faire un bon interrogatoire
- Savoir promouvoir l'AME, l'espacement des naissances et la vaccination
- Etre efficace dans la réduction de la mortalité infantile
- Etre capable d'apprendre aux mamans les signes des maladies infantiles

F - NORMES DE TRAVAIL

- Respect des horaires

  Début : 8h 30; Pauses: 11h- 11h 15 ; 13h 30 - 14h ; Fin : 17h.
- Respect de l'opinion d'autrui
- Eviter les déplacements inutiles
- Ne pas fumer dans la salle
- Etre flexible
- Demander la parole avant de parler
- Venir serein dans la salle de travail
- Les erreurs sont les bienvenues
- Respecter toutes ces normes

G - METHODOLOGIE

Dans le souci d'avoir des données sur les connaissances des agents de santé, l'approche andragogique a été utilisée en s'appuyant sur la méthodologie expérientielle. L'expérience concrète des participants devient une source de réflexion et d'analyse qui conduit au développement de concepts généraux et au possibilité d'application par les participants dans leur fonction de prestataires .

Les techniques de brainstorming, questions- réponses, jeux de rôles, travaux de groupes ,études de cas, ont été utilisés en plus de la projection du film sur les infections respiratoires aiguës.

H - DEROULEMENT

Le recyclage de la deuxième vague de prestataires chargés de la Consultation primaire curative (CPC) à été réalisé durant la période du 18 au 23 mars 2002 inclusivement dans l'amphithéâtre du C.F.P. Hô chimin , précédé d'un Team-building (les 16 et17 / 03/ 02), en exécutant les étapes du programme suivant:

1- Accueil et installation des participants par les formateurs;
2- Séance de présentation: les participants, les formateurs, et l'assistant administratif se sont présentés successivement les uns aux autres suivant les modalités définies au préalable.
3- Procédures administratives : les participants ont reçu les informations sur la prise en charge de leur séjour à Kankan durant la période de formation ainsi que les modalités de remboursement de frais de transport.
4- Identification des attentes des participants : (voir ci-dessus).
5- Présentation des objectifs de la formation : (voir ci-dessus).
6- Définition des normes de travail par les participants: (voir ci-dessus)
7- Présentation des thèmes: Elles s'effectuaient en fonction des plans de session et techniques de formation recommandées.

8- Evaluation :

- Evaluation par les participants des activités à la fin de chaque journée.
- Evaluation finale de la formation

9- Réunions des formateurs:

A la fin de chaque journée les formateurs se réunissent pour le feed-back sur la présentation des différentes sessions et aussi la répartition de celles qui seront présentés le lendemain.

10 – CLOTURE:

Cette cérémonie a démarré par l'évaluation du niveau de réalisation des objectifs du recyclage et attentes des participants, entièrement atteint.
Enfin, le Dr Mamadou Aliou Barry formateur régional, a au nom du DRS et du projet PRISM remercié les participants et formateurs, pour les résultats obtenus. Il a encouragé les participants à appliquer les acquis du recyclage. IL a ensuite annoncé que le projet PRISM, va appuyer les équipes des DPS dans le suivi post- formation de l'amélioration de la performance des participants.

RESULTATS EVALUATION DES PARTICIPANTS
Date: 18 / 03 / 02

Proportion de participants ayant apprécié : Excellent = E ; Bon = B ; Insuffisant = I

Thèmes		Atteinte objectifs	Pertinence du contenu	Efficacité des méthodes d'enseignement	Utilité matériel didactique	Efficacité des formateurs
Etapes du traitement du matériel	E	60%	25%	60%	60%	65%
	B	40%	75%	40%	40%	35%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Préparation de la solution de décontamination	E	65%	60%	55%	65%	65%
	B	35%	40%	45%	35%	35%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Lavage des mains	E	43%	25%	56%	75%	56%
	B	57%	75%	44%	25%	44%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Calcul du débit d'une perfusion	E	60%	55%	80%	65%	50%
	B	40%	45%	20%	35%	50%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Dilution du PPF	E	18%	1%	55%	55%	55%
	B	82%	99%	45%	45%	45%
	I	0%	0%	0%	0%	0%

Rubrique	Appréciations	Proportion de participants ayant apprécié
Organisation de la journée	E	21%
	B	79%
	I	0%
Durée des activités	E	23%
	B	77%
	I	0%

Autres Remarques et suggestions:

1. Respecter les normes de durée de travail (5)
2. Formateurs assez disponibles (7)
3. Former les agents suppléants à la CPC (4)

RESULTATS EVALUATION DES PARTICIPANTS
Date: 19 / 03 / 02

Proportion de participants ayant apprécié : Excellent = E ; Bon = B ; Insuffisant = I

Thèmes		Atteinte objectifs	Pertinence du contenu	Efficacité des méthodes d'enseignement	Utilité matériel didactique	Efficacité des formateurs
Dilution de la quinine	E	91%	42%	79%	67%	96%
	B	9%	57%	21%	33%	4%
	I	0%	1%	0%	0%	0%
Communication Interpersonnel	E	54%	42%	58%	54%	79%
	B	46%	58%	42%	46%	21%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Malnutrition	E	50%	42%	50%	62%	75%
	B	50%	58%	49%	38%	24%
	I	0%	0%	1%	0%	1%
Anémie	E	71%	54%	79%	67%	83%
	B	29%	45%	21%	33%	17%
	I	0%	1%	0%	0%	0%

Rubrique	Appréciations	Proportion de participants ayant apprécié
Organisation de la journée	E	52%
	B	48%
	I	0%
Durée des activités	E	43%
	B	43%
	I	14%

Autres Remarques et suggestions:

4. Respecter les normes de durée de travail (9)
5. Bonne qualité de la formation (10)

RESULTATS EVALUATION DES PARTICIPANTS
Date: 20 / 03 / 02

Proportion de participants ayant apprécié : Excellent = E ; Bon = B ; Insuffisant = I

Thèmes	Atteinte objectifs		Pertinence du contenu	Efficacité des méthodes d'enseignement	Utilité matériel didactique	Efficacité des formateurs
Examen d'un malade d'IRA	E	70%	78%	83%	83%	91%
	B	26%	13%	17%	17%	9%
	I	4%	9%	0%	0%	0%
Manifestations cliniques	E	83%	78%	91%	78%	100%
	B	17%	17%	9%	22%	0%
	I	0%	5%	0%	0%	0%
Classification des IRA	E	87%	70%	83%	65%	96%
	B	13%	30%	17%	35%	4%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Prise en charge IRA	E	87%	83%	91%	70%	100%
	B	13%	17%	9%	30%	0%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Conseils d'une mère d'un enfant malade	E	87%	74%	87%	78%	96%
	B	13%	26%	13%	22%	4%
	I	0%	0%	0%	0%	0%

Rubrique	Appréciations	Proportion de participants ayant apprécié
Organisation de la journée	E	94%
	B	6%
	I	0%
Durée des activités	E	61%
	B	33%
	I	6%

Autres Remarques et suggestions:

6. Remerciement aux formateurs (7)
7. Bon déroulement du travail (1)
8. Bonne qualité des pauses (1)

RESULTATS EVALUATION DES PARTICIPANTS
Date: 21 / 03 / 02

Proportion de participants ayant apprécié : Excellent = E ; Bon = B ; Insuffisant = I

Thèmes	Atteinte objectifs		Pertinence du contenu	Efficacité des méthodes d'enseignement	Utilité matériel didactique	Efficacité des formateurs
Traitement I R A	E	91%	87%	100%	96%	100%
	B	9%	13%	0%	4%	0%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Rougeole	E	91%	91%	100%	96%	97%
	B	9%	9%	0%	4%	3%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Paludisme simple	E	91%	97%	100%	100%	100%
	B	9%	3%	0%	0%	0%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
manifestations Cliniques paludisme grave	E	87%	87%	100%	96%	100%
	B	13%	13%	0%	4%	0%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Prise en charge paludisme grave	E	91%	87%	100%	96%	100%
	B	9%	13%	0%	4%	0%
	I	0%	0%	0%	0%	0%

Rubrique	Appréciations	Proportion de participants ayant apprécié
Organisation de la journée	E	83%
	B	17%
	I	0%
Durée des activités	E	58%
	B	42%
	I	0%

Autres Remarques et suggestions:

9. Remerciement aux formateurs (8)

10. Bon déroulement du travail (3)

11. Bonne qualité des pauses (1)

RESULTATS EVALUATION DES PARTICIPANTS
Date: 22 / 03 / 02

Proportion de participants ayant apprécié : Excellent = E ; Bon = B ; Insuffisant = I

Thèmes		Atteinte objectifs	Pertinence du contenu	Efficacité des méthodes d'enseignement	Utilité matériel didactique	Efficacité des formateurs
Méningite manifestations cliniques	E	96%	92%	96%	92%	100%
	B	4%	8%	4%	8%	0%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Méningite seuil épidémiologique et prise en charge	E	92%	96%	96%	100%	100%
	B	8%	4%	4%	0%	0%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
VIH / SIDA critères de Bangui	E	92%	92%	100%	96%	100%
	B	8%	8%	0%	4%	0%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
Importance problème VIH en Guinée	E	92%	96%	96%	96%	100%
	B	8%	4%	4%	4%	0%
	I	0%	0%	0%	0%	0%
VIH Transmission et Prévention	E	92%	96%	100%	100%	100%
	B	8%	4%	0%	0%	0%
	I	0%	0%	0%	0%	0%

Rubrique	Appréciations	Proportion de participants ayant apprécié
Organisation de la journée	E	86%
	B	14%
	I	0%
Durée des activités	E	82%
	B	18%
	I	0%

Autres Remarques et suggestions:

12. Félicitations aux formateurs (11)

13. Bonne qualité des pauses (1)

RESULTATS DE L'EVALUATION FINALE

EVALUATION GLOBALE:

Excellent : 86% des participants

Bon : 14%

Insuffisant : 0%

EVALUATION DES ELEMENTS SPECIFIQUES DE LA FORMATION:

Eléments	Excellent	Bon	insuffisant
Atteinte des objectifs	88%	12%	0%
Pertinence du contenu pour mon développement professionnel	88%	12%	0%
Efficacité des méthodes et techniques d'enseignement	96%	4%	0%
Utilité des matériels didactiques	88%	12%	0%
Organisation du séminaire	92%	8%	0%
Durée	96%	4%	0%

Session évaluée plus facile:

Rougeole (7 P) ; Généralités (6P) ; Méningite (3P) ; Diarrhée (3P) ; Paludisme (2P) ; Malnutrition (1P).

Session évaluée plus difficile:

Diarrhée (8P); I R A (7P); Généralités (3P); Méningite (2P); Paludisme grave (1P).

Autres thèmes qu'ils aimeraient voir inclus dans ce séminaire de recyclage:

Paralysie flasque aiguë des enfants

Autres suggestions pour les futurs recyclages:

Prévoir le recyclage des agents des postes de santé et suppléants CPC des centres de santé

Ministère de la Santé Publique

Fiche de rapport de Formation

1.Titre de la Formation: **Formation des CCS en CPC enfant,** 2.Service organisateur(du Ministère)

3.Projet/Budget

4.Type de Formation: xLMD x IRA x Paludisme PEV xNutrition Allaitement Maternel PF Clinique CPN Accouchements MST/SIDA IEC SIG Gestion Supervision Formation de formateurs Appui communautaire

5. Date (debut de Formation) / 18 / 03 /02 / 6.Durée / 06 / jours

7. Lieu de Formation:salle Hocho Minh Kankan

8.Formateurs

Nom	Pste/Fonction
Dr Djenebou Barry	Medecin Hopital Dabola
Dr Mariama Ciré Camara	Medecin DPS Kankan
Dr Fako Konaté	Formateur DPS Kankan
Dr Barry Mamadou Aliou	Medecin Pediatre
Dr Dem Bocar	coor SMI PRISM

Participants

No matricule	Nom et Prénoms	Sexe	Titre1	fonction2	Service lieu de travail	Préfecture
	Oueret Soropogui	M		CCS	Tintioulen	Kankan
	Ismael Camara	M		CCS	Karifamoria	Kankan
	Abdoulaye Thiam	M		CCS	Gberedou Baranama	Kankan
	Ibrahima Boulivel Barry	M		CCS	Boula	Kankan
	Sékou Kourouma	M		CCS	Sabadou Baranama	Kankan
	Mory Traoré	M		CCS	Koumban	Kankan
	Michel Béavogui	M		CCS	Mamouroudou	Kankan
	Sidiki Konaté	M		CCS	Baté Nafadji	Kankan
	Kaman Camara	M		CCS	Balandou	Kankan
	Fayira Konaté	M		CCS	Komodou	Kérouané
	Ouo Ouo Lamah	M		CCS	Soromaya	Kérouané
	Koi Koivogui	M		CCS	Damaro	Kérouané
	Amadou Cherif Barry	M		Agent PEV	CSU	Kérouané
	Pépé Blaise Loua	M		Chargé CPC	Banankoro	Kérouané
	Kassimou Condé	M		Supléant CPC	Linko	Kérouané
	Idrissa Sidibé	M		ATS	Poste de santé Fendou	Kérouané
	Karifa Tounkara	M		CCS	Moribaya	Kankan
	Adama Fofana	M		CCS	Missamana	Kankan
	Emmanuel Lamah	M		CCS	Tokounou	Kankan
	Fode Laye Camara	M		Supléant	CS Banankoro	Kérouané

168

Ministère de la Santé Publique

Fiche de rapport de Formation

1.Titre de la Formation: **Formation des CCS en CPC enfant,** 2.Service organisateur(du Ministère)

3.Projet/Budget

4.Type de Formation: LMD IRA Paludisme PEV Nutrition Allaitement Maternel PF Clinique CPN Accouchements MST/SIDA IEC SIG Gestion Supervision Formation de formateurs Appui communautaire

5. Date (debut de Formation) / 18 / 03 /02 / 6.Durée / 06 / jours

7. Lieu de Formation: Ho Chi Minh Kankan

8.Formateurs

Nom	Pste/Fonction
Dr Djenebou Barry	Medecin! Hopital Dabola
Dr Mariama Ciré Camara	Medecin DPS Kankan
Dr Fako Konaté	Formateur DPS Kankan
Dr Barry Mamadou Aliou	Medecin Pediatre
Dr Dem Bocar	coor SMI PRISM

Participants

No matricule	Nom et Prénoms	Sexe	Titre1	fonction2	Service lieu de travail	Préfecture
	Safiatou Barry	F		CCS	Kabada	Kankan
	Aminata Kaba	F		CCS	Missira	Kankan
	Nantenin Keita	F		ATS	CS Salamani	Kankan
	Kalil Soumaoro	M		Supleant CPC	Kankancoura	Kankan

169

ANNEXE : 08.a

Rapport Mensuel des Centres de Santé

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Service des Statistiques, Etudes Informations

(SSEI)

Section Statistiques et Informations Sanitaires

(SSIS)

SNIGS

RAPPORT MENSUEL DES CENTRES DE SANTE

I. Identification du centre de santé

Inspection Régionale de la Santé : _____

Préfecture/Commune de : _____

Nom du Centre de Santé : _____

Nom de la Sous Préfecture/ CRD : _____

Population totale : _____

Population couverte : _____

Rapport du Mois de : _____

Nom de la Personne Responsable : _____

CS de ..... Mois de ..... Année .....

II - ACTIVITES DES CENTRES DE SANTE

CONSULTATION CURATIVE	Nombre
Nombre de premiers contacts	
Nombre de contacts ultérieurs	
Nombre de contacts traitements	
Nombre total prestations	
Nombre de malades référés par les CS	

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE		Nombre
Nombre de premières CPN		
Nombre de jours sans rupture en FAF		
Nombre de fiches avec au moins 3 CPN dont une au dernier mois		
Nombre total de CPN		
Nombre de grossesses à risque référées		
Nombre d'accouchements dans les centres de santé		
Nombre d'accouchées reçues dans les 42 jours après l'accouchement		
Nombre d'accouchements assistés par des Accoucheuses Villageoises		
Nombre d'accouchements gémellaires		
Nombre de naissances vivantes	1. Au CS	
	2. A domicile	
Nombre de mort-nés	1. Au CS	
	2. A domicile	
Nombre de décès maternels	1. Au CS	
	2. A domicile	
Nombre de nouveau-nés pesés		
Nombre de nouveau-nés de poids < 2.500 Grs		
Nombre de parturientes référées		

SANTE DE L'ENFANT	Nombre
Nombre de nouvelles fiches infantiles ouvertes	
Nombre d'enfants accompagnés pour consultation de suivi	

172

III - RELEVE DE MORBIDITE

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15 ans et +	Total	Réf.	DCD
1	Tétanos néo - natal								
2	Tétanos								
3	Poliomyélite								
4	Rougeole								
5	Coqueluche								
6	Diphtérie								
7	Diarrhées non sanglantes								
8	Diarrhées sanglantes								
9	Helminthiases intestinales.								
10	I. R. A. < 3 semaines								
11	I. R. A. > 3 semaines								
12	Asthme								
13	Autres Maladies Respiratoires chroniques								
14	Malnutritions								
15	Anémies	Femmes en grossesse							
		Autres							
16	Drépanocytose								
17	Goitre								
18	Diabète sucré								
19	Paludisme simple								
20	Paludisme grave								
21	Ictères								
22	Conjonctivite								
23	Autres infections oculaires								
24	Trâchome								
25	Autres maladies des yeux								
26	Ecoulement vaginal								
27	Ecoulement urétral								
28	Douleurs abdomin. basses								

CS de ..... Mois de ..... Année .....

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15 ans et +	Total	Réf.	DCD
29	Ulcération génitale	Hommes							
		Femmes							
30	Autres MST	Hommes							
		Femmes							
31	Maladies urinaires non MST.								
32	Maladies gynéco. non MST								
33	Gale								
34	Autres mal. dermatologiques								
35	Fractures								
36	Brûlures								
37	Autres traumatismes								
38	Gastrites ulcères								
39	Appendicites								
40	Abdomen aigu								
41	Hernies								
42	Occlusions								
43	Autres patho digestives								
44	Hypertension artérielle								
45	Autres mal cardio vasculaires								
46	RAA								
47	Maladies ORL								
48	Autres mal articulaires								
49	Carie dentaire								
50	Autres mal. bouche/ dents								
51	Maladies mentales								
52	Mal. neurologiques								
53	Autres								
SOUS - TOTAL (1)									

IV - MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE ET NOTIFICATION OBLIGATOIRE

N°	NOUVEAUX CAS	0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15 ans et+	Total	Réf.	DCD
54	Méningites							
55	Choléra							
56	Fièvre jaune							
57	Dracunculose							
58	Schisto. urinaire							
59	Schisto. intestinale							
60	Onchocercose							
61	Tuberculose							
62	Lèpre							
63	Trypanosomiase							
64	Fièvre typhoïde							
65	Hépatite virale							
66	SIDA							
SOUS - TOTAL (2)								
TOTAL GENERAL (1)+(2)								

V – IST/SIDA ET PLANIFICATION FAMILIALE

IST/SIDA	Nombre
Nombre total de patients	
Nombre de patients dont les contacts (partenaires) ont été traités	

PLANIFICATION FAMILIALE

Produits/Méthodes	Nouveaux utilisateurs	Utilisateurs Réguliers	Total Utilisateurs	Quantités vendues	Nombre utilisateurs avec effets second.
Lo femenal (*plaquettes*)					
Ovrette (*plaquettes*)					
Depo provera (*Doses*)					
DIU (*pièces*)					
Condom (*pièces*)					
Spermicide (*ovules*)					
TOTAL					

VI - RAPPORT MENSUEL DES VACCINATIONS

Préfecture de : _____ Population totale : _____

Population couverte : _____ Nombre de PS : _____ Nombre de rapports compilés : ___

VACCINS	Nombre de vaccinations administrées				Nombre de flacons utilisés*
	0-11 mois	> 1 an	Femmes de 15 à 49 ans		
			enceintes	non enceintes	
BCG					
POLIO 0					
POLIO 1					
POLIO 2					
POLIO3					
DTC1					
DTC2					
DTC3					
ROUGEOLE					
VAT1					
VAT2					
RAPPEL VAT					
Enfants protégés dès la naissance contre le TNN			Total VAT2+ femmes enceintes	Total VAT2+ femmes non enceintes	
Enfants non protégés dès la naissance contre le TNN					

* Préciser flacons de 10 doses ou de 20 doses

Signature : _____ Date : _____

VII - RAPPORT TRIMESTRIEL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Période du _____ au _____.

I NOUVEAUX CAS ET RECHUTES DE TUBERCULOSE

SEXE	Tuberculose Pulmonaire			Tuberculose Extra Pulmonaire	TOTAL
	Frottis Positifs		Frottis Négatifs(3)		
	Nouveaux Cas(1)	Rechutes(2)			
Femmes					
Hommes					
TOTAL					

20 % Popular. total

176

II RAPPORTS DES RESULTATS DE TRAITEMENT POUR LES CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE A FROTTIS POSITIFS ENREGISTRES 12 à 15 MOIS AU PARAVENT

TYPE DE TUBERCULOSE	Nouveaux cas	Rechutes	Echecs	Nouveaux cas MO	TEP	TOTAL
(1) Guéris avec frottis négatifs						
(2)Traitement terminé (sans résultats bacilloscopiques)						
(3) Décédés						
(4) Echecs						
(5) Deraillants						
(6) Transférés						
Total évalué (1 à 6)						

VIII - RAPPORT TRIMESTRIEL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA LEPRE

PERIODE DU_____.AU_____

		PB	MB	TOTAL
A - Total cas fin de période précédente				
B – Malades enregistrés durant la période écoulée	b 1 Total Nouveaux Cas			
	b 2 dont Mutilés degré 1			
	b 3 Mutilés degré 2			
	b 4 dont Enfants			
	b 5 Rechutes			
	b 6 Total (b1 + b 5)			
C - Cas traites au cours de la Période écoulée	c 1 Total (A+ b 6)			
	c 2 dont sous PCT			
	c 3 Réguliers sous PCT			
D - Mis hors registre durant la période écoulée	d 1 Guéris			
	d 2 Perdus de vue			
	d 3 Transferts / Décédés			
	d 4 Total (d1+D2+D3)			
E - Total Cas Fin Période écoulée	(c1 – d4)			
F - Complications	f 1 Réactions lépreuses			
	f 2 Ulcères			
	f 3 Total (f 1 + f 2)			

ANNEXE : 08.b

Guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS à l'usage des centres de Santé.

178

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Service des Statistiques, Études Informations

(SSEI)

Section Statistiques et Informations Sanitaires

(SSEI)

Guide d'utilisation du Canevas de rapport Mensuel SNIS à l'usage Des Centres de Santé

179

INTRODUCTION

Le but de ce guide est de donner des orientations sur le remplissage des canevas du SNIS utilisés dans les structures sanitaires du pays. Ce manuel fourni des indications sur l'usage que vous pouvez faire des données statistiques collectées dans vos formations sanitaires.

En septembre 1998, il a été procédé à une première révision qui a aboutit à la conception de nouveaux outils de collecte des données sur les ressources du Ministère de la Santé. Cette deuxième révision s'inscrit non seulement en droite ligne des recommandations issues de l'étude «Evaluation du circuit de l'information sanitaire en Guinée », organisée au mois de **juillet 1999** par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui du projet PRISM, mais aussi prend en considération les remarques soulévées par les principaux utilisateurs du système dépuis la dernière révision. Il s'agit notamment de renforcer le système en y introduisant un paquet d'indicateurs SR, permettant aux decideurs de différents niveaux de la pyramide sanitaire, de disposer à temps d'informations fiables, permettant une prise de décision éclairée.

Les informations qui figurent sur le canevas sont catégorisées en huit parties :

- Identification du centre de santé ;
- Activités des centres de santé ;
- Relevés de morbidité y compris les maladies à potentiel épidémique et notification obligatoire ;
- IST/SIDA et la Planification familiale ;
- Rapport mensuel des vaccinations ;
- Rapport trimestriel du programme de lutte contre la tuberculose ;
- Rapport trimestriel du programme de lutte contre la lèpre.

Ces données seront fournies à une fréquence mensuelle, exeception faite des celles des programmes lèpre et ruberculose qui seront elles fournies à une fréquence triemestrielle.

ELABORATION DU RAPPORT

Le rapport est le produit de la synthèse des données statistiques portant sur les activités préventives, curatives et de gestion développées dans les centres de santé et les postes de santé intégrés, notamment les **consultations prénatales, les vaccinations, le suivi de l'enfant, la planification familiale et la liste des principales pathologies reçues dans les centres de santé, complétées par la situation financière.**

L'analyse de ces données collectées permet non seulement de suivre les tendances des principales pathologies traitées dans vos structures, mais aussi d'évaluer régulièrement les activités du centre de santé en vue de qualifier les services offerts à la population.

A retenir : Les rapports des centres de santé sont transmis à la fin de chaque mois à la DPS où ils sont compilés et analysés avant d'être transmis à l'IRS et au niveau central.

Périodicité du rapport : mensuel

Structure concernée : Centre de santé

Circuit de l'information : le chef de centre rempli le rapport en deux exemplaires, une copie est transmise au Directeur Préfectoral de la Santé, et une copie reste au niveau du centre. Les copies doivent parvenir à la DPS avant le 5 du mois suivant. Les données compilées doivent intégrer celles des postes de santé intégrés relevant du centre de santé.

NB :

Dans le souci de la bonne gestion des données statistiques de vos formations sanitaires, il est recommandé de garder toujours **une copie du rapport mensuel au niveau des archives du centre de santé**. Ceci contribuerait à consolider la base de données du centre.

DESCRIPTION DU RAPPORT

En plus de la section Identification du centre de Santé, le canevas comprend 4 parties :

- ✓ **La première partie** contient les informations générales sur les activités des centres de santé.
- ✓ **La deuxième partie** porte sur les données de morbidité des principaux groupes d'affections rencontrées lors des consultations primaires curatives des patients qui consultent les centres de santé. Donc ces informations sont issues des registres de consultations disponibles dans chaque centre de santé.
- ✓ **La troisième partie** comprend les données de planification familiale.
- ✓ **La quatrième partie** comprend les données de vaccination.
- ✓ **La cinquième partie** porte sur les données des programmes lèpre et tuberculose qui sont fournies trimestriellement à la Direction Préfectorale de Santé dont relève le centre de santé.

Première partie : Remplissage du canevas de rapport

I - Identification du centre de santé

Cette partie contient les renseignements permettant d'identifier le centre de santé, ce sont :

L'Inspection régionale dont relève le centre de santé, la préfecture ou la commune dont relève le Centre de santé, le Nom du centre de santé, Nom de la sous préfecture ou de la CRD à la quelle appartient le centre de santé, la population totale, la population couverte, le mois concerné par le rapport et le nom de la personne responsable du remplissage du canevas.

Le document du ministère du plan relatif au recensement de la population en 1996 étant publié, il est conseillé de l'utiliser comme base d'actualisation de la population à partir du taux d'accroissement naturel en vigueur pour votre zone.

Ainsi, pour un taux de croissance de 2,7%, il vous suffit de multiplier la population de l'année écoulée par 1,027 afin d'obtenir une estimation de la population de l'année en cours.

Par exemple :

Population de 1998 = 10 000 habitants
Population de 1999 = 10 000 x 1,027 soit 10 270 habitants

II - Activités des centres de santé

Cette secetion porte sur les principales activités développées dans les centres de santé. Ce sont :

a) Consultations curatives

i - Premiers contacts: Il s'agit des malades reçus dans le centre pour la première fois pour un nouvel épisode de maladie. Un même patient peut venir pour deux maladies mais ne sera qu'un seul premier contact. On compte ici le nombre de personnes, pas le nombre de maladies.

Important : Ce chiffre vous permet de calculer le taux d'utilisation de votre centre de santé lors des monitorages.

ii - Contacts ultérieurs: concernent les malades déjà venus consulter une première fois et revenant pour la même maladie.

La somme des premiers contacts et des contacts ultérieurs, divisée par 22 (nombre moyen de jours ouvrables par mois) permet d'obtenir le nombre moyen de consultations du centre de santé.

Par exemple : Premiers contacts = 100
Contacts ultérieurs = 10
Charge de travail = (100 + 10) /22 soit 5 consultations par jour.

iii - Contacts traitement : Malades venant pour des soins, pansements, injection, etc.

iv – Total des prestations : Il s'obtient en additionnant les premiers contacts, les contacts ultérieurs et les contacts traitements.

v – Nombre de malades référés : malades référés du centre de santé à l'hôpital ou à une consultation spécialisée.

182

b) *Santé maternelle et infantile*

i – Nombre de première CPN: Il s'agit des femmes en grossesse qui consultent pour la première fois le centre de santé pour la grossesse en cours.

ii – Nombre de jours sans rupture en FAF: C'est le nombre de jours *ouvrables* du mois pendant lesquels le FAF était disponible au Centre de santé.

iii - Nombre de fiches avec au moins 3 CPN dont une au dernier mois : Ce sont les femmes enceintes ayant bénéficié de 3 consultations prénatales ou plus pendant leur grossesse. Et une de ces consultations ayant eu lieu pendant le neuvième mois.

iv – Nombre Total de CPN : Nombre total de consultations prénatales effectuées pendant le mois, y compris les premières.

v - Nombre de grossesses à risque référées : C'est le nombre de femmes présentant des facteurs de risque liés à leurs grossesses, référées par le centre de santé vers des structures de niveau supérieur (hôpital préfectoral, hôpital régional) pour y être prises en charge.

vi - Nombre d'accouchements dans les centres de santé : Il s'agit des accouchements ayant eu lieu dans la structure sanitaire.

> A retenir : Ce nombre, rapporté au nombre de naissances attendues pour la période dans la sous-préfecture, vous permet d'estimer la proportion d'accouchements ayant eu lieu au Centre de Santé.

vii – Nombre d'accouchées reçues dans les 42 jours après l'accouchement : il s'agit des accouchées, reçues au centre de santé dans les 42 jours suivant l'accouchement.

viii - Nombre d'accouchements asistés par Accoucheuses Villageoises : Il s'agit des accouchements faits à **domicile** mais assistés par une accoucheuse formée.

> A retenir : Ce nombre, ajouté aux accouchements faits en centres de santé permet de calculer la proportion d'accouchements assistés par un personnel formé.

ix - Nombre de naissances vivantes : Ce sont tous les enfants nés vivants et enregistrés dans le centre de santé.

> A retenir : Il est i,portant de bien distinguer les enfants nés au Centre de santé (1ère sous-ligne) et ceux nés à domicile (2ième sous-ligne) avec l'aide d'une AV.

x - Nombre de Mort-nés : Ce sont tous les nouveau-nés n'ayant donné aucun signe de vie. Il peut s'agir de mort-nés macérés ou non.

> **Important** : même remarque pour les accouchements faits par AV à domicile, ajouter le nombre de mort-nés rapporté par les AV dans la case correspondante.

Ce nombre permet de calculer le taux de mortinatalité, c'est à dire le pourcentage de mort-nés, par rapport aux naissances.

$$\text{Taux de mortinatalité} = \frac{\text{Nombre de mort-nés}}{\text{Nombre de naissances vivantes} + \text{Nombre de mort-nés}} \times 100$$

Important : Si ce taux semble trop élevé, il est nécessaire d'améliorer la qualité des CPN et de la prise en charge des accouchements.

xi – Nombre de décès maternels : Ce sont les décès survenus pendant le travail, l'accouchement ou par suite de complications du post partum. Il ne faut pas oublier de compter les décès maternels rapportés par les Accoucheuses villageoises.

xii - Nombre de Nouveau-nés pesés : Il s'agit de reporter tous les nouveau-nés pesés et enregistrés dans le centre de santé. Il est vivement conseillé de ne reporter que les **nouveau-nés réellement pesés.**

xiii - Nombre de Nouveau-nés de poids < 2500 g : Nouveau-nés vivants dont le poids est inférieur à 2500g.

A retenir : Ce nombre permet de calculer le taux de faible poids de naissance, qui devrait être inférieur à 10%.

$$\text{Taux de faible poids de naissance} = \frac{\text{Nombre de nouveau-nés vivants pesant} < 2500\text{ g}}{\text{Nombre de nouveau-nés pesés}} \times 100$$

xvi - Nombre de parturientes référées : Regroupe l'ensemble de femmes en travail référées à une structure de niveau supérieur (hôpital régional, hôpital préfectoral).

c) *Santé de l'enfant*

Il s'agit des consultations de suivi de la croissance des enfants sains de 0 à 36 mois. Selon les instructions du programme, tous les enfants âgés de 0 à 36 mois devraient être suivis dans les Centres de santé.

i - Nombre de Nouvelles fiches ouvertes : C'est le nombre de nouveaux inscrits pendant le mois.

ii - Nombre d'enfants accompagnés pour Consultations de suivi : Il s'agit du nombre de consultations de suivi réalisées dans le mois, donc toutes les consultations d'enfants sains, moins les premières consultations (nouveaux inscrits).

Toutes les cases des tableaux d'activités doivent être remplies. Si aucun cas n'a été observé, inscrire 0. Si c'est une donnée qui vous est inconnue, veuillez noter "ND" (non disponible) dans la case correspondante.

III – Relevé de morbidité

Cette partie regroupe tous les nouveaux cas, c'est à dire l'ensemble des patients qui ont consulté pour la première fois dans le centre de santé. Etant donné qu'un patient peut consulter pour plusieurs maladies, le nombre de nouveaux cas est donc souvent supérieur au nombre de premiers contacts de la grille d'activité. Pour les cas d'anémies, l'on fera la distinction entre les femmes en grossesses et les autres cas (voir les deux sous-lignes prévues à cet effet).

Dans l'élaboration du rapport mensuel, il faut reporter pour chaque affection le nombre de cas par tranches d'âge figurant en tête de colonne et le total pour toutes les tranches d'âge. Dans la colonne Réf., inscrire le nombre de patients référés vers une autre structure sanitaire. Mentionner le nombre de décès dans la colonne DCD.

IV - Les maladies à potentiel épidémique et à notification obligatoire

Le rapport se fait de la même façon que pour les autres maladies. Le cumul mensuel par tranche d'âge doit être rapporté ici **même si des notifications hebdomadaires ont été faites en cas d'épidémie.**

A retenir : A l'image des autres pays, il existe des pathologies qui font l'objet d'une surveillance particulière dans le système de santé Guinéen. Ce sont :

- ✓ **Maladies potentiellement épidémiques :** Choléra, Méningite, Fièvre Jaune, Rougeole.
- ✓ **Maladies en cours d'éradication :** Tétanos néonatal, Poliomyélite, Drancunculose.

V – Planification Familiale

5.1 IST/SIDA

a) Nombre total de patients : c'est le nombre total de personnes ayant consulté le centre pour une IST durant le mois (approche syndromique).

b) Nombre de patients dont les contacts (partenaires) ont été traités: C'est le nombre de patients dont au moins un contact a fait l'objet de traitement durant le mois.

5.2 Planification familiale

a) Nouveaux utilisateurs : Est considéré comme nouvel utilisateur, toute personne qui reçoit pour la première fois du Centre de Santé, une quelconque des méthodes de planification familiale disponibles.

NB : Cette définition exclu les contacts qui n'ont pas donné lieu à une vente de contraceptifs.

b) Utilisateurs réguliers : Est considéré comme utilisateur régulier, toute personne qui revient au Centre de santé pour un réapprovisionnement en contraceptifs.

c) Total utilisateurs : C'est l'ensemble de personnes qui utilise à un moment donné, une méthode de planification familiale délivrée par le Centre de santé. Il s'obtient en faisant la sommes de Nouveaux utilisateurs (NU) et les utilisateurs réguliers (UR).

TU = NU + UR Où TU = Total utilisateurs,

d) Quantités vendues : Pour chaque produit/méthode, c'est le nombre total d'unités vendues à l'ensemble des utilisateurs (Nouveaux et réguliers).

e) Nombre utilisateurs avec effets secondaires : Pour chaque produit/méthode, c'est le nombre de clients ayant notifié au Centre de Santé au moins un effet secondaire suite à l'utilisation d'une méthode de planification familiale.

VI – Rapport mensuel des vaccinations

Cette partie contient les données relatives aux vaccinations administrées dans les centres de vaccinations composés principalement des centres de santé et des points de vaccinations lors des stratégies avancées.

Important : Ce sont les informations portées dans ce rapport qui serviront au calcul des taux de couvertures vaccinales des enfants de moins d'un an et des femmes agées de 15 à 45 ans enceintes et non enceintes. A cet effet, la fiabilité des couvertures vaccinales nationales à partir des données de routine dépendra de la qualité des données que vous reporterez dans

cette partie ; donc nous vous demandons d'accorder une grande attention lors du remplissage du tableau.

Le rapport de vaccination comporte deux parties. Ce sont :

a) **Les renseignements généraux:**

Ils portent essentiellement sur :

Le nom de la préfecture ;
La population totale couverte par le centre de santé ;
La population couverte par le centre de santé ;
Le nombre de Poste de santé relevant du Centre de santé ;
Le nombre de rapports compilés

b) **Les activités de vaccination réalisées**

i) **Nombre de vaccinations administrées par antigènes et par groupes *d'âges* :** A l'aide de votre fiche de pointage des vaccins administrés, vous rempilerez dans chaque case correspondante le nombre de doses de vaccins administrées.
S'agissant de la vaccination des femmes enceinte contre le tétanos néonatal, il faut remplir avec beaucoup d'attention pour ne pas confondre femmes âgées de 15 à 45 ans enceintes et non enceintes.

ii) **Le nombre de flacons utilisés :** Cette case aussi se rempli seulement à la fin du mois à partir des fiches de stocks des vaccins disponibles dans chaque centre de santé

iii) **Enfants protégés dès la naissance contre le Tétanos néonatal :** Il s'agit des enfants dont les mères ont pris régulièrement leurs vaccins antitétaniques durant leurs grossesses. Il est conseillé de le vérifier souvent lors de l'administration de la première dose de DTC1 . Cette vérification se fera à partir du carnet de santé de la mère ou tout autre document attestant l'administration du vaccin antitétanique durant la grossesse.

iv) **Enfants non protégés contre le tétanos néonatal la naissance** Il s'agit des mères ne disposant aucun document attestant la validité des vaccinations antitétaniques administrées durant leurs grossesses.

VII – Rapport semestriel du programme de lutte contre la tuberculose

a) Tuberculose pulmonaire

Frottis positifs : Examen de crachats avec présence de bacilles de KOCH (BK).

Nouveaux cas (1) : Cas dépistés au cours de la période avec examen de crachats positif et jamais traités avec la polychimiothérapie anti-tuberculeuse.

Rechutes (2) : Cas déclarés guéris avec bacilloscopie négative au 8ème mois de traitement qui reviennent avec un examen de crachats positif.

Frottis négatifs : Ce sont des tuberculoses pulmonaires confirmées par un médecin avec examen de crachats négatifs.

b) Tuberculose extra pulmonaire

Ce sont les cas de tuberculose (confirmés par un médecin) siégeant dans d'autres organes en dehors des poumons (pleurésie tuberculeuse, tuberculoses osseuses etc..... ;)

RAPPORT DES RESULTATS DE TRAITEMENT

Cas enregistrés 12 – 15 mois au paravent : Ce sont les cas mis en traitement le trimestre homologue de l'année précédente : exemple le rapport du 1er trimestre 1999 évalue les résultats du traitement des malades enregistrés au 1er trimestre 1998 (Janvier Mars et Avril 1998).

1) **Guéris avec frottis négatif :** Ce sont les malades qui ont pris le traitement et qui ont bénéficié d'un examen de contrôle négatif à la fin du 8ème mois.

2) **Traitement terminé :** Ce sont les malades qui ont achevé leur 8ème mois de traitement sans bénéficier d'un examen de contrôle au 8ème mois

3) Décédés : Concerne tous les malades tuberculeux décédés au cours de leur traitement.

4) **Echecs :** il s'agit des patients dont le frottis de contrôle du 5ème mois de traitement est positif et qui doivent donc bénéficier d'une reprise de traitement.

5) **Défaillants :** Ce sont les malades ayant abandonné le traitement ou ne l'ayant pas mené à terme au cours de l'évaluation

Total évalué : C'est le total de chaque colonne du tableau

VII – Rapport trimestriel du programme de lutte contre la lèpre

A) **Total cas fin période précédente :** Il s'agit des cas en traitement à la fin du trimestre précédent (partie E du trimestre précédent).

B) **Maladies enregistrées durant la période écoulée :** Ce sont les cas enregistrés (nouveaux ou rechutes) au cours du trimestre écoulé.

b – 1 Total nouveaux cas : Concerne tous les cas dépistés au cours de la période et qui n'ont jamais été soumis à un traitement (PCT, monothérapie)

b- 2 dont mutilés degré 1 : Il s'agit des nouveaux cas qui ont été classés mutilés degré 1
b-3 Mutilés degré 2 : Ce sont les nouveaux cas de la période mutilés degré 2

b- 4 dont enfants : Ce sont les nouveaux cas âgés de moins de 15 ans.

b-5 Rechutes : Ce sont les malades déclarés guéris par la polychimiothérapie qui reviennent avec des lésions actives de lèpre.

b-6 Total : Est la somme des nouveaux cas(b1) et des rechutes (b5) plus précisément ce sont les malades enregistrés durant la période.

C) **Cas traités au cours de la période écoulée**

C-1 Total : Regroupe tous les malades de la période anciens et nouveaux traités au cours de la période.

C-2 dont sous traitement : IL s'agit de prendre parmi les malades de la période, ceux qui sont traités par la polychimiothérapie.

C- 3 Régulier sous PCT : La démarche consiste à prendre sur le total des malades sous PCT, les malades qui ont respecté les 2/3 de leur rendez-vous sans manquer 2 rendez--vous successifs ;

D) Mis hors traitement durant la période écoulée

d-1 Guéris : Ce sont les malades qui ont terminé leur PCT et qui sont déclarés guéris.

d-2 Perdue de vue : Concerne les malades qui n'ont pas reçu le traitement depuis 12 mois à la date de la confection du rapport.

d-3 Transferts/décédés : Ce sont les malades transférés dans une structure sanitaire en dehors de la préfecture et ceux qui sont décédés au cours de la période.

Total cas fin de période écoulée (c1 moins d4) : C'est le total des cas traités au cours de la période (c1) moins le total des mis hors registres de la période (d4).

f 1 Réactions lépreuses : C'est l'ensemble des malades (anciens et nouveaux) qui ont présenté une réaction lépreuse (érythèmes noueux lépreux, névrite etc...) au cours de la période

f 2 Ulcères C'est l'ensemble des malades (anciens, nouveaux ou guéris) qui ont présenté un ulcère au cours de la période.

Deuxième partie : Définition des cas

Ce document présente les définitions de cas utilisées pour le diagnostic des principales affections rencontrées dans les centres de santé du pays. Cette approche est principalement basée sur les diagnostics établis à partir des signes cliniques présentés par les patients lors des consultations primaires curatives.

L'élaboration de ce document répond au grand souci d'harmoniser les différentes méthodes de diagnostic des affections reçues dans les formations sanitaires du pays. Son utilisation au niveau des services techniques des hôpitaux en consultations externes est vivement conseillée.

Tétanos néonatal : 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.

> **A retenir :** Les cas de tétanos néonatal doivent être rapportés chaque semaine sur le calendrier de surveillance épidémiologique. La notification 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 dans le lieu d'origine du cas.

Tétanos: Apparition brutale de contractions musculaires douloureuses accompagnées de spasmes généralisés sans autre cause apparente. **Le tétanos néonatal n'est pas inclus sous cette rubrique.**

Poliomyélite aiguë : Tout cas de paralysie flasque aiguë 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. Les **séquelles de polio ancienne ne doivent pas figurer sous cette rubrique.**

> **A retenir :** Les cas de polio 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.

Rougeole : Fièvre > 38,5°C + éruption de plus de 3 jours + toux ou écoulement nasal ou conjonctivite.
IL est recommandé de suivre régulièrement les cas de rougeole enregistrés dans vos formations sanitaires en enregistrant régulièrement tous les cas reçus afin de détecter toutes les variations inhabituelles. Cette attitude permettrait de détecter précocement tout début d'épidémie dans votre zone de couverture.

L'apparition de quelques 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, le renforcement de la vaccination doit se faire si on observe une augmentation brutale des cas. La notification au DPS doit se faire immédiatement.

Coqueluche : Toux prolongée avec quintes entrecoupées d'inspirations sifflantes (chant du coq) et souvent suivies de vomissements.

Diphtérie : Angine avec pseudo-membranes grisâtres et altération de l'état général.

La notification d'un cas ou plus de diphtérie doit donner lieu à une note descriptive au DPS pour contrôler la fiabilité du diagnostic.

Diarrhées non sanglantes : Emission de plus de trois selles liquides par jour pendant plus d'un jour à l'exception du choléra et des diarrhées avec sang.

> **A retenir :** En cas d'augmentation brutale des cas, prévenir immédiatement le DPS.

Diarrhées sanglantes : Emissions de plus de trois selles avec sang par jour pouvant être accompagnées de coliques et/ou de fièvre.

Helminthiases intestinales : Emission de vers dans les selles et/ou dans les vomissements et/ou examen parasitologique des selles positif.

Infections Respiratoires Aiguës < 3 semaines :Toute infection respiratoire aiguë nécessitant ou non un antibiotique. Il s'agit le plus souvent de toux avec fièvre qui ne dépasse généralement pas les 3 semaines.

Infections Respiratoires Aiguës > 3 semaines :Toute infection respiratoire aiguë nécessitant ou non un antibiotique. Il s'agit le plus souvent de toux avec fièvre avec une durée de 3 semaines et plus.

Asthme : C'est une maladie respiratoire chronique caractérisée par des respirations sifflantes surtout en période froide.

Malnutritions : Maladie due à l'insuffisance des apports alimentaires et se traduisant sous deux formes :

> **Marasme** : enfant dans un état de maigreur important ou rapport poids/taille inférieur à 80%.
>
> **Kwashiorkor** : enfant apathique, présentant des œdèmes, une atrophie musculaire et une décoloration des cheveux.
>
> **Anémie** : Pâleur des conjonctives, souvent accompagnée de fatigue et de vertiges

Goitre : C'est une augmentation du volume de la base du cou due à une hypertrophie de la glande thyroïde

Diabète sucré : Il faut penser au diabète sucré chez tout malade présentant le signes suivants : boire beaucoup plus que d'habitude, mange beaucoup et urine beaucoup accompagnés de la présence du sucre dans les urines.

> **Important** : Il est conseillé d'orienter vers un centre spécialisé tous les patients présentant ces principaux signes cités plus haut.

Paludisme : Toute fièvre isolée sans autre cause évidente avec ou sans goutte épaisse positive.

Paludisme grave: C'est la forme grave du paludisme caractérisée par une forte fièvre avec des convulsions parfois des troubles du comportement, des agitations et parfois un coma.

> **A retenir** : Cette affection se distingue de la méningite par l'absence d'une raideur franche de la nuque et la ponction lombaire est négative.

Ictères :Fièvre avec teinte jaune des conjonctives et souvent accompagnée d'émission d'urines brunes.

> **A retenir:** En cas d'augmentation anormale des cas, il faut prévenir immédiatement le DPS.

Conjonctivite : C'est une lésion inflammatoire de la conjonctive oculaire se manifestant par une impression de sable dans l'œil, un prurit un larmoiement une rougeur des conjonctives et des sécrétions plus ou moins jaunâtres.

Autres infections oculaires : Concerne toutes les maladies infectieuses des yeux :

Trachome : Se caractérise généralement par une rougeur de yeux avec présence des follicules (aspects grains de fonio)

Autres maladies des yeux : Toutes les maladies non infectieuses des yeux : glaucomes, cataracte, baisse de la vision.

Ecoulement urétral : C'est une perte liquidienne purulente ou non, provenant de l'urètre accompagnée ou non de douleur à la miction.

Ecoulement vaginal : C'est une perte liquidienne anormale de par son abondance, sa couleur, son aspect et parfois son odeur, provenant et/ ou du col de l'utérus.

Douleurs abdominales basses : C'est un syndrome d'une infection génitale haute due à la diffusion des germes infectieux aux organes génitaux internes et au péritoine.

> **A retenir :** Au cas où les douleurs abdomilnales basses sont associées à un écoulement vaginal de type cervicite, notifier les 2 syndromes et traiter seulement les douleurs abdominales basses. Si elles sont associées avec un écoulement vaginal de type vaginite, notifier et traiter les 2 syndromes.

Ulcération génitale : C'est une perte de continuité des téguments au niveau des organes génitaux (plaie)

Autres MST : Regroupent le bubon inguinal, l'ophtalmie purulente du nouveau né et l'orchi-épididymite.

> **Bubon inguinal** :C'est l'hypertrophie inflammatoire des ganglions
> **Ophtalmie purulente du nouveau né :** C'est une conjonctivite contractée à la naissance par contact avec les sécrétions génitales infectieuses de la mère.
> **Orchi épidydimite** C'est une inflammation du contenu du scrotum en dehors de tout traumatisme

Maladies gynécologiques non-IST : Troubles des règles, douleurs prémenstruelles, fibromes, prolapsus génital.

Gale : Présence de petites vésicules très prurigineuses. Très contagieuse, la gale touche souvent plusieurs membres de la famille.

Affections dermatologiques: Toutes les maladies de peau en dehors de la gale : eczémas, boutons, furoncles, abcès, taches...

Traumatismes tout genre : Toute lésion récente d'origine traumatique volontaire ou accidentelle : fractures, brûlures, plaies. Les séquelles de brûlures ou fractures sont à classer dans "Autres".

Gastrites et ulcères : Douleur épigastrique apparaissant régulièrement après chaque repas.

Autres maladies digestives : Classer ici tout ce qui se rattache au système digestif à l'exclusion des gastrites, ulcères et diarrhées. Par exemple : constipations, ballonnements, douleurs abdominales sans cause apparente.

Hypertension artérielle (HTA) : TA supérieure à 14/9 chez l'adulte jeune et TA supérieure à 15/10 chez les personnes de plus de 45 ans.

Autres maladies cardio-vasculaires : Accidents vasculaires, trouble du rythme, insuffisance cardiaque.

Douleurs articulaires : Douleurs et/ou gonflement des articulations sans fièvre et sans notion de traumatisme.

Maladies de la bouche et des dents: Ulcérations, inflammations des gencives, caries, abcès dentaires.

Maladies de la sphère ORL. Rhinites, angines, otites, laryngites.

Autres : Si un diagnostic ne peut être classé sous aucune rubrique, il doit être classé dans "Autres".

MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE OU NOTIFICATION OBLIGATOIRE :

Méningite : Association d'un syndrome infectieux et d'un syndrome méningé caractérisé par la Fièvre > à 38°5 avec raideur de nuque, céphalées et/ou vomissement.

Chez le nourrisson : Fièvre > 38°5 et bombement de la fontanelle.

Tout cas suspect de méningite doit faire l'objet d'une ponction lombaire pour apprécier l'état du liquide céphalo rachidien.

Choléra : Diarrhée très liquide avec selles ressemblant à de l'eau de riz accompagnée ou non de vomissements. Une diarrhée qui s'accompagne de déshydratation rapide et grave ou une diarrhée qui tue les adultes doit être considérée comme un choléra.

A retenir La suspicion d'un cas de choléra dans votre communauté doit être immédiatement notifiée au DPS. La surveillance hebdomadaire des cas de diarrhées permet de dépister un début d'épidémie rapidement.

Fièvre jaune : Ictère accompagné de fièvre importante et altération de l'état général. Dans un second temps des hémorragies peuvent se produire. La mort survient dans les quelques jours après le début de la maladie dans un très grand nombre de cas.

A retenir : La suspicion d'un cas de fièvre jaune doit donner lieu au déclenchement immédiat du processus d'alerte épidémique. La surveillance hebdomadaire des cas d'ictère doit permettre de dépister un début d'épidémie rapidement.

Dracunculose : Ulcération de la partie inférieure de la jambe avec issue de l'extrémité du ver.

A retenir : En cas de suspicion d'un cas de dracunculose par un centre de santé, l'équipe de la DPS doit être informée immédiatement et se rendre sur place pour vérifier le diagnostic et prendre les mesures qui conviennent.

Shistosomiase urinaire : Présence de sang dans les urines sans autre cause apparente confirmé ou non par un examen microscopique.

Shistosomiase intestinale : Présence d'œufs dans un examen microscopique des selles.

Onchocercose: Malade présentant des nodules sous-cutanés associés à des troubles oculaires. Le diagnostic est posé par la mise en évidence de vers adultes dans les nodules ou de micro filaires dans les tissus sous cutanés ou dans l'œil. Seuls doivent être rapportés les cas confirmés.

Tuberculose : Nouveaux cas de tuberculose confirmée par examen de laboratoire.

Lèpre : Nouveaux cas de lèpre détectés conformément aux instructions du Programme National de lutte contre la lèpre.

Trypanosomiase : Présence de ganglions cervicaux élastiques avec fatigue et altération de l'état général. Dans un second temps apparaissent des troubles du comportement. En cas de doute référer le patient dans un centre pouvant confirmer le diagnostic. Cette partie ne concerne que les cas de Trypanosomiases confirmés au laboratoire.

ANNEXE : 08.c

Rapport Mensuel des Hôpitaux

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Service des Statistiques, Etudes Informations

(SSEI)

Section Statistiques et Informations Sanitaires

(SSIS)

SNIGS

RAPPORT MENSUEL PREFECTORAL

(A remplir par les DPS et le DCS)

I. Identification de la direction

Inspection Régionale de la Santé : _____

Préfecture/Commune de : _____

Type de direction : ❒ **Préfectoral** ❒ **Communal**

Population totale : _____

Population couverte : _____

Nombre de centres de santé : _____

Nombre de rapports compilés : _____

Rapport du Mois de : _____

Nom de la Personne Responsable : _____

II - ACTIVITES DES CENTRES DE SANTE

CONSULTATION CURATIVE	Nombre
Nombre de premiers contacts	
Nombre de contacts ultérieurs	
Nombre de contacts traitements	
Nombre total prestations	
Nombre de malades référés par les CS	

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE		Nombre
Nombre de premières CPN		
Nombre de jours sans rupture en FAF		
Nombre de fiches avec au moins 3 CPN dont une au dernier mois		
Nombre total de CPN		
Nombre de grossesses à risque référées		
Nombre d'accouchements dans les centres de santé		
Nombre d'accouchées reçues dans les 42 jours après l'accouchement		
Nombre d'accouchements assistés par des Accoucheuses Villageoises		
Nombre de naissances vivantes	1. Au CS	
	2. A domicile	
Nombre de mort-nés		
Nombre de décès maternels		
Nombre de nouveau-nés pesés		
Nombre de nouveau-nés de poids < 2.500 Grs		
Nombre de parturientes référées		

SANTE DE L'ENFANT	Nombre
Nombre de nouvelles fiches infantiles ouvertes	
Nombre d'enfants accompagnés pour consultation de suivi	

IST/SIDA	Nombre
Nombre total de patients	
Nombre de patients dont les contacts (partenaires) ont été traités	

III - RELEVE DE MORBIDITE

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et +	Total	Réf.	DCD
1	Tétanos néo - natal										
2	Tétanos										
3	Poliomyélite										
4	Rougeole										
5	Coqueluche										
6	Diphtérie										
7	Diarrhées non sanglantes										
8	Diarrhées sanglantes										
9	Helminthiases intestinales.										
10	I. R. A. < 3 semaines										
11	I. R. A. > 3 semaines										
12	Asthme										
13	Autres Maladies Respiratoires chroniques										
14	Malnutritions										
15	Anémies	Femmes en grossesse									
		Autres									
16	Drépanocytose										
17	Goitre										
18	Diabète sucré										
19	Paludisme simple										
20	Paludisme grave										
21	Ictères										
22	Conjonctivite										
23	Autres infections oculaires										
24	Trâchome										
25	Autres maladies des yeux										
26	Ecoulement vaginal										
27	Ecoulement urétral										
28	Douleurs abdomin. basses										

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et +	Total	Réf.	DCD
29	Ulcération génitale	Hommes									
		Femmes									
30	Autres MST	Hommes									
		Femmes									
31	Maladies urinaires non MST.										
32	Maladies gynéco. non MST										
33	Gale										
34	Autres mal. dermatologiques										
35	Fractures										
36	Brûlures										
37	Autres traumatismes										
38	Gastrites ulcères										
39	Appendicites										
40	Abdomen aigu										
41	Hernies										
42	Occlusions										
43	Autres patho digestives										
44	Hypertension artérielle.										
45	Autres cardio vasculaires										
46	RAA										
47	Maladies ORL										
48	Autres mal articulaires										
49	Carie dentaire										
50	Autres mal. bouche/ dents										
51	Maladies mentales										
52	Mal. neurologiques										
53	Autres										
SOUS - TOTAL (1)											

IV - MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE ET NOTIFICATION OBLIGATOIRE

N°	NOUVEAUX CAS	0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et+	Total	Réf.	DCD
54	Méningites									
55	Choléra									
56	Fièvre jaune									
57	Dracunculose									
58	Schisto. urinaire									
59	Schisto. intestinale									
60	Onchocercose									
61	Tuberculose									
62	Lèpre									
63	Trypanosomiase									
64	Fièvre typhoïde									
65	Hépatite virale									
66	SIDA									
SOUS - TOTAL (2)										
TOTAL GENERAL (1)+(2)										

V - RAPPORT MENSUEL PLANIFICATION FAMILIALE

Produits/Méthodes	Nouveaux utilisateurs	Utilisateurs Réguliers	Total Utilisateurs	Quantités vendues	Nombre utilisateurs avec effets second.
Lo femenal					
Ovrette					
Depo provera					
DIU					
Condom					
Spermicide					
TOTAL					

VI - RAPPORT MENSUEL DES VACCINATIONS

Préfecture de : _____ **Population totale :**_____

Population couverte :_____ **Nombre de PS :** _____ **Nombre de rapports compilés :** ___

VACCINS	Nombre de vaccinations administrées				Nombre de flacons utilisés*
	0-11 mois	> 1 an	Femmes de 15 à 49 ans		
			enceintes	non enceintes	
BCG					
POLIO 0					
POLIO 1					
POLIO 2					
POLIO3					
DTC1					
DTC2					
DTC3					
ROUGEOLE					
VAT1					
VAT2					
RAPPEL VAT					
Enfants protégés dès la naissance contre le TNN			Total VAT2+ femmes enceintes	Total VAT2+ femmes non enceintes	
Enfants non protégés dès la naissance contre le TNN					

* Préciser flacons de 10 doses ou de 20 doses

Signature :_____ Date : _____

VII - RAPPORTS TRIMESTRIELS DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Période du_____ **au** ._____.

I NOUVEAUX CAS ET RECHUTES DE TUBERCULOSE

SEXE	Tuberculose Pulmonaire			Tuberculose Extra Pulmonaire	TOTAL
	Frottis Positifs		Frottis Négatifs(3)		
	Nouveaux Cas(1)	Rechutes(2)			
Femmes					
Hommes					
TOTAL					

II RAPPORTS DES RESULTATS DE TRAITEMENT POUR LES CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE A FROTTIS POSITIFS ENREGISTRES 12 à 15 MOIS AU PARAVENT

TYPE DE TUBERCULOSE	Nouveaux cas	Rechutes	Echecs	Nouveaux cas MO	TEP	TOTAL
(1) Guéris avec frottis négatifs						
(2)Traitement terminé (sans résultats bacilloscopiques)						
(3)Décédés						
(4)Echecs						
(5)Défaillants						
(6)Total évalué (1 à 6)						

VIII - RAPPORT TRIMESTRIEL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA LEPRE

PERIODE DU_____.AU_____

		PB	MB	TOTAL
A - Total cas fin de période précédente				
B – Malades enregistrés durant la période écoulée	b 1 Total Nouveaux Cas			
	b 2 dont Mutilés degré 1			
	b 3 Mutilés degré 2			
	b 4 dont Enfants			
	b 5 Rechutes			
	b 6 Total (b1 + b 5)			
C - Cas traites au cours de la Période écoulée	C 1 Total (A+ b 6)			
	C 2 dont sous PCT			
	C 3 Réguliers sous PCT			
D - Mis hors registre durant la période écoulée	d 1 Guéris			
	d 2 Perdus de vue			
	d 3 Transferts / Décédés			
	d 4 Total (d1+D2+D3)			
E - Total Cas Fin Période écoulée	(C1 – D4)			
F - Complications	f 1 Réactions lépreuses			
	f 2 Ulcères			
	f 3 Total (f 1 + f 2°)			

200

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Service des Statistiques, Etudes Informations

(SSEI)

Section Statistiques et Informations Sanitaires

(SSIS)

SNIGS

RAPPORT MENSUEL PREFECTORAL

(A remplir par les DPS et le DCS)

I. Identification de la direction

Inspection Régionale de la Santé : _____

Préfecture/Commune de : _____

Type de direction : ❒ **Préfectoral** ❒ **Communal**

Population totale : _____

Population couverte : _____

Nombre de centres de santé : _____

Nombre de rapports compilés : _____

Rapport du Mois de : _____

Nom de la Personne Responsable : _____

II - ACTIVITES DES CENTRES DE SANTE

CONSULTATION CURATIVE	Nombre
Nombre de premiers contacts	
Nombre de contacts ultérieurs	
Nombre de contacts traitements	
Nombre total prestations	
Nombre de malades référés par les CS	

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE		Nombre
Nombre de premières CPN		
Nombre de jours sans rupture en FAF		
Nombre de fiches avec au moins 3 CPN dont une au dernier mois		
Nombre total de CPN		
Nombre de grossesses à risque référées		
Nombre d'accouchements dans les centres de santé		
Nombre d'accouchées reçues dans les 42 jours après l'accouchement		
Nombre d'accouchements assistés par des Accoucheuses Villageoises		
Nombre de naissances vivantes	1. Au CS	
	2. A domicile	
Nombre de mort-nés		
Nombre de décès maternels		
Nombre de nouveau-nés pesés		
Nombre de nouveau-nés de poids < 2.500 Grs		
Nombre de parturientes référées		

SANTE DE L'ENFANT	Nombre
Nombre de nouvelles fiches infantiles ouvertes	
Nombre d'enfants accompagnés pour consultation de suivi	

IST/SIDA	Nombre
Nombre total de patients	
Nombre de patients dont les contacts (partenaires) ont été traités	

III - RELEVE DE MORBIDITE

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et +	Total	Réf.	DCD
1	Tétanos néo - natal										
2	Tétanos										
3	Poliomyélite										
4	Rougeole										
5	Coqueluche										
6	Diphtérie										
7	Diarrhées non sanglantes										
8	Diarrhées sanglantes										
9	Helminthiases intestinales.										
10	I. R. A. < 3 semaines										
11	I. R. A. > 3 semaines										
12	Asthme										
13	Autres Maladies Respiratoires chroniques										
14	Malnutritions										
15	Anémies	Femmes en grossesse									
		Autres									
16	Drépanocytose										
17	Goitre										
18	Diabète sucré										
19	Paludisme simple										
20	Paludisme grave										
21	Ictères										
22	Conjonctivite										
23	Autres infections oculaires										
24	Trâchome										
25	Autres maladies des yeux										
26	Ecoulement vaginal										
27	Ecoulement urétral										
28	Douleurs abdomin. basses										

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et +	Total	Réf.	DCD
29	Ulcération génitale	Hommes									
		Femmes									
30	Autres MST	Hommes									
		Femmes									
31	Maladies urinaires non MST.										
32	Maladies gynéco. non MST										
33	Gale										
34	Autres mal. dermatologiques										
35	Fractures										
36	Brûlures										
37	Autres traumatismes										
38	Gastrites ulcères										
39	Appendicites										
40	Abdomen aigu										
41	Hernies										
42	Occlusions										
43	Autres patho digestives										
44	Hypertension artérielle.										
45	Autres cardio vasculaires										
46	RAA										
47	Maladies ORL										
48	Autres mal articulaires										
49	Carie dentaire										
50	Autres mal. bouche/ dents										
51	Maladies mentales										
52	Mal. neurologiques										
53	Autres										
SOUS - TOTAL (1)											

IV - MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE ET NOTIFICATION OBLIGATOIRE

N°	NOUVEAUX CAS	0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et+	Total	Réf.	DCD
54	Méningites									
55	Choléra									
56	Fièvre jaune									
57	Dracunculose									
58	Schisto. urinaire									
59	Schisto. intestinale									
60	Onchocercose									
61	Tuberculose									
62	Lèpre									
63	Trypanosomiase									
64	Fièvre typhoïde									
65	Hépatite virale									
66	SIDA									
SOUS - TOTAL (2)										
TOTAL GENERAL (1)+(2)										

V - RAPPORT MENSUEL PLANIFICATION FAMILIALE

Produits/Méthodes	Nouveaux utilisateurs	Utilisateurs Réguliers	Total Utilisateurs	Quantités vendues	Nombre utilisateurs avec effets second.
Lo femenal					
Ovrette					
Depo provera					
DIU					
Condom					
Spermicide					
TOTAL					

VI - RAPPORT MENSUEL DES VACCINATIONS

Préfecture de : _____ **Population totale :** _____

Population couverte : _____ **Nombre de PS :** _____ **Nombre de rapports compilés :** ___

VACCINS	Nombre de vaccinations administrées				Nombre de flacons utilisés*
	0-11 mois	> 1 an	Femmes de 15 à 49 ans		
			enceintes	non enceintes	
BCG					
POLIO 0					
POLIO 1					
POLIO 2					
POLIO3					
DTC1					
DTC2					
DTC3					
ROUGEOLE					
VAT1					
VAT2					
RAPPEL VAT					
Enfants protégés dès la naissance contre le TNN			Total VAT2+ femmes enceintes	Total VAT2+ femmes non enceintes	
Enfants non protégés dès la naissance contre le TNN					

* Préciser flacons de 10 doses ou de 20 doses

Signature : _____ Date : _____

VII - RAPPORTS TRIMESTRIELS DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Période du _____ **au** _____.

I NOUVEAUX CAS ET RECHUTES DE TUBERCULOSE

SEXE	Tuberculose Pulmonaire			Tuberculose Extra Pulmonaire	TOTAL
	Frottis Positifs		Frottis Négatifs(3)		
	Nouveaux Cas(1)	Rechutes(2)			
Femmes					
Hommes					
TOTAL					

II RAPPORTS DES RESULTATS DE TRAITEMENT POUR LES CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE A FROTTIS POSITIFS ENREGISTRES 12 à 15 MOIS AU PARAVENT

TYPE DE TUBERCULOSE	Nouveaux cas	Rechutes	Echecs	Nouveaux cas MO	TEP	TOTAL
(1) Guéris avec frottis négatifs						
(2)Traitement terminé (sans résultats bacilloscopiques)						
(3)Décédés						
(4)Echecs						
(5)Défaillants						
(6)Total évalué (1 à 6)						

VIII - RAPPORT TRIMESTRIEL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA LEPRE

PERIODE DU_____.AU_____

		PB	MB	TOTAL
A - Total cas fin de période précédente				
B – Malades enregistrés durant la période écoulée	b 1 Total Nouveaux Cas			
	b 2 dont Mutilés degré 1			
	b 3 Mutilés degré 2			
	b 4 dont Enfants			
	b 5 Rechutes			
	b 6 Total (b1 + b 5)			
C - Cas traites au cours de la Période écoulée	C 1 Total (A+ b 6)			
	C 2 dont sous PCT			
	C 3 Réguliers sous PCT			
D - Mis hors registre durant la période écoulée	d 1 Guéris			
	d 2 Perdus de vue			
	d 3 Transferts / Décédés			
	d 4 Total (d1+D2+D3)			
E - Total Cas Fin Période écoulée	(C1 – D4)			
F - Complications	f 1 Réactions lépreuses			
	f 2 Ulcères			
	f 3 Total (f 1 + f 2°)			

ANNEXE : 08.d

Guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS à l'usage des hôpitaux

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Service des Statistiques, Etudes Informations

(SSEI)

Section Statistiques et Informations Sanitaires

(SSIS)

Guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS à l'usage des Hôpitaux

Avril 2001

209

INTRODUCTION

Le but de ce guide est de donner des orientations sur le remplissage des canevas du SNIS utilisés dans les hôpitaux préfectoraux et régionaux. Ce manuel fourni des indications sur l'usage que vous pouvez faire des données statistiques collectées dans vos formations sanitaires.

En septembre 1998, il a été procédé à une première révision qui a aboutit à la conception de nouveaux outils de collecte des données sur les ressources du Ministère de la Santé. Cette deuxième révision s'inscrit non seulement en droite ligne des recommandations issues de l'étude «Evaluation du circuit de l'information sanitaire en Guinée », organisée au mois de **juillet 1999** par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui du projet PRISM, mais aussi prend en considération les remarques soulévées par les principaux utilisateurs du système dépuis la dernière révision. Il s'agit notamment de renforcer le système en y introduisant un paquet d'indicateurs SR, permettant aux décideurs de différents niveaux de la pyramide sanitaire, de disposer à temps d'informations fiables, permettant une prise de décision éclairée.

Important :

Les informations à collecter dans ces canevas semblent être insuffisantes pour certains chefs de service des hôpitaux qui souhaitent faire une analyse plus fine des activités de leurs services. Pour résoudre ce problème, il leur est conseillé de consulter les différents outils de collecte des données disponibles dans leurs services (registres de consultations, d'hospitalisations) ou tout autre outil susceptible de fournir des informations fiables sur le fonctionnement des services. Ces différents documents constituent une bonne base de données exploitable régulièrement.

Les informations qui figurent sur le canevas sont catégorisées en huit parties :

- Identification de l'hôpital ;
- Relevés de morbidité –consultations externes;
- IST/SIDA et la Planification familiale ;
- Hospitalisation ;
- Décès ;
- Activités des hôpitaux.

ELABORATION DU RAPPORT

PERIODICITE : Les rapports sont fournis à un rythme mensuel

STRUCTURES CONCERNEES : Hôpitaux préfectoraux, régionaux et centres médicaux communaux.

CIRCUIT DE L'INFORMATIO : Chaque chef de service fait son rapport selon les items du canevas **avant le 5 du mois** suivant et le transmet à la Direction pour l'agent chargé des statistiques. L'agent chargé des statistiques remplit le rapport mensuel et le transmet au Directeur de l'hôpital pour vérification et visa Le directeur transmet le rapport au service statistiques, études et informations **avant le 10 du mois** suivant.

IL faut préciser que ce rapport se fera en trois copies : une restera au niveau des archives de l'hôpital une transmise au niveau central et la troisième est destinée à la Direction Préfectorale de la Santé dont relève l'hôpital concerné

DESCRIPTION DU RAPPORT

En plus de la section identification,le rapport mensuel des hôpitaux est composé de 4 types d'informations notamment :

✓ **DONNEES DE MORBIDITE**

Ce sont l'ensemble des consultations externes effectuées par les services techniques de l'hôpital. Cette partie est identique à celle contenue dans le canevas des centres de santé du PEV/SSP/ME.

Cette partie porte sur les données des principales affections ou groupes d'affections reçus dans les structures sanitaires du pays, ainsi que les maladies cibles du PEV et à potentiel épidémiques.

✓ **IST/SIDA ET PLANIFICATION FAMILIALE**

Cette partie fournie des données sur les activités des hôpiataux en matière de prise en charge des IST/SIDA et de planification familiale.

✓ **HOSPITALISATIONS**

Elles portent essentiellement sur les principales causes d'hospitalisations enregistrées dans les services de l'hôpital. Ces informations sont souvent disponibles dans les registres d'hospitalisations ou dans les dossiers des malades hospitalisés.

✓ **DECES**

IL s'agit des données relatives aux décès parmi les cas hospitalisés à l'hôpital.

✓ **ACTIVITES DES HOPITAUX**

Ce sont essentiellement les données de maternité et celles relatives aux activités des plateaux techniques des hôpitaux.

Première partie : Remplissage du canevas de rapport

I - Relevés de morbidité – Consultations externes

Cette partie est identique au canevas utilisé au niveau des centres de santé et comporte deux tableaux : Le premier tableau regroupe les maladies du PEV et les maladies les plus fréquemment rencontrées dans les consultations externes. Le deuxième tableau comprend la liste des maladies à potentiel épidémique ou notification obligatoire.

1.1 MALADIES DU PEV ET PRINCIPALES PATHOLOGIES

Cette partie contient les données agrégées de tous les nouveaux cas concernant ces affections, c'est à dire la première fois que les patients consultent pour une affection déterminée. Un patient peut cependant consulter pour plusieurs maladies et le nombre de **nouveaux cas** est donc souvent supérieur au nombre de **nouveaux consultants** de la grille d'activité.

Reporter pour chaque affection le nombre de cas par tranches d'âge et le total pour toutes les tranches d'âge. On trouvera plus loin les définitions de cas utilisées dans les centres de santé.

Le nombre de nouveaux cas permet de calculer les taux d'incidence par préfectures pour chaque maladie. Ces taux sont calculés à partir des données des consultations des Centres de Santé et hôpitaux. Or, il se peut qu'un malade ait déjà été notifié au centre de santé pour une pathologie donnée, puis référé à l'hôpital. Dans ce cas, il ne doit pas être compté comme un nouveau cas, sinon il sera notifié deux fois.

> **Important** : Il faut toujours vérifier qu'un cas déjà rapporté par un CS n'est pas notifié une seconde fois à l'hôpital et ceci est **particulièrement important pour les maladies cibles du PEV, les maladies épidémiques et les maladies sous surveillance**. Cette vérification doit se faire en collaboration avec le chargé des maladies de chaque DPS/DCS.

1.2 MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE OU NOTIFICATION OBLIGATOIRE

Le rapport se fait de la même façon que pour les autres maladies. Le cumul mensuel par tranche d'âge doit être rapporté ici **même si des notifications hebdomadaires ont été faites en cas d'épidémie.**

A retenir : Certaines maladies sont sous haute surveillance et font partie du système d'alerte, ce **sont :**

MALADIES POTENTIELLEMENT EPIDEMIQUES : Choléra, Méningite, Fièvre Jaune, Rougeole.

MALADIES EN COURS D'ERADICATION : Tétanos néonatal, Poliomyélite, Dracunculose.

Chaque Directeur d'Hôpital doit suivre plus particulièrement ces maladies et en faire le décompte à chaque fin de semaine. Ces données serviront à faire des tableaux et des graphiques afin de pouvoir détecter rapidement l'apparition d'un phénomène épidémique

La colonne Réf. Concerne les patients examinés en consultation externe et référés vers une autre structure hospitalière pour une hospitalisation ou un examen spécialisé. La même démarche reste valable pour les maladies à potentiel épidémique ou à notification obligatoire.

III – IST/SIDA et Planification familiale

3.1 IST/SIDA

*a) **Nombre total de patients*** : c'est le nombre total de personnes ayant consulté l'hôpital pour un nouvel épisode d'IST durant le mois (approche syndromique).

*b) **Nombre de patients dont les contacts (partenaires) ont été traités*** : C'est le nombre de patients dont au moins un contact a fait l'objet de traitement durant le mois.

3.2 PLANIFICATION FAMILIALE

a) Nouveaux utilisateurs : Est considéré comme nouvel utilisateur, toute personne qui reçoit pour la première fois du Centre de Santé, une quelconque des méthodes de planification familiale disponibles.

NB : Cette définition exclu les contacts qui n'ont pas donné lieu à une vente de contraceptifs.

b) Utilisateurs réguliers : Est considéré comme utilisateur régulier, toute personne qui revient au Centre de santé pour un réapprovisionnement en contraceptifs.

c) Total utilisateurs : C'est l'ensemble de personnes qui utilise à un moment donné, une méthode de planification familiale délivrée par le Centre de santé. Il s'obtient en faisant la sommes de Nouveaux utilisateurs (NU) et les utilisateurs réguliers (UR).

TU = NU + UR Où TU = Total utilisateurs.

d) Quantités vendues : Pour chaque produit/méthode, c'est le nombre total d'unités vendues à l'ensemble des utilisateurs (Nouveaux et réguliers).

e) Nombre utilisateurs avec effets secondaires : Pour chaque produit/méthode, c'est le nombre de clients ayant notifié au Centre de Santé au moins un effet secondaire suite à l'utilisation d'une méthode de planification familiale.

Toutes les cases des tableaux d'activités doivent être remplies. Si aucun cas n'a été observé, inscrire 0. Si c'est une donnée qui vous est inconnue, veuillez noter "ND" (non disponible) dans la case correspondante.

III - Hospitalisations

Cette page comporte deux grilles : la première comprend les principales causes d'hospitalisations et la seconde les maladies sous surveillance.

> **Important :** C'est le diagnostic de sortie qui doit être rapporté dans cette page, ce n'est donc qu'à partir des dossiers des malades sortants du mois que cette grille peut être remplie.

IV - Décès

Cette rubrique porte sur les décès par tranches d'âge et par causes survenus à l'hôpital pour tous les malades hospitalisés.

> **Important :** Cette partie concerne tous les décès des malades hospitalisés pour une durée dépassant 24 heures. Ceci permet de calculer la létalité par cause et par tranches d'âge des malades hospitalisés.

$$\textbf{Létalité hospitalière} = \frac{\text{Nbre de décès pour une cause donnée pendant une période donnée}}{\text{Nbre de malades hospitalisés pour cette cause pendant la même période}} \times 100$$

V – Activités des hôptaux

5.1 DONNEES DE MATERNITE

Dans cette rubrique sont enregistrées toutes les activités de maternité développées à l'hôpital, ce sont :

Nombre total de femmes admises pour accouchement : correspond au nombre de femmes en travail admises dans le service de maternité. **Le nombre de parturientes référées des centres de santé** est inclus dans ce total.

Nombre de femmes admises pour grossesse pathologique : il s'agit de femmes enceintes admises pendant leur grossesse pour un problème lié à la grossesse. Par exemple : toxémie gravidique, menace d'accouchement prématuré, vomissements incoercibles de la femme enceinte, rupture prématurée des membranes. Par contre un problème médical survenant au décours d'une grossesse (par exemple un accès palustre) ne rentre pas dans ce cadre.

Nombre de femmes admises pour maladie gynecologique : Représente l'ensemble des femmes non enceintes qui sont hospitalisées dans le service de maternité pour problèmes gynécologiques. Il s'agit ici d'un chiffre permettant d'apprécier le volume d'activité de la maternité en dehors des accouchements. Les causes d'hospitalisations de ces patientes doivent être rapportées dans la grille morbidité hospitalisations.

Nombre total d'accouchements : Regroupe l'ensemble de tous les accouchements qu'ils soient effectués par voie basse ou par césarienne. Le nombre inscrit à ce niveau doit correspondre à la somme de ces trois sous rubriques : **eutociques + dystociques + césariennes.**

Accouchement eutocique : C'est tout accouchement céphalique n'ayant nécessité aucune manœuvre autre qu'une épisiotomie.

Accouchement dystocique : Tout accouchement non céphalique et tout accouchement ayant nécessité une extraction par ventouse ou forceps.

A retenir : Un accouchement, quel que soit le nombre de nouveau-nés issus de cet accouchement, doit être compté comme **un seul accouchement.**

COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT: Cés complications sont divisées en 6 sous rubriques: hémoragies, déchirures du périnée, rupture utérine, éclampsie, complications infectieuses et autres complications.

Le nombre rapporté dans la 1ère case : « complication de l'accouchement » doit correspondre à la somme des 6 sous - rubriques.

AVORTEMENTS : Sont concernés dans cette partie, tous les avortements spontanés ou provoqués.

TOTAL DES NAISSANCES : c'est l'ensemble de toutes les naissances. Il est égal à la somme de naissances vivantes + le nombre des mort-nés. S'il n'y a pas eu d'accouchements gémellaires ce total est égal au nombre d'accouchements. S'il y a eu des accouchements gémellaires, le nombre de naissances est supérieur au nombre d'accouchements.

A retenir : le nombre de naissances ne doit pas être inférieur au nombre d'accouchements

MORT-NES :Ce sont les fœtus n'ayant donné aucun signe de vie à la naissance. Les fœtus macérés sont aussi comptés dans cette rubrique.

A retenir : L'enregistrement des morts nés permet de calculer le taux de mortinatalité, c'est à dire le pourcentage de mort-nés par rapport aux naissances.

$$\textbf{Tx de mortinatalité} = \frac{\text{Nombre de morts nés}}{\text{Nbre de naissances vivantes} + \text{Nbre de morts nés}} \times 100$$

Nouveau-nés vivant de poids inférieur à 2.500Gr : Ceci permet de calculer le taux de faible poids de naissance et d'estimer le taux de prématurité. Pour ce faire, il est nécessaire que vous ajoutiez ici une colonne indiquant le nombre de nouveau-nés pesés

$$\textbf{Tx de faible poids de naissance} = \frac{\text{Nbre de nvx nés de poids} < 2500\text{ G}}{\textbf{Nbre de nvx nés pesés}} \times 100$$

NOMBRE DE DECES MATERNELS : décès survenus au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou pendant les suites de couches.

Important : Ce nombre de décès en hôpital, ajouté aux décès rapportés en CS, permet d'estimer le taux de mortalité maternel en structures sanitaires au niveau de la préfecture, de la région ou du pays qui est le plus souvent calculé pour 100 000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité maternelle se calcul par la formule suivante :

$$\textbf{Tx de morta- maternelle} = \frac{\text{Nbre de décès dans une zone pdt une période donnée}}{\text{Nbre de naissances vivantes dans la région durant la période}} \times 100\,000$$

A retenir: Le calcul du taux de mortalité maternel réel au niveau de la région ou du pays suppose que l'on puisse recenser tous les décès maternels, même ceux survenus à la maison. Ceci n'étant actuellement pas possible, on calcule le taux de mortalité maternel à partir des décès notifiés par les structures sanitaires et par les AV. Afin d'obtenir une approche plus exacte de la mortalité maternelle, ce calcul doit prendre en compte les décès survenus pendant le transfert

à l'hôpital. C'est cela qui justifie la présemce de la troisième colonne « **dépôt de corps** » réservée pour toutes les femmes arrivée mortes à l'hôpital.

NOUVEAU - NES DECEDES ENTRE 0 ET 7 JOURS : Concerne toutr enfant ayant donné des signes de vie à l anaissance mais décédé avant 7 jours. C chiffre permet de calculer le taux de mortalité néonatale.

$$\textbf{Tx de mort- néonatale} = \frac{\text{Nbre de nvx-nés dcd entre 0 et 7 j durant 1 période donnée}}{\text{Nbre total de nvx - nés vivants pendant cette même période}} \times 100$$

5.2 VOLUMES D'ACTIVITES DES CONSULTATIONS EXETERNES

NOMBRE DE NOUVEAUX CONSULTANTS : Il s'agit du nombre de nouveaux contacts. C'est l'ensemble des patients qui viennent pour la première fois consulter pour un épisode de maladie.

NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS : Il s'agit ici du nombre total de **consultations** (nouveaux contacts + contacts ultérieurs).

NOMBRE DE NOUVEAUX CONSULTANTS REFERES DES CENTRES DE SANTE : ce nombre est inclus dans le nombre total de nouveaux consultants. Il sert à calculer le Pourcentage des références:

$$\textbf{Proportion de patients référés des CS} = \frac{\text{Nbre de nvx consultants référés des CS}}{\text{Nbre total de nouveaux consultants}} \times 100$$

NOMBRE DE CONSULTANTS RESIDENTS DANS LA C.U : Ce sont les premiers consultants originaires de la commune urbaine.

NOMBRE DE CONSULTANTS VENANT D'AUTRES PREFECTURES : Il s'agit des premiers contacts venant des préfectures voisines.

NOMBRE DE CONSULTANTS RESIDENT DANS LA PREFECTURE NON ORIGINAIRE DE LA C.U : Cette partie concerne tous les patients résidant dans la préfecture concernée mais qui ne sont pas recensés au compte de la commune urbaine.

La somme de ces deux derniers nombres doit correspondre au total des premiers consultants.

5.3 PRINCIPAUX INDICATEURS HOSPITALIERS PAR SERVICE

NOMBRE DE CONSULTANTS : premiers contacts et contacts ultérieurs. Le total de cette colonne doit correspondre au «Nombre total de consultants » cité plus haut.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS : il s'agit du nombre d'admissions par service effectuées pendant le mois

JOURNEES D'HOSPITALISATIONS : chaque jour le nombre de malades présents doit être comptabilisé. Le cumul mensuel de ces chiffres journaliers donne le nombre de journées d'hospitalisations

SORTIES : Total des malades sortis pendant le mois par service (sauf décédés, référés et évadés).

TRANSFERTS : Il s'agit en fait des Référés. Total des malades référés vers un autre hôpital pendant le mois

DECES : Décès survenus par service durant le mois.

TAUX D'OCCUPATION MOYEN : (TOM) .IL s'exprime en %. Il se calcule en rapportant le nombre total de journées d'hospitalisations sur le nombre de lits multiplié par le nombre de jours de la période, ainsi :

$$\text{TOM} = \frac{\text{Nbre de journés d'hospitalisations pdt une période donnée}}{\text{Nbre de lits x Nbre de jours de la période}} \times 100$$

DUREE MOYENNE DE SEJOUR (DMS) : Elle est exprimée en Jours et se calcul en rapportant le nombre total de journées d'hospitalisations sur le nombre d'admissions de la période

$$\text{DMS} = \frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisations pendant une période donnée}}{\textbf{Nombre d'admissions pendant la même période}}$$

MORTALITE HOSPITALIERE : Cette partie fournie les informations portant sur les décès hospitaliers, c'est à dire le nombre de malades décédés parmi les hospitalisés. Elle s'exprime en %

$$\textbf{Mortalité hospitalière} = \frac{\text{Nombre total de décès}}{\text{Nombre total d'admissions}} \text{X } 100$$

5.5 ACTIVITES DE CHIRURGIE

Regroupe l'ensemble de tous les actes chirurgicaux effectués dans votre hôpital. Le tableau doit être rempli conformément aux différentes rubriques prévues.

NOMBRE D'ACTES DE PETITE CHIRURGIE: est l'ensemble de toutes les prestations effectuées dans la salle de petite chirurgie à savoir : incision d'abcès, circoncision, réparation de périnée, suture de plaies, etc....

CHIRURGIE D'URGENCE: Regroupe toutes les interventions chirurgicales effectuées sans hospitalisation préalable.

CHIRURGIE PROGRAMMEE: C'est l'ensemble de toutes les interventions chirurgicales effectuées a la suite d'une programmation. En général, ce sont des malades pour lesquels un bilan para clinique a été effectué.

5.6 LABORATOIRE

Ce tableau concerne les principales activités de laboratoire qui sont développées dans votre hôpital, notamment :

Examens de selles:
Examens d'urine:
Examens de sang :
Examen du LCR: examen cytologique ou bactériologique du LCR. dans la colonne « positif » rapporter les examens « anormaux »
Examen des crachats
HIV : préciser le type de test effectué.
Autres: l'ensemble des autres examens non répertoriés plus haut.

Le Total des examens de laboratoire doit correspondre toujours au total de : Ex. de Selles + Ex d'urines + total des Ex. de sang + LCR + HIV + Autres.

Deuxième partie : Définition des cas

Ce document présente les définitions de cas utilisées pour le diagnostic des principales affections rencontrées dans les centres de santé du pays. Cette approche est principalement basée sur les diagnostics établis à partir des signes cliniques présentés par les patients lors des consultations primaires curatives.

L'élaboration de ce document répond au grand souci d'harmoniser les différentes méthodes de diagnostic des affections reçues dans les formations sanitaires du pays. Son utilisation au niveau des services techniques des hôpitaux en consultations externes est vivement conseillée.

Tétanos néonatal : 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.

> **A retenir :** Les cas de tétanos néonatal doivent être rapportés chaque semaine sur le calendrier de surveillance épidémiologique. La notification 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 dans le lieu d'origine du cas.

Tétanos: Apparition brutale de contractions musculaires douloureuses accompagnées de spasmes généralisés sans autre cause apparente. **Le tétanos néonatal n'est pas inclus sous cette rubrique.**

Poliomyélite aiguë : Tout cas de paralysie flasque aiguë 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. **Les séquelles de polio ancienne ne doivent pas figurer sous cette rubrique.**

> **A retenir :** Les cas de polio 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.

Rougeole : Fièvre > 38,5°C + éruption de plus de 3 jours + toux ou écoulement nasal ou conjonctivite.
IL est recommandé de suivre régulièrement les cas de rougeole enregistrés dans vos formations sanitaires en enregistrant régulièrement tous les cas reçus afin de détecter toutes les variations inhabituelles. Cette attitude permettrait de détecter précocement tout début d'épidémie dans votre zone de couverture.

L'apparition de quelques 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, le renforcement de la vaccination doit se faire si on observe une augmentation brutale des cas. La notification au DPS doit se faire immédiatement.

Coqueluche : Toux prolongée avec quintes entrecoupées d'inspirations sifflantes (**chant du coq**) et souvent suivies de vomissements.

Diphtérie : Angine avec pseudo-membranes grisâtres et altération de l'état général.

La notification d'un cas ou plus de diphtérie doit donner lieu à une note descriptive au DPS pour contrôler la fiabilité du diagnostic.

Diarrhées non sanglantes : Emission de plus de trois selles liquides par jour pendant plus d'un jour à l'exception du choléra et des diarrhées avec sang.

> **A retenir :** En cas d'augmentation brutale des cas, prévenir immédiatement le DPS.

Diarrhées sanglantes : Emissions de plus de trois selles **avec sang** par jour pouvant être accompagnées de coliques et/ou de fièvre.

Helminthiases intestinales : Emission de vers dans les selles et/ou dans les vomissements et/ou examen parasitologique des selles positif.

Infections Respiratoires Aiguës < 3 semaines :Toute infection respiratoire aiguë nécessitant ou non un antibiotique. Il s'agit le plus souvent de toux avec fièvre qui ne dépasse généralement pas les 3 semaines.

Infections Respiratoires Aiguës > 3 semaines :Toute infection respiratoire aiguë nécessitant ou non un antibiotique. Il s'agit le plus souvent de toux avec fièvre avec une durée de 3 semaines et plus.

Asthme : C'est une maladie respiratoire chronique caractérisée par des respirations sifflantes surtout en période froide.

Malnutritions : Maladie due à l'insuffisance des apports alimentaires et se traduisant sous deux formes :

Marasme : enfant dans un état de maigreur important ou rapport poids/taille inférieur à 80%.

Kwashiorkor : enfant apathique, présentant des œdèmes, une atrophie musculaire et une décoloration des cheveux.

Anémie : Pâleur des conjonctives, souvent accompagnée de fatigue et de vertiges

Goitre : ***C'est une augmentation du volume de la base du cou due à une hypertrophie de la glande thyroïde***

Diabète sucré : Il faut penser au diabète sucré chez tout malade présentant le signes suivants : boire beaucoup plus que d'habitude, mange beaucoup et urine beaucoup accompagnés de la présence du sucre dans les urines.

Important : Il est conseillé d'orienter vers un centre spécialisé tous les patients présentant ces principaux signes cités plus haut.

Paludisme : Toute fièvre isolée sans autre cause évidente avec ou sans goutte épaisse positive.

Paludisme grave: C'est la forme grave du paludisme caractérisée par une forte fièvre avec des convulsions parfois des troubles du comportement, des agitations et parfois un coma.

A retenir : Cette affection se distingue de la méningite par l'absence d'une raideur franche de la nuque et la ponction lombaire est négative.

Ictères :Fièvre avec teinte jaune des conjonctives et souvent accompagnée d'émission d'urines brunes.

A retenir: En cas d'augmentation anormale des cas, il faut prévenir immédiatement le DPS.

Conjonctivite : ***C'est une lésion inflammatoire de la conjonctive oculaire se manifestant par une impression de sable dans l'œil, un prurit un larmoiement une rougeur des conjonctives et des sécrétions plus ou moins jaunâtres.***

Autres infections oculaires : Concerne toutes les maladies infectieuses des yeux :

Trachome : Se caractérise généralement par une rougeur de yeux avec présence des follicules (aspects grains de fonio)

Autres maladies des yeux : Toutes les maladies non infectieuses des yeux : glaucomes, cataracte, baisse de la vision.

Ecoulement urétral : C'est une perte liquidienne purulente ou non, provenant de l'urètre accompagnée ou non de douleur à la miction.

Ecoulement vaginal : C'est une perte liquidienne anormale de par son abondance, sa couleur, son aspect et parfois son odeur, provenant et/ ou du col de l'utérus.

Douleurs abdominales basses : C'est un syndrome d'une infection génitale haute due à la diffusion des germes infectieux aux organes génitaux internes et au péritoine.

> **A retenir :** Au cas où les douleurs abdomilnales basses sont associées à un écoulement vaginal de type cervicite, notifier les 2 syndromes et traiter seulement les douleurs abdominales basses. Si elles sont associées avec un écoulement vaginal de type vaginite, notifier et traiter les 2 syndromes.

Ulcération génitale : C'est une perte de continuité des téguments au niveau des organes génitaux (plaie)

Autres MST : Regroupent le bubon inguinal, l'ophtalmie purulente du nouveau né et l'orchi-épididymite.

> **Bubon inguinal** :C'est l'hypertrophie inflammatoire des ganglions
> **Ophtalmie purulente du nouveau né :** C'est une conjonctivite contractée à la naissance par contact avec les sécrétions génitales infectieuses de la mère.
> **Orchi épidydimite** C'est une inflammation du contenu du scrotum en dehors de tout traumatisme

Maladies gynécologiques non-IST : Troubles des règles, douleurs prémenstruelles, fibromes, prolapsus génital.

Gale : Présence de petites vésicules très prurigineuses. Très contagieuse, la gale touche souvent plusieurs membres de la famille.

Affections dermatologiques: Toutes les maladies de peau en dehors de la gale : eczémas, boutons, furoncles, abcès, taches...

Traumatismes tout genre : Toute lésion récente d'origine traumatique volontaire ou accidentelle : fractures, brûlures, plaies. Les séquelles de brûlures ou fractures sont à classer dans "**Autres**".

Gastrites et ulcères : Douleur épigastrique apparaissant régulièrement après chaque repas.

Autres maladies digestives : Classer ici tout ce qui se rattache au système digestif à l'exclusion des gastrites, ulcères et diarrhées. Par exemple : constipations, ballonnements, douleurs abdominales sans cause apparente.

Hypertension artérielle (HTA) : TA supérieure à 14/9 chez l'adulte jeune et TA supérieure à 15/10 chez les personnes de plus de 45 ans.

Autres maladies cardio-vasculaires : Accidents vasculaires, trouble du rythme, insuffisance cardiaque.

Douleurs articulaires : Douleurs et/ou gonflement des articulations sans fièvre et sans notion de traumatisme.
Maladies de la bouche et des dents: Ulcérations, inflammations des gencives, caries, abcès dentaires.

Maladies de la sphère ORL: Rhinites, angines, otites, laryngites

Autres : Si un diagnostic ne peut être classé sous aucune rubrique, il doit être classé dans "**Autres**".

MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE OU NOTIFICATION OBLIGATOIRE :

Méningite : Association d'un syndrome infectieux et d'un syndrome méningé caractérisé par la Fièvre > à 38°5 avec raideur de nuque, céphalées et/ou vomissement.

> **Chez le nourrisson** : Fièvre > 38°5 et bombement de la fontanelle.

Tout cas suspect de méningite doit faire l'objet d'une ponction lombaire pour apprécier l'état du liquide céphalo rachidien.

Choléra : Diarrhée très liquide avec selles ressemblant à de l'eau de riz accompagnée ou non de vomissements. Une diarrhée qui s'accompagne de déshydratation rapide et grave ou une diarrhée qui tue les adultes doit être considérée comme un choléra.

> **A retenir** La suspicion d'un cas de choléra dans votre communauté doit être immédiatement notifiée au DPS. La surveillance hebdomadaire des cas de diarrhées permet de dépister un début d'épidémie rapidement.

Fièvre jaune : Ictère accompagné de fièvre importante et altération de l'état général. Dans un second temps des hémorragies peuvent se produire. La mort survient dans les quelques jours après le début de la maladie dans un très grand nombre de cas.

> **A retenir :** La suspicion d'un cas de fièvre jaune doit donner lieu au déclenchement immédiat du processus d'alerte épidémique. La surveillance hebdomadaire des cas d'ictère doit permettre de dépister un début d'épidémie rapidement.

Dracunculose : Ulcération de la partie inférieure de la jambe avec issue de l'extrémité du ver.

> **A retenir** : En cas de suspicion d'un cas de dracunculose par un centre de santé, l'équipe de la DPS doit être informée immédiatement et se rendre sur place pour vérifier le diagnostic et prendre les mesures qui conviennent.

Shistosomiase urinaire : Présence de sang dans les urines sans autre cause apparente confirmé ou non par un examen microscopique.

Shistosomiase intestinale : Présence d'œufs dans un examen microscopique des selles.

Onchocercose: Malade présentant des nodules sous-cutanés associés à des troubles oculaires. Le diagnostic est posé par la mise en évidence de vers adultes dans les nodules ou de micro filaires dans les tissus sous cutanés ou dans l'œil. Seuls doivent être rapportés les cas confirmés.

Tuberculose : Nouveaux cas de tuberculose confirmée par examen de laboratoire.

Lèpre : Nouveaux cas de lèpre détectés conformément aux instructions du Programme National de lutte contre la lèpre.

Trypanosomiase : Présence de ganglions cervicaux élastiques avec fatigue et altération de l'état général. Dans un second temps apparaissent des troubles du comportement. En cas de doute référer le patient dans un centre pouvant confirmer le diagnostic. Cette partie ne concerne que les cas de Trypanosomiases confirmés

ANNEXE : 08.e

Rapport Mensuel Préfectoral

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Service des Statistiques, Etudes Informations

(SSEI)

Section Statistiques et Informations Sanitaires

(SSIS)

SNIGS

RAPPORT MENSUEL DES HOPITAUX

I. Identification de l'hôpital

Type d'hôpital : ☐ Préfectoral ☐ Régional

Préfecture de : _____

Nombre de services techniques : _____

Nombre de rapports compilés : _____

Rapport du Mois de : _____

Nom de la Personne Responsable : _____

222

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

II - RELEVE DE MORBIDITE – CONSULTATIONS EXTERNES

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et +	Total	Réf.	DCD
1	Tétanos néo - natal										
2	Tétanos										
3	Poliomyélite										
4	Rougeole										
5	Coqueluche										
6	Diphtérie										
7	Diarrhées non sanglantes										
8	Diarrhées sanglantes										
9	Helminthiases intestinales.										
10	I. R. A. < 3 semaines										
11	I. R. A. > 3 semaines										
12	Asthme										
13	Autres Maladies Respiratoires chroniques										
14	Malnutritions										
15	Anémies	Femmes en grossesse									
		Autres									
16	Drépanocytose										
17	Goitre										
18	Diabète sucré										
19	Paludisme simple										
20	Paludisme grave										
21	Ictères										
22	Conjonctivite										
23	Autres infections oculaires										
24	Trâchome										
25	Autres maladies des yeux										
26	Ecoulement vaginal										
27	Ecoulement urétral										
28	Douleurs abdomin. basses										

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et +	Total	Réf.	DCD
29	Ulcération génitale	Hommes									
		Femmes									
30	Autres MST	Hommes									
		Femmes									
31	Maladies urinaires non MST.										
32	Maladies gynéco. non MST										
33	Gale										
34	Autres mal. dermatologiques										
35	Fractures										
36	Brûlures										
37	Autres traumatismes										
38	Gastrites ulcères										
39	Appendicites										
40	Abdomen aigu										
41	Hernies										
42	Occlusions										
43	Autres patho. digestives										
44	Hypertension artérielle.										
45	Autres cardio vasculaires										
46	RAA										
47	Maladies ORL										
46	Maladies mentales										
47	Autres mal articulaires										
48	Carie dentaire										
49	Autres mal. bouche/ dents										
50	Infections ORL										
51	Maladies mentales										
52	Mal. neurologiques										
53	Autres										
SOUS - TOTAL (1)											

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

IV - MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE ET NOTIFICATION OBLIGATOIRE

N°	NOUVEAUX CAS	0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et+	Total	Réf.	DCD
54	Méningites									
55	Choléra									
56	Fièvre jaune									
57	Dracunculose									
58	Schisto. urinaire									
59	Schisto. intestinale									
60	Onchocercose									
61	Tuberculose									
62	Lèpre									
63	Trypanosomiase									
64	Fièvre typhoïde									
65	Hépatite virale									
66	SIDA									
SOUS - TOTAL (2)										
TOTAL GENERAL (1)+(2)										

225

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

III – HOSPITALISATION

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et +	Total	Réf.	DCD
1	Tétanos néo - natal										
2	Tétanos										
3	Poliomyélite										
4	Rougeole										
5	Coqueluche										
6	Diphtérie										
7	Diarrhées non sanglantes										
8	Diarrhées sanglantes										
9	Helminthiases intestinales.										
10	I. R. A. < 3 semaines										
11	I. R. A. > 3 semaines										
12	Asthme										
13	Autres Maladies Respiratoires chroniques										
14	Malnutritions										
15	Anémies	Femmes en grossesse									
		Autres									
16	Drépanocytose										
17	Goitre										
18	Diabète sucré										
19	Paludisme simple										
20	Paludisme grave										
21	Ictères										
22	Conjonctivite										
23	Autres infections oculaires										
24	Trâchome										
25	Autres maladies des yeux										
26	Ecoulement vaginal										
27	Ecoulement urétral										
28	Douleurs abdomin. basses										

226

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et +	Total	Réf.	DCD
29	Ulcération génitale	Hommes									
		Femmes									
30	Autres MST	Hommes									
		Femmes									
31	Maladies urinaires non MST.										
32	Maladies gynéco. non MST										
33	Gale										
34	Autres mal. dermatologiques										
35	Fractures										
36	Brûlures										
37	Autres traumatismes										
38	Gastrites ulcères										
39	Appendicites										
40	Abdomen aigu										
41	Hernies										
42	Occlusions										
43	Autres patho digestives										
44	HTA.										
45	Autres cardio vasculaires										
46	RAA										
47	Maladies ORL										
48	Autres mal articulaires										
49	Carie dentaire										
50	Autres mal. bouche/ dents										
51	Infections ORL										
51	Maladies mentales										
52	Mal. neurologiques										
53	Autres										
SOUS - TOTAL (2)											

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

IV - MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE ET NOTIFICATION OBLIGATOIRE

N°	NOUVEAUX CAS	0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et+	Total	Réf.	DCD
54	Méningites									
55	Choléra									
56	Fièvre jaune									
57	Dracunculose									
58	Schisto. urinaire									
59	Schisto. intestinale									
60	Onchocercose									
61	Tuberculose									
62	Lèpre									
63	Trypanosomiase									
64	Fièvre typhoïde									
65	Hépatite virale									
66	SIDA									
SOUS - TOTAL (3)										
TOTAL GENERAL (1)+(2)+(3)										

IST/SIDA	Nombre
Nombre total de patients	
Nombre de patients dont les contacts (partenaires) ont été traités	

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

V- DECES

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et +	Total	Réf.	DCD
1	Tétanos néo - natal										
2	Tétanos										
3	Poliomyélite										
4	Rougeole										
5	Coqueluche										
6	Diphtérie										
7	Diarrhées non sanglantes										
8	Diarrhées sanglantes										
9	Helminthiases intestinales.										
10	I. R. A. < 3 semaines										
11	I. R. A. > 3 semaines										
12	Asthme										
13	Autres Maladies Respiratoires chroniques										
14	Malnutritions										
15	Anémies	Femmes en grossesse									
		Autres									
16	Drépanocytose										
17	Goitre										
18	Diabète sucré										
19	Paludisme simple										
20	Paludisme grave										
21	Ictères										
22	Conjonctivite										
23	Autres infections oculaires										
24	Trâchome										
25	Autres maladies des yeux										
26	Ecoulement vaginal										
27	Ecoulement urétral										
28	Douleurs abdomin. basses										

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

N°	NOUVEAUX CAS		0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et +	Total	Réf.	DCD
29	Ulcération génitale	Hommes									
		Femmes									
30	Autres MST	Hommes									
		Femmes									
31	Maladies urinaires non MST.										
32	Maladies gynéco. non MST										
33	Gale										
34	Autres mal. dermatologiques										
35	Fractures										
36	Brûlures										
37	Autres traumatismes										
38	Gastrites ulcères										
39	Appendicites										
40	Abdomen aigu										
41	Hernies										
42	Occlusions										
43	Autres patho digestives										
44	HTA.										
45	Autres cardio vasculaires										
46	RAA										
47	Maladies ORL										
48	Autres mal articulaires										
49	Carie dentaire										
50	Autres mal. bouche/ dents										
51	Maladies mentales										
52	Mal. neurologiques										
53	Autres										
SOUS - TOTAL (4)											

VI- MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE ET NOTIFICATION OBLIGATOIRE

N°	NOUVEAUX CAS	0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-34 ans	35-49 ans	50 ans et+-	Total	Réf.	DCD
54	Méningites									
55	Choléra									
56	Fièvre jaune									
57	Dracunculose									
58	Schisto. urinaire									
59	Schisto. intestinale									
60	Onchocercose									
61	Tuberculose									
62	Lèpre									
63	Trypanosomiase									
64	Fièvre typhoïde									
65	Hépatite virale									
66	SIDA									
SOUS - TOTAL (5)										
TOTAL GENERAL (4)+(5)										

231

VII – ACTIVITES DES HOPITAUX

1. MATERNITE

NOMBRE TOTAL DE FEMMES ADMISES POUR ACCOUCHEMENT	
dont parturientes référées des centres de santé	
NOMBRE DE FEMMES ADMISES POUR GROSSESSE PATHOLOGIQUE	
NOMBRE DE FEMMES ADMISES POUR MALADIE GYNECOLOGIQUE	
NOMBRE TOTAL D'ACCOUCHEMENTS	
ACCOUCHEMENTS EUTOCIQUES	
ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES (sauf césariennes)	
CESARIENNES	
COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT	
DECHIRURES DU PERINEE	
RUPTURES UTERINES	
ECLAMPSIES	
COMPLICATIONS INFECTIEUSES	
AUTRES COMPLICATIONS	
AVORTEMENTS	
GROSSESSES EXTRA-UTERINES	
TOTAL DES NAISSANCES (VIVANTES + MORT-NES)	
NAISSANCES VIVANTES	
GARÇONS	
FILLES	
MORT-NES	
NOUVEAU-NES VIVANTS PESES	
NOUVEAU-NES VIVANTS DE POIDS < 2.500 GR	
NOUVEAU-NES DECEDES ENTRE 0 ET 7 JOURS	

NOMBRE DE	Moins de 24 heures après admission	Plus de 24 heures après admission	Dépôts de corps
DECES MATERNELS			

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

VOLUME D'ACTIVITE DES CONSULTATIONS EXTERNES

Consultants :_____ Consultations : _____

Consultants référés des centres de santé : _____ (%) de références : _____

Consultants résidents de la C. U. :_____

Consultants venant d'autres Préfectures :_____

Consultants venant Préfecture non - originaires C. U: _____

PRINCIPAUX INDICATEURS HOSPITALIERS PAR SERVICE

	Nbre consultants	Nbre hospitali.	Nbre lits	Journées hospitalisa	Sorties	Référer vers	Décès	TOM (en %)	DMS (jours)	Mortalité (%)
GYNECO-OBS.										
CHIRURGIE										
MEDECINE										
PEDIATRIE										
OPHTALMO										
ORL										
STOMATO										
URGENCES										
AUTRES										
TOTAL										

CABINET DENTAIRE

Soins	Extractions	Prothèses	Total

ACTIVITES DE CHIRURGIE

	Chirurgie générale	Gynéco obstétrique	Ophtalmo	ORL	Stomato
PETITE CHIRURGIE					
CHIRURGIE D'URGENCE					
CHIRURGIE PROGRAMMEE					

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

LABORATOIRE

	Total	Positifs
EXAMENS DE SELLES		
EXAMENS D'URINES		
-		
-		
-		
-		
EXAMENS DE SANG		
Numération		
Test d'Emmel		
Recherche de plasmodium		
Autres		
-		
-		
-		
LCR		
Gram (+)		
Gram (-)		
HIV		
CRACHATS		
-		
-		
AUTRES		
TOTAL		

RADIOLOGIE

Nombre d'examens de radiographie	
avec préparation	
sans préparation	
NOMBRE D'ENDOSCOPIES	
NOMBRE D'ECHOGRAPHIES	

BANQUE DE SANG

NOMBRE DE PRELEVEMENTS	
Don familial	
Don bénévole	
NOMBRE DE POCHES TESTEES	
Test positif	
Test négatif	
NOMBRE DE POCHES LIVREES	

235

Hôpital de ..... Mois de ..... Année .....

SITUATION FINANCIERE

DEPENSES	MONTANT (GF)	RECETTES	MONTANT (GF)
CHARGES SUR MOYENS PROPRES		PRODUITS D'EXPLOITATION	
Produits pharmaceutiques	.....	Hospitalisation.....	.....
Salaires contractuels.....	.....	Consultations.....	.....
Primes.....	.....	Laboratoire.....	.....
Entretien et réparations		Radiologie.....	.....
Bâtiments.	.....	Soins dentaires.....	.....
Véhicules.	.....	Pharmacie.....	.....
Equipements			
Autres dépenses de fonctionnement.....			
Intervention économique..	.....		
Charges exceptionnelles...	.....	Autres.....	.....
SOUS-TOTAL (1).....	.....	SOUS-TOTAL (1).....	.....
CHARGES SUR SUBVENTIONS		SUBVENTIONS D'EXPLOITATION	
I / ETAT		I /ETAT	
Salaires.....	.....	Salaires.....	.....
Fonctionnement.....	.....	Fonctionnement.....	.....
II / COLLECTIVITES.....	.....	II / COLLECTIVITES.....	.....
III / AIDE INTERNATIONAL		III / AIDE INTERNATIONALE	
Médicaments.....	.....	Médicaments.....	.....
Autres.....	.....	Autres.....	.....
SOUS-TOTAL (2).....	.....	SOUS-TOTAL (2).....	.....
BENEFICE.....	.....	DEFICIT.....	.....
TOTAL DEPENSES.....	.....	TOTAL RECETTES.....	.....

ANNEXE : 08.f

Guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS à l'usage des DPS

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Service des Statistiques, Études Informations

(SSEI)

Section Statistiques et Informations Sanitaires

(SSEI)

Guide d'utilisation du Canevas de rapport Mensuel SNIS à l'usage Des Centres de Santé DPS (DCS)

INTRODUCTION

Le but de ce guide est de donner des orientations sur le remplissage des canevas du SNIS utilisés dans les structures sanitaires du pays. Ce manuel fourni des indications sur l'usage que vous pouvez faire des données statistiques collectées dans vos formations sanitaires.

En septembre 1998, il a été procédé à une première révision qui a aboutit à la conception de nouveaux outils de collecte des données sur les ressources du Ministère de la Santé. Cette deuxième révision s'inscrit non seulement en droite ligne des recommandations issues de l'étude «Evaluation du circuit de l'information sanitaire en Guinée », organisée au mois de **juillet 1999** par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui du projet PRISM, mais aussi prend en considération les remarques soulévées par les principaux utilisateurs du système depuis la dernière révision. Il s'agit notamment de renforcer le système en y introduisant un paquet d'indicateurs SR, permettant aux décideurs de différents niveaux de la pyramide sanitaire, de disposer à temps d'informations fiables, permettant une prise de décision éclairée.

Les informations qui figurent sur le canevas sont catégorisées en huit parties :

- Identification du centre de santé ;
- Activités des centres de santé ;
- Relevés de morbidité y compris les maladies à potentiel épidémique et notification obligatoire ;
- IST/SIDA et la Planification familiale ;
- Rapport mensuel des vaccinations ;
- Rapport trimestriel du programme de lutte contre la tuberculose ;
- Rapport trimestriel du programme de lutte contre la lèpre.

Ces données seront fournies à une fréquence mensuelle, exeception faite des celles des programmes lèpre et ruberculose qui seront elles fournies à une fréquence triemestrielle.

ELABORATION DU RAPPORT

Le rapport est le produit de la synthèse des données statistiques portant sur les activités préventives, curatives et de gestion développées dans les centres de santé et les postes de santé intégrés, notamment les **consultations prénatales, les vaccinations, le suivi de l'enfant, la planification familiale et la liste des principales pathologies reçues dans les centres de santé, complétées par la situation financière.**

L'analyse de ces données collectées permet non seulement de suivre les tendances des principales pathologies traitées dans vos structures, mais aussi d'évaluer régulièrement les activités du centre de santé en vue de qualifier les services offerts à la population.

A retenir : Les rapports des centres de santé sont transmis à la fin de chaque mois à la DPS où ils sont compilés et analysés avant d'être transmis à l'IRS et au niveau central.

Périodicité du rapport : mensuel

Structure concernée : Centre de santé

Circuit de l'information : le chef de centre rempli le rapport en deux exemplaires, une copie est transmise au Directeur Préfectoral de la Santé, et une copie reste au niveau du centre. Les copies doivent parvenir à la DPS avant le 5 du mois suivant. Les données compilées doivent intégrer celles des postes de santé intégrés relevant du centre de santé.

NB :

Dans le souci de la bonne gestion des données statistiques de vos formations sanitaires, il est recommandé de garder toujours **une copie du rapport mensuel au niveau des archives du centre de santé**. Ceci contribuerait à consolider la base de données du centre.

DESCRIPTION DU RAPPORT

En plus de la section Identification du centre de Santé, le canevas comprend 4 parties :

- ✓ **La première partie** contient les informations générales sur les activités des centres de santé.
- ✓ **La deuxième partie** porte sur les données de morbidité des principaux groupes d'affections rencontrées lors des consultations primaires curatives des patients qui consultent les centres de santé. Donc ces informations sont issues des registres de consultations disponibles dans chaque centre de santé.
- ✓ **La troisième partie** comprend les données de planification familiale.
- ✓ **La quatrième partie** comprend les données de vaccination.
- ✓ **La cinquième partie** porte sur les données des programmes lèpre et tuberculose qui sont fournies trimestriellement à la Direction Préfectorale de Santé dont relève le centre de santé.

Première partie : Remplissage du canevas de rapport

I - Identification du centre de santé

Cette partie contient les renseignements permettant d'identifier le centre de santé, ce sont :

L'Inspection régionale dont relève le centre de santé, la préfecture ou la commune dont relève le Centre de santé, le Nom du centre de santé, Nom de la sous préfecture ou de la CRD à la quelle appartient le centre de santé, la population totale, la population couverte, le mois concerné par le rapport et le nom de la personne responsable du remplissage du canevas.

Le document du ministère du plan relatif au recensement de la population en 1996 étant publié, il est conseillé de l'utiliser comme base d'actualisation de la population à partir du taux d'accroissement naturel en vigueur pour votre zone.

Ainsi, pour un taux de croissance de 2,7%, il vous suffit de multiplier la population de l'année écoulée par 1,027 afin d'obtenir une estimation de la population de l'année en cours.

Par exemple :

Population de 1998 = 10 000 habitants
Population de 1999 = 10 000 x 1,027 soit 10 270 habitants

II - Activités des centres de santé

Cette secetion porte sur les principales activités développées dans les centres de santé. Ce sont :

a) Consultations curatives

i - Premiers contacts: Il s'agit des malades reçus dans le centre pour la première fois pour un nouvel épisode de maladie. Un même patient peut venir pour deux maladies mais ne sera qu'un seul premier contact. On compte ici le nombre de personnes, pas le nombre de maladies.

Important : Ce chiffre vous permet de calculer le taux d'utilisation de votre centre de santé lors des monitorages.

ii - Contacts ultérieurs: concernent les malades déjà venus consulter une première fois et revenant pour la même maladie.

La somme des premiers contacts et des contacts ultérieurs, divisée par 22 (nombre moyen de jours ouvrables par mois) permet d'obtenir le nombre moyen de consultations du centre de santé.

Par exemple : Premiers contacts = 100
Contacts ultérieurs = 10
Charge de travail = (100 + 10) /22 soit 5 consultations par jour.

iii - Contacts traitement : Malades venant pour des soins, pansements, injection, etc.

iv – Total des prestations : Il s'obtient en additionnant les premiers contacts, les contacts ultérieurs et les contacts traitements.

v – Nombre de malades référés : malades référés du centre de santé à l'hôpital ou à une consultation spécialisée.

b) Santé maternelle et infantile

i – Nombre de première CPN: Il s'agit des femmes en grossesse qui consultent pour la première fois le centre de santé pour la grossesse en cours.

ii – Nombre de jours sans rupture en FAF: C'est le nombre de jours ***ouvrables*** du mois pendant lesquels le FAF était disponible au Centre de santé.

iii - Nombre de fiches avec au moins 3 CPN dont une au dernier mois : Ce sont les femmes enceintes ayant bénéficié de 3 consultations prénatales ou plus pendant leur grossesse. Et une de ces consultations ayant eu lieu pendant le neuvième mois.

iv – Nombre Total de CPN : Nombre total de consultations prénatales effectuées pendant le mois, y compris les premières.

v - Nombre de grossesses à risque référées : C'est le nombre de femmes présentant des facteurs de risque liés à leurs grossesses, référées par le centre de santé vers des structures de niveau supérieur (hôpital préfectoral, hôpital régional) pour y être prises en charge.

vi - Nombre d'accouchements dans les centres de santé : Il s'agit des accouchements ayant eu lieu dans la structure sanitaire.

> **A retenir :** Ce nombre, rapporté au nombre de naissances attendues pour la période dans la sous-préfecture, vous permet d'estimer la proportion d'accouchements ayant eu lieu au Centre de Santé.

vii – Nombre d'accouchées reçues dans les 42 jours après l'accouchement : il s'agit des accouchées, reçues au centre de santé dans les 42 jours suivant l'accouchement.

viii - Nombre d'accouchements asistés par Accoucheuses Villageoises : Il s'agit des accouchements faits **à domicile** mais assistés par une accoucheuse formée.

> **A retenir :** Ce nombre, ajouté aux accouchements faits en centres de santé permet de calculer la proportion d'accouchements assistés par un personnel formé.

ix - Nombre de naissances vivantes : Ce sont tous les enfants nés vivants et enregistrés dans le centre de santé.

> **A retenir** : Il est i,portant de bien distinguer les enfants nés au Centre de santé (1ère sous-ligne) et ceux nés à domicile (2ième sous-ligne) avec l'aide d'une AV.

x - Nombre de Mort-nés : Ce sont tous les nouveau-nés n'ayant donné aucun signe de vie. Il peut s'agir de mort-nés macérés ou non.

> **Important** : même remarque pour les accouchements faits par AV à domicile, ajouter le nombre de mort-nés rapporté par les AV dans la case correspondante.

Ce nombre permet de calculer le taux de mortinatalité, c'est à dire le pourcentage de mort-nés par rapport aux naissances.

$$\textbf{Taux de mortinatalité} = \frac{\textbf{Nombre de mort-nés}}{\textbf{Nombre de naissances vivantes} + \textbf{Nombre de mort-nés}} \times 100$$

Important : Si ce taux semble trop élevé, il est nécessaire d'améliorer la qualité des CPN et de la prise en charge des accouchements.

xi – Nombre de décès maternels : Ce sont les décès survenus pendant le travail, l'accouchement ou par suite de complications du post partum. Il ne faut pas oublier de compter les décès maternels rapportés par les Accoucheuses villageoises.

xii - Nombre de Nouveau-nés pesés : Il s'agit de reporter tous les nouveau-nés pesés et enregistrés dans le centre de santé. Il est vivement conseillé de ne reporter que les **nouveau-nés réellement pesés.**

xiii - Nombre de Nouveau-nés de poids < 2500 g : Nouveau-nés vivants dont le poids est inférieur à 2500g.

A retenir : Ce nombre permet de calculer le taux de faible poids de naissance, qui devrait être inférieur à 10%.

$$\text{Taux de faible poids de naissance} = \frac{\text{Nombre de nouveau-nés vivants pesant} < 2500\text{ g}}{\text{Nombre de nouveau-nés pesés}} \times 100$$

xvi - Nombre de parturientes référées : Regroupe l'ensemble de femmes en travail référées à une structure de niveau supérieur (hôpital régional, hôpital préfectoral).

c) Santé de l'enfant

Il s'agit des consultations de suivi de la croissance des enfants sains de 0 à 36 mois. Selon les instructions du programme, tous les enfants âgés de 0 à 36 mois devraient être suivis dans les Centres de santé.

i - Nombre de Nouvelles fiches ouvertes : C'est le nombre de nouveaux inscrits pendant le mois.

ii - Nombre d'enfants accompagnés pour Consultations de suivi : Il s'agit du nombre de consultations de suivi réalisées dans le mois, donc toutes les consultations d'enfants sains, moins les premières consultations (nouveaux inscrits).

Toutes les cases des tableaux d'activités doivent être remplies. Si aucun cas n'a été observé, inscrire 0. Si c'est une donnée qui vous est inconnue, veuillez noter "ND" (non disponible) dans la case correspondante.

III – Relevé de morbidité

Cette partie regroupe tous les nouveaux cas, c'est à dire l'ensemble des patients qui ont consulté pour la première fois dans le centre de santé. Etant donné qu'un patient peut consulter pour plusieurs maladies, le nombre de nouveaux cas est donc souvent supérieur au nombre de premiers contacts de la grille d'activité. Pour les cas d'anémies, l'on fera la distinction entre les femmes en grossesses et les autres cas (voir les deux sous-lignes prévues à cet effet).

Dans l'élaboration du rapport mensuel, il faut reporter pour chaque affection le nombre de cas par tranches d'âge figurant en tête de colonne et le total pour toutes les tranches d'âge. Dans la colonne **Réf.**, inscrire le nombre de patients référés vers une autre structure sanitaire. Mentionner le nombre de décès dans la colonne **DCD**.

IV - Les maladies à potentiel épidémique et à notification obligatoire

Le rapport se fait de la même façon que pour les autres maladies. Le cumul mensuel par tranche d'âge doit être rapporté ici **même si des notifications hebdomadaires ont été faites en cas d'épidémie.**

A retenir : A l'image des autres pays, il existe des pathologies qui font l'objet d'une surveillance particulière dans le système de santé Guinéen. Ce sont :

- ✓ **Maladies potentiellement épidémiques :** Choléra, Méningite, Fièvre Jaune, Rougeole.
- ✓ **Maladies en cours d'éradication :** Tétanos néonatal, Poliomyélite, Drancunculose.

V – Planification Familiale

5.1 IST/SIDA

a) Nombre total de patients : c'est le nombre total de personnes ayant consulté le centre pour une IST durant le mois (approche syndromique).

b) Nombre de patients dont les contacts (partenaires) ont été traités: C'est le nombre de patients dont au moins un contact a fait l'objet de traitement durant le mois.

5.2 Planification familiale

a) **Nouveaux utilisateurs :** Est considéré comme nouvel utilisateur, toute personne qui reçoit pour la première fois du Centre de Santé, une quelconque des méthodes de planification familiale disponibles.

NB : Cette définition exclu les contacts qui n'ont pas donné lieu à une vente de contraceptifs.

b) **Utilisateurs réguliers** : Est considéré comme utilisateur régulier, toute personne qui revient au Centre de santé pour un réapprovisionnement en contraceptifs.

c) **Total utilisateurs** : C'est l'ensemble de personnes qui utilise à un moment donné, une méthode de planification familiale délivrée par le Centre de santé. Il s'obtient en faisant la sommes de Nouveaux utilisateurs (NU) et les utilisateurs réguliers (UR).

TU = NU + UR Où **TU** = Total utilisateurs.

d) **Quantités vendues** : Pour chaque produit/méthode, c'est le nombre total d'unités vendues à l'ensemble des utilisateurs (Nouveaux et réguliers).

e) **Nombre utilisateurs avec effets secondaires** : Pour chaque produit/méthode, c'est le nombre de clients ayant notifié au Centre de Santé au moins un effet secondaire suite à l'utilisation d'une méthode de planification familiale.

VI – Rapport mensuel des vaccinations

Cette partie contient les données relatives aux vaccinations administrées dans les centres de vaccinations composés principalement des centres de santé et des points de vaccinations lors des stratégies avancées.

Important : Ce sont les informations portées dans ce rapport qui serviront au calcul des taux de couvertures vaccinales des enfants de moins d'un an et des femmes âgées de 15 à 45 ans enceintes et non enceintes. A cet effet, la fiabilité des couvertures vaccinales nationales à partir des données de routine dépendra de la qualité des données que vous reporterez dans

cette partie ; donc nous vous demandons d'accorder une grande attention lors du remplissage du tableau.

Le rapport de vaccination comporte deux parties. Ce sont :

a) Les renseignements généraux:

Ils portent essentiellement sur :

Le nom de la préfecture ;
La population totale couverte par le centre de santé ;
La population couverte par le centre de santé ;
Le nombre de Poste de santé relevant du Centre de santé ;
Le nombre de rapports compilés

b) Les activités de vaccination réalisées

i) Nombre de vaccinations administrées par antigènes et par groupes *d'âges* : A l'aide de votre fiche de pointage des vaccins administrés, vous rempilerez dans chaque case correspondante le nombre de doses de vaccins administrées.
S'agissant de la vaccination des femmes enceinte contre le tétanos néonatal, il faut remplir avec beaucoup d'attention pour ne pas confondre femmes âgées de 15 à 45 ans enceintes et non enceintes.

ii) Le nombre de flacons utilisés : Cette case aussi se rempli seulement à la fin du mois à partir des fiches de stocks des vaccins disponibles dans chaque centre de santé

iii) Enfants protégés dès la naissance contre le Tétanos néonatal : Il s'agit des enfants dont les mères ont pris régulièrement leurs vaccins antitétaniques durant leurs grossesses. Il est conseillé de le vérifier souvent lors de l'administration de la première dose de DTC1 . Cette vérification se fera à partir du carnet de santé de la mère ou tout autre document attestant l'administration du vaccin antitétanique durant la grossesse.

iv) Enfants non protégés contre le tétanos néonatal la naissance Il s'agit des mères ne disposant aucun document attestant la validité des vaccinations antitétaniques administrées durant leurs grossesses.

VII – Rapport semestriel du programme de lutte contre la tuberculose

a) Tuberculose pulmonaire

Frottis positifs : Examen de crachats avec présence de bacilles de KOCH (BK).

Nouveaux cas (1) : Cas dépistés au cours de la période avec examen de crachats positif et jamais traités avec la polychimiothérapie anti-tuberculeuse.

Rechutes (2) : Cas déclarés guéris avec bacilloscopie négative au 8ème mois de traitement qui reviennent avec un examen de crachats positif.

Frottis négatifs : Ce sont des tuberculoses pulmonaires confirmées par un médecin avec examen de crachats négatifs.

b) Tuberculose extra pulmonaire

Ce sont les cas de tuberculose (confirmés par un médecin) siégeant dans d'autres organes en dehors des poumons (pleurésie tuberculeuse, tuberculoses osseuses etc..... ;)

245

RAPPORT DES RESULTATS DE TRAITEMENT

Cas enregistrés 12 – 15 mois au paravent : Ce sont les cas mis en traitement le trimestre homologue de l'année précédente : exemple le rapport du 1er trimestre 1999 évalue les résultats du traitement des malades enregistrés au 1er trimestre 1998 (Janvier Mars et Avril 1998).

1) **Guéris avec frottis négatif** : Ce sont les malades qui ont pris le traitement et qui ont bénéficié d'un examen de contrôle négatif à la fin du 8ème mois.

2) **Traitement terminé** : Ce sont les malades qui ont achevé leur 8ème mois de traitement sans bénéficier d'un examen de contrôle au 8ème mois

3) **Décédés** : Concerne tous les malades tuberculeux décédés au cours de leur traitement

4) **Echecs :** il s'agit des patients dont le frottis de contrôle du 5ème mois de traitement est positif et qui doivent donc bénéficier d'une reprise de traitement.

5) **Défaillants** : Ce sont les malades ayant abandonné le traitement ou ne l'ayant pas mené à terme au cours de l'évaluation

Total évalué : C'est le total de chaque colonne du tableau

VII – Rapport trimestriel du programme de lutte contre la lèpre

A) **Total cas fin période précédente** : Il s'agit des cas en traitement à la fin du trimestre précédent (partie E du trimestre précédent).

B) **Maladies enregistrées durant la période écoulée** : Ce sont les cas enregistrés (nouveaux ou rechutes) au cours du trimestre écoulé.

b – 1 **Total nouveaux cas** : Concerne tous les cas dépistés au cours de la période et qui n'ont jamais été soumis à un traitement (PCT, monothérapie)

b- 2 **dont mutilés degré** 1 : Il s'agit des nouveaux cas qui ont été classés mutilés degré 1
b-3 **Mutilés degré 2** : Ce sont les nouveaux cas de la période mutilés degré 2

b- 4 **dont enfants :** Ce sont les nouveaux cas âgés de moins de 15 ans.

b-5 **Rechutes** : Ce sont les malades déclarés guéris par la polychimiothérapie qui reviennent avec des lésions actives de lèpre.

b-6 **Total** : Est la somme des nouveaux cas(b1) et des rechutes (b5) plus précisément ce sont les malades enregistrés durant la période.

C) **Cas traités au cours de la période écoulée**

C-1 **Total** : Regroupe tous les malades de la période anciens et nouveaux traités au cours de la période.

C-2 **dont sous traitement** : IL s'agit de prendre parmi les malades de la période, ceux qui sont traités par la polychimiothérapie.

C- 3 **Régulier sous PCT :** La démarche consiste à prendre sur le total des malades sous PCT, les malades qui ont respecté les 2/3 de leur rendez-vous sans manquer 2 rendez--vous successifs ;

D) Mis hors traitement durant la période écoulée

d-1 Guéris : Ce sont les malades qui ont terminé leur PCT et qui sont déclarés guéris.

d-2 Perdue de vue : Concerne les malades qui n'ont pas reçu le traitement depuis 12 mois à la date de la confection du rapport.

d-3 Transferts/décédés : Ce sont les malades transférés dans une structure sanitaire en dehors de la préfecture et ceux qui sont décédés au cours de la période.

Total cas fin de période écoulée (c1 moins d4) : C'est le total des cas traités au cours de la période (c1) moins le total des mis hors registres de la période (d4).

f 1 Réactions lépreuses : C'est l'ensemble des malades (anciens et nouveaux) qui ont présenté une réaction lépreuse (érythèmes noueux lépreux, névrite etc...) au cours de la période

f 2 Ulcères C'est l'ensemble des malades (anciens, nouveaux ou guéris) qui ont présenté un ulcère au cours de la période.

Deuxième partie : Définition des cas

Ce document présente les définitions de cas utilisées pour le diagnostic des principales affections rencontrées dans les centres de santé du pays. Cette approche est principalement basée sur les diagnostics établis à partir des signes cliniques présentés par les patients lors des consultations primaires curatives.

L'élaboration de ce document répond au grand souci d'harmoniser les différentes méthodes de diagnostic des affections reçues dans les formations sanitaires du pays. Son utilisation au niveau des services techniques des hôpitaux en consultations externes est vivement conseillée.

Tétanos néonatal : Nouveau né de moins de 1 mois qui, alors qu'il tétait et cri normalement depuis la naissance, devient soudainement incapable de téter, présente des convulsions et/ou une raideur généralisée.

> **A retenir :** Les cas de tétanos néonatal doivent être rapportés chaque semaine sur le calendrier de surveillance épidémiologique. La notification 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 dans le lieu d'origine du cas.

Tétanos: Apparition brutale de contractions musculaires douloureuses accompagnées de spasmes généralisés sans autre cause apparente. **Le tétanos néonatal n'est pas inclus sous cette rubrique.**

Poliomyélite aiguë : Tout cas de paralysie flasque aiguë 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. **Les séquelles de polio ancienne ne doivent pas figurer sous cette rubrique.**

> **A retenir :** Les cas de polio 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.

Rougeole : Fièvre > 38,5°C + éruption de plus de 3 jours + toux ou écoulement nasal ou conjonctivite.
IL est recommandé de suivre régulièrement les cas de rougeole enregistrés dans vos formations sanitaires en enregistrant régulièrement tous les cas reçus afin de détecter toutes les variations inhabituelles. Cette attitude permettrait de détecter précocement tout début d'épidémie dans votre zone de couverture.

L'apparition de quelques 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, le renforcement de la vaccination doit se faire si on observe une augmentation brutale des cas. La notification au DPS doit se faire immédiatement.

Coqueluche : Toux prolongée avec quintes entrecoupées d'inspirations sifflantes (**chant du coq**) et souvent suivies de vomissements.

Diphtérie : Angine avec pseudo-membranes grisâtres et altération de l'état général.

La notification d'un cas ou plus de diphtérie doit donner lieu à une note descriptive au DPS pour contrôler la fiabilité du diagnostic.

Diarrhées non sanglantes : Emission de plus de trois selles liquides par jour pendant plus d'un jour à l'exception du choléra et des diarrhées avec sang.

> **A retenir :** En cas d'augmentation brutale des cas, prévenir immédiatement le DPS.

Diarrhées sanglantes : Emissions de plus de trois selles avec sang par jour pouvant être accompagnées de coliques et/ou de fièvre.

Helminthiases intestinales : Emission de vers dans les selles et/ou dans les vomissements et/ou examen parasitologique des selles positif.

Infections Respiratoires Aiguës < 3 semaines :Toute infection respiratoire aiguë nécessitant ou non un antibiotique. Il s'agit le plus souvent de toux avec fièvre qui ne dépasse généralement pas les 3 semaines.

Infections Respiratoires Aiguës > 3 semaines :Toute infection respiratoire aiguë nécessitant ou non un antibiotique. Il s'agit le plus souvent de toux avec fièvre avec une durée de 3 semaines et plus.

Asthme : C'est une maladie respiratoire chronique caractérisée par des respirations sifflantes surtout en période froide.

Malnutritions : Maladie due à l'insuffisance des apports alimentaires et se traduisant sous deux formes :

Marasme : enfant dans un état de maigreur important ou rapport poids/taille inférieur à 80%.

Kwashiorkor : enfant apathique, présentant des œdèmes, une atrophie musculaire et une décoloration des cheveux.

Anémie : Pâleur des conjonctives, souvent accompagnée de fatigue et de vertiges

Goitre : C'est une augmentation du volume de la base du cou due à une hypertrophie de la glande thyroïde

Diabète sucré : Il faut penser au diabète sucré chez tout malade présentant le signes suivants : boire beaucoup plus que d'habitude, mange beaucoup et urine beaucoup accompagnés de la présence du sucre dans les urines.

Important : Il est conseillé d'orienter vers un centre spécialisé tous les patients présentant ces principaux signes cités plus haut.

Paludisme : Toute fièvre isolée sans autre cause évidente avec ou sans goutte épaisse positive.

Paludisme grave: C'est la forme grave du paludisme caractérisée par une forte fièvre avec des convulsions parfois des troubles du comportement, des agitations et parfois un coma.

A retenir : Cette affection se distingue de la méningite par l'absence d'une raideur franche de la nuque et la ponction lombaire est négative.

Ictères :Fièvre avec teinte jaune des conjonctives et souvent accompagnée d'émission d'urines brunes.

A retenir: En cas d'augmentation anormale des cas, il faut prévenir immédiatement le DPS.

Conjonctivite : C'est une lésion inflammatoire de la conjonctive oculaire se manifestant par une impression de sable dans l'œil, un prurit un larmoiement une rougeur des conjonctives et des sécrétions plus ou moins jaunâtres.

Autres infections oculaires : Concerne toutes les maladies infectieuses des yeux :

Trachome : Se caractérise généralement par une rougeur de yeux avec présence des follicules (aspects grains de fonio)

Autres maladies des yeux : Toutes les maladies non infectieuses des yeux : glaucomes, cataracte, baisse de la vision.

Ecoulement urétral : C'est une perte liquidienne purulente ou non, provenant de l'urètre accompagnée ou non de douleur à la miction.

Ecoulement vaginal : C'est une perte liquidienne anormale de par son abondance, sa couleur, son aspect et parfois son odeur, provenant et/ ou du col de l'utérus.

Douleurs abdominales basses : C'est un syndrome d'une infection génitale haute due à la diffusion des germes infectieux aux organes génitaux internes et au péritoine.

> **A retenir :** Au cas où les douleurs abdomilnales basses sont associées à un écoulement vaginal de type cervicite, notifier les 2 syndromes et traiter seulement les douleurs abdominales basses. Si elles sont associées avec un écoulement vaginal de type vaginite, notifier et traiter les 2 syndromes.

Ulcération génitale : C'est une perte de continuité des téguments au niveau des organes génitaux (plaie)

Autres MST : Regroupent le bubon inguinal, l'ophtalmie purulente du nouveau né et l'orchi-épididymite.

> **Bubon inguinal** :C'est l'hypertrophie inflammatoire des ganglions
> **Ophtalmie purulente du nouveau né :** C'est une conjonctivite contractée à la naissance par contact avec les sécrétions génitales infectieuses de la mère.
> **Orchi épidydimite** C'est une inflammation du contenu du scrotum en dehors de tout traumatisme

Maladies gynécologiques non-IST : Troubles des règles, douleurs prémenstruelles, fibromes, prolapsus génital.

Gale : Présence de petites vésicules très prurigineuses. Très contagieuse, la gale touche souvent plusieurs membres de la famille.

Affections dermatologiques: Toutes les maladies de peau en dehors de la gale : eczémas, boutons, furoncles, abcès, taches...

Traumatismes tout genre : Toute lésion récente d'origine traumatique volontaire ou accidentelle : fractures, brûlures, plaies. Les séquelles de brûlures ou fractures sont à classer dans "**Autres**".

Gastrites et ulcères : Douleur épigastrique apparaissant régulièrement après chaque repas.

Autres maladies digestives : Classer ici tout ce qui se rattache au système digestif à l'exclusion des gastrites, ulcères et diarrhées. Par exemple : constipations, ballonnements, douleurs abdominales sans cause apparente.

Hypertension artérielle (HTA) : TA supérieure à 14/9 chez l'adulte jeune et TA supérieure à 15/10 chez les personnes de plus de 45 ans.

Autres maladies cardio-vasculaires : Accidents vasculaires, trouble du rythme, insuffisance cardiaque.

Douleurs articulaires : Douleurs et/ou gonflement des articulations sans fièvre et sans notion de traumatisme.

Maladies de la bouche et des dents: Ulcérations, inflammations des gencives, caries, abcès dentaires.

Maladies de la sphère ORL. Rhinites, angines, otites, laryngites.

Autres : Si un diagnostic ne peut être classé sous aucune rubrique, il doit être classé dans "Autres".

MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE OU NOTIFICATION OBLIGATOIRE :

Méningite : Association d'un syndrome infectieux et d'un syndrome méningé caractérisé par la Fièvre > à 38°5 avec raideur de nuque, céphalées et/ou vomissement.

Chez le nourrisson : Fièvre > 38°5 et bombement de la fontanelle.

Tout cas suspect de méningite doit faire l'objet d'une ponction lombaire pour apprécier l'état du liquide céphalo rachidien.

Choléra : Diarrhée très liquide avec selles ressemblant à de l'eau de riz accompagnée ou non de vomissements. Une diarrhée qui s'accompagne de déshydratation rapide et grave ou une diarrhée qui tue les adultes doit être considérée comme un choléra.

A retenir La suspicion d'un cas de choléra dans votre communauté doit être immédiatement notifiée au DPS. La surveillance hebdomadaire des cas de diarrhées permet de dépister un début d'épidémie rapidement.

Fièvre jaune : Ictère accompagné de fièvre importante et altération de l'état général. Dans un second temps des hémorragies peuvent se produire. La mort survient dans les quelques jours après le début de la maladie dans un très grand nombre de cas.

A retenir : La suspicion d'un cas de fièvre jaune doit donner lieu au déclenchement immédiat du processus d'alerte épidémique. La surveillance hebdomadaire des cas d'ictère doit permettre de dépister un début d'épidémie rapidement.

Dracunculose : Ulcération de la partie inférieure de la jambe avec issue de l'extrémité du ver.

A retenir : En cas de suspicion d'un cas de dracunculose par un centre de santé, l'équipe de la DPS doit être informée immédiatement et se rendre sur place pour vérifier le diagnostic et prendre les mesures qui conviennent.

Shistosomiase urinaire : Présence de sang dans les urines sans autre cause apparente confirmé ou non par un examen microscopique.

Shistosomiase intestinale : Présence d'œufs dans un examen microscopique des selles.

Onchocercose: Malade présentant des nodules sous-cutanés associés à des troubles oculaires. Le diagnostic est posé par la mise en évidence de vers adultes dans les nodules ou de micro filaires dans les tissus sous cutanés ou dans l'œil. Seuls doivent être rapportés les cas confirmés.

Tuberculose : Nouveaux cas de tuberculose confirmée par examen de laboratoire.

Lèpre : Nouveaux cas de lèpre détectés conformément aux instructions du Programme National de lutte contre la lèpre.

Trypanosomiase : Présence de ganglions cervicaux élastiques avec fatigue et altération de l'état général. Dans un second temps apparaissent des troubles du comportement. En cas de doute référer le patient dans un centre pouvant confirmer le diagnostic. Cette partie ne concerne que les cas de Trypanosomiases confirmés au laboratoire.

ANNEXE : 09

CCP' s Fannie Foonseca-Backer's trip report (10-22 March 2002)

JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY

Center for Communication Programs
School of Hygiene and Public Health
111 Market Place - Suite 310
Baltimore, Maryland 21202-4012 USA
Telephone (410) 659-6300 / Fax (410) 659-6266
Website: http://www.jhuccp.org
E-Mail: ffbecker@jhuccp.org

TRIP REPORT

PREPARED BY: Fannie Fonseca-Becker

DATE: April 10, 2002

SUBMITTTED TO:
Kathy Jacquart- USAID Guinea
Sean Cantela - USAID Guinea
Laura Strickler – MSH
Alain Joyal - PRISM
Elke Konings - MSH

CC:
Susan Krenn - JHU/CCP
Carol Sienché - JHU/CCP
Guillaume Bakadi - JHU/CCP-Guinea
Kim Seifert - JHU/CCP
Maria Elena Figueroa - JHU/CCP

SITE VISITED:
Guinea

DATES OF VISIT:
March 10-22, 2002

TRIP SUMMARY

The objectives of this trip were, in coordination with the consulting firm CERREGUI, to (1) participate in the training of supervisors and interviewers for the impact evaluation survey of the community mobilization and behavior change component of the Youth Campaign of the PRISM Project in Guinea, (2) pilot test and revise the questionnaire to be used for the evaluation, (3) conduct field tests and make final revisions to the questionnaire and data base, (4) approve the descriptive analysis plan.

During the first week, four briefing meetings were held: the first one with key PRISM personnel, the second one at the Ministry of Health (MOH) Offices to inform and obtain feedback on the evaluation plan, a third one at USAID, and a fourth one at the Ethics Division of the MOH. The rest of the week was spent revising questionnaires, finalizing field guides, training field staff, and preparing for field test.

During the second week the team conducted field tests in two communities in the Region of Coyah. Based on the field test, questionnaires and database were revised, and the final plan for data analysis was approved. A debriefing meeting was held at USAID.

Field data collection started on April 3 and will be completed by May 30, 2002. A first draft of the descriptive report is expected for mid-July, 2002. Complex analysis will be conducted at JHU/CCP and the final report is expected to be ready by October, 2002.

Preliminary discussions were held with the PRISM Country Director and USAID staff regarding scope and funding for the impact evaluation of the new Safe Motherhood and Child Health Campaign of the PRISM Project.

TRIP REPORT
CAMPAGNE JEUNES - PRISM GUINEA
Fannie Fonseca-Becker
March 10 - 22, 2002

I. Objectives

Dr. Fannie Fonseca-Becker, JHU/CCP Senior Evaluation and Research Officer, visited Guinea from March 10 to 22, 2002 under the PRISM Project to conduct impact evaluation activities for the behavior change communication component of its Youth Campaign. Specific objectives were, in coordination with CERREGUI, a local consulting firm, to:

1) Participate in the training of supervisors and interviewers;
2) Pilot test and revise the questionnaire to be used in the impact survey;
3) Conduct field tests, and make final revisions to questionnaires and database; and
4) Approve the descriptive analysis plan.

II. Background

PRISM (Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST/SIDA) is a cooperative agreement managed by Management Sciences for Health (MSH), in partnership with the Johns Hopkins University Center for Communication Programs (JHU/CCP), to implement the United State Agency for International Development (USAID) expanded support program to the Guinea Ministry of Health (MOH). The Youth Campaign ("Campagne Jeunes") has the overall goal of reducing unintended pregnancies, increasing knowledge about sexually transmitted infections (STIs) and HIV/AIDS, and promoting responsible and safe sexual practices among Guinean men and women aged 16 to 24. To achieve the stated goals, the project has employed a multimedia approach that includes a mass media campaign, community mobilization, and peer educators. The "Campagne Jeunes" was implemented in 89 sub-prefectures in Kan-Kan and Faranah in the Haute Guinea region.

Evaluation activities for the community mobilization and behavior change component were initiated in the first quarter of 2002 with the issuing of a request for proposals to conduct the survey. As a result CERREGUI, a local consulting firm with experience in youth research, was contracted to conduct the impact survey. CERREGUI built a field team with extensive experience in household surveys and knowledge of the local culture and languages spoken in the project area.

III. Activities

The first week was spent reviewing evaluation protocols, conducting supervisor training and pilot testing the questionnaires. The sample will be composed of: 1000 youth 16-24 years of age (500 men and 500 women). The sampling design includes 31 "Zones de Dénombrement" (ZD) of which 16 are the same included in the 1999 Demographic and Health Survey (DHS). The sample is representative of the region with 20 ZD from rural areas and 11 urban ZD in Haute Guinea and a control area (Beyla) in Guinea Forestière. Two questionnaires are being used for data collection: (1) household, and (2) youth. Both questionnaires were translated from French into Malinke, which is the prevalent language in Haute Guinea.

Four briefings were held: (1) with key PRISM IEC staff (Guillaume Bakadi, Mohammed Cissé and Amiata Kaba); (2) with the MOH, including Dr Kadiatou Sy, Chief, Adolescent Health, Dr. Mahi Barry, Director for Public Health, and Dr. Rafi Diallo, Chief, Preventive Health Division; (3) with Kathy Jacquart, Project Officer at USAID Guinea; and (4) Dr. Cissé, Chief of the newly formed Ethics Division. MOH staff was very supportive of the evaluation activities and facilitated contacts with area health directors for the pilot study. As a follow-up to our debriefing, Dr. Cissé accepted our invitation to give a presentation regarding confidentiality and informed consent during the interviewers' training. Interviewers' training was conducted on Friday and Saturday.

During the second week, field tests were conducted in two communities in the region of Coyah. Final composition of the evaluation team was decided at the end of this week based on observations of individual performance. Recommendations for final revisions to the questionnaire were made after the field tests. The database was also revised, and the logistical plan and schedule for fieldwork and the composition of the teams were finalized.

Field data collection started on April 3 and is expected to be completed by early May 2002. Double data entry will be carried out concurrently with fieldwork, so it is expected that a clean data set will be available by July 2002. This data set will be compatible with STATA, and more complex analysis will be conducted at JHU/CCP/Baltimore. Two reports will be produced with the results of this baseline evaluation: CERREGUI will produce a first report of a descriptive nature by mid-July, 2002. In-depth analysis will be reported in a second comprehensive report by JHU/CCP by October, 2002.

IV Output

See questionnaire attached.

V Next Steps

1) Weekly summary reports on the progress of data collection in the field to be sent to Dr. Fonseca-Becker by Dr. Baldé of CERREGUI.
2) Review first draft of descriptive report by CERREGUI and distribute report by July 2002 to all parties involved.
3) Fonseca-Becker to conduct in-depth data analysis and produce comprehensive report by October, 2002.
4) OTHER - plan impact evaluation for the Safe Motherhood component of the Guinea PRISM Project.

J:\AFRICA\GUINEA\REPORTS\trip\FFB GUINEATRIP1 March'02.doc

ATTACHMENT

Individual Questionnaire Number |_|_|_|_/_/_/

HOUSEHOLD FORM N° |_|_|_|_/

Rep. of Guinea **Ministry of Health** **National Office of Public Health**

YOUTH CAMPAIGN – PRISM PROJECT (JHU/CCP)

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY

Cellule de recherche en santé de la reproduction en Guinée (CERREGUI)

SURVEY OF BEHAVIOR REGARDING ABSTINENCE AND STI/HIV/AIDS AMONG YOUTH IN UPPER GUINEA

IDENTIFICATION

Region: 1. Kankan 2. Faranah Control site: 3. Beyla

Prefecture: _____ |_|_|

Sub Prefecture / Township _____ |_|_|

Neighborhood/District : _____ |_|_|

Enumeration Area (EA) _____ |_|_|_|_|

Household number within the EA |_|_| Respondant number within the EA _____

Length of interview: Started _____:_____

INTERVIEWER VISIT

	1	2	3	FINAL VISIT
DATE	_____	_____	_____	DAY
NAME OF INTERVIEWER	_____	_____	_____	MONTH
	_____	_____	_____	YEAR 2002
OUTCOME*	|_|_|	|_|_|	|_|_|	INTERVIEWER
NEXT VISIT DATE	_____	_____		OUTCOME
TIME	_____	_____		TOTAL NBR OF VISITS

*** OUTCOME CODES:**

1 COMPLETED
2 ABSENT
3 POSTPONED
4 REFUSED
5 PARTIALLY COMPLETED
6 INCAPACITATED
7 OTHER _____ (SPECIFY)

Language used during the interview	
Respondant's native language	
Language of the questionnaire	0 1
Interpreter used NO .....0 YES.....1	

LANGUAGE CODES 01= French / 02= Malinke / 03=Peuhl / 04= Soussou / 05= Kissi / 06 = Toma / 07= Kpélé 08 = Konianké 97 other– _____

QUALITY CONTROL	SUPERVISED IN THE	CHECKED IN THE	CHECKED IN THE	DATA ENTRY

	FIELD BY:	FIELD BY:	OFFICE BY:	# 1	# 2
NAME:					
DATE:					
CODE #					

PLEASE READ THE STATEMENT BELOW OUT LOUD BEFORE CONTINUING WITH THE QUESTIONNAIRE.

The PRISM Project, with support from CERREGUI, is conducting a survey for the Ministry of Health to help us improve our program and to educate young people about HIV/AIDS prevention and the prevention of unintended pregnancies.

Your participation in this survey is very important to us, and is completely voluntary. If you agree to answer the survey questions, you will be asked about your ideas, attitudes and behavior with regard to various aspects of HIV/AIDS prevention and the prevention of unintended pregnancies. Your answers will remain confidential, and only the researchers and the interviewers will have access to the information. It will take thirty to forty minutes to complete the questionnaire.

Do you agree to answer the questions, or not?

NO |___|

YES |___|

NOT VALID WITHOUT THE SEAL OF CERTIFICATION FROM THE COMMITTEE OR IRB

Invalid one year after this date
CHR No

SECTION I: SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q102	Note the sex of the respondant.	MALE .....1 FEMALE.....2	
Q103	What is your year of birth?	YEAR .....|__|__| DON'T KNOW YEAR.....98	
Q104	How old are you? (in complete years) ***Compare and correct Q103 in case of inconsistency.***	AGE IN COMPLETE YEARS .....|__|__| DON'T KNOW.....98	
Q105	Have you been to school?	NO.....0 YES.....1	➡ Q107
Q106	What is the highest level of schooling that you reached : was it primary school, secondary school, a school of higher education, or Koranic school?	PRIMARY.....1 SECONDARY.....2 HIGHER ED. .....3 PROFESSIONAL .....4 OTHER (specify)_____.....5	
Q107	Can you read and understand a letter or newspaper in French easily, with difficulty, or not at all?	NOT AT ALL.....0 WITH DIFFICULTY .....1 EASILY.....2	
Q108	Do you have an occupation for which you are paid?	NO.....0 YES.....1	
Q109	How many (living) brothers and sisters do you have who are your Father's responsibility?	NBR OF BROTHERS.....|__|__| NBR OF SISTERS .....|__|__| DON'T KNOW.....98	
Q110	Have you ever had children?	NO.....0 YES.....1	➡ Q112
Q111	How many children have you had?	NBR OF BIRTHS .....|__|__|	
Q112	What is your current marital status ?	IN UNION (married or in concubinage.....1 Never married.....2 WIDOWED.....3 DIVORCED .....4 SEPARATED.....5	➡Q113 ➡ Q116
Q113	*If the respondant is a woman* ⬇	*If the respondant is a man ➡ Q116*	
Q114	***FOR WOMEN***: How many other women does your husband/partner have?	NO OTHER WOMEN .....0 NBR OF WOMEN .....|__|__| DON'T KNOW.....98	➡Q116

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q115	***FOR MEN***: How many wives/partners do you have?	NBR OF WOMEN.....|__|__|	
Q116	Who are you living with now? ***Do not read the list*** ***Circle all responses given***	ALONE ..... 0 MOTHER ONLY ..... 1 FATHER ONLY ..... 2 SPOUSE ..... 3 OTHER FRIENDS ..... 4 BOTH PARENTS ..... 5 OTHER RELATIVES ..... 6 OTHER (SPEC. REL'SHIP) _____ 97	
Q117	Who usually looks after your financial needs ? ***Do not read the list*** ***Circle all responses given***	YOURSELF ..... 0 PARENTS ..... 1 GIRLFRIEND/BOYFRIEND ..... 2 SPOUSE ..... 3 OTHER (specify) _____ 97	

SECTION 2: INTERACTIONS AND SOCIAL SUPPORT

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q200	Are you a member of a "séré/karé?"	NO.....0 YES.....1 **If YES** what is the name (identification) of the SERE? _____ _____	➡Q202
Q201	Do you have friends who are not members of your SERE? (include both sexes)	NO .....0 YES.....1 **If YES** ask approximately how many friends. NBR MALE **FRIENDS**.....|__|__| NBR FEMALE **FRIENDS**.....|__|__|	
Q202	Do you belong to any other organizations (for example, youth clubs, religious study groups, "grains," and service groups)?	NO .....0 YES .....1 **If YES** – specify type of organization: a) Youth club b) Grain c) Religious study group d) Service group e) Other (specify) _____	
Q203	Do you think that (*all, most, some or none*) of your unmarried friends have already had sexual relations?	NONE.....0 SOME.....1 MOST.....2 ALL.....3 DON'T KNOW.....98	

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q204	How much importance do you give to what the following people think of your sexual behavio? Would you say that their opinions are of no importance to you (NI), somewhat important (SI) or very important (VI)? ***Read each line and circle the response given.***		

	NI	SI	VI	DK
a) PARTNER/SPOUSE.....	0	1	2	98
b) MOTHER.....	0	1	2	98
c) FATHER	0	1	2	98
d) AUNT/UNCLE.....	0	1	2	98
e) BROTHER/SISTER	0	1	2	98
f) SERE MEMBERS	0	1	2	98
g) BEST FRIEND.....	0	1	2	98
h) RELIGIOUS LEADER....	0	1	2	98
i) TEACHER.....	0	1	2	98

Q205	Who do you go to for advice when you have questions about sexuality? ***DO NOT READ THE ANSWERS.*** ***ASK: ANYONE ELSE?*** ***CIRCLE ALL RESPONSES GIVEN.***	1) PARTNER/SPOUSE 2) MOTHER 3) FATHER 4) AUNT/UNCLE 5) BROTHER/SISTER 6) SERE MEMBERS 7) BEST FRIEND 8) RELIGIOUS LEADER 9) TEACHER 10) DOCTOR 11) NURSE 12) "PEER EDUCATORS" 13) HAIRDRESSER 14) TAILOR 97) Others (specify)	
Q206	In your opinion, if you compare this date with the same time last year, do you think the following people are more open to young people's questions about reproductive health or not (for example, being willing to talk about unintended pregnancies, HIV/AIDS and sexually transmitted infections)? ***READ EACH LINE.*** ***CIRCLE THE RESPONSES GIVEN.***		

	NO	YES	DK
A) PARENTS	0	1	98
B) SERE MEMBERS	0	1	98
C) OTHER YOUNG PEOPLE	0	1	98
D) COMMUNITY LEADER	0	1	98
E) RELIGIOUS LEADER	0	1	98
F) HEALTH WORKERS	0	1	98

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q207	Have you heard of the peer educators (young girls and boys who talk to young people about STIs, HIV/AIDS and unintended pregnancies)?	NO ..... 0 YES..... 1	→ Q300A
Q208	Do you know anyone who is a peer educator ?	NO ..... 0 YES.....1	
Q209	In your opinion, do you think the following people support the peer educators' activities or not? ***READ EACH LINE.*** ***CIRCLE THE RESPONSES GIVEN.***	NO YES DK A) PARENTS 0 1 98 B) SERE/KARE MEMBERS 0 1 98 C) OTHER YOUNG PEOPLE 0 1 98 D) COMMUNITY LEADER 0 1 98 E) RELIGIOUS LEADER 0 1 98 F) HEALTH WORKER 0 1 98 G) TEACHER 0 1 98	

SECTION 3: REPRODUCTIVE HEALTH: KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIOR

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	
Q300A	Have you heard of methods or ways that a couple can use to delay the onset of a pregnancy or avoid getting pregnant?	NO ..... YES..... 1	➡ Q300C
Q300B	What are the ways or methods that you know for delaying the onset of a pregnancy or to avoid getting pregnant? ***Do not read the answers*** ***Circle all responses given***	Pill ..... 1 Injectable ..... 2 Condom ..... 3 Spermicides ..... 4 Norplant ..... 5 IUD (Loop) ..... 6 Female sterilization ..... 7 Male sterilization ..... 8 Rhythm, periodic abstinence..... 9 Withdrawal..... 10 Other (specify) 97	
Q301A	In the last six months, have you thought about refraining from or delaying sexual relations with someone?	NO.....0 YES..... 1	➡ Q303
Q301B	In the last six months, have you talked about refraining from or delaying sexual relations with someone?	NO.....0 YES..... 1	➡ Q303
Q302	Who did you talk to? Was it with your... ***Read each line and circle the responses given***	NO YES DK a) BOY/GIRLFRIEND ..... 0 1 98 b) MOTHER..... 0 1 98 c) FATHER ..... 0 1 98 d) AUNT/UNCLE..... 0 1 98 e) BROTHER/SISTER ..... 0 1 98 f) SERE MEMBER..... 0 1 98 g) BEST FRIEND..... 0 1 98 h) PEER EDUCATOR ..... 0 1 98 i) HAIRDRESSER/TAILOR ..... 0 1 98 j) HEALTH PROFESSIONAL . 0 1 98 k) RELIGIOUS LEADER..... 0 1 98 l) TEACHER..... 0 1 98 m) OTHERS (specify) _____ 0 97	
	Verify Q112. If respondant is UNMARRIED (#2) **Ask Q303** ↓ ▼	**If not, go to ➡ Q304**	

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q303	Have you ever had sex?	NO.....0 YES.....1	➡ Q312
Q304	How old were you when you had your first sexual experience?	AGE IN YEARS ..... |__|__| DON'T KNOW.....98	
Q305	Since your first sexual experience, how many sexual partners have you had? ***(including the first one)***	NUMBER OF PARTNERS.....|__|__| DON'T KNOW.....98	
Q306	How long has it been since you last had sex?	DAYS.....1 |__|__| WEEKS.....2 |__|__| MONTHS.....3 |__|__| YEARS..... 4 |__|__| FORGET/DK.....98	
Q307	What is/was your relationship with the person you last had sex with?	HUSBAND/WIFE.....1 FIANCE.....2 BOY/GIRLFRIEND.....3 OCCASIONAL PARTNER.....4 PROSTITUTE.....5 OTHER (specify) _____97	
Q308A	Have you ever used a modern contraceptive method? ***Circle all responses given.***	NO.....0 YES..... 1 If YES, what methods? a) Pill b) Injectable c) Condom d) Spermicides e) Norplant f) IUD g) Female sterilization h) Male sterilization i) Other (specify) _____	
Q308B	Have you ever used a condom to protect yourself from STIs or HIV/AIDS ?	NO.....0 YES..... 1	➡ Q312
Q309	The last time you had sex, did you use a condom?	NO.....0 YES..... 1	➡ Q311
➡Q310	Who suggested using a condom?	YOU..... 1 YOUR PARTNER..... 2 BOTH..... 3 DON'T KNOW..... 98	➡Q312

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q311	Why didn't you use a condom the last time you had sex ? **Do not read the answers; circle all responses given.** Any other reason?	TRUST..... 1 FAITHFUL..... 2 WANT CHILDREN..... 3 REDUCES PLEASURE..... 4 PARTNER OPPOSED.....5 EFFECT ON HEALTH.....6 TOO EXPENSIVE..... 7 DIDN'T HAVE ONE WITH ME..... 8 OTHER (specify)_____ 97 _____ DON'T KNOW.....98	
Q312	Do you know where you can get a condom?	NO .....0 YES..... 1	➡ Q314
Q313	Where can you get a condom? *Anywhere else?...* ***Do not read the answers. Circle all responses given.***	PHARMACY.....1 KIOSK/BOUTIQUE.....2 HEALTH CENTER/HOSPITAL..... 3 MARKET.....4 ROADSIDE STAND.....5 OTHER (specify) _____ 97 _____	
Q314	If someone gave you a condom, do you think you would know how to use it correctly?	NO.....0 YES..... 1	
Q315	If someone gave you a condom, would you be inclined to use it?	NO.....0 YES..... 1	
Q316	Have you ever advised someone to use a condom?	NO.....0 YES..... 1	
Q317	Have you heard of a disease called AIDS ?	NO.....0 YES..... 1	➡ Q325

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q318	How can you contract AIDS? ***Do not read the answers. Circle all responses given.*** *How else?...*	UNPROTECTED SEX (UPS) ..... 1 UPS WITH MULTIPLE PARTNERS.....2 UPS WITH PROSTITUTES ..... 3 UPS WITH PROSTITUTES' CLIENTS..... 4 NOT USING CONDOMS .... 5 HOMOSEXUAL RELATIONS ..... .6 KISSING ..... 7 USING SOILED OBJECTS .....8 BLOOD TRANSFUSION .....9 MOTHER/CHILD..... 10 MOSQUITO BITE ....11 OTHER (specify) _____ ..... 97 DON'T KNOW..... 98	
Q319	Is there anything a person can do to protect himself from AIDS?	NO ..... 0 YES..... 1 DON'T KNOW..... 98	➔ Q321
Q320	What can you do to protect yourself from AIDS? ***Do not read the answers; Circle all responses given.*** ***Anything else?***	ABSTAIN FROM SEXUAL RELATIONS..... 1 DELAY BECOMING SEXUALLY ACTIVE . .... 2 USE CONDOMS.....3 USE CONDOMS WITH HIGH RISK PARTNERS.....4 LIMIT SEXUAL REL. TO ONE PARTNER /REMAIN FAITHFUL TO ONE PARTNER.....5 LIMIT NUMBER OF SEXUAL PARTNERS..... 6 AVOID PROSTITUTES..... 7 AVOID HOMOSEXUAL RELATIONS.....8 AVOID BLOOD TRANSFUSIONS.....9 AVOID INJECTIONS..... 10 AVOID KISSING.....11 AVOID MOSQUITO BITES..... .12 SEEK OUT THE PROTECTION OF TRADITIONAL HEALERS.....13 OTHER (specify) _____.....97 DON'T KNOW..... 98	
Q321	Is it possible that a person who seems to be in good health could, in fact, be infected with the AIDS virus?	NO ..... 0 YES ..... 1 DON'T KNOW..... 98	
Q322	Can AIDS be transmitted from mother to child?	NO..... 0 YES..... 1 DON'T KNOW..... 98	
Q323	Do you personally know anyone who has AIDS or who has died of AIDS?	NO..... 0 YES. ..... 1 DON'T KNOW..... 98	

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q324	Do you think that your risk of contracting AIDS is small, average, great, or that you are at no risk of contracting AIDS?	SMALL.....1 AVERAGE.....2 GREAT.....3 NO RISK.....4	
Q325	Have you heard of diseases that can be sexually transmitted?	NO..... 0 YES..... 1	➔ Q327
Q326	What symptoms of these diseases do you know? ***Do not read the answers; circle all responses given.*** ***Anything else?***	PAIN DURING URINATION .....1 PIMPLES .....2 ITCHING.....3 SORES IN THE GENITAL AREA.....4 WHITE DISCHARGE .....5 PAIN IN THE LOWER ABDOMEN.....6 OTHER (specify).....97 DON'T KNOW.....98	
Q327	Have you visited a health center in the last 6 months to obtain reproductive health information or services?	NO..... 0 YES..... 1	➔ Q400
Q328	Can you tell me the name of the health center that you visited?	_____ _____	
Q329	What was the reason for your visit?	To obtain FP information/counseling..... 1 To obtain STI information/counseling.....2 To obtain HIV/AIDS information/counseling.....3 To obtain/change an FP method..... .4 To be treated for an STI..... 5 To be treated for HIV/AIDS.....6 Other..... 97 (specify)_____	
Q330	How were you received by the staff of the health center that you visited? **Read the answers and circle only one.**	Very well ..... 1 Well ..... 2 Not well/badly ..... 3 Don't know 98	
Q331	Did the health workers answer your questions to your complete satisfaction?	NO..... 0 YES..... 1	

SECTION 4: EXPOSURE TO MEDIA AND KEY MESSAGES

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q400	Do you have access to a radio (that works)?	NO..... 0 YES..... 1	
Q401	Do you listen to national or rural radio? ***Read each answer and circle only one.***	NO ..... 0 YES..... 1 **If YES** – How often do you listen to the radio? a) EVERY DAY OR ALMOST b) AT LEAST ONCE A WEEK c) AT LEAST ONCE A MONTH d) OTHER (specify)_____ e) DON'T KNOW	
Q402	During the last six months, have you witnessed any community events during which messages on the prevention of STIs, HIV/AIDS and unintended pregnancies, and on abstinence were disseminated?	NO .....0 YES.....1	➡ Q404
Q403	In what kinds of community events did you hear/see messages on the prevention of STIs, HIV/AIDS and unintended pregnancies, and on abstinence? ***READ EACH ANSWER AND CIRCLE ALL RESPONSES GIVEN.***	a) FOOTBALL MATCH b) EVENING OF ENTERTAINMENT c) YOUTH CAMPAIGN LAUNCH d) VIDEO SCREENING e) STREET SHOW f) SLIDE SHOW	
Q404	In the last six months, have you seen a theater production in your community during which messages on the prevention of STIs, HIV/AIDS and unintended pregnancies, and on abstinence were disseminated?	NO .....0 YES.....1	
Q405A	Do you know any hairdressers who give out messages about preventing STIs, HIV/AIDS and unintended pregnancies, and on abstinence?	NO .....0 YES.....1	➡ Q406A
Q405B	Have you attended any talks on these subjects at a hairdresser's?	NO .....0 YESI..... 1	
Q406A	Do you know any tailors who give out messages about preventing STIs, HIV/AIDS and unintended pregnancies, and on abstinence?	NO .....0 YES.....1	➡ Q407
Q406B	Have you attended any talks on these subjects at a tailor's?	NO .....0 YES..... 1	

269

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q407	In the last six months, have you attended any meetings conducted by peer educators, or have you spoken with peer educators about preventing STIs, HIV/AIDS and unintended pregnancies, and about abstinence?	NO .....0 YES.....1	
Q408	In the last six months, have you heard, read or seen messages on abstinence and the prevention of unintended pregnancies, HIV/AIDS and sexually transmitted infections? ***Read each line and circle the answer given***		

	Heard/read/saw		From what source ?					
	NO	YES	Radio	Brochure Poster	Peer Ed.	Haird./ Tailor	Hlth Ctr.	Other *
a) ABSTINENCE	0	1	2	3	4	5	6	97
b) DELAYING FIRST SEXUAL ENCOUNTER	0	1	2	3	4	5	6	97
c) PREVENTING UNINTENDED PREGNANCIES	0	1	2	3	4	5	6	97
d) CONDOMS	0	1	2	3	4	5	6	97
e) FP METHODS	0	1	2	3	4	5	6	97
f) HIV/AIDS	0	1	2	3	4	5	6	97
g) STIs	0	1	2	3	4	5	6	97

Other – Specify (As well as the answer and the source)

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

f) _____

g) _____

270

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
	VERIFY THE ANSWERS TO QUESTIONS 402 – 408. IF THE RESPONDANT ANSWERED: *NO TO ALL THE QUESTIONS:* *IF YES AT LEAST ONCE*		➡ Q415
Q409	Can you tell me what you have heard about abstinence, and about preventing unintended pregnancies, HIV/AIDS and sexually transmitted infections?		

		MESSAGES
	a) ABSTINENCE	1. _____ 2. _____
	b) DELAYING FIRST SEXUAL ENCOUNTER	1 _____ 2 _____
	c) FAITHFULNESS	1. _____ 2. _____
	d) CONDOMS	1. _____ 2. _____
	e) FP METHODS	1. _____ 2. _____
	f) HIV/AIDS	1. _____ 2. _____
	g) STIs	1. _____ 2. _____
	h) DON'T REMEMBER	

Q410	After having heard/seen the messages on abstinence, and on preventing unintended pregnancies, HIV/AIDS and sexually transmitted infections, did these messages help you take any action?	NO ..... 0 YES..... 1	➡ Q413

271

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q411	Have you already done something as a result of having heard/seen/read the messages on abstinence, and on preventing unintended pregnancies, HIV/AIDS and sexually transmitted infections? ***Circle all responses given without reading them out loud.*** ***ANYTHING ELSE?***	Got information about sexual abstinence..... 1 Decided to abstain from sex..... 2 Talked about HIV/AIDS with someone..... 3 Sought out more information about HIV/AIDS... 4 Stopped having sex outside of marriage or a permanent relationship..... 5 Visited the health center for more information on HIV, STI, FP..... 6 Got condoms ..... 7 Got an FP method ..... 8 Attended talks on HIV/AIDS, STIs, FP and abstinence provided by: - Peer Educators ..... 9 - Hairdressers/tailors ..... 10 - Health center ..... 11 Other (specify) 97	
Q412	With whom did you talk about HIV/AIDS and sexually transmitted infections?	a) PARTNER/SPOUSE..... b) MOTHER c) FATHER d) AUNT/UNCLE e) BROTHER/SISTER g) SERE f) BEST FRIEND g) PEER EDUCATOR h) HAIRDRESSER/TAILOR I) HEALTH PROFESSIONAL g) RELIGIOUS LEADER h) TEACHER i) OTHERS (specify)	
Q413	After having heard, read or seen the messages on abstinence, and on preventing unintended pregnancies, HIV/AIDS and sexually transmitted infections, do you intend to do anything about it?	NO .....0 YES.....1	➔Q415

272

N°	QUESTIONS AND INSTRUCTIONS	CODE CATEGORIES/ANSWERS	GO TO
Q414	What do you intend to do? ***Circle all responses given without reading them out loud.*** ***ANYTHING ELSE?***	Inform myself on sexual abstinence..... 1 Decide to abstain from sex..... 2 Talk to someone about HIV/AIDS..... 3 Seek out more information about HIV/AIDS..... 4 Stop having sex outside of marriage or a permanent relationship..... 5 Visit the health center for more information on HIV, STIs and FP..... 6 Get condoms..... 7 Get an FP method..... 8 Attend talks on HIV/AIDS, STIs, FP, and abstinence offered by peer educators, hairdressers/tailors, or the health center..... 9 Other. 97	

Q415	I am going to show you three logos. For each logo, tell me if you have seen it, and where. **Circle all responses given without reading them out loud.**		Logo 1	Logo 2	Logo 3	
		Hasn't seen	0	0	0	
		Brochures	1	1	1	
		Hairdresser	2	2	2	
		Tailor	3	3	3	
		Health Center	4	4	4	
		Football matches, street theater/show	5	5	5	
		Peer Educator Talks	6	6	6	
		Other (specify) _____ _____	97	97	97	

Q416	Now I am going to read you several messages, and I would like to know if you remember having heard or seen them, and where you heard/saw them.	

	Remembered		Heard – Saw – Read **Do not read the answers. Circle all responses given. Anything else?**					
	YES	NO	Radio	CA[1]	PE[2]	H/T[3]	PM[4]	HC[5]
1. Abstinence is respecting yourself and your family.								
2. People who abstain are not "gawa."								
3. Abstaining means deciding together not to have sex until marriage.								
4. Abstinence prevents sexually transmitted infections.								
5. Abstain or use a modern family planning method.								
6. An unintended pregnancy is a pregnancy that you and your boy/girlfriend did not intend to have.								
7. Contraceptive methods such as condoms, pills, injectables, Norplant, and IUDs can all protect you from unintended pregnancies.								
8. Only condoms can protect you from both unintended pregnancies and HIV/AIDS.								
9. You can't tell just from their appearance if a person has HIV/AIDS. They need to get a blood test at the hospital.								
10. Both partners are involved in the treatment of a sexually transmitted infection. Have the courage to go to the health center with your partner to avoid spreading it.								
11. My right—information; my duty—abstinence or condoms.								
12. Who would have thought that this little sack could save human lives? So use a condom every time you have sex.								
13. Parents, dialogue is better than silence; talk to your children.								

Codes: [1]CA – Community activities: launches, theater, football matches

[2]PE – Peer Educators

[3]H/T – Hairdressers/tailors

[4]PM – Brochures, posters, T-shirts, print and other promotional material

[5]HC – Health Center

Interview ended _____:_____

THANK YOU FOR YOUR HELP.

ANNEXE : 10

Rapport de participation à la conférence régionale de Dakar sur les soins après avortement(04-07 Mars 2002), MSP/DSR.

AJ

REPUBLIQUE DE GUINEE

****

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIVISION SANTE DE LA REPRODUCTION

Rapport de participation à la conférence régionale de Dakar sur les Soins Après Avortements (du 4 au 8 mars 2002)

Conakry, Mars 2002

277

PLAN

- Introduction
- Objectif Général
- Objectifs spécifiques
- Déroulement
- Conclusion
- Recommandations
- Annexes

- Etude de cas de la Guinée
- Liste des pays ayant participé
- Liste des participants guinéens
- Plan d'action opérationnel
- Ordre de mission.

I. Introduction :

Selon des statistiques officielles, chaque année dans le monde 78 000 femmes meurent suite à l'avortement à risque, et 34 000 de ces décès surviennent en Afrique.

Dans le cadre de la lutte contre cette mortalité maternelle en Afrique, des agences de Coopération de l'USAID, en collaboration avec l'OMS, le FNUAP, l'IPPF ont mis sur pied une initiative régionale sur les soins après avortements (SAA). Pour partager et discuter cette initiative, une conférence régionale a été organisée à Dakar du 4 au 7 mars 2002. Une quinzaine de pays a pris part à cette conférence avec environ 153 participants. Le cadre retenu pour l'organisation de la conférence a été l'hôtel Méridien Président de Dakar (Sénégal).

La délégation Guinéenne a été fortement représentée par 14 membres, conduite par le Chef de la Section SMI / PF du Ministère de la Santé Publique. Elle comprenait :

- La vice doyenne de la faculté de Médecine chargée de la recherche
- La Coordonnatrice adjointe du programme national Maternité sans risque
- Le Médecin Chef adjoint de la maternité du CHU Ignace Deen
- Le Médecin responsable du service de SAA à la maternité de l'hôpital Donka
- Un Médecin et deux sages femmes de l'hôpital régional de Faranah
- Un Médecin et une sage femme de l'hôpital régional de Kankan
- Un juriste
- Un représentant de l'USAID / Guinée
- Et deux représentants de PRISM.

II. Objectif Général :

L'objectif général de la conférence était de promouvoir l'augmentation de l'accès et l'amélioration de la qualité des services après avortement (SAA) en Afrique francophone.

- Objectifs spécifiques :

1- Définir les voies et moyens permettant de mettre en place des services durables et de qualité en SAA, accessibles au plus grand nombre de bénéficiaires.
2- Intégrer les SAA au programme national de santé de la reproduction (SR).

3- Elaborer les plans d'action nationaux par pays.

III. Déroulement :

L'ouverture officielle de la conférence a eu lieu dans l'après-midi au 4 Mars 2002 sous la présidence d'honneur de Mme.La Ministre de la Santé et de la Prévention du Sénégal, accompagnée des représentants de l'OMS, de l'USAID et de l'UNICEF à Dakar.

Cette première journée a été marquée par la mise à niveau des connaissances en SAA par l'organisation d'une mini-université précédée de la séance d'orientation tenue par le coprésident de la conférence sous forme de tables rondes . La mini-université a porté sur quatre grands thèmes débattus durant 16 séances de travail à raison de 4 séances par thème. Les quatre grands thèmes étaient les suivants :

1- Les services d'urgence
2- La planification familiale et les SAA
3- Les liens avec les autres services de SR
4- Les questions transversales SAA.

A la fin de chaque séance des perles (idées maîtresses) ont été identifiées et présentées en plénière. Ce sont entre autres :

1. Perles pour les compétences minimales des prestataires des services SAA :

- Impliquer la communauté dans la prise en charge des SAA
- Les SAA nécessitent des compétences multiples et variées
- Les SAA de qualité incluent la description et la répartition des tâches.

2. Perles pour la recherche opérationnelle dans l'introduction des SAA :

- Avoir la volonté expresse du Gouvernement ;
- Promouvoir les SAA d'une part dans l'optique de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et d'autre part dans l'optique de la disponibilité en soin ;
- Impliquer la communauté dans la sensibilisation sur les avortements à risques ;
- Impliquer les personnes clefs dans la recherche opérationnelle.

3. Perles pour la qualité des services de P.F dans les SAA

- Tenir compte des besoins des prestataires et des droits des clients pour une bonne qualité de services ;
- Impliquer tous les acteurs surtout la communauté ;
- Intégrer les activités de P.F et SAA dans les mêmes services
- Assurer la supervision des services de SAA.

4. Perles sur les questions transversales :
   Convention et Politique Internationales :

- Au regard des conventions internationales les pays présentent un profil contrasté :

• Au Sénégal : l'élaboration de la proposition de la loi SR est très avancée.

• Au Niger : Aux difficultés déjà notées dans la promotion de la P.F s'ajoute le blocage pour les SAA perçus comme un encouragement de l'avortement.

• En Guinée : La législation sur l'avortement, procède de la loi française de 1920. Le code pénal condanne l'avortement et ses acteurs. Récemment, la loi 010/2000 de la SR a été promulguée le 10/07/2000. L'avortement thérapeutique est autorisé dans les cas inceste et de viol.

5. Perles pour le counseling des SAA :

- Faire le counseling au moment de la crise et de la période d'urgence.
- Chaque femme qui vient pour les SAA doit recevoir un counseling de qualité, mais pas nécessairement partir avec une méthode. Mais celle qui veut une méthode doit avoir accès aux informations et aux méthodes.

6. Perles pour la prévention des infections :

- La responsabilité de tous les acteurs (soignants, gestionnaires, communauté etc.) est requise ;
- La formation sur le site est recommandée ;
- Le processus doit être continu avec création d'un comité d'hygiène

7. Perles pour la double protection :

- Dissiper les préjugés sur l'efficacité des préservatifs ;
- Le condom protège contre l'infertilité ;

- Pour l'implantation toucher davantage les hommes dans les cliniques et dans les communautés.

8. Perles pour la prise en charge des douleurs :

- Placer la patiente au centre de la prise en charge de la douleur
- La verbacaïne est recommandée ;

9. Perles pour la contraception d'urgence en rapport avec les SAA :

- Pas de relation directe entre la contraception d'urgence et les SAA
- La contraception d'urgence doit être prise en compte dans le counseling.

10. Perles pour les nouvelles technologies en SAA :

- Misoprostol : alternative dans la prise en charge des avortements incomplets.
- Inclure le kit d'AMIU dans la liste de l'équipement essentiel des formations sanitaires.

11. Perles pour les modèles de plaidoyer :

- Modèles RAPID et DUCE
- Guides (contenu du guide)
- Utiliser des relais qui peuvent aller au niveau des chefs de famille.
- Utiliser les champions à tous les niveaux pour renforcer le plaidoyer.

La deuxième journée de la conférence a été consacrée au discours introductif sur les SAA du Directeur de CEFOREP /Dakar, suivi des communications sur :

- La problématique de l'avortement à risque en Afrique
- La définition des SAA : concepts et composantes
- Les phases de développement d'un programme SAA
- La politique et le plaidoyer pour les services SAA
- Les études de cas du Ghana et du Burkina Faso sur les SAA.

Dans l'après-midi plusieurs thèmes ont été discutés sous forme de tables rondes concurrentes dont :

- L'intégration des SAA dans les PNP pour leur mise en œuvre ;
- Le contexte socio-politique et la stratégie de plaidoyer pour les SAA ;
- Le ciblage des groupes spéciaux ;
- L'étude de cas de Madagascar.

Au cours de la 3è journée, une séance plénière sur la formation et la compétence des prestataires a été présentée par l'équipe IPAS, suivie des études de cas du Sénégal et de la Guinée.

La Guinée a été identifiée comme le seul pays ayant respecté le canevas standard du processus d'intégration des SAA. Pour cette raison, un prix nous à été décerné par la commission d'organisation de la conférence. Aussi, en ce qui concerne les dispositions juridiques, nous sommes en avance sur les autres pays. Depuis 1960, la Guinée a une loi autorisant l'avortement thérapeutique ; en Juillet 2000, une autre loi autorise l'avortement pour viol et inceste, alors qu'au Sénégal cette loi devrait être signée seulement le 8 Mars 2002.

A la fin de la troisième journée, les participants ont discuté autour d'autres tables rondes concurrentes comme :

- Assurer la compétence des prestataires
- Intégration des SAA aux programmes nationaux de S.R.
- La préparation des plans d'action des pays.

Signalons entre autres activités de la conférence, la visite des kiosques des Agences avec des dons de plusieurs documents et de cassettes vidéo.

La quatrième et dernière journée a été consacrée à l'exposition du plan d'action des pays présents suivie de discussions avec les différents bailleurs. Les participants ont échangé leurs plans d'action. Celui de notre pays a été beaucoup sollicité.

Selon le niveau de mise en œuvre et d'intégration des SAA, trois types de pays étaient représentés selon le Président de la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique : ceux qui sont en phase d'introduction des SAA (Niger, Tchad) ceux qui sont en phase d'extension (Guinée, Sénégal) et ceux qui sont en phase d'institutionnalisation (Madagascar).

Le discours de clôture a été prononcé par l'intérimaire du Directeur de la Santé Publique du Sénégal . Il a adressé de vifs remerciements au Gouvernement Sénégalais pour avoir abrité la conférence , au CEFOREP pour avoir facilité l'organisation du forum, sans oublier les 20 agences présentes, les bailleurs de Fonds, les nombreux journalistes et tous les pays qui ont bien voulu répondre à l'appel de Dakar.

IV. Conclusion :

C'est dans une atmosphère détendue avec beaucoup de partage d'expériences que s'est déroulée la conférence internationale sur les soins après avortement.

Un plan d'action régional a été élaboré dans le but de rendre disponibles et accessibles 24 heures sur 24 les SAA dans les services de maternité. La délégation Guinéenne s'est fixée comme objectif général de réduire de 15 % les décès liées aux avortements d'ici 2004 avec l'intégration des services SAA dans 50 % des hôpitaux et CMC du pays.

La sensibilisation, la motivation et la formation des agents demeurent une priorité à remplir. Si l'environnement juridique constitue un problème dans certains pays, en Guinée ce problème est largement résolu. La rencontre de Dakar aura permis à chacun de se planifier pour une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle.

V. Recommandations:

A l'issue de cette conférence sur les SAA, nous recommandons :

- L'organisation d'une journée nationale de restitution pour une large implication des personnes clefs, de la communauté dans la sensibilisation sur les SAA.

- La diffusion du plan d'action à tous les partenaires en vue de le rendre rapidement opérationnel.

- L'ouverture d'une unité de documentation en SAA au sein de chaque maternité dotée en SAA.

- Un plaidoyer auprès du Ministère de la Santé Publique pour minimiser la mobilisation du personnel formé en SAA vers des structures ne disposant d'unités de SAA.

- La formation des formateurs régionaux en SAA.

- L'intégration des SAA dans les curricula de formation (Ecole de Santé/ Faculté de Médecine)

- L'inclusion du Kit d'AMIU dans la liste de l'équipement essentiel des formations sanitaires

- L'amélioration des statuts de la femme

- L'implication de la communauté dans la sensibilisation sur les avortements à risque

- Et la promotion des SAA dans l'optique de la réduction de la mortalité maternelle.

VI. Remerciements

Nous remercions particulièrement Engender Health et PRISM / Guinée pour avoir assuré la prise en charge financière des participants. Nous remercions également J. H.PIEGO pour avoir assuré toute l'assistance technique pour l'introduction des SAA en Guinée.

Nous remercions aussi tous nos bailleurs (OMS, USAID, UNICEF, FNUAP), les ONG nationales, Internationales et tous les partenaires de terrain pour leur appui quotidien dans la réduction de la mortalité maternelle.

Enfin nous remercions le Ministère de la Santé Publique et le Gouvernement pour leur soutien à l'amélioration de la Santé de la population en général celle de la femme et de l'Enfant particulier.

Le Groupe des participants guinéens
A la Conférence régionale sur les SAA

Liste des Participants guinéens

Dr Ngoma Guilavogui (MSP)

Professeur Yolande Hyzazi (J H PIEGO)

Dr Bademba Diallo (CHU Ignace Deen)

Dr Hawa Touré (MSP)

Dr Hawa Condé (CHU Donka)

Dr Mamady Souaré (Hôpital Kankan)

Dr Dem Bocar (Prism)

Dr Rabelahase Eléonore (Prism)

Dr Mariama Ciré Bah (USAID)

Dr Kaman Camara (Hôpital Faranah)

Mme Saran Kaba (SF Kankan)

Mme Anne Mara (SF Faranah)

Mme Sogonie Guilavogui (SF Faranah)

Mme Aissatou Poréko Diallo (Juriste)

Liste des 15 pays ayant participé

Burkina Faso

Cap Vert

Cameroun

Côte d'Ivoire

Guinée

Ghana

Haïti

Madagascar

Mali

Niger

République Centrafricaine

Rwanda

Sénégal

Togo

Tchad

RAPPORT DE L 'EQUIPE SAA DE LA GUINEE

DAKAR DU 4 AU 8 MARS

Dr Bademba Diallo

I- Ampleur des problèmes liés à l 'avortement

- L ' ampleur est peu connue;
- Mais l 'avortement est lié à 20% des causes connues de décès maternel (EDS);
- Il n 'existe que des données hospitalières:
  - au CHU de Donka: 19.15% de létalité, et 30.45% d 'adolescentes en 1993;
  - au CHU I Deen: respectivement 14.86% et 32.4% en 1998.

II- Contexte juridique et politique

- 1- La législation sur l 'avortement procède de la loi française de 1920;
- 2- Le Code Pénal condamne l 'avortement et ses acteurs en son article 269;
- 3- Récemment, la loi 010/2000 de la SR a été promulguée le 10/07/2000, mais sans décret d 'application.

III- Contexte socioculturel et religieux

- 1- Les avortements tout comme les grossesses hors mariage ne sont pas tolérés par la société;
- 2- Mais en cas d'AP compliqué les clientes sont prises en charge par la famille;
- 3- Et l 'installation des SAA n 'a pas rencontré de réticence de la part des autorités.

IV- Mobilisation de la Communauté

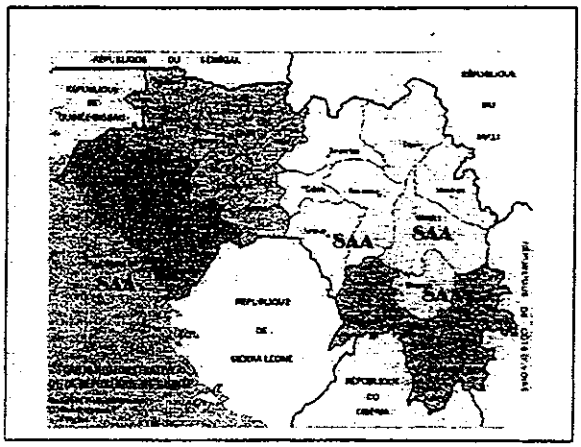
- 1- Il existe des points d 'appui favorables:
  - l 'intégration des SAA aux volets de la SR;
  - l 'existence effective de politique et normes spécifiques aux SAA;
  - l 'accueil favorable de la part des autorités réservé à l 'installation des unités de SAA.

IV- Mobilisation de la Communauté (suite)

- 2- Les portes d 'entrée possibles:
  - Les programmes de lutte contre la mortalité maternelle;
  - la formation du personnel en PI, TC (mise à jour), et SAA;
  - l ' intégration de la sensibilisation aux SAA dans les activités de certaines ONG;
  - l ' introduction des SAA dans les curricula.

V- Situation des SAA en Guinée

La mise en œuvre des SAA en Guinée a débuté en 1999. Aujourd'hui 5 sites sont installés et fonctionnels, dont 3 à l 'intérieur du pays. Les 2 premiers sont dans les CHU et constituent aussi des centres de formation en PI, PF et SAA. Leur installation a été plutôt bien accueillie par les autorités.



V- Situation actuelle (suite)

- **1- Les ressources humaines:** 78 agents formés font des prestations dont:
  - 31 médecins,
  - 45 sage-femmes ou faisant office,
  - 2 infirmiers.

  La principale difficulté dans la gestion du personnel est la mobilité.

V- Situation actuelle (suite)

- 2- La Formation: elle a été de 2 types:
  - La formation conventionnelle de groupes:
    - lieu: Clinique du CHU de Donka;
    - contenu:celui des documents de référence;
    - calendrier: classique des documents;
    - durée: 6 jours;
    - encadrement: formateurs nationaux;
    - participants: agents des sites d 'extension;

V-Situation actuelle (suite)

-But: fournir les sites d 'extension en personnel maîtrisant les composantes des SAA;

-Objectif: maîtrise de la procédure AMIU;

-Résultats: 13 prestataires dont 4 médecins, 2 sage-femmes et 7 ATS. Et la revue de certains outils de gestion;

-Contrainte: budget pour les participants déplacés.

V- Situation actuelle (suite)

– La formation structurée en cours d 'emploi: C 'est la formation sur le tas. Elle a été organisée en sessions selon le plan d 'action élaboré lors de la formation des formateurs à Ouagadougou en Avril 2001. Sa mise en œuvre a débuté en juin 2001. Depuis, ç 'est la 3ème session qui est en cours, chaque session formant 2 à 4 agents par site.

V- Situation actuelle (suite)

-But: rendre les SAA accessibles 24h/24h aux services de référence des CHU;

-Objectif: maîtrise de la procédure AMIU par le personnel d 'urgence et de garde;

-Lieux: les 2 services de Gynéco-Obstétrique des CHU de Conakry;

-Durée: avarié de 30 à 33 jours par session;

-Encadrement: équipe de formateurs nationaux et prestataires des unités de SAA;

V- Situation actuelle (suite)

-Participants: les médecins et sage-femmes des équipes de garde et le personnel des salles d 'accouchement;

-Contenu et calendrier: conforme aux programme et activités des documents;

-Résultats: 10 prestataires formés dont 8 CES et 2 médecins;

-Facilité: point de budget spécial;

V- Situation actuelle (suite)

-Leçons:

- tendance au monopole médical des SAA;
- tendance à limiter les SAA à la procédure AMIU;
- tendance à interpréter les SAA comme une forme de légalisation de l 'avortement;
- tendance au monopole par site et par unité;

V- Situation actuelle (suite)

-Recommandations:

- sensibilisation et motivation préalables des agents;
- formation préalable des agents en PI et PF;
- fourniture en manuels de référence;
- savoir que le programme du manuel tout comme la durée proposée ne sont qu'indicatifs;
- la nécessité d 'obtenir la maîtrise de tous les aspects des SAA

V- Situation actuelle (suite)

- 3- Les rapports avec les autres services: ils se sont améliorés par:
  - la restitution des ateliers de formation;
  - la formation des autres personnels en PI;
  - l 'amélioration de l 'accès aux services de PF;
  - le changement de comportement du personnel de santé en général.

V- situation actuelle (suite)

- 4- Les données statistiques:

Pour une période de 2 ans les variables ont été:

- l 'âge des clientes;
- la nécessité de stabilisation;
- les complications de la procédure;
- l 'utilisation d 'une contraception après avortement;
- le type d 'avortement.

CONCLUSION

La mise en œuvre des SAA en Guinée n' a pas rencontré d 'obstacle.Elle a permis de nombreux acquis, parmi lesquels il faut citer la formation et le changement de comportement des agents de santé et la réduction des complications létales des AP Tout cela contribue à l 'amélioration de la qualité des soins ,donc à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

GUINEE
PERSPECTIVES POUR LA SUITE DE L'INTEGRATION DES SAA
(de 2002 – 2004)

Objectif général: REDUIRE DE 15% LES DECES LIES AUX AVORTEMENTS D'ICI 2004

STRATEGIE	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	PERIODES	RESPONSABLES	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Amélioration de la qualité des soins et des services maternels et néonatals à tous les niveaux.	Augmenter de 8% à 51% le nombre d'hôpitaux et CMC intégrés en SAA	Former les Médecins, sage-femmes et ATS de 16 structures sanitaires pour assurer les SAA.	Juillet 2002 - 1er trim 2003	Chef de Section SMI	Nombre de Médecins formés /nombre total de Médecins Nombre de Sage-femmes formées / nombre total de sage-femmes Nombre d'ATS formés/ nombre total d'ATS.
		Doter les 16 structures sanitaires périphériques ciblées de médicaments, matériels et équipements appropriés pour la prise en charge des avortements	À partir du 1er semestre 2002 - fin 2004	Chef de Section SMI	Nombre de structures sanitaires dotées en matériels SAA / nombre de structures sanitaires ciblées
		Introduire et suivre les outils d'amélioration continue de la qualité dans les sites intégrés en SAA.	Pendant toute la période	Chef de section SMI	Nombre de sites SAA où on a introduit un outils d'amélioration de la qualité / nombre total des sites SAA

STRATEGIE	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	PERIODES	RESPONSABLES	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Amélioration de la qualité des soins et des services maternels et néonatals à tous les niveaux (suite)	S'assurer de l'intégration SAA dans la politique actuelle du MSP	Améliorer la collecte des données relatives au SAA	A partir du 2è trimestre 2002	Chef Section SMI	Les outils de collecte sont bien remplis par les prestataires.
		Faire le plaidoyer auprès du MSP pour introduire le Kit AMIU dans le PMR des structures sanitaires	A partir du 2è trimestre 2002	Chef Section SMI	Le Kit AMIU fait partie de la liste du PMR des structures sanitaires.
		S'assurer que le volet SAA sera intégré dans le document revisé des Normes et Procédures en SR	2003	Chef Section SMI	Existence d'un document des N&P revisé/disséminé incluant les aspects de SAA
	S'assurer de l'intégration SAA dans la politique actuelle du MSP (suite)	Elaborer la stratégie de réapprovisionnement des matériels et fongibles SAA	Fin 2002	DNPL	La stratégie de réapprovisionnement des matériels et fongibles SAA est définie.

183

STRATEGIE	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	PERIODES	RESPONSABLES	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Amélioration de la qualité des soins et des services maternels et néonatals à tous les niveaux (suite)	Augmenter de 0% à 50% le nombre de structures sanitaires intégrées en SAA où au moins deux agents sont formés en SONU	Former en SONU les agents des hôpitaux, CS et des PS dans les DPS/DRS où les SAA sont intégrés.	Sept 2002 – fin 2004	Coordinatrice PNMSR	Nombre d'hôpitaux intégrés en SAA avec deux agents formés en SONU/nombre total d'hôpitaux intégrés en SAA Nombre de CS avec deux agents formés en SONU dans les DPS-SAA/nombre total de CS dans les DPS-SAA Nombre de PS avec un agent formé en SONU dans les DPS-SAA/nombre total de CS dans les DPS-SAA
		Installer une unité de documentation dans les maternités où SAA est intégré	À partir d'avril 2002	Chefs des Unités SAA	Nombre d'unités de documentation installées / nombre total de maternités SAA
		Assurer l'appui technique, logistique et financier aux DPS/DRS pour la supervision.	Pendant toute la période	Chef de section SMI	Nombre de DPS-DRS/SAA ayant reçu un appui/nombre total de DPS/SAA

294

STRATEGIE	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	PERIODES	RESPONSABLES	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Sensibilisation de la communauté, des décideurs et des prestataires sur les problèmes liés aux avortements (suite)	Augmenter jusqu'à 40% la proportion des groupes cibles MSR orientés sur la problématique des avortements et des SAA	Elaborer/diffuser des messages sur les normes juridiques nationales et internationales relatives aux SAA	3è trimestre 2002	Chef Section SMI	Nombre de messages élaborés Nombre de messages diffusés / nombre total de messages élaborés
		Intégrer le module SAA dans les curricula de formation/recyclage des pairs éducateurs jeunes, des animatrices communautaires en MSR, et des agents SBC.	Décembre 2002	Chef Section SMI	Volet SAA intégré dans les curriculums de formation des "agents communautaires"
		Orienter les pairs éducateurs jeunes, les animatrices communautaires en MSR, les AV et les agents SBC sur la problématique de l'avortement	Janvier – Juillet 2003	Chef Section SMI	Nombre d'agents orientés sur avortement et SAA/nombre total d'agents
Renforcement et mise en place du Système Orientation Recours	Augmenter de 0% à 50% le nombre de DPS/SAA ayant au moins une MURIGA fonctionnelle	Créer et opérationnaliser au moins une MURIGA par CU et CRD dans chaque site où les SAA sont intégrés.	Pendant toute la période	Coordinatrice du PNMSR	Nombre de DPS/SAA avec au moins une MURIGA/nombre total de DPS/SAA
Décentralisation de la formation en SAA	Rendre fonctionnel le centre régional de stage/SAA à la maternité de Faranah	Former les Formateurs en Formation clinique	Juillet 2002	Chef de Section SMI	Formateurs formés en formation clinique

225

STRATEGIE	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	PERIODES	RESPONSABLES	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Décentralisation de la formation en SAA (suite)	Rendre fonctionnel le centre régional de stage/SAA à la maternité de Faranah (suite)	Doter la maternité de Faranah en matériels didactiques	À partir de Juin 2002	Chef de Section SMI	Maternité de Faranah dotée en matériels didactiques SAA
		Renforcer la sensibilisation des prestataires pour la référence des cas d'avortements	A partir de Juin 2002	DRS /SAA	Augmentation du taux de référence des cas d'avortements des CS vers la maternité régionale
	Augmenter le pool de formateurs en SAA	Identifier les formateurs potentiels parmi les prestataires déjà formés	Avril 2002	DRS	Nombre de formateurs potentiels identifiés

FC./

RÉPUBLIQUE DE GUINÉE
Travail-Justice-Solidarité

PRÉSIDENCE DE LA RÉPUBLIQUE
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
DU
GOUVERNEMENT

N° 0147 /SGG /2002

ORDRE DE MISSION

Il est ordonné à M DOCTEURS PROFESSEUR YOLANDE HYZAJY, GOMA ONIVOGUI, A. BADEMBA DIALLO, HAWA CONDE, KAMAN CAMARA, MAMADY SOUARE, BOUBACAR DEM, ELEONORE, HAWA TOURE, ET MESDAMES AISSATOU POREKO, SARAN KOURTIM KABA, ANNA MARA, SOGONIE GUILAVOGUI. //

//

Nationalité GUINEENNE

De se rendre à : DAKAR (SENEGAL)

Objet de la mission PARTICIPER A LA CONFERENCE REGIONALE SUR LE PROGRAMME DE SOINS POST-ABORTUM.

Durée de la Mission DU 04 AU 08 MARS 2002

Moyen de Transport AVION

Compagnie de Transport /

Date de départ LE 03 MARS 2002

Date de retour /

Conakry, le 22 FEVRIER 2002

P LE SECRETAIRE GENERAL DU GOUVERNEMENT P.O

BEST AVAILABLE COPY

ABDOULAYE II BANGOURA

297