



PRISM II

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTÉ
REPRODUCTIVE ET MST/SIDA



MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH
a nonprofit organization strengthening health programs worldwide

PRISM II

Family Planning and Health Activity in Guinea

QUARTERLY PROGRESS REPORT

January – March 2003

Grant # 675-A-03-00037-00
Issued by USAID on 12/20/02

Implementing Agencies:
Management Sciences for Health

In collaboration with
**Johns Hopkins University's
Center for Communication Programs
&
EngenderHealth Int'l**



Table of Contents

INTRODUCTION.....	2
SUMMARY OF PRINCIPALS RESULTS.....	3
WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR)	4
IR1: INCREASED ACCESS	4
IR 2: IMPROVED QUALITY.....	11
IR3: INCREASED DEMAND.....	15
IR4: IMPROVED COORDINATION.....	18
PROJECT IMPLEMENTATION	21
NEXT QUARTER MAIN ACTIVITIES	23

List of acronyms

Annexes:

1. Projet d'Evaluation de l'Acceptabilité d'un Programme de Prévention du SIDA par une Intervention au Niveau de la Transmission Mère-Enfant du VIH en Haute Guinée; Compte-rendu de Kankan, Février 2003, Dr. Tin-Nahn Luong (Sida3).
2. Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea; M. Derosena ; Jane Briggs; March 14 -21, 2003.
3. Rapport sur la création des mutuelles de santé en Haute Guinée par PRISM de février 2001 à mars 2003; Dr Sékou Condé, Mars 2003.
4. Liste valorisé des services offerts par les centres de santé en ce qui a trait au coûts des médicaments et des fournitures médicales; Balde/Fofana/Goumou.
5. Rapport sur l'inventaire des besoins des DPS dans le domaine de l'informatique; CMG, février 2003.
6. Campagne "Jouer pour la Vie": Rapport d'Activités; Bakadi, Cissé, Haba et Kaba, Mars 2003.
7. Synthèse des résultats de l'analyse FFOM dans les préfectures de la région de Kankan and Stratégies d'interventions adoptées dans la région de Faranah lors des CTPS de Janvier 2003.
8. 1 Présentation « PRISM II : Orientation Générale » and présentation « PRISM II : Interventions Proposées PAO 2003 ».
9. PRISM II Indicateurs de performance; version du 28 février 2003.
10. Note technique sur l'enquête ménage 2002, Mohamed Lamine Keita, février 2003.

INTRODUCTION

USAID/Guinea SO # 2

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

PRISM II Vision

By the end of 2005, the population of Haute Guinée (HG) will be well informed and able to seek appropriate and timely reproductive health care and prevention services responding to their needs at their local health service delivery point (SDP). At the same time, all SDP in HG will offer the integrated package of reproductive health care services, as defined by the *Paquet Minimum des Activités* (PMA), with improved compliance with the national quality standards.

* Further references to HG in the context of PRISM II will mean the 9 prefectures of the Kankan and Faranah administrative regions, including Kissidougou, which is part of Guinée Forestière.

USAID issued a request for application (RFA) to MSH on October 4, 2002 seeking application for a program to continue the PRISM Family Planning and Health Activities in Guinea through the end of the Guinea Country Strategic Plan in FY 2005. The general program description and scope of work of the RFA was similar to that found in MSH/PRISM's Continuation Application approved in June 2001 for years 4 and 5 of the project. MSH submitted its proposal on October 18 and was awarded a Cooperative Agreement for the implementation of PRISM II on December 20, 2002. Implementation of the second phase of the project began as planned on January 1, 2003.

This report covers PRISM II activities and performance from January 1 to March 31, 2003. It is the first PRISM quarterly progress report under the newly issued grant # 675-A-03-00037-00. 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, in the project's focus zone, 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.

SUMMARY OF PRINCIPAL ACTIVITIES & RESULTS

(January-February-March 2003)

IR1: Increased Access

- Integration of RH Services
 - PRISM and SIDA III conducted an acceptability survey in and around Kankan during the quarter.
 - Preliminary results of the test on the prescription of oral contraceptive by CBD agents indicate that the over 450 clients served through this approach received services in compliance with national norms and procedures.
 - 59 TBA were trained with PRISM support (49 from Kissidougou and 10 from Dabola)
- Availability of basic medical equipment, IEC material and management tools
 - Inventory of essential material performed at 7 of Kissidougou's 15 HCs. Complementary material (sterilizer and chronological registers) were delivered to these sites.
- Affordability of services at SDPs
 - The complete list of preventive and curative services offered at the HC according to the PMA was developed, the quantity of pharmaceutical products and medical supplies involved for each service were determined on the basis of the treatment protocols, and finally, the cost of these inputs were computed for each service.

IR2: Improved Quality

- Strengthening quality improvement support systems
 - 22 health providers and managers from HG familiarized with the PI concept and practices.
- Improve the quality of RH services delivered
 - Post-training monitoring of EPI/PEV providers from the Kissidougou prefectures conducted in 7 HCs.
 - ToT in IMCI of two trainers from HG.
 - 40 providers trained in IPC/C related to FP and with a special emphasis on *Minilap*.
- H/MIS
 - Needs assessment of DPS in the area of computerised data processing was performed.

IR3: Increased Demand

- Joint GRIEC meeting held during the period.
- The booklet that HC staff will use in relation to the radio distance learning program was finalized during the reporting period and is ready for distribution
- The *Caring, Understanding Partners* (CUP) initiative "*Jouer pour la Vie*" successfully implemented
- 49 additional safe motherhood community promoters trained (cumulative = 139).
- MCH campaign launch events carried out in Siguiri, Faranah and Kankan prefectures.

IR4: Improved Coordination

- PRISM participated in and facilitated all 9 CTPS meetings and the two CTRS meetings.
- DPS/DRS operational plans for 2003 integrate all partner interventions.
- Joint implementation of activities with 13 partners.

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)

The PMA document "*Paquet Minimum d'Activités pour les Soins de Santé Primaire – Horizon 2005*" developed by the MOH with PRISM support in 1999-2000 is currently in use at all levels of the health system and is an integral part of the National Health Strategic Plan for 2000-2010. Under PRISM II, support will be provided to the MOH to update the current PMA version into the "Horizon 2010" version. Those interventions are scheduled to begin at the end of FY04.

1.2 Integration of Reproductive Health (RH) Services in Services Delivery Points (SDP)

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

1.2.1.4 Integration of Minilaparotomy (Minilap) services in HG

Minilaparotomy services for tubal ligation procedures, performed under local anaesthesia, have started to be integrated into hospital maternity services in HG. PRISM's institutional partner, EngenderHealth, initiated *minilap* services integration in the project's focus zone last fiscal year. So far, *minilap* services are integrated and offered at the Kankan and Faranah regional hospital and at the Dabola, Kerouane, Mandiana and Siguiri prefecture hospital. An evaluation team visited the Kissidougou hospital during the period to perform a needs assessment survey of the integration of this service. The main findings of the assessment are the following:

- ▶ Basic family planning services need to be reintegrated at the maternity service;

- ▶ Infection prevention practices are not in compliance with norms and procedures and need to be corrected;
- ▶ Continuous quality improvement (COPE, Performance Improvement) needs to be introduced at the maternity service.

Training of the head of the maternity service (*médecin-chef*) was initiated during the period and support to correct shortcomings will be provided to the Kissidougou hospital next quarter.

1.2.2 Integration of STI Syndromic Care services in SDPs

No interventions were carried out during this reporting period in this element of the operational plan. Integration activities will resume during the next quarter.

1.2.3 Integration of Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (PMTCT) services

While PMTCT services are non-existent in Guinea at this time, the MOH and major health partners recognize them as critical elements to the strategy to limit the spread of the HIV epidemic in the country. PRISM is planning to support the introduction of VCT and PMTCT services in the maternity ward of Kankan Hospital and the four surrounding urban health centers and their communities. As a preliminary step to the introduction of PMTCT services in Kankan, PRISM and SIDA III have conducted an acceptability survey in and around Kankan during the quarter. Preliminary results are encouraging. Over 75% of women interviewed declared they would agree to be tested for HIV and receive the results. More than two thirds of the interviewed women declared they would want to be treated and 74% would agree not to breast-feed their child if milk formula was provided. More details on the acceptability survey are available in Annex 1. Two Montreal University specialists associated to SIDA III will perform a careful analysis of the qualitative and quantitative data next quarter and will present the final results to the stakeholders.

1.2.4 Integration of Voluntary Counselling and Testing (VCT) services

No activities were planned during the reporting period.

Other Integration Activities targeting HCs

There were no other integration activities planned during the reporting period.

1.2.5 Extension & Strengthening of Community Based Services

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

Increase access to oral contraceptives (1.2.5.4.5):

The test evaluating the use of a checklist by CBD agents, which allows them to prescribe oral contraceptives (OC) to clients, was completed at the end of December 2002. The data was analysed and interpreted during the reporting period. Preliminary results indicate that the CBD agents from the three participating sub prefectures supplied over 400 clients through this approach and did so in compliance with national norms and procedures. The results of the test will be

1 Projet d'évaluation de l'Acceptabilité d'un Programme de Prévention du SIDA par une Intervention au Niveau de la Transmission Mère-Enfant du VIH en Haute Guinée; Compte-rendu de Kankan, Février 2003, Dr. Tin-Nahn Luong (Sida3).

reviewed and validated by the MOH steering committee and the preliminary report will be available by the end of the next quarter.

Support DPSs in managing the prefecture's CBD program **Technical Assistance (TA) provided to DPSs through AGBEF**

AGBEF's contract with PRISM to provide technical assistance to the priority prefectures of HG in support of CBD and IEC/BCC activities expired at the end of December 2002 and has not yet been renewed. Evaluation of this technical assistance and discussions between the project and the NGO senior staff to resume AGBEF's TA was underway at the end of the reporting period. The technical assistant's SOW as well as the level and quality of the support from AGBEF's headquarters to the program have received the most attention.

1.2.5.2 Traditional Birth Attendant (TBA) Integration

During the reporting period, PRISM supported Plan-Guinea and UNICEF for the training of TBAs from Kissidougou (49 TBAs) and Dabola (10 TBAs) prefectures respectively. In Kissidougou, PRISM provided TA to the training preparation, supplied the training modules, and delivered the files of the training modules to the DPS for future production. Plan-Guinea made a grant to the DPS to fund the other costs associated to the training sessions. In Dabola, PRISM provided the two national level trainers from the MOH, the training modules as well as some complementary supplies and material for the TBA kits. UNICEF covered the other costs associated with the training.

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

1.3.1 Training in ED&C Logistics

&

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

No activities were planned during the reporting period.

1.3.3 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 by MSH's USAID funded RPM+ project to provide a rapid assessment of the pharmaceutical and medical supplies management systems in Ministry of Health (MOH) facilities and retail drug 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 the availability of 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/GMME survey in Guinea is a partnership of USAID funded BASICS and RPM+ projects, the MOH RH Division and PRISM (the managing partner).

The results of the DCMI/GMME survey conducted last fiscal year in Guinea were presented to the stakeholders and analysed during a strategy planning workshop held in March in Conakry and

facilitated by two experts from RPM+. The results of the survey and the proceedings of the workshop can be referenced in the trip report in Annex 2

Assistance to USAID (and MOH central level) in Contraceptives Logistics (1.3.3.6):

Contraceptives, funded by USAID and sent to Guinea, have been cleared from customs by PRISM and are being kept 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 2003 period, PRISM received and delivered contraceptives as illustrated in the table below:

Contraceptives	Unit	Delivered to Port in Conakry	Units Distributed from Conakry		
			Regional Depot Kankan	Regional Depot N'Zerekore	Total
Lofemenal	Cycles	224,000	22,800	0	22,800
Ovrette	Cycles	55,200	6,000	0	6,000
Depo-Provera	Doses	76,400	13,600	0	13,600
Conceptrol	Ovules	0	43,600	0	43,600
IUD	Pieces	800	0	0	0
Condoms	Pieces	0	36,000	0	36,000

2 Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea; M. Derosena ; Jane Briggs; March 14 -21, 2003

As of the end of this reporting period, PRISM held in stock the following quantities of products at the PCG in Conakry:

Products	Contraceptives held in Conakry As of March 31, 2003 Number of Units (expiration date)	
Lofemenal	134,400 (2006/02) <u>224,400 (200x/xx)</u> <i>Total of 358,800</i>	Cycles
Ovrette	33,200 (2005/11) 39,600 (2006/05) <u>55,200 (200x/xx)</u> <i>Total of 128,000</i>	Cycles
Depo-Provera	59,200 (2004/04) 70,400 (2005/05) <u>76,400 (200x/xx)</u> <i>Total of 206,000</i>	Doses
Conceptrol	47,600 (2003/05) <u>67,200 (2005/06)</u> <i>Total of 114,800</i>	Pills
IUD	<i>Total of 800</i>	Units
Condoms	34,000 (2004/12) <u>198,000 (2005/03)</u> <i>Total of 232,000</i>	Units

1.4 Strengthen the Availability of Basic Medical Equipment, IEC Material and Management tools at SDPs

1.4.1 Availability of Medical Equipment at SDP

PRISM delivered sterilizers (*marmites cocottes*) to the seven HCs from the Kissidougou prefecture that benefited from a facilitative supervision visit during the period targeting infection prevention practices (see also section 2.2.2). These HCs also received an *échancier* (chronological register) for EPI (PEV) activities from PRISM during the supervision visit. PRISM and the Kissidougou DPS supervisors conducted a detailed inventory of the medical material and equipment available at these sites.

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

IEC Material:

Existing brochures, posters and other IEC material were distributed during the period to SDPs and to various users directly or indirectly through GPIEC members and youth peer educators. They included brochures on the prevention of STI and of unwanted pregnancy prevention,

wooden phalluses and other job aids items, as well as various promotional items.

Management Forms and Tools: No specific intervention to report this quarter.

1.5 Improve Financial Sustainability of HCs and Equity to Access

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 specific intervention to report this quarter.

Provision of a revised fees schedule board to HC/HP: PRISM produced 15 fee schedule boards to be delivered at the HCs in the Kissidougou prefecture.

Promotion and support to MURIGAs (1.5.1.3)

The implementation of MURIGA promotion and support interventions by PRISM continued during this quarter. The following activities and interventions were completed or initiated by PRISM during the period:

- PRISM and ILO/STEP conducted a joint monitoring and support visit to the Batenafadji and Titioulin HMO's in Kankan. The supervisors observed that the most pressing need was in the administrative and financial management of the HMO. A priority action for the coming quarter will be to implement the HMO management training sessions, which will target all concerned parties in the governing bodies of the HMOs in our zone.
- PRISM presented its technical approaches, support interventions and results at the forum on HMOs/MURIGAs organized in Kankan by Save the Children.

A detailed account of PRISM promotion and support activities in favor of the creation and operations of HMOs/MURIGAs in HG is presented in Annex 3.

1.5.2 Increase community participation in the management of the HCs and improve sustainability

Support activities to strengthening COGES (1.5.2.1):

Orientation and Mobilization of Communities (1.5.2.1.1): CENAFOD tested the community orientation/mobilization protocols and tools last quarter in the Balandou sub-prefecture near Kankan. The NGO's eleven community facilitators and two supervisors who were selected to implement the activity in full scale in the Kerouane prefecture used the test in Balandou to gain field experience. CENAFOD and PRISM technical staff presented results of the test to the health regional authorities and the other stakeholders in the Kankan region. The reporting templates and community intervention protocol were adjusted in light of the

3 Rapport sur la création des mutuelles de santé en Haute Guinée par PRISM de février 2001 à mars 2003; Dr Sékou Condé, Mars 2003.

experience gained in Balandou. CENAFOD will implement the activity in Kerouane from April to July of this year and in half of Kankan's 16 sub prefectures from May to August.

Support the revision of HCs services' fees – CORE (1.5.2.2):

During the reporting period, PRISM initiated the adaptation of MSH's CORE (Cost and Revenues Analysis) tool to the fixed service delivery points of the Guinean primary health care system: urban HCs, rural HCs, CS "*Améliorés*" and hospital services. The complete list of preventive and curative services offered at the HC according to the PMA was developed by a joint team of Kankan DPS and PRISM public health technicians. Once they had the list of services, they determined the quantity of pharmaceutical products and medical supplies required for each of the services on the basis of the treatment protocols. Finally, they computed the costs of these inputs for each service. The table presenting the pharmaceutical and medical supplies required for each service offered by the HC, according to the PMA, and their value can be viewed in Annex 4. The team is currently determining the typical caseload for each of the 200 and more services offered at an ideal HC when operating in compliance with norms and procedures. The result of this caseload analysis will allow for the calculation of revenues and costs associated with service delivery – a critical step in verifying the viability of the current cost recovery model for a typical HC with the current fee structure that has been in use since 1992.

4. Liste valorisé des services offerts par les centres de santé en ce qui a trait au coûts des médicaments et des fournitures médicales; Balde/Fofana/Goumou

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 (N&P)

2.1.1 Update N&P 1998 version

2.1.2 Update training modules

2.1.3 Update referral protocols

No activities were planned during the reporting period.

2.2 Strengthening Quality Improvement Support Systems

2.2.1 Train RH managers in human resources (HR) management

No activities were scheduled during this first quarter of PRISM II implementation.

2.2.2 Improving Supervisory capabilities: COPE and Facilitative Supervision (FS)

Support IRS/DPS COPE facilitation and Facilitative Supervision (2.2.2.4):

Facilitative Supervision: PRISM provided financial assistance to all of HG's DPS to support the implementation of the program of facilitative supervision of HCs. In addition to this, PRISM provided technical assistance to facilitative supervision visits conducted in seven HCs from the Kissidougou prefecture, with a special emphasis on infection prevention practices.

Improving Supervisory capabilities: other interventions

In collaboration with JHPIEGO, PRISM organized a workshop on Performance Improvement (PI) in Conakry in February. JHPIEGO provided international consultants who facilitated the workshop. The goal of the workshop was to familiarize 22 health providers and managers with the PI concept and practices through its specific application to the PAC/AMUI services integrated at sites in Guinea in general and in HG in particular. The ideal situation for PAC/AMUI services was defined as well as the actual situations found in Guinea at integrated sites. Indicators were

defined to measure the gap between the ideal and the actual situations. Sigui and Faranah were selected to initially test the approach in all its phases. The interventions are scheduled to begin at the two selected sites in June.

2.2.3 Improve the Primary Health Care (PHC) system referral capacity

Community promoters in Safe Motherhood practices: During the quarter, PRISM initiated the development of the referral system for the community health promoters in safe motherhood. PRISM organized a workshop in Kankan during which needs were identified and referral tools proposed. This will be further developed during the next quarter.

2.2.4 Quality recognition practices:

No specific interventions to report this quarter.

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): PRISM supported the implementation of post-training monitoring activities of EPI/PEV providers in 7 HCs located in the Kissidougou prefectures.

Support the adaptation of the clinical IMCI training curriculum (2.3.1.4.4): PRISM participated in the training session of 10 clinical trainers for IMCI at the end of last year (December 2002). Six of the participants came from the project focus zone. All participating partners in the development of clinical IMCI (BASICS II, WHO, UNICEF and PRISM) agreed at the conclusion of the training that the modules required further review and correction prior to the implementation of HC service delivery providers. PRISM funded and provided technical support to the final revision of the clinical IMCI modules for the HC level. This was achieved during a workshop organised at the end of February in Conakry. Training in clinical IMCI of HC providers will start in April. The goal this fiscal year is to integrate IMCI in the two pilot prefectures of Dabola and Mandiana.

Training of Trainers (ToT) in IMCI (2.3.1.3.2): Two trainers from HG, among the six trained last year in clinical IMCI, had their training proficiency complemented during the period with the addition of facilitation skills. They attended a ToT session dedicated to in-class and to on-the-job facilitation techniques.

Strengthening Child Survival Services: other interventions/activities:

PRISM's Child Survival technical expert participated in the National Workshop on School Health. She presented on the *Enfant-pour-Enfant* (EPE) approach to increase immunization coverage through the mobilization of the school system and on PRISM's experience with secondary schools Press Clubs in promoting STI/HIV/AIDS and unwanted pregnancy prevention.

2.3.2 Strengthening Maternal Health Services

Training of Community Health Promoters in Safe Motherhood (2.3.2.1.1): In late 2001, PRISM initiated its training of Community Health Promoters in Safe Motherhood. As of the end of calendar year 2002, a total of 90 community-based agents had been trained in Safe Motherhood promotion. This reporting period, PRISM supported the training of 29 community agents from the Kankan prefecture and 20 agents from the Kerouane prefecture in the promotion of Safe Motherhood, bringing the total in PRISM's three MSR priority prefectures to 139 (Kankan = 49; Kerouane = 30; Faranah = 60). Only 41 community agents need to be trained in order to achieve the goal of having 5 health promoters trained in Safe Motherhood in each sub prefectures, as stated by the national policy (PNMSR): 30 in Kankan and 11 in Kerouane.

Integrate AMIU in Maternity Hospital services and selected HCs in HG (2.3.2.3.4)

A post-integration visit was conducted by PRISM to the newly PAC/AMIU integrated Banankoro health center (December 2002). Difficulties associated with the initiation of PAC/AMIU services were addressed and resolved effectively during the visit. Caseloads according to the site register: 12/2002 = 3; 01/2003 = 3 and 02/2003 (ongoing) = 1.

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

Training providers in IPC/C (2.3.3.3): PRISM and EngenderHealth conducted two IPC/C training sessions during the reporting period targeting providers from HCs and hospitals of the Dabola and Kankan prefectures. A total of 40 participants attended the courses. The two main goals of the course were to improve providers' IPC/C skills and their referral practices, especially in regards to long term contraceptive services available at their district's hospital maternity service.

2.4 Strengthening the National Health Management Information System (H/MIS)

2.4.1 Integrate the RH indicators package in the H/MIS

This segment of PRISM's SOW was completed during last fiscal year with the following results achieved.

- Selected RH indicators have been integrated in the H/MIS system.
- Computerized H/MIS tools were adapted to integrate the new indicators and key MOH staff members were trained in their use.
- The monthly data collection forms for HCs, Hospitals and Health Districts (DPS) have been updated, printed and disseminated nationwide.

The next update of the H/MIS package of indicators is planned for calendar year 2004.

2.4.2 Decentralize computerized data processing at the DRS level

Under PRISM I, both of HG's DRSS received computer equipment and regular technical assistance in the area of health data processing. With the project support and interventions ongoing in the region since 1998, data that is critical to the management of the health system has become available in many key areas. The updated core National H/MIS and the CBD/SBC databases designed by PRISM have been successfully integrated into the DRS's data management system. Under PRISM II, we will continue the data processing technology transfer to the DRS

and will launch a similar process with the health district level (DPS). As an initial step in this effort, PRISM conducted a need assessment survey in the area of data processing of every DPS in the project focus zone. Training needs assessment of the DPS personnel was covered and the detailed inventory of computer equipment and software was performed. The results of the assessment are available in Annex 5

2.4.3 Strengthen RH managers' skills in Data for Decision-Making (DDM)

No specific interventions to report this quarter.

5 Rapport sur l'inventaire des besoins des DPS dans le domaine de l'informatique; CMG, février 2003.

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 and 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.

3.1. Improving Management and Coordination of IEC/BCC Programs

3.1.1 Support to GRIEC/GPIEC

Support IEC groups (GRIEC/GPIEC) in implementing their work plans (3.1.1 & 2):

PRISM held a joint GRIEC meeting for the Kankan and Faranah regions at the end of the reporting period to 1) review youth and MCH IEC activities that each GPIEC implemented in their respective prefecture, 2) prepare IEC interventions targeting at risk groups like sex workers and miners. The GRIEC meeting was also an occasion to develop the youth targeted activities workplan for the Kissidougou prefecture.

PRISM technical staff regularly supported the IEC prefecture working groups (GPIEC) 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.

3.1.2 Strengthening IEC/BCC management capacity at the national level

PRISM provided technical support to the *Conseil National de Lutte Contre le Sida* (CNLS) for the development of a document that describes the situation of HIV/AIDS in Guinea as well as advises infection prevention. PRISM's involvement encouraged the USAID Mission director to grant financial assistance to the CNLS for the printing of this document.

3.1.2 Strengthening IEC/BCC management capacity: other interventions

PRISM's IEC/BCC Specialist participated in two technical exchange meetings in Ouagadougou, Burkina Faso during the quarter, which were organized by the USAID funded SFPS project. The first meeting focused on SFPS's experience since 1997 in the area of HIV/AIDS. The second meeting focused on conditions for successful communication of behavior change in Africa.

PRISM's IEC/BCC Specialist shared our project's experiences in this area with the other participants through a presentation entitled "*Traduire les résultats en Actions: Expériences du projet PRISM/Guinée*"

3.2. Strengthen Providers' Interactions with Clients and Community Members

3.2.1 Strengthening providers' interactions with clients

Distance radio learning program (3.2.1.3): Last fiscal year, PRISM developed a series of 13 variety radio programs targeting health center agents as the primary audience and the community as a secondary audience. Themes covered include: (1) The definition of interpersonal communication; (2) Techniques of good interpersonal communication; (3) Conditions contributing to a positive health worker-client partnership; (4) The promotion of exclusive breastfeeding; (5) Immunization; (6) Growth monitoring and feeding after six months; (7) Counseling and the side effects of contraception; (8) Prenatal care; (9) Promotion of assisted childbirth; (10) Sexually transmitted infections; (11) Home visits to prevent and treat malaria and acute respiratory infection. A theatre group in Conakry has performed the program, it has been recorded, and the program will be aired on Kankan rural radio during the next quarter. The booklet that the HC staff will use in relation to the radio distance learning program has been finalized and is ready for distribution.

3.2.2 Strengthening providers' interactions with community members

No specific interventions to report this quarter.

3.3. Increase Demand for RH Services and Promote Responsible RH Behavior

3.3.1 IEC/BCC and HIV/AIDS

The CUP initiative "Jouer pour la Vie"

The *Caring, Understanding Partners (CUP)* Program is an initiative of the JHU/CCP USAID funded Population Communication Services (PCS) project to promote during organized sporting events healthy lifestyles through a unique partnership of sports associations and health organizations. As the PCS project came to a close on March 31st, CUP activities have ended both worldwide and in Guinea. The Health Communication Partnership, based at JHU/Center for Communication Program, is the successor program.

CUP activities in Guinea ran from December 2002 to March 2003. The key activities included:

1. **Taking advantage of the "Première Edition des Jeux de l'Avenir en Guinée" competition for reproductive health education.** The competition was organized by the Ministry of Youth in partnership with the National Olympic Committee: 190 athletes from Faranah, 210 from Kankan and 200 each from Nzérékoré, Boke, Labe, Kindia, Conakry and Mamou were educated on HIV and unintended pregnancy prevention through talks, videos, and print materials facilitated and distributed by peer educators in their communities.
2. **Training role models.** PRISM conducted follow-up community-based training in Kankan, Faranah

(including Kissidougou and Bania), Nzérékoré, Mamou, Kindia and the Kaloum commune of Conakry of role model athletes and coaches that were identified during the competition. The training taught the role models how to conduct talks with groups of youth (at schools, youth clubs, sports clubs and other community gatherings) in close collaboration with the trained peer educators and IEC Group Members; share print materials with them; and refer them to health centers for additional information and services.

3. **Developing Action Plans with Selected Role Models.** Given the program's emphasis on putting girls at the forefront of education efforts, five female role models with leadership potential were selected from each team (8 from Conakry) to receive leadership training and to develop and implement one-month outreach action plans.
4. **Conducting a league tournament.** A tournament was held in Nzérékoré. We selected this region for its high HIV prevalence and low reproductive health knowledge among the youth.

Details on this program are available in Annex 6.

3.3.2 IEC/BCC and FP

No specific interventions to report this quarter.

3.3.3 IEC/BCC and Child Survival (including Community IMCI)

Continued implementation of the MCH campaign

Unlike previous campaign launches (Male FP/RH, Youth), which were predominantly held in the capital cities of each prefecture, the MCH campaign is taking place at the sub prefecture level where health centers are located. This approach will bring the message closer to the service delivery sites. During the event, all the health information resources available to the community are presented. Among these are the peer educators, CBD/SBC community agents, traditional birth attendants, teachers trained in the child-to-child approach, trained *séré* representatives, health agents and, in some sub-prefectures, Peace Corps Volunteers. Messages are spread by peer educators, IEC members, and other community resources, explaining the meaning of the campaign slogan, "Den Ba Nyuma Timin Nan Di," which is Malinke (the local language) for "a good mother who knows how to take care of her child." MCH campaign launch events took place in Siguiri, Faranah and Kankan prefectures during the reporting period.

3.3.4 IEC/BCC and Safe Motherhood

See previous section 3.3.3

3.3.5 Demand Generation: other interventions

No specific interventions to report this quarter.

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 in 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 extent 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

Support the development of integrated operational plans for the DRSs/DPSs (4.1.1)

PRISM was successful in lobbying two health regional directors (DRS) in its focus zone to take the lead in ensuring that all organisations and projects involved in health in their regions participate in all the planning process steps and have their package of interventions fully integrated into the operational plans of the DRS and of the DPSs. Such integration had previously never been achieved: duplication and misalignment of efforts have been repeatedly observed. Preliminary consultations with health authorities and partners rapidly confirmed a strong consensus on the necessity to improve efficiency in the use of resources through the establishment and maintenance of active joint planning.

The integration and harmonisation of objectives and intervention processes in DRSs and DPSs was initiated during the reporting period in both regions in PRISM's focus zone. In Kankan, the CTRS meeting's usual duration of three days was extended by two additional days to allow adjustments to be made in the DRS's and five DPSs' 2003 operational plans. A special planning session was held in March in Dabola to achieve the same goal for the Faranah region.

Participate in and support CTPSs and CTRS meetings (4.1.2 & 3)

PRISM technical assistants participated in and supported all of the nine semi-annual CTPS meetings and the two CTRS meetings held during the period. PRISM TA facilitated a FFOM (forces, faiblesses, opportunités et menaces) exercise during each of the CTPS meeting. The FFOM exercise helps managers to identify strategies and actions to maximise the benefits, strengths and opportunities that can be derived from one's organisation and to minimise the adverse effects that weaknesses and vulnerability can generate. The main results from the FFOM exercises held during the nine CTPS meetings can be reviewed in Annex7.

7 Synthèse des résultats de l'analyse FFOM dans les préfectures de la région de Kankan and Stratégies

4.2 Improve Coordination at the Institutional level

Support MOH coordination at the central level (4.2.1)

PRISM continued to provide regular technical assistance to the design and development of various national health policies and contributed to the improved MOH coordination of concerned partners. These interventions are:

- PRISM contributes to the improvement of coordination through the development and maintenance of electronic communication: MOH's central level LAN and Internet access; and short-waves radio transmitters for HCs, hospitals and DRS/DPS.
- PRISM manages with the Cabinet of the Minister of Health the leadership capacity development program of the MOH.
- Participation in the annual review and planning session of the PEV/SSP/ME. PRISM interventions for calendar year 2003 are integrated in the PEV/SSP/ME workplan.
- PRISM supports the development of IMCI in Guinea. PRISM is a member of the National IMCI "*Groupe Technique*".
- The results of the GMME survey on the availability and use of essential childcare pharmaceutical products were presented to the MOH decision-makers and to partners.
- PRISM supports the development of the Safe Motherhood National Policy and its coordination unit at the central level, the "Programme National de Maternité sans Risques" (PNMSR), as well as its implementation at the regional level.
- PRISM participates in STI/AIDS related coordination meetings in support of the CNLS.
- PRISM actively supports the "*Comité Consultatif Multisectoriel de la Guinée*" (CCM). The CCM developed and submitted a second proposal for the three components covered by the Global Fund (GF): STI/HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis. Guinea was awarded a five-year multimillion dollars grant for the STI/HIV/AIDS component (\$13.2M) and for the Malaria component (\$8.1M).

Supporting the annual review and planning session 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 Mamou in February 2003. 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. PRISM presented the results of its 2002 household survey and the impact of its youth campaign during the review session.

Developing collaboration with RH partners (4.2.2)

The following partnerships are successfully ongoing:

- With ADRA to develop and support CBD/SBC and IEC/BCC activities in Siguiri prefecture.
- With AFRICARE to develop and support CBD/SBC in Dinguiraye prefecture.
- with AGBEF to support districts at managing their CBD program and IEC activities.
- with BASICS II to adapt and integrate IMCI in Guinea, and in improving EPI performance.

d'interventions adoptées dans la région de Faranah lors des CTPS de Janvier 2003

- with the Guinean national NGO, CENAFOD, to revitalise HC management committees and community participation in the management of the health system.
- with ENGENDERHEALTH to integrate COPE and Facilitative Supervision in HG.
- with the UN affiliated ILO/STEP West Africa project to promote the creation and support the development of HMO/MURIGAs risk-sharing schemes.
- With Helen Keller International to integrate micro-nutrients and the promotion of better nutrition practices into the PMA of the PHC system.
- with JHPIEGO to integrate Post Abortion Care at hospitals in the project target zone.
- With USAID centrally funded project Management & Leadership Project (M&L) on the design and implementation of a leadership strengthening program targeting the MOH's senior staff.
- With USAID's centrally funded project Rational Pharmaceutical Management (RPM+) on the implementation of the DCMI/GMME survey in Guinea in support to the IMCI program.
- With SAVE THE CHILDREN to develop and support CBD/SBC and IEC/BCC activities in Mandiana prefecture.
- with the Canadian funded SIDA III project to integrate STI syndromic case management in the health care system.

Partnerships are in discussion with the following partners:

- With the World Bank on an HIV/AIDS project in Guinea.
- With CLUSA on strengthening community participation in the management of the health system.

Coordination with USAID (4.2.3)

Regular coordination and consultation contacts between PRISM and SO2 team are ongoing. Our USAID/Guinea CTO and CO assistant attended the internal orientation workshop on PRISM II held in Kankan in January.

4.3.: Cost Share Generating Programs/Events/Activities/Interventions

During the reporting period, the following cost-share elements occurred.

1. Co-funding with Plan-Guinea of the training of 49 TBAs from Kissidougou through the implementation of three training sessions. Plan-Guinea covered all the costs associated with these activities with the exception of the training modules (covered by PRISM) and TBA kits (covered by the PEV/SSP/ME via a grant from UNICEF).
2. Co-funding with UNICEF for the training of 10 TBAs from Dabola through the implementation of one training session. UNICEF covered all the costs associated with these activities with the exception of the training modules (covered by PRISM), the TBA kits (covered by the PEV/SSP/ME via a separate central-level grant from UNICEF) and complementary material for the kits (by PRISM), and the per diem and transportation of the two national level trainers (by PRISM).
3. Provision of 59 TBA kits to newly trained TBAs in the project focus zone. These kits were delivered by the PEV/SSP/ME who acquired them through a grant obtained from UNICEF.

PROJECT IMPLEMENTATION

Orientation sessions on PRISM II

PRISM senior staff and technical leaders oriented MOH officials and partners from all levels of the health system on the second phase of the project. This was done through a series of individual meetings with key representatives of the MOH and through formal orientation sessions during which PRISM II's scope of work, package of performance indicators and targets, the project organizational structure and its staffing, the proposed packages of interventions as well as its coordination and monitoring mechanism were presented and discussed. The main orientation sessions were conducted during the CTRS meeting held during the period in each of the two regions in the project focus zone.

PRISM Personnel

Newly Hired Personnel

- MSH hired **Mr. Mohamed Lamine Keita** as PRISM's *Monitoring & Evaluation Specialist*. Mr. Keita started on a full time basis with the project on 17 February 2003. He is based at PRISM HQ in Kankan. The M&E Specialist position is a key position under the PRISM II cooperative agreement.
- **Mr. Ibrahima Diallo** was hired during the reporting period as the *Accountant for the Conakry liaison office*.

Change of Assignment

- **Mr. Tanou Mamoudou Diallo**, the M&E Specialist under PRISM I, is now the project *Operations Manager*. Mr. Diallo started in his new position on at the inception of phase II of the project on January 1, 2003. He remains based at PRISM headquarters in Kankan.
- **Dr. Eléonore Rabelasa**, the Child Survival Specialist and Quality of Care advisor under PRISM I, is now the project's *Reproductive Health and Quality of Care Advisor*. She started in her new role at inception of phase II of the project on January 1, 2003. Formerly based in Kankan, Dr. Rabelahasa is now based in Conakry. She will be spending about 50% of her time in the project focus zone supporting PRISM II local technical personnel, ensuring that interventions in her area of expertise continually conform to MSH standards.

PRISM Monitoring & Evaluation

Package of Performance Indicators

PRISM submitted its updated package of performance indicators on February 28 to its CTO at the USAID/Guinea Mission in Conakry. The package contains a total of 36 main performance indicators: 12 for IR1 (Access), 7 for IR2 (Quality), 15 related to IR3 (Demand) and 2 for IR4 (Coordination). The package will be further discussed and refined with USAID and finalized during the upcoming quarter. The table presenting the indicators is included in Annex 8.

2002 Household Survey

The statistical analysis of the 2002 household survey data was completed during the

reporting period. The technical document is included in Annex 9. Correction procedures were applied to reduce urban/rural bias in the data and align it to the demographic weight of each prefecture. The confidence intervals were computed for each measure and a tabulation plan was adopted. A total of 157 tables were generated, which illustrate the main results for the maternal care modules (47 tables), the child care modules (110 tables) and the sample structure (10 tables).

9 Note technique sur l'enquête ménage 2002, Mohamed Lamine Keita, février 2003.

NEXT QUARTER (April – June 2003)

MAIN ACTIVITIES, OUTCOMES AND RESULTS

IR1.: Increased Access

Integration of RH Services in SDPs

- ▶ Integration of STI syndromic care in 20 new HCs.
- ▶ Training of CPN/PF agents in family planning to preserve FP service integration.
- ▶ Adaptation of the IUD training curriculum.
- ▶ Assessment of the needs at hospital maternity services in view of the integration of IUD family services.
- ▶ The PMTCT feasibility survey data will be analysed and results communicated to the stakeholders.

CBD/SBC

- ▶ Completion of the preliminary report on the pilot prescription of oral contraceptives by CBD agents.
- ▶ Re establishment of AGBEF technical assistance to the CBD/IEC activities of selected DPSs in the focus zone.
- ▶ Finalising the list of rural districts/villages in the nine prefectures of the project focus zone.

TBA

- ▶ Training of TBAs from Kerouane prefecture.

ED&C Management Strengthening

- ▶ On-the-job training of HC sales point agent in Dinguiraye.
- ▶ Participate in the International Pharmaceutical Forum to be held in Conakry in June. MSH/PRISM will be conducting two scientific presentations: DCMI results in Guinea and Senegal and IMAT adaptation, introduction and use by the Guinean PHC system.

Availability of Medical Material, IEC Material and Management Tools

- ▶ Carry out the inventory and distribution of medical and IEC materials and management tools at the remaining eight HCs of the Kissidougou prefecture.
- ▶ Delivery of imported medical material anticipated.

Equity and Viability of Access

- ▶ Distribution of HC fee schedule boards at the 15 HCs of the Kissidougou prefecture.
- ▶ Assessment of the financial viability of HC under the current PMA and N&P will be determined with the use of MSH's CORE tool.
- ▶ Results of the economic feasibility study of HMOs/MURIGAs conducted in 18 sub-prefectures will be presented to the community general assembly.
- ▶ Orientation and mobilisation of communities in the management of their HC (COGES strengthening) will start in the eight sub prefectures of Kerouane and in 8 sub-prefectures in Kankan.
- ▶ Training needs assessment of the COGES members of the Balandou HC will be conducted and training activities initiated.

IR2.: Improved Quality

Strengthening Quality Improvement Support Systems

- ▶ COPE monitoring at Kouroussa Hospital
- ▶ Development of the Performance Improvement (PI) initiative at the Siguiri and Faranah hospitals.

Improve the Quality of RH Services Delivered

- ▶ Training in IMCI of the CPC/Enfant agents from the 9 Dabola HCs and from the 11 Mandiana HCs.
- ▶ Development of the SONU training curriculum for the HC level.
- ▶ Training of the Kankan and Kerouane CPN agents and HHC in SONU.
- ▶ Training of remaining Safe Motherhood community promoters from Kerouane and Kankan.

Strengthening the National Health Management Information System (H/MIS)

- ▶ The protocol for the development and the implementation of a Health Geographic Information System H/GIS at the DRS/DPS level will be submitted to the stakeholders.

IR3: Increased Demand

- ▶ Intensification of MCH orientation activities in sub prefectures and in villages.
- ▶ Complete MCH campaign launches in Dabola prefecture.
- ▶ Support finalisation of IMCI job aids with BASICS II.
- ▶ Conduct baseline qualitative study with sex workers.
- ▶ Launch STI/HIV/AIDS activities in the mining sector.

IR4: Improved Coordination

Leadership Capacity Development Program

- ▶ Evaluation of the program.
- ▶ Mentoring/Coaching workshop of MOH senior staff.

Support to USAID

- ▶ Mid-year Performance Review Assessment (PRA) is schedule for June 3-4, 2003.
- ▶ Coordination of the redistribution of injectable contraceptives among regions and implementing agencies.

Partnership Development

- ▶ Finalising and signing the Memorandum of Understanding with BASICS II on the implementation of IMCI in HG.
- ▶ Finalising and signing the Memorandum of Understanding with HKI on the strengthening of the nutrition components of the primary health care system PMA and of the N&P.

Project Implementation

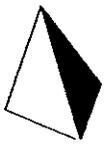
- ▶ PRISM Regional Representative for the Faranah region and Regional Coordinator for the Kankan region will be nominated.
- ▶ The report on the 2002 household survey results will be finalised and presented.
- ▶ Preliminary protocol for the 2003 household survey will be shared with partners.
- ▶ Two PRISM senior staff member will attend the 2003 Global Health Conference in DC in May.
- ▶ Finalising and signing of the subgrant with JHU/CCP and with EngenderHealth.
- ▶ Recruitment:
 - ▶ IEC Assistant for Faranah

- ▶ Coordinator for COGES/HMOs activities in Faranah
- ▶ CQI Coordinator for Kankan
- ▶ Complementary support staff for Faranah Regional Office (accountant & administrative assistant).

LIST OF ACRONYMS

Acronym		Definition
ENGLISH	FRENCH	
ADRA	ADRA	Adventist Disaster Relief Agency
AGBEF	AGBEF	Association Guinéenne pour le Bien-Etre Familial
AIDS	SIDA	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMIU	AMTU	Aspiration Manuelle Intra Utérine
AVSC	AVSC	Association for Voluntary Surgical Contraception (now EngenderHealth)
CBD	DBC	Community Based Distribution
CBS	SBC	Community Based Services
CENAFOD	CENAFOD	Centre National de Formation et de Développement
CERREGUI	CERREGUI	Cellule de Recherche en santé de la Reproduction en Guinée
CIDA	ACDI	Canadian International Development Agency
COGES	COGES	HC's Management committee (Comité de Gestion)
COPE	COPE	Client Oriented Provider Efficient
CNLS	CNLS	Conseil National de Lutte Contre le Sida
CPN	CPN	Ante natal consultation (Consultation Pré Natale)
CSU	CSU	Urban health center (Centre de Santé Urbain)
CTPS	CTPS	Regional level coordination committee (Comité Technique Préfectoral de la Santé)
CTRS	CTRS	Prefecture level coordination committee (Comité Technique Régional de la Santé)
CYP	CAP	Couple Year of Protection
DDM	IPD	Data for Decision Making
DED	DED	Deutscher – Entwicklungsdienst, German Volunteer Organization
DivPS	DivPS	Health Promotion Division (Division Promotion de la Santé)
DMR	DMR	Local initiatives direction (Direction des Micro-Réalisations)
DNPL	DNPL	National Direction for Laboratories and Pharmacies (Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoires)
DNPS	DNPS	National Direction for Public Health (Direction Nationale de la Santé Publique)
DRS	DRS	Regional Health Direction (Direction Régionale de la Santé - ex IRS)
DPS	DPS	District (Prefecture) Health Direction (Direction Préfectorale de la Santé)
ED&C	ME&C	Essential Drugs and Contraceptives
ELCO	ELCO	Simplified map produced by a community level worker
EMHC	SSSM	Essential Maternal Health Care
ERCOSAR	ERCOSAR	Regional RH coordination team (Equipe Régionale de Concertation en SR)
EOP	EOP	End of Project date
FP	PF	Family Planning
FS	SF	Facilitative Supervision
FY	AF	Fiscal Year
GF	GF	Guinée Forestière
GOG		Government of Guinea
GTZ	GTZ	German Development Agency
H	H	Hospital
H/MIS	SNIS	Health/Management Information System
HC	CS	Health Center
HG	HG	Haute Guinée
HHC	CSS	Heads of Health Center
HIV	VIH	Human Immune deficiency Virus
H/MIS	SIG/S	Health Management Information System
HMO	Mutuelles	Health Management Organization
HP	PS	Health Post
ISAD	ISAD	Initiative pour la Santé à Dinguiraye, Africare
IEC	IEC	Information, Education and Communication
ILO	BIT	International Labor Organization
IMAT	IMAT	Inventory Management Assessment Tool
IMCI	PCIME	Integrated Management of Children's Illnesses
IP	PI	Infection Prevention
IR	RI	Intermediate Result
IRS	IRS	Inspection Régionale de la Santé (now DRS)
ISMI	ISMI	Projet d'Initiative pour la Santé Maternelle à Dabola, Africare
IUD	DIU	Intra Uterine Device

Acronym		
JHU/CCP	<i>JHU/CCP</i>	Johns Hopkins University, Center for Communication Programs
JHU/JHPIEGO	<i>JHU/JHPIEGO</i>	Johns Hopkins University, JHPIEGO Corporation
KFW	<i>KFW</i>	German Development Bank
MEASURE	<i>MEASURE</i>	USAID centrally funded project
MCH	<i>SMI</i>	Maternal and Child Health
MIS	<i>SIG</i>	Management Information System
MOH	<i>MSP</i>	Ministry of Health
MPA	<i>PMA</i>	Minimum Package of Activities
MSH	<i>MSH</i>	Management Sciences for Health
MURIGA	<i>MURIGA</i>	<i>Mutuelle de santé consacré à la référence des femmes lors des accouchement</i>
NGO	<i>ONG</i>	Non Governmental Organization
N&P	<i>N&P</i>	<i>Normes et Procédures</i>
ORS	<i>SRO</i>	Oral Rehydration Solution
PAC	<i>SAA</i>	Post Abortion Care
PCG	<i>PCG</i>	<i>Pharmacie Centrale de Guinée</i>
PEV/SSP/ME	<i>PEV/SSP/ME</i>	<i>Prog. Elargie de Vaccination/Soins de Santé Primaire/ Médicaments Essentiels</i>
PMA	<i>PMA</i>	<i>Paquet Minimum d'Activités</i>
PNLS	<i>PNLS</i>	<i>Programme National de Lutte Contre les IST le SIDA</i>
PPSG	<i>PPSG</i>	<i>Projet Population et Santé Génésique</i>
PSR	<i>PSR</i>	<i>Projet Santé Rurale (GTZ)</i>
PRISM	<i>PRISM</i>	<i>Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/Sida</i>
QoC	<i>QSS</i>	Quality of Care
RH	<i>SR</i>	Reproductive Health
SA	<i>AS</i>	Situational Analysis
SBC	<i>SBC</i>	<i>Services à Base Communautaire</i>
SDP	<i>PPS</i>	Service Delivery Point
SIDA3	<i>SIDA3</i>	<i>Projet de Lutte contre le Sida en Afrique de l'Ouest (2nd phase), ACDI/CIDA</i>
SOW	<i>TaRéf</i>	Scope of Work
SO#2	<i>OS#2</i>	Strategic Objective # 2
TBA	<i>AT</i>	Traditional Birth Attendant
SG	<i>SG</i>	<i>Secrétaire Général</i>
STEP	<i>STEP</i>	<i>ONG Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté</i>
STI	<i>IST</i>	Sexually Transmitted Infection
STTA	<i>ATCD</i>	Short Term Technical Assistance
TA	<i>AT</i>	Technical Assistant (Assistance)
TB	<i>TB</i>	<i>Tableau de Bord</i>
ToT	<i>FaF</i>	Training of Trainers
UN	<i>ONU</i>	United Nations Organization
UNFPA	<i>FNUAP</i>	United Nations Funds for Population Assistance
USAID	<i>USAID</i>	United States Agency for International Development
WB	<i>BM</i>	The World Bank



PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTE REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

Progress Report January-February-March 2003

Implementing Agencies :

Management Sciences for Health (MSH)

In collaboration with :

Johns Hopkins University's Center for Communication Programs (JHU/CCP) & Engender Health Int'l

List of Annexes

1. Projet d'Evaluation de l'Acceptabilité d'un Programme de Prévention du SIDA par une Intervention au Niveau de la Transmission Mère-Enfant du VIH en Haute Guinée; Comptendu de Kankan, Février 2003, Dr. Tin-Nahn Luong (Sida3).
2. Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea; M. Derosena ; Jane Briggs; March 14 -21, 2003.
3. Rapport sur la création des mutuelles de santé en Haute Guinée par PRISM de février 2001 à mars 2003; Dr Sékou Condé, Mars 2003.
4. Liste valorisé des services offerts par les centres de santé en ce qui a trait au coûts des médicaments et des fournitures médicales; Balde/Fofana/Goumou.
5. Rapport sur l'inventaire des besoins des DPS dans le domaine de l'informatique; CMG, février 2003.
6. Campagne "Jouer pour la Vie": Rapport d'Activités; Bakadi, Cissé, Haba et Kaba, Mars 2003.
7. Synthèse des résultats de l'analyse FFOM dans les préfectures de la région de Kankan et Stratégies d'interventions adoptées dans la région de Faranah lors des CTPS de Janvier 2003.
8. Présentation « PRISM II : Orientation Générale » et présentation « PRISM II : Interventions Proposées PAO 2003 ».
9. PRISM II Indicateurs de performance; version du 28 février 2003.
10. Note technique sur l'enquête ménage 2002, Mohamed Lamine Keita, février 2003

ANNEXE 1 :

Projet d'Evaluation de l'Acceptabilité d'un Programme de Prévention du SIDA par une Intervention au Niveau de la Transmission Mère-Enfant du VIH en Haute Guinée ; Compte rendu de Kankan

**PROJET D'ÉVALUATION DE L'ACCEPTABILITÉ
D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DU SIDA PAR UNE INTERVENTION
AU NIVEAU DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH
EN BASSE ET HAUTE GUINÉE**

Compte-rendu de Kankan

ÉTUDE QUALITATIVE :

35 Focus groupes (8-12 personnes/ groupe)

- 8 groupes de femmes enceintes
 - centres de santé
 - quartier
- 8 groupes de femmes
 - coiffeuses
 - couturières
 - étudiantes : université de Kankan, centre de formation professionnelle
 - centre de santé
 - potières
- 14 groupes d'hommes
 - mécaniciens
 - cafés/bar
 - centre d'élevage
 - Centre de formation professionnelle
 - École normale des instituteurs
 - Étudiants de l'Université de Kankan
 - Centres de santé
- 5 groupes mixtes
 - atelier de couture
 - professeurs école primaire et collège
 - professeurs Université de Kankan
 - personnel Centre de formation professionnel
- pas de groupe de personnes séropositives

Entrevues semi-structurées et structurées

DPS
Personnel centres de santé de Kabada, Salamani, Bate Nafadji (médecins, agents de santé, infirmières, sages-femmes, nutrition, PF)
Chef de la Maternité de l'hôpital de Kankan
Personnel de laboratoire de l'hôpital de Kankan
Sages-femmes
Médecin clinique de médecine chinoise
Guérisseurs traditionnels
Save the Children
PDLG, FIDA

ÉTUDE QUANTITATIVE

245 questionnaires auprès des femmes enceintes

152 en zone urbaine

93 en zone rurale

recrutées dans les centres de santé de Kabada, Salamani, Misera, Kankan Koura, Bate Nafadji, le poste de santé de Bakonko Cissela et dans les quartiers

quelques résultats préliminaires (à prendre sous réserve) :

1) information générale

- âge moyen : 26 ans (15 à 43 ans)
- statut civil : marié (couple monogame) : 56%
marié (couple polygame) : 38,4%
célibataire : 4,9%
divorcée : 0,4%
veuve : 0,4%

2) connaissances

- ont entendu parler du VIH/SIDA : 98,8%
- ont entendu parler du VIH/SIDA et connaissent au moins 1 mode de transmission : 58,7%
NB. La plupart mentionnent spontanément la voie sexuelle et les objets tranchants. Seulement 2 femmes ont mentionné le mode de transmission vertical en disant « accouchement »
- à la question « une femme enceinte infectée par le VIH peut-elle transmettre le virus à son bébé? », 71,5% ont répondu OUI, 11,1% ont répondu NON et 17,4% ne savent pas.
- seulement 2,1% ont entendu parler d'un médicament (ARV) qui peut diminuer le risque de transmission verticale

3) acceptabilité du projet PTME

- acceptabilité du test de dépistage et reviendront chercher le résultat 2 semaines plus tard: 75,5%
rural : 76,3%
urbain : 74,8%
- acceptabilité du traitement et du suivi : 67,5%
- acceptabilité de ne pas allaiter si on fournit le lait artificiel : 74,7%

ANNEXE 2 :
Trip Report :
DMCI Strategy planning workshop
March 14-21, 2003

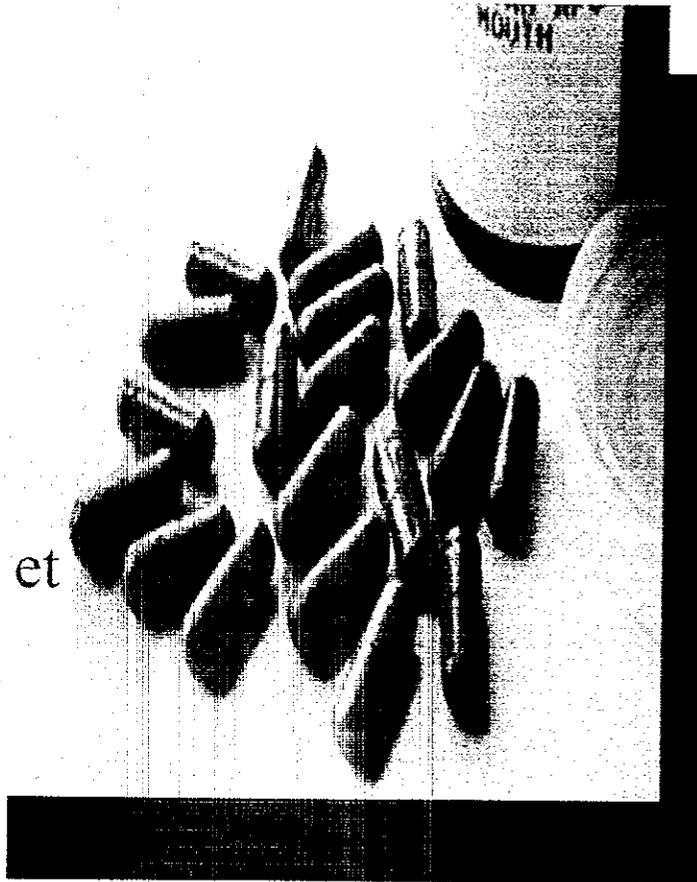


MANAGEMENT SCIENCES *for* **HEALTH**

*RPM Plus | Rational Pharmaceutical
Management Plus*

PRISM

Pour
Renforcer les
Interventions en
Santé reproductive et
MST/SIDA



Trip Report: Derosena M. & Briggs J. DMCI Strategy Planning Workshop in Guinea

Supported by the U.S. Agency for International Development

Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea

Michael Derosena
Jane Briggs

March 14 -21, 2003

Rational Pharmaceutical Management Plus Program
Center for Pharmaceutical Management
Management Sciences for Health
4301 North Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203 USA

This report was made possible through support provided by the U.S. Agency for International Development, under the terms of cooperative agreement number HRN-A-00-00-00016-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the U.S. Agency for International Development.

About RPM Plus

RPM Plus works in more than 20 developing countries to provide technical assistance to strengthen drug and health commodity management systems. The program offers technical guidance and assists in strategy development and program implementation both in improving the availability of health commodities—pharmaceuticals, vaccines, supplies, and basic medical equipment—of assured quality for maternal and child health, HIV/AIDS, infectious diseases, and family planning and in promoting the appropriate use of health commodities in the public and private sectors.

Recommended Citation

Derosena, Michael, and Briggs, Jane. 2003 *DMCI strategy planning workshop, Guinea*. Submitted to the U.S. Agency for International Development by the Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Contents

Acronyms	iv
Background	1
Purpose of Trip	1
Scope of Work	1
Activities	2
Collaborators and Partners	4
Adjustments to Planned Activities and/or Additional Activities	4
Next Steps	5
Immediate Follow-up Activities	5
Recommendations	5
Agreement or Understandings with Counterparts	5
Important Upcoming Activities or Benchmarks in Program	5
Annex 1. Summary of Results of the Guinea DMCI survey	6
Annex 2. Participants	8
Annex 3. Agenda Workshop DMCI results – Guinea 20 & 21 mars 2003	10
Annex 4: Sampling methodology	11
Annex 5 : Group Work Instructions	13
Annex 6 : Group Work results	15

Acronyms

BASICS II	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
C-DMCI	Community Drug Management for Childhood Illness
C-IMCI	Community component of IMCI
DMCI	Drug Management for Childhood Illnesses
DNPL	Direction Nationale de Pharmacies et laboratoires (National Directorate of Pharmacies and Laboratories)
EDL	Essential Drugs List
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses
INSE	Institute of Nutrition and Child Health
MCH	Maternal Child Health
MoH	Ministry of Health
MSH	Management Sciences for Health
NGO	Non-Governmental Organization
ORS	Oral rehydration salts
PCG	Central Medical Stores
PRISM	Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA (To reinforce reproductive health and STI/AIDS interventions)
RPM Plus	Rational Pharmaceutical Management Plus [MSH]
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	U.S. Agency for International Development
WARO	West Africa Regional Office [BASICS]
WHO	World Health Organization
WHO AFRO	World Health Organization Africa regional office

Background

The Drug Management for Childhood Illness (DMCI) is a tool to assess the status of drugs and medical supplies needed to implement the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) health promotion strategy. The IMCI strategy seeks to reduce mortality and morbidity rates for the five major causes of childhood illness: acute respiratory infection, diarrhea, measles, malaria, and malnutrition, and of common associated conditions. The DMCI complements the strategy by helping IMCI program implementers address the critical roles of drug and medical supply availability and use in combating these conditions. The DMCI tool provides a baseline assessment of drug availability, costs, and use in the public and private sectors. Managers also use the tool to monitor and evaluate the status of drug management as it affects the implementation of IMCI programs. In addition, program managers can analyze drug use behavior and its cost implications using the DMCI software program. The DMCI assessment methodology has been used by the Management Sciences for Health (MSH) Rational Pharmaceutical Plus (RPM Plus) program in Central Asia, Ecuador and Bolivia in 1998, Uganda and Zambia in 2000, Senegal in 2001 and further in Guinea in 2002 in collaboration with the PRISM project and BASICS II. The Guinea survey was conducted in April 2002.

Purpose of Trip

Michael Derosena arrived in Conakry, Guinea on March 15, 2003 and Jane Briggs joined him on March 18, 2003 for the strategy planning workshop of the DMCI survey with Ministry of Health (MoH) authorities and technical cadres of regions and prefectures, partners and other stakeholders involved in IMCI activities in Guinea. Colette Geslin and Mamadou Sene from Basic Support for Institutionalizing Child Survival/West Africa Regional Office (BASICS/WARO) who traveled from Senegal assisted Mr. Derosena and Ms. Briggs in order to complement the team. Prior to the workshop, it was planned to conduct a preliminary presentation of the findings of the assessment to the IMCI Committee of the MoH, Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MSH/SIDA (PRISM), and BASICS II/Guinea as well as preparations for the presentation of the findings and the workshop itself.

Scope of Work

- Provide an arrival briefing and a departure debriefing for USAID upon request
- Work with PRISM and BASICS II to prepare and finalize the presentation of the DMCI results including invitations, logistics, etc.
- Assist MoH in conducting a strategy-planning workshop on March 20–21, 2003 to present the DMCI results, discuss feasible interventions and define the next steps.
- Debrief USAID upon request.

Activities

1. Provide an arrival briefing for USAID upon request

On arrival in Guinea, Michael Derosena briefed USAID on the DMCI activity. A summary of the findings was circulated and discussed with clarification provided where necessary. USAID expressed great interest in this activity, appreciating the leadership taken by the MoH and willingness to use the results as baseline in the implementation process of IMCI in the country. PRISM that was just extended in Guinea for a three year period participated in the briefing and took opportunity to underscore the appropriateness of the survey with regard to IMCI activities scheduled in the selected prefectures of Dabola and Mandiana. USAID confirmed its participation to the workshop.

2. Work with PRISM and BASICS II to prepare and finalize the presentation of the DMCI results including invitations, logistics, et cetera.

On the March 18th, Michael Derosena worked with members of the IMCI committee to present the results of the DMCI survey and familiarize them with the results. A preliminary session was conducted with PRISM for potential input before meeting with the IMCI committee. Much discussion was held on the methodology as well as the interpretation of the results themselves. As a result of this discussion, revisions were made to the presentations for the workshop. The MoH also insisted that Guineans present the results, which had already been planned by RPM Plus. The participants at this preliminary meeting are shown in Annex 2.

The presenters were selected for different sections of the presentation, and the group met on the March 19th at the Central Medical Stores (PCG) compound in Conakry for practice. Each presenter worked on a specific part. The agenda and group-work were also discussed and finalized. Photocopies of the handouts to be given to the participants were prepared; this included the results (annex 1), a summary and the group work tasks.

3. Assist MoH in conducting a strategy-planning workshop on March 20–21, 2003 to present the DMCI results, discuss feasible interventions and define the next steps.

The MoH invited participants to the workshop from the regions and prefectures and other divisions and directions of the MoH, as well as other partners and stakeholders involved in IMCI activities in Guinea such as the World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF) and non-governmental organizations (NGOs). Of 45 invited participants, about 40 attended over the two days (annex 2). The workshop was held in the hotel La Camayenne and the agenda is included as Annex 3. The National Director of Public Health officially opened the workshop and the General Inspector of the MoH moderated the rest of the activities of the first day.

An overview of the pharmaceutical system of Guinea as well as an introduction to the IMCI strategy and the DMCI survey were presented in order to provide a context for the participants from a variety of backgrounds. Dr NGoma Onivogui, Chief of the Maternal

Child Health (MCH) Division then presented the methodology of the survey (a document highlighting the specificities of the sampling methodology was distributed to the participants (annex 4), the results were presented by three members of the IMCI committee and a Dr NGoma did a summary of the strong and weak points identified by the survey. The plenary discussion following the results covered aspects of the methodology and other clarifications that were needed as well as discussion of the identified problems.

The afternoon session of the first day was devoted to group work. The participants were divided into three groups and each group was given one of three themes: availability of drugs, use of drugs and communication between the health care worker and the caregiver. The groups were asked to prioritize the problems of their theme according to criteria of severity and vulnerability of the problem. For the priority problems, the groups suggested possible interventions and assessed their feasibility and impact. For the feasible interventions, some initial stages of planning were drafted as well as the strategies and next steps. The instructions provided to the participants are shown in Annex 5. The group work continued into the second morning and presentations were made in the middle of the morning of the second day.

After some discussion and clarification, the plenary group accepted the plans developed by each of the groups. The main problems identified by each group were as follows:

Group 1: Availability

- Lack of certain products needed for IMCI in the EDL for health center and hospital levels
- High purchase prices of certain products
- Low availability of products for IMCI at all health facilities
- Insufficient refrigerators in certain health centers and all hospitals and poor monitoring of the temperature

Group 2: Use

- Lack of IMCI guidelines in the different facilities
- Irrational prescribing, in particular, :
 - antibiotics for cases of non-pneumonia
 - poor use of oral rehydration salts (ORS) for cases of diarrhea
- High cost of treatment of prescriptions
- Poor dispensing of antibiotics and antimalarials

Group 3: Communication.

- Many caregivers do not know how to administer the drugs to their child on leaving the health facility
- Only some health care workers provide instructions on how to administer the drugs or on when to return if the illness gets worse
- Health care workers do not assess the severity of the illness
- No nutritional advice given to caregivers

The main strategies to be implemented to counter the problems can be summarized as follows:

- Form a network of information between central stores in countries in the region
- Maintain a database of information about suppliers
- Training in store management
- Dissemination and training in IMCI
- Revision of the ordinogrammes (standard treatment guidelines)
- Develop visual aids to aid prescribing and dispensing
- Training in dispensing and communication
- Strengthen supervision

The plans drawn up by the groups (shown in Annex 6) will form the basis of the planning of the MoH and the IMCI committee. In addition to the group work, the workshop participants presented four recommendations at the closure of the workshop. These were:

1. Establish a network of information for regional purchasing of pharmaceuticals in West Africa
2. Revise the ordinogrammes (standard treatment guidelines)
3. Disseminate IMCI to both the public and private sectors
4. Improve the communication of staff in both the public and private sectors

Collaborators and Partners

ADRA

AFRICARE

Dr Midiaou Baldé

Soukeynatou Traore, BASICS II/Guinea;

Dr. NGoma Onivogui, MCH/MoH;

Dr Fatou Barry DNPL/MoH

Dr Aissatou Toure INSE/MoH

Alain Joyal, Eleonore Rabalahase & Yousouf Doumbouya, MSH/PRISM;

Kathy Jacquart, USAID/Guinea.

WHO

Adjustments to Planned Activities and/or Additional Activities

Several members of the IMCI committee were not able to participate in the DMCI survey strategy planning workshop due to a conflicting activity. The World Health Organization Africa regional office (WHO AFRO) conducted the first training of IMCI national facilitators in training techniques the same week.

The only activity which was not possible was the debriefing with USAID due to conflicting activities and restrictions on movement, but as there was a member of USAID staff, Dr Barry, present throughout the workshop, it was agreed that he would debrief Kathy Jacquart, with the additional aid of an e-mail message and the trip report from RPM Plus.

Next Steps

Immediate Follow-up Activities

The MoH and PRISM will write the report of the workshop and circulate the document to all concerned partners, including those invited participants who were not able to attend the workshop. The partners will discuss how best to integrate the action plans and recommendations from the meeting into their own work-plans. The partners include MoH, BASICS II, PRISM II, other NGOs, WHO and UNICEF.

The MoH will prioritize the activities/interventions required to improve drug management for childhood illnesses.

Recommendations

- Collaboration between different departments and divisions of the MoH, WHO, UNICEF, BASICS II, RPM Plus and other partners and adoption of a shared vision will facilitate the improvement of drug management for child health.
- Continued collaboration between PRSIM II, BASICS II and RPM Plus at country and regional level is essential to maximize efforts and to ensure improved drug management for childhood illnesses.

Agreement or Understandings with Counterparts

RPM Plus will offer technical assistance to the MoH through BASICS II and PRSIM II to implement the interventions identified in the DMCI strategy planning workshop. The role of RPM Plus in these activities will need to be determined early in order to allow for planning and resource allocation.

Important Upcoming Activities or Benchmarks in Program

It is expected that the MoH will request assistance from RPM Plus to conduct an assessment of drug management for childhood illnesses at community level (C-DMCI) in selected prefectures of the country. This assessment would be a logical next step in the evaluation of drug management in Guinea and would facilitate the planning and implementation of C-IMCI.

Annex 1. Summary of Results of the Guinea DMCI survey

Indicator	Overall result	Central Medical Stores	Regional Medical Stores	Health Center	Hospitals
Indicator 1: Percentage of DMCI tracer drug products on the Essential Drug List (EDL)	100%	100%	100%	100%	100%
Indicator 2: Percentage of median international price paid for a set of DMCI tracer drugs that were part of the last regular MOH procurement	111%	111%			
Indicator 3: Average percentage of a set of unexpired DMCI tracer drugs available in MOH storage and health facilities	56%	73%	55%	51%	66%
Indicator 4: Average percentage of time out of stock for a set of DMCI tracer drugs in MOH storage and health facilities	47%	29%	49%	52%	38%
Indicator 5: Average percentage of stock records that correspond with physical counts for a set of DMCI tracer drugs in MOH storage and health facilities	88%	88%	88%	90%	80%
Indicator 6: Percentage of MOH storage and health facilities visited that have a working refrigerator with freezing compartment and thermometer for vaccine storage	72%	100%	100%	80%	20%
Indicator 7: Percentage of MOH storage and health facilities with working refrigerator and up-to-date temperature monitoring records	60%	100%	100%	60%	20%

Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea

Indicator	Ideal	Overall result	Health Center	Hospital
Indicator 8: Percentage of MOH health facilities visited with an official manual of treatment guidelines for childhood illnesses, or WHO IMCI treatment guidelines	100%	0%	0%	0%
Indicator 9: Percentage of encounters diagnosed as no-pneumonia (cough or cold) that are prescribed antibiotics	0%	92%	91%	95%
Indicator 10: Percentage of encounters diagnosed as pneumonia that are prescribed appropriate antibiotics according to treatment guidelines	100%	83%	100%	36%
Indicator 11: Percentage of encounters diagnosed as diarrhea that are prescribed ORS	100%	91%	95%	77%
Indicator 12: Percentage of encounters diagnosed as diarrhea that are prescribed antidiarrheals	0%	0.4%	0%	2%
Indicator 13: Percentage of encounters diagnosed as non-dysentery/non-cholera diarrhea that are prescribed antibiotics	0%	60%	56%	76%
Indicator 14: Percentage of encounters diagnosed as malaria that are prescribed an appropriate oral antimalarial, according to treatment guidelines	100%	91%	98%	68%
Indicator 15: Average cost of drugs prescribed as a percentage of costs if IMCI norms for treatment were followed	100%	221%	122%	553%
Indicator 16: Percentage of prescribed drugs actually dispensed	100%	92%	95%	77%
Indicator 17: Percentage of caregivers who could correctly describe how to give the prescribed medication	100%	47%	51%	25%
Indicator 18: Percentage of encounters where health workers asked one or more clinical questions from IMCI guidelines to determine severity of health problem	100%	46%	46%	47%
Indicator 19: Percentage of health workers who provided basic information to caregivers on how to give the recommended drugs	100%	42%	41%	47%
Indicator 20: Percentage of health workers who told caregivers about any signs of progressive illness and recommended a doctor or clinic visit if the signs appear	100%	33%	35%	24%
Supplemental indicator: Percentage of cases having received nutritional advice.	100%	20%	21%	12%
Supplemental indicator: Percentage of antibiotics prescribed that correctly dispensed.	100%	80%	87%	61%

Annex 2. Participants

Liste des participants à la réunion préparatoire

- 1- Dr Eléonore Rabelahasa, PRISM
- 2- Dr Fatou Barry, DNPL
- 3- Dr Nagnouma Sanoh représentant la DNPL
- 4- Mme Aissatou Touré, Nutritionniste INSE
- 5- DR Midiaou Baldé
- 6- Dr Y Doumbouya, PRISM
- 7- Dr Goma Guilavogui Chef Section SM/PF, MSP
- 8- Dr M Fofana, Pédiatre CHU I Denn
- 9- Dr S Kéita Chef Division Santé de la Reproduction, MSP
- 10- Jane Briggs, RPMplus
- 11- Dr Michael Derosena, RPMplus
- 12- Mamadou Sène BASICS WARO
- 13- Colette Geslin, BASICS, WARO

Liste des participants à l'atelier

N°	Prénoms et Nom	Institution
1	Mme Touré Aissatou	INSE/Donka
2	Mme Coker Kanny Condé	PNLP
3	Dr Djamilatou Diallo	CME/PEV
4	Mme Kadiatou Baldé	DPS/Labé
5	Dr Marie Louise Koïvogui	DCS Dixinn
6	Dr Fatou Barry	DNPL
7	Dr Mamadou Midiaou Bah	Péd. Donka
9	Dr Abdourahmane Telly Barry	PCG
9	Dr Nagnouma Sow	DNPL
10	Dr Goma Onivogui	DSR/SMI/PF
11	Dr Djibril Fofana	Péd. Ignace Deen
12	Dr Abdourahmane Cherif	PEV/SSP
13	Dr Fatoumata Touré	DRSCO
14	Dr Cécé Sékou Kourouma	DPS/ Foré
15	Dr Camille Soumah	DRS/Kindia
16	Dr kansery Keïta	Kouroussa
17	Dr Mamadou Sadio Diallo	DPS/FNAH
18	Dr M. Bachir Camara	DRS/N'Zéré
19	Dr ElH M. Diouhé Barry	DRS/Labé
20	Dr Elh M Lamine Tounkara	DRS/FNAH
21	Dr Ibrahima Camara	DRS/KK
22	Dr Niankoye Guilavogui	HR/KK
23	Dr Ousmane SOW	DRS/Boké
24	Dr Ibrahima Pita BAH	DPS/N'Zéré
25	Dr A.Sidiki Diakite	IGS/MSP
26	M Fassa Daniel Tolno	PPSG
27	Dr M Cissé	OMS
28	M MoHamed Lamine Kéita	PRISM
29	DR Youssouf Doumbouya	PRISM
30	Dr Michael DEROSENA	RPMplus
31	Jane Briggs	RPMplus
32	Mamadou SENE	Basics/WARO
33	Dr Colette Geslin	Basics/WARO
34	Dr Eléonore Erabelahasa	PRISM
35	Dr Mamadou Adama Diallo	Basics Guinée
36	M MoHamed Lamine Kaba	Africare
37	Mme Carine Cocas	Africare
38	M Kalil Camara	PRISM
39	Mme Diaby Illiyassou	PRISM
40	Mlle Diaby Fatoumata	PRISM
41	Dr Ivonne E N	Africare-Guinée
42	Dr Alimou Barry	USAID

Annex 3. Agenda Workshop DMCI results – Guinea 20 & 21 mars 2003

Thursday 20 March 2003

Time	Activity	Responsible	Facilitator
08.30-09.00	Welcome of participants et introductions	Dr Doumbouya	
09.00- 09.30	Opening	MoH PRISM	Dr Goma
09.30-9.50	Overview of the pharmaceutical system	Dr A Telly Barry	Dr S Diakité
09.50-10.15	Background of DMCI in Guinea	Dr Goma	
10.15-10.30	Coffee break		
10.30-12.30	Presentation of results	Dr Goma Dr A Touré Dr F Barry Dr M Bah	
12.30-13.15	Plenary Discussion	Panel	
13.15-13.30	Explanation of group work and forming of groups	Dr Doumbouya	
13.30-14.30	Lunch break		
14.30- 17.00	Group work	President and reporter for each group	

Friday 21 March 2003

Time	Activity	Responsible	Facilitator
08.30-08.45	Welcome		Dr MoHamed Sylla
08.45- 9.45	Presentations of the 3 groups	Reporter of each group	
9.45-10.15	Plenary discussion		
10.15-10.30	Coffee break		
10.30-12.00	Group work: define the next steps	President and reporter for each group	
12.00-13.00	Presentation	Reporter of each group	
13.00-13.30	Closing	MoH PRISM	
13.30	Lunch		

Annex 4 : Sampling methodology (Handout distributed to participants in French)

Echantillonnage

Etape 1: Sélection d'un échantillon de sites au niveau central et régional

L'exercice consistant à obtenir une vue d'ensemble des opérations de gestion des médicaments du MSP révèle souvent que d'importantes variations existent au sein du système d'approvisionnement et de distribution, et que ces différences peuvent affecter la livraison des produits PCIME. Certains aspects du système varient de région en région, d'établissement en établissement, et de prescripteur en prescripteur. Ces variations locales peuvent être: le climat, le financement, les sources d'approvisionnement pharmaceutique, la facilité d'accès aux établissements, l'état des registres d'inventaire, ou les schémas des pratiques de prescription.

L'outil GMME recommande d'inclure dans l'échantillon, des établissements représentant toutes les variations significatives du système dans son ensemble. Pour cela, il est proposé de choisir pour l'enquête quatre zones géographiques (c'est-à-dire des districts ou des régions) définies par des critères tels que la géographie, les facteurs socio-économiques, la densité de la population, ou bien les caractéristiques du système de soins de santé.

Trois possibilités ont été considérées pour constituer un échantillon représentatif du pays:

- a) la Capitale; une région hautement agricole; une région faiblement agricole; et une région aride
- b) la Capitale et une zone urbaine à forte densité; et deux régions rurales agricoles
- c) la Capitale; deux régions rurales aux infrastructures suffisamment bonnes; et une région rurale plutôt inaccessible

L'option (a) a été retenue pour l'enquête, mais incluant toutes les régions naturelles du pays.

Etape 2: Sélection d'un échantillon de préfectures

Une préfecture dans chaque région a été choisie au hasard. La commune de Matam a été choisie également au hasard pour Conakry

Etape 3 : Sélection d'établissements sanitaires

La taille de l'échantillon utilisée est de 20 établissements sanitaires, 4 établissements pour chacune des 4 régions géographiques, et 4 pour Conakry. La justification de cet échantillon de 20 est basée sur l'expérience et les facteurs précédemment exposés.

Pour sélectionner les sites, il a été procédé de la façon suivante:

- Sélection des services de consultations externes de l'hôpital préfectoral ;
- Sélection du Centre Médico-Communal de Coléah comme équivalent d'un hôpital préfectoral à Conakry

- Sélection au hasard de 3 autres établissements sanitaires de la liste des centres de santé dans la préfecture sélectionnée.

Etape 4: Sélection d'un échantillon de patients vus à la consultation

Pour chaque problème de santé PCIME étudié, il fallait examiner un minimum de 600 dossiers de patients, en sélectionnant au hasard 30 dossiers médicaux pour chaque problème PCIME dans chacun des 20 établissements sanitaires sur une période de 12 mois. Les dossiers ont été obtenus à partir des registres de consultations journalières ou bien des ordonnances. La sélection de 600 dossiers par problème de santé étudié est justifiée par les raisons suivantes:

- Evaluation le pourcentage d'indicateurs qui donnent les valeurs pour l'échantillon dans son ensemble avec un intervalle de confiance de 95%, et plus ou moins 7,5% d'erreurs.
- L'expérience a montré que des résultats obtenus à partir d'échantillons plus importants n'étaient pas utiles pour identifier les problèmes principaux et, de ce fait, ne justifiaient pas une dépense de temps, de coût et d'énergie plus grands.

Pour l'étude sur l'utilisation des médicaments, la classification PCIME a été utilisée pour les maladies à étudier. L'IRA est divisée en « pas de pneumonie » (toux, rhume, grippe...) et pneumonie. De ce fait, 1.200 dossiers de consultation IRA (30 registres sélectionnés au hasard, par établissement, pour la pneumonie et 30 pour pas de pneumonie [toux ou rhume]) étaient nécessaires.

La sélection au hasard a été faite en appliquant aux cas des registres des formations sanitaires la méthode de l'intervalle. Avec des listes complètes par maladie, sélection de chaque $n^{\text{ième}}$ cas, où l'on détermine n en divisant le nombre total de cas par la mesure d'échantillons désirés (30).

Etape 5: Sélection d'un échantillon de points de vente privés

L'échantillon de points de vente privés devait se composer de 1 simulation pour diarrhée, 1 pour paludisme, 1 IRA non pneumonie dans chacune des formations sanitaires des préfectures sélectionnées. La pneumonie n'a pas été retenue pour les points de vente privés. Les points de vente privés sont les pharmacies formelles et les points de vente de médicaments en vente libre et des échoppes sur les marchés.

Annex 5 : Group Work Instructions

3 Themes

1. Availability of drugs
2. Use of drugs
3. Problems of communication

For each group and for each theme, discuss the following questions :

1. What are the problems identified by the survey?
2. What are the priority problems ? use the following criteria:
 - Importance of problem
 - Possibility to change it
 - Expected results
3. What are the causes of these problems ?
4. What are the next steps ?

The following tables were provided as a template to present the results of the group work.

Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea

Problems	Probable causes	Importance of problem	Viability

For the priority problems only:

Problem	Interventions	Feasibility	Impact	Strategies	Next steps

Annex 6 : Group Work results

Groupe I. DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS

PROBLEMES PRIORITAIRES

Problèmes	Causes probables	Importance du problème	Vulnérabilité
1. L'Absence de certains produits pharmaceutiques PCIME dans la liste nationale des ME des CS et Hôpitaux	Non intégration de la PCIME dans le PMA des structures Non mise à jour de la liste nationale des ME	# 3. Sélection et intégration des médicaments PCIME dans la liste des ME	# 3. Volonté politique existe Volonté d'exécution aussi
2.- L'Absence d'équipements standard au niveau des structures de soins	Non intégration de la PCIME dans le PMA des structures Non mise à jour de la liste nationale des ME	# 3. Sélection et intégration de l'équipement PCIME dans la liste des ME	# 3. Volonté politique existe Volonté d'exécution aussi
3. Le prix élevé des produits à l'importation	Volume d'achat faible Taux d'inflation élevé Pas de production locale	# 3. Pouvoir d'achat faible, donc capacité limitée de la population à se procurer les médicaments s'ils sont trop chers	# 1. Subvention de l'Etat et/ou des bailleurs Achats groupés Possibilité d'obtenir des prix compétitifs
4. La faible disponibilité des produits PCIME à tous les niveaux	Non intégration de la PCIME dans le PMA des structures Non mise à jour de la liste nationale des ME Insuffisance de la logistique Faiblesse de la trésorerie dans certaines structures Insuffisance de la formation	# 2. Si les produits ne sont pas disponibles constamment, la PCIME ne peut pas se développer avec succès Cela affecte la qualité de la prise en charge des enfants malades	# 2. Il y a 3 causes qui peuvent être facilement contrôlées, mais la logistique et la trésorerie sont des facteurs qui ne sont pas faciles à maîtriser
5. Les temps de rupture élevés	Insuffisance de formation en gestion	# 3. Si les produits ne sont pas disponibles	# 2. Il y a déjà des

Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea

	Insuffisance de la supervision	constamment, la PCIME ne peut pas se développer avec succès Cela affecte la qualité de la prise en charge	acquis dans la formation et la supervision
6. Le mauvais suivi du stock	Insuffisance de la supervision Négligence des agents	#3. Peut conduire à la rupture, et la rupture a des conséquences sur le développement de la PCIME	# 2. Correction avec les activités de supervision
7. Insuffisance de réfrigérateurs fonctionnels dans les hôpitaux	Défaut de maintenance Rupture des pièces de rechange	# 3. L'absence des frigos fonctionnels affecte la disponibilité et la qualité de certains produits	# 3. Souvent ce sont de petits problèmes qui peuvent être résolus facilement
8. Fiches de température des réfrigérateurs mal suivies dans les CS	Insuffisance de la formation Insuffisance de la supervision	# 3. Les fiches non à jour ne garantissent pas la qualité des produits	# 3. On peut le régler par la supervision

STRATEGIES ET PROCHAINES ETAPES

Problème	Interventions	Faisabilité	Impact	Stratégies	Prochaines étapes
1. Absence de certains produits pharmaceutiques PCIME dans la liste nationale des ME des CS et Hôpitaux	* Actualiser le PMA en y intégrant la PCIME * Actualisation de la liste nationale des médicaments essentiels	Oui	Prise en charge correcte des maladies de l'enfant	* Organisation d'un atelier de consensus	Plaidoyer Mobilisation des ressources
2.- Absence d'équipements standard au niveau des structures de soins	* Intégration de la liste d'équipement PCIME dans la liste nationale	Oui	Oui	* Organisation d'un atelier de consensus	Plaidoyer Mobilisation des ressources

5

Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea

3. Prix élevé des produits à l'importation	<ul style="list-style-type: none"> * Achats groupés * Subvention de l'Etat et bailleurs * Production locale 	Oui	Disponibilité et accessibilité améliorées	<ul style="list-style-type: none"> * Mise en réseau d'information des centrales d'achat * Constitution d'une base de données des fournisseurs 	* Plaidoyer
4. Faible disponibilité des produits PCIME à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> * Actualiser le PMA en y intégrant la PCIME * Actualisation de la liste nationale * Renforcer la logistique * Améliorer le système d'approvisionnement 	Oui	<ul style="list-style-type: none"> * Disponibilité améliorée, * Meilleure prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> * Achat de véhicules * Formation et/ou recyclage des agents en gestion des médicaments * Renforcer la supervision 	Plaidoyer
5. Temps de rupture élevé	<ul style="list-style-type: none"> * Actualiser le PMA en y intégrant la PCIME * Actualisation de la liste nationale * Renforcer la logistique * Améliorer le système d'approvisionnement * Subvention des CS déficitaires 	Oui	<ul style="list-style-type: none"> * Disponibilité améliorée, * Meilleure prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> * Formation et/ou recyclage des agents en gestion des médicaments * Renforcer la supervision * Redynamiser les comités de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> * Plaidoyer * Elaboration des plans de formation
6. Mauvais suivi du stock	<ul style="list-style-type: none"> * Amélioration de la gestion des stocks 	Oui	Disponibilité améliorée	<ul style="list-style-type: none"> * Renforcer la supervision * Formation et/ou recyclage des agents 	Révision des plans de supervision Elaboration des plans de formation
7. Insuffisance de réfrigérateurs fonctionnels dans	Rendre disponible les pièces de recharge Achats de frigos	Oui	Amélioration des conditions de conservation	<ul style="list-style-type: none"> * Formation et/ou recyclage des agents 	Plaidoyer

Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea

certains structures			des produits Amélioration de la qualité des services	pour la maintenance * Renforcer la supervision * Mise en place des pièces de rechange * subvention de l'Etat et Bailleurs	Plan de formation
8. Fiches de température des réfrigérateurs mal suivies dans certaines structures	Supervision	Oui	Amélioration des conditions de conservation des produits Amélioration de la qualité des services	* Renforcement de la supervision interne/externe	* Sensibilisation des agents *

57

Groupe II UTILISATION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

PROBLEMES PRIORITAIRES

- 1 Absence de directives PCIME dans les différentes structures
- 2 Prescription d'ATB dans les cas de « Pas de Pneumonie »
- 3 Sous utilisation des SRO dans la prise en charge des cas de diarrhée simple de l'enfant au niveau des hôpitaux et dans les points de vente privés
- 4 Coût élevé des traitements par rapport au standard PCIME
- 5 Mauvaise dispensation des ATB et des ATP surtout dans les hôpitaux
- 6 Insuffisance de formation des agents à leur poste
- 7 Insuffisance de supervision
- 8 Insuffisance de Personnel qualifié pour la dispensation

A côté de ces problèmes reconnus prioritaires de par leur importance et leur vulnérabilité, d'autres non moins important ont été évoqués

- 1 Prescription inappropriée des ATB dans les hôpitaux pour les cas de Pneumonie
- 2 Mauvaise prise en charge des cas de diarrhée simple chez les enfants dans les PVP par la dispensation abusive des anti diarrhéiques
- 3 Utilisation abusive des ATB dans les cas de diarrhée simple dans toutes les structures de santé et les PVP
- 4 Utilisation inappropriée des ATP dans les hôpitaux et dans les PVP

Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea

STRATEGIES ET PROCHAINES ETAPES

Problème	Interventions	Faisabilité	Impact	Stratégies	Prochaines Etapes
1. Absence de directives PCIME dans les différentes structures	Dissémination des directives PCIME	3	3	Formation du personnel en cours d'emploi Mise en place des directives dans toutes les structures de santé Intégration de l'approche PCIME dans les écoles de formation Sensibilisation du secteur privé sur les directives PCIME	Planification de la formation Implication des enseignants dans la mise œuvre de l'approche PCIME
2. Prescription des ATB dans les cas de « Pas de Pneumonie »	Promotion des prescriptions rationnelles	2	3	Révision des ordinogrammes et protocoles de traitement	Restitution des conclusions de l'enquête GMME aux différents acteurs ciblés pour la promotion des prescriptions rationnelles
3. Sous utilisation des SRO dans la prise en charge des cas de diarrhée simple de l'enfant au niveau des hôpitaux et dans les points de vente privés	Promotion des prescriptions rationnelles	2	3	Formation /recyclage sur l'utilisation des ordinogrammes et protocoles Supervision des structures publiques et privés Rendre opérationnel les comités des médicaments au	Révision des ordinogrammes et protocoles de traitement Planification de la mise

Trip Report: DMCI Strategy planning workshop, Guinea

<p>4. Coût élevé des traitements par rapport au standard PCIME</p>	<p>Promotion des prescriptions rationnelles</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>niveau des hôpitaux</p> <p>Suivi des recommandations des monitorages</p> <p>Formation des Agents Communautaires à l'approche PCIME (pratiques de soins à domicile, recherche des soins)</p> <p>Confection d'aide mémoire sur les prescriptions rationnelles pour les secteurs public et privé</p> <p>Marketing du SRO dans les hôpitaux et les PVP</p>	<p>en œuvre des différentes stratégies</p>
<p>5. Mauvaise dispensation des ATB et des ATP surtout dans les hôpitaux</p>	<p>Promotion d'une bonne dispensation des ATB et ATP dans les hôpitaux</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>Elaboration d'un Guide de Dispensation des médicaments</p> <p>Confection d'aide mémoire sur la dispensation des médicaments</p> <p>Formation aux techniques de dispensation</p> <p>Supervision/Suivi</p>	<p>Restitution des conclusions de l'enquête GMME aux différents acteurs ciblés pour la dispensation des médicaments</p>

SP

Groupe III: COMMUNICATION ENTRE PRESTATAIRES ET CLIENTS

PROBLEMES PRIORITAIRES ET LEURS CAUSES

1- Les accompagnateurs des enfants malades ne sont pas capables de décrire correctement comment administrer les médicaments prescrits.

Les causes :

- nombre élevé des malades par rapport au nombre de prestataires
- insuffisance de formation
- différences de langues
- négligence
- manque de feed-back

2- Les prestataires ne posent pas les questions relatives aux signes de gravité des maladies lors des consultations. Les causes :

- insuffisance de formation
- insuffisance de supervision
- négligence
- non respect des ordinogrammes

3- Les prestataires ne donnent pas des conseils aux accompagnateurs sur la manière d'administrer les médicaments prescrits. Les causes :

- insuffisance de formation
- nombre de malades élevé
- analphabétisme

4- Les prestataires n'expliquent pas aux accompagnants des enfants malades les signes d'aggravation de la maladie et la CAT dès leur apparition. Les causes signalées sont :

- insuffisance de formation
- insuffisance de supervision
- non respect des ordinogrammes

5- L'absence de conseils nutritionnels pour les cas classés « poids insuffisant ». 80% des cas, dans notre étude n'ont pas reçu des conseils sur la nutrition.

Les principales causes évoquées sont :

- insuffisance de formation
- insuffisance de supervision
- non respect des ordinogrammes
- manque de monitoring des activités

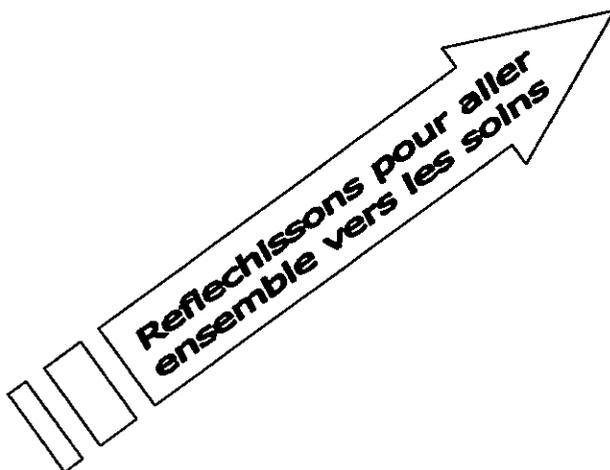
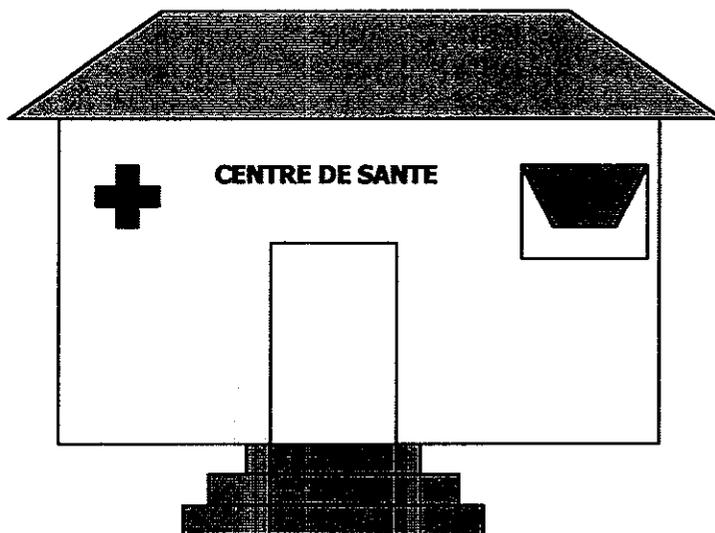
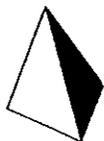
STRATEGIES ET PROCHAINES ETAPES

Problème	Interventions	Faisabilité	Impact	Stratégies	Prochaines étapes
1- : Le manque de conseils nutritionnels pour les cas classés « poids insuffisant ». 80% des cas, dans notre étude n'ont pas reçu des conseils sur la nutrition.	<ul style="list-style-type: none"> - amélioration des compétences - renforcement du système de monitoring 	3	3	<ul style="list-style-type: none"> - formation - supervision - monitoring des activités de nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> - planification des formations - finalisation de l'élaboration des indicateurs de nutrition - introduction des indicateurs de nutrition dans les fascicules de monitoring - introduction des activités de nutrition dans les Guides de supervision
2- Les prestataires n'expliquent pas aux accompagnants des enfants malades les signes d'aggravation de la maladie et la CAT dès leur apparition.	<ul style="list-style-type: none"> - amélioration des compétences 	3	3	<ul style="list-style-type: none"> - formation - supervision 	<ul style="list-style-type: none"> - planification des formations - planification des supervisions facilitantes
3- Les prestataires ne posent pas les questions relatives aux	<ul style="list-style-type: none"> - renforcement des capacités de communication des prestataires 	3	3	<ul style="list-style-type: none"> - formation en technique de CIP - supervision 	<ul style="list-style-type: none"> - planification des formations - planification des supervisions facilitantes

signes de gravité des maladies lors des consultations					
4- Les accompagnateurs des enfants malades ne sont pas capables de décrire correctement comment administrer les médicaments prescrits.	<ul style="list-style-type: none"> - renforcement des capacités de communication des prestataires - utilisation des aides visuelles pour les accompagnants et les prestataires 	3	3	<ul style="list-style-type: none"> - formation en technique de CIP - développement des aides visuelles - supervision 	<ul style="list-style-type: none"> - planification de la formation - planification des aides visuelles - introduction des activités de CIP dans les Guides de supervision - planification des supervisions facilitantes
5 Les prestataires ne donnent pas des conseils aux accompagnateurs sur la manière d'administrer les médicaments prescrits	<ul style="list-style-type: none"> - renforcement des capacités de communication des prestataires - supervision - utilisation des aides visuelles pour les accompagnants 	3	3	<ul style="list-style-type: none"> - formation en technique de CIP - développement des aides visuelles - supervision 	<ul style="list-style-type: none"> - planification de la formation - planification des aides visuelles - introduction des activités de CIP dans les Guides de supervision - planification des supervisions facilitantes

ANNEXE 3 :
Rapport sur la création des mutuelles de santé en Haute Guinée par PRISM
de février 2003 à mars 2003

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



MUTUALISTES

**RAPPORT DE CREATION DES MUTUELLES
DE SANTE EN HAUTE GUINEE**

De février 2001 a mars 2003

**Rapport préparé et présenté par: Dr Sékou CONDE, Coordinateur de PRISM en
Renforcement des Institutions Communautaire**

INTRODUCTION

Dans les pays développés, et spécialement en Europe, les mutuelles de santé ont pu enregistrer des succès considérables, soit en intéressant directement d'importants secteurs du monde du travail, soit en procurant une couverture complémentaire à certains publics bénéficiant déjà des dispositifs de sécurité sociale. Au cours de ces dernières années, des expériences similaires ont été initiées dans les pays en développement avec des populations intervenant dans le secteur informel de l'économie.

Dans ces pays, les travailleurs actifs du secteur informel, déjà prédominant et en constante expansion, sont marginalisés et affrontent des risques importants, du fait de leur exclusions des systèmes conventionnels de sécurité sociale qui restent réservés aux travailleurs du secteur public. Dans de nombreux pays, la couverture de ces systèmes ne peut excéder 5 à 10% de la population active et ces taux traduisent le plus souvent une nette tendance à la baisse.

En Guinée, les couches les plus exposées sont les femmes qui représentent un peu plus de 50% de la population. Elles ont compris qu'elles ne peuvent compter que sur elles mêmes pour disposer des services de protection répondant le mieux à leurs besoins. Cette nouvelle approche a pu entraîner l'émergence de différentes initiatives visant à mettre en œuvre des systèmes innovant et complémentaires de protection sociale. S'appuyant sur des principes de solidarité agissante, beaucoup sont des mutuelles qui ont pu être conçues et mises en œuvre par différentes organisations communautaires issues de tous les milieux appuyés par les projets/ programmes évoluant dans la région de la Haute Guinée.

C'est pourquoi en République de Guinée, il reste non dénié que l'on assiste actuellement à l'émergence de nombreuses initiatives communautaires et urbaines en matière d'organisations communautaires dont les mutuelles de santé pour faire face à cette situation d'exclusion des travailleurs du secteur informel. Parmi ces expériences riches et variées en cours dans le pays, on note entre autres, les mutuelles communautaires de Bokaria à Kindia ou de Youkounkoun dans Boké. Et, spécifiquement les MURIGA (*Mutuelles pour la prise en charge des Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement*) mises en place à Dabola et à Boffa pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile avec l'appui de l'UNICEF. Cette stratégie est maintenant étendue aux préfectures de Mandiana par SAVE THE CHILDREN, à Siguiri, à Beyla et à Lola par le *Projet Population et Santé Génésique* (PPSG), financé par la Banque Mondiale et à Kouroussa par l'UNICEF. PRISM en Haute Guinée est impliqué dans le processus et couvre trois Préfectures où il déploie assez d'efforts dans le cadre de l'amélioration des indicateurs dans le sens de la réduction de la mortalité maternelle et infantile Faranah, Kankan et Kérouané. Dans ces trois Préfectures PRISM promeut des mutuelles de santé avec la couverture du paquet entier de la maternité. L'apport de PRISM consistera en un appui technique et financier pour ce qui a trait au renforcement des capacités de gestion du système santé dans ce domaine.

Ces mutuelles dénommées MURIGA, sont démocratiques d'adhésion et soucieuses des questions d'équité et volontariat. Les membres en majorités des femmes choisissent d'adhérer librement et de s'acquitter régulièrement des contributions leur permettant ainsi de disposer d'une couverture pour les soins recherchés et dispensés selon le cas, par des structures publiques. Ces systèmes de solidarité et d'entraide communautaire autogérés, ont engendré une nouvelle dynamique sociale, en représentant non seulement une solution de substitution par rapport aux paiements individuels de dépenses de santé, mais aussi en contribuant efficacement à l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins.

Face à ce foisonnement de mutuelles en Guinée, il a été mis en place un groupe de réflexion interministériel composé de représentants des départements de la Santé, des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'enfance, de la Fonction Publique et de l'administration du Territoire ainsi

que du Ministère de l'administration du territoire et de la Décentralisation afin de circonscrire le cadre institutionnel et la politique nationale de promotion des mutuelles de santé dans le pays. Comme pour témoigner que toutes les initiatives communautaires allant dans ce sens doivent mériter une attention particulière de tous les acteurs du développement d'autant plus que les budgets alloués au secteur santé dans nos différents pays sont en diminution d'année en année et par conséquent ne peuvent plus couvrir tous les problèmes de santé. Trouver alors un autre mécanisme de financement du secteur santé au niveau communautaire serait salutaire et encourageant. L'initiative de création des mutuelles de santé communautaire semble satisfaisant parmi tant d'autres. Pour inciter leur promotion, il s'avère capital de renforcer d'abord les capacités d'intervention des équipes d'encadreurs/formateurs au niveau Régional et Préfectoral dans les différents domaines de compétence (Processus de mise en place des mutuelles de santé, la gestion administrative et financière des promoteurs ainsi que dans le domaine de suivi-évaluation des mutuelles).

Cependant, ces initiatives diverses demeurent encore très localisées, peu expérimentées et faiblement documentées, et n'ont encore qu'un impact limité. Les différents programmes, projets et ONG désireux de les aider ne disposaient pas encore de toutes les compétences dans divers domaines notamment dans le processus de mise en place d'une mutuelle de santé communautaire, la gestion administrative et financière ainsi que leur suivi et évaluation. Des connaissances leur permettant de se procurer toutes les assistances techniques requises. Alors, le besoin de compter sur des techniciens parfaitement qualifiés dans ce domaine se ressent ainsi à tous les niveaux et c'est dans ce cadre que PRISM en collaboration avec BIT/STEP-Guinée a proposé comme approches techniques, les démarches suivantes:

A-Appui au renforcement des capacités au niveau régionale et préfectoral:

- Identification des équipes d'encadrement potentiels au niveau des deux régions Kankan et Faranah ainsi que dans les préfectures,
- Formation des équipes d'encadrement dans les différents domaines de compétence en de mutualisation :
 - ⊕ formation en mise en place d'une mutuelle,
 - ⊕ formation en gestion administrative et financière,
 - ⊕ formation en suivi-évaluation.
- Appui financier aux équipes d'encadrement pour le suivi mensuel des mutuelles promues (Santé et décentralisation)

B-Appui au renforcement des capacités au niveau communautaire

Appuyer l'organisation des journées de sensibilisation soit par les animatrices communautaires, soit par voie de théâtre communautaire ou de sensibilisation par témoignage,

- Mettre en place des comités d'initiative qui accompagnent les promoteurs dans le processus jusqu'à la mise en place des organes réels de gestion
- Assurer la formation des membres de comité d'initiative en mise place d'une mutuelle,
- Analyser la situation de base de chaque communauté par voie d'étude participative,
- Restituer les résultats de l'étude de faisabilité aux communautés,
- Accompagner les mutualistes dans l'élaboration des documents juridiques (Règlement intérieur, Statut et Convention),
- Appuyer l'organisation et la tenue des assemblées générales constitutives et la mise en place des organes de gestion (AG, CA, CC, CE),
- Octroi d'un premier lot d'outils de gestion aux mutuelles promues (Livret de membre, registre de cotisation, registre de bénéficiaire, registre de prestations, livre de banque et livre de caisse),

- Former les responsables élus dans les différents organes de gestion en gestion administrative et financière.

NB : Selon notre approche, les activités ci-dessus énumérées constituent la charge technique de la promotion au niveau communautaire et la dernière activité correspond au démarrage effectif du fonctionnement de la mutuelle.

ACTIVITÉS MENÉES:

Toutes les activités menées sur le terrain sont faites dans un esprit de cofinancement avec STEP-Guinée entre autres on note:

1□ La Formation des encadreurs/formateurs au niveau régional en mise place des mutuelles de santé en juillet 2001,

Pour cette formation, 9 cadres étaient identifiés et ciblés dont 3 par Préfecture MSR de PRISM (Préfecture où PRISM déploie ou concentre actuellement certains efforts dans le cadre de MSR). Sur 9 cadres 7 ont été réellement formés et repartis ainsi qu'il suit:

- ⊕ Kankan : 1 Cadre des affaires sociales, le DMR et le DPS ayant été formés par PPSG à Dakar en février 2001
- ⊕ Faranah: 1 DMR, 1 Cadre de la DRS et 1 cadre de la direction des affaires sociales en juillet 2001
- ⊕ Kérouané: 1DMR, 1 de L'hôpital et 1 de la DPS en juillet 2001. Il faut retenir à ce niveau que cette formation avait un caractère national les participants étant venus d'un peu partout de Koundara jusqu'à Mandiana passant par Coyah Kindia et les représentants de CNSS.

STEP a assuré la prise en charge des participants venus de la Basse Guinée et SAVE a pris en charge ses participants. Tout ça pour signifier qu'à cette phase déjà l'importance de la collaboration était bien perçue en témoigne la participation des partenaires ci-dessus cités.

Se souciant de la pérennisation de nos activités dans ce processus et ne développant pas une stratégie à assise communautaire, PRISM s'est proposé de renforcer les capacités de certains cadres nationaux dans tous les domaines de compétence du processus de mutualisation et c'est pourquoi l'activité suivante a été réalisée en tant que étape importante.

2_ La Formation de trois cadres nationaux dans les différents domaines de compétence du processus de mutualisation jusqu'au bouclage du cycle complet à savoir:

- formation en mise en place d'une mutuelle de santé
- formation étude de faisabilité participative
- formation en gestion administrative et financière
- formation en suivi-évaluation des mutuelles de santé

3- Appui au renforcement des capacités au niveau communautaire

PRISM a prévu dans sa stratégie deux phases:

- I- Une phase pilote
- II- Une phase d'extension

I □ Phase pilote

Dans cette phase PRISM a développé un plan de collaboration avec STEP-Guinée basé sur le cofinancement de nos activités. Depuis, les deux institutions agissent ensemble sur le terrain en Haute Guinée pour opérationnaliser les activités.

Cette phase a concerné 6 premiers sites repartis entre les deux régions Faranah et Kankan

A Faranah, 2 mutuelles ont été créées: Marella et CSU Marché

A Kankan(Région), 4 mutuelles ont été créées dont 2 dans la Préfecture de Kankan (Batè nafadji et Tintioulen) et 2 dans la Préfecture de Kérouané (Konsankoro et CSU Kné).

A noter que toutes les étapes ci-dessous ont été traversées dans les 6 premières mutuelles promues:

1. Réalisation des journées de sensibilisation dans les 6 sites MURIGA de mars à avril 2002

Les journées de sensibilisation ont consisté à informer la communauté sur les facteurs de risque de la grossesse et les signes de danger de l'accouchement. Il trois stratégies qui ont été utilisée

- a- Par voie de théâtre communautaire : Le scénario est monté sur les conséquences de la non prévoyance en matière de santé en général et plus spécifiquement dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement.
- b- Témoignage communautaire : Il s'agit d'identifier à la veille une à deux femmes de la communauté pour témoigner sur les cas vécus ou entendus dans la communauté. Tout cet exercice est soutenu par une animation musicale folklorique.
- c- Explication sur données techniques disponibles : A cet niveau les techniciens (équipes d'encadreurs venus de la préfecture) expliquent la situation de mortalité des femmes dans le monde, en Afrique et en Guinée pour montrer davantage l'ampleur du problème. Les débats sont ouverts et la question « stratégique est posée à savoir : Que devons nous faire pour minimiser le problème ? Ainsi les communautés baignées dans une gemberge profonde décident de s'organiser lorsqu'elles s'en aperçoivent de l'existence des risques qu'elles courent pour lesquels elles s'inquiètent de l'issue si elles n'agissent pas maintenant. Toute la facilitation est faite en langue locale sur la situation dramatique des femmes dans le Monde, en Afrique et en Guinée. De cette étape il a été noté

comme leçon que la manière de présenter ou d'aborder le problème dans la communauté a une forte incidence sur son attitude à adhérer ou pas à l'initiative proposée.

Une autre activité non moins importante est réalisée dans le cadre de la sensibilisation continue. C'est la formation des animatrices communautaires en Maternité Sans Risques. Il s'agit des femmes qui ont été identifiées par la communauté et sont formées par PRISM sur les facteurs de risque et les signes de danger au cours de la grossesse et de l'accouchement. Entre autres activités elle vont appuyer les autres agents communautaires (AV et AC/SBC). Nous sommes entrain maintenant d'élaborer les indicateurs de suivi de ces animatrices au niveau des communautés. Jusqu'en date, tous les sites promus ont leurs animatrices formées en MSR (Faranah, Kankan et Kérouané).

2. Mise en place des comités d'initiative et leur formation en mise en place de mutuelle de mars à avril 2002:

Le comité d'initiative est composé de personnes ressources potentielles qui ont été identifiées par la communauté pour accompagner le processus jusqu'à la tenue de l'assemblée générale constitutive et la mise en place des organes de gestion de la mutuelle. Pour leur permettre d'exécuter les tâches, une formation d'une à deux jours est réalisée à l'intention des membres de comité d'initiative. Le curriculum est articulé autour de 4 sessions qui sont :

- ⊕ Mécanisme communautaire traditionnel de solidarité et d'entraide,,

- ⊕ Etapes de mise en place d'une mutuelle de santé communautaire,
- ⊕ Rôles des membres de comité d'initiative dans le processus de mise en place,
- ⊕ Services potentiels offerts par une mutuelle de santé et spécifiquement par une MURIGA ?

Les membres des CI forts de ces informations, devraient pouvoir conduire le processus jusqu'à la tenue des assemblées bien qu'appuyés par les encadreurs Préfectoraux.

Dans la majorité des cas, ces personnes ont été reconduites lors des assemblées générales constitutives par la communauté dans les différents organes de gestion de la mutuelle. Surtout s'ils ont fait preuve d'efficacité et d'engagement pour la cause communautaire. C'était le cas à Baté nafadji, à Tintioulen ainsi qu'à Kérouané. Mais il a été constaté aussi que les membres de comité d'initiative inactifs peuvent être écartés lors des assemblées générales par une communauté responsable si ces derniers ne se sont pas montrés efficaces par le passé par rapport aux tâches qui leurs étaient dues. Ce cas de figure a été constaté à Marella et au CSU marché de Faranah.

3. Réalisation des études de faisabilité (Analyse situationnelle) dans les communautés bénéficiaires:

Cette analyse porte sur les aspects intéressant les autorités locales, les prestataires et la communauté. Pour les autorités, l'étude explore leur capacité de gestion des informations ayant trait aux mouvements associatifs de leur localité et les principaux domaines d'intervention, l'existence dans la localité des organismes d'appui ainsi que la nature de cet appui etc...; les connaissances des autorités par rapport aux problèmes de santé de la communauté ainsi que la perception de leur rôles et devoirs dans ce domaine.

Au niveau des prestataires l'étude permet de recenser toutes les informations relatives aux populations cibles de CPN et de PEV et même de CPC, la situation de morbidité de quatre maladies fréquentes (Paludisme, IRA, Diarrhée et Parasitose) chez les enfants, les difficultés rencontrées par la structure dans les références des cas d'urgence, la disposition de la structure à collaborer avec la mutuelle et quelles motivations sous-tendues etc....

Quant au volet du questionnaire qui a trait à la communauté, les informations essentielles recherchées passent par l'analyse de la périodicité de revenu des ménages, la survenue des cas de maladies et les attitudes tenues devant ces cas, les principales difficultés pour accéder aux soins de qualité dans la localité, l'appartenance des personnes interrogées aux groupements/associations, mode d'épargne de ces associations, la propension de la communauté à adhérer à l'initiative, les périodes de cotisation proposées ainsi que le montant de cotisation pour la période choisie, les prestations que la communauté souhaite voir incluses dans le paquet de services à couvrir etc.... Voilà autant de questions faciles mais névralgiques en matière de mutualité qui sont explorées au cours de la réalisation des études et sont immédiatement restituées après l'analyse par les promoteurs. C'est sur cette base que les scénarios sont élaborés en plusieurs variantes pour amener la communauté à choisir le paquet de services qui lui convient le mieux selon ses revenus et ses capacités de contribution.

4. Restitution des résultats des études de faisabilité:

Certains membres de comité d'initiative alphabétisés ou lettrés sont utilisés pour restituer les résultats notamment sur des informations très simples mais sensibles comme par exemple: le nombre potentiel de personnes disposées à adhérer à l'initiative, la période propice pour la cotisation, le montant de la cotisation proposé pour la période choisie ect...C'est au cours de cet exercice que le premier choix du paquet consensuel est effectué. Si cette activité est couplée de la tenue de l'assemblée générale constitutive. Parce que dans la pratique il est arrivé aux encadreurs/promoteurs de coupler la restitution à la tenue de l'assemblée générale. Dans ces conditions une deuxième journée est sollicitée par arriver à la mise en place de tous les organes.

5. Elaboration des documents juridiques:

Les membres des comités d'initiative appuyés par les promoteurs préfectoraux élaborent des drafts de documents et les proposent à l'assemblée (règlement intérieur, statut et convention avec les prestataires). L'on s'assure à ce niveau que les membres de comité d'initiative ont maîtrisé le contenu avant d'arriver à l'assemblée quoiqu'ils aient pris part à leur élaboration.

6. Tenues des assemblées générales constitutives:

Au cours de l'assemblée les documents juridiques ont été lus amendés et approuvés. Suivi de la mise en place des organes de gestion de la mutuelle notamment l'AG, le CA, le CC et CE

Les six premiers sites ciblés pour la première phase étaient constitués de:

- 1- Faranah: Marella et CSU de marché
- 2- Kankan: Tintioulen et Batè nafadji
- 3- Kérouané: Konsankoro et CSU de Kérouané

Les organes de gestion une fois mis en place, les mutuelles ont commencé les cotisations immédiatement selon le paquet consensuel d'activités choisi par la communauté lors de l'assemblée générale constitutive. Ces montants ont été déterminés selon un mode de calcul que vous trouverez expliqué en annexe du rapport. Lorsque les documents sont compris, les outils de gestion ont été annoncés.

7. Octroi des outils de gestion à chacune des mutuelles de la première phase:

PRISM en collaboration avec BIT/STEP a prévu de fournir un certain nombre d'outils dans les quantités requises à chaque mutuelle promue. Pour les six premières mutuelles de cette phase pilote, ces outils ont été mis à la disposition des responsables élus dans les différents organes de gestion (voir tableau ci-dessous):

Outils	Kankan		Kérouané		Faranah		Total
	Tintioulen	Batè nafadji	Konsankoro	CSUKné	Marella	CSU Marché	
livret de membre	500	500	500	500	500	500	3000
Registre de cotisation	1	1	1	1	1	1	6
Registre de bénéficiaire	1	1	1	1	1	1	6
Registre de prestation	1	1	1	1	1	1	6
Livre de caisse	1	1	1	1	1	1	6
Livre de banque	1	1	1	1	1	1	6

Une fois doté d'outils, le mécanisme est expliqué. Ainsi les mutuelles ont commencé à fonctionner par l'observation de 3 mois avant le commencement des prises en charges effectives des prestations. C'est le lieu de rappeler que les MURIGA que nous promovons ont comme spécificité la couverture du paquet entier de la maternité: CPN, Accouchement normal et accouchement compliqué de toute nature ainsi que l'hospitalisation d'une femme enceinte pour autres choses etc....

Les six premières mutuelles ont franchi un certain nombre d'étapes dont je vous prie de trouver ci-dessous :

Tableau récapitulatif de la situation d'ensemble des activités MURIGA à Kankan

Préfecture de Kankan

MURIGA	Journée de Sensibilisation	Installation Comité D'initiative (CI)	Formation des membres du (CI)	Etude de faisabilité	Restitution de l'étude	Installation des organes de gestion			Elaboration des documents juridiques		Elaboration des documents de Conventions et signées avec :			Formation des responsables en gestion administrative et financière
						CA	CE	CC	Statuts	Règlement intérieur	CS	Hôpital	Syndicat Transport	
Tintioulén	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		
Baté-Nafadji	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		

Préfecture de Kérouané

MURIGA	Journée de Sensibilisation	Installation Comité D'initiative (CI)	Formation des membres du (CI)	Etude de faisabilité	Restitution de l'étude	Installation des organes de gestion			Elaboration des documents juridiques		Elaboration des documents de Conventions et signées avec :			Formation des responsables en gestion administrative et financière
						CA	CE	CC	Statuts	Règlement intérieur	CS	Hôpital	Syndicat Transpo	
CSU Kné Centre	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		
Konsankoro	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		

Préfecture de Faranah

MURIGA	Journée de Sensibilisation	Installation Comité D'initiative (CI)	Formation des membres du (CI)	Etude de faisabilité	Restitution de l'étude	Installation des organes de gestion			Elaboration des documents juridiques		Elaboration des documents de Conventions et signées avec :			Formation des responsables en gestion administrative et financière
						CA	CE	CC	Statuts	Règlement intérieur	CS	Hôpital	Syndicat Transpo	
Faranah centre	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI
Marella	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI



II Phase d'extension:

Cette phase intéresse 18 nouvelles mutuelles en cours de promotion réparties entre trois Préfectures:

Faranah: Hèrèmakon, Kobikoro, Nyalia, Banian, Tiro et Passayah.

Kankan: Sabadou Baranama, Gberedou Baranama, Missamana, Balandou, Moribayah et Tokounou.

Kérouané: Damaro, Linko, Komodou, Banankoro, Sibiribaro et Soromayah.

Ces 18 mutuelles ont déjà traversé les étapes suivantes:

- Journées de sensibilisation
- Mise en place des comités d'initiative
- Formation des membres de comités d'initiative
- Réalisation des études de faisabilité

Par rapport à cette phase d'extension, les outils ci-dessous sont déjà pré-positionnés au Bureau PRISM pour être répartis aux mutuelles dès la tenue des assemblées

Outils		livret de membre	Registre de cotisation	Registre de bénéficiaire	Registre de prestation	Livre de caisse	Livre de banque
Kankan	Sabadou Baranama	500	1	1	1	1	Non livré
	Missamana	500	1	1	1	1	Non livré
	Balandou	500	1	1	1	1	Non livré
	Gbérédou Baranama	500	1	1	1	1	Non livré
	Moribayah	500	1	1	1	1	Non livré
	Tokounou	500	1	1	1	1	Non livré
Kérouané	Damaro	500	1	1	1	1	Non livré
	Linko	500	1	1	1	1	Non livré
	Komodou	500	1	1	1	1	Non livré
	Sibiribaro	500	1	1	1	1	Non livré
	Banankoro	500	1	1	1	1	Non livré
	Soromayah	500	1	1	1	1	Non livré
Faranah	Kobikoro	500	1	1	1	1	Non livré
	Banian	500	1	1	1	1	Non livré
	Tiro	500	1	1	1	1	Non livré
	Nyalia	500	1	1	1	1	Non livré
	Hèrèmakon o	500	1	1	1	1	Non livré
	Passayah	500	1	1	1	1	Non livré

Pour plus de détails conférez-vous aux trois tableaux ci-dessous qui donnent la photographie de la situation d'ensemble des mutuelles promues ou en cours de promotion par PRISM dans les trois Préfectures (Faranah, Kankan et Kérouané):

Tableau récapitulatif de la situation d'ensemble des activités MURIGA à Kankan

Préfecture de Kankan

MURIGA	Journée de Sensibilisation	Installation Comité D'Initiative (CI)	Formation des membres du (CI)	Etude de faisabilité	Restitution de l'étude	Installation des organes de gestion			Elaboration des documents juridiques		Elaboration des documents de Conventions et signées avec :			Formation des responsables en gestion administrative et financière
						CA	CE	CC	Statuts	Règlement Intérieur	CS	Hôpital	Syndicat Transport	
S. Baranama	OUI	OUI		OUI										
Balandou	OUI	OUI		OUI										
Moribaya	OUI	OUI		OUI										
Gbérédou B.	OUI	OUI		OUI										
Tokounou.	OUI	OUI		OUI										
Missamana	OUI	OUI		OUI										

Tableau récapitulatif de la situation d'ensemble des activités MURIGA à Kérouané

Préfecture de Kérouané

MURIGA	Journée de Sensibilisation	Installation Comité D'Initiative (CI)	Formation des membres du (CI)	Etude de faisabilité	Restitution de l'étude	Installation des organes de gestion			Elaboration des documents juridiques		Elaboration des documents de Conventions et signées avec :			Formation des responsables en gestion administrative et financière
						CA	CE	CC	Statuts	Règlement Intérieur	CS	Hôpital	Syndicat Transporteurs	
Banankoro	OUI	OUI		OUI										
Sibirbaro	OUI	OUI		OUI										
Soromayah	OUI	OUI		OUI										
Damaro	OUI	OUI		OUI										
Lenko	OUI	OUI		OUI										
Komodou	OUI	OUI		OUI										

74

Tableau récapitulatif de la situation d'ensemble des activités MURIGA à Faranah

Préfecture de Faranah

MURIGA	Journée de Sensibilisation	Installation Comité D'initiative (CI)	Formation des membres du (CI)	Etude de faisabilité	Restitution de l'étude	Installation des organes de gestion			Elaboration des documents juridiques		Elaboration des documents de Conventions et signées avec :			Formation des responsables en gestion administrative et financière
						CA	CE	CC	Statuts	Règlement intérieur	CS	Hôpital	Syndicat Transport	
Banlan	OUI	OUI		OUI										
Tiro	OUI	OUI		OUI										
Kobikoro	OUI	OUI		OUI										
Nyallah	OUI	OUI		OUI										
Hèrèmakono	OUI	OUI		OUI										
Passayah	OUI	OUI		OUI										

75

RESULTATS OBTENUS:

- Six mutuelles ont été promues et rendues fonctionnelles
 - 2 à Faranah
 - 2 à Kankan
 - 2 à Kérouané
- 136 prises en charge ont été effectuées dont 81 cas à Kankan et 55 cas à Kérouané (voir détails en annexe 2)
- Trois (3) Promoteurs ont été formés dans chaque équipe cadre de DPS de Kankan et de Kérouané 18 autres mutuelles sont en cours de promotion actuellement.

DIFFICULTES RENCONTREES AU NIVEAU DU FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES

- Manque de suivi régulier
- Non maîtrise des indicateurs de suivi des mutuelles par les promoteurs préfectoraux du au manque de formation dans ce domaine,
- La plupart des responsables des organes sont illettrés rendant ainsi la tenue des outils de gestion
- Faible adhésion, certains attendant toujours la direction du vent avant de se décider,
- Lenteur dans les cotisation due au ralentissement des activités de sensibilisation
- Insuffisance de réunion et de concertation entre les membres des différents organes
- Non maîtrise du contenu du paquet couvert par la mutuelle
- Non maîtrise des outils de gestion par les gestionnaires des mutuelles
- Insuffisance de sensibilisation de la part des membres des organes mais aussi par les promoteurs préfectoraux

FAIBLESSES RENCONTREES AU NIVEAU DES PROMOTEURS :

- Manque de suivi régulier due à l'insuffisance de moyens logistique et financier
- Insuffisance de formation dans le cadre du suivi-évaluation des mutuelles de santé et de gestion administrative et financière
- Négligence dans la signature des conventions entre les mutuelles et les partenaires,

SOLUTIONS MISES EN ŒUVRE

- Formation des différents organes en gestion
- Etablissement d'un calendrier de réunion entre les mutualistes
- Mise en place d'un mécanisme de suivi mensuel des mutuelles
- Elaboration des fiches de suivi avec les indicateurs
- Formation des promoteurs en suivi-évaluation et en gestion administrative et financière,
- Renforcement des capacités d'intervention des DMR ainsi que d'autres membres des équipes cadres des DPS en vue d'assurer un suivi mensuel constant des mutuelles,
- Initiation des CCS à l'utilisation des outils des mutuelles,
- Explication de toute la stratégie de promotion/création des MURIGA lors des CTPS prochains.

Objectifs d'ici 2005

D'ici octobre 2005, les activités suivantes auront été réalisées dans le cadre des mutuelles de santé en Haute Guinée.

- Toutes les sous-préfectures de Kankan et de Kérouané auront été couvertes en MURIGA en passant par toutes les étapes de mise en place d'une mutuelle,
- L'approche MURIGA aura été testée dans deux postes de santé de grande agglomération de Kérouané et deux à Kankan.
- Tous les responsables élus dans les organes auront été formés en gestion administrative et financière
- Toutes les équipes cadres des DPS auront été formées en mise en place, en gestion administrative et financière ainsi qu'en suivi-évaluation des mutuelles,
- Toutes les mutuelles auront commencé les prises en charges des bénéficiaires

ANNEXE 4 :

**Liste valorisée des services offerts par les centres de santé en ce qui a trait
aux coûts des médicaments et des fournitures médicales**

4 a :

Détermination du Coût en Médicament et Fourniture de chaque service offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME en Guinée compte tenu des ordinogrammes de traitement

**Détermination du Coût en Médicament et Fournitures de Chaque Service
Offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME
Selon les Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Libellé SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Age	Tarif	Médicaments et fournitures requises selon N&P			
					Désignation	Qtée	P.U. en Fgn	Coût Total
4	Rougeole	Rougeole enfant	0-5 ans	500				431,55 F
					AAS 300mg	8,0	3,10	24,80 F
					Chlorexidine 20%, 2,5ml	2,5	17,50	43,75 F
					Chloroquine 100mg	4,0	10,25	41,00 F
					Cotrimoxazole 480mg	8,0	14,00	112,00 F
					Minigrppe	3,0	10,00	30,00 F
					Tétracycline Opht. 1%, 5g	1,0	180,00	180,00 F
								764,75 F
								46,50 F
								43,75 F
5	Coqueluche	Coqueluche adulte	5 plus	1000				184,50 F
					AAS 300mg	15,0	3,10	46,50 F
					Chlorexidine 20%, 2,5ml	2,5	17,50	43,75 F
					Chloroquine 100mg	18,0	10,25	184,50 F
					Cotrimoxazole 480mg	20,0	14,00	280,00 F
					Minigrppe	3,0	10,00	30,00 F
					Tétracycline Opht. 1%, 5g	1,0	180,00	180,00 F
								280,00 F
								55,80 F
								280,00 F
7	Diarrhées non sanglantes	Diarrhées non sanglantes avec deshydratation enfant	0-5 ans	850				2,896,00 F
					Lactate de Ringer 500ml	2,0	1,312,00 F	2,624,00 F
					SRO 1000ml	2,0	136,00 F	272,00 F
								2,896,00 F
								2,624,00 F
								272,00 F
								272,00 F
								272,00 F
								272,00 F
								272,00 F
8	Diarrhées sanglantes	Selle glaireuse(ambiasse) enfant	0-5 ans	300				209,29 F
					Métronidazole 250mg	21,0	9,49 F	199,29 F
					Minigrppe	1,0	10,00 F	10,00 F
								408,58 F
								398,58 F
								10,00 F
								479,80 F
								24,80 F
								41,00 F
								112,00 F
9	Helminthiase	Helminthiase (ex selle impossible) enfant	0-5 ans	300				198,00 F
					Buthylscopolamine 10mg cp	9,0	22,00 F	198,00 F
					Mé bendazole 100mg	6,0	9,07 F	54,42 F
					Minigrppe	2,0	10,00 F	20,00 F
					SRO 1000ml	2,0	136,00 F	272,00 F
								198,00 F
								54,42 F
								20,00 F
								272,00 F
								198,00 F
9	Helminthiase	Helminthiase (expulsion d'anneaux ténia) enfant	0-5 ans	300				10,00 F
					Buthylscopolamine 10mg cp	9,0	22,00 F	198,00 F
					Mé bendazole 100mg	6,0	9,07 F	54,42 F
					Minigrppe	2,0	10,00 F	20,00 F
					SRO 1000ml	2,0	136,00 F	272,00 F
								10,00 F
								40,00 F
								10,00 F
								10,00 F
								10,00 F

**Détermination du Coût en Médicament et Fournitures de Chaque Service
Offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME
Selon les Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Libellé SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Age	Tarif	Médicaments et fournitures requises selon N&P			
					Désignation	Qtée	P.U. en Fgn	Coût Total
					Nicosamide 500mg	4.0	40.00 F	160.00 F
		oxyurose enfant	0-5 ans	300	Mébéndazole 100mg	6.0	9.07 F	54.42 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Oxyurose adulte	5 plus	600	Mébéndazole 100mg	6.0	9.07 F	54.42 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
10	I.R.A < 3 semaines		0-5 ans	500		8.0	3.10 F	24.80 F
		IRA enfant			AAS 300mg	4.0	10.25 F	41.00 F
					Chloroquine 100mg	8.0	14.00 F	112.00 F
					Cotrimoxazole 480mg	3.0	10.00 F	30.00 F
					Minigrippe			
		IRA adulte	5 plus	1000	AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Cotrimoxazole 480mg	20.0	14.00 F	280.00 F
					Minigrippe	3.0	10.00 F	30.00 F
11	I.R.A > 3 semaines		0-5 ans	500		8.0	14.00 F	112.00 F
		Test thérapeutique enfant			Cotrimoxazole 480mg	1.0	10.00 F	10.00 F
					Minigrippe			
		Test thérapeutique adulte	5 plus	1000	Cotrimoxazole 480mg	20.0	14.00 F	280.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
12	Asthme		0-5 ans	850		1.0	105.00 F	105.00 F
		Asthme enfant			Aminophylline 25mg/ml, 10ml	6.0	30.00 F	180.00 F
					Aminophylline 250 mg	1.0	10.00 F	10.00 F
					Minigrippe	1.0	170.00 F	170.00 F
					Séringues 10 CC			
		Asthme adulte	5 plus	2000	Aminophylline 25mg/ml, 10ml	1.0	105.00 F	105.00 F
					Aminophylline 250 mg	24.0	30.00 F	720.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 10 CC	1.0	170.00 F	170.00 F
13	Autres maladies respiratoires chroniques		5 plus	600		18.0	3.10 F	55.80 F
		Toux de plus de 15 jrs (Notion de tabagisme)			AAS 300mg	1.0	10.00 F	10.00 F
					Minigrippe			
14	Malnutrition		0-5 ans	300		30.0	2.70 F	81.00 F
		Malnutrition enfant			FAF 200 mg + 0.25 mg	2.0	10.00 F	20.00 F
					Minigrippe	10.0	11.00 F	110.00 F
					Thiamine 50mg			
		Malnutrition adulte	0-5 ans	600	FAF 200 mg + 0.25 mg	90.0	2.70 F	243.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
15	Anémies		0-5 ans	850		1.0	1,312.00 F	1,312.00 F
		Hémorragie enfant			Lactate de Ringer 500ml			
		Hémorragie adulte	5 plus	2000	Lactate de Ringer 500ml	1.0	1,312.00 F	1,312.00 F
		Anémies + parasitose enfant	0-5 ans	300	FAF 200 mg + 0.25 mg	90.0	2.70 F	243.00 F
					Mébéndazole 100mg	6.0	9.07 F	54.42 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
		Anémies + parasitose adulte	5 plus	600	FAF 200 mg + 0.25 mg	90.0	2.70 F	243.00 F
					Mébéndazole 100mg	6.0	9.07 F	54.42 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
		Anémies + grossesse	5 plus	600	FAF 200 mg + 0.25 mg	90.0	2.70 F	243.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
19	Paludisme simple	Paludisme simple enfant	0-5 ans	300		8.0	3.10 F	24.80 F
					AAS 300mg	4.0	10.25 F	41.00 F
					Chloroquine 100mg	2.0	10.00 F	20.00 F
					Minigrippe			
		Paludisme simple adulte	5 plus	600	AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
20	Paludisme Grave		0-5 ans	850		8.0	3.10 F	24.80 F
		Paludisme grave enfant			AAS 300mg	4.0	10.25 F	41.00 F
					Chloroquine 100mg	2.0	10.00 F	20.00 F
					Diazépam 5mg/ml, 2ml	1.0	100.00 F	100.00 F

**Détermination du Coût en Médicament et Fournitures de Chaque Service
Offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME
Selon les Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Libellé SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Age	Tarif	Médicaments et fournitures requises selon N&P			
					Désignation	Qtée	P.U. en Fgn	Coût Total
					Minigrppe	2.0	10.00 F	20.00 F
					Quinine 300mg/ml, 2ml	1.0	353.50 F	353.50 F
					Sérngues 5 CC	2.0	130.00 F	260.00 F
					Sérum Glucosé 5 %, 250 ml	1.0	1,000.00 F	1,000.00 F
		Paludisme Grave adulte	5 plus	2000	AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F	20.00 F
					Quinine 300mg/ml, 2ml	1.0	353.50 F	353.50 F
					S. Glucosé 5% 500 ml	1.0	1,500.00 F	1,500.00 F
22	Conjonctivite							
		conjonctivite enfant	0-5 ans	300	AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Tétracycline Ophl. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
		Conjonctivite adulte	5 plus	600	AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Tétracycline Ophl. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
23	Autres infections oculaires							
		Orgelet enfant	0-5 ans	200	Tétracycline Ophl. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
		Orgelet adulte	5 plus	200	Tétracycline Ophl. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
25	Autres maladies des yeux							
		Erosion cornée avec ou sans notion de subst chimique de l'œil	0-5 ans	300	AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Tétracycline Ophl. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
		Erosion cornée avec ou sans notion de subst chimique de l'œil	5 plus	600	AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Tétracycline Ophl. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
		Corps étranger extraction possible enfant	0-5 ans	200	Tétracycline Ophl. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
		Corps étranger extraction non possible enfant	0-5 ans	300	AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Tétracycline Ophl. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
		Corps étranger extraction non possible adulte	5 plus	600	AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Tétracycline Ophl. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
		Taumatisme œil avec issue humeur ou baisse acuité visuelle enf	0-5 ans	300	AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Taumatisme œil avec issue humeur ou baisse acuité visuelle adu	5 plus	600	AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Corps étranger extraction possible adulte	5 plus	200	Tétracycline Ophl. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
26	Écoulement vaginal							
		Écoulement vaginal sans spéculum index femme enceinte AR+	5 plus	2500	Erytromycine 500mg	40.0	145.00 F	5,800.00 F
					Kanamycine 1g	2.0	600.00 F	1,200.00 F
					Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F	20.00 F
					Sérngues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
		Écoulement vaginal sans spéculum index femme enceinte AR-	5 plus	2500	Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Écoulement vaginal sans spéculum index femme non enceinte	5 plus	2500	Cyproflouacine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	14.0	26.00 F	364.00 F
					Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F	30.00 F
		Écoulement vaginal sans spéculum index femme non enceinte	5 plus	2500	Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Écoulement vaginal sans spéculum index femme non enceinte	5 plus	2500	Cyproflouacine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	14.0	26.00 F	364.00 F
					Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
					Minigrppe	4.0	10.00 F	40.00 F
					Nystatine 100.000 UI	15.0	55.00 F	825.00 F
		Écoulement vaginal sans spéculum index femme non enceinte	5 plus	2500	Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F

**Détermination du Coût en Médicament et Fournitures de Chaque Service
Offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME
Selon les Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Libellé SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Age	Tarif	Médicaments et fournitures requises selon N&P			
					Désignation	Qtée	P.U. en Fgn	Coût Total
					Nystatine 100.000 UI	15.0	55.00 F	825.00 F
		Écoulement vaginal sans spéculum index femme enceinte AR+	5 plus	2500	Erytromycine 500mg	28.0	145.00 F	4.060.00 F
					Kanamycine 1g	2.0	600.00 F	1.200.00 F
					Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
					Nystatine 100.000 UI	15.0	55.00 F	825.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
		Écoulement vaginal sans spéculum index femme enceinte AR-	5 plus	2500	Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Nystatine 100.000 UI	15.0	55.00 F	825.00 F
		EV avec spéculum index femme non enceinte (perte cervicale+)	5 plus	2500	Cyprofloxacine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	14.0	26.00 F	364.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
		EV avec spéculum index femme non enceinte (perte caillebotée)	5 plus	2500	Nystatine 100.000 UI	15.0	55.00 F	825.00 F
		EV avec spéculum index femme non enceinte (perte abondante)	5 plus	2500	Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
		EV avec spéculum index femme enceinte (perte cervicale+infla)	5 plus	2500	Erytromycine 500mg	28.0	145.00 F	4.060.00 F
					Kanamycine 1g	2.0	600.00 F	1.200.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
		EV avec spéculum index femme enceinte (perte caillebotée)	5 plus	2500	Nystatine 100.000 UI	15.0	55.00 F	825.00 F
		EV avec spéculum index femme non enceinte (perte abondante)	5 plus	2500	Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
		EV contact homme et femme (non enceinte)	5 plus	2000	Cyprofloxacine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	14.0	26.00 F	364.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
		EV contact femme enceinte	5 plus	2000	Erytromycine 500mg	28.0	145.00 F	4.060.00 F
					Kanamycine 1g	2.0	600.00 F	1.200.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
27	Écoulement urétral							
		Écoulement urétral index	5 plus	2500	Cyprofloxacine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	14.0	26.00 F	364.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
		EU contact (femme non enceinte)	5 plus	2000	Cyprofloxacine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	14.0	26.00 F	364.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
		EU contact (femme enceinte)	5 plus	2000	Erytromycine 500mg	28.0	145.00 F	4.060.00 F
					Kanamycine 1g	2.0	600.00 F	1.200.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
28	Douleurs abdominales basses							
		DAB femme enceinte index	5 plus	2500	Erytromycine 500mg	40.0	145.00 F	5.800.00 F
					Kanamycine 1g	2.0	600.00 F	1.200.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
		DAB femme non enceinte index	5 plus	2500	Cyprofloxacine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	20.0	26.00 F	520.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
		DAB contact masculin	5 plus	2000	Cyprofloxacine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	14.0	26.00 F	364.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
29	Ulcérations génitales							
		UG index	5 plus	2500	Benzathine Peni 2.4M	1.0	488.00 F	488.00 F
					Cotrim oxazole 480mg	28.0	14.00 F	392.00 F
					Eau distillée 10ml	1.0	45.00 F	45.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 10 CC	1.0	170.00 F	170.00 F
		UG index (allergie à la pénic)	5 plus	2500	Erytromycine 500mg	28.0	145.00 F	4.060.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F

**Détermination du Coût en Médicament et Fournitures de Chaque Service
Offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME
Selon les Ordinoigrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Libellé SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Age	Tarif	Médicaments et fournitures requises selon N&P			
					Désignation	Qtée	P.U. en Fgn	Coût Total
		UG contact	5 plus	2000				
					Benzathine Peni 2,4M	1.0	488.00 F	488.00 F
					Cotrimoxazole 480mg	28.0	14.00 F	392.00 F
					Eau distillée 10ml	1.0	45.00 F	45.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 10 CC	1.0	170.00 F	170.00 F
30	Autres IST							
		Bubon inguinal + Ulcération index	5 plus	2500				
					Benzathine Peni 2,4M	1.0	488.00 F	488.00 F
					Cotrimoxazole 480mg	28.0	14.00 F	392.00 F
					Eau distillée 10ml	1.0	45.00 F	45.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 10 CC	1.0	170.00 F	170.00 F
		Bubon inguinal + Ulcération contact	5 plus	2000				
					Benzathine Peni 2,4M	1.0	488.00 F	488.00 F
					Cotrimoxazole 480mg	28.0	14.00 F	392.00 F
					Eau distillée 10ml	1.0	45.00 F	45.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 10 CC	1.0	170.00 F	170.00 F
		Bubon inguinal sans Ulcération index	5 plus	2500				
					Doxycycline 100mg	28.0	26.00 F	728.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Bubon inguinal sans Ulcération contact	5 plus	2000				
					Doxycycline 100mg	28.0	26.00 F	728.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Bubon inguinal (femme enceinte) ou allergie à la doxy	5 plus	2500				
					Erytromycine 500mg	28.0	145.00 F	4,060.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Orchi épидидymite index	5 plus	2500				
					Cyprofloracine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	14.0	26.00 F	364.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
		Orchi épидидymite contact femme non enceinte	5 plus	2000				
					Cyprofloracine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	14.0	26.00 F	364.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
		Orchi épидидymite contact femme enceinte	5 plus	2000				
					Erytromycine 500mg	28.0	145.00 F	4,060.00 F
					Kanamycine 1g	2.0	600.00 F	1,200.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
		Ophthalmie purulente du Nouveau-né index	0-5 ans	2500				
					Erytromycine 500mg	14.0	145.00 F	2,030.00 F
					Kanamycine 1g	1.0	600.00 F	600.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
					Tétracycline Opht. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
		Ophthalmie purulente du Nné contact (mère)	5 plus	2000				
					Erytromycine 500mg	28.0	145.00 F	4,060.00 F
					Kanamycine 1g	2.0	600.00 F	1,200.00 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
		Ophthalmie purulente du Nné contact (Partenaires)	5 plus	2000				
					Cyprofloracine 500mg	1.0	500.00 F	500.00 F
					Doxycycline 100mg	14.0	26.00 F	364.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
31	Maladies urinaires non IST							
		Retention urinaire	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrippe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Retention urinaire sondage impossible	5 plus	600				
					Séringues 10 CC	1.0	170.00 F	170.00 F
		Infection urinaire	5 plus	1000				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Cotrimoxazole 480mg	20.0	14.00 F	280.00 F
					Minigrippe	3.0	10.00 F	30.00 F
32	Maladies gynécologiques non IST							
		Douleurs menstruelles	5 plus	600				
					AAS 300mg	30.0	3.10 F	93.00 F
					Buthylscopolamine 10mg cp	9.0	22.00 F	198.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F
32	Maladies gynécologiques non IST							
		Douleurs liées aux règles	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Buthylscopolamine 10mg cp	9.0	22.00 F	198.00 F
					Minigrippe	2.0	10.00 F	20.00 F

83

**Détermination du Coût en Médicament et Fournitures de Chaque Service
Offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME
Selon les Ordinogrammes de Traitement**

Séouabon au 31 mars 2003

Code SNIGS	Libellé SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Age	Tarif	Médicaments et fournitures requises selon N&P			
					Désignation	Qtée	P.U. en Fgn	Coût Total
					Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F	41.00 F
					Cotrimoxazole 480mg	8.0	14.00 F	112.00 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F	30.00 F
		Lymphangite adulte	5 plus	1000				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Cotrimoxazole 480mg	20.0	14.00 F	280.00 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F	30.00 F
		Zona	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Violet de gentiane 25g, 2,5g	2.5	200.00 F	500.00 F
		Teigne adulte	5 plus	200				
					ABAS 800g, 20g	20.0	171.30 F	3,426.00 F
35	Fractures							
		Fractures enfant	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Fractures adulte	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
37	Autres traumatismes							
		traumatisme thoracique enfant(douleur localisée)	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	37.5	3.10 F	116.25 F
					Bande de gaze Rx	2.0	175.00 F	350.00 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		traumatisme thoracique adulte(douleur localisée)	5 plus	600				
					AAS 300mg	90.0	3.10 F	279.00 F
					Bande de gaze Rx	4.0	175.00 F	700.00 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		traumatisme thoracique enfant(douleur non localisée)	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		traumatisme thoracique adulte(douleur non localisée)	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Entorse enfant	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Bande de gaze Rx	1.0	175.00 F	175.00 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Entorse adulte	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Bande de gaze Rx	1.0	175.00 F	175.00 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
38	Gastrites ulcères							
		Gastrite	5 plus	600				
					Hydroxyde d'Alum 500mg	40.0	9.46 F	378.40 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
40	Abdomen aigu							
		Abdolen aigu	5 plus	2000				
					Lactate de Ringer 500ml	1.0	1,312.00 F	1,312.00 F
43	Autres patho digestives							
		douleur abdominale	5 plus	600				
					Buthylscopolamine 10mg cp	9.0	22.00 F	198.00 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Céphalées femme en grossesse	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Grossesse avec ou sans constipation + dou lomboire	5 plus	600				
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Paracétamole 500mg	15.0	6.78 F	101.70 F
44	Hypertention artérielle							
		Toxémie gravidique	5 plus	2000				
					Diazepam 5mg/ml, 2ml	1.0	100.00 F	100.00 F
					Hydralazine 10 mg/ml, 1 ml	1.0	1,913.00 F	1,913.00 F
					Séringues 5 CC	2.0	130.00 F	260.00 F
		Hypertention artérielle	5 plus	600				
					Hydralazine 25 mg	10.0	35.00 F	350.00 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
45	Autres maladies cardi vasculaires							
		Angine de poitrine	5 plus	2000				
					Diazepam 5mg/ml, 2ml	1.0	100.00 F	100.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
46	RAA							
		RAA enfant	0-5 ans	850				
					AAS 300mg	30.0	3.10 F	93.00 F
					Benzathine Peni 2,4M	3.0	488.00 F	1,464.00 F
					Chloroquine 100mg	10.0	10.25 F	102.50 F

85

						Fgn	
					Eau distillée 10ml	6.0	45.00 F 270.00 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F 20.00 F
					PPF 3 M	3.0	420.00 F 1,260.00 F
					Séringues 10 CC	6.0	170.00 F 1,020.00 F
	RAA adulte	5 plus	2000		AAS 300mg	90.0	3.10 F 279.00 F
					Benzathine Peni 2.4M	6.0	488.00 F 2,928.00 F
					Chloroquine 100mg	18.0	10.25 F 184.50 F
					Eau distillée 10ml	11.0	45.00 F 495.00 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F 20.00 F
					PPF 3 M	5.0	420.00 F 2,100.00 F
					Séringues 10 CC	11.0	170.00 F 1,870.00 F
47	Maladies ORL						
	Rhinopharyngite enfant	0-5 ans	300		AAS 300mg	8.0	3.10 F 24.80 F
					Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F 41.00 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F 20.00 F
	Rhinopharyngite adulte	5 plus	600		AAS 300mg	18.0	3.10 F 55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F 153.75 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F 20.00 F
	Pharyngite enfant	0-5 ans	500		AAS 300mg	8.0	3.10 F 24.80 F
					Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F 41.00 F
					Cotrimoxazole 480mg	8.0	14.00 F 112.00 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F 30.00 F
	Pharyngite adulte	5 plus	1000		AAS 300mg	18.0	3.10 F 55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F 153.75 F
					Cotrimoxazole 480mg	20.0	14.00 F 280.00 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F 30.00 F
47	Maladies ORL						
	Grippe enfant	0-5 ans	300		AAS 300mg	8.0	3.10 F 24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F 10.00 F
	Grippe adulte	5 plus	600		AAS 300mg	18.0	3.10 F 55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F 10.00 F
	Ozène enfant	0-5 ans	500		AAS 300mg	8.0	3.10 F 24.80 F
					Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F 41.00 F
					Cotrimoxazole 480mg	8.0	14.00 F 112.00 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F 30.00 F
	Ozène adulte	5 plus	1000		AAS 300mg	18.0	3.10 F 55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F 153.75 F
					Cotrimoxazole 480mg	20.0	14.00 F 280.00 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F 30.00 F
	Otite suppurée enfant	0-5 ans	500		AAS 300mg	8.0	3.10 F 24.80 F
					Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F 41.00 F
					Cotrimoxazole 480mg	8.0	14.00 F 112.00 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F 30.00 F
	Otite suppurée adulte	5 plus	1000		AAS 300mg	18.0	3.10 F 55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F 153.75 F
					Cotrimoxazole 480mg	20.0	14.00 F 280.00 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F 30.00 F
	Otite sèche enfant	0-5 ans	300		AAS 300mg	8.0	3.10 F 24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F 10.00 F
	Otite sèche adulte	5 plus	600		AAS 300mg	18.0	3.10 F 55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F 10.00 F
	Traumatisme oreille enfant	0-5 ans	300		AAS 300mg	8.0	3.10 F 24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F 10.00 F
					Violet de gentiane 25g, 2.5g	2.5	200.00 F 500.00 F
	Traumatisme oreille adulte	5 plus	600		AAS 300mg	18.0	3.10 F 55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F 10.00 F
					Violet de gentiane 25g, 2.5g	2.5	200.00 F 500.00 F
	Dermatose pavillon oreille enfant	0-5 ans	200		Chlorzodine 20%, 2.5ml	2.5	17.50 F 43.75 F
					Violet de gentiane 25g, 2.5g	2.5	200.00 F 500.00 F
	Parotidite enfant	0-5 ans	300		AAS 300mg	8.0	3.10 F 24.80 F
					Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F 41.00 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F 20.00 F

**Détermination du Coût en Médicament et Fournitures de Chaque Service
Offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME
Selon les Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Libellé SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Age	Tarif	Médicaments et fournitures requises selon N&P			
					Désignation	Qtée	P.U. en Fgn	Coût Total
		Parotidite adulte	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Minignppe	2.0	10.00 F	20.00 F
		Dermatose pavillon oreille adulte	5 plus	200				
					Chlorexidine 20%, 2.5ml	2.5	17.50 F	43.75 F
48	Autres maladies articulaires							
		Arthrose	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Douleur lombaire(antécédant arthrose)	5 plus	600				
					AAS 300mg	45.0	3.10 F	139.50 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Arthrite enfant	0-5 ans	600				
					AAS 300mg	15.0	3.10 F	46.50 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Arthrite adulte	5 plus	600				
					AAS 300mg	27.0	3.10 F	83.70 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
49	Carie dentaire							
		Carie dentaire enfant	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Cariedentaire adulte	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
50	Autres maladies bouche/ dents							
		abcès avec ou sans fluctuation enfant	0-5 ans	500				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F	41.00 F
					Cotrimoxazole 480mg	8.0	14.00 F	112.00 F
					Minignppe	3.0	10.00 F	30.00 F
		abcès avec ou sans fluctuation adulte	5 plus	1000				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Cotrimoxazole 480mg	20.0	14.00 F	280.00 F
					Minignppe	3.0	10.00 F	30.00 F
		Traumatisme mâchoire enfant	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Chlorexidine 20%, 2.5ml	2.5	17.50 F	43.75 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Traumatisme mâchoire adulte	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Chlorexidine 20%, 2.5ml	2.5	17.50 F	43.75 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Candidose buccale adulte	5 plus	200				
					Violet de gentiane 25g, 2.5g	2.5	200.00 F	500.00 F
		Candidose buccale enfant	0-5 ans	200				
					Violet de gentiane 25g, 2.5g	2.5	200.00 F	500.00 F
52	Maladies neurologiques							
		Migraine enfant	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Migraine adulte	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Sciaticque	5 plus	600				
					AAS 300mg	45.0	3.10 F	139.50 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
53	Autres							
		Varicelle enfant	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	90.0	3.10 F	279.00 F
					Chlorexidine 20%, 2.5ml	2.5	17.50 F	43.75 F
					Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F	41.00 F
					Minignppe	2.0	10.00 F	20.00 F
		Colique néphrétique	5 plus	600				
					AAS 300mg	9.0	3.10 F	27.90 F
					Buthylscopolamine 10mg cp	9.0	22.00 F	198.00 F
					Minignppe	2.0	10.00 F	20.00 F
		Varicelle adulte	5 plus	600				
					AAS 300mg	90.0	3.10 F	279.00 F
					Chlorexidine 20%, 2.5ml	2.5	17.50 F	43.75 F
					Chloroquine 100mg	18.0	10.25 F	184.50 F
					Minignppe	2.0	10.00 F	20.00 F
		Fièvre poste vaccinal enfant	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minignppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Fièvre poste vaccinal adulte	5 plus	600				

**Détermination du Coût en Médicament et Fournitures de Chaque Service
Offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME
Selon les Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Libellé SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Age	Tarif	Médicaments et fournitures requises selon N&P			
					Désignation	Qtée	P.U. en Fgn	Coût Total
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Vomissements gravidiques sup ou =8 jours	5 plus	2000				
					Diazépam 5mg/ml, 2ml	3.0	100.00 F	300.00 F
					Lactate de Ringer 500ml	2.0	1,312.00 F	2,624.00 F
					Sérngues 5 CC	3.0	130.00 F	390.00 F
		Vomissements gravidiques moins de 8 jours	5 plus	2000				
					Diazépam 5mg/ml, 2ml	3.0	100.00 F	300.00 F
					Sérngues 5 CC	3.0	130.00 F	390.00 F
		laryngite enfant	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		laryngite adulte	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Bronchopneumonie	0-5 ans	500				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Aminophylline250 mg	11.0	30.00 F	330.00 F
53	Autres				Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F	41.00 F
					Cotrim oxazole 480mg	8.0	14.00 F	112.00 F
					Minigrppe	4.0	10.00 F	40.00 F
		IRA sans ATB enfant	0-5 ans	300				
					AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F	41.00 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F	20.00 F
		IRA sans ATB adulte	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F	20.00 F
		Bronchopneumonie adulte	5 plus	1000				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Aminophylline250 mg	24.0	30.00 F	720.00 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Cotrimoxazole 480mg	20.0	14.00 F	280.00 F
					Minigrppe	4.0	10.00 F	40.00 F
		Hémorroïde	5 plus	200				
					Chlorexidine 20%, 2.5ml	2.5	17.50 F	43.75 F
		Shigellose enfant	0-5 ans	500				
					Buthylscopolamine 10mg cp	3.0	22.00 F	66.00 F
					Chloroquine 100mg	4.0	10.25 F	41.00 F
					Cotrimoxazole 480mg	8.0	14.00 F	112.00 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F	30.00 F
					SRO 1000ml	2.0	136.00 F	272.00 F
		Shigellose adulte	5 plus	1000				
					Buthylscopolamine 10mg cp	9.0	22.00 F	198.00 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Cotrimoxazole 480mg	20.0	14.00 F	280.00 F
					Minigrppe	3.0	10.00 F	30.00 F
					SRO 1000ml	2.0	136.00 F	272.00 F
		Grossesse extra utérine rompue	5 plus	2000				
					Lactate de Ringer 500ml	1.0	1,312.00 F	1,312.00 F
		Menace d'avortement	5 plus	2000				
					Diazépam 5mg/ml, 2ml	2.0	100.00 F	200.00 F
					Sérngues 5 CC	2.0	130.00 F	260.00 F
		Pertes blanches (suite de couche avec fièvre)	5 plus	2000				
					AAS 300mg	30.0	3.10 F	93.00 F
					Chlorexidine 20%, 2.5ml	2.5	17.50 F	43.75 F
					Chloroquine 100mg	15.0	10.25 F	153.75 F
					Eau distillée 10ml	5.0	45.00 F	225.00 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F	20.00 F
					PPF 3 M	5.0	420.00 F	2,100.00 F
					Sérngues 10 CC	5.0	170.00 F	850.00 F
		Métroanécrite(avortement spontané ou provoqué)	5 plus	600				
					AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Chlorexidine 20%, 2.5ml	2.5	17.50 F	43.75 F
					Métronidazole 250mg	8.0	9.49 F	75.92 F
53	Autres				Minigrppe	2.0	10.00 F	20.00 F
		Pertes blanches (suites de couche sans fièvre)	5 plus	2000				
					Chlorexidine 20%, 2.5ml	2.5	17.50 F	43.75 F
					Eau distillée 10ml	5.0	45.00 F	225.00 F
					Métronidazole 250mg	30.0	9.49 F	284.70 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					PPF 3 M	5.0	420.00 F	2,100.00 F
					Sérngues 10 CC	5.0	170.00 F	850.00 F
		Intoxication enfant	0-5 ans	850				
					Diazépam 5mg/ml, 2ml	1.0	100.00 F	100.00 F
					Sérngues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
		Intoxication adulte	5 plus	2000				

**Détermination du Coût en Médicament et Fournitures de Chaque Service
Offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME
Selon les Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Libellé SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Age	Tarif	Médicaments et fournitures requises selon N&P			
					Désignation	Qtée	P.U. en Fgn	Coût Total
					Diazépam 5mg/ml, 2ml	2.0	100.00 F	200.00 F
					Séringues 5 CC	2.0	130.00 F	260.00 F
		Engorgement mammaire	5 plus	600	AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Douleur intercostal	0-5 ans	300	AAS 300mg	8.0	3.10 F	24.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Douleur intercostal adulte	5 plus	600	AAS 300mg	18.0	3.10 F	55.80 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
		Prérupture utérine	5 plus	2000	Diazépam 5mg/ml, 2ml	1.0	100.00 F	100.00 F
					Lactate de Ringer 500ml	1.0	1,312.00 F	1,312.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
54	Méningites							
		Méningites enfant	0-5 ans	850	AAS 300mg	2.5	3.10 F	7.75 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Quinine 300mg/ml, 2ml	1.0	353.50 F	353.50 F
					Sérum Glucosé 5 %, 250 ml	1.0	1,000.00 F	1,000.00 F
		Méningites adulte	5 plus	2000	AAS 300mg	6.0	3.10 F	18.60 F
					Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Quinine 300mg/ml, 2ml	1.0	353.50 F	353.50 F
					S. Glucosé 5% 500 ml	1.0	1,500.00 F	1,500.00 F
58	Schisto. Urinaire							
		Schist. Urin. Sans labo enfant	0-5 ans	850	Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Praziquantel 600mg	1.0	568.00 F	568.00 F
		Schist. Urin. Sans labo adulte	5 plus	2000	Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Praziquantel 600mg	4.0	568.00 F	2,272.00 F
59	Schisto. Intestinale							
		Schisto. intestinale enfant	0-5 ans	850	Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Praziquantel 600mg	1.0	568.00 F	568.00 F
59	Schisto. Intestinale							
		Schisto. intestinale adulte	5 plus	2000	Minigrppe	1.0	10.00 F	10.00 F
					Praziquantel 600mg	4.0	568.00 F	2,272.00 F
67	CPN							
		CPN1	5 plus	600	Carnet de santé	1.0	160.00 F	160.00 F
					Chloroquine 100mg	12.0	10.25 F	123.00 F
					FAF 200 mg + 0,25 mg	30.0	2.70 F	81.00 F
					Fiche CPN	1.0	80.00 F	80.00 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F	20.00 F
					Séringues 0,5 CC	1.0	0.00 F	0.00 F
					VAT 5 ml	1.0	0.00 F	0.00 F
		CPN2	5 plus	0	Chloroquine 100mg	12.0	10.25 F	123.00 F
					FAF 200 mg + 0,25 mg	30.0	2.70 F	81.00 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F	20.00 F
					Séringues 0,5 CC	1.0	0.00 F	0.00 F
					VAT 5 ml	1.0	0.00 F	0.00 F
		CPN3 et CPN.....X	5 plus	0	Chloroquine 100mg	12.0	10.25 F	123.00 F
					FAF 200 mg + 0,25 mg	30.0	2.70 F	81.00 F
					Minigrppe	2.0	10.00 F	20.00 F
68	Accouchement							
		Accouchement eutocique simple	5 plus	1000	Fil pour ligature ombilicale 0,2:	0.3	50.43 F	12.61 F
					Gants	1.0	200.00 F	200.00 F
					Lame de rasoir	1.0	25.00 F	25.00 F
					Partogramme	1.0	100.00 F	100.00 F
					Tétracycline Ophth. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
		Accouchement eutocique gemellaire	5 plus	1000	Fil pour ligature ombilicale 0,2:	0.3	50.43 F	12.61 F
					Gants	2.0	200.00 F	400.00 F
					Lame de rasoir	2.0	25.00 F	50.00 F
					Tétracycline Ophth. 1%, 5g	1.0	180.00 F	180.00 F
		Procidence du cordon	5 plus	2000	Diazépam 5mg/ml, 2ml	1.0	100.00 F	100.00 F
					Lactate de Ringer 500ml	1.0	1,312.00 F	1,312.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
		Hémorragie du travail et autres dystocias	5 plus	2000	Lactate de Ringer 500ml	1.0	1,312.00 F	1,312.00 F
		Retention placentaire totale ou partielle	5 plus	2000				

**Détermination du Coût en Médicament et Fournitures de Chaque Service
Offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME
Selon les Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Libellé SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Age	Tarif	Médicaments et fournitures requises selon N&P			
					Désignation	Qtée	P.U. en Fgn	Coût Total
					Eau distillée 10ml	5.0	45.00 F	225.00 F
					Ergométrine 0.25 mg/ml, 1ml	1.0	220.00 F	220.00 F
					Lactate de Ringer 500ml	2.0	1,312.00 F	2,624.00 F
					PPF 3 M	5.0	420.00 F	2,100.00 F
					Séringues 10 CC	5.0	170.00 F	850.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
68	Accouchement	Déchirures	5 plus	2000		0.0	0.00 F	0.00 F
					Eau distillée 10ml	5.0	45.00 F	225.00 F
					Fil pour suture	1.0	1,205.00 F	1,205.00 F
					Lidocaïne 1% ou 2% 50ml, 1m	10.0	850.00 F	8,500.00 F
					PPF 3 M	5.0	420.00 F	2,100.00 F
					Séringues 10 CC	6.0	170.00 F	1,020.00 F
		Retention placentaire sans hémorragie	5 plus	2000				
					Eau distillée 10ml	5.0	45.00 F	225.00 F
					Ergométrine 0.25 mg/ml, 1ml	1.0	220.00 F	220.00 F
					PPF 3 M	5.0	420.00 F	2,100.00 F
					Séringues 10 CC	5.0	170.00 F	850.00 F
					Séringues 5 CC	1.0	130.00 F	130.00 F
69	Planification familiale							
		NU Lofemenal	5 plus	600	Lofemenal	3.0	100.00 F	300.00 F
		NU Ovrette	5 plus	600	Ovrette	3.0	100.00 F	300.00 F
		NU Dépoprovera	5 plus	600	Dépo-provera 150mg	1.0	300.00 F	300.00 F
					Séringues 2 CC	1.0	115.00 F	115.00 F
		DIU	5 plus	1000	DIU	1.0	500.00 F	500.00 F
		Condom	5 plus	25	Condom	1.0	12.50 F	12.50 F
		Conceptrol	5 plus	20	Conceptrol	1.0	3.00 F	3.00 F
70	Vaccination	Dès la naissance BCG, POLI 0	0-5 ans	0	BCG 1 ml	0.1	0.00 F	0.00 F
					Fiche Infantile	1.0	80.00 F	80.00 F
					Polio 20 gouttes	2.0	0.00 F	0.00 F
					Séringue de dilution	1.0	0.00 F	0.00 F
					Séringues BCG 0,1	1.0	0.00 F	0.00 F
		Deuxième contact DTC1, POLI 1	0-5 ans	0	DTC 5ml	0.5	0.00 F	0.00 F
					Polio 20 gouttes	2.0	0.00 F	0.00 F
					Séringue de dilution	0.0	0.00 F	0.00 F
					Séringues 0,5 CC	1.0	0.00 F	0.00 F
		Troisième contact DTC2, POLI 2	0-5 ans	0	DTC 5ml	0.5	0.00 F	0.00 F
					Polio 20 gouttes	2.0	0.00 F	0.00 F
					Séringues 0,5 CC	1.0	0.00 F	0.00 F
		Quatrième contact DTC3, POLI 3	0-5 ans	0	DTC 5ml	0.5	0.00 F	0.00 F
					Polio 20 gouttes	2.0	0.00 F	0.00 F
					Séringues 0,5 CC	1.0	0.00 F	0.00 F
		Cinquième contact Rouvax, AAM 9ème mois	0-5 ans	0	Anti amari 10ml	0.5	0.00 F	0.00 F
70	Vaccination				Rouvax 5ml	0.5	0.00 F	0.00 F
					Séringue de dilution	2.0	0.00 F	0.00 F
					Séringues 0,5 CC	2.0	0.00 F	0.00 F
71	Vente d'articles	Carnet de soins 1er contact enfant	0-5 ans	50	Carnet de soins	1.0	50.00 F	50.00 F
		Carnet de soins 1er contact adulte	5 plus	50	Carnet de soins	1.0	50.00 F	50.00 F
		Carte de vaccination adulte	5 plus	50	Carte de vaccination	1.0	60.00 F	60.00 F
		Carte de vaccination enfant	0-5 ans	50	Carte de vaccination	1.0	60.00 F	60.00 F
72	Pansement	Pansement enfant (pour une semaine)	0-5 ans	200	Bande de gaze Rx	1.0	175.00 F	175.00 F
					Chlorexidine 20%, 2,5ml	1.3	17.50 F	21.88 F
					Violet de gentiane 25g, 2,5g	2.5	200.00 F	500.00 F
		Pansement adulte (pour une semaine)	5 plus	200	Bande de gaze Rx	1.0	175.00 F	175.00 F
					Chlorexidine 20%, 2,5ml	1.3	17.50 F	21.88 F
					Violet de gentiane 25g, 2,5g	2.5	200.00 F	500.00 F

4 b :

**Indice de viabilité par rapport aux médicaments et Fournitures Associés à
chaque service offert par le Centre de Santé intégré au PEV/SSP/ME en
Guinée compte tenu des ordinogrammes de traitement**

PRISM II

**Indice de Viabilité par rapport aux Médicaments et Fournitures Associés à Chaque Service
Offert par le Centre de Santé Intégré au PEV/SSP/ME en Guinée
Compte Tenu des Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Tarif de Prestation	Coûts des médicaments et fournitures	Indice de Viabilité
Consultation prénatale				
		600	464.00 F	1.29
67	CPN1	0	224.00 F	0.00
67	CPN3 et CPN.....X	0	224.00 F	0.00
67	CPN2			1.29
Accouchement				
		1000	842.61 F	1.56
68	Accouchement eutocique gemellaire	1000	517.61 F	1.93
68	Accouchement eutocique simple	3000	1,542.00 F	1.30
68	Procidence du cordon	3000	6,149.00 F	0.33
68	Retention placentaire totale ou partielle	3000	13,050.00 F	0.15
68	Déchinures	3000	3,525.00 F	0.57
68	Retention placentaire sans hémorragie	3000	1,312.00 F	1.52
68	Hémorragie du travail et autres dystocies			7.36
Infections sexuellement transmissibles				
26	EV avec spéculum index femme enceinte (perte caillebotée)	2500	825.00 F	3.03 F
26	EV avec spéculum index femme enceinte (perte cervicale+inflammation)	2500	5,400.00 F	0.46 F
26	EV avec spéculum index femme non enceinte (perte abondante et malodorantes)	2500	85.92 F	29.10 F
26	EV avec spéculum index femme non enceinte (perte abondante +malodorante)	2500	85.92 F	29.10 F
26	Écoulement vaginal sans spéculum index femme enceinte AR+	2500	7,225.92 F	0.35 F
26	EV avec spéculum index femme non enceinte (perte caillebotée)	2500	825.00 F	3.03 F
26	EV avec spéculum index femme non enceinte (perte cervicale+inflammation)	2500	884.00 F	2.83 F
26	Écoulement vaginal sans spéculum index femme enceinte AR- (candidose)	2500	910.92 F	2.74 F
26	Écoulement vaginal sans spéculum index femme enceinte AR+ (candidose)	2500	6,310.92 F	0.40 F
26	Écoulement vaginal sans spéculum index femme non enceinte AR-(candidose)	2500	910.92 F	2.74 F
26	Écoulement vaginal sans spéculum index femme non enceinte AR+ (candidose)	2500	1,804.92 F	1.39 F
26	Écoulement vaginal sans spéculum index femme non enceinte AR-	2500	85.92 F	29.10 F
26	Écoulement vaginal sans spéculum index femme non enceinte AR+	2500	969.92 F	2.58 F
26	Écoulement vaginal sans spéculum index femme non enceinte AR-	2500	85.92 F	29.10 F
26	Écoulement vaginal sans spéculum index femme enceinte AR-	2500	884.00 F	2.83 F
27	Écoulement urétral index	2500	7,140.00 F	0.35 F
28	DAB femme enceinte index	2500	1,040.00 F	2.40 F
28	DAB femme non enceinte index	2500	1,105.00 F	2.26 F
29	UG index	2500	4,070.00 F	0.61 F
29	UG index (allergie à la pénis)	2500	1105	2.26
30	Bubon inguinal + Ulcération index	2500	738	3.39
30	Bubon inguinal sans Ulcération index	2500	4070	0.61
30	Bubon inguinal (femme enceinte) ou allergie à la doxy	2000	884.00 F	2.26
26	EV contact homme et femme (non enceinte)	3000	5,400.00 F	0.37
26	EV contact femme enceinte	3000	884.00 F	2.26
27	EU contact (femme non enceinte)	3000	5,400.00 F	0.37
27	EU contact (femme enceinte)	3000	884.00 F	2.26
28	DAB contact masculin	2000	1,105.00 F	1.81
29	UG contact	2000	2,105.00 F	0.95
30	Bubon inguinal + Ulcération contact	3000	884.00 F	2.26
30	Orchi épididymite contact femme non enceinte	3000	5,400.00 F	0.37
30	Orchi épididymite contact femme enceinte	3000	5,400.00 F	0.37
30	Ophthalmie purulente du Nné contact (mère)	2000	884.00 F	2.26
30	Ophthalmie purulente du Nouveauné contact (Partenaires)	2500	2,950.00 F	0.85
30	Ophthalmie purulente du Nouveau-né index	3000	738.00 F	2.71
30	Bubon inguinal sans Ulcération contact			169.76

PRISM II

**Indice de Viabilité par rapport aux Médicaments et Fournitures Associés à Chaque Service
Offert par le Centre de Santé Intégré au PEV/SSP/ME en Guinée
Compte Tenu des Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Tarif de Prestation	Coûts des médicament et fournitures	Indice de Viabilité
Planification familiale				
69	Conceptrol	20	3.00 F	6.67
69	Condom	25	12.50 F	2.00
69	NU Dépoprovera	600	415.00 F	1.45
69	NU Ovrette	600	300.00 F	2.00
69	NU Lofemenal	600	300.00 F	2.00
69	DIU	1000	500.00 F	2.00
				16.12
Vaccination des enfants de 0 à 11 mois				
70	Cinquième contact Rouvax,AAM 9ème mois	0	0.00 F	0.00
70	Quatrième contact DTC3,POLI 3	0	0.00 F	0.00
70	Troisième contact DTC2,POLI 2	0	0.00 F	0.00
70	Deuxième contact DTC1,POLI1	0	0.00 F	0.00
70	Dès la naissance BCG, POLI 0	0	80.00 F	0.00
				0.00
Pansement et traitement local, SRO				
7	Diarhées non sanglantes simple adulte	200	272.00 F	0.74
23	Orgelet adulte	200	180.00 F	1.11
25	Corps étranger extration possible adulte	200	180.00 F	1.11
33	Gâle avec suppuration adulte	200	1,360.00 F	0.15
33	Gale sans pustule adulte	200	860.00 F	0.23
34	Teigne adulte	200	3,426.00 F	0.06
47	Dermatose pavillon oreille adulte	200	43.75 F	4.57
50	Candidosa buccale adulte	200	500.00 F	0.40
53	Hémorroïde	200	43.75 F	4.57
72	Pansement adulte (pour une semaine)*	200	696.88 F	0.29
7	Diarhée non saglantes simple enfant	200	272.00 F	0.74
23	Orgelet enfant	200	180.00 F	1.11
25	Corps étranger extration possible enfant	200	180.00 F	1.11
33	Gale sans pustule enfant	200	860.00 F	0.23
33	Gâle avec suppuration enfant	200	1,360.00 F	0.15
34	Teigne enfant	200	3,426.00 F	0.06
47	Dermatose pavillon oreille enfant	200	543.75 F	0.37
50	Candidose buccale enfant	200	500.00 F	0.40
72	Pansement enfant (pour une semaine)*	200	696.88 F	0.29
				17.69
Traitement oral sans antibiotique,ni praziquentel				
8	Diarhée sanglante(ex selle impossible) Adulte	600	445.76 F	1.35
8	Selle glaireuse (amibiase) adulte	600	408.58 F	1.47
9	Oxyurose adulte	600	64.42 F	9.31
9	Helminthiase (ex selle impossible) adulte	600	544.42 F	1.10
9	Helminthiase (expulsion d'anneaux ténia) adulte	600	170.00 F	3.53
13	Toux de plus de 15 jrs(Notion de tabagisme)	600	65.80 F	9.12
15	Anémies + grossesse	600	253.00 F	2.37
15	Anémies + parasitose adulte	600	317.42 F	1.89
19	Paludisme simple adulte	600	229.55 F	2.61
22	Conjonctivite adulte	600	245.80 F	2.44
25	Corps étranger extration non possible adulte	600	245.80 F	2.44
25	Erosion cornée avec ou sans notion de subst chimique de l'œil adulte	600	245.80 F	2.44
14	Malnutrition adulte	600	253.00 F	2.37
25	Taumatisme œil avec issue humeur ou baisse acuité visuelle adulte	600	65.80 F	9.12
31	Retention urinaire sondage impossible	600	170.00 F	3.53
31	Retention urinaire	600	65.80 F	9.12
32	Douleurs liées aux règles	600	273.80 F	2.19
32	Douleurs menstruelles	600	311.00 F	1.93

PRISM II

**Indice de Viabilité par rapport aux Médicaments et Fournitures Associés à Chaque Service
Offert par le Centre de Santé Intégré au PEV/SSP/ME en Guinée
Compte Tenu des Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Tarif de Prestation	Coûts des médicaments et fournitures	Indice de Viabilité
34	Eczéma adulte	600	149.75 F	4.01
34	Prurit isolé adulte	600	108.00 F	5.66
34	Zona	600	565.80 F	1.06
34	Urticaire adulte	600	106.00 F	5.66
35	Fractures adulte	600	65.80 F	9.12
37	traumatisme thoracique adulte(douleur localisée)	600	989.00 F	0.61
37	traumatisme thoracique adulte(douleur non localisée)	600	65.80 F	9.12
37	Entorse adulte	600	240.80 F	2.49
38	Gastrite	600	388.40 F	1.54
43	Grossesse avec ou sans constipation + dou lombaire	600	111.70 F	5.37
43	Céphalées femme en grossesse	600	65.80 F	9.12
43	douleur abdominale	600	208.00 F	2.88
44	Hypertension artérielle	600	360.00 F	1.67
47	Rhinopharyngite adulte	600	229.55 F	2.61
47	Otite sèche adulte	600	65.80 F	9.12
47	Grippe adulte	600	65.80 F	9.12
47	Traumatisme oreille adulte	600	565.80 F	1.06
47	Parodontite adulte	600	229.55 F	2.61
48	Arthrite adulte	600	93.70 F	6.40
48	Arthrose	600	65.80 F	9.12
48	Douleur lombaire(antécédant arthrose)	600	149.50 F	4.01
49	Cariendantaire adulte	600	65.80 F	9.12
50	Traumatisme mâchoire adulte	600	109.55 F	5.48
52	Sciatique	600	149.50 F	4.01
52	Migraine adulte	600	65.80 F	9.12
53	Fièvre poste vaccinal adulte	600	65.80 F	9.12
53	Douleur intercostal adulte	600	65.80 F	9.12
53	Varicelle adulte	600	527.25 F	1.14
53	laryngite adulte	600	65.80 F	9.12
53	IRA sans ATB adulte	600	229.55 F	2.61
53	Métronexite(avortement spontané ou provoqué)	600	195.47 F	3.07
53	Engorgement mammaire	600	65.80 F	9.12
53	Colique néphrétique	600	245.90 F	2.44
8	Diarhée sanglante(ex selle impossible)enfant	300	274.94 F	1.09
8	Selle glaireuse(amibiase)enfant	300	209.29 F	1.43
9	oxyurose enfant	300	64.42 F	4.66
9	Helminthiase (ex selle impossible) enfant	300	544.42 F	0.55
9	Helminthiase (expulsion d'anneaux ténia) enfant	300	50.00 F	6.00
14	Malnutrition enfant	300	211.00 F	1.42
15	Anémies + parasitose enfant	300	317.42 F	0.95
19	Paludisme simple enfant	300	85.80 F	3.50
22	conjonctivite enfant	300	214.80 F	1.40
25	Taumatisme oeil avec issue humeur ou baisse acuité visuelle enfant	300	34.80 F	8.62
25	Corps étranger extraction non possible enfant	300	214.80 F	1.40
25	Erosion cornée avec ou sans notion de subst chimique de l'oeil enfant	300	214.80 F	1.40
34	Urticaire enfant	300	34.00 F	8.82
34	Eczéma enfant	300	77.75 F	3.86
34	Prurit isolé	300	34.00 F	8.82
35	Fractures enfant	300	34.80 F	8.62
37	Entorse enfant	300	209.80 F	1.43
37	traumatisme thoracique enfant(douleur non localisée)	300	34.80 F	8.62
37	traumatisme thoracique enfant(douleur localisée)	300	476.25 F	0.63
47	Rhinopharyngite enfant	300	85.80 F	3.50
47	Grippe enfant	300	34.80 F	8.62
47	Otite sèche enfant	300	34.80 F	8.62

PRISM II

**Indice de Viabilité par rapport aux Médicaments et Fournitures Associés à Chaque Service
Offert par le Centre de Santé Intégré au PEV/SSP/ME en Guinée
Compte Tenu des Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Tarif de Prestation	Coûts des médicament et fournitures	Indice de Viabilité
47	Traumatisme oreille enfant	300	534.80 F	0.56
47	Parotidite enfant	300	85.80 F	3.50
49	Carie dentaire enfant	300	34.80 F	8.62
50	Traumatisme mâchoire enfant	300	78.55 F	3.82
52	Migraine enfant	300	34.80 F	8.62
53	Varicelle enfant	300	383.75 F	0.78
53	Douleur intercostal	300	34.80 F	8.62
53	IRA sans ATB enfant	300	85.80 F	3.50
53	laryngite enfant	300	34.80 F	8.62
48	Arthrite enfant	300	56.50 F	10.62
53	Fièvre poste vaccinal enfant	300	34.80 F	8.62
				404.00
Traitement oral avec antibiotique,sans praziquantel				
4	Rougeole adulte	1000	764.75 F	1.31
5	Coqueluche adulte	1000	355.80 F	2.81
8	Diarhée sanglantes(gastro entérite) adulte	1000	791.55 F	1.26
10	IRA adulte	1000	519.55 F	1.92
11	Test thérapeutique adulte	1000	290.00 F	3.45
31	infection urinaire	1000	519.55 F	1.92
34	Lymphangite adulte	1000	519.55 F	1.92
34	Furoncle adulte	1000	530.80 F	1.88
34	Abcès du sein sans fluctuation	1000	519.55 F	1.92
47	Ozène adulte	1000	519.55 F	1.92
47	Otite suppurée adulte	1000	519.55 F	1.92
47	Pharyngite adulte	1000	519.55 F	1.92
50	abcès avec ou sans fluctuation adulte	1000	519.55 F	1.92
53	Bronchopneumonie adulte	1000	1,249.55 F	0.80
53	Shigellose adulte	1000	933.75 F	1.07
4	Rougeole enfant	500	431.55 F	1.16
5	coqueluche enfant	500	156.80 F	3.19
8	Diarhée sanglantes(gastro entérite) enfant	500	479.80 F	1.04
10	IRA enfant	500	207.80 F	2.41
11	Test thérapeutique enfant	500	122.00 F	4.10
34	Furoncle enfant	500	331.80 F	1.51
34	Lymphangite enfant	500	207.80 F	2.41
47	Otite suppurée enfant	500	207.80 F	2.41
47	Pharyngite enfant	500	207.80 F	2.41
47	Ozène enfant	500	207.80 F	2.41
50	abcès avec ou sans fluctuation enfant	500	207.80 F	2.41
53	Shigellose enfant	500	521.00 F	0.96
53	Bronchopneumonie	500	547.80 F	0.91
				55.27

95

PRISM II

**Indice de Viabilité par rapport aux Médicaments et Fournitures Associés à Chaque Service
Offert par le Centre de Santé Intégré au PEV/SSP/ME en Guinée
Compte Tenu des Ordinogrammes de Traitement**

Situation au 31 mars 2003

Code SNIGS	Prestations offertes dans les centres de santé	Tarif de Prestation	Coûts des médicament et fournitures	Indice de Viabilité
Traitement injectable et/ou praziquantel				
7	Diarrhées non sanglantes avec deshydratation adulte	2000	2.896.00 F	0.69
12	Asthme adulte	2000	1.005.00 F	1.99
15	Hémorragie adulte	2000	1.312.00 F	1.52
20	Paludisme Grave adulte	2000	2.083.05 F	0.96
7	Diarrhées non sanglantes avec deshydratation enfant	850	2.896.00 F	0.29
12	Asthme enfant	850	465.00 F	1.83
15	Hémorragie enfant	850	1.312.00 F	0.65
20	Paludisme grave enfant	850	1.799.30 F	0.47
34	Charbon enfant	850	703.00 F	1.21
46	RAA enfant	850	4.229.50 F	0.20
53	Intoxication enfant	850	230.00 F	3.70
54	Méningites enfant	850	1.371.25 F	0.62
58	Schist. Urin. Sans labo enfant	850	578.00 F	1.47
59	Schisto.intestinale enfant	850	578.00 F	1.47
				17.07
Vente articles				
71	Carte de vaccination adulte	50	60.00 F	0.83
71	Carte de soins 1er contact adulte	50	50.00 F	1.00
71	Carte de vaccination enfant	50	60.00 F	0.83
71	Carte de soins 1er contact enfant	50	50.00 F	1.00
				3.66

ANNEXE 5 :
Rapport sur l'inventaire des besoins des DPS dans le domaine de
l'informatique : CMG, février 2003

**RAPPORT SUR INVENTAIRE ET
ANALYSE du PARC INFORMATIQUE**

DRS, DPS, PEV, PCG

CMG Mars 2003

Sommaire

Avant propos

Organigramme des structures

Analyse de l'existant et Recherche de dysfonctionnement

Proposition

Conclusion

Annexes

Avant-propos

Dans le cadre de son appui au secteur de la santé : DRS DPS PEV PCG ; PRISM a demandé à l'entreprise CMG ;

1-D'inventorier et évaluer l'état de fonctionnement des équipements, informatique : ordinateurs, imprimantes, logiciels, et autres périphériques ainsi que les différentes sources d'énergies électriques

2-Vérification de toutes les installations, les modalités de branchement du matériel Informatique et apporter des corrections, à toutes anomalies constatées, vérifier les différentes protections (virus) en procédant à la mise à jour, installer les applications bureautiques primaires vérifier les mise à la terre.

3-Characteriser les ressources humaines existantes dans le domaine informatique à travers leur niveau de connaissances et proposer les formations. Evaluer les besoins en équipements informatiques

Il est à constater que la bonne réalisation de cette mission sur le terrain a été le fait aussi de l'image positive dont jouit PRISM au niveau de ces différentes structures.

L'objet du présent rapport est triple, à savoir :

- Analyse de l'existant
- Recherche de dysfonctionnement
- Proposition d'une nouvelle solution informatique

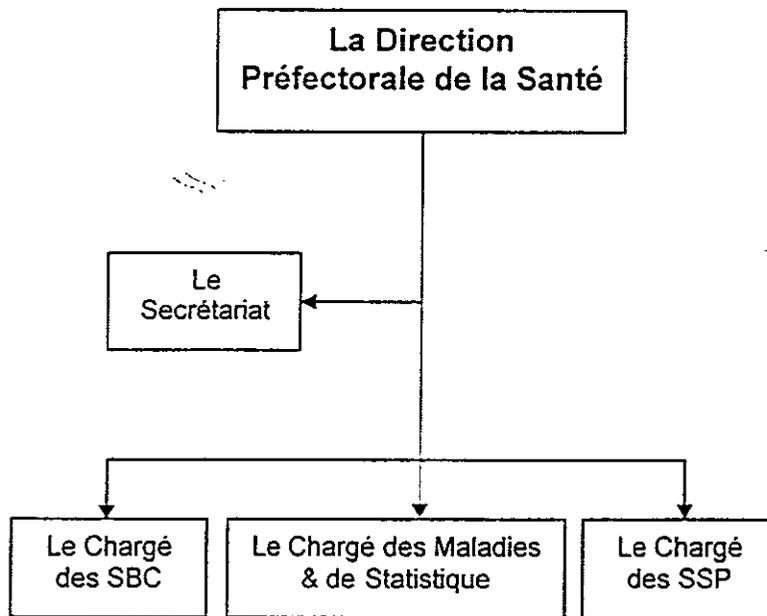
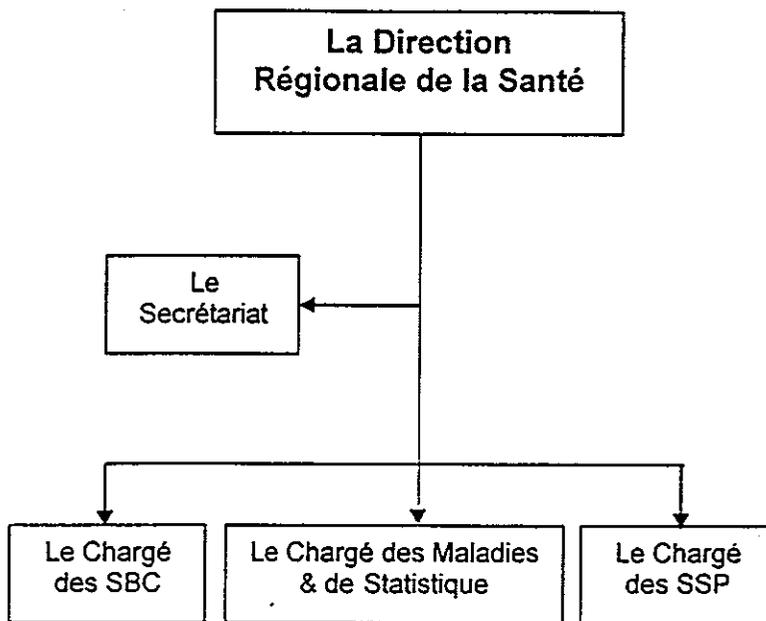
La méthodologie utilisée pour cette réalisation, s'inspire partiellement de la méthode MERISE (outils d'analyse conceptuelle). Toute fois ce travail se veut une approche d'information pour le recueil des données qui serviront d'indicateur pour le projet.

La démarche entreprise pour cette mission a été la suivante.

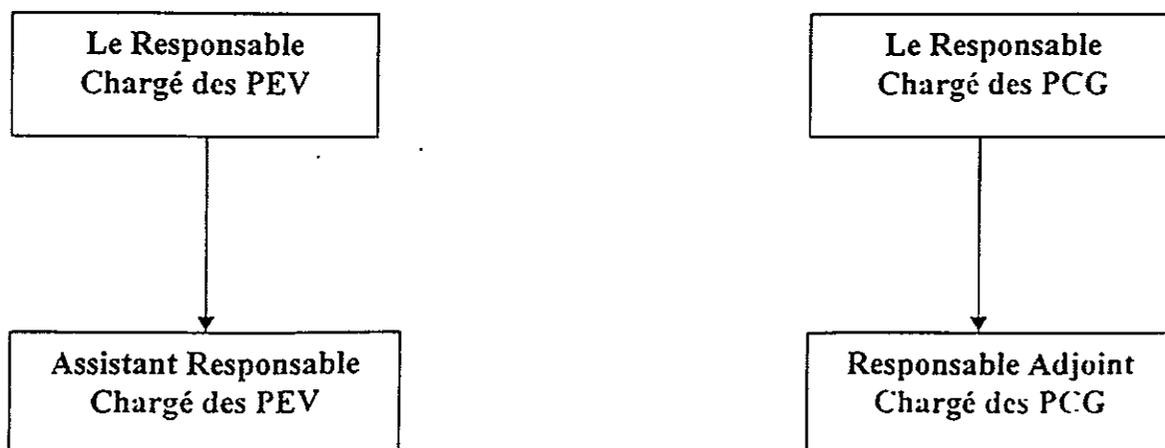
- -Ebauche de questionnaire sous la supervision du Responsable Chargé du Suivi et Evaluation,
- Déplacement dans chaque préfecture ainsi que dans tous les services concernés ;
- Rencontre avec les différents responsables de structure.

Ce ci nous a permis de faire l'ébauche d'un schéma organisationnel standard. Ainsi pour chaque service nous ferons, l'analyse de l'existant (inventaire à la fois des ressources Humaines, matériel -logiciels).

ORGANIGRAMME DES STRUCTURES



Organigramme PEV et PCG



Analyse de l'existant, dysfonctionnement et proposition

DRS Kankan

Constat

La Direction est équipée de trois (3) ordinateurs qui sont fonctionnels ; il est à noter que la maintenance est suivie et effectuée sur les machines par le technicien de CMG basé à Kankan.

Intervention technique

Maintenance courante sur toutes les machines

Proposition :

Besoins :

Formation et remise à niveau de la secrétaire sur les produits bureautiques
L'initiation du Directeur à l'utilisation de l'ordinateur
Initiation du Chargé de la Formation en maintenance Informatique
Fourniture d'un câble LAP-UUR

Il a été entendu que le projet Prism délèguera quelques médecins pour travailler dans la structure, nous suggérons la création d'un réseau Intranet et pourquoi pas Internet / Intranet..

DPS Kankan

Constat :

La Direction est équipée d'un seul ordinateur qui est fonctionnel pour tout le service et le personnel utilisateur au nombre de huit n'est pas initié.

Intervention technique

Maintenance courante

Proposition

Besoins :

Fourniture d'un portable
Initiation de trois personnes désignées à l'informatique

PEV et PCG Kankan

Les Directions du PEV et du PCG ne sont pas équipées et expriment un besoin urgent en matériel informatique, mais aussi en formation du personnel.

DPS Mandiana

Constat

La DPS abrite un local exigü ; elle est équipée d'un ordinateur Portable de Marque Toshiba, qui n'est pas en bon état.

L'alimentation est assurée par un panneau solaire.

Problème de lecteur disquette et CD.

La gestion des données s'effectue entre Epi Info et Excel, ceci génère un problème de transfert par la non maîtrise des logiciels.

Intervention Techniques au cours de la mission

Dépannage du lecteur CD, désinstallation Anti-Virus Norton 2000

Maintenance courante, Nettoyage de virus

Installation de l'Antivirus Norton Corporet

Proposition

Besoin :

Équipement informatique et logiciel

Ordinateur de bureau, imprimante, onduleur, régulateur de tension.2000A

Formation

Remise à niveau du personnel sur l'utilisation des produits Bureautiques (Word, Excel, PowerPoint,) ; et des logiciels spécifique (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.

En maintenance niveau utilisateur

DPS Kérouané

Constat :

La Direction Préfectorale de la Santé est équipée de deux (2) ordinateurs dont

Un Portable de marque Toshiba satellite en panne du lecteur disquette

Un ordinateur de Bureau de marque Compaq en très bon Etat a été livré par le

PPSG

Interventions au cours de la mission

Sur le Compaq

Maintenance courante

Configuration du Clavier

Installation Anti-Virus Norton corporet

Installation de Windows Millenium

Installation Imprimante HP laser Jet 1200

Proposition

Besoin en :

Équipement informatique et logiciel

Ordinateur Portable

Installation de logiciels de traitement des données statistiques (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.)

Formation

du personnel à l'utilisation des produits Bureautiques (Word, Excel, PowerPoint,) ; et des logiciels spécifique (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.)
En maintenance niveau utilisateur

Remarque :

Il serait souhaitable de relever le groupe Electrogène afin qu'il puisse libérer la fumée

DPS Kouroussa

Constat

La Direction Préfectorale de Santé est équipée d'un ordinateur Compaq nouvellement livré par le PPSG en très bon Etat.
Le Personnel, au nombre de six (6) n'est pas initié

Interventions technique

Flash formation de la Directrice et de la Secrétaire à l'utilisation de l'ordinateur et des logiciels (Word et Excel)
Fourniture d'un câble d'alimentation

Proposition

Besoin

Installation de logiciels de traitement des données statistiques (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.)

Formation

du personnel à l'utilisation des produits Bureautiques (Word, Excel, PowerPoint,) ; et des logiciels spécifique (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.)
En maintenance niveau utilisateur

DPS Siquiri

Constat :

La Direction Préfectorale de Santé est équipée de deux (2) ordinateurs
Un Portable de marque Toshiba
Un de bureau de marque Compaq obsolète.

Interventions technique

Sur le Compaq désinstallation de l'Anti-Virus Dr Salomon
Maintenance courante
Sur le portable
Désinstallation de l'Anti-Virus Norton 2001
Installation de l'Anti-Virus Norton corporet
Maintenance courante

Proposition

Besoin en :

Équipement informatique et logiciel
Ordinateur de bureau, imprimante, onduleur, régulateur de tension.2000A
Installation de logiciels de traitement des données statistiques (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.)

Formation
Formation du personnel à l'utilisation des produits Bureautiques; et des logiciels spécifiques (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.
En maintenance niveau utilisateur

DRS Faranah

Constat

La DRS est équipée de quatre (4) ordinateurs de bureau dont : deux en bon état. Les deux autres sont dans un état d'obsolescence (à remplacer)

Interventions

Maintenance courante et Eradication de virus sur toutes les machines

-la machine du chargé des Statistiques

Installation Windows Millenium

Installation Anti-Virus Norton Corporet

-la machine du Directeur

Installation Anti-Virus Norton Corporet

-la machine du chargé de la Formation

Détection et Elimination de Virus

Nettoyage lecteur CD

Installation Anti-Virus Norton Système Works

Proposition

Besoin en :

Équipement informatique et logiciel

Ordinateur de bureau, imprimante, onduleur, régulateur de tension.2000A

Installation de logiciels de traitement des données statistiques (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.)

Formation

Formation et/ ou remise à niveau du personnel sur l'utilisation des produits Bureautiques (Word, Excel, PowerPoint,) ; et des logiciels spécifique (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.

En maintenance niveau utilisateur

DPS Faranah

Constat

La DPS est équipée de (2) ordinateurs dont : un (1) Portable en panne de transformateur ; pour quatre utilisateurs en plus du personnel de l'hôpital.

Interventions

Sur la machine du secrétariat

Détection et nettoyage de Virus

Maintenance courante

Installation de l'Anti-Virus Norton corporet

Proposition

Équipement informatique et logiciel

Ordinateur de bureau, imprimante, onduleur, régulateur de tension.2000A

Ordinateur Portable

Installation de logiciels de traitement des données statistiques (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.)

Formation

Formation et / ou remise à niveau du personnel sur l'utilisation des produits Bureautiques (Word, Excel, PowerPoint,) ; et des logiciels spécifique (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.

En maintenance niveau utilisateur

PEV et PCG Faranah

Les Directions du PEV et du PCG ne sont pas équipées et expriment un besoin urgent en matériel informatique, mais aussi en formation du personnel.

DPS Dinguiraye

Constat

La DPS est équipée de deux (2) ordinateurs de bureau dont un obsolète

Il faut noter que le mauvais état de fonctionnement du groupe électrogène nous a empêché d'effectuer une intervention approfondie.

Brève maintenance sur le PC du DPS

Proposition

Équipement informatique et logiciel

Ordinateur de bureau, imprimante, onduleur, régulateur de tension.2000A

Installation de logiciels de traitement des données statistiques (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.)

Formation

Formation et/ ou remise à niveau du personnel sur l'utilisation des produits Bureautiques (Word, Excel, PowerPoint,) ; et des logiciels spécifique (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.

En maintenance niveau utilisateur

DPS Dabola

Constat :

La DPS est équipée de trois ordinateurs dont un en bon état et les deux autres nécessitent d'être remplacés pour cause d'obsolescence.

Les utilisateurs au nombre de trois (3) dont deux sont non initiés.

Interventions

Sur la machine du DPS
Installation de Windows millenium

Proposition :

Équipement informatique et logiciel
Ordinateur de bureau, imprimante, onduleur, régulateur de tension.2000A
Ordinateur Portable

Installation de logiciels de traitement des données statistiques (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.)

Formation

Formation et / ou remise à niveau du personnel sur l'utilisation des produits Bureautiques (Word, Excel, PowerPoint,) ; et des logiciels spécifique (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.
En maintenance niveau utilisateur

DPS Kissidougou

Constat

La DPS est équipée de (3) ordinateurs de Bureau tous fonctionnels

Problèmes :

Manque de maintenance depuis la livraison des machines

Panne du mécanisme de l'imprimante affecter au service DYNAM

Absence du bouton d'éjection du lecteur disquette.

Présence massive de virus sur toutes les machines

Interventions

Nettoyage complète de toutes les machines

Désinstallation de l'Antivirus Norton2000

Installation Antivirus Norton corporet sur la machine du chargé des Maladies

Configuration du clavier de la machine du Secrétariat

Réglage de l'affichage bureau service DYNAM

Proposition :

Équipement informatique et logiciel

Ordinateur de bureau, imprimante, onduleur, régulateur de tension 2000A

Ordinateur Portable

Installation de logiciels de traitement des données statistiques (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.)

Formation

Formation et / ou remise à niveau du personnel sur l'utilisation des produits Bureautiques (Word, Excel, PowerPoint,) ; et des logiciels spécifique (Epi Info, Epi Map, Epi Surv.

En maintenance niveau utilisateur

Remarque :

Il est à signaler que l'alimentation de la DPS est assujettie au groupe Electrogène de la GTZ.

Constat :

Nous avons constaté la non existence d'aucune procédure dans la mise en place du traitement des informations. Les structures ont été équipées sans formation préalable du personnel et les applications existantes sur Epi Info, Epi Map, et Epi Surv sont à peine exploitées.

Ceci fait apparaître les sources de dysfonctionnement dans le traitement des données qui est dû soit au facteur humain, soit au facteur matériel et logiciel qui peut être inexploité soit des deux facteurs en même temps.

Les utilisateurs n'ont reçu aucune formation adéquate sauf quelques uns qui sont passés par session organisée par le PASEI (Mamou) ou par le biais des formations à l'extérieur notamment au Bénin.

L'équipement des structures dans la plus par des cas a été par le fait des dons du PRISM et de la GTZ , et tout dernièrement par le PPSG. Les structures ne bénéficient donc pas d'une maintenance sauf la DRS et la DPS de Kankan, suivies par le technicien résident de CMG détaché à Prism Kankan.

Proposition :

CMG propose à travers divers entretiens réalisés, l'esquisse d'une nouvelle organisation Informatique qui tiendra compte d'une part, à de nouvelles relations dans l'échange des données informatisées entre service, et d'autre part, une approche en besoin d'équipement, de logiciel ainsi qu'en formation.

Matériels et logiciels :

Nous proposons que le projet dans son évolution actuelle fasse don aux structures, quelques machines de son parc actuel qui seront remplacées par des plus récentes. Ainsi, le serveur du projet à Kankan pourrait être replacé à la DRS pour la création d'un réseau Intranet.

Pour les logiciels, nous proposons une politique d'informatisation sectorielle :

1. Création à partir des DRS une application de Gestion statistique des DPS soit avec un logiciel spécifique (Epi) ou développer une application uniformisée ;
2. Mise en place et suivi d'un programme de Gestion de la protection des données.

Formation :

Il est urgent de procéder à une réelle sensibilisation à l'outil informatique.

Mettre en place des modules de formation :

Systeme d'exploitation et organisation, outils bureautiques pour l'ensemble des personnes choisies.

Faire une formation ciblée avec les logiciels spécifiques ainsi qu'en maintenance utilisateur.

CONCLUSION

Plusieurs approches s'offrent. Cependant, tenant compte de l'organisation administrative et aussi de la configuration géographique, nous avons privilégié une approche globale qui a tenu compte de :

- **Inventaire par Service de l'existant ;**
- **Constat des dysfonctionnements par service qui a permis de voir l'inadéquation Hommes / Matériels / Logiciels et aussi, appréhender les interactions entre Services.**

Ainsi, cette étude a permis de faire ressortir les éléments suivants :

- ***Obsolescence de certains Matériels et Logiciels.***
- ***Mauvaise ou Faible utilisation des ressources (Hommes, Matériels, Logiciels).***
- ***Inadaptation de certains Services dans leur configuration actuelle ;***
- ***Besoin d'uniformisation de certains matériels surtout des logiciels ;***
- ***Nécessité d'une meilleure protection des Données ;***
- ***Nécessité de création d'Intranet et pourquoi pas Intranet / Internet (DRS de Kankan) ;***
- ***Besoin général de formation et/ou de remise à niveau des connaissances.***

En définitive, la bonne réorganisation des structures de santé nous paraît un facteur important dans l'amélioration de l'efficacité globale de la gestion des différents indicateurs du système.

ANNEXES

Besoins en formation

BESOINS de FORMATION

A votre demande, et selon les besoins, nous vous ferons parvenir une proposition chiffrée et différente modalité de mise en place.

DRS	6 personnes
-Directeurs	
Secrétariat	
Chargé SBC	
DPS	27 Personnes
-Directeur	
Secrétariat	
-Chargé des maladies	
PEV	2 personnes
-Directeur	
-Assistant	
PCG	2 personnes
-Directeur	
-Adjoint	
TOTAL :	37 Personnes

Besoins en matériels et logiciels

Besoin en matériels et logiciels

Dans la fourniture du Matériel nous avons quantifié selon les besoins réels constatés au niveau des structures.

Une proposition de prix sera fait en fonction de la demande exprimée.

Structures	PC	Portable	Imprimante	Onduleur	Régulateur	Logiciels
DRS Kankan						3
DPS Kankan		1				3
PEV Kankan	1		1	1	1	3
PCG Kankan	1		1	1	1	3
DPS Mandiana	1	1	1	1	1	3
DPS Kérouané		1				3
DPS Kouroussa				1		3
DPS Siguiri	1		1	1	1	3
DRS Faranah	1	1	1	1	1	3
DPS Faranah	1	1	1	1	1	3
PEV Faranah	1		1	1	1	3
PCG Faranah	1		1	1	1	3
DPS Dinguiraye	1		1	1	2	3
DPS Dabola	1	1	1	1	1	3
DPS Kissidougou	1	1	1	1	1	3
TOTAL	11	7	11	12	12	



PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTE REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

BEST AVAILABLE COPY

BUREAU CENTRAL KANKAN

ORDRE DE MISSION N° 050/KK/03

ETABLI AU NOM DE : KEITA Kabassan Morlaye

FONCTION : Ingenieur informaticien

NATIONALITÉ : Guinéenne

OBJET DE LA MISSION : Maintenance des équipements informatiques

LIEU DE LA MISSION : Mandiana-Kissidoukou-Faranah-Kérouané-Siguiri
Kouroussa-Dinguiraye et Dabola

MODE DE TRANSPORT : VEHICULE RC 4947 H

CONDUIT PAR : Sidibé Souleymane

AUTRES :

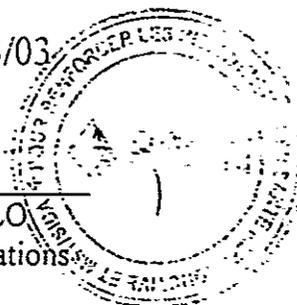
DATE DE DÉPART : 04/03/03

DATE DE RETOUR : 11/03/03

OBSERVATIONS : Véhicule ayant à bord Kéita Souleymane et Ibrahima Camara

KANKAN, le 03/03/03

Tanou DIALLO
Responsable des Opérations



PRISM est un projet financé par l'USAID et travaillant en étroite collaboration avec les différentes institutions/organisations de la République de Guinée dont le Ministère de la Santé. Il a comme mission le renforcement des interventions en santé reproductive et MST/SIDA dans les zones naturelles de Haute-Guinée et Guinée Forestière.

Le personnel œuvrant dans le projet PRISM ainsi que tous ses partenaires seront reconnaissants de la collaboration et de l'assistance de tout un chacun dans l'accomplissement de sa mission.

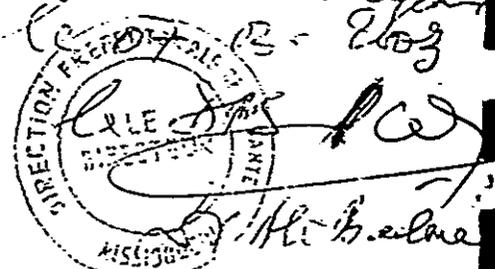
Vu à l'arrivée et au départ
à Kérékou le 04/03/2003

BEST AVAILABLE COPY



Vu à l'arrivée et au départ
à Kérékou le 05/03/2003

Vu à l'arrivée et
au départ le 05/03/2003

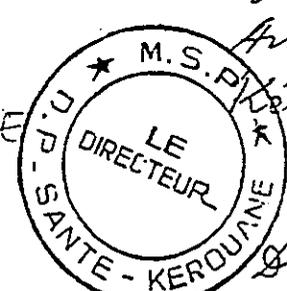


Vu à l'arrivée et au départ
à Kérékou le 06/03/2003



06/03/03

Vu à l'arrivée et
au départ le 07 Mars 2003
le DPS



de Cécile Vieux

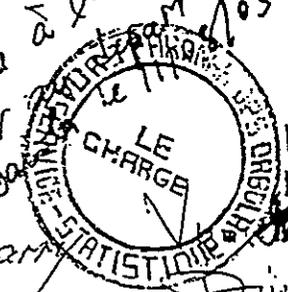
de ~~Stratima Soré~~

Vu à l'arrivée et au départ
le 8/3/03



le DPS

Vu à l'arrivée et au départ
le 10/03/03



La DPS

de Aissata Couaté

de Souadou Souadou Barry

Vu à l'arrivée et au départ
le 11/03/2003



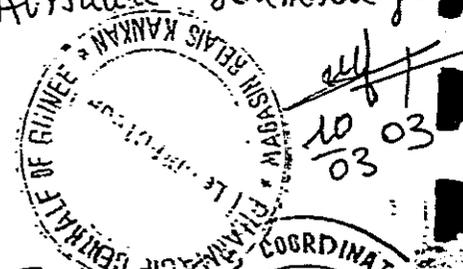
Vu le 10/03/2003

Vu à l'arrivée et au départ
P.C.G Kankon

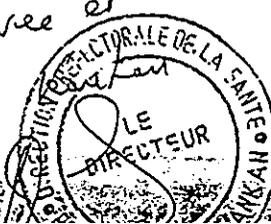
de Aissata Doumbouya



Vu à l'arrivée et
au départ le 11/03/2003



Vu à l'arrivée et au
départ le 11/03/2003



ANNEXE 6 :
Campagne « Jouer pour la Vie » : Rapport d'Activités, mars 2003

INTRODUCTION

Le programme CUP (**C**aring, **U**nderstanding **P**artners – “Partenaires Responsables”) est une approche très originale mise au point par le centre pour les programmes de communication (**CCP**) de l’université Johns Hopkins qui est un partenaire clé du projet PRISM en Guinée.

Cette approche vise à encourager l’adoption de styles de vie sains par le canal d’événements sportifs au cours desquels plusieurs messages relatifs au VIH/SIDA et grossesses non désirées sont véhiculés en direction du public cible.

En Guinée, le football féminin aura été la discipline sportive retenue pour la mise en œuvre de **CUP** autour duquel tout un programme cohérent de sensibilisation s’est bâti en vue de relever le niveau de connaissance du public cible en matière de VIH/SIDA. Ce sport a la particularité d’être très attractif d’une part, à cause du fait que les femmes qui sont mises à l’honneur font l’objet de la curiosité de presque toutes les couches de la population. A cela il faut ajouter le manque d’information des filles sur la pandémie augmentant ainsi le risque d’exposition au VIH et autres infections sexuellement transmissibles.

L’utilisation des filles pour la pair éducation en Haute Guinée nous a révélé qu’elles sont très spéciales dans la diffusion des messages. D’abord, leur manière de passer les messages sur un sujet aussi tabou qu’est la sexualité est très attrayante et « propre ». Ensuite, les messages donnés aux filles sont largement diffusés auprès non seulement des pairs dans la famille restreinte mais aussi dans la famille élargie. Enfin, les messages donnés aux filles touchent plus facilement les parents, ce qui favorise l’implication de ceux-ci dans l’accompagnement des efforts de leur filles et leur motivation à continuer les activités de sensibilisation.

JUSTIFICATION

La réalisation du programme CUP en Guinée se justifie par le fait que l’étude de séroprévalence dans ce pays a révélé que la moyenne nationale est de 2, 8%. Parmi les différentes couches de la population, il y a des groupes qui sont particulièrement touchés. Il s’agit de :

- ❖ Les filles libres
- ❖ Les jeunes
- ❖ Les militaires
- ❖ Les camionneurs

Il est important de signaler que les jeunes, très actifs sexuellement, sont particulièrement vulnérables aux IST/VIH/SIDA. Les maîtres mots qui résument leur comportement sont :

- Le multipartenariat sexuel
- Les rapports sexuels précoces
- La mauvaise utilisation du préservatif
- L'immaturation psychique et physique
- Le goût du risque
- Le sentiment d'invulnérabilité
- L'influence des amis
- La croyance aux fausses rumeurs
- Le viol
- La mobilité etc...

Pour résoudre ces problèmes, le programme profite de l'affluence dans les stades et sur bien d'autres sites identifiés pour apporter aux jeunes des messages sanitaires spécifiques en mettant l'accent entre autre sur l'abstinence sexuelle, la réduction des partenaires sexuels, l'utilisation correcte de la capote, l'accès aux services de santé etc...

Activités CUP réalisées en Guinée

A – LE PARTENARIAT

Le développement de l'activité **CUP** a démarré par la mise en place d'un programme de partenariat et de bonne collaboration entre PRISM/CCP et les structures étatiques nationales et décentralisées, les ONG, les associations etc . Le but recherché était de favoriser l'implication effective d'intervenants multisectoriels en vue de bénéficier d'un soutien accru indispensable à la réussite des activités.

A cet titre, il faut citer :

- Le comité national de lutte contre le Sida (**CNLS**) rattaché à la primature
- Le Ministère de la santé
- Le Ministère de la jeunesse et des sports
- Le Ministère des affaires sociales et de la promotion féminine
- Le Ministère de la défense nationale à travers les garnisons militaires
- Le Ministère de la décentralisation
- Le Ministère de l'éducation nationale à travers les IRE et DPE
- Le comité olympique national
- L'association pour la promotion du sport féminin

- Le Ministère de la communication à travers la **RTG**
- L'association des personnes vivant avec le VIH
- L'AGBEF
- ARC
- Plan Guinée
- La fédération Guinéenne de football etc.

Voici les fruits du partenariat avec les institutions susmentionnées :

- Facilitation de l'intégration des activités PRISM lors des jeux d'avenir
- Diffusion des messages sur les ondes de la radio nationale et la radio Kaloum
- Accès aux lieux de site d'hébergement des athlètes pour passer les messages
- Don du premier ministre en tant que Président National du Comité National de Lutte contre le SIDA d'un montant de 500,000 FG pour achat de 4 coupes à l'occasion du tournoi de Nzerekore.
- Implication de toutes les autorités de Nzerekore pour la réussite de la campagne « Jouer pour la Vie ».
- Don des T-shirt, casquettes et brochures de CNLS
- Don de T-shirt de Plan Guinée
- Obtention des écoles de permission d'absence pour les filles joueuses
- Autorisation des parents de laisser voyager leur filles pour aller jouer pour la vie.

B – FORMATION DES JOUEUSES

Pour rendre les joueuses beaucoup plus opérationnelles et efficaces, leur formation s'est avérée nécessaire. C'est dans ce cadre qu'il a été organisé une série de six sessions à leur intention notamment à **Conakry, Kindia, Faranah, Kissidougou, N'zérékoré** et **Kankan**.

BUT DE LA FORMATION

Faire acquérir aux jeunes joueuses des informations et connaissances de base dont elles ont besoin pour assumer leur rôle de porte – parole et de modèle en matière de lutte contre le Sida dans le cadre de la campagne "**Jouer pour la vie**".

OBJECTIFS SPECIFIQUES DE LA FORMATION

- Expliquer comment se transmet le VIH/SIDA et comment s'en protéger
- Evaluer les risques personnels que les participants encourent de contracter le VIH

- Identifier les stratégies les plus efficaces que les participants peuvent personnellement utiliser pour éviter l'infection à VIH et éviter les grossesses non désirées
- Aider les collègues et les jeunes des communautés/quartiers à choisir les stratégies les plus efficaces à adopter pour éviter le VIH/SIDA
- Expliquer les instructions à suivre pour utiliser correctement un préservatif
- Connaître les lieux où référer les pairs pour obtenir l'information, les conseils et les services nécessaires en matière de VIH/SIDA
- Identifier les arguments à utiliser devant les médias et le public pour justifier l'engagement de chacun en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA
- Conduire efficacement une causerie éducative avec les jeunes sur le thème de la prévention de l'infection à VIH

CONTENU DE LA FORMATION

- Problématique et contours du VIH/SIDA
- Mode d'action du VIH sur l'organisme humain
- Relation entre VIH et IST
- Mode de transmission du VIH
- Risques possibles d'être infecté par le VIH
- Mode de prévention du VIH
- Stratégie **ABC**
- Stratégie personnelle pour éviter le VIH/SIDA
- Le préservatif, un bouclier efficace, un gilet pare – balles contre le VIH, comment s'en servir
- Comment se préparer à rencontrer les jeunes
- Que faut – il dire aux jeunes à propos du Sida, comment le dire ?
- Quelles sont les questions que posent les jeunes sur le sida, comment y répondre ?
- Comment travailler avec les journalistes qui peuvent être des partenaires important en matière de VIH/SIDA
- Que faut – il dire aux journalistes?
- Quelles sont les occasions qui s'offrent pour rencontrer les jeunes ?

METHODOLOGIE

La méthodologie appliquée pendant la formation était axée sur la participation active à travers les jeux de rôle, discussion de groupe, présentation en plénière, question/Réponse, échange de vues par le biais de révélations et les simulations. Le choix de la tactique de jeu et l'établissement d'un plan d'action individuel auront été les travaux qui ont plus suscité l'intérêt chez les participants.

RESULTATS DE LA FORMATION

- ☞ Au total, 176 jeunes filles ont été formées.
- ☞ Dans chaque équipe 5 joueuses au moins étaient sélectionnées en concertation avec le coach technique pour être des modèles et mener des interventions dans la communauté. Les critères de choix de filles étaient : modèle, qualité de leadership, courageuse. Chacune des filles a eu à développer un plan d'action ciblant les jeunes dans la communauté (maison, cour, quartier, école)
- ☞ Chacune des joueuses sélectionnées a reçu un kit complet d'IEC pour faciliter la réalisation des activités.

Résultat des pré et post test

Nombre de personnes soumise au test (176)	Niveau de connaissance au pré test (score)	Niveau de connaissance au post test (score)	Progrès accompli dans l'acquisition de connaissance (score)
41	45%	85%	40%
34	40%	75%	35%
56	22%	64%	42%
45	15%	60%	45%

Résultat de l'évaluation des sessions de formation

Déterminant	Moyenne
Clarté des objectifs	9
Atteinte des objectifs	9
Contenu de la formation	9
Méthodes utilisées	9
Réflexion sur le plan de jeu	10
Capacité à utiliser correctement le préservatif	8
Connaissance des sources d'information sur le VIH	9
Appréciation de la durée de la formation	7

Résultat Plan de jeu

Nombre de Personnes formées (176)	Tactique personnelle de jeu
77	CAPOTE
60	ABSTINENCE
39	FIDELITE ENTRE PARTENAIREES

ACTIVITES DANS LA COMMUNAUTE

Les plans d'action élaborés par les filles modèles de chacune des équipes ont été exécutés au profit de la communauté. Les filles ont passé les messages dans divers endroits notamment les camps militaires, les salons de coiffure, les concessions, au stade de football, dans les écoles, dans les bars café et au beach. Dans son rapport soumis au bureau IEC, Maméry Cissé, joueuse de Conakry, raconte que dans un mois, elle avait réussi à parler à plus de 100 personnes sur le SIDA (mode de transmission et prévention), grossesse non désirée (causes et conséquences, prévention). Ce qui fut plus alléchant c'était de constater que mademoiselle Cisse était souvent accompagné de ses parents pour l'appuyer dans la dissémination des messages adressés aux pairs. A la question de savoir la motivation de ses parents à être à ses cotés pendant la sensibilisation, Mlle Cissé répondit: "c'est parce qu'ils croient à la noblesse de ma mission".

C – LES JEUX DE L'AVENIR

Initiés par le département de la jeunesse et des sports, les jeux de l'avenir se sont déroulés à la mi – décembre 2002 à Conakry sous l'autorité des hautes instances du sport toutes disciplines confondues de la Guinée.

Ce regroupement massif de personnes venues des régions administratives avait pour objectifs de (1) **Renforcer** les liens d'amitié entre les jeunes de la Guinée ; (2) **Favoriser** les échanges entre jeunes (3) **Découvrir** les talents naissants pour renforcer le sport Guinéen sur l'échiquier international.

Pendant plus d'une semaine, Cinq mille jeunes se sont côtoyés dans un cadre qui représentait pour **PRISM/CCP** une aubaine, une véritable opportunité qu'il fallait saisir pour aller à la rencontre du public dans le but de mieux le sensibiliser et l'orienter sur les comportements responsables visant à le mettre à l'abri de maladies ou de grossesses non désirées.

Dans cette optique et ayant déjà reçues la formation, les équipes de football de Faranah et Kankan ont été sponsorisées par le programme **CUP** et mobilisées pour prendre part à la compétition entant qu' **'ambassadrices'** porteuses de messages à véhiculer dans les stades et en dehors.

Pour soutenir cette action, une vingtaine de pairs – éducateurs et membres des groupes IEC furent aussi répartis dans les différents sites de compétition et d'hébergement pour mener des activités spécifiques allant dans le sens du renforcement des connaissances des jeunes sur les IST/VIH/SIDA.

Au titre des réalisations faites dans le domaine de l'IEC lors des jeux de l'avenir il faut noter :

- La diffusion/intégration de messages clés sur le sida pendant le reportage sur les ondes de la radio nationale et la radio Kaloum stéréo (**RKS**) tout le long du tournoi
- Exposition des banderoles avec messages clés dans les sites de compétition
- Distribution de matériel imprimé (affiches, dépliants, carton rouge, carton jaune, carton vert, feuille volante)
- Projection vidéo sur les sites d'hébergement
- Causerie éducative sur les sites d'hébergement
- Diffusion de messages pendant les matches via le matériel de sonorisation
- Exposition de banderole avec messages clés précédant chaque délégation régionale lors du carnaval d'ouverture des jeux de l'avenir.

Quelques statistiques

Tableau de distribution de matériel IEC

Types de matériel	Quantité distribuée
Dépliant CNLS	2 000
Dépliant GND	30 000
Dépliant Abstinence	30 000
Dépliant IST/VIH/SIDA	30 000
Carton (rouge, jaune et vert)	1 500
Drapelet	600

Activités d'IEC réalisées

Type d'activité	Nombre réalisé
Causerie éducative	75
Projection vidéo	18

On peut estimé à **12 500** personnes touchées par ces différentes activités.

D – LE TOURNOI DE FOOTBALL ORGANISE A N'ZEREKORE

Considéré comme étant le clou du programme CUP, le tournoi de football qu'à abrité la ville de N'zérékoré s'est effectivement déroulé du 22 au 31 mars 2003 sous le signe de la journée mondiale des femmes. Huit équipes étaient représentées à cette importante manifestation, il s'agit de :

- N'zérékoré
- AS Manè
- Conakry
- Banian
- Faranah
- Kankan
- Kissidougou
- Kindia

Suite à un battage médiatique sur l'événement quelques jours avant le coup d'envoi, la réaction du public ne s'est pas fait attendre car dès le premier jour, le carnaval lui offrait l'opportunité de converger vers le stade pour assister très massivement au match d'ouverture.

L'occasion était donc donnée vu cet engouement de profiter tout le long du tournoi pour passer les messages.

Pour ce faire, il a été question entre autres activités menées de pavoiser le stade avec les banderoles contenant des messages multiples sur les IST/VIH/SIDA et grossesses non désirées, de distribuer largement les prospectus, de diffuser les messages, d'interviewer les autorités locales et autres personnes influentes appartenant à la société civile, à l'armée Guinéenne et aux confessions religieuses. Dans la même optique, il faut souligner la présence de deux personnes vivant avec le VIH qui ont accepté de faire un témoignage à l'intention du public au stade et dans les écoles visitées.

Pour un meilleur suivi des activités, il a été organisé des séries d'interview dans le public pour mesurer le degré d'intériorisation des messages, les forces et faiblesses par rapport à l'organisation ainsi que la tactique personnelle de chaque interviewé pour se protéger du VIH.

L'une des activités ayant le plus attiré l'attention reste incontestablement l'intervention des joueuses formées dans quatre collèges et trois lycées de la commune de N'zérékoré. Dans ces écoles, après avoir constaté le faible niveau d'information des jeunes élèves par rapport au VIH, les '**ambassadrices**' soutenues par les groupes IEC et pairs – éducateurs ont parfois pendant deux heures donné de larges informations sur la situation de la pandémie dans le monde, en Afrique, en Guinée et particulièrement à N'zérékoré qui est considéré comme étant la ville où la séroprévalence reste la plus élevée 7%.

Le nombre très élevé de questions posées par les élèves et leur participation active aux débats étaient la preuve éloquente de leur envie d'en savoir plus sur le danger que représente le VIH ainsi que ses conséquences sur l'individu, la famille et la nation.

Le tableau suivants aide à mieux quantifier les activités réalisées ainsi que les supports distribués et les personnes touchées.

Type d'activité	Lieu	Période	Personnes touchées	Nombre de dépliants distribués	Nombre de cartons distribués
Diffusion de messages sur les IST/VIH/SIDA	Stade	Du 23 au 30 mars 2003	80 000	70 000	6500
Sensibilisation sur le VIH/SIDA	3 lycées 4 collèges	Du 27 au 30 mars 2003	1 200	900	600
Administration de questionnaire relatif au suivi des activités	Stade	Du 23 au 30 mars 2003	350	350	200

Au total, l'activité CUP à N'zérékoré a pu atteindre plus de **80 000 personnes**.

Les supports distribués

Dépliant : 71 200

Carton : 7 300

D - Recommandations

La fin de la réalisation du programme **CUP** a donné lieu à série de recommandations.

- 1** – Exhorter les joueuses à poursuivre la mise en œuvre de leur plan d'action individuel dans les écoles, les quartiers et autres points de regroupement des jeunes ;
- 2** – Exhorter les DRS et DPS à faire bénéficier aux joueuses de l'encadrement technique qu'il faut pour servir continuellement la communauté ;
- 3** – Poursuivre l'appui aux équipes féminines de football (fourniture de ballon, maillot etc...) ;
- 4** – Organiser des événements de type CUP dans d'autres points sensibles de la zone PRISM et où il y a une grande agglomération de la population (Banankoro, Siguiri etc...) ;
- 5** – Soutenir l'utilisation du sport pour la sensibilisation autour du VIH/SIDA dans les préfectures non encore touchées ;
- 6** – Maintenir le contact avec les encadreurs techniques qui ont pour mission entre autre la collecte et l'envoi au PRISM des rapports mensuels relatifs aux activités des joueuses pour analyse ;
- 7** – Introduire progressivement les joueuses dans la pair – éducation en leur apportant d'autres soutiens spécifiques (formation continue, approvisionnement en matériel IEC, suivi, évaluation, réunion périodique etc...) ;
- 8** – Répondre aux sollicitations des joueuses CUP en matière d'IEC ;
- 10** – Montrer l'effort des joueuses dans la lutte contre le VIH lors des prochaines CTPS et CTRS.

E – Résultat suivi/Evaluation

a) Tableau synthétique des avis recueillis auprès de la population

Question 1	Synthèse des réponses
Quel est l'objectif de ce tournoi ?	<ul style="list-style-type: none">• Sensibiliser les jeunes autour des IST/SIDA• Montrer que le sida est là• Prouver à ceux qui doutent encore que le sida est une réalité• Amener les jeunes filles à se ressaisir pour ne pas tomber dans le piège du sida• Sensibiliser toutes les jeunes filles de N'zérékoré pour qu'elles adoptent un comportement sexuel responsable• La lutte contre le sida• Le réveil de la jeunesse• Renforcer l'éducation sexuelle pour éviter le VIH/SIDA• Créer la solidarité entre les jeunes pour combattre le sida• Faire la promotion de la santé par le biais du sport• Diminuer le taux de sida en Guinée plus particulièrement en Guinée forestière en encourageant le changement de comportement• Jouer pour la vie en mettant l'accent sur le changement de comportement pour éviter le Sida• Réveiller les jeunes dans le domaine sportif et les encourager à utiliser le préservatif à l'occasion de chaque rapport sexuel• Réunir toute les couches confondues de la population pour faire passer les messages sur le VIH/SIDA• Faire la promotion de la santé des jeunes filles• Connaître comment éviter le VIH• Recruter des joueuses pour renforcer l'équipe nationale• Animer la ville et aider les filles à pratiquer le sport

Question 2	Synthèse des réponses
<p>Quels messages avez vous retenu ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le sida se transmet principalement par les rapports sexuels non protégés, le sang et de la mère à l'enfant • Une IST se soigne à deux au centre de santé • L'utilisation de la capote à chaque rapport sexuel • Une personne vivant avec le VIH peut paraître en bonne santé • Pour se protéger du VIH il faut soit l'abstinence ou utiliser la capote • Le sida ne se transmet pas seulement par les rapports sexuels • Les différents modes de transmission du VIH • Jeune mon droit l'information mon devoir l'abstinence ou la capote • L'abstinence n'est pas un signe de Gawa mais un signe de sagesse • L'abstinence hors du foyer • La fidélité • Avoir un seul partenaire ou utiliser le préservatif à chaque rapport sexuel • L'abstinence pour les jeunes et la fidélité réciproque pour les hommes mariés • Comment utiliser le condom • L'abstinence jusqu'au mariage • Suivre plusieurs partenaires sexuels entraîne des infections • Chacun doit faire un dépistage pour connaître son statu sérologique • Ce n'est pas parce qu'on est jeunes que nous sommes à l'abri du Sida, même un bébé peut être infecté • Avant le mariage, il faut faire un test de dépistage pour connaître son statu sérologique • Jeunes, protégez-vous pour tout rapport sexuel • Les filles doivent reporter les rapports sexuels jusqu'au mariage • Qui pouvait penser que ce petit sac en plastic peut aider à protéger des millions de personnes contre les IST/VIH/SIDA • Tout le monde peut attraper le sida mais chacun peut l'éviter • La séroprévalence en Guinée forestière est de 7% • Une grossesse précoce peut créer des problèmes de santé à l'accouchement pour toi et ton bébé

Question 2	Synthèse des réponses
	<ul style="list-style-type: none"> • Les travaux usuels ne donnent pas le sida • Chers parents dire non c'est bien, mais accompagner ce non de conseil est encore mieux. Parlons de sexualité à nos enfants pour combattre les IST/VIH/SIDA et grossesses non désirées

Question 3	Synthèse des réponses
Parmi les messages retenus quel est celui qui a le plus attiré votre attention ?	<ul style="list-style-type: none"> • La solidarité envers les personnes vivant avec le VIH • L'abstinence n'est pas un signe de Gawa • Le condom offre une double protection • Mon droit l'information, mon devoir l'abstinence ou la capote • Une IST se traite à deux • L'abstinence protège contre les IST et les grossesses non désirées • Le port systématique du condom à chaque rapport sexuel • La fidélité réciproque • L'abstinence jusqu'au mariage • Le test de dépistage pour connaître son statut sérologique • Le port correct du condom • Les personnes vivant avec le VIH participent aussi au combat contre le Sida • Une personne porteuse du VIH peut paraître en bonne santé • Le sida détruit la défense du corps humain • Le taux de séroprévalence en Guinée est de 2,8% • Le dialogue entre parent et enfant au sujet de la sexualité • Le taux d'infection en Guinée forestière est de 7%

Question 4	Synthèse des réponses
A partir de ce tournoi quel sera prochainement votre propre tactique de jeu pour éviter le VIH/SIDA ?	<ul style="list-style-type: none"> • L'abstinence jusqu'au mariage • L'abstinence en dehors du foyer • La fidélité réciproque • L'utilisation de la capote à chaque rapport sexuel • Partager l'information reçue avec mes amis dans le quartier et à d'autres occasions • Donner des conseils à mes enfants et à mes frères • Continuer à m'informer pour mieux agir

Question 5	Synthèse des réponses
Quels sont les points forts de ce tournoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • L'implication des pairs – éducateurs et joueuses dans la sensibilisation des personnes venues au stade • Les objectifs de sensibilisation ont été atteints • La forte mobilisation de la population pour suivre les rencontres sportives et écouter les messages • L'engouement de la population vis à vis de l'événement au point que les marchés étaient fermés lors des rencontres sportives • Les jeunes étaient fortement mobilisés • La promotion du football féminin • L'alliage entre le sport et la prévention du Sida • Le témoignage poignant d'une personne vivant réellement avec le VIH • La grande quantité de messages disséminés nous a amené à comprendre beaucoup de choses utiles • La sensibilisation dans les écoles

Question 6	Synthèse des réponses
Quels sont les points faibles de ce tournoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • Ce ne sont que les jeunes de la ville de N'zérékoré qui ont profité du tournoi et de ses retombées en terme de message, ceux des zones rurales sont toujours mal informés • PRISM n'a pas appris aux autres ONG comment organiser un tel événement car PRISM n'intervient pas à N'zérékoré • Les jeunes auront rarement l'occasion de se retrouver après ce tournoi • L'intensité des rencontres ayant entraîné la fatigue chez les joueuses (<i>quatre matches par jour</i>)

ANNEXE 7 :
**Synthèse des résultats de l'analyse FFOM dans les préfectures de la région
de Kankan et les stratégies d'interventions adoptées dans la région de
Faranah lors des CTPS de janvier 2003**

7 a :
**Synthèse des résultats de l'analyse des FFOM dans les préfectures
de la région de Kankan**

**SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ANALYSE DES F.F.O.M. DANS LES PREFECTURES
De la REGION DE KANKAN**

FORCES	STRATEGIE POUR MAXIMISER
L'intégration du COPE a permis d'identifier des problèmes de fonctionnement des services et de les résoudre avec la participation des clients.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extension de l'intégration. à tous les sites restants. 2. Réaliser le suivi systématique du COPE lors des supervisions DPS/DRS 3. Appui Technique et financier aux équipes DPS pour faciliter cette extension du COPE.
L'intégration de L'AMIU et les S.A.A dans certaines structures sanitaires, a amélioré la prise en charge des cas d'avortement.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assurer le suivi régulier des SAA en impliquant la direction de l'hôpital. 2. Intégrer l'AMIU et les SAA dans tous les hôpitaux.
La re dynamisation du réseau SBC et l'installation des MURIGA ont rehausser la participation communautaire à l'utilisation des services et à la référence des clients	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervision régulière du réseau SBC et des MURIGA par les DPS et CCS. 2. Analyse des résultats d'activités et feed back 3. Finaliser les étapes de mise en place des MURIGA.
La formation du personnel de santé et agents communautaires dans différents domaines prioritaires a contribué à améliorer leur compétence et la qualité des prestations.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terminer les programmes de formation du personnel en matière d'intégration de nouvelles activités. 2. Effectuer les suivis post formation et appuyer les équipes DPS/DRS
L'appui technique, logistique, financier et la formation en supervision facilitante de certains superviseurs préfectoraux ont permis d'améliorer la qualité de la supervision.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuer l'appui aux équipes DPS/DRS. 2. Mettre en place des mécanismes pour réduire les délais de livraison des fonds et justificatifs entre PRISM et les différentes équipes.
L'appui matériel a permis de réaliser des activités de promotion de la SR dans les préfectorales et sous préfectorales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer du matériel IEC pour les activités de SMI 2. Mettre en œuvre des activités de CCC en SMI à travers la radio rurale et les groupes de théâtre. 3. Améliorer la collaboration équipe IEC et les DPS.
Don de Kits d'équipements techniques et matériels aux agents communautaires, centres de santé, Hôpitaux et DRS a permis d'améliorer la qualité des services	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compléter les équipements techniques des structures sanitaires 2. Appui à la DRS pour rendre fonctionnel le dupli copieur pour 6 mois, afin de faciliter le démarrage du recouvrement des frais des charges récurrentes.
Il existe un système de suivi évaluation des activités des services de santé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appuyer l'amélioration de la capacité d'analyse des résultats des activités. 2. Faciliter la réalisation des feed back sur les données collectées à tous les niveaux.

FAIBLESSES	STRATEGIES POUR REDUIRE
L'insuffisance de la couverture en intégration dans les structures sanitaires du COPE et de la prise en charge des IST.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impliquer d'avantage les facilitateurs régionaux et préfectoraux dans la planification et mise en œuvre de l'extension de l'intégration des activités 2. Donner un appui technique et financier aux équipes de facilitateurs dans l'intégration des activités
Il y a des difficultés dans l'analyse des données de supervision, du SBC, et de monitoring, collectées dans les services.	<ol style="list-style-type: none"> 1. former les équipes DPS et CS à l'analyse des résultats des activités des services. 2. Décentraliser le logiciel de saisie des données (DRS/PRISM), au niveau DPS. 3. Assurer le feed-back de l'analyse des données aux agents des C S et Agents communautaires.
L'insuffisance de personnels formés dans les domaines suivants: GEME, PF, récupération nutritionnelle, Prise en charge IST, supervision facilitante.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compléter la formation du personnel dans les sites restants 2. Augmenter le nombre de superviseurs formés (DPS et Hôpital) 3. Former les chargés des statistiques en Informatique 4. Former les responsables des mutuelles en gestion 5. Revoir les curriculums de Formation et adapter la durée au contenu à dispenser.
L'insuffisance des équipements et de la logistique dans les structures sanitaires: matériels techniques, Radio HF et Panneaux solaires, motos et ambulances.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doter les structures sanitaires de matériels techniques complémentaires. 2. Doter l'hôpital de Mandiana d'un Groupe électrogène, et ceux de Kérouané et Kankan d'une ambulance. 3. Donner aux C S de Kankan , à Linko et P.S de Falankowaro , une radio HF et un panneaux solaire 4. Trouver 9 motos pour les C S de Siguiri et 5 pour ceux de Kouroussa
L'insuffisance de la fréquence des supervisions préfectorales des C S malgré la disponibilité des fonds d'appui à cette activité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déposer à PRISM la demande de fond et le plan de supervision préfectorale 1 mois avant le début de l'activité. 2. PRISM va livrer le budget d'appui deux semaines au plus tard, avant le début de la supervision. 3. Déposer à PRISM les justificatifs des dépenses sur le budget par les DPS au plus tard 2 semaines après la fin de l'activité.
Il n'y a pas de relations concrètes entre les A.C., les COGEST, et les CRD.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instituer une réunion communautaire formalisée et rythmée pour la concertation et compte rendu des activités des AC et COGEST. 2. Présenter les résultats des activités communautaires d'appui au système de santé lors des conseils communautaires des CRD.

OPPORTUNITES	STRATEGIES POUR PROFITER AU MAXIMUM
Existante de groupements associatifs de production et d'ONGs locales qui collaborent avec les services de santé	1. Organiser des réunions préfectorales de concertation avec les partenaires locaux 2. Impliquer les groupements et ONGs locales dans les activités de communication pour le changement de comportement
Présence d'organismes et projets d'appui au développement, qui interviennent dans le domaine de la santé	1. Organiser des réunions de concertations régulières avec les organismes et projets d'appui au développement 2. Elaborer un plan d'action concerté sur les appuis au système de santé des partenaires au niveau préfectoral.
Adhésion de la population à la politique sanitaire du pays, qui se manifeste à travers la disponibilité des A C et le financement des MURIGA.	1. Informer régulièrement la communauté sur les résultats des activités des services et la situation des caisses mutuelles 2. Mettre en place des mécanismes rationnels de prise en charge des adhérents des mutuelles.
Les autorités administratives et élus locaux soutiennent les activités sanitaires.	1. Informer périodiquement les autorités et élus locaux sur les résultats et difficultés des structures sanitaires 2. Impliquer d'avantage les élus locaux et autorités dans la mise en œuvre des programmes de C.C.C.
La couverture des C S de 4 districts sanitaires sur 5 en radio autonome de communication grâce à l'appui de PPSG et l'UNICEF	1. Assurer une maintenance régulière des équipements 2. Renforcer le système de référence et contre référence par l'élaboration d'outils de gestion et d'évaluation du système. 3. Faire le plaidoyer au près des Syndicats de transporteurs faciliter l'appui au système de référence

MENACES	STRATEGIES POUR CONTOURNER
Faible revenu des populations entraîne l'exode saisonnier des populations cibles des services de santé vers les mines	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encourager les activités génératrices de revenus. 2. Faire des micro financements des groupements féminins de production et associations de développement.
Taux élevé d'analphabétisme au sein de la population rend difficile l'accès de la population à l'information	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utiliser la radio rurale pour la transmission de messages important à la population. 2. Traduire les tableaux de tarification en NKO et arabe. 3. Encourager la scolarisation et faire la promotion des Centres Nafa
Certains A C s'érigent en prescripteur dans les villages et détournent les malades	Mettre à contribution les autorités préfectorales et les communautés pour gérer les A C qui se font prescripteurs
Décès et démission de certains A C et membres de COGEST	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remplacer les A C décédés et les démissionnaires par de nouveaux identifiés par la communauté 2. Mettre en œuvre le programme de remobilisation et redynamisation des COGEST
Progression de la vente illicite des M.E. par des non- professionnels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire la Promotion des M.E. lors des Consultations par les prestataires. 2. Renforcer la Communication pour le changement de comportement dans la communauté en impliquant les A C, Pairs éducateurs, et les CVS. 3. Impliquer les autorités à tous les niveaux dans la lutte contre les vendeurs parallèles de médicaments.
Une catégorie d'islamistes constitue à présent un frein à la promotion de la P F dans certaines localités	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les personnes qui constituent ces catégories 2. Organiser un atelier, élargie aux islamistes pour identifier les stratégies permettant de contrer ces tendances démobilisatrices.

7 b :
Stratégies d'intervention adoptées dans la région de Faranah lors des CTPS
de janvier 2003

**STRATEGIES D'INTERVENTION
ADOPTÉES DANS LA REGION DE
FARANAH LORS DES CTPS de
Janvier 2003**

Accès aux services

- Élargissement du réseau SBC, compléter et élargir la gamme de produits (SRO, vit A)
- Promotion des MURIGA
- Promotion des mutuelles de santé
- Augmentation du nombre des AV
- Surveillance de la grossesse au niveau communautaire

Amélioration continue de la qualité

- Amélioration de la qualité des services par l'approche COPE dans les Centres de santé et hôpitaux

IEC/CCC/Augmentation de la demande

- Renforcement de la CCC par les pairs
- Renforcement de la CCC par les leaders communautaires
- Diffusion des tarifs des prestations
- Implication des AC, AV, groupements féminins dans la CCC
- Mobilisation communautaire

Santé de l'enfant

- Maintenir la disponibilité des vaccins
- Assurer un fonctionnement continu de la chaîne de froid
- Approche Enfant pour enfant

Amélioration des compétences

- Formation des superviseurs en supervision facilitante
- Formation continue
- Formation structurée des prestataires en CPN/Parto
- Faire des suivis post formation des formations réalisées

Équipements/Matériels

- Équipement du bloc opératoire de la maternité (Kissidougou)
- Installation de radiophonie dans les structures sanitaires (Kissidougou)
- Affectation d'une ambulance à l'hôpital de Faranah

Médicaments

- Rendre le système d'approvisionnement plus efficace (tous les médicaments y compris les anti IST)

Référence

- Négociation avec le syndicat des transporteurs pour améliorer les références

Supervision

- Augmenter le nombre de supervisions formatives en y associant aussi les prestataires performants
- Développement de système de motivation du personnel
- Assurer la logistique

Coordination

- Assurer une coordination préfectorale et régionale entre les différents intervenants
- Développement de PAO communs(intégrant les différentes interventions)

Suivi/Monitoring

- Poursuivre la stratégie de 'contrat d'objectif'
- Monitoring mensuel des CS
- Intégration des données SBC dans les monitoring des centres de santé

IST

- Intégration de la prise en charge syndromique dans tous les CS
- Assurer la disponibilité des anti IST

ANNEXE 8 :
Présentation « PRISM II : Orientation Générale »
et Présentation « PRISM II : Interventions Proposées PAO 2003 »

8 a :
Présentation « PRISM II : Orientation Générale »

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

PRISM II
Orientation Générale
à l'intention des cadres du MSP

CTRS de février 2003
 à Dinguirave et à Kankan

PRISM II

Orientation Générale
Plan de la Présentation

- ≡ Processus d'extension du Projet
- ≡ Paramètres de l'appel d'offre
- ≡ Description de PRISM II
 - Caractéristiques Générales
 - Structure Organisationnelle et Staffing
 - Description du programme
 - Les défis
 - Les engagements
 - Les nouveaux volets
 - Le plan de Suivi/Evaluation

PRISM II

Processus d'Extension du Projet

- ≡ Janvier 2002: Expression d'intérêt du MSP à l'USAID en ce qui a trait à la continuation de PRISM au-delà d'octobre 2002 et ce dans le but de consolider les acquis et d'approfondir le transfert des compétences.
- ≡ Août 2002: L'USAID communique à MSH son intention de lui octroyer un contrat dans le but de poursuivre PRISM jusque en septembre 2003.
- ≡ Octobre 2002: l'Appel d'Offre pour l'activité *Family Planning and Health Activities in Guinea (PRISM III)* est émis.

PRISM II

Processus d'Extension du Projet

- Sept.- Oct. 2002: Proposition développée par MSH et JHU/CCP
- 18 Octobre 2002 : MSH soumet la proposition PRISM II à l'USAID
- 20 décembre 2002: L'activité **Family Planning and Health Activities in Guinea (PRISM II)** est octroyée à MSH par l'USAID à travers un Coopérative Agreement (C.Ag.).
- 27 décembre 2002: MSH signe le C.Ag.
- Fin PRISM I = 31 décembre 2002
- Début PRISM II = 1 janvier 2003

PRISM II

Paramètres du RFA

- Les TdRéférence et le programme seront similaires à ceux de PRISM-I
 - Focus maintenu sur l'☑ de la Qualité et sur l'☑ de l'Accès
 - CCC et génération de la Demande demeurent des éléments importants
 - Niveaux décentralisés restent prioritaires
 - Accent maintenu sur CS/PS et les communautés
 - Coordination demeure un rôle important et la recherche des Synergies une priorité
- Nouvelles initiatives au niveau central et à l'Hôpital sont placées sous réserve

PRISM II

Paramètres du RFA (suite)

- Le **transfert de compétence** reste au centre des stratégies déployées.
- L'appui au **suivi post-formation**, à la **formation-sur-le-tas** et à la **supervision facilitante** seront des interventions clés.
- Poursuite de l'application appropriée des recom. de l'évaluation mi-parcours PRISM I - par exemple:
 - Outils/approches développés/adaptés en région et testés au niveau central (et non l'inverse)
 - Leadership du Projet localisé dans la zone d'intervention



PRISM II

Paramètres du RFA (suite)

- ▣ Administration et coordination du Projet demeureront en HG et un staff minimal sera maintenu à Conakry
- ▣ Utilisation économique des fonds et le recours aux ressources locales est à privilégier
- ▣ Paquet d'indicateurs de performance est à mettre à jour et à compléter
- ▣ Système de plan de continuation est maintenu
- ▣ Insertion du S.I.Géographique dans le système de S/E du Projet



PRISM II

Paramètres du RFA (suite)

- ▣ **IR.1: l'Accès**
 - Renforcement du Système de Logistique des Médicaments Essentiels
 - Extension & Expansion des SBC
 - Amélioration pérennité des CS incluant renforcement des COGES et gestion de l'équité
- ▣ **IR.2: l'Qualité**
 - Amélioration des taux de conformité des prestations par rapport aux N&P (aspects cliniques et counseling)
 - Renforcement du système de soutien à l'amélioration de la qualité (e.g., SF, COPE)



PRISM II

Paramètres du RFA (suite)

- ▣ **IR.3: la Demande et GGC**
 - Renforcement de la participation communautaire
 - Soutien aux GRIEC et GPIEC
 - VIH/SIDA: Cibler personnes à haut risque
- ▣ **IR.4: la Coordination**
 - Appui à l'amélioration des capacités de coordination aux niveaux décentralisés et au niveau central



PRISM II

Pour Renforcer les interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA

Caractéristiques Générales



PRISM II

Caractéristiques Générales

•Activité d'une durée de 33 mois, commençant le 1 janvier 2003 et se terminant le 30 septembre 2005

•Soumise aux règles inscrites dans 22CFR226 « Administrations des Octrois Fédéraux aux ONG Américaines »

•Partenaires institutionnels intégrés:

- IRU/CCP** pour les volets IEC/CCC visant le changement de comportement et la génération de la demande
- Engenderhealth** pour le volet de renforcement et d'intégration du DIU dans les PPS (COPE et SF)



PRISM II

Caractéristiques Générales

(suite)

•Processus de Continuation

- Plan d'action pour les 18 premier mois d'activité est approuvé tel que soumis dans la proposition (1/03 à 6/04)
- Plan de continuation à soumettre le 30 avril 2004 pour les 15 derniers mois d'activité (7/04 à 9/05)
- Réponse USAID au plus tard le 31 mai 2004

•Divers

•**Titre de Propriété** des équipements achetés est confié à MSH dans un premier temps

•**Code Géographique 935** = Les achats peuvent se faire aux USA, en Guinée et dans le monde libre



PRISM II

Pour Renforcer les interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA

Structures Organisationnelle



PRISM II

Structure Organisationnelle

•Le personnel du Projet est répartie en 3 grandes catégories:

- Le personnel de soutien
- Le personnel technique
- Le senior staff et le Directeur

•Le personnel est répartie d'une manière rationnelle sur 4 sites:

- Le siège de PRISM à Kankan
- La DRS de Kankan
- La DRS de Faranah (configuration remise à niveau)
- Le bureau de liaison du Projet à Conakry



PRISM II

Structure Organisationnelle

(suite)

La Direction et les Membres du Senior Staff

•Le Directeur: Alain Joyal

- L'Expert en IEC/CCC: Guillaume Bakadi
- Le Resp. des Opérations: Tanou M. Diallo
- L'Expert en S/E: Mohamed L. Keita
- L'Expert en QS/SR: Eléonore Rabelahasa
- Le Rep. Rég. Faranah: à désigner
- Le Coord. Rég. Kankan: à désigner

PRISM II
Structure Organisationnelle
(suite)
Personnel Technique PRISM
Configuration Régionale Recherchée
 Cinq (5) Coordinateurs/Assistants Technique

1. Amélioration Continue Qualité des Soins
 (SF, COPE, Programme reconnaissance QS)
2. IEC/CCC (+ assistant IEC en soutien)
3. Renforcement Institutionnel Communautaire
 (Moussa, COGES, SBC, AV, etc.)
4. Activités d'Intégration de Services
 (PF, PCIME, STI, SONU, SAA)
5. Médicaments Essentiels/Equip. Médical

PRISM II
Structure Organisationnelle
(suite)
Le Personnel Technique: Kankan

•Amiata Kaba	Coord./AT IEC/CCC
•Sékou Condé	Coord./AT RIC
•Bocar Dem	Coord./AT AIS
•Youssouf Doumbouya	Coord./AT MEM
•A recruter	Coord./AT ACQS

PRISM II
Structure Organisationnelle
(suite)
Le Personnel Technique: Faranah

•Namoudou Keita	Coord./AT AIS
•Abdoul Balde	Coord./AT ACQS
•Mohamed Cissé	Coord./AT IEC/CCC
•Célestin Goumou	Coord./AT MEM
•A recruter	Coord./AT RIC



PRISM II

Pour Renforcer les interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA

Description du Programme



PRISM II

Pour Renforcer les interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA

Vision

D'ici la fin de 2005, les populations de la zone d'intervention du projet seront bien informé et capable d'accéder à temps aux services de SR appropriés (curatifs ou préventifs) répondant à leurs besoins auprès des PPS.

Objectif Stratégique

Accroître l'emploi de services de SR par la population et encourager chez celle-ci des comportements favorisant une meilleure SR.

Axes stratégiques

- 1 Élargir l'ACCÈS aux services de SR
- 2 Améliorer la Qualité des services de SR
- 3 Accroître la Demande de services SR
- 4 Renforcer la Coordination des interventions



PRISM II

Pour Renforcer les interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA

Zone d'Intervention

Région Administrative de KANKAN (1.120.000 habitants)

Préfecture de Kankan	5 Hôpitaux
Préfecture de Kérouané	61 CS
Préfecture de Kouroussa	77 PS
Préfecture de Mandiana	
Préfecture de Siguiri	

Region Administrative de FARANAH (670.000 habitants)

Préfecture de Faranah	4 Hôpitaux
Préfecture de Dabola	44 CS
Préfecture de Dinguiraye	31 PS
Préfecture de Kissidougou	

PRISM II

Description du Programme

LES GRANDS DEFIS

- ▣ Pérennité du Système de SSP
 - Participation Communautaire (gestion - COGES)
 - Tarification des produits et services
 - Motivation des agents de santé
 - Disponibilité des Médicaments Essentiels
 - Améliorer les capacités des structures d'encadrement (DRS/DPS)
- ▣ Décentralisation plus effective du système de santé

PRISM II

Description du Programme

LES GRANDS DEFIS (suite)

- ▣ Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile
 - Système de SSP plus fort
 - Changement de comportement favorable
 - Participation Communautaire (promotion de la santé)
- ▣ Eviter l'extension de l'épidémie du VIH/SIDA
- ▣ Maintenir bon équilibre programmatique entre SMI et VIH/SIDA

PRISM II

Description du Programme

LES FILS CONDUCTEURS

- ▣ PPSPF: Le Point de Prestation de Services Pleinement Fonctionnel
- ▣ Les partenariats et la synergie
- ▣ La poursuite de résultats réels et durables via des stratégies favorisant la pérennité du système
- ▣ Transfert plus actifs de compétences au niveau central rendant possible l'appropriation des outils et des approches par le système de santé national

PRISM II

Description du Programme

LES FILS CONDUCTEURS (suite)

- ▣ Stratégies embrassent l'ensemble du système; interventions déployées de la base au sommet

PRISM II

Description du Programme

NOS ENGAGEMENTS

- ▣ SO2
 - TPC = baseline + 0,75% par année
 - CAP = doubler la cible en 3 ans (20.000)
 - CPN = transit vers cible de 75% en 2007
 - C.V. Rougeole = de 53% en 2002 à 70% en 2005
- ▣ IR.1.: Accès
 - Intégration
 - PF, IST = 100% en 2005; DIU = 20 sites
 - SBC & AV = respectivement dans 100% et 70% des districts ruraux en 2005
 - COGES = 75% des CS en 2005

PRISM II

Description du Programme

NOS ENGAGEMENTS (suite)

- ▣ IR.1.: Accès (suite)
 - Tarifs: Affichage dans tous les PPS; application des tarifs dans 75% des PPS
 - Fonctionnalité
 - des services aux CS = 90% en 2005
 - des agents SBC et AV = 50% en 2005
 - des COGES représentatifs = 90% en 2005
 - Mise en place d'un Centre de Dépistage Volontaire du VIH dans 2 préfectures
 - PTME: mise en place d'un réseau urbain à Kankan (conditionné résultat étude et approbation)

PRISM II

Description du Programme

NOS ENGAGEMENTS (suite)

■ IR.2.: Qualité

- Prestations conformes aux N&P: taux d'adéquation
 - aspects cliniques = 90% en 2005 (CPN, IST, SE)
 - aspects counseling = 80% en 2005 (CPN, IST, SE)
 - combinés = 75% en 2005 (PF, CPN, IST, SE)
 - Supervision facilitante = 75% en 2005
- Faible Rupture de ME dans les CS <= 75%
- % des CS ayant reçus 3 et + visites de SF au cours des 12 derniers mois = 75% en 2005

PRISM II

Description du Programme

NOS ENGAGEMENTS (suite)

■ IR.3.: Demande

- C.V. DTC3 = de 53% en 2002 à 65% en 2005
- Connaissance / Perception:
 - Condom prévention VIH
 - Jeunes M = 85%; F = 70%; Femmes = 80%
 - non indisposé par contact quotidien avec VIH/SIDA = baseLine + 15% + 10% + 5%
 - Risques associés au VIH chez les individus à hauts risques = baseLine + 10% par année
- Allaitement
 - % enfants allaités immédiatement à la naissance = 80%
 - % enfants lait maternel exclusivement 6 mois = 20%
- Diarrhée: SRO lors d'épisode = 60% en 2005

PRISM II

Description du Programme

NOS ENGAGEMENTS (suite et fin)

■ IR.4.: Coordination

- Participation des partenaires = maintenu à 6,5%
- DRS/DPS ayant PAO intégrant tous les intervenants = 90% en 2005

Description du Programme

NOUVEAUX VOILETS

- IR.1.: Accès
 - PMA Horizon 2010
 - Intégration de la PF dans les Postes de Santé
 - Intégration du DIU dans H., CSU et CSA
 - Intégration Minilaparotomie (EH)
 - Intégration de la PTME dans un milieu urbain (KK)
 - Intégration d'un CDV du VIH (KK + x)
 - Diversification SBC (produits/services, milieux)
 - Implication secteur privé disponibilité ME (SEAM)
 - Test grille(s) de tarification alternative(s)

Description du Programme

NOUVEAUX VOILETS (suite)

- IR.2.: Qualité
 - Mise à jour des N&P en SR
 - COPE Communautaire
 - Programme de reconnaissance de la Qualité
 - A/SBC, AV
 - COGES
 - Personnel des CS
 - Maman
 - Intégration de la PCIME
 - Communautaire
 - Clinique
 - SIG/SNIS
 - Décentralisation SIG au niveau OPS
 - SIGéographique
 - Mise à jour SNIS (indic. IEC, PCIME, etc.)

Description du Programme

NOUVEAUX VOILETS (suite et fin)

- IR.3.: Demande
 - Appui dév. stratégie nat'l communication VIH/SIDA
 - Former agents CS en technique de participation communautaire
 - Stratégie IEC/CCC
 - Jeunes de 12-15 ans
 - Filles libres
 - Mineurs
 - Camionneurs
 - Militaires
 - Pairs éducateurs Hommes pour SR/PF
- IR.4.: Coordination
 - Transfert plus dynamique au niveau central des outils & approches mis au point en HG

PRISM II

Description du Programme

Plan de Suivi & Evaluation

- Enquête Ménage 09/2002 = baseline
- Enquête Ménage 09/2003
- ENDS 2004
- Enquête Ménage 09/2005 (fin phase)

- Données de routine du SNIS
- Données de la SF réalisée par les DPS
- Facilities Survey (USAID) ?
- Résultats des autres enquêtes / études

PRISM II

Orientation Générale

Fin de la présentation

MERCI DE VOTRE ATTENTION !



8 b :
Présentation « PRISM II : Interventions proposées PAO 2003 »



PRISM II

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTÉ
REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

PRISM II Interventions et Activités proposées pour 2003

CTRS de février 2003
à Dinguiraye et à Kankan



PRISM II

IR.1: l'➔ de l'Accès

Interventions Proposées pour 2003

Intégration de Services SR:

• Services de **PF**

- dans 30 PS (12 à FA et 18 à KK)
- dans CS restant
- formation des Ag./CPN et des CCS à récup.
- DIU dans les 9 Maternités de la zone
- appui EngenderH. pour minilaparotomie

• Prise en charge des **IST**

- Kankan: compléter l'intégration entreprise en 2002 dans 9 CS, portant ainsi le total à 39 CS (14+16+9)
- Faranah: intégrer dans 16 nouveaux CS, portant ainsi le total à 24 CS (8+16)



PRISM II

IR.1: l'Accès

Interventions Proposées pour 2003

Intégration de Services SR: (suite)

•SBC

- intégration réseau d'A/SBC à Kissidougou (?) avec Plan Guinée (?)
- restitution, validation et dissémination des résultats de la RO sur les CO menée à Kankan. Planification de l'extension de l'approche
- initiation de l'intégration SBC dans grandes entreprises et établissement d'enseignement supérieurs et tech.
- identifier/tester nouveaux services à intégrer au paquet SBC (PCIME, MSR)
- intégrer nouveaux svcs MSR dans SBC de KK, FA et KE (50% en 2003)



PRISM II

IR.1: l'Accès

Interventions Proposées pour 2003

Intégration de Services SR: (suite)

•AV

- intégrer 80 nouvelles AV à KK, FA et KE
- finaliser le format du curriculum national (niveau central)

•PTME en phase pilote à Kankan ville et environs

- étude d'acceptabilité
- élaboration du PAO de la phase pilote
- soumission à USAID et autres bailleurs et partenaires

Interventions Proposées pour 2003**Renforcement de la gestion des ME****•Formation en GME**

- tous les CCS restant (29 en HG et x à Kissi.)
- les hospitaliers (DH et Phar.) à compléter (2 par site)
- le personnel des DRS/DPS à compléter (2 par site)
- le chargé du PS (15 PS en 2003)
- les chargés de points de vente des CS; 20 CS (sur le tas avec le chargés de PS lorsque possible)

Interventions Proposées pour 2003**Renforcement de la disponibilité:****•du matériel médical**

- commande de petit matériel médical associé à la SR en cours et distribution rationnelle prévue
- commande de pièces de rechange pour frigo CS en cours et livraison pour stock tampon régional à instaurer
- élaboration projet stock tampon « instruments chirurgicaux » avec PCG

•des support IEC et des outils de Gestion

- distribution rationnelle continue des nouveaux supports IEC aux PPS
- outils de gestion: à la charge des DRS de pérenniser le duplicopieur fourni par PRISM



PRISM II

IR.1: l'Accès

Interventions Proposées pour 2003

Renforcement de la Pérennité et de l'équité:

- **diffuser les tarifs de prestations**
 - compléter installation des tableaux aux CS
 - produire/distribuer tableaux pour PS
 - diffusion régulière spots à la radio rurale
- **Mutuelles de Santé (MURIGA et autres)**
 - appui à l'établissement et au fonctionnement de 21 mutuelles supplémentaires à KK, FA et KE
- **Rénovation des COGES:** déploiement de la stratégie
 - pour les 8 CS de Kérouané
 - pour 8 CS de Kankan (seconde vague en 2004)
 - pour les 12 CS de Faranah



PRISM II

l' de la Qualité

Interventions Proposées pour 2003

Renforcer le système de soutien de la Q.:

- **formation en gestion d'équipe**
 - tous les CCS restant (29 en HG et x à Kissi.)
 - à compléter: cadres DRS/DPS, DMR et H
 - atelier régional DRS/DPS/H pour KK et FA
- **Supervision Facilitante**
 - formation SF: 1 vague à KK et 1 à FA (45 part.)
 - poursuite de l'appui technique et budgétaires
- **COPE**
 - formation de 20 facilitateurs additionnels
 - intégration dans 15 CS additionnels (=40)
 - intégration dans 4 services H (=12)



PRISM II

l'☑ de la Qualité

Interventions Proposées pour 2003

Renforcer le système de soutien de la Q.:

• **Programme de reconnaissance de la Qualité des Services et de la Gestion**

Cibles

- les prestataires des CS et PS
- les A/SBC et AV
- les COGES et les membres des communautés (mamans, leaders, etc.)

Processus

- définition des critères et mécanismes
- identification des « performants »
- mise en oeuvre et/ou octroi des reconnaissances



PRISM II

l'☑ de la Qualité

Interventions Proposées pour 2003

Améliorer les services en Survie de l'Enfant

PCIME (Mandiana et Dabola)

• **Formation en PCIME Clinique**

- 42 prestataires de Dabola (9CS x 2) et Mandiana (12CS x 2)
- agents des PS ?
- formateurs régionaux en techn. de facilitation

• **PCIME Communautaire**

- atelier de concertation à KK et à FA
- former 105 animateurs communautaires en PCIME (21CS x 5 selon norme nat'l). Combien en 2003?

Interventions Proposées pour 2003

Améliorer les services en Survie de l'Enfant

Autres Interventions

- mise à niveau des 16 A/PEV de Kissidougou
- mise à niveau des 16 CCS en CPC-Enfant de Kissidougou
- mise à niveau en CPC-Enfant des agents de 30 PS: 18 de la région de Kankan et 12 de Faranah

Interventions Proposées pour 2003

Améliorer les services en Santé Maternelle

•Formation

- 90 animateurs communautaires supplémentaires en MSR à KK, FA et KE (portant total à 180)
- 15 CCS et 15 A/CPN en SONU - toujours en provenance de KK, FA et KE (15 CS au total)
- 18 hospitaliers en SONU (9H x 2)
- mise à niveau en CPN/Parto des 16 A/CPN de Kissidougou
- mise à niveau en CPN/Parto de 30 chargés PS (12 de FA; 18 de KE et KK)

•Intégration AMIU

- se poursuit dans les 4 sites de la seconde vague et sera achevée en 2003
- initier processus à Kissidougou et Dinquiraye



PRISM II

de la Qualité

Interventions Proposées pour 2003

Renforcer le SNIS et le S/E

- Mise à niveau des équipes DPS sur le système de monitoring - session menée à la DPS
 - revue du fascicule de monitoring
 - analyse des données
 - appui aux CS en technique de monitoring
 - support de supervision du monitoring
- Appui à la décentralisation: niveau DRS
 - Dévolution systèmes de suivi: PF et SBC
 - Initiation transfert systèmes: observation des prestations, inventaires des ressources et IMAT
 - Introduction appui en SIGéo
 - Formation en utilisation et entretien de base se poursuit



PRISM II

de la Qualité

Interventions Proposées pour 2003

Renforcer le SNIS et le S/E

- Appui à la décentralisation: niveau DPS
 - Recensement des besoins (hard/software, form.)
 - Développement programme d'appui
 - Dotations selon les besoins et moyens
 - Initiation transfert systèmes là où c'est possible
 - Introduction appui en SIGéo là où c'est possible
 - Formation en utilisation et entretien de base selon les besoins et les possibilités
 - Appui matériel aux initiatives de dissémination et restitution de l'information tels que les bulletins et autres news letters (DRS/DPS)



PRISM II

l'➤ de la Demande et CCC

Interventions Proposées pour 2003

- Appui technique et budgétaire aux GPIEC
- Relancer GPIEC Kissidougou
- Dissémination de la Politique Nationale de IEC/SR
- Plaidoyer auprès des DPS pour la désignation d'un Chargé SBC/IEC à plein temps
- Déployer la campagne « jeunes » à Kissidougou
- Poursuite des activités des pairs éducateurs 15-24 ans en faveur de la prévention des IST et des grossesses
- Conception, adaptation, production et distribution rationnelle de supports IEC.



PRISM II

l'➤ de la Demande et CCC

Interventions Proposées pour 2003

Santé Maternelle et Infantile

- Poursuivre et conclure la campagne SMI
- Déployer la campagne SMI dans Kissidougou (après campagne jeune ?)
- Intégration EPE dans toutes les préfectures (en vue année scolaire 2003-04)
- Soutenir les efforts des animateurs communautaires en PCIME et en MSR



PRISM II

l'➤ de la Demande et CCC

Interventions Proposées pour 2003

- Ciblant les jeunes 12-15 ans et la IST/SIDA
 - Organiser 200 événements au niveau communautaire (jeux, matchs, shows de la rue)

- Ciblant les filles libres et les IST/SIDA
 - Identification et Orientation de 90 pairs éducatrices
 - qui vont réaliser des activités de sensibilisation dans leur milieu

- Ciblant les mineurs et les IST/SIDA
 - programme à développer avec les entreprises minières



PRISM II

l'➤ de la Demande et CCC

Interventions Proposées pour 2003

- Ciblant les camionneurs et les IST/SIDA
 - Identification et Orientation de 25 pairs éducateurs
 - Développer partenariat avec les 2 syndicats des transporteurs

- Ciblant les militaires et les IST/SIDA (2004)



PRISM II

l'☑ de la Coordination

Interventions Proposées pour 2003

- Appui à l'intégration de tous les intervenants dans les PAO des DPS/DRS
- Appui aux travaux des CTPS et des CTRS
- Poursuite de la dotation des radios
 - Lot 2002 pour Kankan est disponible
 - Lot 2003 pour Kankan en commande
 - Radio de Linko (Kerouane) est disponible
- Appui Email/Internet maintenue pour les 2 DRS
- Faciliter visites des cadres du niveau central en région
- 3 Présentations techniques à réaliser au niveau central par année



PRISM II

l'☑ de la Coordination

Prochaines Etapes pour la Planification des Interventions 2003

- Elaboration des chronogrammes détaillés des divers volets
 - par le personnel de PRISM
 - en cours jusqu'au 15 février
- Cadrage du chronogramme 2003 avec la DRS et les DPS de chaque région
 - avec équipe régionale PRISM
 - à finaliser le 22 février
- Arbitrage budgétaire final
 - par Direction de PRISM avec Sr Staff et DRS
- Rétro-information du PAO: DRS/DPS, MSP, USAID



PRISM II

PAO 2003
Interventions Proposées

Fin de la présentation

MERCI DE VOTRE ATTENTION !

ANNEXE 9 :
PRISM II Indicateurs de performance ; version du 28 février 2003

PRISM II: INDICATEURS DE PERFORMANCE

PRISM	USAID	Fin de l'année fiscale	FY2002		Cibles (cumulées)			Observations/Notes	Source	
			Cible	Réalisé	FY03	FY04	FY05			
Indicateurs SO#2										
3.00	2.1	Taux de Prévalence Contraceptive	HG	new ind.	15.00		16.00	16.50	A ce niveau de prévalence, une progression de 0,5% par année est plus approprié qu'une progression annuelle de 0,75%.	2002 = EM Prism1; 2003 = pas de mesure prévu; 2004 = ENDS. Note: L'ENDS donne des résultats valides par région naturelle; 2005 = évaluation finale Prism2.
			Kissl.	new ind.	14.50			16.00		
3.01	2.2	CAP (PPS du secteur public, incluant les agents SBC)	HG	10,000	8,613	11,000	15,000	20,000	*Les données PF de Kissidougou n'ont pas été compilées par la DPS après septembre 2000. Les cibles sont définis sur la base des dernières données disponible, à savoir: CAP en 1998 = 547; 1999 = 674; 1er semestre 2000 =	Le Système National d'Information pour le Gestion de la Santé (SNIGS). **Note: le volet PF du système sera remis en marche à Kissidougou au courant de 2003.
			Kissl.	new ind.	N/D*	**	1,750	3,000		
3.02	2.4	% des naissances ayant bénéficié d'au moins 3 CPN dont une au 9ème mois de la grossesse	HG	50	53	57,5	62,0	66,5	Progression annuelle basée sur l'atteinte de l'objectif national de 75% de couverture défini par le PNMSR pour 2007. * Note: donnée non disponible à DPS Kissidougou au moment de la requête.	Le Système National d'Information pour le Gestion de la Santé (SNIGS).
			Kissl.	new ind.	TBD*	57,5	62,0	66,5		
3.05	2.3	% des enfants de 12-23 mois avant été vaccinés contre la Rougeole au cours de 12 premiers mois de leur vie	HG	56	53	60	65	70		2002 = EM Prism1; 2003 = EM Prism2; 2004 = ENDS. Note: L'ENDS donne des résultats valides par région naturelle; 2005 = évaluation finale Prism2.K53
			Kissl.	new ind.	75	75		80		
3.08	2.5	% des hommes rapportant avoir utilisé au cours des 12 derniers mois un condom lors du dernier rapport sexuel avec partenaire non régulier	HG	new ind.	N/D	25	30	35	Baseline = ENDS/99's result of 20.4% for HG	2003 = EM/Sida Prism2; 2004 = ENDS. Note: L'ENDS donne des résultats valides par région naturelle; 2005 = évaluation finale Prism2.
			Kissl.	new ind.	N/D	27		37	Baseline = ENDS/99's result of 22.4% for GF	

174

PRISM II: INDICATEURS DE PERFORMANCE

PRISM	USAID	Fin de l'année fiscale	FY2002		Cibles (cumulées)			Observations/Notes	Source	
			Cible	Réalisé	FY03	FY04	FY05			
Indicateurs IR1: Elargissement de l'ACCES aux Services de SR										
1.01	2.1.2	% des PPS ayant les tarifs de prestation des services en SR affichés (incluant l'accouchement)	PS	new ind.	N/A	50	100	100	Services de pédiatrie et de maternité seulement	Système de S&E DRS/Prism
			CS	75	100	100	100	100		
			H	new ind.	N/A	50	100	100		
1.02	2.1.3	% des PPS intégrés en PF et Prévention des IST/SIDA	PS	new ind.	N/A	25	50	100	Pour l'intégration des services de DIU et de Minilap	Système de S&E DRS/Prism
			CS	95	100	100	100	100		
			H/SM	new ind.	N/A	50	100	100		
1.03	new	% des centres de santé intégrés à la prise en charge syndromique des IST		60	43	60	80	100	Système de S&E DRS/Prism	
1.04	NIP	% des CS intégrés qui sont fonctionnels à 80% et plus dans l'offre de services de prise en charge des IST	HG	75	59	75	75	75	Système de S&E DRS/Prism * TBD par l'introduction en 2003 du système de suivi & évaluation préfectoral des CS à Kissidougou	
			Kissl.	new ind.	N/A	TBD*	50	75		
1.05	NIP	% des CS intégrés qui sont fonctionnels à 80% et plus dans l'offre de services de PF et de Préventions des IST/SIDA	HG	75	60	75	75	75		
			Kissl.	new ind.	N/A	TBD*	50	75		
1.06	NIP	% des CS qui sont fonctionnels à 80% et plus dans l'offre de services de CPN (incluant les aspects nutritionnels)	HG	75	34	60	75	75		
			Kissl.	new ind.	N/A	TBD*	50	75		
1.07	NIP	% des CS qui sont fonctionnels à 80% et plus dans l'offre de services de Santé Infantile (incluant les aspects nutritionnels)	HG	75	49	60	75	75		
			Kissl.	new ind.	N/A	TBD*	50	75		
1.08	NIP	% des districts ruraux disposant d'au moins un agent SBC fonctionnel	HG	new ind.	TBD*	75	75	75	Système de S&E DRS/Prism. *En cours d'évaluation **Les réseaux SBC sont à installer dans cette préfecture en 2003 et 2004.	
			Kissl.	now ind.	N/A**	**	75	75		
1.09	NIP	% des districts/quartiers disposant d'au moins uno AV/PNMSR fonctionnelle		now ind.	21	55	75	75	Système de suivi DRS/Prism Dans les 3 préfectures MSR ciblées par PRISM (Korouane, Kankan et Faranah). Politique nationale: 5 AV par CS.	
1.10	2.1.5	% des CS pour lesquels les tarifs de prestation sont appliqués à 80% et plus des prestations auditées		now ind.	N/A	10	35	50	Système de suivi DRS/Prism: Audits et/ou contro-monitorage	
1.11	NIP	% des CS ayant un COGES représentatif des habitants des districts ruraux ou quartiers urbains (pour les CSU) et fonctionnel*		now ind.	N/A	35	62	75	Système de S&E DRS/Prism L'engagement de PRISM porte sur les préfectures de Kankan, Kourouané, Siguiré (50% des CS), Faranah, Dabola et Kissidougou. Les engagements de Prism restent à définir avec précision là où un autre partenaire s'est déjà engagé dans le volet ou inclure qu'il le fera	
1.12	NIP	% des PPS pour lesquels la supplémentation systématique en VITA des femmes en postpartum est intégrée*		now ind.	N/A	TBD**	TBD***	100	Système de S&E DRS/Prism *service inscrit au PMA/SSP. **à évaluer; ***à définir en fonction des résultat de l'évaluation à mener en 2003	

175

PRISM II: INDICATEURS DE PERFORMANCE

PRISM	USAID	Fin de l'année fiscale	FY2002		Cibles (cumulées)			Observations/Notes	Source	
			Cible	Réalisé	FY03	FY04	FY05			
Indicateurs IR2: Amélioration de la QUALITÉ des Services SR										
2.01		% des prestations CPN observées pour lesquelles le taux d'adéquation est >= à 60% (counseling et traitement combinés)	35	59	60	65	75		Système de S&E DRS/Prism	
2.01										
2.01	2.2.1	- Aspects cliniques de la consultation	50	88	80	80	80			
2.01	2.2.2	- Aspects counseling de la consultation	50	61	60	70	80			
2.01		- Aspects counseling/cliniques de la consultation liés à la nutrition	new ind.	N/A	50	65	80			
2.02		% des prestations STI observées pour lesquelles le taux d'adéquation est >= 60% (counseling et traitement combinés)	40	47	55	65	75		Système de S&E DRS/Prism	
2.02										
2.02	2.2.1	- Aspects cliniques de la consultation	50	65	70	80	80			
2.02	2.2.2	- Aspects counseling de la consultation	50	56	60	70	80			
2.03		% des prestations en Survie de l'Enfant observées pour lesquelles le taux d'adéquation est >= 60% (counseling et traitement combinés)	35	62	65	70	75		Système de S&E DRS/Prism	
2.03										
2.03	2.2.1	- Aspects cliniques de la consultation	50	72	70	80	80			
2.03	2.2.2	- Aspects counseling de la consultation	50	73	60	70	80			
2.03		- Aspects counseling/cliniques de la consultation liés à la nutrition	new ind.	N/A	50	65	80			
2.04	2.2.2	% des prestations en PF observées pour lesquelles le taux d'adéquation est >= 60%	35	71	70	75	75		Système de S&E DRS/Prism	
2.05	2.2.3	% des CS pour lesquels le taux de rupture en médicaments essentiels (ME) est <= à 10% au cours des 100 derniers jours	ME en gén. ME nutrit.*	75 N/A	35 N/A	65 65	70 70	75 75	Taux réalisé en 2002 est en cours d'audit *FAF dans tous les CS et VItA dans zone test.	Système de S&E DRS/Prism
2.06	NIP	% des femmes en post partum et en contact avec un PPS où le service est intégré * ayant reçu leur dose(s) de Vitamine A selon les N&P	new ind.	N/A	a évaluer	A définir à partir du résultat de l'évaluation		*Pour l'intégration de ce service, voir indicateur #1.12	Système de S&E DRS/Prism	
Pour référence		% des femmes en CPN ayant reçu leurs comprimés FAF selon les N&P lors de la consultation CPN						Indicateur inséré dans le proposal, maintenant intégré dans indicateur #2.1		
2.07	NIP	% des CS ayant reçu 3 visites de Supervision Facilitante trimestrielle au cours des 12 derniers mois	new ind.	4	50	65	80	Remplace PRISM Indicator 4.2	Système de S&E DRS/Prism	

176

PRISM II: INDICATEURS DE PERFORMANCE

PRISM	USAID	Fin de l'année fiscale	FY2002		Cibles (cumulées)			Observations/Notes	Source
			Cible	Réalisé	FY03	FY04	FY05		
Indicateurs IR3: Augmentation de la DEMANDE pour les Services SR									
3.03	2.3.5	# de leaders communautaires et religieux orientés en PF et STI/VIH/SIDA	650	922	1000	1150	1300		Système de S&E Prism
3.04	2.3.2	% des enfants de 12-23 mois avant reçu le DTC3	HG	51	53	55	60	65	2002 = EM Prism1; 2003 = EM Prism2; 2004 = ENDS. Note: L'ENDS donne des résultats valides par région naturelle; 2005 = évaluation finale
			Kissi.	N/A	75	75		80	
3.06	2.3.7	% des adolescents et des jeunes adultes (15-24 ans) connaissant que le condom est un moyen de prévention du SIDA	N/A	M=72 F=48		M=80 F=60	M=85 F=70		2002 = Equête jeune; 2003 = pas de mesure prévu; 2004 = ENDS; 2005 = évaluation finale Prism2
3.07	2.3.6	% des femmes connaissant que le condom est un moyen de prévention du SIDA	HG	N/A	25	40	60	Baseline = ENDS/99's result of 10,1% for HG Baseline = ENDS/99's result of 11,9% for GF	2003 = EM/sida Prism2; 2004 = ENDS; 2005 = évaluation finale Prism2
			Kissi.	N/A	25		60		
3.09	NIP	% des hommes rapportant avoir utilisé le condom au cours des 12 derniers mois lors du dernier rapport sexuel pour lequel ils ont eu à payer (Condom use at last commercial sex, reported by client)	new ind.	TBD*	Cibles à définir une fois que le résultat de l'ENDS99 sera calculé.			Le questionnaire de l'ENDS99 permet le calcul de cet indicateur. Cependant, les données de base de l'ENDS99 ne sont pas disponibles en ce moment en Guinée. Les données peuvent être obtenues auprès de Mesures sur renuête de l'USAID.	2003 = EM/sida Prism2; 2004 = ENDS; 2005 = évaluation finale Prism2
3.10	NIP	% des personnes déclarant ne pas être indisposés par les contacts avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA	new ind.	N/A	TBD*	A définir a partir du résultat de l'EM03			2003 = EM/Sida Prism2; 2004 = ENDS; 2005 = évaluation finale Prism2
3.11	2.3.1	% des enfants nés au cours des 2 dernières années ayant été allaités immédiatement (dans l'heure) à la naissance	new ind.	49.9	60	65	70		2002 = EM Prism1; 2003 = EM Prism2; 2004 = ENDS; 2005 = évaluation finale
3.12	2.3.11	% des enfants 8-24 mois ayant bénéficié de l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de leur vie	new ind.	10.2	12.5	15.0	20.0		
3.13	2.3.4	% des enfants d'âge supérieur ou égal à 5 ans ayant eu un épisode de diarrhée au cours des deux dernières semaines et ayant reçu des SRO*	new ind.	45	50	55	60	SRO = sachet et/ou préparation "maison"	2002 = EM Prism1; 2003 = EM Prism2; 2004 = ENDS; 2005 = évaluation finale
3.14	NIP	% des mères d'enfants de moins de 5 ans pouvant citer au moins un aliment riche en....	Vit.A	new ind.	N/A	TBD*	A définir a partir du résultat de l'EM03		2003 - EM Prism2; 2004 = ENDS (nous demanderons à ce que ces questions soient ajoutées); 2005 = évaluation finale Prism2
			Fer	new ind.	N/A				
Indicateurs IR4: Amélioration de la COORDINATION									
4.01	2.4.1	% des dépenses non fédérales réalisées dans le secteur d'intervention de PRISM par rapport aux dépenses fédérales		6.5	6.5	6.5	6.5		Système S&E Prism
4.02		Replaced by PRISM indicators 2.8 & 8							
4.03	NIP	% des DRS/DPS de la zone d'intervention ayant un PAO intégrant tous les partenaires du secteur	new ind.	N/A	70	80	90		Système S&E DRS/Prism
* Taux cibles et réalisés pour 2002 se réfèrent à la fin Octobre 2002 (fin de la 5eme année de PRISM). A partir du 1 Janvier 2003, "l'année project" sera alignée sur l'année fiscale de l'USAID									
EM = Enquête Ménage									
ENDS = Enquête Nationale Démographique et Sanitaire									
NIP = Indicateur ne faisant pas parti de SO2									
N/A = Pas applicable									
N/D = Non Disponible									
TBD = A déterminer									
HG = Haute Guinée									
Kissi. = Préfecture de Kissidougou									

ANNEXE 10 :
Note technique sur l'enquête ménage 2002 ; février 2003

Note technique sur l'enquête ménage 2002

Mohamed Lamine KEITA
Suivi et évaluation

1. PRISM a mené en 2002 une enquête auprès des ménages de sa zone d'intervention. Cette enquête avait pour objectif de mesurer le niveau de certains indicateurs d'impact du projet, principalement dans les domaines de la consultation prénatale, de la vaccination, de la planification familiale et de l'utilisation des SRO. Le plan de sondage a été conçu pour obtenir des estimations fiables au niveau de 9 préfectures dont 8 en Haute Guinée et 1 (Kissidougou) en Guinée Forestière.

2. L'objectif principal de la présente note technique est d'informer sur les problèmes identifiés après un examen préliminaire des données et sur l'importante question de la fiabilité des estimations à l'échelle des préfectures. Dans la mesure où d'autres enquêtes du genre seront menées dans le cadre de PRISM II pour mesurer les progrès, probablement jusqu'à l'échelle des préfectures, il est indispensable d'assurer non seulement la fiabilité de telles mesures mais également leur comparabilité. Dans cette note j'examine la structure des échantillons et propose des pondérations. Puis j'utilise une formule courante pour estimer la taille requise des échantillons assurant une fiabilité des indicateurs à l'échelle des préfectures. Enfin j'évalue la fiabilité actuelle des indicateurs clés de l'enquête à l'échelle des préfectures, par le calcul des intervalles de confiance attachés à chacun d'eux.

I. Examen de la structure des échantillons

3. Deux fichiers de données ont été constitués au format Epi Info (version 6) : un fichier que j'ai baptisé « Femmes » (2.146 enregistrements) portant sur les modules Consultation prénatale et Planification familiale et le fichier « Enfants » (2.387 enregistrements) portant sur les modules vaccination, allaitement et diarrhée. Ces deux fichiers ont été également mis au format SPSS pour des besoins éventuels de traitement spécifiques. Epi Info reste encore très rustique dans la gestion des fichiers et la manipulation des données.

4. J'ai ajouté à chacun de ces fichiers une variable « milieu de résidence » en deux modalités : urbain et rural. Les données collectées dans les zones de dénombrements (zd) des sous-préfectures centrales (ou communes urbaines) ont été affectées de la modalité « urbain » et les données de toutes les autres zd de la modalité « rural »

5. La répartition des échantillons de femmes et d'enfants selon le milieu de résidence est donnée dans les tableaux 1 et 2.

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon des enfants de moins de 5 ans selon le milieu de résidence, par préfecture.

Préfectures	Effectifs		Pourcentages		TOTAL	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Effectifs	%
Dabola	55	88	38,5	61,5	143	6,0
Dinguiraye	60	131	31,4	68,6	191	8,0
Faranah	80	207	27,9	72,1	287	12,0
Kissidougou	94	120	43,9	56,1	214	9,0
Kankan	286	340	45,7	54,3	626	26,2
Kérouané	76	166	31,4	68,6	242	10,1
Kouroussa	54	117	31,6	68,4	171	7,2
Mandiana	49	141	25,8	74,2	190	8,0
Siguiri	105	218	32,5	67,5	323	13,5
Total	859	1.528	36,0	64,0	2.387	100,0

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon des femmes de 15-49 ans selon le milieu de résidence, par préfecture

Préfectures	Effectifs		Pourcentages		TOTAL	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Effectifs	%
Dabola	48	71	40,3	59,7	119	5,5
Dinguiraye	53	109	32,7	67,3	162	7,6
Faranah	90	175	34,0	66,0	265	12,3
Kissidougou	95	109	46,6	53,4	204	9,5
Kankan	247	325	43,2	56,8	572	26,7
Kérouané	75	157	32,3	67,7	232	10,8
Kouroussa	57	80	41,6	58,4	137	6,4
Mandiana	59	140	29,6	70,4	199	9,3
Siguiri	82	174	32,0	68,0	256	11,9
Total	806	1.340	37,6	62,4	2.146	100,0

6. Les taux d'urbanisation par préfecture tirés des résultats du recensement de la population de 1996 sont donnés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Répartition de la population totale des préfectures selon le milieu de résidence (1996)

Préfectures	Population		Pourcentages		Population totale	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Effectif	%
Dabola	13.157	98.206	11,8	88,2	111.363	6,8
Dinguiraye	9.799	127.581	7,1	92,9	137.380	8,5
Faranah	34.472	112.875	23,4	76,6	147.347	9,2
Kissidougou	66.028	140.727	31,9	68,1	206.755	12,8
Kankan	100.192	162.158	38,2	61,8	262.350	16,3
Kérouané	15.499	139.362	10,0	90,0	154.861	9,6
Kouroussa	10.141	139.918	6,8	93,2	150.059	9,3
Mandiana	7.779	165.371	4,5	95,5	173.150	10,7
Siguiri	26.881	244.343	9,9	90,1	271.224	16,8
Total	283.948	1.330.541	17,6	82,4	1.614.489	100,0

7. En comparant les taux d'urbanisation dans la population totale et dans les échantillons on s'aperçoit qu'il y a visiblement un problème de structure : en moyenne 17,6 % contre 36 et 37 %. Les indicateurs calculés sur les échantillons pourraient donc être biaisés en faveur des comportements urbains.

8. Un autre biais pourrait être introduit par le poids anormalement grand de la préfecture de Kankan dans les échantillons : 16,3 % dans la population contre 26 % dans les échantillons. Je signale que la préfecture de Siguiri a, en réalité, un poids démographique supérieur à celui de la préfecture de Kankan (tableau 3).

9. Si les comportements et attitudes qui sont étudiées dans l'enquête étaient statistiquement différents selon le milieu de résidence, les estimations au niveau général seraient biaisées. En revanche s'il n'y avait pas de comportement différentiel entre les milieux de résidence les biais éventuels ne seraient pas à craindre.

10. Dans tous les cas, il est possible de corriger la structure des fichiers de ces biais en calculant des coefficients de pondération pour chaque préfecture : un coefficient « urbanisation » et un coefficient « population ». Ces coefficients figurent au tableau 4. Que leur utilisation affecte ou non les résultats de l'enquête nous sommes tenus de procéder à la correction de la structure des échantillons qui ne sont pas des échantillons auto-pondérés.

Tableau 4 : Coefficients de pondération à appliquer aux ZD urbaines pour redresser la structure des échantillons de femmes et d'enfants

Préfectures	Pondération « urbanisation »					
	Echantillon enfants			Echantillon femmes		
	Enquête	Rec96	Coeffic	Enquête	Rec96	Coeffic
Dabola	38,5	11,8	0,30649	40,3	11,8	0,29280
Dinguiraye	31,4	7,1	0,22611	32,7	7,1	0,21712
Faranah	27,9	23,4	0,83871	34,0	23,4	0,68823
Kissidougou	43,9	31,9	0,72665	46,6	31,9	0,68445
Kankan	45,7	38,2	0,83589	43,2	38,2	0,88426
Kérouané	31,4	10,0	0,31847	32,3	10,0	0,30960
Kouroussa	31,6	6,8	0,21519	41,6	6,8	0,16346
Mandiana	25,8	4,5	0,17442	29,6	4,5	0,15203
Siguiri	32,5	9,9	0,30461	32,0	9,9	0,30938
Total	36,0	17,6		37,6	17,6	

Tableau 4bis : Coefficients de pondération à appliquer aux ZD rurales pour redresser la structure des échantillons de femmes et d'enfants

Préfectures	Pondération « urbanisation »					
	Echantillon enfants			Echantillon femmes		
	Enquête	Rec96	Coeffic	Enquête	Rec96	Coeffic
Dabola	61,5	88,2	1,43415	59,7	88,2	1,47739
Dinguiraye	68,6	92,9	1,35423	67,3	92,9	1,38039
Faranah	72,1	76,6	1,06241	66,0	76,6	1,16061
Kissidougou	56,1	68,1	1,21390	53,4	68,1	1,27528
Kankan	54,3	61,8	1,13812	56,8	61,8	1,08803
Kérouané	68,6	90,0	1,31195	67,7	90,0	1,32939
Kouroussa	68,4	93,2	1,36257	58,4	93,2	1,59589
Mandiana	74,2	95,5	1,28706	70,4	95,5	1,35653
Siguiri	67,5	90,1	1,33481	68,0	90,1	1,32500
Total	64,0	82,4		62,4	82,4	

Tableau 5 : Coefficient pour redresser la répartition des effectifs de l'échantillon par préfecture

Préfectures	Pondération « population »		
	Enquête	Rec96	Coeffic
Dabola	6,0	6,8	1,13333
Dinguiraye	8,0	8,5	1,06250
Faranah	12,0	9,2	0,76667
Kissidougou	9,0	12,8	1,42222
Kankan	26,2	16,3	0,62214
Kérouané	10,1	9,6	0,95050
Kouroussa	7,2	9,3	1,29167
Mandiana	8,0	10,7	1,33750
Siguiri	13,5	16,8	1,24444
Total			

11. Les profils des échantillons de femmes et d'enfants étant très proches, j'ai utilisé seulement celui des enfants pour la pondération « population ». Le coefficient de pondération final est obtenu, pour chaque échantillon, en faisant le produit du coefficient « urbanisation » et du coefficient « population ».

12. Il faut noter que dans l'enquête, la seule caractéristique socio-démographique connue est l'âge des femmes. D'autres caractéristiques comme le niveau d'instruction et l'état matrimonial auraient pu être très utiles à l'analyse et l'interprétation des données. On aurait pu également examiner les biais éventuels d'échantillonnage liés à ces caractéristiques.

13. En utilisant les coefficients de pondération présentés ci-dessus, j'ai recalculé, uniquement pour l'ensemble de la Haute Guinée, les valeurs de trois indicateurs de l'enquête : le taux de prévalence contraceptive et le pourcentage des femmes ayant effectué trois CPN et le pourcentage des femmes ayant accouché leur dernier enfant dans un service de santé. L'exclusion de Kissidougou nécessitait de revoir les pondérations « population ». Ce que nous ne ferons que plus tard.

Tableau 6 : Valeurs comparées de certains indicateurs clés avant et après pondération

Ensemble de la Haute Guinée	Sans pondération	Avec pondération
Taux d'utilisation actuelle de la contraception moderne	14,1 %	12,4 %
Pourcentage des femmes ayant effectué trois cpn ou plus	68,4 %	67,4 %
Pourcentage des femmes ayant accouché dans un service de santé	35,3 %	32,5 %

14. Le redressement de la structure de l'échantillon par rapport à l'urbanisation fait baisser le niveau des indicateurs, mais légèrement dans les cas présentés ici. Il se pourrait que ces changements ne soient pas statistiquement significatifs.

II. Tailles d'échantillons requises pour une analyse à l'échelle des préfectures.

15. Lorsque l'on veut mener une enquête sur plusieurs sujets, comme c'est le cas pour les EDS et l'enquête ménage de PRISM, il est recommandé de choisir un nombre limité d'indicateurs clés que l'on souhaite mesurer et de se baser sur celui dont la population cible (celle qui doit apparaître au dénominateur dans le calcul de l'indicateur) est la plus faible, ou sur l'indicateur ayant le plus faible niveau, pour déterminer la taille de l'échantillon.

16. Par exemple, dans le cadre de l'enquête ménage PRISM 2002, les sujets abordés sont, comme l'indiquent les différents modules de l'enquête, la consultation prénatale, la vaccination, l'allaitement maternel, le traitement de la diarrhée et la planification familiale. Les indicateurs clés que l'on pourrait lister sont :

- le pourcentage des naissances au cours des deux dernières années ayant bénéficié de trois consultations prénatales ou plus ;
- le taux de couverture vaccinale au DTC3 ;
- le taux d'allaitement exclusif au sein dans les 6 premiers mois de vie ;
- le taux d'utilisation de SRO ;
- le taux de prévalence contraceptive.

17. Le taux d'allaitement exclusif ou le taux de couverture vaccinale DTC3, pourrait être utilisés pour déterminer la taille de l'échantillon. Le premier se calcule sur les enfants âgés de 6-23 mois et à une très faible incidence (environ 6% selon les résultats de l'EDS99) Le second se calcule sur les enfants âgés de 12-23 mois et son niveau était de 40 % selon l'EDS99. Le groupe d'âges 12-23 mois a un effectif très faible représentant dans la majorité des populations africaines, entre 2,5 et 3,0 % de la population totale.

18. La formule simple et quasi universelle suivante est utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon lorsque la population sur laquelle les estimations sont faites est supérieure à 10.000 personnes, comme c'est le cas pour chacune des préfectures de la Haute Guinée. On peut trouver dans les documents suivants des formulations plus ou moins complexes pour tenir compte de diverses choses (effet de grappes, taux de non-réponse, etc.) : Unicef, Multiple Indicator Survey Manual, feb 2001 ; Population Council, Manuel de recherche opérationnelle en matière de planification familiale ; CRDI, Designing and conducting health systems research projects, 1991.

$$n = z^2 (pq) / e^2 \quad \text{où}$$

- n = taille de l'échantillon pour l'indicateur clé ;
- z^2 = facteur assurant le niveau de confiance (si $z = 1,9$, intervalle de confiance =95 %);
- p = prévalence estimée (le taux de couverture) ;
- q = (1-p)
- e = marge d'erreur tolérée (les valeurs les plus courantes sont 5 % et 2,5 %);

20. Dans notre cas, retenons le taux de vaccination en DTC3 comme notre indicateur clé pour déterminer la taille minimale d'échantillon requise. La taille actuelle de l'échantillon a été d'ailleurs déterminée dans la même optique.

p = 0,538 (résultat provisoire de l'enquête ménage 2002 pour la HG)

e = 0,05 ou 5 %

$z^2 = 2^2$

20. Avec ces paramètres, la taille de l'échantillon requise pour calculer un taux de couverture vaccinale en DTC3 fiable est : $n = (4 \times 0,538 \times (1-0,538))/(0,05)^2 = 397$ **enfants de 12-23 mois.**

21. Cette taille d'échantillon est requise quel que soit le niveau géographique pour lequel on souhaite calculer le taux en cause, si l'estimation de ce taux est environ 53 %. Lorsque des résultats fiables sont souhaités à l'échelle des préfectures, il faudrait pratiquement multiplier cette taille par le nombre de préfectures soit environ une taille globale d'échantillon de **3.573 enfants de 12-23 mois**. En terme de ménages, il faudrait **1.575 ménages** si les estimations sont faites seulement pour l'ensemble de la Haute Guinée (la population des 12-23 mois représente environ 3 % de la population totale et la taille moyenne des ménages est de 8,4) ou **14.178 ménages** si les estimations doivent être faites pour chaque préfecture.

22. Il est suggéré dans le manuel de l'Unicef, de réduire le nombre de sous strates pour lesquelles on désire avoir des résultats fiables ou être plus flexible sur la marge d'erreur tolérée dans le cas des sous strates (passer par exemple de 5 % au niveau global à 7,5 % au niveau des sous strates) ou alors combiner judicieusement ces deux options. Toutefois une erreur de plus de 5 % sur le vrai niveau d'un indicateur est déjà trop élevée.

23. Vijay Verma (A critical review of MICS sampling methodology, april 1995) propose d'ajuster la taille de l'échantillon global en utilisant un facteur $D^{0,65}$ où D est le nombre de sous strates. Dans notre cas le facteur d'ajustement serait $9^{0,65} = 4.17$. La taille de l'échantillon global serait alors de $397 \times 4,17 = 1.655$ **enfants de 12-23 mois ou 6.569 ménages**. La fiabilité des estimations serait, dans ce cas comme dans le précédent, plus faible pour les sous strates que pour l'ensemble de la zone d'enquête.

24. Lors de l'EDS99, l'échantillon attendu pour la Haute Guinée était de 984 ménages, dont 830 en milieu rural (84,3 %) et 154 en milieu urbain (15,7 %) Au moment de l'analyse, il s'est avéré que cette taille globale d'échantillon n'était pas suffisante, même pour estimer les indicateurs pour les milieux urbain et rural de la Haute Guinée. Le rapport ne présente donc pas d'indicateur pour ces deux niveaux.

184

III. Intervalle de confiance et précision des estimations

25. On peut calculer les erreurs-types associées à chaque indicateur et en déterminer ainsi l'intervalle de confiance. Les tableaux ci-dessous donnent les intervalles de confiance pour quelques indicateurs.

Tableau 7 : Intervalle de confiance à 95 % pour le pourcentage des enfants de 12-23 mois possédant un carnet de vaccination*

Niveaux administratifs	Valeur de l'indicateur en %	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %	Nombre d'enfants de 12-23 mois
Dabola	48,6	31,4 – 66,0	35
Dinguiraye	37,5	22,7 – 54,2	40
Faranah	32,2	20,6 – 45,6	59
Kankan	48,5	39,6 – 57,4	130
Kérouané	52,5	39,1 – 65,7	59
Kouroussa	64,3	44,1 – 81,4	28
Mandiana	39,5	25,0 – 55,6	43
Siguir	25,4	15,5 – 37,5	67
Haute Guinée	44,5	39,0 – 50,1	326
Kissidougou	53,5	37,7 – 68,8	43

* Valeurs provisoires non pondérées

Tableau 8 : Intervalle de confiance à 95 % pour le pourcentage des enfants de 12-23 mois ayant reçu le BCG

Niveaux administratifs	Valeur de l'indicateur en %	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %	Nombre d'enfants de 12-23 mois
Dabola	77,1	59,9 – 89,6	35
Dinguiraye	90,0	76,3 – 97,2	40
Faranah	89,8	79,2 – 96,2	59
Kankan	88,5	81,7 – 93,4	130
Kérouané	81,4	68,6 – 90,1	59
Kouroussa	96,4	81,7 – 99,9	28
Mandiana	93,0	80,9 – 98,5	43
Siguir	88,1	77,8 – 94,7	67
Haute Guinée	87,9	84,4 – 90,6	461
Kissidougou	93,0	80,9 – 98,5	43

* Valeurs provisoires non pondérées

185

Tableau 9 : Intervalle de confiance à 95 % pour le pourcentage des enfants de 6-23 mois exclusivement allaités au sein pendant les 6 premiers mois

Niveaux administratifs	Valeur de l'indicateur en %	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %	Nombre d'enfants de 6-23 mois
Dabola	6,1	1,3 – 16,9	49
Dinguiraye	1,6	0,0 – 8,7	62
Faranah	1,3	0,0 – 7,1	76
Kankan	14,8	9,7 – 21,2	165
Kérouané	1,2	0,0 – 6,4	85
Kouroussa	1,9	0,0 – 10,1	53
Mandiana	55,0	41,6 – 67,9	60
Siguir	3,3	0,7 – 9,2	92
Haute Guinée	10,5	8,3 – 13,2	642
Kissidougou	7,3	2,0 – 17,6	55

* Valeurs provisoires non pondérées

Tableau 10 : Intervalle de confiance à 95 % pour le pourcentage des femmes de 15-49 ans utilisant une méthode moderne de contraception

Niveaux administratifs	Valeur de l'indicateur en %	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %	Nombre de femmes de 15-49 ans
Dabola	12,5	6,4 – 21,3	88
Dinguiraye	3,1	0,9 – 7,9	127
Faranah	24,8	18,4 – 32,3	161
Kankan	11,4	8,7 – 14,9	437
Kérouané	10,5	6,4 – 15,9	181
Kouroussa	16,7	10,5 – 24,6	120
Mandiana	22,5	16,3 – 29,8	160
Siguir	12,1	7,6 – 17,9	174
Haute Guinée	13,9	12,2 – 15,8	1.448
Kissidougou			

* Valeurs provisoires non pondérées

26. On peut facilement comprendre, vu l'étendue des intervalles de confiance, que les indicateurs calculés à l'échelle des préfectures, sont très imprécis. En revanche, ceux calculés à l'échelle de la Haute Guinée sont nettement beaucoup plus précis. Une étendue de 10 % correspond à une précision de 5 %. C'est la précision couramment acceptée pour des indicateurs dont le niveau est supérieur à 25 %. Une précision de 2 % est requise lorsque le niveau de l'indicateur est inférieur ou égal à 25 %.

Conclusion et recommandation :

- L'examen de la structure actuelle des échantillons montre des distorsions en termes de répartition selon le milieu de résidence et de répartition selon la préfecture. Le calcul

et l'application de coefficients de pondération appropriés permettent de résoudre ce problème.

- La taille de l'échantillon dans les préfectures n'est pas suffisante pour assurer une fiabilité des estimations à ce niveau. Même dans le cas limite de l'utilisation du facteur proposé par Verma et en acceptant un plus faible degré de fiabilité, il faudrait multiplier par 7 la taille de l'échantillon actuel pour entreprendre de calculer des indicateurs à l'échelle des préfectures. Les intervalles de confiance à 95 % indiquent un degré de précision trop faible à l'échelle des préfectures pour permettre de tirer des conclusions fiables. Nous pourrions donc avoir de sérieuses difficultés dans l'avenir pour mesurer les progrès réalisés par comparaison des niveaux successifs des indicateurs.
- En revanche la taille de l'échantillon au niveau de la haute Guinée offre un niveau de précision acceptable pour la plupart des indicateurs présentés dans les tableaux ci-dessus et même pour le taux d'allaitement exclusif dont le niveau est assez bas. Pour ces raisons, je recommande de renoncer à la publication des résultats par préfecture et produire des tableaux uniquement pour l'ensemble de la Haute Guinée et pour le milieu de résidence. Il reste encore à vérifier si les intervalles de confiance (ou le degré de précision) pour les milieux urbain et rural sont acceptables.

IV. Deux difficultés d'exploitation

27. Apparemment les données de l'enquête ont été saisies séparément pour les enfants et pour les femmes. En construisant des codes spécifiques (combinaison des codes préfectures, sous préfectures, numéros de ZD, numéros des ménages et numéro des individus) pour coupler les deux fichiers, on s'aperçoit que les erreurs de saisie sur ces codes rendent impossible ce couplage des données. L'une des conséquences de cette situation est que, par exemple, on ne peut pas correctement identifier le groupe des femmes mères d'enfants de moins de 24 mois, sur lesquelles portent le module II (consultation prénatale et accouchement) En supposant que les enquêteurs ont bien sélectionné le groupe de femmes en question, on se limitera aux femmes qui auront répondu (oui ou non) à la première question de ce module : avez-vous consulté un service de santé pendant votre dernière grossesse.

28. Toujours dans le fichier « femme », l'âge n'est pas déclaré ou est erroné (supérieur à 49 ans) pour 208 femmes, soit près de 10 % des femmes de l'échantillon. Une tabulation correcte sur le groupe des femmes de 15-49 ans obligerait de négliger ce groupe de femmes dont on ne peut déterminer l'âge d'une quelconque autre manière.

Plans d'analyse et de tabulation

Plan d'analyse

Introduction

1. Rappels des grands objectifs de PRISM I
2. Principales interventions et résultats escomptés
3. Justification et objectifs de l'enquête ménage 2002

I. Méthodologie

1. Nature de l'enquête et taille de l'échantillon
2. Méthode de tirage de l'échantillon
3. Questionnaire : structure et contenu
4. Organisation des activités de terrain : équipe, période d'enquête, difficultés

II. Résultats de l'enquête

1. *Effectif des échantillons et taux de réponse*
2. *Structure des échantillons et pondération*
3. *Quelques caractéristiques des échantillons*
 - a. Répartition par âge des femmes enquêtées
 - b. Répartition par sexe et âge des enfants enquêtés
4. *Consultation prénatale et accouchement*
 - a. Fréquence des consultations prénatales
 - b. Type de service sanitaire consulté
 - c. Soins reçus lors des consultations prénatales
 - d. Couverture vaccinale antitétanique
 - e. Raisons de non-consultation prénatale
 - f. Lieu d'accouchement
 - g. Raisons du non-accouchement dans les services de santé
5. *Soins aux enfants : vaccination et traitement de la diarrhée*
 - a. Couverture vaccinale des enfants
 - b. Raisons de non-vaccination
 - c. Connaissance de la vaccination par les mères
 - d. Prévalence et traitement de la diarrhée
 - e. Lieu d'approvisionnement et coût des SRO
 - f. Comportement alimentaire des mères lors des épisodes diarrhéiques
6. *Alimentation des enfants*
 - a. Allaitement maternel et moment de l'allaitement initial
 - b. Allaitement exclusif au sein durant les 6 premiers mois
 - c. Suppléments alimentaires : nature et âge à la supplémentation
7. *Planification familiale*
 - a. Utilisation actuelle de la contraception et taux de prévalence de la contraception moderne
 - b. Lieu d'approvisionnement en contraceptifs modernes
 - c. Raisons du choix des méthodes de contraception
 - d. Raisons de non-utilisation de la contraception
 - e. Intention d'utilisation future de la contraception

Conclusions et recommandations

Méthodes d'analyse

1. Pour les principaux indicateurs de l'enquête dont la liste est donnée ci-dessous, une fréquence simple des différentes modalités sera calculée, selon les niveaux d'analyse (milieu de résidence, région administrative, ensemble de la Haute Guinée) pour en déterminer principalement les niveaux et les intervalles de confiance à 95 %.

Principaux indicateurs calculables à partir des fichiers de données

- 1) Pourcentage des femmes, mères d'enfants de moins de 24 mois, ayant effectué au moins une consultation prénatale
- 2) Pourcentage des femmes ayant effectué au moins une consultation dans différents types de structure sanitaire
- 3) Pourcentage des femmes ayant effectué au moins trois consultations prénatales
- 4) Pourcentage des femmes ayant reçu des vaccins au cours des consultations prénatales
- 5) Pourcentage des femmes ayant reçu des comprimés de fer au cours des consultations prénatales
- 6) Pourcentage des femmes ayant reçu au moins un vaccin antitétanique au cours de la dernière grossesse
- 7) Pourcentage des femmes ayant accouché dans différents types de structures
- 8) Pourcentage des femmes qui n'ont pas accouché dans une structure sanitaire pour comportement des agents, coût élevé ou éloignement du service de santé
- 9) Pourcentage des enfants de 12-23 mois ayant reçu différents vaccins
- 10) Pourcentage des enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins
- 11) Pourcentage des enfants de 12-23 mois n'ayant reçu aucun vaccin
- 12) Pourcentage des enfants de 12-23 mois non complètement vaccinés pour différentes raisons
- 13) Pourcentage des mères connaissant le nombre de fois qu'un enfant doit être vacciné avant son premier anniversaire
- 14) Pourcentage des enfants de moins de 24 mois qui ont été allaités au sein
- 15) Pourcentage des enfants de 6-23 mois exclusivement allaités au sein
- 16) Pourcentage des enfants de moins de 24 mois recevant différents suppléments alimentaires à différents âges
- 17) Age médian des enfants de moins de 24 mois à l'introduction de suppléments alimentaires
- 18) Pourcentage des enfants de moins de 24 mois ayant reçu l'allaitement maternel initial à différents moments
- 19) Age médian de fin d'allaitement maternel des enfants de moins de 24 mois
- 20) Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant fait la diarrhée au cours des deux dernières semaines
- 21) Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant fait la diarrhée au cours des deux dernières semaines selon les différentes dispositions prises par la mère
- 22) Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui ont fait la diarrhée et ont reçu différents médicaments
- 23) Pourcentage des mères connaissant différentes solutions dans le traitement des cas de diarrhée à domicile
- 24) Pourcentage des mères qui ont moins allaité, moins nourri, moins donné à boire à leur enfant durant l'épisode diarrhéique
- 25) Pourcentage des femmes de 15-49 ans utilisant une quelconque méthode de contraception
- 26) Pourcentage des femmes de 15-49 ans utilisant différentes méthodes de contraception
- 27) Pourcentage des femmes de 15-49 ans utilisant une méthode moderne de contraception
- 28) Pourcentage des femmes de 15-49 ans, utilisant une méthode moderne de contraception, qui se procurent des contraceptifs modernes dans différents lieux
- 29) Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui utilisent une méthode moderne de contraception pour différentes raisons
- 30) Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui n'utilisent pas la contraception pour différentes raisons
- 31) Pourcentage des femmes qui n'utilisent pas actuellement la contraception et ont l'intention d'en utiliser dans le futur

2. L'unique variable explicative (**facteur de risque**) dans cette étude reste malheureusement le milieu de résidence. L'âge des femmes pourrait également être utilisé comme variable explicative mais, étant donné l'impossibilité de coupler les fichiers « Femmes » et

« Enfants », cette variable est inutilisable. Des tableaux croisant les principales variables de l'enquête et le milieu de résidence seront élaborés donc pour les différents niveaux d'analyse.

3. Dans le cas des **variables de risque** dont la liste est ci-dessous établie, des régressions logistiques seront effectuées dans le but de mesurer l'association entre chacune de ces variables (ou risques) et l'unique facteur de risque dont nous disposons, le milieu de résidence. On calculera donc des **odds ratio** (rapports de chance) et des **risques relatifs** avec leur intervalle de confiance.

Risques identifiés dans les modules CPN et Accouchement

1. Ne pas effectuer de consultations prénatales
2. Ne pas effectuer plus de trois consultations prénatales
3. Ne pas recevoir de vaccin antitétanique durant la grossesse
4. Ne pas recevoir de comprimé de fer durant les CPN
5. Ne pas recevoir de la chloroquine durant les CPN
6. Accoucher sans l'assistance d'une personne qualifiée

Risques identifiés dans les modules Vaccination, Allaitement et Diarrhée

1. Ne pas être complètement vacciné avant 12 mois
2. Ne pas être vacciné contre la rougeole avant 12 mois
3. Ne pas recevoir le vaccin du BCG avant 12 mois
4. Ne pas être allaité au sein
5. Ne pas être exclusivement allaité au sein pendant les 6 mois premiers mois
6. Ne pas recevoir un supplément en vitamines, fer ou sel iodé entre 6 et 23 mois
7. Avoir eu la diarrhée au cours des 12 dernières semaines
8. Avoir eu la diarrhée et n'avoir pas bénéficié de soins
9. Ne pas recevoir plus d'eau pendant la diarrhée que d'habitude

4. Pour les questions à réponses multiples dont la liste est donnée ci-dessus, les pourcentages seront calculés à la fois par rapport au nombre de réponses et par rapport au nombre de répondantes. Les deux approches s'interprètent différemment et chacune est utile pour l'analyse. Par exemple, voici le résultat de l'analyse de réponses multiples relative aux soins reçus pendant les consultations prénatales :

Soins reçus	Nombre de réponses	Pourcentage des réponses	Pourcentage des femmes
Vaccins	857	31,2	86,7
Comprimés de fer	673	24,5	68,1
Comprimés de chloroquine	813	29,6	82,3
Comprimés de Mebendazole	259	9,4	26,2
Autre	143	5,2	14,5
Total des réponses	2.745	100,0	277,8

988 femmes ont répondu à cette question et ont donné en tout 2.745 réponses soit en moyenne 2,778 réponses par femme (ou 277,8 réponses pour cent femmes). Cela signifie que les femmes ont reçu en moyenne trois types de soins prénatals. Les pourcentages de réponses signifient le nombre de fois sur 100 qu'un soin spécifique est donné. Par exemple, sur 100 soins prénatals donnés aux femmes qui viennent en consultation, 31,2 sont des vaccinations. Les pourcentages de femmes indiquent le nombre de femmes sur 100 venues en consultation qui ont reçu un soin spécifique. Par exemple, 68,1 % des femmes qui ont effectué une consultation prénatale ont déclaré avoir reçu des comprimés de fer.

Liste des questions à réponses multiples

- 1) Q201 : Quel type de service avez-vous consulté pendant votre dernière grossesse ?
- 2) Q203 : Durant ces consultations qu'avez-vous reçu de cette structure sanitaire ?
- 3) Q210 : Pourquoi n'accouchez-vous pas au CS ou à l'hôpital ?
- 4) Q309 : Pourquoi cet enfant n'a-t-il pas reçu toutes les vaccinations requises ?
- 5) Q403A : En dehors du lait maternel quels sont les liquides, produits et/ou aliments que cet enfant reçoit-il ?
- 6) Q403B : Quels suppléments en vitamines ou autres éléments que l'enfant reçoit ?
- 7) Q407 : Durant les six premiers mois de l'enfant, en plus du lait maternel que lui avez-vous donné d'autre à manger et/ou à boire ?
- 8) Q502 : Qu'avez-vous fait durant cet épisode diarrhéique ?
- 9) Q503 : Quels médicaments lui a-t-on donnés ?
- 10) Q505 : Quelles solutions spéciales connaissez-vous pour traiter les cas de diarrhée à domicile ?
- 11) Q602 : Quelles méthodes de contraception utilisez-vous ?
- 12) Q603 : Où vous êtes-vous procuré cette/ces méthodes que vous utilisez actuellement ?
- 13) Q604 : Pour quelles raisons avez-vous choisi cette méthode ?
- 14) Q605 : Pour quelles raisons vous n'utilisez pas une méthode pour éviter et/ou retarder une grossesse ?
- 15) Q607 : Quelles méthodes préférerez-vous ?

Plan de tabulation

1. Tableaux sur la CPN et la PF

- 1.01 Répartition des femmes de 15-49 ans de l'échantillon selon la préfecture et le milieu de résidence
- 1.02 Répartition des femmes de 15-49 ans de l'échantillon selon le groupe d'âges et le milieu de résidence
- 1.03 Répartition des femmes de 15-49 ans, mères d'enfants de moins de 24 mois et/ou enceintes, selon qu'elles ont ou non effectué au moins une consultation prénatale et selon le milieu de résidence
- 1.04 Répartition des femmes de 15-49 ans, mères d'enfants de moins de 24 mois et/ou enceintes, ayant fait au moins une consultation prénatale, selon le type de service consulté et le milieu de résidence
- 1.05 Répartition des femmes de 15-49 ans, mères d'enfants de moins de 24 mois et/ou enceintes, ayant fait au moins une consultation prénatale, selon le nombre de consultations et le milieu de résidence
- 1.06 Répartition des femmes de 15-49 ans, mères d'enfants de moins de 24 mois et/ou enceintes, ayant fait au moins une consultation prénatale, selon le type de soins reçus et le milieu de résidence
- 1.07 Répartition des femmes de 15-49 ans, mères d'enfants de moins de 24 mois et/ou enceintes, ayant fait au moins une consultation prénatale, selon le nombre de VAT reçus et le milieu de résidence
- 1.08 Répartition des femmes de 15-49 ans, mères d'enfants de moins de 24 mois et/ou enceintes, selon le lieu du dernier accouchement et le milieu de résidence
- 1.09 Répartition des femmes de 15-49 ans, non enceintes, selon qu'elles utilisent actuellement ou non une méthode de planification familiale et selon le milieu de résidence
- 1.10 Répartition des femmes de 15-49 ans, non enceintes, selon la méthode de planification familiale actuellement utilisée et selon le milieu de résidence

- 1.11 Répartition des femmes de 15-49 ans, non enceintes, utilisant une méthode moderne de planification familiale selon le lieu d'approvisionnement en contraceptif et selon le milieu de résidence
- 1.12 Répartition des femmes de 15-49 ans, non enceintes, utilisant une méthode moderne de planification familiale selon les raisons du choix de la méthode et selon le milieu de résidence
- 1.13 Répartition des femmes de 15-49 ans, non enceintes, n'utilisant pas actuellement une méthode de planification familiale selon leur intention future d'en utiliser et selon le milieu de résidence

2. Tableaux sur la Vaccination, l'allaitement et la diarrhée

- 2.01 Répartition des enfants de l'échantillon selon les groupes d'âges spécifiques et le milieu de résidence
- 2.02 Répartition des enfants de l'échantillon selon le sexe et le milieu de résidence
- 2.03 Répartition des enfants de 12-23 mois selon la possession de carnet de vaccination et pourcentage de ces enfants ayant reçu les différentes doses de vaccins (BCG, DTC, Polio et Rougeole) selon le sexe et le milieu de résidence
- 2.04 Répartition des enfants de 12-23 mois incomplètement vaccinés selon la raison de la vaccination incomplète, le sexe et le milieu de résidence
- 2.05 Répartition des enfants de moins de 2 ans selon qu'ils ont été ou non allaités au sein, par sexe et milieu de résidence
- 2.06 Répartition des enfants de moins de 2 ans selon le type de supplément reçu, par milieu de résidence
- 2.07 Répartition des enfants de moins de 2 ans selon le type de supplément en vitamine reçu, par milieu de résidence
- 2.08 Répartition des enfants de moins de 2 ans, qui ont été allaités au sein, selon le moment de l'allaitement initial, par milieu de résidence
- 2.09 Répartition des enfants de moins de 2 ans, qui ont été allaités au sein et ne le sont plus, selon l'âge auquel l'allaitement a été arrêté, par milieu de résidence
- 2.10 Répartition des enfants de 6-23 mois, selon le type de supplément alimentaire reçu au cours des 6 premiers mois, par groupes d'âges et par milieu de résidence
- 2.11 Répartition des enfants de moins de 2 ans, qui ont été allaités au sein et ne le sont plus, selon l'âge auquel ils ont reçu différents suppléments alimentaires, par milieu de résidence
- 2.12 Répartition des enfants de moins de 5 ans selon qu'ils ont fait ou non la diarrhée au cours des deux dernières semaines, par milieu de résidence
- 2.13 Répartition des enfants de moins de 5 ans qui ont fait la diarrhée au cours des deux dernières semaines selon les dispositions prises par leurs mères, par milieu de résidence
- 2.14 Répartition des enfants de moins de 5 ans qui ont fait la diarrhée au cours des deux dernières semaines et ont été amenés dans une structure sanitaire, selon le médicament reçu, par milieu de résidence
- 2.15 Répartition des enfants de moins de 5 ans, qui ont fait la diarrhée au cours des deux dernières semaines, selon le régime d'allaitement pendant la diarrhée, par milieu de résidence
- 2.16 Répartition des enfants de moins de 5 ans, qui ont fait la diarrhée au cours des deux dernières semaines, selon le régime d'alimentation en eau pendant la diarrhée, par milieu de résidence

2.17 Répartition des enfants de moins de 5 ans, qui ont fait la diarrhée au cours des deux dernières semaines, selon le régime alimentaire pendant la diarrhée, par milieu de résidence