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

MSH MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH
*a nonprofit organization strengthening health programs worldwide*

# PRISM II

## Family Planning and Health Activity in Guinea

# QUARTERLY PROGRESS REPORT

April – June 2003


*Grant #* 695-A-00-00-00027-00
*Funded by USAID on* 4/29/02

*Implementing agencies:*
Management Sciences for Health

*In collaboration with:*
Johns Hopkins University
Center for Communication Programs
Emergent Health, Inc.

A

## Table of Contents

INTRODUCTION ..... 3
SUMMARY OF PRINCIPALS RESULTS ..... 4
WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR) ..... 6
IR1: INCREASED ACCESS ..... 6
IR2: IMPROVED QUALITY ..... 17
IR3: INCREASED DEMAND ..... 25
IR4: IMPROVED COORDINATION ..... 32
PROJECT IMPLEMENTATION ..... 38
NEXT QUARTER MAIN ACTIVITIES ..... 40

List of acronyms

---

## Annexes:

1. "*Stratégie de Relance du Dispositif Intra-utérin, Méthode Contraceptive de Longue Durée*", MSH & EngenderHealth, Rabelahasa et Touré, Avril 2003

2. "*Evaluation de base pour la relance du DIU à Dabola, Kouroussa, Kankan, Faranah et Kissidougou*"; EngenderHealth, 14/06/03 – 22/06/03.

3. "*Rapport technique de formation des prestataires en prise en charge syndromique des IST du 2 au 5 avril et du 28 au 31 mai à Kankan*"; Dr Bocar Dem, PRISM. .

4. *Introduction pilote de la distribution directe des contraceptifs oraux dans le programme SBC en Guinée*; août 2003; PRISM

5. «*Rapport de Recyclage de 10 Accoucheuses Villageoises de Kerouane (3eme vague) – 15 au 25 mai 2003*»; Bocar Dem, PRISM.

6. "*Inventaire du matériel et du mobilier médical dans les centres de santé de la préfecture de Kissidougou*"; Dr. Célestin Goumou, PRISM; avril-mai 2003

7. "*Rapport de l'atelier de concertation sur l'opérationnalisation du COGES de Balandou*"; PRISM & CENAFOD; June 2003

8. "*Rapport de la formation en supervision facilitante pour les cadres des DPS et des DRS de Kankan et de Faranah*"; Y. Doumbouya; PRISM, May 2003

9. «*Rapport de Suivi du COPE à la maternité de Kouroussa*»; 4 au 6 juin 2003; Bocar Dem, PRISM.

10. "*Stratégie PCIME: Première session de formation des prestataires de Mandiana et Dabola à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant*"; Kankan, 14-25 avril 2003, Dr Antoinette Helal, MOH.

11. "*Rapport de l'atelier d'élaboration des plans de sessions du curriculum de formation en SONU pour les centres de santé*"; Dr Y. Doumbouya, PRISM; mai 2003

12. *« Rapport de mission: Evaluation rapide du système d'information sanitaire dans les régions administratives de Faranah et de Kankan – Principales conclusions et recommandations »*; Mohamed L. Keita; PRISM; juin 2003

13. *« Des Données aux Décisions en passant par les Cartes: Mise en place d'un système d'information géographique (SIG) pour PRISM et pour les services régionaux et préfectoraux de la santé (Haute Guinée et Kissidougou) - Méthodologie et application pilote »;* Mohamed L. Keita; PRISM

14. *« Evaluation of the Leadership Capacity Strengthening Program (LCSP) for the Ministry of Public Health »*, Guinea; MSH/M&L Program; July 2003

15. *« PRCL du MSP: Rapport de la conduite de deux ateliers: atelier de mise à niveau des cadres du niveau central et atelier de coaching et de suivi des cadres supérieurs du niveau central et régional »*; Tady Club, 28 avril au 8 mai 2003.

16. *Power point presentations on IMAT and on DCMI results as presented to the Conakry Pharmaceutical International Forum*; PRISM; June 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.

Addition to the PRISM focus zone: MSH proposed in its application for PRISM II to resume interventions in the Kissidougou prefecture. PRIMS I had interrupted its activities there in December 2000 due to security problems created by rebel incursions from Sierra-Leone and Liberia. PRISM, like other USAID funded technical assistance activities, left *Guinée Forestière*, including Kissidougou, altogether at that time. Since then, PRISM geographic coverage of the Faranah region, to which the Kissidougou prefecture belongs, has been incomplete. This created awkward situations as PRISM technical delivery at the decentralized level is aligned with Guinea's administrative structure. The security situation having greatly improved during the last two years in the Forest region in general and in Kissidougou in particular, and the importance of the Kissidougou prefecture recognized, USAID supported MSH's request and submitted a security clearance request to the State Department Regional Security Officer. Clearance was obtained and the addition of the Kissidougou prefecture was authorized by USAID during the reporting period. MSH would like to express its appreciation of USAID's understanding in this matter, especially on the part of the SO2 Team Leader, the Cognizant Technical Officer and the Regional Contract Officer.

This report covers PRISM II activities and performance from April 1 to June 30, 2003. It is the second 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 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

(April-May-June 2003)

## IR1: Increased Access

- Integration of RH Services
  - PRISM support strategy document on the integration of IUD services in Upper Guinea produced.
  - Needs assessment for IUD integration completed at 10 target sites (five hospital maternity services and five HCs).
  - 36 additional service providers trained in the syndromic management of STI cases, bringing the total to 139 providers trained over the life of the PRISM project.
  - Integrated STI care services into 20 additional HCs, bringing the total to 62 HCs in the project focus zone.
  - 10 additional TBA trained, bringing the total in the targeted prefectures to 49.
- Strengthen the Essential Drugs and Contraceptives (ED&C) logistics system
  - 4 sales point attendants trained in ED&C management, bringing the number of HCs where sales point attendant have been trained to 70.
  - 14 MOH key managers at the central level trained in the use of the IMAT.
- Availability of basic medical equipment, IEC material and management tools
  - Inventory of essential material performed at the remaining 8 HCs in the Kissidougou prefecture. Complementary materials (sterilizer and chronological registers) delivered to these sites.
- Affordability of services at SDPs
  - Fee schedule boards delivered to 14 out of the 15 HCs in Kissidougou prefecture.
  - Results of feasibility study presented to the general assembly of 12 HMO/Murigas. PHC package selected at all of these HMOs.
  - 8 promoters and 210 members of executive committees of HMOs trained in financial and administrative management.
  - Community orientation and mobilisation for the COGES revitalisation initiative carried out or ongoing in all eight subprefectures of Kerouane and in three subprefectures of Kankan.

## IR2: Improved Quality

- Strengthening quality improvement support systems
  - 17 DRS/DPS supervisors trained in Facilitative Supervision and in adult training principles and techniques, bringing the total of trained supervisors to 34 in the focus zone.
  - 10 supervisors trained in COPE facilitation
  - Community COPE integrated in two HCs.
  - COPE monitoring supported at the Kouroussa hospital maternity service.
  - Support to facilitative supervision initiated and ongoing in the Kissidougou prefecture.
- Improve the quality of RH services delivered
  - Post-training monitoring of EPI/PEV providers from the Kissidougou prefectures conducted in the remaining 8 HCs of Kissidougou (other 7 covered the previous quarter).
  - 19 out of 21 Heads of HCs from the Mandiana and Dabola prefectures trained in IMCI.
  - SONU curriculum for HC level developed.
- H/MIS
  - Rapid assessment of decentralised level SNIS completed in the project focus zone.
  - Concept paper developed on PRISM support to the development of a geographic

information system for the health sector.
- Report on the 2002 household survey completed.

**IR3: Increased Demand**

- Radio distance learning program in RH broadcast on rural radio in Kankan.
- 21 HC providers trained in the Den ba Nyuma strategy.
- 22 peer educators and 11 HC EPI agents oriented to participate in the outreach strategy designed to create district/village networks responsible for improving immunisation coverage.
- 18 youth peer educators trained in STI/AIDS and responsible sexual behavior in the Kankan prefecture.
- 70 small businesses identified in Kissidougou to become STI/AIDS orientation sites for clients, especially youths.
- 14 miners from Mandiana, targeted through the Foudoukoudouni strategy, oriented in STI/HIV/AIDS and responsible sexual behavior.
- MCH campaign launch events in 13 subprefectures in carried out in the Kankan, Kouroussa, Kerouane, Faranah and Dabola prefectures.
- RH skits performed in over 11 subprefectures by PRISM-supported theatre groups, under the supervision of GPIEC.

**IR4: Improved Coordination**

- Evaluation of the Leadership Capacity Strengthening Program completed
- 21 MOH senior staff trained in Coaching/Mentoring principles and skills.
- 2 presentations made at the Conakry International Forum on Pharmaceuticals.
- Joint implementation of activities with 14 partners.
- Global Fund project development supported as well as the national level IMCI approach, the Safe Motherhood policy and the National Council Against AIDS (CNLS).

# 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) 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. These 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

1.2.1.2 Integration of Intra Uterine Device (IUD) insertion services in HG

**IUD services integration strategy development:** MSH and EngenderHealths' in-country reproductive health specialists developed for the PRISM project focus zone the IUD services integration strategy document that will be followed until end of fiscal year 2005. The strategy document can be seen in Annex 1.[1] IUD integration interventions will only be carried out at hospitals during the current fiscal year. Urban health centres will follow later.

**IUD services integration needs assessments at selected sites (1.2.1.2.1):** Need assessments for the integration of IUD services were performed with EngenderHealth support at 10 selected sites

1. "*Stratégie de Relance du Dispositif Intrautérin, Méthode Contraceptive de Longue Durée*", MSH & EngenderHealth, Rabelahasa et Touré, Avril 2003

in the project focus zone. The field trip report can be seen in Annex 2. These sites are the Madina urban HC and the hospital maternity service in Kissidougou, the Marché urban HC and hospital maternity service in Faranah, the Dabola urban HC and the hospital maternity service, the Kouroussa urban HC and the hospital maternity service, and the Salamani urban HC in Kankan as well as the Kankan hospital maternity service. The main results of the IUD integration needs assessments are as follows:

*Human resources:* All sites have personnel in key positions concerned with delivery of IUD services. All will need training or refresher training in IUD services. Those who have been trained in the past either lost their certification* or need an update. All providers at the HCs surveyed need training or refresher training in STI syndromic case management.

> * *The Guinean health system does not have a formal certification process for IUD services but it is generally accepted by specialists and qualified trainers that a provider needs to deliver the service to 5 clients per year to remain competent.*

*Equipment and material*: All sites will need IUD kits. Some sites will need a gynaecologic examination table.

*Infrastructure at hospital maternity services*: With the exception of Kouroussa, all hospital maternity services already have an adequate consultation room for FP services. The Kouroussa maternity service does not offer FP services and will not be eligible for IUD integration until basic FP methods are offered.

*Infrastructure at urban HCs:* The FP consultations and CPN services share the same room at all urban HCs surveyed and confidentiality and privacy are not ensured at all times. A reorganisation of available space to resolve these problems is possible at every HC.

*Infection prevention (IP):* IP protocols are generally well followed in hospital maternity services (for example, compliance rates were 92% in Faranah and 72% in Kissidougou) but not as well followed in the urban HCs, where decontamination solution supplies (chloride) have been missing for a long period of time. Systematic elimination of waste products is a problem at all sites with the exception of the Faranah hospital. The waste-burning pit is not in use at the Kissidougou CSU and is no longer operational at the Kissidougou hospital. Prior to IUD service integration, the Kissidougou hospital will have to repair and use its waste disposal pit all CSU staff will need to receive refresher training in IP, and the stockouts of decontamination solution supplies will have to be resolved.

*CQI systems*: COPE has been integrated and is in use at all facilities with the exception of the Kissidougou hospital maternity service. This site will be targeted for the next round of COPE integration activities.

*Community assets orientation*: 20 peer educators in Kissidougou and three TBA in Faranah were oriented on the coming availability of IUD services. The PRISM regional team and the DRS and DPSs concerned will continue to orient community assets on the availability of IUD service in both Faranah and Kissidougou.

---

2. Evaluation de base pour la relance du DIU à Dabola, Kouroussa, Kankan, Faranah et Kissidougou, EngenderHealth, 14/06/03 – 22/06/03.

1.2.1.4 Integration of Minilaparatomy (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. To date, *minilap* services are integrated and offered at the Kankan and Faranah regional hospitals and at the Dabola, Kerouane, Mandiana, Kissidougou and Siguiri prefecture hospitals. The Kissidougou hospital was added this reporting quarter after the training of the head of the maternity service (*médecin-chef*) was initiated, completed, and support to correct shortcomings initiated.

## 1.2.2 Integration of STI Syndromic Care Services in SDPs

**Training of providers in the syndromic case management of STIs (1.2.2.1).** An additional 36 HC providers were trained in STI syndromic case management during the reporting quarter, bringing the number of providers trained in HG with PRISM support to 139 over the life of the project. These include 116 providers from 58 fully integrated HC (2 per site), 9 providers from partially integrated HC (1 per site), 1 provider from a health post and 13 providers from integrated sites that had lost their trained provider(s). The two training session reports can be consulted in Annex 3.

As a result of the training and accompanying integration interventions (for example, allocation of six month start-up kits of drugs), a total of 20 HCs have been integrated with STI syndromic case management during the reporting period, bringing the total of integrated HCs in the project zone to 62*.

* When the four integrated HCs from the Kissidougou prefecture are added to the count, we have 38 HCs fully integrated HCs reported at the end of PRISM I in HG, plus the 4 Kissidougou HCs, plus the 20 integrated HCs this quarter = 62.

3. "*Rapport technique de formation des prestataires en prise en charge syndromique des IST du 2 au 5 avril et du 28 au 31 mai à Kankan*"; Dr Bocar Dem, PRISM.

These newly integrated HCs are the following:

| List of HCs integrated during quarter April-June 2003 | |
|---|---|
| **Kankan Prefecture** | **Mandiana Prefecture** |
| Boula† | Dialakoro* |
| Daloba Sekou† | Falako* |
| Kankan Koura* | Kondianakoro* |
| Karfarmoriah* | Koundian* |
| Koumban† | Sansando* |
| Mamouroudou* | |
| Moribaya* | **Siguiri Prefecture** |
| Sabadou Baranama* | Bankon* |
| Sinkefara† | Kiniebakoura* |
| Titioulin* | Maleah* |
| | Siguirini |
| **Kouroussa Prefecture** | |
| Babila† | |

HC integrated by training two providers† or by training the 2nd provider* (1st provider trained during previous period)

**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 in 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 previous reporting 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. Two Montreal University specialists associated with SIDA III have been performing a careful analysis of the qualitative and quantitative data this reporting quarter and will present the final results to the stakeholders next quarter.

**1.2.4 Integration of Voluntary Counselling and Testing (VCT) services**

No activities were 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 previous reporting period. Preliminary results indicate that the CBD agents from the three participating subprefectures supplied over 400 clients through this approach and did so in compliance with national norms and procedures. The report of the test was distributed this quarter to the members of the MOH steering committee, who will be reviewing

and validating it in July for submission to the Minister's cabinet. The preliminary draft report can be consulted in Annex 4.

**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 were underway at the end of the reporting period. The technical assistance SOW as well as the level and quality of the support from AGBEF's headquarters to the program have received the most attention. It is anticipated that AGBEF's technical assistance to health districts in IEC/BCC and CBD will resume in July 2003.

1.2.5.2 Traditional Birth Attendant (TBA) Integration

During the reporting period, PRISM supported the Kerouane prefecture's third TBA training session. Ten TBA were trained, bringing the total of trained TBA in that prefecture to 30 and bringing the total in our three targeted prefectures to 49 (9 in Kankan and 10 in Faranah). As in the past, the DRS and DPS of the project focus zone provided the qualified trainers for the TBA training session. The kits of material and supplies were supplied by the MOH out of a stock granted by UNICEF. PRISM provided complementary material and supplies to ensure kits are complete in accordance to defined norms and standards. See Annex 5 for the complete training report.

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

### 1.3.1 Training in ED&C Logistics

**On-the-Job Training of 2nd Managers at HCs** (1.3.1.4): The Head of a Health Center (HHC) is responsible for the main ED&C inventory held at the site. A subaltern staff member working directly under the HHC, **the Sales Point Attendant**, handles the direct deliveries of ED&C to clients. PRISM and the DRSs trained these 2nd managers of ED&C at 4 additional HCs during this quarter period, all in the Dinguiraye prefecture. As of the end of June 2003, sales point attendants have been trained at 70 of the 105 HCs* in the project focus zone. Qualified and experienced regional trainers from the MOH and from PRISM have implemented this on-the-job training activity.

* At all HCs in the prefectures of Dabola (9/9), Kerouane (8/8) and Dinguiraye (8/8); at most HCs in the prefectures of Kankan (13/16), Mandiana (10/11), Faranah (10/12) and Kouroussa (7/12); at some HCs in Siguiri (5/15) and at no HCs in the newly added prefecture of Kissidougou (0/15).

**Training of central level MOH key personnel in the use of the IMAT**: During this period, 14 key MOH health managers were trained in the use of the Inventory Monitoring Assessment Tool (IMAT). See section 4.2.1 for description.

---

4. *Résultats Préliminaires: Introduction pilote de la distribution directe des contraceptifs oraux dans le programme SBC en Guinée*; April 2003; PRISM

5. Rapport de Recyclage de 10 Accoucheuses Villageoises de Kerouane (3eme vague) – 15 au 25 mai 2003; Bocar Dem, PRISM.

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

No activities were planned during this reporting period.

### 1.3.3 Improve availability of products: Other Interventions

**Assistance to USAID (and MOH central level) in Contraceptives Logistics (1.3.3.6):**
One contraceptives shipment funded by USAID arrived in Guinea at the end of the reporting period and will be cleared from customs by PRISM at the beginning of next quarter. Received contraceptives are first 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 April-June 2003 period, PRISM received and delivered contraceptives as illustrated in the table below:

| Contraceptives | Units | Delivered to Port in Conakry | Units Distributed from Conakry to... | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Regional Depot Kankan | Regional Depot Faranah | Regional Depot N'Zerekore | Total |
| Lofemenal | Cycles | 0 | 18,000 | 0 | 78,000 | 96,000 |
| Ovrette | Cycles | 0 | 6,000 | 0 | 0 | 6,000 |
| Depo-Provera | Doses | 0 | 4,000 | 300 | 4,000 | 8,300 |
| Conceptrol | Ovules | 0 | 24,000 | 0 | 9,600 | 33,600 |
| IUD | Pieces | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Condoms | Pieces | 0 | 36,000 | 0 | 0 | 36,000 |

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<br>As of June 30, 2003<br>Number of Units (expiration date) | |
|---|---|---|
| Lofemenal | 38,400 (2006/02)<br>224,400 (200x/xx)<br>*Total of 262,800* | Cycles |
| Ovrette | 27,200 (2005/11)<br>39,600 (2006/05)<br>55,200 (200x/xx)<br>*Total of 122,000* | Cycles |
| Depo-Provera | 50,900 (2004/04)<br>70,400 (2005/05)<br>76,400 (200x/xx)<br>*Total of 197,700* | Doses |
| Conceptrol | 14,000 (2003/05)<br>67,200 (2005/06)<br>*Total of 81,200* | Pills |
| IUD | *Total of 800* | Units |
| Condoms | 196,000 (2005/03)<br>*Total of 196,000* | 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

**Inventory of existing medical equipment at SDPs (1.4.1.1)**: PRISM and the Kissidougou DPS supervisors conducted a detailed inventory of the medical materials and equipment available at the 15 HCs of the prefecture. See Annex 6 for detailed inventory.

**Medical equipment and material procurement (1.4.1.4):** A portion of PRISM's recent overseas small medical materials procurement arrived in Guinea and cleared customs during the reporting period. The status of PRISM's FY03 medical equipment overseas procurement is presented in the following table.

6. "*Inventaire du matériel et du mobilier médical dans les centres de santé de la préfecture de Kissidougou*": Dr Célestin Goumou, PRISM; avril-mai 2003

## Medical Equipment and Material: FY2003 Overseas Procurement
### Monitoring Sheet: Status as of 30 June 2003

| Category/Item | Supplier | Quantity | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Ordered | Received | | | To be received |
| | | | as of 03/31/03 | during reporting period | as of 06/30/03 | |
| ***Cold chain spare parts*** | | | | | | |
| Burner for #23 fridge | C | 29 | 0 | | | |
| Burner for #32 fridge | C | 61 | 0 | | | |
| Glass for #23 fridge burner | B | 58 | 0 | | | |
| Glass for #32 fridge burner | B | 122 | 0 | | | |
| Vaccine carrier thermos | A | 90 | 0 | | | |
| ***Surgical instruments & boxes*** | | | | | | |
| Blade for surgical knives size 10 | A | 100 | 0 | | | |
| Box with lid, 30x20x5cm | B | 180 | 0 | | | |
| Box with lid, s.s. 20x10x5cm | A | 330 | 0 | 330 | 330 | 0 |
| Catheter nelaton ch. 10 disp. Plastic | A | 300 | 0 | | | |
| Catheter nelaton ch. 12 disp. Plastic | A | 300 | 0 | | | |
| Drum for cotton wool diam.&h. 15cm | A | 180 | 0 | 180 | 180 | 0 |
| Forceps artery Kelly 14 cm straight | A | 12 | 0 | | | |
| Forceps artery Kocher 14cm straight | A | 360 | 0 | 360 | 360 | 0 |
| Forceps artery Kocher 18cm straight | A | 100 | 0 | | | |
| Forceps artery Roch.Pean 16cm straight | A | 100 | 0 | 100 | 100 | 0 |
| Forceps dissecting 14cm | A | 30 | 0 | | | |
| Forceps sponge holding straight 20cm | A | 20 | 0 | 20 | 20 | 0 |
| Forceps tissue 14.5 cm ½ teeth | A | 130 | 0 | 130 | 130 | 0 |
| Forceps tissue Allis 15cm 4x5 teeth | A | 142 | 0 | | | |
| Forceps, hemostat curved Kelly 140mm | C | 12 | 0 | | | |
| Forceps, tissue 4x5 Allis 2000mm SS | B | 10 | 0 | | | |
| Forceps, tissue Babcock 20 cm SS | B | 24 | 0 | | | |
| Forceps, tissue fenestrated Jaw Duval | B | 6 | 0 | | | |
| Forceps, uterine-artery Phaneuf 215mm | C | 12 | 0 | | | |
| Handle for surgical blade S no 3 | C | 10 | 0 | | | |
| Handle for surgical blade S no 4 | C | 110 | 0 | | | |
| Needle holder Matthieu 17 cm | A | 220 | 0 | 209 | 209 | 11 |
| Needle holder Mayo-Hegar 16cm strt. | A | 30 | 0 | 30 | 30 | 0 |
| Retractors, abdom R./Eastman 20x28mm | A | 6 | 0 | | | |
| Retractors, abdom R./Eastman 38x49mm | A | 6 | 0 | | | |
| Scissors dissect Mayo bl/bl curved 14cm | A | 10 | 0 | | | |
| Scissors dissect Mayo bl/bl straight 17cm | A | 10 | 0 | | | |
| Scissors episiotomy Braun Stadler 14cm | A | 10 | 0 | | | |
| Scissors surgical bl/bl straight 14 cm | A | 200 | 0 | 200 | 200 | 0 |
| Scissors surgical sh/bl straight 14 cm | A | 360 | 0 | 360 | 360 | 0 |
| Suture needles assorted sizes, cutting | A | 10 (x12) | 0 | | | |
| Suture needles assorted sizes, round body | A | 10 (x12) | 0 | | | |
| Umbilical cord tie 3mm non sterile 100M | A | 100 | 0 | | | |
| ***Miscellaneous*** | | | | | | |
| Baby resuscitator ambulant | B | 10 | 0 | | | |
| Basin, kidney 825ml, 250x135x35 | C | 180 | 0 | | | |
| Bassin, utility 3ltr 240x110 deep polyeth. | C | 10 | 0 | | | |
| Bedpan, autoclavable plastic | C | 100 | 0 | | | |
| Cup for solution, 100ml | C | 180 | 0 | | | |
| Drum sterilizer, cylindrical 150x140 | C | 180 | 0 | | | |

**Medical Equipment and Material: FY2003 Overseas Procurement**
**Monitoring Sheet: Status as of 30 June 2003**

| Category/Item | Supplier | Quantity | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Ordered | Received | | | To be received |
| | | | as of 03/31/03 | during reporting period | as of 06/30/03 | |
| Height measuring instrument to 2m | A | 20 | 0 | | | |
| Insertion tape for measuring circumf. | A | 90 | 0 | | | |
| Instrument Disinfector, boiling type | C | 8 | 0 | | | |
| Light, examining floor stand type | C | 10 | 0 | | | |
| Mucus extractor disp. Ch 10 w/filter DeLee | C | 2 | 0 | | | |
| Scale, infant metric 15,5kg x 5g | C | 45 | 0 | | | |
| Speculum vaginal Sims 3 sizes double end | A | 240 | 0 | | | |
| Sphygmomanometer, anaeroid, simple | A | 80 | 0 | 80 | 80 | 0 |
| Sterilizer dressing press 350x380/39l fuel | C | 5 | 0 | | | |
| Stethoscope foetal metal | C | 20 | 0 | | | |
| Weight for height wallchart, 100x140cm | A | 20 | 0 | | | |

A = International Dispensary Association (IDA)
B = Inter-Marketing Group USA, Inc.
C = Amzura/Amzco Surgical Devices

**Rational distribution of medical equipment and material (1.4.1.5)**: PRISM delivered sterilizers (*marmites cocottes*) to the eight HCs from the Kissidougou prefecture that benefited from a facilitative supervision visit targeting infection prevention practices during this period. The first seven HCs were covered the previous quarter (see also section 2.2.2). During the supervisory visit, all HCs also received an *échéancier* (chronological register) from PRISM for EPI (PEV) activities.

### 1.4.2 Availability of IEC materials, management forms, and tools at SDPs

IEC Materials:
During this period, existing brochures, posters and other IEC materials were distributed to SDPs and various users directly or indirectly through GPIEC members and youth peer educators. Included were brochures on the prevention of STIs and the prevention of unwanted pregnancies, wooden phalluses and other instructional aids, as well as various promotional items.

Management Forms and Tools: No specific interventions to report this quarter. The two DRS of the project focus zone have the equipment and supplies required to print out management tools and forms that are not regularly supplied from the capital by the PEV/SSP/ME.

## 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 interventions to report this quarter.

Provision of a revised fee schedule board to HC/HP: PRISM delivered and had installed the fee schedule boards at 14 out of the 15 HCs in the Kissidougou prefecture. The Yendé HC applies a different fee schedule from the standard* and will require a special board.

** Yendé is the facility offering services to one of the oldest HMOs in Guinea and has received authorization to use a different fee schedule.*

**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:

- Results of Participative Feasibility Studies in 12 subprefectures were presented to the General Assemblies of HMOs in development there. As a consequence, results have been presented to all 24 subprefectures of Faranah, Kankan and Kerouane where feasibility studies were conducted. The feasibility studies presented the participation costs for various packages of services covered at the local HC and at the local hospital. The General Assemblies of the HMOs then adopted their packages of services to be covered. As of the end of this reporting period, 12 General Assemblies (50%) had decided their HMO would cover the full package of services offered by its HC according to the PMA of the PHC system, 7 (29%) elected a maternal and child health package and 5 (21%) a safe motherhood package (MURIGA).
- Training in financial and administrative management of 8 HMO/Muriga promotion agents (4 from Kankan and 4 from Kerouane) and of 210 HMO/Muriga members of executive committees (105 from Kankan and 105 from Kerouane). On average, 13 to 14 members are trained per HMO/MURIGA. Promoters carried out the training of members. Most members are illiterate or of a low level of academic training. Under these circumstances, the training has been a challenge for both the promoters and the members of the executive committees. Intense supervision will be required on the part of promoters in each prefecture to support executive committees to perform its duties adequately.

**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):**

In April, PRISM held an orientation workshop for Kerouane prefecture authorities in preparation for implementation of the community mobilization phase. The goal of the workshop was to orient all concerned stakeholders on PRISM and HG's DRSs strategy for strengthening community participation in the management of the PHC system and the HCs. The Kerouane prefecture general secretaries for decentralized communities and for administration, the general secretary of the urban commune, all seven rural subprefectures' subprefects, and the presidents and secretaries of all CRDs (*Communauté Rurale de Développement*) attended the orientation workshop. A CENAFOD, DRS Kankan and PRISM joint team facilitated the workshop.

CENAFOD-trained eleven community facilitators and two supervisors (trained during the previous quarter) facilitated micro-planing meetings in the seven subprefectures and the urban commune in April to develop the schedule for the community mobilization phase of the strategy.

Launch of large-scale orientation/mobilization activities (Phase I of the strategy): Large-scale orientation/mobilization activities were initiated in all eight subprefectures of Kerouane as well as in three subprefectures of Kankan. A total of 125 intervention units (administrative districts or large villages) are targeted in Kerouane prefecture and in the Kankan targeted subprefectures. Each intervention unit requires 6 days of work with a mobilization facilitator. This phase will be completed in Kerouane in July and in August in Kankan. The community orientation/mobilization protocols and tools tested in December in the Bland sub-prefecture, (near Kankan) and updated at the beginning of 2003 were used for the full-scale mobilization activity.

**Training and integration of revitalized COGES (1.5.2.1.2, 3 & 4):**
PRISM held during the reporting period a workshop on how to render operational renewed COGES. The workshop report can be consulted in Annex 7. The workshop was attended by the general secretaries for decentralization and the DMR (*Directeur des Micro Réalisations*), the AGBEF technical assistant and *chargés SBC* from the Faranah, Kankan and Kerouane prefectures, and HG's various NGOs and technical agencies interested in the COGES revitalization. The workshop was facilitated by the Kankan DRS and PRISM. The main objectives of the three-day workshop were:

1. Present results and lessons learned from the Phase I test in the Balandou subprefecture.
2. Share partners' COGES strengthening experiences.
3. Identify interventions and mechanisms to integrate renewed COGES into the management of the HCs.
4. Review the mission and responsibilities of the region and prefecture steering committees in COGES integration.
5. Define the type of support to provide to renewed COGES.
6. Define the role and responsibilities of each stakeholder.

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

During the previous 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 the list of services was developed, the team determined the quantity of pharmaceutical products and medical supplies required for each of the services on the basis of treatment protocols. Finally, the costs of inputs for each service were computed. The team is currently working on determining the typical caseload for each of the 200-plus 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.

The complete results of the CORE analysis of the PEV/SSP/ME model with current PMA, N&P parameters and fee schedule will be available by the end of the next quarter.

---

7. "*Rapport de l'atelier de concertation sur l'opérationnalisation du COGES de Balandou*"; PRISM & CENAFOD; June 2003

# 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 second quarter of PRISM II implementation.

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

**Training DRS/DPS personnel in Facilitative Supervision (2.2.2.1.1)**

Curriculum Development Workshop: EngenderHealth facilitative supervision training curriculum was expanded to include adult training technique (*andragogie*) modules, accomplished via a workshop bringing together Kankan DRS and PRISM training specialists. The new nine day long course now contains the following 11 modules:

1. Adult training concepts
2. Training needs assessment
3. Learning objectives definition
4. Adult training methods and techniques
5. Facilitative supervision and quality of services: whole-site training approach
6. Characteristics and skills of a competent supervisor
7. Situational leadership concept
8. Supervision tools and approaches
9. Preparation of the supervision visit
10. Implementation of the supervision

11. On-site practice

The trainees tested their newly acquired skills and knowledge at the Maternity service of the Dabola hospital and at the Dabola and Bissikrima health centers.

Training of DRS/DPS supervision personnel in FS: During the reporting period, PRISM trained 17 DRS/DPS supervisors in Dabola, from eight of the nine prefectures of the focus zone, in Facilitative Supervision (FS) techniques and practices. The training report can be found in Annex 8. This training helps supervisors implement supportive interventions, especially on-the-job training, during their visits to SDPs in their regions or prefectures. With this second session (the first one was implemented in FY01), PRISM has trained a total of 34 health agents involved in the supervision of SDKs in its focus zone.

**Training DRS/DPS personnel in COPE (2.2.2.1.1)**
Training of trainers in Community COPE: Under PRISM sponsorship, 10 prefecture supervisors were trained in Community COPE facilitation by EngenderHealth (3 from each of the Faranah, Kankan and Kerouane prefectures, and one PRISM coordinator for the Kankan region). The trainees tested their skills and newly acquired knowledge by facilitating the integration of Community COPE in two HCs in Faranah (Marella and Marché).

**Integration of Community COPE in HCs and hospital services (2.2.2.3):** The newly trained DRS/DPS supervision integrated Community COPE into two HCs in the Faranah prefecture: Marella and Marché. The facilitators did so under the supervision and technical assistance of EngenderHealth trainers. The two HCs are the first facilities in HG in which Community COPE has been integrated.

**Support IRS/DPS COPE facilitation and Facilitative Supervision (2.2.2.4):**
Facilitative Supervision: As during previous reporting periods, PRISM provided financial assistance to all of HG's DPS to support the implementation of their program of facilitative supervision of HCs. Assistance to Kissidougou, the recently added prefecture to the PRISM focus zone, was initiated during this quarter. A memorandum of understanding covering facilitative supervision support was established between the Kissidougou DPS and PRISM*. PRISM provided technical assistance to Kissidougou to support the development of the first facilitative supervision quarterly plan and budget. PRISM and the Faranah DRS jointly approved the resulting plan and budget and support funds were transferred to the Kissidougou DPS. In addition, PRISM provided technical assistance to the Kissidougou DPS to facilitative supervisory visits focused on infection prevention at the prefecture's remaining eight HCs (seven HCs were covered last quarter).

** Similar MOUs were established in previous years with all the other DPS of the project focus zone as well as with the two DRS.*

**Improving Supervisory Capabilities: other interventions**
Post-training monitoring activities of EPI/PEV providers in Kissidougou: With PRISM technical support, the Kissidougou DPS supervision team completed the post-training monitoring, initiated last quarter, of its HCs' EPI/PEV providers (8 out of 15 HCs covered this quarter). Below are the

8. "Rapport de la formation en supervision facilitante pour les cadres des DPS et des DRS de Kankan et de Faranah"; Y. Doumbouya; PRISM, May 2003

scores obtained at the various facilities on the topics covered by the PEV refresher course: PEV targeted diseases, the immunization norms and standards (calendar, delivery, infection prevention), cold chain management (vaccines and supplies management, equipment maintenance), PEV specific counseling, breastfeeding counseling and child growth monitoring and counseling.

| Kissidougou Prefecture HCs | Post-training Monitoring Score (%) |
|---|---|
| **CSU Heremakono** | 84,52% |
| CSU Dar-es-Salam | 75,00% |
| Banama | 67,85% |
| Albadaria | 66,66% |
| Firawa | 65,47% |
| Yombiro | 64,28% |
| Kondiadou | 63,09% |
| Beindou | 61,90% |
| Manfran | 60,71% |
| CSU Madina | 60,71% |
| Yende | 58,33% |
| Ferméssadou | 57,14% |
| Sangardo | 41,66% |
| Gbangbadou | 40,47% |
| Bardou | 39,28% |

Only one of the 15 HCs scored higher than 80% while one third of the HCs scored lower than 60%. The main weaknesses observed at the sites were:

- Critical problems associated with infection prevention were noticed at 13 out of the 15 HCs. These were either the total absence of chlorine concentrate solution at the sites or the inappropriate application of sterilization protocols.
- Vaccines were placed improperly in the refrigerators at 8 of the 15 HCs.
- The EPI agent was unable to accurately estimate the HC's target population for immunization at 6 out of 15 HCs. Because of this, the estimate of vaccine needs was not accurate, leading to stockouts or overstocking, and inaccurate EPI coverage rates.
- Poor EPI, breastfeeding and growth monitoring counseling practices at all 15 HCs.

Future DPS supervision visits should focus on these specific problems.

Technical Assistance to COPE monitoring at Kouroussa Hospital: During this period, PRISM provided technical assistance to the COPE monitoring activity carried out by the Kouroussa supervision team at the maternity service of the prefecture hospital. The main findings of the monitoring visit were as follow:

- Seven of the problems included in the last COPE plan cannot reasonably be resolved locally and therefore, do not belong to the COPE plan.
- Three of the remaining 7 problems in the site's COPE plan have been resolved. The solar panel providing lighting was fixed, infection prevention supplies stockouts were eliminated and the supply of blood from donors has improved.

- On the other hand, some very important problems remain to be addressed effectively by the COPE team. Adequate toilets should be installed at the hospital with cost covered by site revenues. In order to resolve low motivation level, the hospital staff should receive monthly bonuses based on site results. Mosquito nets should be purchased and installed for in-patient rooms.
- The COPE plan for the coming period is better defined. It focuses on problems and issues that can be addressed locally by the site leadership and the communities it serves.

Details of this COPE monitoring visit at the maternity service of the Kouroussa hospital can be seen in Annex 9.

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

No specific interventions to report this 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): see post-training** monitoring activity description at the end of section 2.2.2 of the present progress report.

Training of HC providers in Integrated Management of Child Illnesses – IMCI (2.3.1.2.2):

First training session of HC providers in IMCI:

We are pleased to report that the first-ever IMCI training for providers to be held in Guinea was carried out in Kankan during the reporting period. This initial training is the result of many years of sustained efforts on the part of key specialized agencies and projects at integrating the IMCI strategy and approaches in the PHC system of Guinea. The training session report can be found in Annex 10. The main facts associated to this important activity:

- The training session was funded by PRISM, WHO and the same organizations plus BASICS provided UNICEF and technical assistance.

- The providers targeted for training were the Heads of HCs from HG's two pilot prefectures of Dabola and Mandiana. A total of 19 (out of 21) HHCs attended the course.
- Supervisors from the DRSs (3 from Kankan and 1 from Faranah) and from the Mandiana prefecture attended the course.
- The course was delivered by two international and four national trainers.
- The 11 day long course offered 10 half-day on-site training sessions at various Kankan health facilities.
- The trainees, under the trainers' supervision, treated a total of 669 ill children. On average, each trainee treated close to 30 children (WHO norm for certification is 20)

9 Rapport de Suivi du COPE à la maternité de Kouroussa: 4 au 6 juin 2003; Bacar Dem, PRISM.

10. "*Stratégie PCIME: Première session de formation des prestataires de Mandiana et Dabola à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant*"; Kankan, 14-25 avril 2003, Dr Antoinette Helal, MOH.

- 88% of cases managed by trainees were in compliance with IMCI norms and procedures.

A second IMCI training session will be implemented later this year in order to reach the goal of having two qualified IMCI providers per HC.

**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. 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, from among the six trained last year in clinical IMCI, had their training proficiency complemented during the previous reporting period with the addition of facilitation skills. They attended a ToT session dedicated to in- class and on-the-job facilitation techniques.

### 2.3.2 Strengthening Maternal Health Services

**SONU Curriculum Development**: PRISM provided technical assistance to the development of the national curriculum for obstetrical and neonatal emergency care services training (SONU – *soins obstétrique et néonatal d'urgence*) and funded the development workshop during the reporting period. A panel of specialists from the MOH central level, the Donka University Hospital, the focus zone DRSs and PRISM ensured the development of the curriculum. The workshop report can be consulted in Annex 11. The new six day long course contains 11 modules and 30 sessions. The modules are:

1. Infection prevention
2. Relevance of the integration of SONU services
3. Obstetrical emergency
4. Hemorrhagia during pregnancy, birth delivery and post-partum
5. Fever during pregnancy, birth delivery and in post-partum
6. Abdominal pain during pregnancy, birth delivery and post-partum
7. Other complications during pregnancy
8. Other complications during labor and delivery
9. Birth delivery
10. Anesthesia and analgesics in obstetrics
11. Minor surgery

**Training of Community Health Promoters in Safe Motherhood (2.3.2.1.1):**
No specific interventions to report this quarter.

In late 2001, PRISM initiated its training of Community Health Promoters in Safe Motherhood.

11. "*Rapport de l'atelier d'élaboration des plans de sessions du curriculum de formation en SONU pour les centres de santé*"; Dr Y. Doumbouya, PRISM; mai 2003

As of the end of calendar year 2002, a total of 90 community-based agents had been trained in Safe Motherhood promotion. To date this fiscal year, PRISM has 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 additional community agents, 30 in Kankan and 11 in Kerouane, need to be trained in order to achieve the goal of having 5 health promoters trained in Safe Motherhood in each subprefectures, as stated by the national policy (PNMSR).

**Integrate AMIU in Maternity Hospital services and selected HCs in HG (2.3.2.3.4)**
No specific interventions to report this quarter. AMIU services delivery continues at all integrated maternity services in HG.

| PAC/AMIU Strengthening Package<br>Status of Implementation<br>(As of 30 June 2003) | | | |
|---|---|---|---|
| **PAC/AMIU Interventions** | *1st cohort of sites*<br>Regional Hospitals<br>♦ Kankan<br>♦ Faranah<br>Prefecture Hospital<br>♦ Kerouane | *2nd cohort of sites*<br>Prefecture Hospitals<br>♦ Siguiri<br>♦ Mandiana<br>♦ Dabola<br>Special HCs<br>♦ Banankoro | *3rd cohort of sites*<br>Prefecture Hospitals<br>♦ Kouroussa<br>♦ Dinguiraye<br>♦ Kissidougou |
| | **Status** | | |
| 1. Needs assessment visit | Completed in FY01 | Completed in FY02 | Planned for FY03 |
| 2. Training in IP of the maternity services staff | Completed in FY01 | Completed in FY02 | Planned for FY03/04 |
| 3. Refresher training in Contraceptive Technology of the maternity services staff | Completed in FY01 | Completed in FY02 | Planned for FY03/04 |
| 4. Post-training monitoring visit in IP and FP | Completed in FY02 | Completed in FY02 | Planned for FY03/04 |
| 5. Training in AMIU of selected providers at Donka University Hospital | Completed in FY01 | Completed in FY03 | Planned for FY04 |
| 6. Post-training monitoring visit in AMIU | Completed in FY02 | In progress | Planned for FY04 |

**2.3.3 Strengthening Providers' Interpersonal Communication and Counseling (IPC/C) Skills**
**No specific intervention to report this quarter.**

## 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 the last fiscal year with the following results achieved:

- Selected RH indicators have been integrated into 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, the data processing technology transfer to the DRS is continued and a similar process will be launched with the health district level (DPS) during the next fiscal year. As an initial step in this effort, last quarter PRISM conducted a data processing needs assessment survey covering all DPSs. Training needs of the DPS personnel were identified and a detailed inventory of computer equipment and software was performed. The results of this survey provided key information regarding interventions to implement in strengthening data for decision-making skills (see next section).

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

**Refresher training of health managers in the PEV/SSP/ME basic statistics package (2.4.3.2):**

Rapid assessment of the Health Information System at the decentralised level: PRISM and the Kankan DRS carried out a joint rapid assessment of the health information system (*Système National d'Information Sanitaire* - SNIS) at the decentralised level in the Kankan and Faranah regions. The findings and recommendations addressing identified weaknesses can be seen in Annex 12. The main recommendations are:

- The DRS and DPS units need to revitalise the existing forums through which health statistics areould analysed and discussed by health personnel with community representatives and decision-makers from other sectors. The regions and prefectures' health commissions should be used for such a purpose as stated in their status. PRISM will support the DRSs first and then the DPSs in preparing these forums and facilitating them.
- Update and disseminate the written instructions on how to complete the immunisation form included in the monthly SNIS report.
- Produce and disseminate written instructions on how to complete the monitoring booklet (*fascicule de monitorage*).
- Promote the review of health data with community members at SDPs, especially at HCs.
- Strengthen data auditing skills among DRS/DPS supervision team through training and on-the-job training.
- Allocate complementary computer equipment and software as needed to DRS/DPS.

12. Rapport de mission: Evaluation rapide du système d'information sanitaire dans les régions administratives de Faranah et de Kankan – Principales conclusions et recommandations; Mohamed L. Keita; PRISM; juin 2003

**Development of a Geographic Information System (GIS) in support of the health system (2.4.3.5):** USAID added as a requirement under the PRISM II grant the development of a geographic information system to support the health system of Guinea and the Mission's geographic database for the health sector. MSH embraced this requirement and made specific commitments to it in its proposal in response to the PRISM II RFA. PRISM initiated the GIS development process during this reporting period.

Production of a PRISM concept paper on the development of the health GIS. The concept paper is presented in Annex 13. The main elements of the development strategy are as follows:

- The United Nations-developed **PopMap** is selected for the DRS and DPS levels as it complies with the set of criteria defined for these users: easy to use, inexpensive (Popmap is free), allows most standard functions and is compatible with the other main GIS software.
- The geographic database files and map presentations will be structured around the following themes:
  (1) socio-economic environment
  (2) curative care
  (3) maternal and children health
  (4) morbidity and mortality
  (5) family planning
  (6) immunization
  (7) access and availability of services and resources
  (8) functionality and quality of services
- In order to ensure its coherent development and demonstrate its usefulness, PRISM will at first manage the health GIS but will rapidly transfer responsibilities to the DRSs and DPSs. This will be achieved by supplying these units with the required resources (hardware and software), training key personnel, monitoring and actively supporting the decentralized applications until the technology is fully owned by the recipients. The two DRSs of the project focus zone as well as the Kankan and Faranah DPS are targeted with this strategy.
- The GIS will primarily use data currently available in the routine MOH's health information system (SNIS) and other sources in Guinea. As it is anticipated that over 60% of the data will be coming from the SNIS, special attention will be paid to auditing and, when necessary, correcting the data.
- Ultimately, PRISM and the two DRS of its focus zone will present to the MOH at the central level recommendations aimed at establishing a nationwide health GIS in Guinea.

13. Des Données aux Décisions en passant par les Cartes: Mise en place d'un système d'information géographique (SIG) pour PRISM et pour les services régionaux et préfectoraux de la santé (Haute Guinée et Kissidougou) - Méthodologie et application pilote; Mohamed L. Keita; PRISM

# 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. Improving 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. Strengthening 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. Conducting 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. Improving IEC Management and Delivery Capacity**

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

The Behavior Change Communication (BCC) team worked steadily during this quarter to increase the use of existing maternal and child health and reproductive health services. Maternal and child health (MCH) campaigns were launched in 13 sub-prefectures, strengthening ties between communities and their district health services. Community theater troupes toured the sub-prefectures, performing skits on maternal health and child health. The youth peer educators continued to carry out activities promoting sexually responsible behavior. New coalitions were formed in the mining districts of Mandiana, Siguiri, Kerouané, and Kouroussa to reduce the risk of HIV infection associated with the traditional practice of *foudoukoudouni*, Malinke for "short marriage without commitment." The radio distance learning program for health workers is currently airing in the Kankan region.

## 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):**
There were no GRIEC or GPIEC meetings held during the reporting period.

We are please to report that the Kissidougou GPIEC (*Groupe Préfectorale d'IEC*) initiated its activities during this period. Under the IEC coordinator's supervision, the Kissidougou GPIEC identified peer educator leaders and peer educators from the sub-prefectures as well as sewing centers and hair salons. The Kissidougou girls' football team participated in a tournament held in Siguiri and some of the prefecture's health center personnel were trained in the *Den ba Nyuma Timin Nan Di* (good mothers who give first-rate care to their children) MCH strategy.

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.

## 3.2. Strengthen Providers' Interactions with Clients and Community Members

### 3.2.1 Strengthening providers' interactions with clients

**Radio Distance learning program (3.2.1.3):** Last fiscal year, PRISM developed a series of 13 radio variety 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 and it has been recorded.

*Radio Rurale de Kankan* has been broadcasting the radio distance learning program twice a week since April 2003. The program, primarily aimed at health workers, is on the air after 9:30 p.m. every Monday and Thursday for about 20 minutes. Designed to reinforce health workers' interpersonal communication skills in the area of maternal and child health, it will continue on the air through August 2003. The Faranah and Kissidougou rural radio stations will begin airing the program next quarter. Feedback from health workers has so far been positive.

### 3.2.2 Strengthening providers' interactions with community members

Training of providers in the Den ba Nyuma strategy

During the reporting period, 21 health workers from Kankan, Siguiri, Dabola, Dinguinraye, Faranah and Kissidougou were trained in the *Den ba Nyuma* strategy. The training module "*Module de Formation des Agents de Santé en la Stratégie Den ba Nyuma*"), developed with PRISM technical assistance, was used for the first time. The training covered the following topics:

- Key messages on common childhood illnesses.
- Key skills to facilitate communication with clients, and
- Implementing the *Den ba Nyuma* strategy in the health center context.

Community link with service delivery

In order to reinforce the message diffusion network, peer educators (22) and Expanded Program of Immunization health center staff (11) received an orientation preparing them to participate in the advanced strategy and train district networks responsible for educating community members. Two prefectures benefited from this intervention: Kouroussa (Cissela, Kiniero, Doura, Sanguiana, Banfele) and Siguiri (Nounkounkan, Niandankoro, Kiniebakoura, Siguirini, Maleah, and Nabou). In Siguiri, preference was given to subprefectures not covered by the child survival ADRA project. It is anticipated that each district will have at least five more people, in addition to the CBD agent, devoted to community health education.

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

### 3.3.1 IEC/BCC and HIV/AIDS

**Youth Initiatives (15-24 years old):**

Discussion with Peer Educators (3.3.1.1.2)

A meeting was held with peer educators selected from different prefectures including Kankan, Dinguiraye, Siguri, Banankoro, Dabola and Mandiana. The goal was to obtain feedback on the activities that have been implemented, discuss obstacles to change in the community, and gather suggestions on the best ways to reach youth. Peer educators cited the following as obstacles to reaching their IEC/BCC objectives:

1. Low financial resources for conducting outreach activities,
2. Few incentives, if any, for peer educators,
3. Lack of support from some health workers supervising peer educators
4. Low level of referral and supervision.

Their recommendations were as follows:

1. PRISM should organize supervision activities to support peer educators,
2. Provide more financial and material support in a timely manner, and
3. Encourage health workers to use peer educators for community outreach interventions.

Peer Educator Training

Under the IEC coordinator's supervision, the Kissidougou GPIEC (*Groupe Préfectoraie d'IEC*) identified peer educator leaders and peer educators from the sub-prefectures. A total of 13 leaders and 24 peer educators were selected, equally divided between boys and girls and representing all the sub-prefectures except for Beindou and Bardou.

During this quarter, the IEC/BCC team began to reach beyond the sub-prefecture level into the districts—one of our long-standing goals. Under the supervision of a Peace Corps Volunteer, 18 peer educators from Bakonko-Cissela, a district of the Bate-Nafadji sub-prefecture of the Kankan prefecture were identified and received training in STIs and responsible sexual behavior. The training culminated in a night show, giving the participants an opportunity to practice disseminating messages during a community event.

Peer Education Outreach

In April, the directors of all the health centers in Upper Guinea gathered in Kankan for a WHO-sponsored workshop on onchocerciasis ("river blindness"). The BCC Resident Advisor took this opportunity to gain feedback on the youth peer education program and distribute copies of the radio distance learning design document. The verbal reports received from the heads of the Kankan, Siguiri, Kerouané, Kouroussa, and Mandiana health centers confirmed that peer educators were key assets for community mobilization. Most health centers relied on them to reach the youth and mothers in their communities. Some funding went through peer educators to support action plans in Kankan, Faranah, Kerouané (Banankoro and districts), Dinguiraye (Selouma, Dialakoro, Gagnakaly, Diatifere, Dinguiraye center, and Lansanaya), Kouroussa (Banro), Dabola, Siguiri (Kiniero, Doko, Kintinian), and Mandiana center. Female soccer players, known in Kankan, Farranah, and Mandiana as "peer resources," led some activities as well. In Kankan, for example, the team that placed second in the women's soccer tournament held in N'Zérékoré in March 2003 organized a march through the town to show

off their trophy cup to the public. As they passed through the streets, the townspeople showed their appreciation for the young women's accomplishment by placing money in the cup. The march was followed by a night show to disseminate messages on HIV prevention. Similar events were organized around a match between the Mandiana and Kankan women's teams, with over 3,000 people exposed to the messages.

Video forums, another youth-led activity, were held in some mining sub-prefectures, including Kiniero (Kouroussa), Doko and Kintinian (Siguiri), Banankoro, Somassnia, Fineria, and Sibiribaro (Kerouané). More than 1,500 people were reached, with more than 800 brochures distributed. In the Faranah region, a video on sexually transmitted diseases (STDs) was shown during the launching of the MCH campaign in seven sub-prefectures (Sandenia, Passayah, Kobikoro, Beindou, Niala, Kankama, and Kindoye) and in three large districts (Kalia, Sidakoro and Kouroufinden).

Following the success of the tournament in N'Zérékoré, another women's soccer tournament is scheduled to take place in Siguiri from July 24 to 28, bringing together teams from Kankan, Siguiri, Faranah and Kissidougou. During the tournament, peer educators will carry out simultaneous interventions in all the surrounding mining sites—Balato, Doko, Kintinya, Borikaya, etc. with an emphasis on protection during Foudoukoudouni. The same pattern will be repeated in Mandiana, Kerouané, and Kouroussa.

Building Partnerships with the Private Sector
New sewing centers and hair salons in Kissidougou have agreed to work with PRISM to reach out to the community with messages on preventing STIs and unintended pregnancies. A total of 70 businesses will receive an orientation and be given signboards during the next quarter. In prefectures where this partnership already exists, contacts have been renewed.

**Initiatives with sex workers (3.3.1.3):**
A study among sex workers on perceived susceptibility to HIV and motivation to take preventive measures has been initiated in Kankan. This study will help to shape messages reaching both sex workers and bar attendants. A draft report will be released next quarter.

**Initiatives with the mining sector (3.3.1.4):**
Through the efforts of the Dinguiraye IEC Group, PRISM has established a partnership with the Société Minière de Dinguiraye to educate its employees about sexually transmitted infections (STIs), including HIV/AIDS. The company's management committee has identified workers to receive training as peer educators.

The Mandiana and Kouroussa IEC Groups have negotiated partnerships with associations of gold miners known as *kalandjantis*, believed to possess supernatural abilities for finding gold. *Kalandjantis* came together from all five mineral sites in Mandiana to received training as peer educators for STI prevention.

Building Partnerships with Miners
Taking into consideration the high promiscuity in mining areas, PRISM initiated HIV prevention, first determining the intervention sites and then negotiating with miners to take an active role in HIV prevention. During this process a special category of miners called "Kaladjanti" was discovered. Kaladjanti are gold miners believed to have supernatural power

to locate and collect gold. They are seen as rich people in the community. As such, they attract women with whom they engage in "Foudoukoudouni" practice. Foudoukoudouni is a word in Malinké meaning "short marriage." This marriage without commitment can end anytime for diverse reasons: the man cannot afford to support the woman or the woman finds another man who can better meet her needs. It has been reported that sometimes a woman can marry three men within one day. Unfortunately, most Foudoukoudouni couples do not perceive themselves as susceptible to contracting HIV.

A training was held in Mandiana with 14 miner participants, among them 2 women. Trainees came from sites in the following sub-prefectures: Faralako, Kanoumanina, Niantanina and Mandiana city. They attended the Mandiana v. Kankan girls' soccer game and learned about effectively passing on messages to the public. A husband of one of the female trainees came to the training site to thank PRISM for choosing his wife to become a messenger in her community. Training in Kouroussa will take place during the next quarter.

### 3.3.2 IEC/BCC and FP

All PRISM peer educators promote family planning through their work. However, of paramount importance is the big "mamaya" organized by Mandiana peer educators to educate the community in general and women in particular about the importance of family planning (FP) and the FP methods that are locally available. This initiative was taken on following Save the Children's impact data revealing that, despite an increase in child survival indicators, FP use was still very low in the Mandiana prefecture.

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

Continued implementation of the MCH campaign

***Campaign launches***: 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 subprefecture level where health centers are located. This approach is bringing the message closer to the service delivery sites. During the launch event, all 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 in Malinke means, "a good mother who knows how to take care of her child."

A total of 13 campaign launches took place in the sub-prefectures of the Kankan and Faranah regions during the reporting period. Campaign messages encouraged community members to go to the local health center for childhood immunizations and maternal health care services. To encourage parents to continue such positive behaviors as bringing their children for immunizations, the various IEC groups helped channel funds to buy gifts for mothers who had shown themselves to be true *den ba nyuma timin nan di* (good mothers who give first-rate care to their children). After completing her child's immunization calendar or going for prenatal care and delivering in a health center, a *den ba nyuma* would hear an announcement on the radio asking her to come to the health center to receive a gift—generally a sack of useful items such as soap and milk powder.

Unlike common health education sessions geared toward women, PRISM launches reach men too, as they play a critical role in maternal childcare prevention and management, as well. More than 40,000 people were reached with messages: on EPI diseases, immunization (calendar and side effects), childbirth assistance, danger signs during pregnancy and childbirth, service costs, referrals, etc.

Table 1: Launch of the Maternal and Child Health Campaign in PRISM zone during period April-June 2003

| **Kankan Region** | **Faranah Region** |
|---|---|
| Kankan: Koumbah, Sabadou, Baranama | Faranah: Sandenia, Passayah, Kobikoro, Beindou, Niala and districts of Kiala and Sidakoro |
| Kouroussa: Cissela, Boula, Banfele | Dabola: Kankama, Kindoye and Kouroufinden |
| Kerouane: Komodou | |

Note that during the Kankama MCH launch, a PRISM delegation congratulated parents and the community for all the effort they had invested in raising their child, Binette Diallo, a female peer educator who decided to abstain from sex until marriage. Mme. Diallo was recruited as a peer educator in 2001. She is viewed as a model in abstinence promotion, one of the key practices valued in Guinean culture.

***MCH messages and theatre groups:*** Experience has shown that communities learn easily when messages are channeled through community theater. Three community theater groups have evolved: *Franternité des Femmes Catholiques* from Kankan, *les Messagers du Niger* from Faranah, and the Dabola group. These groups received support to tour their sub-prefecture in order to further reinforce the MCH campaign.

**Table 2: Subprefectures reached by the theater groups by region**

| **Kankan** | **Faranah** | **Dabola** |
|---|---|---|
| Gberedou Baranama, Karfamoriah, Missanama, Moribaya, Bate-Nafadji, Balandou, Tintioulen | Niala, Sandenia, Beindou, Bania | Report not yet available |

Theater groups always perform in the evening, at a time when the community members have returned from the fields and have more free time to enjoy the entertaining-educational event. The content revolves around the following themes: EPI diseases, the immunization calendar, possible immunization side effects, importance of prenatal care, service costs, and importance of community participation. Approximately 25,000 people were reached during the tour.

***Reinforcement of positive practices:*** A major challenge in behavior change is the maintenance of positive practices. Several strategies exist to encourage audiences to maintain good behaviors, one of which was extensively used during this quarter. A child gift kit, including a T-shirt, soap, talc, child powder, bowls and other items, was offered to mothers who successfully completed the immunization calendar. Children's names, along with parents' addresses, were collected from health center registers and communicated through local radio broadcasts, informing parents to visit their local health center to collect a gift. Either a health center staff member or the president of the clinic management committee

presented the gift to the parents.

This strategy yields the following results:

- It helps to cement adopted behaviors, thus motivating women to remain true "ndemba nyouma Nti min Nandi."
- By citing women's names on the radio, it creates a healthy competition among community members, especially women.
- It allows health centers to catch up with 'missing' children, thus improving overall immunization coverage.
- It encourages husbands to become involved in family health.

The following is a testimony from Alpha Diallo, a businessman from Kankan whose wife received a gift kit from the health center, " *I am very happy for this gift. I was not there when it was handed to my wife. She brought it home and showed it to me. I always remind her to keep her appointment dates. If you do not bring children to the health center, the day they get sick, parents always pay the price* ".

***Child-to-Child approach to Immunization:*** MSH initiated an evaluation in the Faranah region to assess the implementation process of child-to-child interventions. It is intended to verify whether the strategy is well integrated into schools systems and to identify active players to be rewarded.

### 3.3.4 IEC/BCC and Safe Motherhood

No specific activity 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 mechanisms, 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 the 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 the DPS. 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 previous quarter in both regions in PRISM's focus zone. This reporting period, the Kankan DRS held a two-day meeting with all stakeholders to review the level of implementation of the region operational plan, make necessary adjustments and coordinate coming activities.

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

No CTRS or CTPS meetings were held during the reporting period.

## 4.2 Improve Coordination at the Institutional level

**Support MOH coordination at the central level (4.2.1)**

**Technical assistance to strengthen health national systems (4.2.1.2 & 3)**: PRISM continues to provide regular technical assistance to the design and development of various national health policies and contributes 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; short-waves radio transmitters for HCs, hospitals and DRS/DPS (4.2.1.6).
- PRISM manages with the Cabinet of the Minister of Health the leadership capacity development program of the MOH.
- PRISM supports the development of IMCI in Guinea. PRISM is a member of the National IMCI "*Groupe Technique.*"
- 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. We attended the launch workshop of the Multisector STI/AIDS World Bank Project in Conakry in April.
- 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-dollar grant for the STI/HIV/AIDS component ($13.2M) and for the Malaria component ($8.1M).

MOH Leadership Capacity Strengthening Program (LCSP)

### Evaluation of the LCSP Program

In collaboration with Management Sciences for Health's M&L (Management and Leadership) Program in Boston, PRISM launched its leadership initiative in April 2002 with two Leadership Dialogue meetings in Conakry. These meetings became the basis for the design of the Leadership Capacity Strengthening Program (LCSP). Its curriculum consisted of three workshops to be implemented over the course of six months between April and November 2002. The first workshop focused on leadership and self-knowledge, the second on leadership and organizational dynamics and the third on leadership and "changing the system." Following the first two modules, participants produced action plans, and all received follow-up visits from their Guinean facilitators who doubled as coaches.

The purpose of the evaluation was to obtain an initial appreciation of the effects of the LCSP, six months after the conclusion of its workshop curriculum, as well as to provide recommendations for a possible extension of the program and for the monitoring of its effects.

The program was expected to produce changes in behaviors, knowledge and capacities that are generally indicative of the M&L leadership functions (scanning, focusing, aligning/mobilizing and inspiring) and which would lead to improved performance at all levels. In order to anchor the expected changes in concrete activities, **the evaluation focused on the challenges addressed by the participants within their immediate work environment.** The evaluators adapted their approach to the evolving and partly tentative applications of the skills and knowledge obtained through the LCSP, and to a very broad understanding of challenges. Consequently, they used an inductive and open-ended approach that was more exploratory than confirmatory. The returns are rewarding in that they provide a rich source of qualitative insight into the possible transition from individual focus to team orientation.

The challenges identified and discussed by the participants were primarily challenges at the personal level and those involving the immediate work teams. In some cases, the respondents also discussed the broader institutional challenges they faced as health professionals.

The evaluation team identified **three basic assumptions underlying the LCSP approach that, on the basis of our findings, appear to be well founded and workable**: a) the likelihood of achieving sustainable improvements in health service delivery is increased when managers have leadership capacity; b) leadership capacity is strengthened when managers know how to get their work teams to achieve results; c) in order to get their teams to achieve results, managers need to know how to promote and nurture a work climate in which team members are empowered and inspired. They believe that these assumptions can be scaled up to broader challenges as well.

*Effects at the Personal Level*: **All participants greatly valued those aspects of the LCSP that had to do with personal issues.** Through the various challenges that they set for themselves, participants were able to make advances in the following areas of their personal behaviors: control of emotions such as anger and impatience, willingness to listen, greater accessibility to others, humility. As leaders, they understood that personal growth could provide a stronger basis for working with others in teams to face challenges and achieve results. However, this linkage's actual realization varied considerably across the participants.

*Effects at the Organizational Level*: The LCSP inculcates a new approach to solving the management problems that stand in the way of resolving broader institutional challenges. The most noteworthy features of this new approach are:

- **Participation:** According to their colleagues, **the program participants have introduced a new way of discussing issues and problems (scanning) -- collectively as a team.** Team members clearly appreciate the greater clarity that comes through the sharing of information, improved means of communication, and opportunities for input.
- **Team Building:** The **participants** had **invested considerable effort in activities that can be used to build and strengthen their teams.** They used improvements in such prosaic matters as job descriptions, meeting protocol, and delegation practices to put in practice a new orientation that promotes the engagement of subordinates and encourages their input.
- **Generating and Seeking Feedback**: Providing and soliciting feedback promotes transparency and a sense of sharing. Participants sought to make it routine practice and, in some cases, used it to push the boundaries of risk. The positions occupied by the members of this LCSP cohort are highly visible, potentially vulnerable and by tradition very lonely. There was a palpable sense of liberation conveyed by the participants when they discussed their discovery of new ways of sharing information and inviting feedback from peers, superiors and subordinates.
- **From Efficiency-Focused to Team-Focused Orientation:** Challenges addressed at the organizational level focused on the improvement of existing practices. All of the participants had addressed one or another of these and had been able to achieve improvements. Noteworthy for this evaluation is the extent to which these improvements went beyond technical efficiency to investments in building teams that can address challenges at broader levels and achieve sustainable results. This requires attitudinal change.

***Effects at the Institutional Level and Service Delivery Level:*** It was not the intent of this

evaluation to assess the impact of the LCSP on change at the broader institutional level or on service delivery. Still, there is some indication that the team-focused approach and certain individual behaviors promoted by the program have facilitated steps toward institutional change. For example, agents in one region were going against the standard practice of masking dismal service statistics. The respondent linked this initiative to the importance of honest feedback that had been stressed during the LCSP.

The full evaluation report of the LCSP can be found in Annex 14.

**Special Module Workshop and Mentoring/Coaching Skills Development Workshop**
PRISM & the M&L Program implemented two LCSP workshops targeting the MOH senior staff cohort during the reporting period.

The Special Module Workshop: This workshop was organised to allow completion of the LCSP initial six-month program for the members of the senior staff cohort that had missed one of the three core modules. The five half-day long workshop was attended by the nine concerned participants, all of them from the central level, and was facilitated by the joint MOH/PRISM/M&L team of trainers.

The Mentoring/Coaching Workshop: This three-day workshop was attended by 20 out of the 22 members of the MOH senior staff cohort and was also facilitated by the joint MOH/PRISM/M&L team of trainers. The main goal of the workshop was to prepare the MOH's top-level leaders to 1) create within the organisational units they direct a work climate favourable to performance improvement and 2) facilitate the development of leadership at the lower tiers of the organisation.

The report covering the two workshops can be consulted in Annex 15.

**Presentation at the central level of strategies, approaches, tools and products (4.2.1.4):**

Presentations at the Conakry International Pharmaceutical Forum: PRISM made two presentations at the Conakry International Pharmaceutical Forum (*Forum Pharmaceutique International 2003*) held on the 4th- 6th of June. The theme of the forum was *Access and Rational Use of Quality Drugs in Africa*. The themes of PRISM presentation were ***IMAT adaptation, integration and uses in the primary health system of Guinea: implementation process and results obtained*** and ***Guinea 2002 DCMI survey results***. The slides of the presentations can be seen in Annex 16.

Training of central level MOH key personnel in the use of the IMAT: During the reporting period PRISM implemented a training session of key central level health managers in the use of the Inventory Monitoring Assessment Tool (IMAT). The MOH National Director of Pharmacies and Laboratories had requested the training session of PRISM in order to ensure better integration of the IMAT in all regions of the country and levels of the health system. Participants in the training

14. Evaluation of the Leadership Capacity Strengthening Program (LCSP) for the Ministry of Public Health, Guinea; MSH/M&L Program; July 2003
15. PRCL du MSP: Rapport de la conduite de deux ateliers: atelier de mise à niveau des cadres du niveau central et atelier de coaching et de suivi des cadres supérieurs du niveau central et régional; Tady Club, 28 avril au 8 mai 2003.
16. See both power point presentations slides in this annex.

session came from the following key organisational units:

- *Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoires* = 6 participants
- Pharmacies and Laboratories Inspection Service = 4 participants
- *Pharmacie Centrale de Guinée* (PCG) = 1 participant
- Conakry Health Communal Directions = 3 participants

**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 in managing their CBD program and IEC activities.
- with BASICS II to adapt and integrate IMCI in Guinea, and improve EPI performance.
- 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 GTZ to train PSS and PRISM projects drivers as peer educators in STI/HIV/AIDS.
- 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 the USAID centrally funded 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 into 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.

**Miscellaneous activities with partners**

- PRISM participated in the RBP (*recensement des besoins en performance* - performance improvement needs assessment) data analysis and planning workshop in Kouroussa organised by BASICS II, assisted by PRIME.
- PRISM participated in Save the Children's detail implementation plans (DIP) for the Mandiana and Kouroussa prefectures.

**Coordination with USAID (4.2.3)**

Regular coordination and consultation contacts between PRISM and the SO2 team are ongoing.

- PRISM attended USAID-Guinea's mid-year program performance review held in Conakry in June. All strategic objective teams were present as well as all projects. PRISM presented

its main achievements and results as of the end of March 2003.

- The coming Measures project facility survey was discussed in detail. The facility survey will be carried out in August and September 2003 in Upper Guinea (HG), the forest region and in the Fouta Djallon (*Moyenne Guinée*). It will provide key information on the availability of essential resources and on quality of services. The main focus of the survey will be HG where USAID implementing agencies are concentrated. Data from the other regions will serve comparison purposes. This facility survey will be a follow-on to the one implemented by USAID in January and February 2001.

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

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

1. Delivery by UNICEF of small medical equipment, materials and surgical instruments designated Kit A, B and C to all 15 HCs of the Kissidougou Prefecture
2. Delivery by ARC Santé of small materials associated with nutrition promotion and monitoring activities to all 15 HCs of the Kissidougou prefecture.
3. Co-funding with WHO and UNICEF of the IMCI training session for providers held in April in Kankan.

# PROJECT IMPLEMENTATION

## PRISM Personnel

Nominations

- **Dr. Namoudou Keita**, PRISM CBD Program Coordinator was nominated ***PRISM Regional Representative*** for the Faranah Region during the reporting period.
- **Dr. Bocar Dem**, PRISM Coordinator for MCH activities was nominated ***PRISM Regional Coordinator*** for the Kankan Region.

Newly Hired Personnel

- **Mr. Bakary Camara**, the current Faranah Prefecture Director for Micro-Realization (DMR) was hired during the reporting period as the ***Coordinator for Community Institutional Strengthening*** for the PRISM Faranah Regional Office.
- **Mr. Marc Kossigan Afanchao** was hired during the reporting period as the ***Accountant*** for the PRISM Faranah Regional Office.

Change of Assignment

- **Mr. Kalil Camara**, an administrative assistant at the PRISM Kankan Regional Office, was assigned to the position of ***Office Manager*** for the PRISM Faranah Regional Office .
- **Dr. Namoudou Keita**, PRISM CBD Program Coordinator, was assigned to the position of ***Coordinator for RH Services Integration*** for the Faranah Region .
- **Dr. Bocar Dem**, PRISM Coordinator for MCH activities, was assigned to the position of ***Regional Coordinator for RH Services Integration*** for the Kankan Region.

Interns

- PRISM hosted two interns from MSH this quarter:
  - **Ms. Laura Stricker**, a former administrative backstop for PRISM at MSH and currently in the MBA program at Toronto University, arrived in Guinea in June for a two-month internship funded by the Paul Alexander Foundation. Her areas of interest are the HMOs/Murigas, the revitalized COGES and the financial viability of the cost recovery system at the HC level in Guinea.
  - **Ms. Maggie Partella,** currently in the MPH program at the Harvard School of Public Health, arrived in Guinea in June for a two-month internship funded by private sources. Her main areas of interest are the geographic information system development, community based interventions and the analysis of factors favoring or preventing behavior changes relating to health practices.

## PRISM Core Institutional Partnership

Subcontracts were finalized and signed with two US-based subrecipients: JHU/CCP and EngenderHealth.

## PRISM Monitoring & Evaluation

2002 Household Survey

The full report on PRISM's 2002 household survey was produced during the reporting period and is now being distributed to USAID, the MOH and institutional partners. The main results for Upper Guinea and comparison with the 1999 Demographic and Health Survey are presented in the following table.

## PRISM 2002 Household Survey
### MAIN RESULTS FOR UPPER GUINEA AND COMPARISONS WITH THE 1999 DHS

| INDICATORS | DHS-99 NATIONAL | DHS-99 UPPER GUINEA | *HHS02 UPPER GUINEA* |
|---|---|---|---|
| **PRENATAL CONSULTATION AND BIRTH DELIVERY** | | | |
| 1. % OF WOMEN 15-49, WITH CHILDREN LESS THAN 24 MONTHS (LESS THAN 60 MONTHS FOR THE DHS), THAN HAVE BENEFITED FROM AT LEAST ONE PRENATAL CONSULTATION DURING THE LAST PREGNANCY (RESULTS FOR 3 OR MORE CONSULTATIONS ARE NOT PRESENTED IN THE DHS REPORT) | 71 | 56 | *81* |
| 2. % OF WOMEN 15-49, WITH CHILDREN LESS THAN 24 MONTHS (LESS THAN 60 MONTHS FOR THE DHS), WHICH GAVE BIRTH TO THEIR LAST CHILD IN A HEALTH FACILITY. | 29.0 | 16.8 | *35,7* |
| 3. % OF WOMEN 15-49, WITH CHILDREN LESS THAN 24 MONTHS (LESS THAN 60 MONTHS FOR THE DHS), FOR WHICH THE LAST BIRTH DELIVERY WAS ASSISTED BY A TRAINED HEALTH PROVIDER. | 54.8 | 48,0 | *56,1* |
| **IMMUNIZATION OF CHILDREN 12-23 MONTHS** | | | |
| 1. BCG (% OF CHILDREN 12-23 MONTHS) | 75,8 | 61,6 | *88,3* |
| 2. DTC3 (% OF CHILDREN 12-23 MONTHS) | 46,2 | 40,2 | *45,8* |
| 3. MEASLES (% OF CHILDREN 12-23 MONTHS) | 52,1 | 41,8 | *61,6* |
| 4. COMPLETELY IMMUNIZED ((% OF CHILDREN 12-23 MONTHS) | 32.2 | 30.0 | *30,1* |
| **DIARRHEA TREATMENT** | | | |
| 1. INCIDENCE (%)OF DIARRHEA AMONG CHILDREN LESS THAN 5 YEARS OLD DURING THE LAST TWO WEEKS | 21,2 | 20,2 | *28,6* |
| 2. PERCENTAGE OF CHILDREN LESS THAN 5 YEARS OLD WHO HAD DIARRHEA DURING THE LAST TWO WEEKS THAT WERE TREATED AT A HEALTH FACILITY. | 36,0 | 27,1 | *36,5* |
| 3. PERCENTAGE OF CHILDREN LESS THAN 5 YEARS OLD WHO HAD DIARRHEA DURING THE LAST TWO WEEKS THAT RECEIVED ORS SOLUTION. | 39,9 | 35,4 | *53,8* |
| **BREAST FEEDING** | | | |
| 1. PERCENTAGE OF CHILDREN LESS THAN 24 MONTHS (LESS THAN 60 MONTHS FOR THE DHS) WHO WHERE BREASTFED IMMEDIATELY AFTER BIRTH. | 26,0 | 29,7 | *42,8* |
| 2. PERCENTAGE OF CHILDREN 7-23 MONTHS WHO WERE EXCLUSIVELY BREAST-FED DURING THEIR FIRST 6 MONTHS. | 9 | NOT AVAILABLE | *10,3* |
| **FAMILY PLANNING** | | | |
| 1. PERCENTAGE OF WOMEN 15-49 (WOMEN IN UNION IN UPPER GUINEA FOR THE DHS) THAT ARE NOT PREGNANT AND ARE CURRENTLY USING A MODERN FAMILY PLANNING METHOD | 4.9 | 2.9 | *12,2* |
| 2. PERCENTAGE OF WOMEN 15-49 THAT ARE NOT CURRENTLY USING A CONTRACEPTIVE METHOD BUT HAVE INTENTION OF DOING SO IN THE FUTURE | 36.3 | NOT AVAILABLE | *56,3* |

# NEXT QUARTER (July – September 2003)
# MAIN ACTIVITIES, OUTCOMES AND RESULTS

## IR1.: Increased Access

### Integration of RH Services in SDPs

- Training in FP of health post agents from the Kankan and Faranah regions and of HC providers from Kissidougou.
- Integration of STI syndromic care in Dabola HCs.
- IUD training of providers at the Donka University hospital.
- Communication of the PMTCT feasibility survey data and results to the stakeholders.

### CBD/SBC

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

### TBA

- Training of TBAs from Kankan prefecture.

### ED&C Management Strengthening

- Training of Heads of HCs and health managers in essential drugs management
- Training in ED&C management of health post agents from the Siguiri, Kouroussa, Faranah and Dabola prefectures.
- Training in ED&C management of sales point attendants in the Kissidougou prefecture.

### Availability of Medical Material. IEC Material and Management Tools

- Distribution of medical equipment and materials in the all prefectures of the focus zone.
- Continued delivery of imported medical materials anticipated.

### Equity and Viability of Access

- Design and distribution of fee schedule boards for hospital maternity and paediatric services.
- 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 6 new sub-prefectures of the Faranah prefecture will be presented to the community general assembly.
- Orientation and mobilisation of communities in the management of their HC (COGES strengthening) will be concluded in the Kankan targeted sub-prefectures.
- Integration of revitalised COGES initiated in Kerouane and Kankan prefecture.

## IR2.: Improved Quality

### Strengthening Quality Improvement Support Systems

- Training of Heads of HCs and health managers from the Faranah region in team management.
- Monitoring of Facilitative Supervision carried out in the Kissidougou prefecture, where PRISM initiated its support to supervision during the reporting quarter, and in Kouroussa.
- Training of additional supervision personnel from DRS/DPS in COPE facilitation.
- COPE integration in Kankan and Dinguiraye facilities.

- Post-training monitoring on IUD services.
- Post-training of EPI agents in Dinguiraye.

### Improve the Quality of RH Services Delivered

- Training in IMCI of the 2nd provider from the 9 Dabola HCs and the 11 Mandiana HCs.
- Training in SONU of 20 HC providers.
- Refresher training of health posts agents from Mandiana prefecture in child survival
- Training in childcare services of providers from the Kissidougou prefecture.
- Post-training monitoring in PAC/AMIU in the Faranah integrated sites.
- Integration of PAC/AMIU services in remaining hospitals of the focus zone (Kissidougou, Kouroussa and Dinguiraye).

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

- Training of the HHC from the Kankan prefecture in data for decision-making.
- Implementation of the pilot phase of the decentralised health geographic information system.

## IR3: Increased Demand

- Training of 40 Safe Motherhood promoters – 20 from Kankan and 20 from Kerouane.
- Intensification of IEC/BCC interventions in mining areas of Siguiri, Mandiana and Kerouane.
- Training of Kaladjanti (leader miners) in Kouroussa.
- Expansion health education networks in Kouroussa prefecture villages.
- MCH orientation activities in subprefectures and in villages.
- Support for implementation of community IMCI interventions in pilot prefectures.
- Completion of baseline qualitative study with sex workers.
- Completion of EPE approach for immunisation evaluation.

## IR4: Improved Coordination

### Support to the MOH Coordination Functions

- Participation in all CTPS and CTRS meetings

### Leadership Capacity Strengthening Program

- Leadership and team management training of the Faranah and Kankan DRS/DPS teams.
- Dissemination of the LCSP evaluation report.

### Support to USAID

- 2003 Facility survey
- Support to contraceptive needs projections

### Partnership Development

- Developing partnership with the USAID-funded NFQE project (education sector).

## Project Implementation

- Distribution and dissemination of the 2002 household report and results.
- Sharing of protocol for the 2003 household survey with partners and integration of input.
- Completion of field work for the 2003 household survey in HG and Kissidougou.
- Introduction of proposed candidate for the position of PRISM/COP to SO2 team, MOH counterparts at the central level and in HG, and to key partners' representatives.
- Attendance of PRISM staff members at the HIV/AIDS conference in Dakar.

- Recruitment:
  - CQI Coordinator for Faranah

**Annexe 1 :** '' Stratégie de Relance du Dispositif Intra-Utérin, Méthode Contraceptive de Longue Durée'' MSH & Engenderhealth, Rabelahasa et Touré, Avril 2003

PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTÉ REPRODUCTIVE / MST/SIDA

ENGENDER HE

# STRATEGIE DE RELANCE DU DISPOSITIF INTRAUTERIN METHODE CONTRACEPTIVE DE LONGUE DUREE.

Dr Rabelahasa Eléonore, Conseillère en SR et en Qualité des soins, PRISM
Dr Bouba Toure , Program Officer, Engender Health

Avril 2003

# Contexte

La République de Guinée couvre une superficie de 245 857 km2 avec une population estimée à 7 557 000 selon l'Annuaire des Statistiques Sanitaires 1998, paru en Janvier 2000.

La République de Guinée a adhéré à l'Initiative "Maternité Sans Risque" lancée à Nairobi en 1987 et a participé aux différents événements en sa faveur dont l'élaboration et la dissémination du Programme National Maternité Sans Risques 2001-2010.

Le but du "Programme National de Maternité sans Risque 2001-2010" est d'améliorer l'état de santé de la mère et du nouveau-né à travers quatre axes stratégiques:

- le plaidoyer pour l'adoption d'un environnement favorable à la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.
- le renforcement du système de santé en vue de le rendre plus apte à satisfaire aux besoins de la population
- la participation communautaire pour la promotion de comportements favorables à lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.
- l'habilitation de la femme pour lui permettre de mieux gérer tous les aspects de sa santé reproductive.

Un de ses objectifs est d'augmenter de 4 à 16% la prevalence contraceptive moderne grâce au renforcement de la CCC en PF, la contribution à l'amélioration de la qualité des prestations en PF et l'extension des services de PF.

Le projet PRISM/Guinée, en collaboration avec ses partenaires (Engender Health, JHPIEGO, AFRICARE, ADRA, HKI...) aide les DRS de Kankan et de Faranah à atteindre l 'objectif suscité en:

- améliorant l'accès aux services PF grâce à la redynamisation/mise en place d'agents communautaires distribuant les contraceptifs non prescriptibles et assurant la promotion de la PF en général, à l'intégration des activités PF dans les CS et les hôpitaux, à la RO sur la prescription des CO par les agents communautaires.
- améliorant la qualité des services de PF par le renforcement de la supervision facilitante, l'intégration de nouvelles méthodes de PF (minilaparatomie sous anesthésie locale), l'introduction de COPE, l'amélioration de la gestion des CS en général et le renforcement de l'appropriation des CS par la communauté
- accroissant la demande en services de PF grâce à l'utilisation de partenaires communautaires (leaders religieux, jeunes pairs éducateurs, animateurs MSR, AV...), aux campagnes de masse
- améliorant la coordination des intervenants en SR dans sa zone d'intervention par la participation aux différentes instances préfectorales (CTPS, GPIEC), régionales (CTRS, GRIEC) et nationales

L'Enquête Démographique et de Santé de 1999 a montré une amélioration de l'utilisation des méthodes de contraception moderne: 4,2% chez toutes les femmes enquêtées. De même l'Enquête ménage effectuée par le projet PRISM a montré que la prévalence contraceptive est de 15% en Haute Guinée.

Malgré tout cela, le DIU reste toujours le parent pauvre de toutes les méthodes de contraception moderne: seules 0,2% des femmes enquêtées lors de l'EDS l'utilisaient. Les statistiques de routine des DRS de Kankan et de Faranah permettent de conclure que 0,19%

(Faranah) à 0,96% ( Kankan) des femmes sous contraception moderne choisissaient le DIU en Haute –Guinée. Or le TCU-380, DIU communément employé en Guinée est une méthode barrière qui empêche les spermatozoïdes et l'ovocyte de se rejoindre. Elle est:

- fiable : 0,6 à 0,8 grossesse pour 100 femmes durant la première année
- réversible immédiatement: la fécondité revient dès après le retrait
- inerte: sans aucun effet secondaire sur le lait maternel , sans aucune interaction avec les médicaments
- durable: elle est efficace durant 10 ans

Une attention particulière sera donc donnée à la relance de cette méthode de contraception durant PRISM II.

# Objectif

La stratégie de relance de DIU a pour objectif d'augmenter la proportion de femmes utilisant le DIU dans les 9 hôpitaux préfectoraux et 11 CS urbains ou CS améliorés de la zone d'intervention du projet PRISM (Haute Guinée, et la préfecture de Kissidougou), selon un contrat d'objectif défini dans chaque site..

# Activités

Pour atteindre cet objectif, une série d'activités va être mise en œuvre:

## 1. *Recensement des besoins dans les sites.*

Une visite de recensement des besoins aura lieu dans chaque site et aura pour but de:

- définir les besoins en formation du personnel. En effet, l'insertion et le retrait du DIU ne peuvent se faire que dans de très bonnes conditions de prévention des infections: tout le personnel du site doit donc être capable chacun à son niveau de respecter les différentes étapes de la Prévention des Infections. Ensuite, le DIU est une méthode contraceptive parmi tant d'autres, donc le personnel doit être aussi capable d'aider le(la) client(e) à choisir la méthode qui lui convient. Enfin l'insertion et le retrait du DIU requièrent une formation spécifique
- faire l'inventaire de besoins en équipements et matériels.
- aider le personnel à planifier toutes les étapes nécessaires à la réorganisation des services de telle manière que tous les droits des clients soient respectés dans le site PF.
- définir avec le responsable de chaque site (DH ou CCS) le contrat d'objectif pour le recrutement de clients. Il est très important de spécifier que les 9 hôpitaux et les 11 CS cibles de cette relance sont déjà des sites DIU; mais nous sommes convaincus que l'implication des responsables de ces structures et l'inclusion des indicateurs DIU dans leur contrat d'objectif permettraient d'accroître l'utilisation de cette méthode.

La visite pour le recensement des besoins sera assurée par Engender Health en collaboration avec les DPS et les DRS concernées, elle durera au maximum 3 jours par site. Le staff de PRISM y participera selon ses possibilités.



Y6

## 2. *Orientation des partenaires communautaires par rapport au DIU, méthode moderne de contraception*

Le principal défi dans la stratégie de relance du DIU reste toujours le recrutement des clients et les statistiques citées plus haut montrent que les femmes acceptant le DIU sont en très petit nombre.
PRISM II va donc s'adjoindre tous les partenaires de terrain pour recruter le maximum de clients en organisant une réunion d'orientation avec eux. Cette réunion aura lieu au décours de la visite de recensement des besoins ; elle durera au maximum deux heures et aura pour principal objectif de donner les messages clés aux partenaires communautaires pour qu'ils soient aptes à mobiliser leur communauté autour de l'utilisation de cette méthode. Les participants à cette réunion sont: les jeunes pairs éducateurs, les leaders pairs, les agents communautaires, les responsables des COGES, des CVS, des CVD ou des mutuelles (MURIGA ou autres).

La réunion d'orientation des partenaires communautaires sera assurée par les mêmes personnes qui feront le recensement des besoins.

## 3. *Renforcement de la Prévention par l'introduction ou le suivi du COPE centré sur la Prévention des Infections*

Parmi les 9 hôpitaux, 6 ont déjà introduit le COPE et 2 vont introduire bientôt l'outil "Amélioration de la Performance" créé par JHPIEGO. Tous les 11 CS, par contre, utilisent COPE pour l'amélioration de la qualité des soins et des services.

PRISM, en collaboration avec Engender Health, a élaboré une fiche de suivi de la Prévention des Infections à partir des questionnaires d'auto-évaluation du COPE. Cette fiche permettra de calculer le niveau d'adéquation du site par rapport aux normes de prévention des infections, de mettre en exergue les problèmes y relatifs et d'élaborer un plan d'action pour les résoudre.

Chaque site sera donc évalué par rapport à cette fiche de suivi et un plan d'action sera mis en œuvre pour accroître le taux d'adéquation si besoin. Cette évaluation se fera en même temps que la visite de recensement des besoins à la fin de laquelle une assemblée générale du personnel permettra d'élaborer le plan d'action.

## 4. *Remise à niveau en Technologie Contraceptive et Counselling*

Pour permettre au client de choisir efficacement la méthode contraceptive qui lui convient, il est important que le prestataire lui explique TOUTES les méthodes existantes en Guinée, même celles qui sont encore absentes au site. Il est donc primordial que les prestataires des sites DIU reçoivent, si besoin, une remise à niveau en Technologie Contraceptive. Cette remise à niveau durera 5 jours ; elle sera facilitée par Engender Health et organisée par PRISM.

## 5. *Formation en technique d'insertion et de retrait du DIU*

La formation en DIU nécessite un minimum de clients. En effet, on estime que les compétences en DIU seront acquises si chaque prestataire réussit :

- 5 insertions sur mannequin
- 5 retraits sur mannequin
- 5 insertions sur des clientes

Le nombre de personnes à former et les sites de stage seront donc définis en fonction de ces objectifs éducationnels. D'ores et déjà, nous pouvons affirmer que le seul endroit qui pourrait nous permettre d'atteindre actuellement ces objectifs est la ville de Conakry: Engender Health va donc identifier les sites de stage possibles (CHU, CMC ou cliniques privées) ainsi que le nombre de participants pour une formation.

Une fois les sites de stage identifiés, il sera nécessaire de s'assurer qu'ils répondent à tous les critères cliniques d'un site de stage, surtout en matière du respect de la prévention des infections.

A l'issue de la formation, deux éventualités peuvent survenir:

- le prestataire a pu atteindre les objectifs cités précédemment: il peut tout de suite continuer les activités de DIU dès son retour de formation.
- le prestataire n'a pas pu atteindre les objectifs éducationnels: il lui sera alors demandé de recruter les clientes restantes sur son lieu de travail et d'appeler un formateur par message radio- via PRISM - sitôt le quota atteint . Le formateur complétera sa remise à niveau sur le tas.

## 6. *Sensibilisation communautaire par les radios rurales.*

Selon l'EDS de 1999, 72,9% des ménages urbains de la République de Guinée possèdent la radio contre 48,6% en milieu rural: c'est dire l'importance de cet outil de communication dans l'information de la population.

Toujours en vue d'atteindre l'objectif du Programme National de Maternité sans Risque relatif à la PF, et pour maintenir la compétence des prestataires DIU en recrutant régulièrement des clientes , des messages spécifiques sur le DIU seront élaborés et transmis aux 2 radios rurales , celles de Kankan et de Faranah pour des émissions régulières.

Engender Health facilitera un atelier d'élaboration des messages clés relatifs au DIU, tandis que PRISM les adjoindra aux messages de SMI déjà émis par les radios rurales de Kankan et de Faranah.

## 7. *Visite de suivi post-formation*

Conscients qu'une formation "classique" ne peut faire acquérir au maximum que 60% de compétences, dans le but d'une amélioration continue de la qualité des soins, les DRS de Kankan et de Faranah, en collaboration avec PRISM ont mis en place une stratégie de formation bien structurée: après une formation "classique", les formateurs/superviseurs



48

suivent chaque prestataire régulièrement en utilisant une fiche de suivi post-formation qui leur permettra de calculer un taux d'adéquation par rapport aux normes de prestation des services. Ce suivi post-formation rapproché ne finira que si le prestataire atteindra un taux d'adéquation égal ou supérieur à 60%. Après il sera apprécié et aidé lors des supervisions "normales".

Cette stratégie de formation continue sera aussi appliquee dans cette stratégie de relance. Une fiche de suivi post-formation en DIU sera élaborée, elle permettra de calculer un taux d'adéquation par rapport aux normes. Engender Health assistera l'équipe DPS dans le premier suivi post-formation qui aura lieu au minimum 4 semaines après le redémarrage effectif des activités. Une visite de suivi post-formation durera au maximum 2 jours par site et elle sera planifiée de telle sorte que les formateurs/superviseurs verraient au moins une insertion de DIU sur cliente par site.

### *8. Visites de suivi*

Des visites de consolidation et de supervision facilitante auront lieu après 3, 6 et 12 mois. Elles seront facilitées par Engender Health et dureront au maximum 2 jours par site. Elles verront la participation des formateurs et superviseurs DRS/DPS et utiliseront les fiches de supervision du PEV/SSP/ME.

## Conclusion.

Cette stratégie de relance du DIU n'est ni innovatrice ni parfaite. Elle a mis ensemble les expériences de deux institutions qui ont longtemps œuvré dans le domaine de la Planification Familiale, Management Sciences for Health et Engender Health. Nous pensons qu'elle va être positive pour plusieurs raisons:

- d'abord elle se repose sur les acquis du PEV/SSP/ME notamment sur les monitorages réguliers des sites en y incorporant dorénavant des indicateurs spécifiques sur le DIU, et les fiches de supervision.
- ensuite, elle reconnaît la valeur inestimable des partenaires communautaires dans l'animation des communautés autour des thèmes particuliers.
- enfin, elle combine la relance d'une méthode contraceptive avec la dynamique actuelle de la recherche continue d'amélioration de la qualité des soins et des services, recommandée par le Ministère de la Santé Publique.

## Bibliographie.


1. *Eléments de la technologie de la contraception. Manuel à l'intention du personnel clinique. Programme d'information sur la population de l'Université Johns Hopkins. Editeur des Population Reports. Octobre 2000*

2. *Programme National de Maternité Sans Risques 2001-2010. Ministère de la Santé Publique . Décembre 2000*

3. *Enquête Démographique et de Santé. Guinée. Ministère du Plan et de la Coopération. Direction Nationale des Statistiques. Mars 2000*

4. *The Family Manager Compendium. Management Strategies for improving family planning services. Management Sciences for Health. 1996.*

**Annexe 2** : "Evaluation de base pour la relance DIU à Dabola, Kouroussa, Kankan, Faranah et Kissidougou " EngenderHealth, 14/06/03- 22/06/03.

ENGENDERHEALTH

*Improving Women's Health Worldwide*

# Evaluation de base pour la relance du D I U
# Dabola, Kouroussa, Kankan, Faranah et Kissidougou

**14/06/03 - 22/06/03**

52

Dans le cadre de la relance du DIU, EngenderHealth en collaboration avec PRISM a effectué une évaluation de base dans les hôpitaux et centres de santé de Dabola, Kouroussa , Kankan , Faranah et Kissidougou. Dans chacune de ces préfectures, l'évaluation a concerné l'hôpital prefectoral/régional et un centre de santé urbain: (Marché, à Faranah et Madina à Kissidougou, CSU à Dabola, CS Salamani à Kankan , CSU à Kouroussa) .

Elle a été appuyée sur le terrain par Dr. Abdoul BALDE - Chargé de la Qualité des services à PRISM Faranah pour l'axe Faranah- Kissidougou et Dr. Bocar Dem – Responsable Régional PRISM Kankan pour l'axe Kankan- Kouroussa – Dabola

Les objectifs spécifiques de l'évaluation étaient les suivants :

1- Faire avec les autorités de chaque site (Hôpital et centre de santé urbain) le point sur l'utilisation des services de planification familiale et le processus d'intégration du DIU aux autres prestations de planification familiale de la structure.
2- Définir les besoins en formation du personnel du service de maternité et de l'unité de planification familiale (Hôpital et centre de santé urbain).
3- Faire le point avec tous les concernés du niveau de la prévention des infections à l'hôpital en général et à la maternité en particulier au centre de santé urbain.
4- Recueillir les statistiques sur les différentes méthodes contraceptives dans chaque structure.
5- Faire des propositions concrètes pour l'amélioration des activités de DIU et de Prévention des Infections (réorganisation des services) dans chaque structure.
6- Faire l'inventaire des besoins en équipements et matériels.
7- Définir avec le responsable de chaque site (Hôpital ou centre de santé urbain).
8- Organiser et animer une réunion d'orientation sur le DIU avec les partenaires communautaires.

**Matériel et Méthode**

Pour les besoins de l'exercice, un guide d'évaluation des lieux d'offre de services DIU, un document sur la relance du DIU , la fiche de planification familiale, le guide d'évaluation de la Prevention des Infections, les registres de consultations et de protocoles opératoires, les rapports mensuels des activités de PF ont servi de support de collecte des données.

La méthodologie a consiste en :

- Des observations des structures sanitaires( infrastructure, équipement, matériels fongibles, laboratoire, point de vente des médicaments/contraceptifs) et des pratiques de Prevention des Infections.



53

- Des entretiens avec les autorités administratives des localités visitées (DPS, DG, DH, les Chefs de centre de santé...) ; des groupements (accoucheuses villageoises, pairs éducateurs, comités d'hygiène, de suivi COPE).
- Des interviews avec les prestataires à l'aide de guides et de grilles élaborés à cet effet( voir Annexe) et les agents de l'AGREF Kankan
- L'exploitation du document sur la stratégie de relance du DIU, élaboré par EngenderHealht et PRISM .
- La consultation des outils de gestion

CONSTATS

**A. Au niveau des hôpitaux :**

Dans chacun des hôpitaux préfectoraux/régionaux visités, les ressources humaines existent mais leurs compétences sont à améliorer.

Les infrastructures sont adéquates en ce sens que chaque site dispose d'une salle de counseling/planification familiale.

De grands efforts ont été déployés dans le cadre de la prévention de l'infection et une mention spéciale revient à la maternité de Faranah qui a un taux d'adéquation de 92% ; elle est suivie par Kissidougou avec un taux de 72%( cf. Grille d'évaluation sur la Prévention des Infections)

Les maternités des hôpitaux de Kankan , Dabola, Faranah et Kissidougou sont éligibles pour la relance du DIU quoique l'hôpital de Kissidougou ait besoin de l'introduction et du suivi COPE mais aussi de la réactualisation de la formation de ses agents en prévention de l'infection selon l'approche développée par EngenderHealth .

La maternité de Kouroussa manque d'unité de PF et les statistiques sur les différentes méthodes contraceptives ne sont pas disponibles. Les ligatures des trompes per césariennes ne sont pas notifiées.

**B. Au niveau des centres de santé urbains :**

- Le personnel existant est suffisant du point de vue numérique par rapport aux activités de SMI/PF mais peu qualifié.
- Dans ces centres la salle réservée aux activités de planification familiale/counseling est commune avec la consultation prénatale. Cette situation fait que ni la confidentialité ni l'intimité du client ne sont respectées.
- Les infrastructures sont suffisantes dans tous les sites visités mais une réorganisation est indispensable dans tous les CS pour garantir les droits des clients à l'intimité et à la confidentialité. Ainsi, au niveau du centre de santé urbain de Marché (Faranah), la consultante a discuté avec le chef de ce centre de la possibilité de réorganiser les services par le transfert

des activités de counseling/planification familiale dans une des ailes de l'annexe abritant la salle d'accouchement.

- Une salle de planification familiale/counseling est disponible au centre de santé urbain de Madina (Kissidougou) mais n'est pas équipée.
- Les agents s'efforcent à respecter les normes et procédures en prévention de l'infection et des risques mais les ruptures en hypochlorite, l'insuffisance de fongibles risquent à long terme de compromettre leurs efforts (cf. grille d'évaluation de la prévention de l'infection). Pour améliorer leurs compétences en Prévention des Infections, il serait judicieux **d'inclure dans le curriculum de formation sur le DIU une mise à jour sur la prévention des infections.**
- Les laboratoires des centres de santé urbains sont exigus et peu performants à cause du manque/insuffisance de matériel :

Ainsi au laboratoire de Marché (Faranah) quoique les agents soient formés au diagnostic des IST/SIDA ils ne font pas d'examen dans ce sens par manque de réactifs.

**Compte tenu de cette situation , le personnel de tous les CS devrait être formé à la prise en charge syndromique des IST.**

La formation des prestataires s'impose dans tous les sites visités et des besoins ont été exprimés dans ce sens par les agents. Ces besoins en formation sont en rapport généralement avec le counseling, la technologie contraceptive y compris l'insertion du DIU, les IST, Normes et procédures en santé de la reproduction etc...

A l'exception de l'hôpital de Faranah , des besoins en fournitures et équipement sont ressentis partout et sont en rapport avec les tables gynécologiques, le kit DIU et autres fournitures et plus spécialement l'eau de Javel.

**C. Rencontres avec les agents des Services à Base Communautaire.**

Partout les consultants ont mené des discussions avec les agents des services à base communautaire, les pairs éducateurs en formation et des accoucheuses villageoises sur la relance du DIU.

Ces réunions ont porté sur les informations suivantes :

- L'existence du DIU parmi la gamme des contraceptifs actuellement disponibles en Guinée.
- Les canaux d'approvisionnement en DIU.
- Ses avantages (coût / Efficacité , Durée d'action, réversibilité, et aussi meilleure surveillance de la cliente sur les plans de la prévention et du traitement des I.S.T.).

Ces partenaires communautaires ont été invités à faire la mobilisation sociale autour des contraceptifs en général et du DIU en particulier en égard à ses avantages.

RECOMMANDATIONS

Il ressort des constats les recommandations suivantes :

1) <u>Au niveau des services</u> : réorganiser les services de manière à assurer la confidentialité et préserver l'intimité des clients. Ceci n'est possible qu'en isolant les activités de planification familiale dans une salle spécifique à cette activité.

2) <u>Au niveau du personnel</u> :

- Assurer la formation et le suivi des agents en technologie contraceptive, insertion du DIU mais aussi en counseling.

**Au cours de la formation sur le DIU rappeler les normes de prévention de l'infection et la prise en charge syndromique des IST.**

- Sensibiliser les agents de planification familiale à faire la promotion du DIU au même titre que les autres méthodes de contraception, au respect des normes de la prévention des infections et des risques, mais aussi à la bonne tenue des dossiers .

**- Au niveau de l'hôpital de kissidougou, introduire l'outil COPE et former/ réactualiser la formation sur la prévention des infections** et des risques non seulement à la maternité mais également en chirurgie et au laboratoire. Ceci pourrait concerner également les autres services des autres structures.

3) <u>Au Niveau des équipements et fournitures</u> :équiper toutes les structures en kit DIU et tables gynécologiques ( sauf l'hôpital de Faranah) et les approvisionner en fournitures y compris en hypochlorite.

Trouver une source régulière d'approvisionnement en eau de javel étiquetée dont les budgets de consommation des structures pourrait prendre en charge l'achat .

4) <u>**Susciter la mobilisation sociale à travers les radios rurales mais aussi par les partenaires des services à base communautaire**</u> : A ce niveau, il faut créer un système de communication entre ceux-ci et les prestataires de services par l'organisation de réunions périodiques en vue d'assurer le suivi et le feed back sur les activités.

5) Enfin il faut intégrer les activités de planification familiale au monitorage afin d'assurer un meilleur suivi des activités en général et celui de l'utilisation du DIU en particulier.

## CONCLUSION

L'évaluation de base sur la relance du DIU dans les sites de Daboia, Kouroussa , Kankan , Faranah et Kissidougou a permis de dégager des points forts et des points à améliorer :

Points forts:

1- L'existence d'un personnel suffisant du point de vue numérique par rapport aux activités.
2- La réorganisation possible des services au niveau des centres de santé urbains.
3- L'enthousiasme des autorités et des prestataires des sites visités.
4- L'engagement des partenaires communautaires.
5- L'existence de deux sites déjà prêts pour la relance du DIU ;

Points à améliorer :

Ils sont en rapport avec :

1- L'insuffisance de qualification du personnel.
2- Le manque/insuffisance d'équipement et de fournitures

La formation des prestataires selon les besoins ressentis, l'équipement et l'approvisionnement en fournitures et médicaments, l'existence d'infrastructures adéquates, l'enthousiasme des partenaires et des autorités à tous les niveaux des structures visitées pourraient être des gages de succès pour rehausser la prévalence contraceptive en général et l'utilisation du DIU en particulier à Faranah et à Kissidougou.

## CALENDRIER DE TRAVAIL

| | |
|---|---|
| Samedi 14/06/03 | -Départ de Conakry Arrivée à Faranah |
| Dimanche 15/06/03<br>10h-15h00 | - Réunion d'harmonisation avec le consultant de PRISM<br>- Visite aux autorités sanitaires de Faranah : présentation des objectifs de la mission. |
| Lundi 16/06/03 | |
| 09h-17h | -Interview des prestataires du centre de santé urbain de Marché. |
| 17h30 | -Départ pour Kissidougou. |
| Mardi 17/06/03 | |
| 08h00-08h30 | - Visite aux autorités sanitaires de Kissidougou : présentation des objectifs de la mission. |
| 08h45-17h | -Interview des prestataires du centre de santé urbain de Madina. |
| Mercredi 18/06/03<br>08h30-12h00 | -Interviews des prestataires de l'hôpital |
| 12h15-1315<br>13h30-17h00<br>18h00 | - Entretien avec les pairs éducateurs sur la relance du DIU<br>- Interview des prestataires à l'hôpital<br>- Départ pour Faranah |
| Jeudi 19/06/03<br>9h00-17h | - Interview à l'hôpital de Faranah. |
| Vendredi 20/06/03 | - Entretien avec les accoucheuses villageoises sur la relance du DIU<br>- Débriefing avec le consultant de PRISM |
| Samedi 20/06/03 | - Retour à Conakry |

## Liste des pairs éducateurs rencontrés à Kissidougou

1- BARRY Koumba Baïlo
2- MARA Sory
3- CAMARA N'Famoussa
4- TOURE Fadima
5- SANOH Yomba
6- DIAWARA Aïssata
7- CISSE Makalé
8- CISSE M'Mah
9- MILLIMOUNO Alain
10- FOFONA Kadiatou
11- TOLNO Louis
12- CAMARA Aminata
13- MILLIMOUNO Eric Moussa
14- TRAORE Fatoumata

## Liste des accoucheuses villageoises rencontrées à Faranah

| | | |
|---|---|---|
| 1- | SAMOURA Sago | Quartier Sirkouleny |
| 2- | TOURA Fina | Quartier Sirkouleny |
| 3- | KOUROUMA Bo saran | Quartier Sirkouleny |

**Besoins en fournitures et équipements de la maternité de Kissidougou**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1- | Kit de DIU | = | 1 |
| 2- | Lampe frontale | = | 1 |
| 3- | Kit de mini- laparotomie à complètes | | |
| 4- | Fiches P.F | | |
| 5- | Contraceptifs pour les méthodes temporaires | | |
| 6- | Gants stériles | | |
| 7- | Compresses | | |
| 8- | Scialytique pour le bloc opératoire | = | 2 |
| 9- | Table opératoire | = | 1 |
| 10- | Appareil d'anesthésie | = | 1 |
| 11- | Panneau solaire pour le bloc opératoire | | |
| 12- | Lunettes protectrices | | |
| 13- | Kit de césarienne | = | 5 |
| 14- | Tabouret | | |
| 15- | Table gynécologique | = | 1 |
| 16- | Aspirateur électrique | = | 1 |
| 17- | Concentrateur d'oxygène | = | 1 |
| 18- | Hypochlorite ou eau de javel | | |
| 19- | Carburant insuffisant pour faire fonctionner le grand groupe de l'hôpital | | |
| 20- | Spéculum de taille différente | | |

Plan d'Action Centre de Santé de Madina - Kissidougou

| Problèmes | Causes | Solutions | Quand | Par qui |
|---|---|---|---|---|
| Le counseling n'est pas suffisamment mené au niveau du C.S. | Manque d'équipement audiovisuel. | Equiper la salle réservée à cet effet en équipements et matériels (téléviseur cassette audiovisuel, groupe électrogène de 3 Kva, un stabilisateur). | | |
| La prévention des infections n'est pas adéquatement appliquée au C.S. | Rupture d'eau de javel étiqueté | Solliciter l'appui de PRISM pour la mise en disposition permanente | | |
| Tout le personnel du site n'est pas formé sur les normes et procédures en Santé de la Reproduction . | Manque de formation pour tout le personnel | Planifier une formation sur les normes et procédures en Santé de la Reproduction. | | |
| Défectuosité de la toiture du centre de santé | Mauvaise étanchéité du bâtiment | Solliciter un appui auprès des O.N.G. partenaires de la santé. | | |
| Insuffisance de matériel et équipement et consommable de laboratoire. | Manque de matériel et d'équipement. | Solliciter l'appui de PRISM pour la mise à la disposition des matériels, équipements et consommable de labo. | | |
| Une partie du personnel du site a des difficultés de communication en technologie contraceptive. | Manque de formation structurée. | Planifier et former intégralement tout le personnel du site. | | |
| Tout le personnel du centre de santé ne connaît pas la technique de la pose du D.I.U | Manque de formation de tout le personnel. | Faire une mise à niveau des prestataires des services de P.F. Planifier et former tout le personnel. | | |

Maternité de Faranah

| Mois | Lo femenal | Ovrette | D.Provera | DIU | Condom | Spermicide |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Mars | 4 | 0 | 8 | 1 | 0 | 0 |
| Avril | 7 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Mai | 3 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 14 | 0 | 19 | 1 | 0 | 0 |

Méthodes contraception (1ers contacts)
Maternité de Faranah

NB : Le service a réalisé durant la période 7 mini-laparotomies dont 6 par intervalle et 1 en post-partum. Les outils de gestion n'ont pas été disponibles.

**Annexe 3**: " Rapport technique de formation des prestataires en prise en charge Syndromique des IST du 2 au 5 avril et du 28 au 31 mai à Kankan " ;
Dr Bocar Dem, PRISM .



63

# RAPPORT TECHNIQUE DE FORMATION DES PRESTATAIRES EN PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES I.S.T DU 2 AU 5 AVRIL 2003 A KANKAN

## INTRODUCTION:

Ce séminaire de formation est organisé dans le cadre de l'exécution du plan d'action élaboré à la suite de l'atelier de concertation entre le projet PRISM, les partenaires du terrain dont les autorités sanitaires de la région de Kankan. Il s'agit des prestataires chargés de la consultation curative au niveau de 20 centres de santé cibiés dans la région de Kankan: Mandiana 9, Kankan 10 , et Kourousse 1.
Parmi ces prestataires, 1 seul est prestataire suppléant ( Mamouroudou).

Il est organisé en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients porteurs d'infections sexuellement transmissibles au niveau de ces sites de prestations.
Il a été animé par une équipe de trois formateurs de la DRS et DPS de Kankan qui sont:

1. Mme Fatoumata Djènè KABA: Sage femme superviseur et formateur régional
2. M Ibrahima Sory FOFANA: Formateur et superviseur à la DPS de Kankan
3. M Sayon SIDIBE: Formateur superviseur à la DPS de Kankan.

## BUT ET CONTENU DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'améliorer la competence des prestataires en prise en charge syndromique des patients porteurs d'IST.
Pour lui permettre d'acquérir ces nouvelles connaissances, aptitudes et attitudes, le contenu de cette formation est divisé en quatre modules, eux même repartis en 10 sessions:

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

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

- MODULE B : Approche syndromique de la prise en charge des IST
  - Session 04 : Les approches diagnostiques
  - Session 05 : Anamnèse et Examen d'un patient porteur d'IST
  - Session 06 : Utilisation des algorithmes pour la prise en charge.

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

complet d'un patient qui doit aboutir à un traitement efficace grâce à l'utilisation correcte de l'algorithme IST.

- **MODULE C :** Education/ Conseil/ Notification aux partenaires
  - Session 07 : Communication interpersonnelle
  - Session 08 : Education, Conseil des patients porteurs d'IST
  - Session 09 : Notification aux partenaires.

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

- **MODULE D :** Gestion
  - Session 10: Enregistrement des cas d'IST.

Ce module dégage l'importance d'un système fonctionnel d'enregistrement des cas et le mode d'enregistrement des cas index et cas contacts.

## OBJECTIFS

### ♦ OBJECTIFS GENERAL :

Renforcer les connaissances et compétences des agents de santé charger de la consultation curative au niveau des centres de santé de la région de Kankan afin d'assurer une prise en charge efficace des patients IST.

### ♦ OBJECTIFS SPECIFIQUES :

A la fin de la formation, dans son rôle de prestataire qui prend en charge un client IST, le participant doit être capable de:

- Cerner l'ampleur des IST/ VIH dans le Monde, en Afrique, et en Guinée ainsi que le lien entre les IST et le VIH.
- Procéder à un accueil, un interrogatoire et un examen du malade selon les normes établies.
- Maîtriser l'utilisation des algorithmes nationaux pour la prise en charge des cas d'IST.
- Amener les patients d'IST à adopter des comportements à moindre risque vis-à-vis des IST/VIH.
- Convaincre le patient de la nécessité de faire examiner et traiter son ou ses partenaires en lui donnant des arguments suffisants.
- Appliquer correctement le système national d'enregistrement et de notification des patients d'IST.

## ATTENTES DES PARTICIPANTS

- Améliorer nos connaissances sur les IST;
- Etre capable de prendre en charge les IST;

- Savoir ce que c'est une IST et ses complications;
- Savoir traiter les IST;
- Savoir-faire une bonne communication avec un malade d'IST;
- Connaître les causes des IST;
- Savoir comment prévenir les IST;
- Connaître les modes de transmission des IST;
- Pouvoir convaincre un malade d'IST de faire venir son ou sa partenaire à la consultation;

## NORMES DE TRAVAIL DES PARTICIPANTS

1. Respecter les horaires ;
2. Respecter les opinions d'autrui ;
3. Eviter les déplacements inutiles ;
4. Etre bref dans les interventions;
5. Etre souple ;
6. Etre tolérant;
7. Etre disponible ;
8. Ne pas fumer dans la salle ;
9. Eviter de salir la salle;
10. Les erreurs sont les bien venues.

## METHODOLOGIE

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

## DEROULEMENT

- **Team- building :** ( le 1er avril 2003)

Les formateurs ont procédé à la revue du bac des originaux, des classeurs de participants, et des documents complémentaires, ainsi que la répartition des sessions entre les formateurs.

- **La Formation :**

Le séminaire de formation a été réalisé durant la période du 2 au 5 avril 2003 inclusivement, dans l'enceinte du centre de formation HO-CHIMIN à Kankan, en exécutant les étapes suivantes:

1. **Accueil et installation des participants:**

2. **Procédures administratives**: les participants [illegible] charge financière de leur séjour à Kankan durant la période de formation.

3. **Séance de présentation** : les participants, formateurs se sont présentés successivement les uns aux autres suivant les termes de présentation définis au préalable.

4. **IDENTIFICATION DES NORMES DE TRAVAIL, ATTENTES DES PARTICIPANTS** : LES RESULTATS DE CES ACTIVITES ONT ETE PORTES SUR PAPIER FLIPCHART ET AFFICHES DANS LA SALLE.

5. **Ouverture :**

Le coordinateur de PRISM chargé des activités d'intégration des soins, au nom du projet a souhaité la bienvenue aux participants, rappelé le contexte de réalisation de cette formation et présenté ses objectifs.

Madame Djènè KABA superviseur/formateur est intervenue au nom des autorités sanitaires de Kankan, pour remercier les participants pour leur présence massive, qui exprime tout l'intérêt qu'ils accordent à cette formation sur un sujet dont l'importance n'échappe à personne.
Elle a rappelé que le VIH constituent un réel problème de santé publique et de développement dans le monde, et que la Guinée est confrontée à ce fléau, dont les cofacteurs les plus importants dans sa transmission sont les IST. Ainsi une prise charge adéquate des IST constitue sans doute une stratégie efficace de lutte contre le VIH. C'est à cet effet et compte tenu de la pertinence des objectifs de cette formation qu'elle demandera aux participants de prêter toute l'attention requise et de participer activement aux débats afin de renforcer leur compétence et performance dans l'exercice de leur fonction. C'est en souhaitant une parfaite réussite à la présente formation qu'elle a déclaré son ouverture.

6. **Présentation des thèmes** : cette présentation s'effectuait en fonction des plans de session et techniques de formation recommandées.

7. **Evaluation de la formation par les participants** : A la fin de chaque session un formateur effectue avec les participants la revue des objectifs spécifiques et fait la synthèse des apprentissages.
A la fin de chaque journée, les participants procèdent à une évaluation individuelle sur une fiche, des activités réalisées; les formateurs et assistant administratif réalisent les réunions de feed-back sur le déroulement des activités. Les résultats de l'évaluation de chaque jour sont présentés et amendés par les participants le lendemain au début de la journée.

8. Clôture : Au cours de cette cérémonie, le coordinateur PRISM du volet S.M.I. a procédé avec les participants à une revue des objectifs spécifiques de la formation et leurs attentes qui étaient entièrement comblés.Il a ensuite présenté la synthèse des évaluations journalières des activités, remercié les participants et les formateurs, et prodigué des conseils aux participants à propos de l'utilisation rationnelle des médicaments anti-IST qui ne doivent pas être objet de surtarification.

formateurs pour les efforts consentis et la qualité des prestations au cours de cette formation; transmis le sentiment de gratitude des participants au MSP et au projet PRISM pour leur avoir donner l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances et compétence dans la prise en charge des IST. Il a exprimé l'engagement des participants à appliquer le contenu de cette formation dans leur CS pour contribuer à l'interruption de la transmission des IST/VIH.

Madame Djènè KABA superviseur/formateur a exprimé sa satisfaction pour la ponctualité, et l'implication active des participants aux différents débats; l'atteinte des objectifs de la formation et surtout l'engagement des participants à faire usage des connaissances acquises lors des consultations dans leur structure sanitaire.
Elle a insisté sur le savoir être que les prestataires doivent adopter pour rendre acceptable et accessible leurs services à tous les patients porteurs d'IST.
Elle a invité les participants à honorer leur engagement et d'être à l'avant garde de la lutte contre les IST/VIH. Elle a enfin remercié les autorités sanitaires du MSP, le projet PRISM et les autres partenaires qui contribuent à la mise en œuvre de la politique de prise en charge des IST dans la région de Kankan.
C'est en souhaitant un bon retour aux participants et formateurs dans leur famille respective qu'elle a déclaré la clôture de la présente formation à 16heures 25min.

# FICHE D'EVALUATION JOURNALIERE

Numéro des sessions: 1, 2, et 3 Date: 2 / 4 / 2003

| Indicateurs | Excellent | | | Bon | | | Insuffisant | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Atteinte des objectifs préalablement établis | 7 | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle | 6 | 5 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Efficacité de la méthode et technique de formation | 6 | 4 | 5 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Chronologie de présentation des sessions | 2 | 5 | 2 | 7 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Utilité du matériel didactique | 4 | 5 | 0 | 8 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Clarté des explications | 7 | 5 | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capacité des formateurs à faciliter les discussions | 9 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Soutien administratif | 2 | 0 | 1 | 8 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 |

| La durée des sessions est: | Trop longue | Parfaite | Trop courte |
|---|---|---|---|
| | 4 | 14 | 0 |

1. Quels aspects techniques des formateurs avez-vous trouvé plus efficaces?
   - Technique participative ( 7)
   - Explications claires et compréhensibles ( 3)

2. Quels autres aspects aimeriez-vous voir inclus et dans quelle session?
   - Aucune suggestion ( 12)

3. Quels sont vos suggestions pour améliorer quelle session de la journée?
   - Aucune suggestion ( 12)

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer les aspects administratifs?
   - Eviter le retard dans le démarrage des activités ( 5)

AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS:
- Excellents formateurs ( 2)

# FICHE D'EVALUATION JOURNALIERE

Numéro des sessions: 4, 5 et 6 Date: 3 / 4 / 2003

| Indicateurs | Excellent | | | Bon | | | Insuffisant | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Atteinte des objectifs préalablement établis | 10 | 5 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle | 7 | 5 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Efficacité de la méthode et technique de formation | 6 | 4 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Chronologie de présentation des sessions | 5 | 7 | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Utilité du matériel didactique | 8 | 4 | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Clarté des explications | 11 | 4 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capacité des formateurs à faciliter les discussions | 12 | 4 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Soutien administratif | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |

| La durée des sessions est: | Trop longue | Parfaite | Trop courte |
|---|---|---|---|
| | 5 | 14 | 0 |

1. Quels aspects techniques des formateurs avez-vous trouvé plus efficaces?
   - techniques participatives (7)
   - explications claires (8)

2. Quels autres aspects aimeriez-vous voir inclus et dans quelle session?
   - Aucun (14)

3. Quelles sont vos suggestions pour améliorer quelle session de la journée?
   - Aucune (16)

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer les aspects administratifs?
   - Aucune (16)
   - Varier le menu du repas et augmenter l'eau (4)

**Autres remarques et suggestions:**
- donner des devoirs à traiter à la maison (1)
- bien gérer le temps (3)

# FICHE D'EVALUATION JOURNALIERE

Numéro des sessions: 7 et 8 Date: 4 / 4 / 2003

| Indicateurs | Excellent | | | Bon | | | Insuffisant | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Atteinte des objectifs préalablement établis | 15 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle | 10 | 5 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Efficacité de la méthode et technique de formation | 11 | 4 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Chronologie de présentation des sessions | 7 | 6 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Utilité du matériel didactique | 6 | 5 | 4 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Clarté des explications | 9 | 7 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capacité des formateurs à faciliter les discussions | 10 | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Soutien administratif | 3 | 0 | 0 | 4 | 1 | 3 | 3 | 2 | 4 |

| La durée des sessions est: | Trop longue | Parfaite | Trop courte |
|---|---|---|---|
| | 1 | 18 | 1 |

1. Quels aspects techniques des formateurs avez-vous trouvé plus efficaces?
   Toutes les techniques sont efficaces ( 7)
   Techniques participatives ( 5 )

2. Quels autres aspects aimeriez-vous voir inclus et dans quelle session?
   Aucun ( 14)

3. Quels sont vos suggestions pour améliorer quelle session de la journée?
   Aucune (16) ;

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer les aspects administratifs?
   Eviter le retard du repas et de l'eau ( 13 )
   Aucune ( 4 )

**Autres remarques et suggestions:**

Former aussi les agents chargés du PEV et CPN (4)
Assurer le suivi régulier des agents

# FICHE D'EVALUATION JOURNALIERE

Numéro des sessions: 9 et 10 Date: 5 / 4 / 2003

| Indicateurs | Excellent | | | Bon | | | Insuffisant | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Atteinte des objectifs préalablement établis | 17 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle | 15 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Efficacité de la méthode et technique de formation | 16 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Chronologie de présentation des sessions | 10 | 9 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Utilité du matériel didactique | 10 | 8 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Clarté des explications | 15 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capacité des formateurs à faciliter les discussions | 15 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Soutien administratif | 1 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 |

| La durée des sessions est: | Trop longue | Parfaite | Trop courte |
|---|---|---|---|
| | 0 | 18 | 2 |

1. Quels aspects techniques des formateurs avez-vous trouvé plus efficaces?
   Toutes les techniques (13)
   Rien à signaler ( 3)

2. Quels autres aspects aimeriez-vous voir inclus et dans quelle session?
   Aucun . ( 13)
   Supervision – évaluation ( 1 )

3. Quels sont vos suggestions pour améliorer quelle session de la journée?
   Aucune . (14)

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer les aspects administratifs?
   Rien à signaler ( 14 )
   Eviter les retard ( 2)

**Autres remarques et suggestions:**
Supervision fréquente des agents ( 1)
Formation des suppléants PEV et CPN ( 5)
Changer la salle de formation ( 2 )
Donner les attestations ( 2 )

LISTE DES PARTICIPANTS

| N° O | NOM et PRENOM | Centre de Santé | Préfectures |
|---|---|---|---|
| 1. | KOUROUMA Sekou | Sabadou baranama | KANKAN |
| 2. | CAMARA Ismael | Karifamoriah | |
| 3. | DIAKITE Souleymane (suppléant) | Mamouroudou | |
| 4. | TRAORE Mory | Koumban | |
| 5. | TOUNKARA Karifa | Moribaya | |
| 6. | BARRY Ibrahima boullivel | Boula | |
| 7. | KONATE Mamady | Tintioulen | |
| 8. | SANGARE Aminata | Kankan Koura | |
| 9. | SOROPOGUI Oueret | Daloba Sékou | |
| 10. | KONATE Ibrahima | Sinkèfara | |
| 11. | THEA Cécé | Dialakòro | MANDIANA |
| 12. | LOUA Fassou Pé | Balandougouba | |
| 13. | HABA Roger | Niantanina | |
| 14. | BEAVOGUI Michèl | Kantoumanina | |
| 15. | FOFANA Karamoko | Morodou | |
| 16. | BAYO Mory | Sansando | |
| 17. | CAMARA Mamady | Kondianakoro | |
| 18. | ZOUMANIGUI Manfila | Koundian | |
| 19. | KEITA Samba | Falako | |
| 20. | PIVI Niankoye | Babila | KOUROUSSA |

# RAPPORT TECHNIQUE DE FORMATION DES 2 IEM PRESTATAIRES EN PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES I.S.T DU 28 AU 31 MAI 2003 A KANKAN

## INTRODUCTION:

Ce séminaire de formation est organisé dans le cadre de l'exécution du plan d'action élaboré à la suite de l'atelier de concertation entre le projet PRISM, les partenaires du terrain dont les autorités sanitaires de la région de Kankan. Il s'agit des suppléants des prestataires chargés de la consultation curative au niveau de 15 centres de santé ciblés dans la région de Kankan: Kankan 9 , Siguiri 6 dont un observateur en plus et Kouroussa 1.

Il est organisé en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients porteurs d'infections sexuellement transmissibles au niveau de ces sites, lorsque le prestataire principale est absent pour des raisons de service.

Il a été animé par une équipe de 2 formateurs de la DPS de Kankan et le coordinateur régional de PRISM qui sont:

1. Dr Mariama Ciré CAMARA: chef section formation et recherches
2. M Ibrahima Sory FOFANA: Formateur et superviseur à la DPS de Kankan
3. Dr Bocar DEM : Coordinateur Régional PRISM Kankan.

## BUT ET CONTENU DE LA FORMATION
(voir précédent rapport de formation)

## ATTENTES DES PARTICIPANTS

- Améliorer nos connaissances sur Types d'IST;
- Etre capable de prendre en charge les IST;
- Savoir expliquer les complications des IST aux malades;
- Savoir traiter les IST;
- Savoir-faire une bonne communication inter-personnel avec un malade d'IST;
- Connaître les causes des IST;
- Savoir comment prévenir les IST;
- Connaître les modes de transmission des IST;

## NORMES DE TRAVAIL DES PARTICIPANTS

1. Respecter les horaires ;
2. Respecter les opinions d'autrui ;
3. Eviter les déplacements intempestifs ;
4. Participation active de tous aux débats;
5. Demander la parole avant de parler;
6. Etre tolérant et flexible;
7. Utiliser un langage simple et facile à comprendre ;
8. Etre assidu .

## METHODOLOGIE / DEROULEMENT

(voir précédent rapport de formation)

**5. Ouverture :**

Le coordinateur de PRISM chargé des activités d'intégration des soins, au nom du projet a souhaité la bienvenue aux participants, rappelé le contexte de réalisation de cette formation et présenté ses objectifs.

Dr Mariama Ciré CAMARA est intervenue pour souhaiter la bienvenu et remercier au nom des autorités sanitaires de Kankan, les participants pour leur présence massive, qui exprime tout l'intérêt qu'ils accordent à cette formation sur un sujet dont l'importance n'échappe à personne.
Elle a rappelé que le VIH constituent un réel problème de santé publique et de développement dans le monde, et que la Guinée est confrontée à ce fléau, dont les cofacteurs les plus importants dans sa transmission sont les IST.
C'est à cet effet et compte tenu de la pertinence des objectifs de cette formation qu'elle demandera aux participants de prêter toute l'attention requise et de participer activement aux débats afin de renforcer leur compétence et performance dans l'exercice de leur fonction.
C'est en souhaitant une parfaite réussite à la présente formation qu'elle a déclaré son ouverture.

8. Clôture : Au cours de cette cérémonie, le Coordinateur Régional de PRISM a procédé avec les participants à une synthèse des apprentissages, revue des objectifs spécifiques de la formation en les comparant à leurs attentes qui étaient entièrement comblés.

M. Bangaly Condé du CS de Koumban, au nom des participants, a remercié les formateurs pour les efforts consentis et la qualité des prestations au cours de cette formation; transmis le sentiment de gratitude des participants au MSP et au projet PRISM pour leur avoir donner l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances et compétence dans la prise en charge des IST. Il a exprimé l'engagement des participants à appliquer le contenu de cette formation dans leur CS pour contribuer à l'interruption de la transmission des IST/VIH.

Dr Mariama Ciré CAMARA a exprimé au nom du DPS sa satisfaction pour la ponctualité, et l'implication active des participants aux différents débats; l'atteinte des objectifs de la formation et surtout l'engagement des participants à faire usage des connaissances acquises lors des consultations dans leur structure sanitaire.
Elle a insisté sur le savoir être que les prestataires doivent adopter pour rendre acceptable et accessible leurs services à tous les patients porteurs d'IST.
Elle a enfin remercié les autorités sanitaires du MSP, le projet PRISM et les autres partenaires qui contribuent à la mise en œuvre de la politique de prise en charge des IST dans la région de Kankan.
C'est en souhaitant un bon retour aux participants et formateurs dans leur famille respective qu'elle a déclaré la clôture de la présente formation .

# FICHE D'EVALUATION JOURNALIERE

Numéro des sessions: 1, 2, et 3 Date: 28 / 5 / 2003

| Indicateurs | Excellent | | | Bon | | | Insuffisant | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Atteinte des objectifs préalablement établis | 14 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle | 11 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Efficacité de la méthode et technique de formation | 8 | 5 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Chronologie de présentation des sessions | 14 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Utilité du matériel didactique | 10 | 1 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Clarté des explications | 9 | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capacité des formateurs à faciliter les discussions | 12 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Soutien administratif | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 3 | 1 | 0 |

| La durée des sessions est: | Trop longue | Parfaite | Trop courte |
|---|---|---|---|
| | 0 | 15 | 0 |

1. Quels aspects techniques des formateurs avez-vous trouvé plus efficaces?
   - Toutes les techniques sont efficaces ( 16)

2. Quels autres aspects aimeriez-vous voir inclus et dans quelle session?
   - Aucun aspect ( 15)

3. Quels sont vos suggestions pour améliorer quelle session de la journée?
   - Aucune suggestion ( 16)

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer les aspects administratifs?
   - Augmenter le perdiem ( 4)

| AUTRES REMARQUES ET SUGGESTIONS: |
|---|
| |

# FICHE D'EVALUATION JOURNALIERE

Numéro des sessions: 4, 5 et 6 Date: **29 / 5 / 2003**

| **Indicateurs** | **Excellent** | | | **Bon** | | | **Insuffisant** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Atteinte des objectifs préalablement établis | 13 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle | 10 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Efficacité de la méthode et technique de formation | 12 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Chronologie de présentation des sessions | 14 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Utilité du matériel didactique | 12 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Clarté des explications | 12 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capacité des formateurs à faciliter les discussions | 12 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Soutien administratif | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 |

| La durée des sessions est: | Trop longue | Parfaite | Trop courte |
|---|---|---|---|
| | 1 | 12 | 0 |

1. Quels aspects techniques des formateurs avez-vous trouvé plus efficaces?
   - Toutes les techniques (14)
   - Participative (2)

2. Quels autres aspects aimeriez-vous voir inclus et dans quelle session?
   - Aucun (16)

3. Quelles sont vos suggestions pour améliorer quelle session de la journée?
   - Aucune (16)

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer les aspects administratifs?
   - Aucune (15)

**Autres remarques et suggestions:**
- Félicitations aux formateurs (8)
- Apprécie la disponibilité, la simplicité et l'efficacité des formateurs (3)

# FICHE D'EVALUATION JOURNALIERE

Numéro des sessions: 7 et 8 Date: 30 / 5 / 2003

| Indicateurs | Excellent | | | Bon | | | Insuffisant | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Atteinte des objectifs préalablement établis | 14 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle | 11 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Efficacité de la méthode et technique de formation | 13 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Chronologie de présentation des sessions | 13 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Utilité du matériel didactique | 12 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Clarté des explications | 14 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capacité des formateurs à faciliter les discussions | 12 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Soutien administratif | 6 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 |

| La durée des sessions est: | Trop longue | Parfaite | Trop courte |
|---|---|---|---|
| | 0 | 12 | 0 |

1. Quels aspects techniques des formateurs avez-vous trouvé plus efficaces?
   Toutes les techniques sont efficaces ( 10)

2. Quels autres aspects aimeriez-vous voir inclus et dans quelle session?
   Aucun ( 16)

3. Quels sont vos suggestions pour améliorer quelle session de la journée?
   Aucune (16) ;

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer les aspects administratifs?

   Aucune (15 )

**Autres remarques et suggestions:**

Félicitations aux formateurs (4)
Soutien administratif insuffisant ( 2)

# FICHE D'EVALUATION JOURNALIERE

Numéro des sessions: 9 et 10 Date: 31 / 5 / 2003

| Indicateurs | Excellent | | | Bon | | | Insuffisant | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Atteinte des objectifs préalablement établis | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pertinence du contenu par rapport à ma situation professionnelle | 15 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Efficacité de la méthode et technique de formation | 14 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Chronologie de présentation des sessions | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Utilité du matériel didactique | 15 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Clarté des explications | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capacité des formateurs à faciliter les discussions | 15 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Soutien administratif | 5 | 4 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |

| La durée des sessions est: | Trop longue | Parfaite | Trop courte |
|---|---|---|---|
| | 0 | 14 | 0 |

1. Quels aspects techniques des formateurs avez-vous trouvé plus efficaces?
   Toutes les techniques (13)

2. Quels autres aspects aimeriez-vous voir inclus et dans quelle session?
   Aucun . ( 15)

3. Quels sont vos suggestions pour améliorer quelle session de la journée?
   Aucune . (16)

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer les aspects administratifs?
   Aucune . (16)

**Autres remarques et suggestions:**

Formateurs sympathiques et disponibles ( 3)
Remerciements aux formateurs ( 6)
Explications claires ( 1 )
Augmenter le perdiem ( 1 )

LISTE DES PARTICIPANTS

| NOM et PRENOM | Centre de Santé | Préfectures |
|---|---|---|
| KOLIE Cécé | Sabadou baranama | KANKAN |
| DIAWARA Moussa | Moribaya | |
| DIOUBATE Idrissa | Batènafadji | |
| CONDE Bangaly (nouveau CCS) | Koumban | |
| FOFANA Sékou Mohamed | Boula | |
| KOUROUMA Michèl (nouveau CCS) | Tintioulen | |
| SOUMAHORO Kalil | Kankan Koura | |
| DONZO Makèmè | Daloba Sékou | |
| KABA Aminata | Sinkèfara | |
| OULEMOU Nyakoye | Bankon | SIGUIRI |
| SANGARE Mamady (nouveau CCS) | Kinièbakoura | |
| GOMOU J. Pièrre ( APEV observateur) | Kinièbakoura | |
| SOROPOGUI Joseph | Maléah | |
| MILIMONO Lambert F (nouveau CCS) | Siguiri Koro | |
| MANIMOU Soumaoro | Siguirinin | |
| KOLIE Pépé Maxim | Babila | KOUROUSSA |

**Annexe 4:** Introduction pilote de la distribution directe des contraceptifs oraux dans le programme SBC en Guinée ; août 2003 ; PRISM .

République de Guinée

Ministère de la Santé Publique
(MSP)

**********

Management Sciences for Health
(MSH)

Pour Renforcer les Interventions en
Santé reproductive et IST-SIDA
(PRISM-Guinée)

# INTRODUCTION PILOTE DE LA DISTRIBUTION DIRECTE DES CONTRACEPTIFS ORAUX DANS LE PROGRAMME SBC EN GUINEE

Dr Keita Namoudou
Coordinateur du Programme SBC
de PRISM

**Financement USAID**

août 2003

République de Guinée

Ministère de la Santé Publique
(MSP)

Management Sciences for Health
(MSH)

Pour Renforcer les Interventions en
Santé reproductive et IST-SIDA
(PRISM-Guinée)

# INTRODUCTION PILOTE DE LA DISTRIBUTION DIRECTE DES CONTRACEPTIFS ORAUX DANS LE PROGRAMME SBC EN GUINEE

Dr Keita Namoudou
Coordinateur du Programme SBC
de PRISM

Financement USAID

août 2003

83

# INTRODUCTION PILOTE DE LA DISTRIBUTION DIRECTE DES CONTRACEPTIFS ORAUX DANS LE PROGRAMME SBC EN GUINEE

## PREFECTURE DE KANKAN

## REGION ADMINISTRATIVE DE KANKAN


Projet PRISM
Immeuble Fawaz
BP 3064 Conakry
République de Guinée

Attn : Dr Keita Namoudou
Coordinateur du Programme SBC

Management Sciences for Health
165 Allandale Street
Boston, Massachusetts 02130
USA


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


**La réalisation de la présente étude a été rendue possible grâce au financement de l'USAID octroyé à MSH dans le cadre de l'Accord de Coopération n° 624-A-00-97-00077 (PRISM I). Les opinions exprimées dans ce rapport n'engagent que MSH/PRISM et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'USAID.**

# AVANT-PROPOS

L'introduction pilote de la distribution directe des contraceptifs oraux dans le programme SBC a été réalisée sur le terrain par le projet PRISM, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, sous financement de l'USAID.

La stratégie d'appui du projet PRISM au programme SBC a été validée en juin 1999 à Dabola et une des composantes de cette startégie était la réalisation d'une recherche opérationnelle en vue d'élargir la gamme des services offerts par les Agents Communautaires, dont notamment la distribution directe des contraceptifs oraux aux clientes sans prescription préalable d'un agent de santé. Le présent travail se situe dans ce cadre.

La réalisation de ce travail a connu une participation très active et effetcive de tous les membres du Comité de pilotage dont les noms suivent Qu'ils trouvent ici toute notre gratitude.

**Président :** Dr Mahi Barry, Directeur National de la Santé Publique du MSP
**Vice-Président :** Dr Sidathy Keita, Chef de Division Santé Reproductive du MSP
**Membres :** Dr Sall Aboubacar, Responsable du Service Statistique, Etudes et Information (SSEI) du MSP
Dr N'Nah Djénabou Sylla, Section Recherche du SSEI, Représentant le Comité d'éthique pour la recherche en Santé
Dr Harirata Bah, Directrice Nationale des Pharmacies et Laboratoires du MSP
Dr Alpha Oumar Barry, Directeur Régional de la Santé de Kankan
Dr Malal Diallo, Directeur du Centre de Recherche et de Formation en Santé de Maferinya et Boké
Professeur Yolande Hizazi, Vice-Doyenne de la Faculté de Médecine OdontoStomatologie de l'Université de Conakry
Dr Lamarana Diallo, Coordinateur National des Programmes de l'AGBEF
Dr Eleonore Rabalahasa, Conseillère en Qualité des Services et des Soins de PRISM
Dr Namoudou Keita, Coordinateur du Programme SBC de PRISM, Rapporteur de la recherche

Nous remerçions très sincèrement les équipes régionale et préfectorale de Kankan pour leur implication effective dans le processus tout au long de l'intervention.

L'introduction pilote de la distribution directe des contraceptifs oraux dans le programme SBC a été réalisée sur le terrain par le projet PRISM, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, sous financement de l'USAID.

La stratégie d'appui du projet PRISM au programme SBC a été validée en juin 1999 à Dabola et une des composantes de cette startégie était la réalisation d'une recherche opérationnelle en vue d'elargir la gamme des services offerts par les Agents Communautaires, dont notamment la distribution directe des contraceptifs oraux aux clientes sans prescription préalable d'un agent de santé. Le présent travail se situe dans ce cadre.

La réalisation de ce travail a connu une participation très active et effetcive de tous les membres du Comité de pilotage dont les noms suivent Qu'ils trouvent ici toute notre gratitude.

**Président :** Dr Mahi Barry, Directeur National de la Santé Publique du MSP
**Vice-Président :** Dr Sidathy Keita, Chef de Division Santé Reproductive du MSP
**Membres :** Dr Sall Aboubacar, Responsable du Service Statistique, Etudes et Information (SSEI) du MSP
Dr N'Nah Djénabou Sylla, Section Recherche du SSEI, Représentant le Comité d'éthique pour la recherche en Santé
Dr Harirata Bah, Directrice Nationale des Pharmacies et Laboratoires du MSP
Dr Alpha Oumar Barry, Directeur Régional de la Santé de Kankan
Dr Malal Diallo, Directeur du Centre de Recherche et de Formation en Santé de Maferinya et Boké
Professeur Yolande Hizazi, Vice-Doyenne de la Faculté de Médecine OdontoStomatologie de l'Université de Conakry
Dr Lamarana Diallo, Coordinateur National des Programmes de l'AGBEF
Dr Eleonore Rabalahasa, Conseillère en Qualité des Services et des Soins de PRISM
Dr Namoudou Keita, Coordinateur du Programme SBC de PRISM, Rapporteur de la recherche

Nous remerçions très sincèrement les équipes régionale et préfectorale de Kankan pour leur implication effective dans le processus tout au long de l'intervention.

7.5.2 Utilisation des services de PF 37
7.5.2.1 Nombre d'utilisatrices de service de planification familiale 37
7.5.2.2 Taux d'utilisation de la contraception orale 38
7.5.3.1 Couple-années de protection 39
7.5.3.2 Quantité de produits distribués 39
7.5.4.1 Couverture en PF avant l'intervention (octobre 2001 à mars 2002) au niveau des centres de santé des deux zones 40
7.5.4.2 Couverture en PF pendant l'intervention (mai à octobre 2002) au niveau des centres de santé des deux zones 41
**VIII. Résultats (partie discussion)** 42
8.1 Le programme de services à base communautaire 43
8.2 La méthodologie 43
8.3 Les caractéristiques des AC et des clientes 44
8.4 Compétence des AC 44
8.5 Effet de l'intervention 46
**Conclusion** 49
**Bibliographie** 51
**Annexes** 52
1. Liste de contrôle N°1 : Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte ? 53
2. Liste de contrôle N°2 : Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'a pas de contre-indication médicale ? 54
3. Liste de contrôle N°3 : Quel type et combien de plaquette de pilule à donner à la cliente ? 55
4. Rapport mensuel de l'AC 56
5. Rapport mensuel du superviseur SBC (niveau centre de santé) 57
6. Cahier de suivi des clientes de CO 58
7. Fiche de référence 59
8. Fiche de stock 60
9. Grille de supervision des AC (lors des stratagies avancées ou des réunions mensuelles) 61
10. Questionnaire « Nouvelle cliente » 62
11. Questionnaire « Cliente régulière » 66
12. Questionnaire « Agent communautaire » 68
13. Guide de vérification de l'utilisation des listes de contrôle par les AC 71

## SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|---|---|
| AC | Agent Communautaire |
| AGBEF | Association Guinéenne pour le Bien Être Familiale |
| AT-SBC | Assistant technique SBC |
| CAP | Couple-Années de Protection |
| CO | Conraceptif oral ou Contraception Orale |
| CPN | Consultation Prénatale |
| CS | Centre de Santé |
| C-SBC | Chargé SBC de la DPS |
| DBC | Distribution à Base Communautaire |
| DPS | Direction Préfectorale de la santé |
| DRS | Direction Régionale de la Santé |
| EDS | Enquête démaographique et de santé |
| ELCO | Couple Eligible |
| FAMPOP | Family Planning Option Project |
| FG | Francs Guinéens |
| FHI | Family Health International |
| IEC | Information, Education, Communication |
| IST | Infection sexuellement Transmissible |
| ME | Médicaments Essentiels |
| MSP | Ministère de la Santé Publique |
| MSH | Management Sciences for Health |
| NU | Nouveaux utilisateurs |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| OSFAM | Options Santé Familiale |
| RO/AT | Projet de recherche Opérationnelle et d'Assistance Technique en Afrique de Population Council |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PF | Planification Familiale |
| PMA | Paquet Minimum d'Activités |
| PRISM | Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et IST/SIDA |
| PSI | Population Service International |
| SBC | Services à Base Communautaire |
| SIDA | Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis |
| SIG | Système d'Information pour la Gestion |
| SRO | Sel de Rehydration Orale |
| SSP | Soins de Santé Primaires |
| TA | Technical Assistance |
| TPC | Taux de Prévalence Contraceptive |
| UR | Utilisateurs Réguliers |
| USAID | Agence Américaine pour le Développement International |
| VAD | Visite à Domicile |

# RESUME

L'introduction pilote de la distribution directe des contraceptifs oraux dans le programme SBC a été initiée par le Ministère de la Santé Publique avec l'assistance technique et financière de MSH/ PRISM, sous financement de l'USAID. Il s'agit d'une première recherche opérationnelle du genre en Guinée, réalisée dans la Préfecture de Kankan. Les objectifs étaient (1) d'évaluer la capacité des AC à utiliser correctement la liste de contrôle expérimentale, (2) d'évaluer la qualité des services offerts par les Agents Communautaires dans la distribution des produits de planification familiale en général et celle des contraceptifs oraux en particulier et (3) de déterminer l'effet de ce projet de recherche sur l'utilisation des services de PF en général et celle des contraceptifs oraux en particulier. Ces données nous permettent de déterminer la faisabilité de l'approche utilisée dans le contexte guinéen.

Le procédé de recherche choisi était de type quasi-expérimental avec séries chronologiques. Six sous-préfectures ont participé à l'étude dont trois étaient la zone d'expérimentation avec 20 Agents Communautaires (AC) et les trois autres ont servi de zone témoin (avec 21 AC). Les caractéristiques socioculturelles des AC participant à cette étude étaient comparables entre les deux zones. Ils étaient âgés en moyenne de 39 ans et sont en majorité de sexe masculin.

Durant l'intervention qui a durée six mois de mai à octobre 2002, les AC de la zone expérimentale ont recruté 448 nouvelles clientes qui désiraient les contraceptifs oraux et qui étaient effectivement éligibles selon les critères d'éligibilité de l'OMS en vigueur. Ces clientes étaient relativement jeunes (25 ans en moyenne), pronatalistes (70% désiraient d'enfant supplémentaire) et pratiquaient l'allaitement maternel au moment de l'intervention. Elles avaient en moyenne 4 enfants vivants et plus de la moitié d'entre elles avaient eu au moins un enfant décédé.

Ces critères d'éligibilité des clientes pour l'utilisation des contraceptifs oraux ont été vérifiés au cours de l'étude par les enquêteurs auprès des 448 clientes recrutées. Pour cela, les AC devaient se servir d'une série de trois listes de contrôles expérimentales comportant des questions spéficiques écrites et imagées. Il s'agissait premièrement de la liste de contrôle qui permetait à l'AC d'être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte, deuxièmement de celle qui le permettait d'être raisonnablement sûr que la cliente n'a pas de contre-indication médicale et, troisièmement de celle qui le permettait de donner le type et la quantité de contraceptifs qu'il faut à la cliente selon les mormes. Avant que l'AC ne se serve de ces listes de contrôle, il devait d'abord donner à la cliente une brève explication sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles en Guinée et ce n'est seulement lorsque la cliente choisie une méthode contraceptive orale que l'AC utilise les listes de contrôle.

Pendant l'intervention, les activités de suivi de routine du programme SBC ont continué à tous les niveaux : DRS vers DPS, DPS vers CS et CS vers AC. Ce dernier maillon du suivi se réalise toujours à travers des réunions mensuelles organisées par les Superviseurs SBC des centres de santé. Il est ainsi démontré au cours de cette intervention, que les AC formés, encadrés, disposant des produits de santé qu'ils distribuent, peuvent convenablement distribuer les contraceptifs oraux (le Lo Femanal et l'Ovrette) aux clientes qui en désirent sans mettre la vie de celles-ci en danger.

La capacité des AC à donner aux nouvelles clientes toutes les informations préalables sur les méthodes contraceptives modernes ainsi que toutes les instructions pour l'utilisation de ces

(près de 100%) ont avoué qu'elles ont reçu toutes les informations et instructions sur les méthodes contraceptives modernes disponibles en Guinée.

Chacune des trois listes de contrôle ont été dans l'ensemble, correctement utilisées par les AC. Cela a été vérifié par les enquêteurs auprès de chacune des clientes. Aucune cliente n'était enceinte après deux mois d'utilisation des CO et aucune ne présentait une contre-indication médicale suite à la vérification des enquêteurs un mois après le début de la prise du CO. Les AC ont également respecté la distribution des CO selon le type et la quantité qu'il faut à la cliente. Seulement, chez 18 clientes sur 152 qui allaitaient un bébé de plus de six mois, les AC ont donné l'Ovrette au lieu de Lo femenal. Mais ce phénomène n'a été constaté qu'en début de l'intervention et a été aussitôt corrigé par les superviseurs SBC. A noter aussi que 90% de la clientes de CO recrutées étaient à leur première utilisation de ce produit. Cela montre qu'il existait une demande latente des CO dans ces villages, qui n'a été révélée que par cette intervention.

Quoique les effets secondaires liés à la prise des CO ont été très peu raportés par les clientes (4,5%, soit 20 clientes sur 448), ils ont été bien gérés par les AC conformément aux normes (à travers la liste de contrôle établi à cet effet et connu anciennement par les AC dans le programme SBC).

L'effet de l'intervention a été mesuré au niveau de certains indicateurs courants de la PF. Il y eu quasiment un doublement du nombre de clientes de CO par rapport aux six mois ayant précédé l'intervention dans la zone expérimentale. Il en était de même pour le nombre de couple-années de protection gagné dans la période de l'intervention (on est passé de 88 couple-années de protection à 152). On assiste ainsi à un changement de comportement des clientes en matière d'utilisation de la PF : des méthodes plus contraignantes (condoms et spermicides) vers les méthodes les plus sûres que sont les CO. Cependant, ceci interpelle le programme à veiller à ce que la distribution des autres méthodes ne soit pas inhibée eu égard à l'importance des condoms dans la prévention des IST-SIDA.

De plus, l'effet de l'intevention a été apprécié à travers le taux d'utilisation des CO dans les villages couverts dans la zone expérimentale. Ce taux d'utilisation des CO, estimation relative du taux de prévalence contraceptive, est passé de 14% (pendant les six mois précédent l'intervention) à 26, 6% pendant l'intervention. Ceci démontre que cette approche de distribution directe des CO par les AC est une solution importante de la couverture effective en planification familiale et surtout de l'objectif national qui est d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 25% d'ici l'horizon 2010.

# I . CONTEXTE ACTUEL DU PROGRAMME SBC EN GUINEE

Le programme des Services à Base Communautaire (SBC) a été mis en place sous la projet FAMPOP de PSI/OSFAM et AGBEF de 1996 à 1997, avec un réseau de 500 Agents Communautaires (AC) pour 500 villages en Haute Guinée et Guinée Forestière. Les activités essentielles assignées aux AC pour ce programme se résument en : la sensibilisation des populations sur la planification familiale, la prévention des IST/SIDA, la lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD), la distribution des produits de santé à savoir (1) les contraceptifs oraux (Lo femenal et Ovrette) en réapprovisionnement des clientes régulières, (2) les Spermicides, (3) les Condoms et (4) le Sel de Réhydratation Orale (SRO). D'autres activités sont ménées dont notamment les visites à domicile (VAD) par les AC pour suivre les clientes régulières et recruter les nouveaux clients et, les activités de stratégie avancée menées par les superviseurs SBC des Centres de santé pour superviser les AC. Le rapportage mensuel des activités se fait à tous les niveaux (AC, superviseurs SBC, DPS) à travers des outils mis en place à cet effet.

Depuis 1998, le projet PRISM a hérité de ce programme et une des premières activités réalisées fut l'évaluation dudit programme en 1999 [1]. A la même année, une Consultante de MSH a effectué une évaluation qualitative à travers des visites de terrain pour rencontrer et discuter avec tous les acteurs concernés par ce programme : décideurs ploitiques, responsables sanitaires du niveaux intermédiaires et périphériques, les agents de santé des centres de santé, les agents comunautaires, les communautés et les partenaires intervenant à base communautaire. Les principaux constats faits au cours de ces évaluations successives se résument en ce qui suit :

- Peu d'accents mis sur l'aspect qualité comme. La stratégie de formation en cascade utilisée (formateurs régionaux qui forment les superviseurs SBC des centres de santé et qui, à leur tour, forment les AC) ne permettait pas aux formateurs régionaux de mener à bien une supervision technique car plusieurs vagues de formation simultannées se réalisaient en même temps et dans plusieurs sous-préfectures. Un autre élément de qualité qui était insuffisant fut la supervision des AC par leurs superviseurs directs (agents des CS) à travers les stratégies avancées. Il se trouve que la charge du travail lors d'une stratégie avancée est tellement lourde que les superviseurs n'ont pas assez de temps à consacrer aux AC.
- Le choix des AC qui ne réfletait pas forcément l'émanation de la communauté ;
- les outils de travail des AC insuffisants et moins pratiques comme : le rapport mensuel des AC et les fiches de référence des clients des AC, qui nécessitaientt que l'AC soit lettré pour les remplir ;
- Trop d'accent mis sur l'aspect quantitatif comme : quantité de produits distribués, nombre de clients ;
- L'insuffisance de l'implication des responsables sanitaires des niveaux régional et préfectoral.

Ces constats ont amené le projet PRISM, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, à définir une nouvelle stratégie d'appui audit programme qui a été validée lors de l'atelier de concertation sur les SBC, tenu à Dabola en juin 1999 [2]. Dans cette stratégie, l'accent est mis entre autres sur :



91

formation développés et adaptés, dispensés par des formateurs de niveau régional et préfectoral ;

- l'institutionnalisation du programme par la création d'une fonction de responsable des SBC (C-SBC) au niveau de la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) et le suivi local intensif des activités des AC par les agents de santé des centres de santé (CS) concernés ;
- le choix libre des AC par leur communauté d'origine à travers un processus de mobilisation communautaire donnant la chance au choix des AC féminins ; le réseau hérité ne comptait que 3 femmes sur 500 AC. Le critère d'alphabétisation quoique souhaité n'est pas obligatoire dans le choix des AC ;
- les outils de gestion simplifiés pour faciliter leur utilisation par toute catégorie d'AC (lettré ou non) ;
- la supervision régulière et rapprochée à travers des réunions mensuelles systématiques entre AC et superviseurs ;
- l'approvisionnement/réapprovisionnement efficace des CS et AC à travers le système de logistique nationale des médicaments essentiels ;
- la recherche opérationnelle sur la possibilité de distribution directe de contraceptifs oraux par les AC dans le but d'élargir la gamme des services offerts par les AC et de faciliter ainsi l'accès des populations à ces services.

La zone d'intervention du projet se limite actuellement à la Haute Guinée comprenant deux régions administratives (Kankan et Faranah) et neuf préfectures dont cinq ont bénéficié de tout le paquet d'intervention communautaire de PRISM (celles-ci sont appelées Préfectures prioritaires) et les quatre autres sont des préfectures partenaires où interviennent d'autres projets/ONG. Au niveau de ces cinq préfectures dites « prioritaires », couvertes entièrement par le projet, la première phase du programme (1999 à 2000, dont une partie achevée en 2001) était consacrée à la redynamisation de l'ancien réseau hérité de FAMPOP [3]. 169 AC (pour 165 villages, 5 villages par CS) et 66 superviseurs SBC (2 par CS) provenant de 33 centres de santé ruraux ont été formés et équipés au cours de cette phase. La deuxième phase (2001) était celle de l'expansion du réseau existant qui a permis d'intégrer les SBC dans 19 nouveaux centres de santé ruraux (en raison de 5 villages par CS) et d'augmenter le nombre de villages (passant de 5 à 7) au niveau de 26 CS appartenant à la phase de redynamisation de l'année 2000. 147 AC provenant de 147 villages ont été également formés et équipés au cours cette phase. Les cinq préfectures comptent actuellement 316 AC fonctionnels (dont 70 femmes) évoluant dans 312 villages [3]. La fonctionnalité étant mesurée par l'existence des activités suivantes menées par l'AC préalablement formés par le projet :

- la sensibilisation de la communauté à travers des causeries éducatives soit en petits groupes, soit lors des visites à domicile (VAD),
- la disponibilité et la distribution des produits de santé, à savoir les condoms, les spermicides, les contraceptifs oraux en réapprovisionnement des clientes et les sels de rehydratation orale (SRO) ;
- la participation aux réunions mensuelles des AC ;
- la tenue correcte de la carte ELCO qui permet aux AC de suivre et de recruter les clients,
- et la disponibilité des matériels de sensibilisation (boites à images, dépliants, affiches, phallus en bois pour la démonstration du port du condom ...).

## II. IDENTIFICATION, EXPOSE DU PROBLEME ET CHOIX D'UNE STRATEGIE POUR LE RESOUDRE

Depuis près de dix ans, des progrès ont été réalisés par le Ministère de la Santé Publique (MSP) dans le domaine de l'intégration des services de planification familiale (PF) dans le paquet minimum d'activités (PMA) des structures sanitaires publiques du pays. Les activités financées par l'USAID à travers les projets FAMPOP (1993-1997) et PRISM (depuis 1998 à nos jours) ont contribué à cet effort dans les régions naturelles de la Haute Guinée et de la Guinée Forestière. A noter que cette dernière région n'est plus une zone d'intervention de PRISM, du fait de l'instabilité liée aux incursions rebelles que la région a connu il y a plus de deux ans.

Dans le but de rendre les services de PF davantage accessibles aux populations, le programme de services à base communautaire (SBC) a été également mis en place depuis plus de cinq ans au niveau de la plupart des villages relevant des centres de santé ruraux de ces deux régions naturelles. Les Agents Communautaires de ce programme mènent des activités de sensibilisation et distribuent les condoms, spermicides et les contraceptifs oraux (le Lo femenal et l'Ovrette). Mais pour ces derniers, il s'agit d'un simple réapprovisionnement des clientes préalablement référées et consultées au centre de santé.

Malgré tous ces efforts déployés par le MSP à travers les projets FAMPOP/PSI/AGBEF et PRISM-Guinée, le taux d'utilisation des services de PF reste très faible. Les résultats de l'enquête démographique et sanitaire réalisée en 1999 (EDS-99) indiquent que si 58,2 % des femmes de la Haute Guinée connaissent une méthode contraceptive moderne et 64% connaissent la contraception orale, l'utilisation de cette méthode n'est que de 1,5 % [4]. Ces chiffres sont davantage plus faibles en zone rurale où vivent pourtant près de 70 % de la population guinéenne.

L'analyse des statistiques de services du programme SBC actuellement appuyé par PRISM confirme cette sous utilisation des services de PF en général et plus particulièrement des contraceptifs oraux (CO) au niveau de toutes les préfectures couvertes par le projet [5]. A titre d'exemple, selon ces statistiques, après un an de fonctionnement (de janvier à décembre 2000), 214,9 couple-années de protection (CAP) pour l'ensemble des méthodes contraceptives ont été obtenus dans les villages SBC de la Préfecture de Siguiri pour une population cible en PF de 11 428 femmes en âge de procréer. 80 % de ces CAP sont attribués aux CO. Le taux d'utilisation des contraceptifs (estimation de la prévalence contraceptive) dans ces villages était de 1,73 % ; celui des CO de 1,15 %. Ceci démontre clairement que parmi les méthodes contraceptives distribuées par les AC, les CO sont les plus sollicitées, mais malheureusement ils sont moins utilisés. Une des raisons fondamentales de cette sous utilisation des contraceptifs oraux est la contrainte liée à la référence initiale des clientes potentielles de la PF vers les CS et qui amène celles-ci soit de ne plus utiliser les services de PF, soit d'utiliser d'autres sources pour accéder aux CO notamment chez les étalagistes et être ainsi exposées aux grossesses non désirées. Cette contrainte a amené certains AC, par peur de perdre leur clientèle, à distribuer les CO en première intention aux femmes sans les référer au centre de santé. A cet effet, l'analyse des six derniers mois d'activités SBC de l'année 2000 a ressorti que 160 nouvelles utilisatrices ont été recrutées et approvisionnées par les AC. Il a fallu intensifier la supervision auprès des AC pour corriger cette situation et cela a permis de réduire le nombre de nouvelles utilisatrices à 28 pour la période du premier semestre 2001. Ceci montre à suffisance que le programme n'est pas en train de satisfaire la demande croissante de la clientèle des AC en matière d'utilisation des CO.

Une cause principale qui peut déterminer cette situation serait la restriction imposée par les normes et procédures en SBC qui limitent la distribution des CO par les AC au simple réapprovisionnement des clientes régulières. Ceci fait que la clientèle des AC en matière de la distribution des CO se limite exclusivement à ces clientes régulières qui sont peu nombreuses et explique ainsi le faible taux d'utilisation de la PF.

De nos jours, la seule stratégie mise en place par le programme SBC pour augmenter le nombre d'utilisatrices de CO, consiste essentiellement à motiver financièrement les AC qui réfèrent leurs nouvelles clientes désireuses de CO au centre de santé [2]. En quoi consiste cette motivation ? *Lorsque la cliente référée arrive effectivement au centre de santé, si elle est éligible après sa consultation, elle achètera une plaquette de contraceptif oral à 200 FG. La marge bénéficiaire du CS sur cette plaquette étant de 100 FG, l'AC qui a référée la cliente recevra une ristourne de 50 % de cette marge (soit 50 FG).* Malheureusement, cette stratégie n'a pas eu un impact significatif sur l'utilisation des CO par les clientes. Seulement un tiers des AC réfèrent leurs nouvelles clientes de contraception orale au CS, et plus de la moitié de ces clientes référées (54 %) n'y vont pas au CS [5].

C'est pourquoi nous nous sommes proposés d'utiliser une nouvelle stratégie qui consiste à intégrer dans le programme, la distribution directe des CO par les AC aux clientes qui en désirent sans les référer au préalable dans une structure sanitaire. Mais comment ces AC pouvaient-ils raisonnablement distribuer les CO directement aux clientes ? Deux approches ont été utilisées :

- Permettre aux AC de distribuer les CO dès la première visite de la cliente en utilisant une liste de contrôle (ou check-list) qui respecte strictement un protocole basé sur les critères d'éligibilité de l'OMS [6,7] comme il existe déjà dans d'autres pays de l'Afrique (Mali, Kenya, Madagascar,Ghana ...) [8,9].

- Renforcer le système de supervision régulière déjà existant afin d'assurer la qualité de la prestation de services de l'AC.

## III . JUSTIFICATION DU PROJET DE RECHERCHE

La Guinée s'est fixée comme objectif à l'horizon 2010 (de 1998 à 2010), d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 25 % [10]. Actuellement, selon l'EDS-99, ce taux oscille autour de 5 % [4]. Le taux d'accroissement actuel de la population guinéenne est de 2,8 % avec un seuil de pauvreté extrême [4]. La Haute Guinée est principalement touchée par cette situation où les services de PF sont faiblement utilisés notamment en ce qui concerne les contraceptifs oraux (1,5 % des femmes en utilisaient lors de l'EDS-99) [4].

Dans cette région du pays, le programme SBC existe et les AC sensibilisent et distribuent des contraceptifs au niveau de leurs communautés villageoises où vivent près de 70 % de la population. Parmi les contraceptifs distribués par les AC, les CO sont les plus sollicités par les clientes, les plus efficaces et qui permettent d'obtenir un grand nombre de Couples-année de protection (CAP). Malheureusement, ces CO ne sont pas directement distribués par les AC. Les femmes qui en désirent, doivent être d'abord référées par les AC dans une structure sanitaire pour recevoir la première prescription. Cette demande non satisfaite sur place où

vivent ces clientes potentielles limite l'accès aux services de PF et en particulier les CO et cela peut expliquer en grande partie la faible utilisation de ces services. Les conséquences négatives de cette situation sont multiples, notamment sur les conditions socio-économiques des populations et la démographie.

Ce problème concerne tous les pays en voie de développement et plus particulièrement ceux du sub-Sahara [8]. Cependant, plusieurs pays de la sous région ont déjà développé une stratégie d'introduction de la distribution directe des CO par les AC [9]. La Guinée doit suivre cet exemple qui a fait ses preuves dans ces pays en matière d'efficacité et de durabilité. Mais pour cela, il faudra adapter et tester cette stratégie sur une zone géographique limitée et contrôlée. Les résultats serviront le MSP et ses partenaires à mieux orienter les axes stratégiques d'intervention en matière des services de planification familiale en général et des services à base communautaire en particulier.

# IV . OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

## 4. 1 . Objectif à long terme de l'étude

L'objectif à long terme de ce projet de recherche vise à accroître l'accessibilité et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes en zone rurale en vue d'améliorer la santé maternelle et infantile ;

## 4. 2 . Objectifs immédiats

Pendant la période de recherche, il s'agira de :

- Evaluer la capacité des AC à utiliser correctement la liste de contrôle expérimental ;
- Evaluer la qualité des services offerts par les Agents Communautaires dans la distribution des produits de planification familiale en général et celle des contraceptifs oraux en particulier ;
- Déterminer l'effet de ce projet de recherche sur l'utilisation des services de PF en général et celle des contraceptifs oraux en particulier.

## 4. 3 . Hypothèse de recherche

Les AC formés à l'utilisation de la liste de contrôle d'approvisionnement des CO et suivis régulièrement par leurs superviseurs SBC, permettra d'augmenter :

- leur capacité à se servir efficacement de la liste de contrôle pour distribuer les CO aux clientes avec moindre risque pour la santé de ces dernières ;
- l'utilisation des contraceptifs oraux par les clientes potentielles ;



95

- la qualité des services offerts à travers les counseling général et spécifique et la gestion des effets secondaires liés aux contraceptifs oraux.

# V . DESCRIPTION DE LA STRATEGIE D'INTERVENTION

La stratégie d'intervention a comporté les composantes suivantes :

- Le pilotage de l'étude par un Comité ;
- La formation des Superviseurs SBC et des AC par des formateurs préfectoraux et régionaux compétents ;
- L'IEC en matière de PF clinique ;
- La distribution des produits (condoms, spermicides et contraceptifs oraux)/liste de contrôle ;
- La supervision des AC ;
- Système d'information pour la gestion (SIG).

Comme indiqué plus haut, suite à leur formation initiale, les AC mènent déjà toutes les activités initiales inscrites au programme SBC appuyé par le projet PRISM. Il s'agit essentiellement : de la sensibilisation de la communauté à travers les causeries éducatives publiques ou lors des VAD, du recrutement et du suivi des clients à l'aide de la carte ELCO, de la distribution/vente directe des SRO, condoms et spermicides, du réapprovisionnement des clientes en contraceptifs oraux ; du réapprovisionnement en produits de santé au centre de santé selon le système de recouvrement des coûts en vigueur. Il en est de même pour la supervision des AC par leurs superviseurs SBC du centre de santé et de la DPS.

En plus de ces activités de routine menées par les AC dans le programme SBC, l'accent est mis sur les activités proprement dites de la recherche opérationnelle qui fait l'objet du présent document.

## 5. 1 . Comité de pilotage :

Au préalable, un Comité de pilotage de a été constitué dans le cadre de la conception et de la mise en oeuvre de cette recherche opérationnelle. Il est composé d'un Président (DNSP), d'un Vice-Président (Chef de Division SR) et des membres dont le Chef de Section SMI, deux représentants du SSEI (le Responsable de service et un représentant du Comité d'éthique pour la recherche du MSP), le Directeur Régional de la Santé de Kankan, un réprésentant de la DNPL, un représentant de la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie de l'Université de Conakry, le Responsable du Centre de Formation et de Recherche de Maferinyah, un représentant de l'AGBEF et deux représentants de PRISM (dont le rapporteur/chercheur principal de l'étude).

Le Comité de pilotage est responsable du choix de certaines options du protocole de recherche, de la finalisation de la liste de contrôle expérimentale, des outils de collecte de données, de l'examen des résultats de la recherche et de l'élaboration des recommandations auprès du Ministère de la Santé en vue de la validation/approbation de ces résultats.

Le Coordinateur du Programme SBC de PRISM, rapporteur de l'étude, a assuré la supervision technique de la recherche sur le terrain. Le Coordinateur Régional de l'AGBEF de la Haute Guinée a participé, en compagnie de son Assistant technique SBC de la Préfecture de Kankan, à la formation des agents SBC lors de l'introduction du protocole de recherche opérationnelle.

## 5. 2 . Formation :

L'utilisation de la liste de contrôle et le counseling d'une nouvelle cliente de CO ont fait l'objet d'un module de formation formelle pour les Superviseurs SBC et les agents communautaires. Le curriculum de formation SBC déjà existant a été concentré sur ce module et dispensé en séance spéciale organisée au chef-lieu de la Préfecture retenue.

**5. 2. 1 . Les Superviseurs SBC** (le chef de centre, l'agent PEV et l'agent CPN/PF) concernés ont d'abord été formés à l'utilsation de la liste de contrôle, aux modalités de supervision et au protocole de recherche. Cette formation a duré **trois jours** et s'est tenue à Kankan, chef-lieu de la Préfecture retenue pour l'étude.

**5. 2. 2 . Les agents communautaires** ont été formés en deuxième position. Ils ont reçu chacun les trois listes de contrôle conçues pour l'étude et ont fait l'apprentissage de son utilisation par des jeux de rôles et des stages pratiques. Un rappel sur les contraceptifs oraux et le counseling d'une nouvelle cliente de CO a été fait. Il en était de même pour le thème sur la communication interpersonnelle. La formation des AC a eu lieu également dans la Préfecture d'origine et a duré quatre jours.

**5. 2. 3 . Les formateurs** ont été ceux-là même qui ont participé aux formations SBC lors de la phase de démarrage et d'extension du programme SBC. Ils ont été eux aussi initiés aux nouveaux modules et au protocole de recherche opérationnelle en un jour. Ils étaient composés du Chargé SBC de la DPS de Kankan, du Coordinateur Régional de l'AGBEF de Kankan et l'Assistant technique SBC de l'AGBEF de Kankan pour la formation des Superviseurs SBC. La même équipe a assuré la formation des AC. Ces formations ont été supervisées techniquement par le Coordinateur du Programme SBC de PRISM.

## 5. 3. Activités IEC :

Les VAD ont été privilégiées pendant cette étude et un accent tout particulier a été mis sur la communication interpersonnelle entre cliente et AC. Les VAD, programmées à travers la carte ELCO, ont pour objet de recruter les nouvelles clientes de contraceptifs oraux, de suivre les anciennes utilisatrices (ou utilisatrices régulières) de contraceptifs oraux et de distribuer directement les produits en se servant de la liste de contrôle. A noter que la clientèle des AC représente des femmes en âge de procréer. Les AC ont appris davantage comment tenir compte des consentements des femmes et de leurs époux lors des VAD avant de commencer leurs activités.

Pour chaque cliente, les AC font d'abord un counseling général au cours duquel ils donneront les informations sur l'ensemble des produits qu'ils distribuent dont chacun est représenté sur un van, appelé « van des méthodes ». Ces informations portent succinctement sur les types des méthodes contraceptives disponibles, les avantages et inconvénients de chacune, les indications le mode d'administration. L'AC demande ensuite à la cliente de faire librement son choix et de poser toutes les questions relatives à ses inquiétudes en matières des méthodes contraceptives disponibles au niveau de l'AC. Suite à cette étape, si la cliente choisie un des deux types de contraceptifs oraux, l'AC pratiquera le counseling spécifique en utilisant successivement chacune des trois listes de contrôle pour éliminer une grossesse, puis une contre-indication médicale et enfin, si la cliente est éligible, donner le type et la quantité de CO qu'il faut à la cliente.

Lorsque toutes les conditions sont satisfaites pour les trois listes e contrôle en faveur de l'éligibilité de la cliente pour les CO (c'est-à-dire, pas de grossesse, pas de contre-indication médicale), alors l'AC poursuit en donnant des informations détaillées sur le contraceptif oral choisi. Ainsi, il parlera des avantages, des limites des contraceptifs oraux, des indications et contre-indications, du mode d'utilisation et des effets secondaires éventuels. Il s'assurera de la bonne compréhension du mode d'utilisation de la méthode par la cliente avant de donner la méthode selon les indications mentionnées dans la troisième liste de contrôle. Il donnera enfin un rendez-vous à la cliente peu avant la fin d'utilisation de la méthode donnée.

**5. 4 . <u>Distribution des contraceptifs oraux / utilisation de la liste de contrôle :</u>**

Les AC participant à l'étude ont été dotés d'un lot initial de contraceptifs oraux lors du démarrage des activités du programme SBC en 2000 et 2001. Le calcul de cette dotation a été fait à l'époque sur la base de la consommation moyenne mensuelle en contraceptifs oraux distribués à titre de réapprovisionnement des clientes par les AC. Chaque AC avait reçu en ce moment une dotation de 15 plaquettes de Lo femenal et 10 plaquettes d'Ovrette pour trois mois.

Pendant cette étude, nous avons esimé qu'il y aurrait une augmentation du nombre d'utiisatrices de CO du fait de l'intensification des activités de sensibilisation et distribution directe des contraceptifs oraux par les AC. C'est pourquoi, les AC des sites expérimentaux ont reçu une nouvelle dotation de contraceptifs oraux équivalente à celle reçue au début du programme, c'est-à-dire trois mois de dotation. Après, comme d'habitude, les AC rachètent les produits au centre de santé dont ils dépendent pour se réapprovisionner.

Pour la distribution de ces contraceptifs oraux, l'AC utilise les trois listes de contrôles développées pour cette expérience pilote avant d'approvisionner la cliente (cf. annexe).

*(Nota bene :Pour le réapprovisionnement des clentes régulières, l'AC utilise une quatrième liste de contrôle qu'il possède déjà depuis le démarrage du programme SBC (2000-2001) et qui lui permet de gérer les effets secondaires insupportables par les clientes ou des contre-indications apparues entre temps pendant la prise des CO. Cette liste de contrôle pour le réapprovisionnement d'une cliente régulière est identique à celle utilisée dans cette étude pour éliminer une contre-indication médicale.*

La liste de contrôle est un arbre de décision qui permet à l'Agent Communautaire de déterminer si une femme est apte à utiliser un contraceptif oral. Physiquement, la liste de contrôle se présente comme une feuille de papier ou un bristol plastifié et rigide. Les questions à poser à la cliente sont imprimées en français et chacune est représentée par une image qui sert d'aide-mémoire pour les AC (qu'il soit lettré ou pas).

La préparation des listes de contrôle établies pour cette étude a fait l'objet d'un travail préalable de validation du Comité de pilotage. Le contenu s'est conformé aux critères de recevabilité médicale de l'OMS pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives [6]. Le document référentiel qui a servi à l'élaboration de ces listes de contrôle était celui récemment publié par FHI en 1999 [11] et qui récommande leur utilisation tant par des agents médicaux que par ceux non médicaux comme les Agents Communautaires. L'équipe de la coordination du Programme SBC de PRISM a préparé le draft de ces listes de contrôle en se basant aussi des listes de contrôle d'autres programmes SBC de la sous-région.



98

Ainsi, trois listes de contrôles mont été conçues sur ces bases :

- La première élimine une grossesse, Elle comporte une série de 6 questions dont une seule réponse afirmative donnée par la cliente suffit à l'AC de confirmer l'absence de grossesse.
- La deuxième élimine une contre-indication médicale. Elle comporte 10 questions et là, une seule réponse « OUI » confirmant l'existence d'une contre-indication médicale, amène l'AC à référer la cliente au centre de santé. C'est lorsque la cliente répond « NON » à toutes les questions que l'AC la considère éligible pour les CO et poursuit les questions sur la troisième liste de contrùole.
- Et la troisième détermine quel type et quelle quantité de CO faut-il donner à la cliente. Cette liste de contrôle permet à l'AC de classer les clientes en trois catégories en vue de donner le type de CO : celles qui allaient en ce moment un bébé de moins de six mois (il donne à celles-ci l'Ovrette) ; celles qui allaitent un bébé de six mois et plus et celles qui n'allaient pas du tout (il donne le Lo femenal à ces deux dernières catégories). Quant à savoir la quantité de CO qu'il faut donner à la cliente, l'AC donne une plaquette aux clientes qui disent qu'elles utilisent les CO pour la première fois et il peut donner jusqu'à six plaquettes à celles qui sont utilisatrices régulières lorsque leur pouvoir d'achet le permet.

## 5. 5 . Supervision :

Afin de mieux contrôler la distribution directe des CO à l'aide de la liste de contrôle par les AC, le suivi classique du programme SBC a été renforcé davantage à tous les niveaux hiérarchiques de la supervision : agents des centres de santé vers les AC, les superviseurs préfectoraux vers les agents de santé et les superviseurs régionaux vers ceux préfectoraux.

5. 5. 1 . Niveau Direction Régionale de la Santé (DRS) : L'équipe de la DRS, à travers son Chargé de Formation.recherche et planification a effectué une visite de supervision trimestrielle au niveau de la DPS concernéé par l'étude. Lors de ses visites, il vérifiait l'existence et l'exécution d'un programme de supervision de la DPS incluant le suivi SBC. Il devait en plus, se rendre dans au moins un centre expérimental et un centre témoins pour vérifier notamment le niveau de connaissance des superviseurs SBC, leur participation aux réunions mensuelles des AC. Mais cette dernère activité n'a pas été réalisée à cause d'autres oocupations de l'intéressé.

5. 5. 2 . Niveau Direction Préfectorale de Santé (DPS) : L'équipe DPS à travers le Chargé SBC et l'Assistant technique de l'AGBEF en tant que formateurs des agents de santé et agents communautaires, ont assuré une supervision mensuelle de chaque centre de santé concerné par l'étude. Ils ont participé à au moins deux réunions mensuelles des AC par mois pour chaque types de site. Cette activité était inclue dans leur plan de supervision habituelle ainsi que dans leur rapport mensuel selon le formulaire déjà disponible à leur niveau. Leur supervision à tous les niveaux est formative et consiste principalement à encourager les points forts des agents et à former sur le tas si nécessaire les agents ayant ce besoin. Ils ont assumé le rôle de premiers vérificateurs de la collecte des données des enquêteurs/vérificateurs et apportaitent à cet éffet, des solutions opérationnelles aux problèmes éventuels dont notamment, la capacité des AC à offrir convenablement les contraceptifs oraux aux clientes qui en désirent, ou lorque certaines normes ne sont pas respectées par les AC. Leurs moyens de locomotion (motocyclettes tout terrain) ont été mis à profit pour assurer cette activité.

**5. 5. 3 .** Niveau Centre de Santé (CS) : Les Superviseurs SBC (Chef de centre et Agent PEV), à travers les réunions mensuelles des AC, assurent comme recommandé par le programme SBC, la supervision régulière, mensuelle des AC en procédant aux petits recyclages si nécessaires. Ils suivent à cet effet l'évolution de la clientèle de chaque AC pour touts les produits distribués à base communautaire dont les contraceptifs oraux. Ce suivi se fait à travers le cahier de suivi qui permet ainsi à l'AC ou à son superviseur SBC d'enregistrer mensuellement chacune des clientes par type de CO avec la possibilité de noter les abandons et leurs raisons. Ces cahiers permettent aussi aux superviseurs SBC de transcrire les informations sur les clientes de CO dans les fiches de planification familiale au niveau du centre de santé. C'est ce qui permet ainsi de monitorer la PF en incluant les données SBC. Les données recueillies dans ces cahiers ont été exploitées lors des analyses de base et de fin d'étude pour mesurer entre autres la contnuité des services par les clientes de CO.

Lors de la réunion mensuelle, la carte ELCO est utilisée par les AC sous l'encadrement de leurs superviseurs, pour identifier dans leurs villages respectifs les couples éligibles et planifier les visites à domicile en vue de relancer les perdues de vue et/ou recruter de nouveaux clients de PF

Une autre stratégie de suivi des AC consiste à les superviser lors des stratégies avancées mensuelles des agents de santé dans les villages. Ils mettent à profit de leur séjour dans le village pour rendre visite aux AC et participer si possible à quelques séances de sensibilisation des AC.

Les superviseurs SBC remplissent leur rapport mensuel habituel qui constitue une compilation des rapports mensuels des AC et transmettent ces rapports à la DRS où la coordination de la recherche rentre en possession d'une copie.

## 5. 6 . Système d'information pour la gestion (SIG) :

Les AC disposent déjà des outils de gestion destinés à collecter des informations de routines du programme SBC en cours. Il s'agit des rapports mensuels de l'AC, des fiches de référence, des fiches de stock de médicaments de l'AC, du cahier de suivi des clientes PF de l'AC et le rapport mensuel du superviseur SBC (cf. Annexes). Ils ont continué à remplir ces outils comme d'habitude.

Pour des fins de la recherche actuelle, d'autres outils de collecte d'information sont élaborés à savoir : guide de vérification de la capacité de l'AC à élire les clientes effectivement éligibles pour les CO ; le questionnaire cliente et le questionnaire AC.

# VI . METHODOLOGIE

## 6. 1 . Procédé de recherche :

Le procédé de recherche choisi était du type quasi-expérimental avec séries chronologiques. Un groupe témoin, pas forcément identique au groupe expérimental, a été également choisi en vue de confronter certaines données observées sur le groupe expérimental à partir des données statistiques de routines.

## 6. 2 . Durée de l'intervention :

L'intervention proprement dite qui consistait à la distribution directe des CO par les AC, a duré six mois, de mai à octobre 2002. Mais avant, trois mois (février, mars et avril 2002) ont été consacrés à la préparation de l'intervention au cours desquels les activités suivantes ont été réalisées : la finalisation du protocole, la confection des listes de contrôle, la finalisation du modules de formation des agents, la collectfe des données de routine dans les deux zones d'étude et la formation des agents (superviseurs SBC et AC).

## 6. 3 . Sites d'intervention et critères de sélection :

La Préfecture de Kankan, une des 4 préfectures appartenant à la phase initiale de la mise en œuvre du programme SBC en Haute Guinée, a été retenue pour la recherche. L'équipe cadre de la DPS de cette préfecture a eu au moins deux ans d'expérience dans le suivi du programme SBC et est celle où il n'y a pas d'autres intervenants communautaires que PRISM. De plus, elle a bénéficié de la phase d'extension du programme SBC appuyé par PRISM, qui consistait à augmenter le nombre de villages SBC, passant de 5 à 7 autour de chaque centre de santé.

Afin de mieux contrôler et suivre l'expérimentation, l'étude a ciblé trois sous-préfectures (ou centres de santé) dans la préfecture de Kankan pour servir de zone expériementale. Trois autres sous-préfectures ont été ciblées de la même manière pour constituer la zone témoin. Pendant la phase de préparation, un AC de la zone expérimentale a été éliminé de l'étude pour des raisons de maladie ; ce qui porta le nombre de villages pour cette zone à 20 au lieu de 21. Les 21 villages de la zone témoin ont été retenus comme initialement prévu.

Les critères de sélection des centres de santé et leur mini-réseau d'AC sont basés sur un choix raisonné afin de maximiser la comparabilité des sites de l'étude entre eux et permettre d'avoir des sites où la demande potentielle en CO peut exister grâce à leur bonne fonctionnalité. Ces critères sont les suivants :

Critère N° 1 : Le centre de santé de la sous-préfecture dispose au moins un des deux superviseurs SBC (chef de centre et/ou agent PEV) formés et fonctionnels. La fonctionnalité des superviseurs SBC se mesure par l'organisation systématique des réunions mensuelles des AC, le remplissage et la transmission des rapports mensuels du superviseur, la réalisation des activités de stratégies avancées touchant les villages SBC de la sous-préfecture.

Critère N° 2 : Parmi les centres de santé retenus par le premier critère, ceux qui ont leur mini-réseau de 7 villages SBC dont tous les AC sont fonctionnels. C'est-à-dire les AC mènent des activités sensibilisation au moins une fois par mois ; ils participent aux réunions mensuelles ;

établissent et déposent leurs rapports mensuels ; leur clientèle en contraceptif oral n'est pas nulle durant les trois derniers mois.

Critère N° 3 : Etant donné que plusieurs sites risquaient de répondre favorablement à ces deux premiers critères, le choix a porté sur leur situation géographique. En effet, les sous-préfectures des deux zones de l'étude devaient être suffisamment distants que possible les un des autres pour éviter le phénomène de contiguïté des sites et de réduire ainsi la contamination au niveau des sites de la zone témoin.

### 6. 4 . Outils de collecte d'information :

Les outils de collecte ayant servi aux différentes analyses de l'étude sont détaillés de la manière suivante :

a- Outils de collecte des données de routine :

- Le cahier de suivi des clientes de contraceptifs oraux de l'AC (cf. annexe) : C'est une sorte de registre qui permet le suivi dans le temps de chaque cliente de contraceptif oral vue par l'AC. Cela permet de déterminer le taux de continuité des clientes dans prise des contraceptifs oraux. De plus, on peut déterminer le nombre de nouvelles clientes, le nombre de clientes régulières et les perdues de vue, les abandons et leurs raisons. Le cahirer de suivi des clientes de CO permet également d'enrégistrer ces clientes au niveau du centre de santé à travers les fiches de planification familiale. Ainsi, chaque mois, lors des réunions mensuelles des AC, ces fiches sont mises à jour par les superviseurs des AC et cela permet de monitorer les activités de PF en tenant compte des clientes suivies au niveau communautaire.

- Le rapport mensuel du superviseur SBC (cf. annexe) : C'est une compilation des rapports mensuels des AC du mini-réseau SBC autour du centre de santé. Il renseigne sur : le nombre de nouvelles clientes et clientes régulières pour chacun des produits distribués par l'AC, les quantités de chaque produit distribué, les références effectuées par l'AC et qui sont effectivement arrivées au centre de santé et, le nombre de séances IEC réalisées au cours du mois. Toutes ces informations sont acheminées à la DRS où elles sont saisies dans une base de données dans le logiciel ACCES qui permet de sortir plusieurs états dont le couple-année de protection par produit.

Ces deux outils ont suffi pour faire des analyses de base, intermédiaires et finales en matière des statistiques de services.

b- Outils de collecte des données spécifiques à la recherche proprement dite :

L'ensemble de ces outils ont été conçus et soumis à l'approbation du Comité de pilotage dans lequel le Comité d'éthique est représenté, avant leur utilisation sur le terrain. Ce sont :

- Guide de vérification de la capacité de l'AC à correctement utiliser la liste de contrôle (cf. annexe) : Ce guide, utilisé par le vérificateur/enquêteur servait à évaluer la concordance entre la décision prise par l'AC de donner la contraceptif oral à la cliente après utilisation de la liste de contrôle et celle du vérificateur/enquêteur qui s'est servi du même outil. Cette évaluation a été faite pour toutes les nouvelles clientes vues par l'AC. Un taux de concordance globale pour l'ensemble des AC a été ainsi calculé sur cette base.

- Questionnaire « nouvelle cliente » (cf. annexe) : ce questionnaire a été administré systématiquement à toutes les nouvelles clientes vues par l'AC au plus tard après un mois de la prise de la contraceptif oral. Il comporte trois parties. Une première partie porte sur les caractéristiques socio-démographiques de la cliente. La deuxième partie porte sur quelques connaissances, attitudes et pratiques de la cliente en matière de la planification familiale, avant d'être vue par l'AC. Et la dernière partie porte sur ce que la cliente a vécu ou retenu lors de sa consultation par l'AC. Cette partie a permis d'apprécier la qualité de la prestation de l'AC en matière du counseling général et spécifique lorsqu'il avait vue la cliente pour la première fois et que celle-ci a choisi la contraceptif oral.

- Questionnaire « cliente régulière » (cf. annexe) : A travers ce questionnaire, toute la cohorte des nouvelles clientes vues par l'AC a été revue par les vérificateurs/enquêteurs à partir du deuxième mois de la prise des contraceptifs oraux puis, tous les mois pendant la phase d'intervention, pour apprécier si elles ont eu ou pas des effets secondaires liés aux contraceptifs oraux et comment ceux-ci ont été gérés par l'AC. Pour la même occasion, si ces clientes régulières ont abandonné la contraceptif oral, les raisons étaient demandées et notées.

- Questionnaire « AC » (cf. annexe) : ce questionnaire était administré à tous les AC de l'étude. Il porte sur leurs caractéristiques socio-démographiques et leur CAP en matière de la PF.

Ces outils ont été remplis par les vérificateurs/enquêteurs tout au long de la phase d'intervention.

### 6. 5 . Recrutement et formation des vérificateurs/enquêteurs :

Le recrutement des vérificateurs/enquêteurs a été réalisé grâce à la collaboration du DRS et du DPS de Kankan. Trois (3) vérificateurs/enquêteurs ont été choisis en fonction des critères suivants : infirmiers ou sages-femmes évoluant hors du système sanitaire de Kankan ou à la retraite, ayant déjà bénéficié d'une formation en PF clinique, maîtrisant la langue du terroir (malinké). Ils ont bénéficié d'une formation de trois jours sur les outils de collecte et des modalités de l'enquête. Leur formation a été réalisée par les mêmes formateurs des agents de santé et AC des zones concernées.

### 6. 6 . Collecte des données :

La collecte des données s'est déroulée en trois phases :

- Avant le démarrage des activités de recherche proprement dite : les statistiques de services ont été établies à partir des outils de collecte de routine, à savoir les cahiers de suivi des clientes de CO et les rapports mensuels des superviseurs SBC. Ces derniers ont servi à alimenter la base de données SBC existante au niveau de la DRS et de PRISM en suivant préalablement le circuit d'information actuel : AC-centre de santé-DPS-DRS et PRISM. Quant aux données provenant des cahiers de suivi des clientes de CO, elles ont été compilées et analysées par les superviseurs préfectoraux pendant la phase préparatoire. Ainsi, les activités antérieures des AC des sites de l'étude pour une période de six mois avant le démarrage de la recherche (d'octobre 2001 à février 2002) ont été analysées à partir de la base de données et de l'exploitation des cahiers de suivi des clientes de CO.

- Pendant la phase d'intervention de l'étude : les différents outils de collecte de données (mentionnés plus haut) ont été remplis par les vérificateurs/enquêteurs. D'abord, ils ont effectué une première visite dans les villages concernés à la fin du premier mois des activités des AC. Au cours de cette visite, tous les AC sont interviewés à l'aide du questionnaire « AC », les nouvelles clientes recrutées par les AC sont consultées et interviewées respectivement à l'aide du guide de vérification de la capacité des AC à se servir de la liste de contrôle et du questionnaire « nouvelle cliente ». Ensuite, à partir du deuxième mois, les vérificateurs/enquêteurs ont effectué une visite mensuelle chez toutes les clientes régulières à l'aide du questionnaire « cliente régulière ». Pendant ces visites mensuelles, ils continuent à consulter les nouvelles clientes des AC à l'aide du questionnaire « nouvelle cliente ». A noter que chaque fois qu'une nouvelle cliente est recrutée pour les contraceptifs oraux, elle rentre dans la cohorte et est revue systématiquement durant l'étude. Elle ne sort de l'étude que lorsqu'elle quitte complètement le village avec impossibilité de savoir ses nouvelles, ou lorsqu'elle a décidé d'abandonner la prise du contraceptif oral. Pendant toute les durée de l'étude, les vérificateurs devaient prendre une décision immédiate en cas de discordance dans l'éligibilité des clientes recrutées par l'AC ou en cas d'effets secondaires insupportables chez une cliente. Cette décision pourrait être l'arrêt de la contraceptif oral chez la cliente, la référence au centre de santé pour une consultation plus approfondie, la gestion des effets secondaires en rassurant la cliente s'ils étaient une surprise pour elle (cas où l'AC n'aura pas donner d'informations là-dessus), faire changer de méthode par la cliente au niveau de l'AC si elle le désire. etc. Lorsque ces différents problèmes existaient les enquêteurs/vérificateurs devaient faire le feed-back à l'AC sur le tas à la fin de la visite.

- Enfin, à la fin de l'étude : les statistiques de services sont également établies à l'aide du cahier de suivi des clientes de CO et la base de données SBC de l'application ACCES. Les fiches de planification familiale au niveau des centres de santé concernés ont été monitorées pour les deux périodes (avant et pendant l'intervention) en vue de mesurer l'effet de l'intervention sur les activités de ces centres.

A noter que pendant la phase d'intervention, les vérificateurs/enquêteurs ont été introduits dans les villages pour la première fois par les superviseurs SBC du centre de santé. Cette introduction s'est faite seulement au niveau des sages du village pour éviter que l'objet de leur présence soit connu tout de suite par tous les villageois. Pour démarrer la visite des clientes, les vérificateurs/enquêteurs ont travaillé avec les AC pour localiser les clientes concernées à travers la carte ELCO. Une fois cela terminé, les vérificateurs se rendaient chez ces clientes sans les AC. Arrivée dans la famille de la cliente, le vérificateur explique l'objet de sa visite au chef de famille ou son (sa) représentant(e). Si consentement est obtenu auprès de ce (cette) dernier(e), le vérificateur s'adresse en ce moment à la cliente qui déterminera le lieu approprié pour mener l'entrevue. Avant cette entrevue, la cliente est assurée par l'enquêteur de la confidentialité de tout ce qui se dira entre eux.

Les vérificateurs ont été appuyés par le chargé SBC de la DPS et l'Assistant technique de l'AGBEF. Ces derniers ont contrôlé le recueil exhaustif des données par les vérificateurs selon le calendrier d'exécution des visites préétabli. Ils devaient, lorsque le nombre de clientes à visiter est trop grand, se partager le travail avec les vérificateurs. Mais cela n'a pas été accompli car le volume du travail n'a pas débordé les enquêteurs. Ils ont continué à établir leurs rapports mensuels habituels en y incorporant les activités réalisées au compte de la

recherche. Ils signalaient également au Coordinateur du programme SBC des faiblesses rencontrées au niveau des vérificateurs ainsi que des corrections qu'ils ont apportées.

Les données collectées ont été systématiquement déposées par les vérificateurs au fur et à mesure au niveau du Coordinateur du programme SBC qui, à son tour, vérifiait leur qualité avant de les faire saisir par l'Unité suivi/monitoring du projet PRISM. Le Coordinateur du programme SBC de PRISM a effectué une visite tous les trois mois dans au moins un des sites de l'étude dans le cadre d'une supervision technique de l'étude.

# RESULTATS

# (Partie descriptive)

# VII. RESULTATS

## 7.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-CULTURELLES

### 7.1.1 Agents Communautaires (AC)

Tableau 1 : Caractéristiques socioculturelles des Agents communautaires

| | Zone expérimentale (20 AC) | Zone témoin (21 AC) |
|---|---|---|
| Ages | | |
| Age moyen | 39 | 39 |
| Age maximal | 57 | 54 |
| Age minimal | 25 | 25 |
| Sexe | | |
| % Masculin | 70 | 81 |
| % Féminin | 30 | 19 |
| **Situation matrimoniale** | | |
| % Célibataire | 0 | 9 |
| % Monogame | 50 | 48 |
| % Polygame | 50 | 38 |
| % Autre | 0 | 5 |
| Nombre moyen d'enfants vivants | 4,5 | 4 |
| **Scolarisation** | | |
| % AC ayant fréquenté l'école | 60 | 76 |
| % Scolarisés au niveau primaire | 15 | 48 |
| % Scolarisés au niveau secondaire | 45 | 19 |
| % Scolarisés au niveau supérieur | 0 | 9 |
| % AC sachant lire et comprendre facilement le français | 45 | 48 |
| **Activité principale** | | |
| % d'agriculteurs | 95 | 81 |
| **Religion** | | |
| % d'AC musulmans | 100 | 100 |
| **Formation reçue en SBC** | | |
| % d'AC ayant reçu au moins une formation | 100 | 95 |

Il ressort que l'ensemble des agents des deux zones (zone d'intervention et zone témoin) sont comparables sur les principales caractéristiques socioculturelles notamment leur âge moyen, la situation matrimoniale (en ce qui a trait à la monogamie), le nombre moyen d'enfants vivants, le savoir lire et comprendre facilement le français, la pratique de l'agriculture, la pratique de la religion musulmane et le nombre de formation reçues. On remarque également que les AC masculins sont majoritaires dans les deux zones.

### 7.1.2 Clientes utilisant les contraceptifs oraux de la zone expérimentale

Tableau 2 : Caractéristiques socioculturelles des clientes utilisant les contraceptifs oraux de la zone expérimentale

| | Zone expérimentale (448 clientes) |
|---|---|
| **Ages** | |
| Age moyen | 25 |
| Age maximal | 45 |
| Age minimal | 15 |
| **Situation matrimoniale** | |
| % Célibataire | 5 (22) |
| % Monogame | 51 (228) |
| % Polygame | 44 (197) |
| **Situation des enfants** | |
| Nombre moyen d'enfants vivants | 3,8 |
| % de clientes ayant au moins un enfant décédé | 55 (246) |
| % de clientes désirant d'enfants supplémentaires | 70 (314) |
| % de clientes qui pratiquaient l'allaitement maternel au moment de l'enquête | 61 (273) |
| **Scolarisation** | |
| % clientes ayant fréquenté l'école (français ou arabe) | 4 (18) |
| % clientes analphabètes | 96 (430) |
| **Ecoute de la radio** | |
| % de clientes écoutant la radio rurale | 99 (444) |

Au cours des six mois d'intervention, les AC ont recruté 448 clientes qui désiraient prendre les contraceptifs oraux et qui étaient éligibles pour leurs utilisation après s'être rassurés qu'elles ne sont pas enceintes et ne présentent pas de contre-indication médicale. Il ressort du tableau 2 que les clientes qui utilisent les contraceptifs oraux sont relativement jeunes avec un âge moyen de 25 ans. Elles sont mariées dans 95% des cas et la moitié d'entre elles vit dans un couple monogame. Un peu plus d'une femme sur deux ont déclaré avoir eu au moins un enfant décédé. A l'image de AC, le nombre moyen d'enfants vivants est de 4 par cliente.

Sept femmes sur dix ont déclaré qu'elles désirent d'autres enfants supplémentaires et les deux tiers pratiquaient l'allaitement maternel lors de leur première entrevue avec les enquêteurs.

Il ressort que les clientes recrutées par les AC sont en majorité analphabètes (96%) ; cependant elles ont presque toutes déclaré qu'elles écoutent la radio rurale (99%).

## 7.2 CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES CLIENTES DE CONTRACEPTIFS ORAUX VIS A VIS DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES.

Parmi les clientes recrutées par les AC, 89 % connaissaient déjà les contraceptifs oraux en tant que méthodes modernes de contraception. Plus particulièrement, le Lo femenal était connu par 58 % des clientes et l'Ovrette par 46 % d'elles (cf. Tableau 3).

Par contre, l'utilisation antérieure des méthodes modernes de contraception reste très faible. Seulement 8 % des clientes recrutées par les AC (soit 36 clientes) ont déclaré qu'elles avaient déjà utilisé les contraceptifs oraux. Plus spécifiquement, le Lo femenal était utilisé par 4% des clientes et l'Ovrette également par 4% d'elles.

Tableau 3 : Connaissances et pratiques antérieures des clientes de contraceptif oral en matière des méthodes modernes de contraception

| Connaissance et pratiques | Pourcentage (nb de clientes) |
|---|---|
| **Connaissance des méthodes modernes de contraception** | |
| Avoir entendu parlé au paravent des méthodes modernes de contraception | 92 (412) |
| Connaissance antérieure des contraceptifs oraux en général | 89 (399) |
| Connaissance antérieure de Lo femenal | 58 (260) |
| Connaissance antérieure de l'Ovrette | 46 (206) |
| Connaissance antérieure des Préservatifs | 43 (193) |
| Connaissance antérieure des Spermicides | 34 (152) |
| Connaissance antérieure d'autres méthodes de contraception | 54 (242) |
| **Utilisation antérieure d'une méthode moderne de contraception** | |
| Avoir utilisé au paravent une méthode moderne de contraception | 16 (72) |
| Utilisation antérieure de contraceptifs oraux | 8 (36) |
| Utilisation antérieure de Lo femenal | 4 (18) |
| Utilisation antérieure de l'Ovrette | 4 (18) |
| Utilisation antérieure des Préservatifs | 1 (4) |
| Utilisation antérieure des Spermicides | 2 (9) |
| Utilisation antérieure d'autres méthodes modernes de contraception | 3 (13) |

## 7.3 QUALITE DES SERVICES OFFERTS PAR LES AC

### 7.3.1 Capacité des AC à informer les clientes sur les méthodes contraceptives

Toutes les nouvelles clientes recrutées par les AC devaient au préalable recevoir des informations complètes sur les méthodes contraceptives modernes (counseling général) lors de la première rencontre cliente-AC. Ainsi, lors de la première visite de l'enquêteur, chacune des clientes de contraceptif oral recrutées par les AC ont reçu la question suivante : « L'AC vous a-t-il donné l'information sur les méthodes contraceptives modernes pour espacer les naissances ? » Si la réponse est « OUI », l'enquêteur devait guider la cliente en demandant pour chacune des méthodes contraceptive « comment elle fonctionne ? quels sont ses avantages et inconvénients ? et quels sont ses effets secondaires ? ». C'est lorsque la cliente donne quelques réponses correctes à ces questions que l'enquêteur coche par l'affirmative dans le questionnaire.

La quasi-totalité des clientes ont répondu par l'affirmative à cette question.

Tableau 4 : Pourcentage de clientes de contraceptif oral ayant déclaré avoir reçu (et se souvenir des éléments essentiels) des informations sur le mode de fonctionnement des méthodes contraceptives de la part des AC.

| Méthodes | Informations données sur les méthodes contraceptives (448 clientes) | | |
|---|---|---|---|
| | Comment la méthode fonctionne | Avantages de la méthode | Inconvénients et effets secondaires |
| Contraceptif oral | 98 | 99 | 98 |
| Condom | 93 | 93 | 92 |
| Spermicide | 94 | 94 | 92 |

Ce tableau 4 indique que presque toutes les clientes recrutées ont reçu de la part des AC une information complète sur le mode de fonctionnement, les avantages, les inconvénients et les effets secondaires de chacune des trois méthodes contraceptives disponibles à leur niveau. A noter que l'information sur les contraceptifs oraux soit légèrement plus souvent donnée que sur les deux autres méthodes.

De la ême manière que précédemment, les enquêteurs ont posé des questions aux clientes de CO au sujet des différentes instructions données par les AC sur l'utilisation des des CO. Les clientes devaient donner des éléments essentiels de chacune de ces instructions avant que l'enquêteur ne coche par l'affirmative ou non dans le questionnaire.

Le tableau 5 indique que presque toutes les clientes ont avoué avoir reçu l'exhaustivité des instructions de la part des AC. A noter que pour chacune de ces instructions, les enquêteurs/vérificateurs ont vérifié la compréhension des clientes en leur demandant d'expliquer les instructions données par les AC lors de leur entretien.

Tableau 5 : Pourcentage des clientes de contraceptifs oraux ayant déclaré avoir reçu des instructions sur l'utilisation de la contraceptif oral.

| Instructions sur l'utilisation de la contraceptif oral | Pourcentage de clientes recrutées (N = 448) |
|---|---|
| Quand prendre la 1ère plaquette de contraceptif oral | 99.3 |
| Comment prendre la contraceptif oral durant le mois | 99.8 |
| Que faire en cas d'oubli de prendre la contraceptif oral | 98.4 |
| Décrit les effets secondaires de la contraceptif oral | 97.8 |
| Comment gérer les effets secondaires de la contraceptif oral | 98.0 |
| Indique un lieu pour l'assistance en cas de problème | 98.4 |
| Indique un lieu pour l'approvisionnement de la contraceptif oral | 100 |
| Donne la date du prochain approvisionnement | 99.5 |
| Fait répéter les instructions reçues | 99.0 |

### 7.3.2 Capacité de l'AC à être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte en utilisant la liste de contrôle.

Les liste de contrôle utilisées par les AC pour déterminer l'éligibilité des clientes potentielles de contraceptifs oraux sont issues des travaux des experts de l'OMS et récemment publiés par FHI. Ces liste de contrôle sont validées par rapport à leur capacité d'élire les clientes potentielles de contraceptifs oraux sans risque de se tromper sur la possibilité d'existence d'une grossesse ou d'une contre-indication. Ceci explique la raison pour laquelle les AC devaient se limiter simplement à poser les questions figurant sur les listes de contrôle, en évitant ainsi d'examiner physiquement les clientes. Il en était de même pour les enquêteurs/vérificateurs. Cependant, la capacité de l'AC à effectivement et correctement poser les questions des listes de contrôle a fait l'objet du travail des enquêteurs/vérificateurs.

Pour cela, chaque cliente a reçu une première visite des enquêteurs un mois après le début de la prise de la première plaquette de contraceptif oral. A cette occasion, les enquêteurs se sont d'abord rassurés si la cliente a fini de prendre sa plaquette de contraceptif oral et/ou continue de la prendre. Ils devaient à cet effet, demander à la cliente de montrer la plaquette utilisée qu'elle soit finie ou en cours d'utilisation. Ils ont ensuite posé la question de savoir si la cliente ne se sent pas enceinte depuis les deux derniers mois.

A l'issue de cela, toutes les clientes élues par les AC pour prendre la contraceptif oral ont déclaré qu'elles n'étaient pas enceintes et ne ressentaient aucun signe sympathique lié à la grossesse.

### 7.3.3 Capacité de l'AC à être raisonnablement sûr que la cliente n'a pas de contre-indication médicale pour la prise du contraceptif oral en utilisant la liste de contrôle.

Lors de la même visite, après s'être rassurés que la cliente élue par l'AC pour utiliser le contraceptif oral n'est pas enceinte, les enquêteurs/vérificateurs ont vérifié si cette cliente n'avait pas une contre-indication médicale à la prise du contraceptif oral. A cet effet, les enquêteurs/vérificateurs ont repris les mêmes questions se trouvant sur la liste de contrôle établie à cet effet pour chacune des clientes. Il était question de s'assurer si l'AC a eu à poser systématiquement chacune des 10 questions à la cliente de contraceptif oral lors de leur première entrevue. Le tableau 6 ci-dessous indique que la totalité des clientes ont avoué avoir reçu les dix questions de la liste de contrôle au cours de l'entrevue avec leurs AC.

Tableau 6 : Pourcentage de concordance entre capacité de l'AC à être raisonnablement sûr que la cliente n'a pas de contre-indication médicale pour la prise de la contraceptif oral et la vérification faite par l'enquêteur

| Vérification de la liste de contrôle des contre-indications médicales par l'enquêteur | Pourcentage de concordance (448 clientes) |
|---|---|
| Maux de tête fréquents et très sévères, accompagnés de vue trouble ou perte de vue temporaire | 99.5 |
| Jaunisse (les yeux ou la peau jaune) | 100 |
| Douleur dans la poitrine | 100 |
| Tuméfaction ou autres lésions dans les seins | 99.5 |
| Fumer la cigarette et être âgée de plus de 35 ans | 100 |
| Règles en retard | 99.5 |
| Jambes gonflées et très douloureuses | 100 |
| Tension artérielle élevée connue | 100 |
| Sous traitement moderne contre la tuberculose ou l'épilepsie | 100 |
| Diabète sucré | 100 |
| Détermination du nombre de jours écoulés depuis les dernières règles | 100 |

### 7.3.4 Décision de l'AC après l'utilisation de la liste de contrôle des contre-indications médicales

Tableau 7 : Décision de l'AC à donner ou pas la contraceptif oral à la cliente

| Décision de l'AC | Pourcentage (448 clientes) |
|---|---|
| La cliente peut prendre la contraceptif oral | 93 (417) |
| Référer la cliente au centre de santé | 7 (31) |

A l'issue des réponses de la cliente aux questions de la liste de contrôle (cf. tableau 6), l'AC devrait prendre une décision de donner ou pas la contraceptif oral à la cliente. Si la cliente avait répondu « Oui » à une seule des questions, l'AC devrait la référer au centre de santé. Il ressort du tableau 7 ci-dessus que 93% des clientes ont été élues par les AC pour les contraceptifs oraux. Seulement, près d'une femme sur dix ont été référées aux centres de santé pour approfondir la consultation car elles ont répondu « Oui » à une seule des dix questions de la liste de contrôle (soit 31 clientes). Parmi ces clientes référées, les statistiques de service au niveau des centres de santé concernés pour cette période d'intervention, rapportent que 21 clientes ont été effectivement reçues au niveau de ces centres de santé, soit les deux tiers des référées.

### 7.3.5 Capacité de l'AC à donner convenablement le type de contraceptif oral qu'il faut à la cliente

Tableau 8 : Nombre de clientes ayant reçu convenablement le type de contraceptif oral qu'il faut selon qu'elles allaitent ou pas un bébé

| | | Nombre de clientes ayant reçu : | | Total clientes | % de clientes |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Lo femenal | Ovrette | | |
| Clientes qui allaitaient un bébé | Moins de 6 mois | - | 112 | 112 | 25 |
| | 6 mois et plus | 134 | 18 | 152 | 34 |
| Clientes qui n'allaitaient pas un bébé | | 184 | - | 184 | 41 |
| Total | | | | 448 | 100 |

Pour simplifier la distribution des deux types de contraceptifs oraux par les AC, le programme SBC a récommandé selon les normes et procédures en SR, qu'ils donnent l'Ovrette aux clientes qui allaitent un bébé de moins de six mois et le Lo femenal à celles qui allaitent un bébé de six mois et plus ainsi qu'à celles qui n'allaitent pas du tout. Il faut noter que les AC connaissaient déjà ce principe de distribution des CO depuis leur première formation lors des phases de redynamisation et d'extension du programme SBC (de 2000 à 2001).

Bien entendu, après le counseling général sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles en Guinée, les AC devaient d'abord laisser la cliente choisir librement une de ces méthodes. Si le choix de la cliente tombait sur un des deux types de CO, les AC devaient

ensuite procéder à l'utilisation des différentes listes de contrôle qui aboutissent, si la cliente est éligible, à la détermination du type de CO à donner.

Ainsi, les résultats du tableau 8 montrent que les AC ont quasiment respecté la distribution des CO selon les normes définies lors de leur formation. Cependant, 18 clientes sur 152 qui allaitaient un bébé de six et plus ont reçu l'Ovrette au lieu de Lo femenal.

### 7.3.6 Capacité de l'AC à donner convenablement la quantité de contraceptif oral qu'il faut à la cliente

Tableau 9 : Nombre de clientes ayant reçu la quantité de contraceptifs oraux qu'il faut selon qu'elles les utilisent la première fois ou pas

| | Quantité de contraceptifs oraux données par l'AC | | | Total clientes | Pourcentage de clientes |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 plaquette | 2 plaquettes | 3 plaquettes | | |
| Clientes qui utilisent la première fois les contraceptifs oraux | 392 (97,5%) | 9 (2%) | 2 (0,5%) | 403 | 90 % |
| Anciennes utilisatrices de contraceptifs oraux | 32 (71%) | 11 (24,5%) | 2 (4,5%) | 45 | 10 % |
| TOTAL | | | | 448 | 100 % |

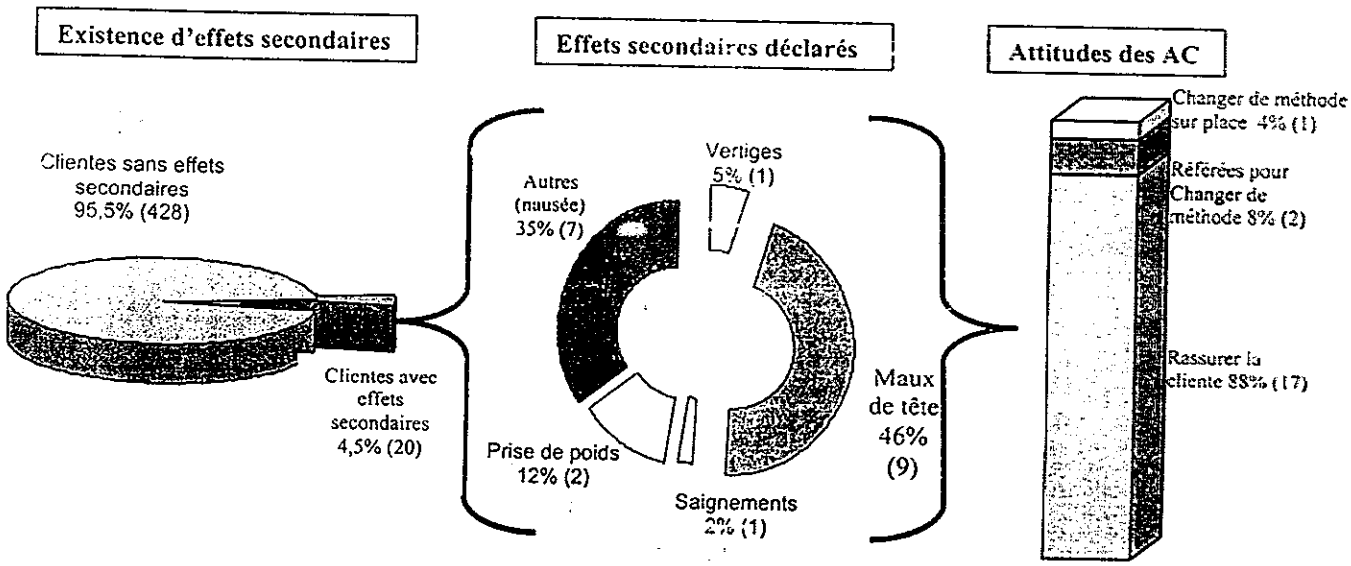
Selon les normes et procédures en santé reproductive en Guinée, pour une nouvelle cliente qui utilise la première fois la contraceptif oral, l'agent doit donner une plaquette de CO pour un cycle. Lorsqu'elle revient pour la deuxième fois, il peut lui donner selon son pouvoir d'achat jusqu'à 6 plaquettes de contraceptifs oraux.

Il ressort du tableau 9 que la majorité des clientes (90%) utilisaient les CO pour la première fois (soient 403 clientes). Pour celles-ci, les AC ont respecté la norme dans 97,5% des cas en donnant une seule plaquette à chacune d'elles. Quant aux utilisatrices régulières (qui ne représentataient que 10% des clientes, soit 45 clientes), paradoxalement, elles ont réçu en majorité (soit 32 sur 45 clientes) une seule plaquette, contrairement aux normes qui indiquent de leur donner plus d'une plaquette et ce jusqu'à six plaquettes si leur pour d'achat le permet.

## 7.4 GESTION DES EFFETS SECONDAIRES ET DEVENIR DES CLIENTES DE CONTRACEPTIFS ORAUX

### 7.4.1 Effets secondaires des contraceptifs oraux chez les clientes

Figure 1 : Déclaration d'effets secondaires de contraceptifs oraux par les clientes




NB : Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de clientes concernées

Il faut rappeler que la gestion du réapprovisionnement des clientes régulières en CO et celle des effets secondaires font l'objet de l'utilisation par l'AC d'une liste de contrôle établie à cet effet et dont l'AC possède depuis sa première formation, lors des phases initiales du programme SBC. En utilisant cette liste de contrôle, l'AC se rassure de l'absence d'effets secondaires importants chez la cliente ou de contre-indication médicale apparue entre temps ; le cas échéant, il prend la décision de réapprovisionner la cliente. Dans le cas contraire, il doit référer la cliente au centre de santé.

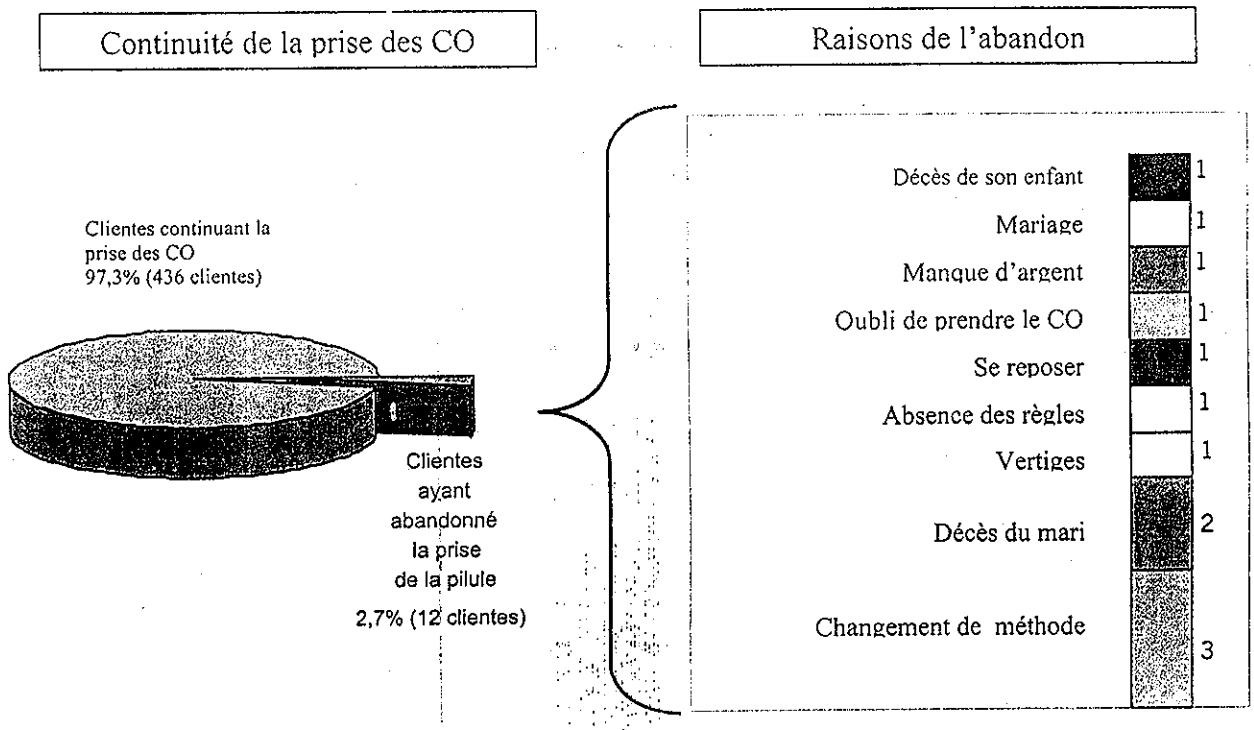
Ainsi, parmi les 448 clientes de contraceptifs oraux recrutées par les AC, seulement 4,5% (20 clientes) ont déclaré avoir eu des effets secondaires gênants malgré les conseils préalables donnés par les AC. Près de la moitié de ces clientes se plaignaient de maux de tête (46%). La prise de poids était signalée dans 12% des cas et, dans un moindre degré les vertiges et les saignements entre les menstrues étaient signalés. Les nausées étaient était plus souvent signalée comme « autres effets secondaires ». L'attitude des AC était de rassurer les clientes dans 88% des cas (17 clientes sur 20). Deux clientes ont été référées au centre de santé pour changer de méthodes, plus précisement en faveur de la méthode injectable. Une seule cliente a désiré changer de méthode sur place auprès de l'AC en choisisant les Spermicides.



15

### 7.4.2 Devenir des clientes sous contraceptifs oraux

Figure 2 : Devenir des clientes sous contraceptifs oraux




Lors de chacune des visites mensuelles rendues aux clientes, les enquêteurs leur demandaient si elles continuent ou pas la prise des contraceptifs oraux. Il ressort dans la figure 2 que 97,3% de la cohorte des 448 clientes (soit 436 clientes) ont déclaré qu'elles continuent à prendre la contraceptif oral. Bien entendue, la durée de cette continuation de la prise de contraceptifs oraux variait selon les sous-cohortes mensuelles des clientes pendant les six mois de l'enquête. Seulement 2,7% d'elles (soit 12 clientes) ont déclaré qu'elles ont abandonné la prise de contraceptifs oraux. Les raisons d'abandon citées par ces clientes sont essentiellement le changement de méthode dans 3 cas et le décès du mari dans 2 cas.

## 7.5 EFFET DE L'INTRODUCTION DE LA DISTRIBUTION DIRECTE DES CONTRACEPTIFS ORAUX DANS LE PROGRAMME SBC

L'effet de l'induction de la distribution directe des contraceptifs oraux par les AC a été déterminé de quatre manières : d'abord, (1) nous avons déterminé le taux de continuité de la prise des contraceptifs oraux par les clientes avant et pendant l'intervention comparativement aux deux zones. Puis, toujours en comparaison des deux zones, (2) le taux d'utilisateurs des services de PF a été déterminé entre les deux périodes. Ensuite, (3) les quantités de produits distribués y compris le couple-année de protection ont été comparées dans les deux zones et les deux périodes. Et enfin, nous avons monitoré les données de PF au niveau des centres de santé des deux zones confomément aux normes et procédures du PEV/SSP/ME en Guinée.

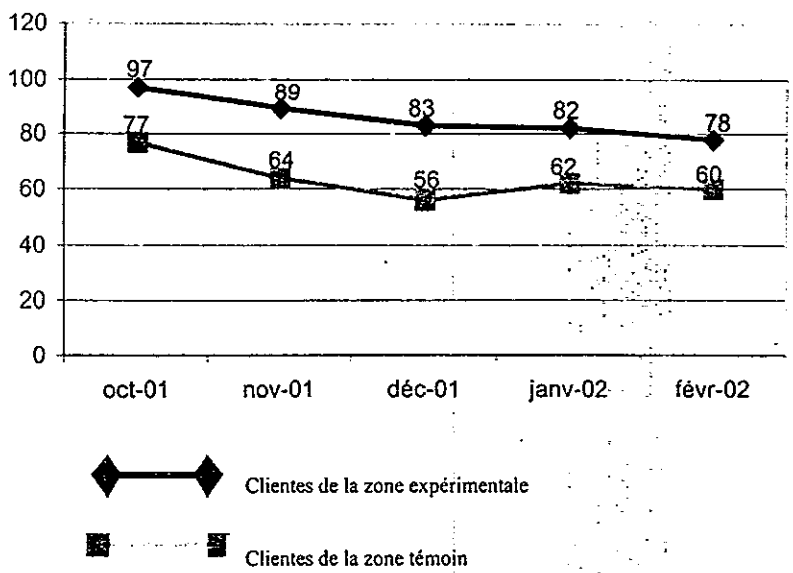
### 7.5.1 Le taux de continuité de la prise des contraceptifs oraux par les clientes

#### 7.5.1.1 Taux de continuité avant l'intervention d'octobre 2001 à février 2002.

La continuité de la prise de contraceptifs oraux par les clientes a été mesurée d'abord au niveau des deux zones (zone d'intervention ou expérimentale et zone témoin) six mois avant l'étude. Un taux mensuel cumulatif de continuité est calculé en fonction de la proportion des clientes qui se réapprovisionnent auprès de l'AC durant les six mois. Le cahier de suivi des clientes de CO a servi de mesurer ce taux dans les deux zones.

La figure 3 indique que pendant les six mois qui ont précédé l'intervention proprement dite, une tendance à la baisse de la continuité de la prise des CO par les clientes a été constaté dans les deux zones, soit un écart de 19% et de 17% respectivement dans la zone expérimentale et dans celle témoin, entre octobre 2001 et février 2002. L'écart entre les deux zones en fin février 2002 était de 18% en faveur de la zone qui devait devenir expérimentale. Il faut noter sur la figure 3 qu'il y a eu un effet programme en début de période (c'est-à-dire octobre 2001) qui correspondait à la fin de la phase d'extension du programme où l'on est passé de 5 AC à 7 AC autour de chaque centre de santé dans les préfectures prioritaires.

Figure 3 : Taux de continuité de la prise de pilules par les clientes avant l'enquête

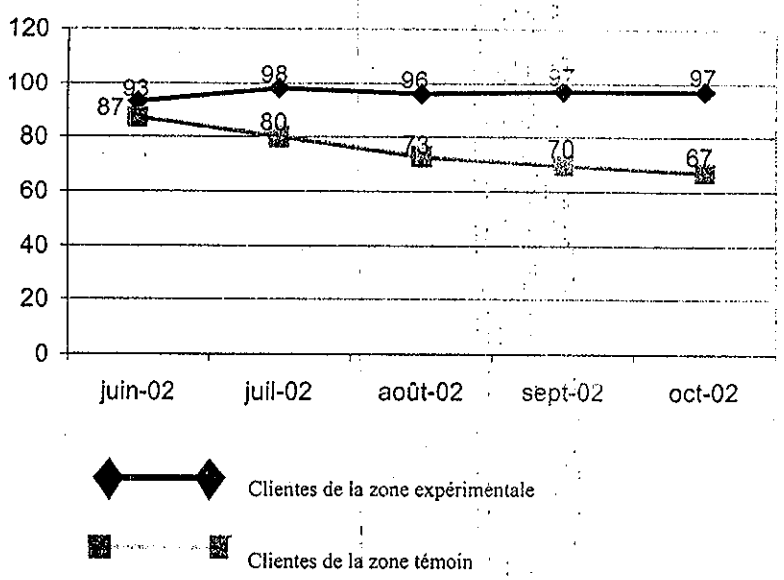


7.5.1.2 Taux de continuité pendant l'intervention de mai à octobre 2002.

La même mesure de la continuité de l'utilisation des CO par les clientes des deux zones a été faite pendant l'intervention à l'aide du même outil. Là, la figure 4 montre une divergence entre les deux zones. La zone expérimentale a connu une tendance vers la stabilité de la continuité avec un leger accroissement de 4% entre le début et la fin de la période. Quant à la zone témoin, l'évolution de la continuité est plutôt décroissante avec un écart de 20% entre les deux mois extrêmes. L'écart entre les deux zones en fin de période s'est élargi à 30% par rapport à qu'il était avant l'intervention (18%). L'on peut également noter qu'il y a eu un effet du programme en début de l'intervention, en ce sens que les superviseurs SBC et les AC des deux zones ont été soumis à un rythme soutenu de supervision de la part de l'équipe préfectorale de la santé de Kankan.

Malheureusement, les contraintes liées à la mise en oeuvre des activités préparatoires (février, mars et avril 2002), ont empêché la comparaison des deux zones à un mois près entre les deux périodes de six mois.

Figure 4 : Taux de continuité de la prise de pilules par les clientes pendant l'enquête






118

### 7.5.2 Utilisation des servives de PF

#### 7.5.2.1 Nombre d'utilisatrices de services de planification familiale

L'exploitation des rapports mensuels des AC (données de routine du programme SBC) permet de déterminer le nombre de nouveaux utilisateurs (NU) et utilisateurs réguliers (UR) des différentes méthodes modernes de contraception distribuées par les AC. En ce qui a trait aux contraceptifs oraux, le tableau 10 indique une nette augmentation du nombre des utilisatrices de cette méthode au niveau de la zone d'expérimentation pendant l'intervention (soit un écart de 822 utilisatrices de contraceptifs oraux) par rapport à la période précédente. Dans la zone témoin, il existe également une augmentation du nombre d'utilisatrices de contraceptifs oraux pendant l'enquête, mais, l'écart n'est que de 201 utilisatrices par rapport à la période précédente ; ceci, malgré le nombre élevé d'AC dans cette zone (21 contre 20 AC).

Lorsqu'on analyse cependant les données de routine sur la distribution des condoms et spermicides, il ressort du tableau 11 que les AC de la zone expérimentale ont fait moins de progrès (les écart d'augmentation sont plutôt négatifs ) par rapport à ceux de la zone témoin.

Tableau 10 : Nombre d'utilisatrices (nouvelles et régulières) de contraceptifs oraux suivant la période et la zone

| | Avant l'enquête (septembre 2001 à février 2002) | Pendant l'enquête (mai à octobre 2002) | Ecart |
|---|---|---|---|
| Zone expérimentale (20 AC) | 916 | 1738 | 822 |
| Zone témoin (21 AC) | 673 | 874 | 201 |

Tableau 11 : Nombre d'utilisateurs (nouveaux et réguliers) des condoms et spermicides suivant la période et la zone

| | Condoms | | | Spermicides | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Avant l'enquête (septembre 2001 à février 2002) | Pendant l'enquête (mai à octobre 2002) | Ecart | Avant l'enquête (septembre 2001 à février 2002) | Pendant l'enquête (mai à octobre 2002) | Ecart |
| Zone expérimentale (20 AC) | 745 | 737 | - 8 | 284 | 219 | - 65 |
| Zone témoin (21 AC) | 808 | 985 | 177 | 502 | 645 | 143 |

### 7.5.2.2 Taux d'utilisation de la contraception

Tableau 12 : Taux d'utilisation de la contraception orale chez les clients de la PF (contraceptifs oraux, condoms et spermicides).

| | Nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) | | Avant l'enquête (septembre 2001 à février 2002) | | Pendant l'enquête (mai à octobre 2002) | | Ecart de entre les 2 périodes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Nombre d'utilisateurs | Taux d'utilisation | Nombre d'utilisateurs | Taux d'utilisation | |
| Zone expérimentale (20 AC) | 6 534 | Ensemble des méthodes | 1 945 | 29,77 % | 2 694 | 41,23 % | 11,46 % |
| | | **Contraceptifs oraux seules** | 916 (47%) | **14,02 %** | 1 738 (64,5%) | **26,60 %** | **12,58 %** |
| Zone témoin (21 AC) | 5 236 | Ensemble des méthodes | 1983 | 37,87 % | 2 504 | 47,82 % | 9,95 % |
| | | **Contraceptifs oraux seules** | 673 (34%) | **12,85 %** | 874 (35%) | **16,69 %** | **3,84 %** |

Dans le but de déterminer la performance du programme SBC dans la zone d'étude, nous avons calculé le taux d'utilisation des produits contraceptifs par les clients. Ce taux estime celui de la prévalence contraceptive (TPC) qui est l'indicateur de performance de programme le plus commun et le plus utilisé [12]. Nous n'avons pas utilisé la terminologie de TPC dans le but d'éviter la confusion avec son calcul lors d'une enquête de population qui prend en compte tous les utilisateurs des conrtaceptifs (qu'ils soient clients des AC ou pas).

Cependant, nous avons calculé le taux d'utilisation selon la même formule que le TPC, en prenant comme numérateur le nombre de clients de la PF des AC (toutes méthodes confondues) dans la population de chaque zone et, comme dénominateur, le nombre total de clients potentiels (ici, nous avons pris toutes les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans). Comparativement à ce taux global, nous avons calculé celui se rapportant spécifiquement aux contraceptifs oraux. Cette manière de calcul sous estime d'ailleurs le TPC car ne prenant en compte les autres clients de PF non vus par les AC. Malgré cette sous-estimation du TPC, les résultats obtenus dans le tableau 12 illustrent bien l'effet de cette intervention pilote.

Ainsi, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives toutes confondues, est comparable dans les deux zones avant et pendant l'enquête. Cependant, lorsqu'on le calcule par rapport aux clientes spécifiques des contraceptifs oraux, on remarque une nette différence entre les deux zones et les deux périodes. Dans la zone expérimentale, on est passé d'un yaux d'utilisation des contraceptifs oraux de 14,02% avant l'intervention à 26,60% pendant l'intervention, soit une progression de 12,58%. Par contre, au niveau de la zone témoin, la progression n'est que de 3,84% entre les deux périodes. L'écart initial entre les deux zones avant l'enquête (1,17% au bénéfice de la zone expérimentale) a progressé de 8,74% au bénéfice de la zone expérimentale pendant l'enquête.

#### 7.5.3.1 Couple-années de protection

Tableau 13 : Couple-année de protection gagné par la distribution des contraceptifs oraux suivant la période et la zone

| | Avant l'enquête (septembre 2001 à février 2002) | Pendant l'enquête (mai à octobre 2002) | Total | Ecart |
|---|---|---|---|---|
| Zone expérimentale | 87,9 | 151,4 | 239,3 | 63,5 |
| Zone témoin | 62,7 | 82 | 144,7 | 19,3 |

Les données de routine du programme SBC nous permet également de calculer les couples-années de protection pour chaque méthode contraceptive distribuée par les AC. On remarque au niveau du tableau 13 que les AC de la zone expérimentale ont obtenu, en distribuant les contraceptifs oraux, 239,3 couple-années de protection, avec une augmentation de 63,5 CAP gagnés pendant la phase expérimentale. La même analyse au niveau de la zone témoin, indique une augmentation moins importante, 19,3 CAP.

#### 7.5.3.2 Quantité de produits distribués

L'analyse des tableaux 14 et 15 est superposable à celle des tableaux 10 et 11, relatifs au nombre de clientes de contraceptifs oraux comparé à celui des clients de spermicides et condoms.

Tableau 14 : Quantité de contraceptifs oraux distribuée suivant la période et la zone

| | Avant l'enquête (septembre 2001 à février 2002) | Pendant l'enquête (mai à octobre 2002) | Ecart |
|---|---|---|---|
| Zone expérimentale | 1 165 | 1 969 | 804 |
| Zone témoin | 815 | 1 066 | 251 |

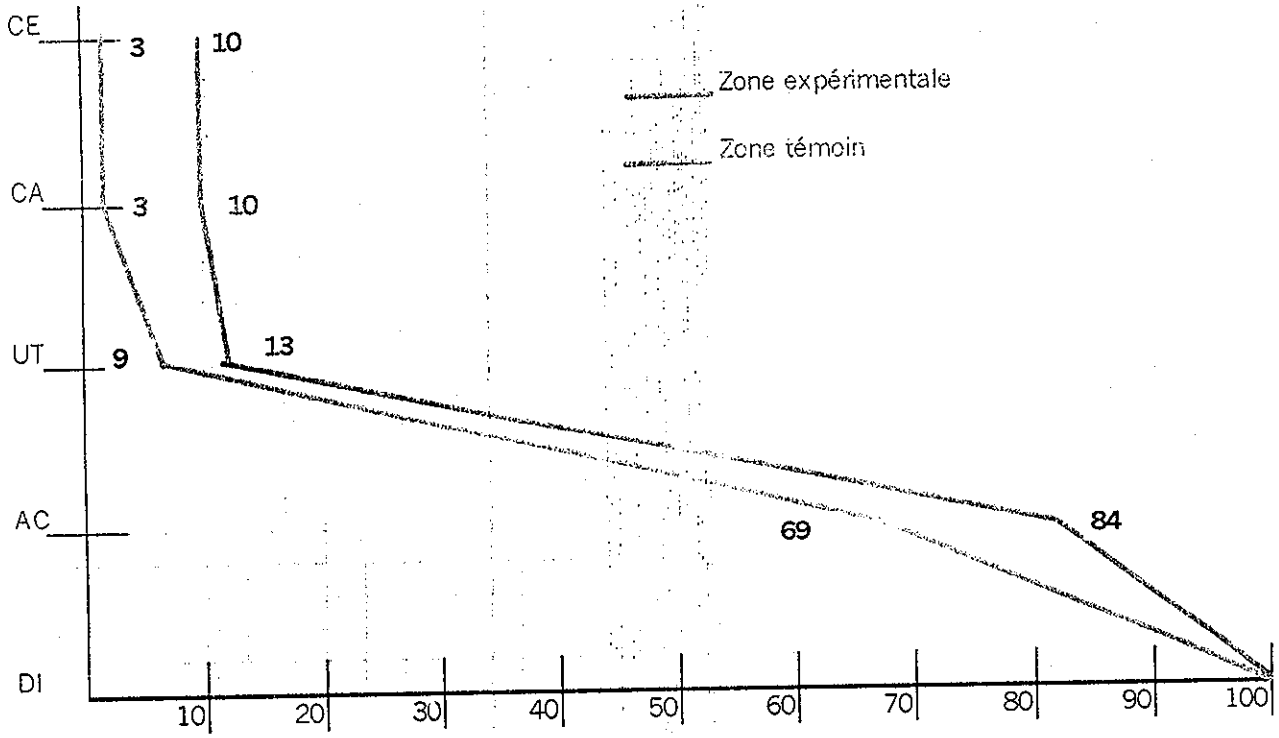
Tableau 15 : Quantité de condoms et de spermicides distribuée suivant la période et la zone

| | Condoms | | | Spermicides | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Avant l'enquête (septembre 2001 à février 2002) | Pendant l'enquête (mai à octobre 2002) | Ecart | Avant l'enquête (septembre 2001 à février 2002) | Pendant l'enquête (mai à octobre 2002) | Ecart |
| Zone expérimentale | 2 375 | 2 582 | 207 | 466 | 394 | - 72 |
| Zone témoin | 2 104 | 2 594 | 490 | 844 | 934 | 90 |

### 7.5.4.1 Couverture en planification familiale avant l'intervention (octobbre 2001 à mars 2002) au niveau des centres de santé des deux zones

Pour mesurer l'effet de l'intervention sur les services de PF des centres de santé, un monitorage été réalisé pour déterminer la couverture en PF tenant compte de l'activité des AC concernés. Cela est rendu possible grâce à l'existence des cahiers de suivi des clientes de CO au niveau des AC. Ces cahiers sont exploités mensuellement par les superviseurs SBC des centres de santé pour remplir les fiches de PF de chaque cliente.

Les résultats de ce monitorage indiquent un écart de couverture effective (CE) de 7% entre les deux zones en faveur de la zone expérimentale.

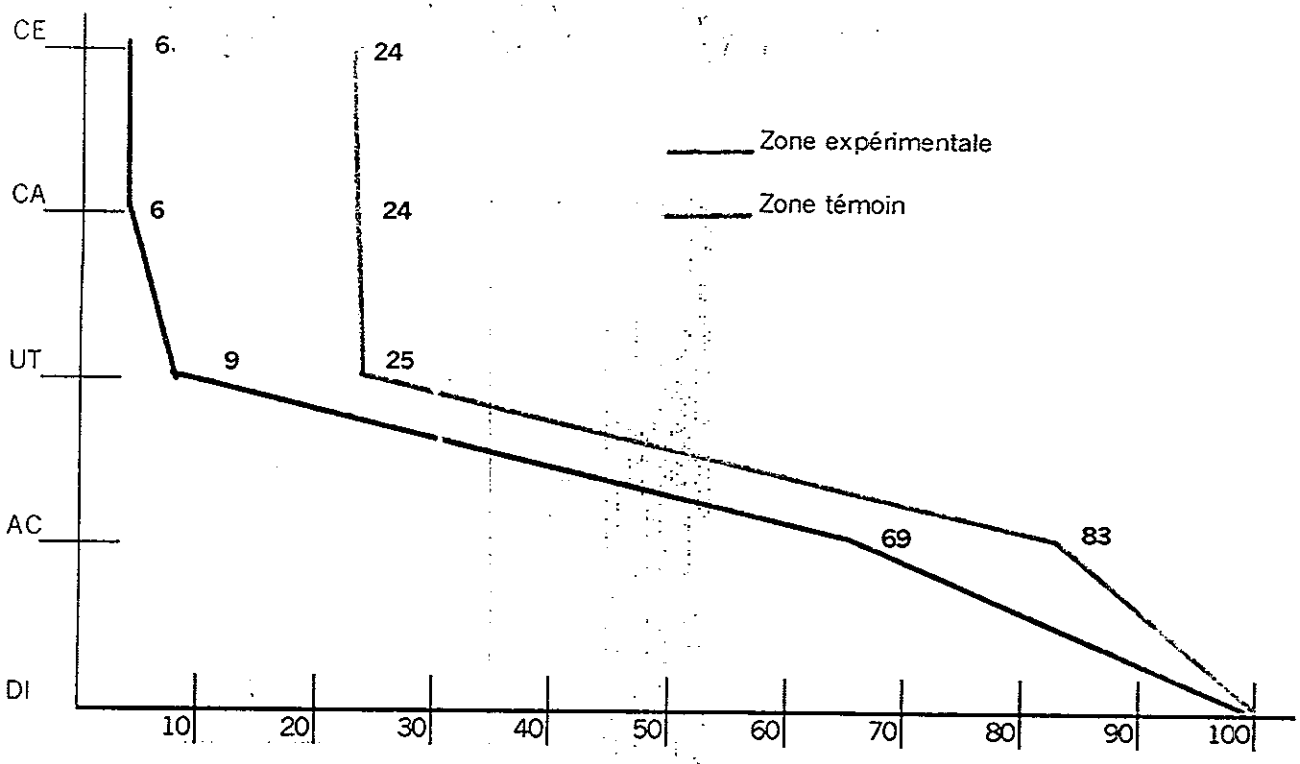





122

### 7.5.4.2 Couverture en planification familiale pendant l'intervention (mai à octobre 2002) au niveau des centres de santé des deux zones

Pendant l'intervention, l'écart entre les deux zones en matière de couverture effective est passé de 7% (avant l'intervention) à 18%.



# RESULTATS

# (Partie Discussion)

# VIII. DISCUSSION

## 8.1 Le programme des services à base communautaire (SBC) :

Le programme de services à base communautaire appuyé par PRISM en Haute-Guinée utilise une approche systémique. Ces services constituent une ramification des activités des soins de santé primaires développées par les centres de santé (CS) de sous-préfecture. Tous les niveaux opérationnels sont impliqués dans le programme. La Direction Régionale de la Santé (DRS) assure la coordination avec les autres interventions communautaires, compile et analyse les données recueillies transmises par les Directions Préfectorales de la Santé (DPS). Ces dernières ont chacune un responsable chargé des SBC qui supervise les activités du programme au niveau des centres de santé de son ressort. Chacun de ces centres de santé a deux superviseurs SBC que sont le Chef de centre et l'agent chargé du programme élargi de vaccination (PEV). Ces agents de santé suivent directement les activités des Agents Communautaires (AC), au nombre de 5 à 7 autour de chaque centre de santé. Le suivi des AC se fait à travers les réunions mensuelles organisées par les superviseurs SBC et à travers des visites de ces derniers au niveau des villages des AC. Le système d'approvisionnement en produits contraceptifs et SRO suit celui adopté par le Programme national PEV/SSP/ME. Les AC sont recrutés suivant une activité de mobilisation communautaire réalisée dans chaque village concerné. Les membres des communautés mobilisées désignent unanimement un AC selon les critères de qualité préalablement définis. Tous les agents sont formés à travers un curriculum harmonisé par niveau (CS et AC) et le suivi post-formation se fait se fait par voie hiérarchique. Les AC sont motivés par la reconnaissance de leurs communautés respectives et par des marges bénéficiaires qu'ils gagnent sur la vente des produits distribués.

Cette approche systémique est celle qui soit reconnue aujourd'hui en Afrique subsaharienne comme une des plus efficaces (Karen R. Katz, Caroline G. West, Fodé Doumbia ... Perspectives Internationales sur le planing familial, P. 5 ; 1999). Cependant, malgré le fait que ce programme fonctionne actuellement, l'utilisation des services de PF reste toujours faible en Guinée. Pour la première fois en Guinée, ce programme est autorisé à expérimenter la distribution directe des contraceptifs oraux par les AC sans que les clientes ne soient plus obligées à aller consulter dans un CS. Les résultats de cette étude montrent que les AC, formés, encadrés, disposant des produits de santé essentiels peuvent convenablement distribuer les contraceptifs oraux avec moindre risque pour les clientes potentielles, comme il a été déjà démontré dans d'autres pays de la sous-région, notamment au Mali.

## 8.2 La méthodologie

La méthodologie utilisée dans cette étude (séries chronologiques) a permis de comparer la zone expérimentale à elle-même sur les deux périodes de six mois (avant et pendant l'intervention) et également les deux zones (expérimentale et témoin) entre elles. Cette méthodologie a eu l'avantage d'utiliser parallèlement les données de routine que le programme permet de recueillir opérationnellement. Cependant, elle ne permettait pas aux enquêteurs/vérificateurs d'interviewer les clientes de la zone témoin (avant et pendant l'étude) et celles de la zone expérimentale avant l'étude. Cette limitation de la méthode pourrait faire penser à un effet sur l'exactitude des informations recueillies sur ces clientes. Mais le cahier de suivi des clientes de contraceptifs oraux, utilisé par les AC (et contrôlé par leurs superviseurs SBC des CS) contient des informations individuelles sur la continuité de la prise

des contraceptifs oraux par les clientes ainsi que les abandons et leurs raisons. Ce qui a permis d'effectuer des analyses par séries chronologiques de ces deux zones de l'étude.

### 8.3 Caractéristiques des AC et des clients :

Une des caractéristiques essentielles du programme SBC guinéen appuyé par PRISM est que les AC sont choisis, lors de la mobilisation communautaire organisée par ledit programme à cet effet, sans exiger qu'ils soient alphabétisés en n'importe quelle langue. Ceci a ouvert la voie au choix des AC féminins qui sont en général quasiment analphabètes. Malgré tout cela, près de la moitié des AC savent lire et comprennent le français. La méthodologie de formation des AC ainsi que les outils de travail mis à leur disposition par le programme SBC, ont été simplifiés pour faciliter leur compréhension ; ce qui a permis d'avoir des AC très comparables au départ du programme, qu'ils soient masculins ou féminins, lettrés ou illettrés, appartenant ou pas à la zone expérimentale.

Quant aux clientes de contraceptifs oraux recensées au cours de cette étude dans la zone expérimentale, elles sont comparables aux autres femmes en âge de procréer du pays [3] (EDS-99). Elles sont généralement jeunes (avec un âge moyen de 25 ans), mariées (95%), analphabètes (96%), pratiquent l'allaitement maternel (61%); elles ont une tendance pro nataliste (70% désirant d'enfant supplémentaire) et ont connu au moins un décès d'enfant dans plus de la moitié des cas. Ces caractéristiques sont également rencontrées dans la sous-région Ouest-africaine, notamment au Mali [6]. De plus, les clientes de contraceptifs oraux recensées dans l'étude écoutent la radio rurale dans 99% des cas. Ceci est un facteur qui facilite l'accès aux informations en général et plus particulièrement aux messages éducationnels souvent diffusés par ces antennes sur la planification familiale, complétant ainsi les sensibilisations effectuées par les agents communautaires. Ces derniers transmettent ainsi plus aisément les messages éducationnels d'autant plus qu'ils ont avec leur communauté desservie les mêmes statuts socioculturels.

### 8.4 Compétences des AC :

L'approche utilisant des liste de contrôles distinctes et des images adaptées aux questions de ces liste de contrôle, a contribué à faciliter la qualité de l'entretien de l'AC avec sa cliente pour savoir si celle-ci n'est pas enceinte, si elle n'a pas de contre-indication médicale et de donner le cas échéant, le type et la quantité de contraceptifs oraux qui convient selon les normes nationales en la matière. Les superviseurs SBC et les AC de la zone expérimentale, à la différence de ceux du groupe témoin, ont reçu une formation supplémentaire théorique et pratique sur l'utilisation correcte de l'ensemble des outils de travail en général et en particulier sur celle des liste de contrôles développées spécialement pour cette étude. Aussi, la supervision habituelle préconisée par le programme SBC et réalisée par les superviseurs SBC des CS et ceux de la DPS de la préfecture, à travers les réunions mensuelles, a non seulement connu une participation effective de tous les AC concernés, mais également a constitué un soutien efficace aux activités des AC sur le terrain. Bien entendue, ce suivi se fait de manière identique dans tout le réseau SBC mis en place par le projet PRISM. A rappeler que les réunions mensuelles des AC constitue une instance au cours de laquelle, les AC rapportent les activités du mois passé, se réapprovisionnent en contraceptifs et leurs connaissances sont mises à jour par les superviseurs SBC à travers des micro-formations sur place et des échanges d'expériences entre eux. Au cours de la même réunion, les AC planifient avec leurs superviseurs SBC les activités du mois prochain en se servant de leurs cartes ELCO. Ces cartes ELCO sont dessinées par les AC eux-mêmes et leur permettent de situer les domiciles

des différents clients qu'ils suivent et aussi, d'identifier les domiciles non encore visités afin de recruter de nouveaux clients.

Ainsi, la mesure de la qualité des services offerts par les AC auprès des clientes de contraceptifs oraux a révélé des résultats très impressionnants sur la capacité de ces AC à correctement informer les clientes sur les méthodes modernes de contraception (le fonctionnement, les avantages, les inconvénients et les effets secondaires de chaque méthode) et à donner des instructions sur leurs utilisations. La quasi-totalité des 448 clientes recrutées par les AC (près de 100%) a avoué qu'elle a reçu toutes les informations et instructions sur les méthodes contraceptives et cela, sans aucune différence entre les AC masculins et féminins. Quoique les informations sur les condoms et spermicides sont légèrement moins souvent données par rapport celles sur les contraceptifs oraux. Ceci pourrait s'expliquer en grande partie par le fait que la population ciblée par l'étude est exclusivement féminine et aussi dans un moindre degré par l'effet de l'enthousiasme de la distribution des contraceptifs oraux par les AC pour la première fois. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés dans une étude similaire au Mali [6].

Les trois listes de contrôles utilisées par les AC étaient toutes faites avec des images qui rappellent les questions à poser aux clientes désireuses de prendre le contraceptif oral. La première permettait d'éliminer la grossesse chez la cliente, la deuxième éliminait toute contre-indication à la prise du contraceptif oral et la troisième indiquait quel type et quelle quantité de contraceptifs oraux faut-il donner à la cliente. La qualité conceptuelle de ces instruments ainsi que l'habilité acquise par les AC pour leur utilisation ont permis à tous les AC de la zone expérimentale de prendre la bonne décision, soit de donner le contraceptif oral à la cliente, soit de la référer au centre de santé lorsqu'il y a doute d'une grossesse ou une contre-indication. Sur les 448 clientes recrutées par les AC, aucune nouvelle cliente n'était enceinte un mois après le début de la prise de la première plaquette de contraceptif oral. De même, aucune contre-indication médicale n'a été décelée par les enquêteurs chez les clientes élues pour les contraceptifs oraux par les AC un mois après la prise de la première plaquette. De plus, avec l'autorisation des AC à distribuer directement les contraceptifs oraux, ils sont encouragés à référer au centre de santé les clientes qui présentent une contre-indication médicale. Ainsi, grâce à la confiance créée entre clientes et AC, celles-ci acceptent souvent volontiers (dans deux tiers des cas) de se déplacer vers le centre de santé lorsqu'elles sont référées par les AC. Et cela limite les déperditions des clientes référées que le programme SBC connaissait avant l'intervention.

Quant à savoir lequel des deux types de contraceptifs oraux utilisés dans le programme SBC (Lo femenal et Ovrette) faut-il donner à la cliente, les AC ont respecté les normes dans la plupart des cas. Néanmoins, il s'est avéré que dans 4% des cas chez les clientes qui allaitaient un bébé (59%), les AC ont donné l'Ovrette à la place de Lo femenal. Ce phénomène a été constaté au début de l'étude et le suivi lors des réunions mensuelles des AC l'avait corrigé. En dernier lieu, les AC devraient donner la quantité de contraceptifs oraux qu'il faut à la cliente. A ce niveau, les normes nationales qui indiquent qu'il faut donner une seule plaquette à la nouvelle cliente accepteuse de contraceptif oral, ont été respectées dans 87,5% des cas. Seulement dans 2,5% des cas, l'AC a donné plus d'une plaquette. Ceci pourrait s'expliquer par l'exigence de certaines clientes pour lesquelles l'AC cède. A l'opposé, chez les anciennes utilisatrices de contraceptifs oraux, où l'AC pouvait donner plus d'une plaquette de contraceptif oral selon les normes, paradoxalement, elles n'ont pu avoir qu'une seule plaquette. Cela est dû souvent au pouvoir d'achat réduit des femmes et aussi, le fait que ces clientes vivent en permanence dans le même village que l'AC, il n'y a pas trop de nécessité

pour elles de garder plus d'une plaquette à la fois. Nous ne devons pas oublier non plus que certaines clientes de contraceptifs oraux n'ont pas forcément l'accord de leurs maris, donc, elles préfèrent avoir une plaquette de contraceptif oral qui peut être plus facilement cachée à la maison.

Cette étude vient de démontrer à suffisance la replicabilité des listes de contrôles établies et validées récemment selon les critères d'éligibilité de l'OMS pour les contraceptifs oraux et utilisables par les agents communautaires et les agents de santé [5, 8]. Ces listes de contrôles éliminent ainsi tout examen physique approfondi de la cliente de contraceptif oral et ouvre alors la voie à son utilisation par des agents médicaux et non-médicaux. Pour ces derniers, la spécificité de notre étude a été d'avoir des agents communautaires pas forcément lettrés chez qui, la formation, le suivi et la simplification des outils de travail dont les listes de contrôle, ont permis d'effectuer des services de qualité en matière de la distribution directe des contraceptifs oraux sans prescription médicale préalable d'un agent de santé.

Au-delà de la capacité de l'AC à donner directement le contraceptif oral à une cliente avec mondre risque pour la santé de celle-ci, il y a l'aspect non moins important de la gestion des effets secondaires associés à la prise des contraceptifs oraux. Lors du premier entretien avec une cliente, l'AC devait parler de tous les effets secondaires susceptibles de survenir pendant la prise de la contraceptif oral, rassurer à l'avance la cliente de la non gravité de ces effets et demander à la cliente de venir lui voir lorsque ces effets deviennent insupportables. A l'issue de l'étude, très peu de clientes se sont plaintes d'effets secondaires gênants (4%). Lorsque celles-ci sont venues voir les AC concernés, 88% d'entre elles ont été rassurées par les AC et ont donc continué la prise de leur contraceptif oral. Ceci démontre l'existence d'un degré élevé des relations de confiance établies entre les AC et leurs clientes. Au paravent, les clientes qui consultaient au centre de santé pour avoir leur première plaquette de contraceptif oral ne revenaient pas voir l'AC pour expliquer l'apparition d'effets secondaires gênants par le simple fait que ce n'est pas celui-ci qui leur avait fait le counseling initial et spécifique. Ces clientes abandonnaient souvent la prise de la contraceptif oral pour cette raison sans avoir la possibilité de choisir d'autres méthodes éventuellement. L'étude a montré que parmi les clientes qui se plaignaient d'effets secondaires, 8% ont préféré changer de méthode et le plus souvent c'est la méthode injectable qui était leur deuxième choix. Pour ces cas, les AC référaient ces clientes au centre de santé pour une consultation préalable en PF et pour prendre ces injections s'il n'y a pas de contre-indication décelée. Il faut noter aussi que ces références des cas vers les structures sanitaires sont encouragées par le programme SBC car les AC qui les font sont motivés financièrement en recevant une ristourne équivalente à 50% de la marge bénéficiaire du produit gagnée par ladite structure.

Très peu de cas d'abandon de la prise de contraceptifs oraux ont été signalés par les clientes, soit 3% des 448 clientes recrutées. Les raisons de ces abandon étaient essentiellement le changement de méthode et le décès du mari tel qu'il est rapporté dans les autres études similaires de la sous-région [6].

### 8.5 Effet de l'intervention :

L'effet de l'intervention s'est d'abord fait ressentir à travers le recrutement d'un nombre important de nouvelles clientes potentielles des contraceptifs oraux. Il y a eu quasiment un doublement du nombre de clientes de contraceptifs oraux par rapport aux six mois précédant la période d'intervention. En prenant la zone témoin, il y a eu également une augmentation du

nombre d'utilisatrices de contraceptifs oraux, mais celle-ci n'est que de 23%. Ceci montre qu'il existait une demande latente qui n'était jusque là pas satisfaite par le programme SBC dans la zone d'étude. L'on peut attribuer aussi cette augmentation du nombre d'utilisatrices de contraceptifs oraux par l'effort supplémentaire fournis par les AC de la zone d'étude dans la sensibilisation, quoique cette sensibilisation soit légèrement orientée vers l'information sur leur nouvelle capacité à distribuer désormais directement les contraceptifs oraux dans leur communauté. La qualité des services offerts par les AC à travers une meilleure interaction client-prestataire et une meilleure utilisation des listes de contrôle établies à cet effet, a également contribué à cette hausse des utilisatrices de contraceptifs oraux. Mais à l'inverse, les deux autres méthodes contraceptives distribuées par les AC, à savoir les condoms et les spermicides, ont été utilisées par peu de clients dans la zone d'étude par rapport à la zone témoin. Ceci est cependant très intéressant car on constate que cette intervention amène les clientes à changer de méthodes contraceptives : des méthodes les plus contraignantes (condoms et spermicides) vers les méthodes les plus sûres que sont les contraceptifs oraux. L'avantage de cette inversion de comportement des clientes de la PF revient également aux AC qui gagnent plus de bénéfices sur la vente des contraceptifs oraux que sur celle des deux autres. Mais ceci interpelle le programme SBC de mettre un accent particulier auprès des AC sur la distribution des autres méthodes dont les condoms, à cause de leurs pertinence dans la prévention des IST-SIDA.

L'augmentation du nombre d'utilisatrices de contraceptifs oraux est exactement proportionnelle à celle de la quantité de contraceptifs oraux distribués par les AC de la zone expérimentale. La preuve de cette affirmation est le quasi doublement du couples années de protection (CAP) gagné par la distribution des CO dans la zone expérimentale entre les deux périodes, passant de 87,9 à 151,4 couples protégés par année, soit un écart de 63,5. Alors que dans la zone témoin, l'écart obtenu entre les deux périodes n'est que de 19,3 CAP.

La performance de ce programme de distribution directe des CO est encore mieux établie par la mesure du taux d'utilisation des contraceptifs qui estime la prévalence contraceptive (TPC). L'EDS-99 rapporte un taux de prévalence contraceptive en Haute-Guinée de 1,5%. Aujourd'hui, dans les deux zones d'étude de ce projet pilote, le taux d'utilisation dépasse 40% pour les trois méthodes contraceptives distribuées par les AC (Condom, spermicide et contraceptifs oraux). Dans la zone expérimentale, un taux d'utilisation de 26,60% est obtenu pour les contraceptifs oraux seuls, soit 65% du taux obtenu pour les trois méthodes contraceptives distribuées par les AC. Cela indique clairement qu'en vulgarisant la distribution des CO au niveau des AC, on gagnera à coup sûr le pari national qui est d'obtenir un TPC de 25% d'ici 2010.

En matière de planification familiale, ce qui est important au-delà de la prise de conscience de la population, c'est la continuation effective de la prise des méthodes contraceptives pendant une période suffisante pour qu'on puisse parler d'espacement de naissance. L'utilisation régulière des méthodes contraceptives par les clients nécessite de la part des prestataires une meilleure qualité des services. Cela passe d'abord par la capacité des AC à mener des séances de sensibilisation convaincantes, à donner toutes les informations requises sur les modes de fonctionnement et d'utilisation de ces méthodes et à suivre les clients réguliers pour non seulement la gestion des effets secondaires éventuels mais aussi et surtout pour leur réapprovisionnement en contraceptifs. Cela signifie aussi que les contraceptifs sont disponibles au niveau des AC, que ces derniers sont suivis mensuellement par leurs superviseurs tant au niveau centre de santé qu'à celui DPS. Lorsque ces différents éléments sont satisfaits, l'utilisation des services de PF se maintient et perdure dans le temps. C'est ce

que les résultats de la présente étude indiquent en démontrant une augmentation significative du taux de continuation de l'utilisation des contraceptifs oraux par les clientes de la zone expérimentale par rapport à celles de la zone témoin (97% contre 67%).

Enfin, il est important de rappeler que le programme SBC existant favorise l'intégration des données issues des activités des AC dans celles du centre de santé de ressort à travers l'exploitation des cahiers de suivi des clientes de PF au niveau communautaire. Ainsi, le monitorage de la PF pendant les deux périodes de l'étude montre un effet de l'intervention assez significatif sur l'amélioration de la couverture des services de PF. Entre les deux zones, un écart de 18% a été obtenu pendant l'intervention contre 7% seulement avant l'intervention (6% à 24% contre 3% à 10% respectivement). Bien qu'il y ait encore un problème d'utilisation des services de PF, elle s'est nettement améliorée entre les deux périodes au niveau de la zone expérimentale, passant de 13% à 25% . Aussi, l'écart entre les deux zones se creuse de manière non négligeable passant de 4% avant l'intervention à 16% pendant l'intervention.

# CONCLUSION

Cette recherche opérationnelle a montré que les Agents Communautaires sont capables de distribuer directement les contraceptifs oraux aux clientes potentielles avec moindre risque pour la santé de celles-ci. Bien que cela ait été démontré par d'autres études dans la sous-région, il a fallu tester cette approche en Guinée dans une zone géographique limitée et strictement contrôlée par le système de santé sur place. Cette étude visait essentiellement à montrer la capacité des AC, qu'ils soient lettrés ou non, masculins ou féminins, à (1) assurer une prestation de qualité selon les normes, notamment à donner aux clientes toutes les informations relatives aux contraceptifs oraux (modes de fonctionnement et d'utilisation), et à suivre ces clientes sous CO ; (2) et à utiliser correctement les listes de contrôle expérimentales mises à leur disposition pour éliminer chez une cliente une grossesse ou une contre-indication médicale et de donner le type et la quantité de CO appropriés à une cliente. L'étude visait également à mesurer l'effet de l'intervention sur l'utilisation des services de PF en général et des CO en particulier.

Malgré la durée de l'étude relativement courte (6 mois), tous les objectifs initialement fixés ont été atteints ainsi que les hypothèses de recherche vérifiées. Ainsi, on peut résumer les résultats atteint à trois niveaux : le programme SBC, les Agents Communautaires et les clientes de contraceptifs oraux.

Au niveau du programme SBC, le réseau SBC est revitalisé et apporte une plus value aux indicateurs de la planification familiale. Les superviseurs SBC tant au niveau préfectoral que sous-préfectoral, s'impliquent davantage dans le suivi du programme et la disponibilité des contraceptifs, car leurs courbes du monitorage semestriel sont améliorées grâce à l'apport des AC qui se matérialise par l'augmentation du nombre d'utilisatrices de contraceptifs oraux, la méthode contraceptive moderne la plus sûre parmi toutes celles distribuées par ces AC. Les AC sont enthousiastes et s'impliquent mieux dans les activités SBC car ils sont mieux valorisés au sein de leur communauté et leurs marges bénéficiaires sont augmentées par la vente importante des contraceptifs oraux. Ce qui fait dire que lorsque les conditions de cette étude pilote sont respectées, ce programme constitue à présent, une solution non négligeable dans l'atteinte des objectifs nationaux en matière de planification familiale. La vulgarisation du programme à large spectre va permettre de dépasser même la vision du MSP à l'horizon 2010 qui est d'atteindre une prévalence contraceptive de 25%. Car, la simple sous estimation de cette prévalence contraceptive au niveau des villages de la zone d'intervention nous donne un taux d'utilisation de la contraception orale de 26,60%. L'effet de l'intervention se fait sentir également au niveau de l'amélioration sensible des courbes de monitorage en PF des centres de santé de la zone d'intervention (24% de couverture effective contre 6% dans la zone témoin).

Au niveau des Agents Communautaires, l'étude montre la faisabilité technique de la distribution des contraceptifs oraux sans prescription préalable d'un agent de santé. Les AC, sans distinction de sexe, ni du niveau d'instruction, sont à mesure d'utiliser efficacement les listes de contrôle imagées et de recruter ainsi les clientes potentielles des contraceptifs oraux sans que cela ne soit néfaste pour leur santé. Au-delà de l'utilisation des listes de contrôle, les AC sont à mesure d'animer un entretien avec les clientes au cours duquel ils donnent toutes les informations requises sur les contraceptifs oraux, fixent des rendez-vous aux clientes selon les quantités de contraceptifs achetées, et suivent efficacement la gestion des effets secondaires. De plus, ils réfèrent au centre de santé les clientes qui ne supportent plus les

effets secondaires et qui souhaitent changer de méthodes au profit souvent des méthodes injectables.

Au niveau des clientes de contraceptifs oraux recrutées au cours l'étude, elles continuent à utiliser ces méthodes contraceptives dans 97% des cas et affirment avec satisfaction que les AC gèrent bien les effets secondaires de ces méthodes. Il y a eu un doublement du nombre d'utilisatrices de contraceptifs oraux. Et, il y a un changement de comportement des clientes de PF qui préfèrent désormais plutôt des contraceptifs oraux, méthodes modernes de contraception la plus efficace et la plus sûre parmi toutes celles distribuées par les AC. Cependant, le programme doit veiller auprès des AC et de leurs superviseurs SBC à la distribution équivalente des deux autres méthodes disponibles au nijveau des AC dont en particulier les Condoms qui sont importants dans la lutte contre les IST/SIDA.

Les résultats de cette étude sont similaires à deux autres études menées au Mali, pays frontalier de la Guinée. Ils sont validés par les membres du Comité de pilotage et incorporent les imputs des instances régionale et préfectorale de Kankan. L'organisation d'un atelier national de restitution impliquant tous les responsables sanitaires et les autres partenaires du terrain, permettra à ceux-ci de s'en approprier de l'approche et des outils utilisés dans ce programme.

La prise en compte des résultats de cette étude au niveau national, améliorera les services à base communautaire en matière de l'accroissement de l'utilisation des services de planification familiale. Ceci doit se concértiser par l'approbation officielle de ces résultats et l'obtention d'une récommandation spéciale du MSP autorisant la distribution directe des CO par les AC. L'approche et les outils utilisés dans cette étude étant disponibles, ils pourront être répliqués partout où besoin se fera sentir et où existeront tous les éléments qui rentrent dans ce système. De plus, l'approche systémique utilisée dans ce programme SBC appuyé par PRISM est pérenne en ce sens que tous les acteurs sanitaires impliqués, à tous les niveaux, sont des agents de la fonction publique. Ainsi, les agents des centres de santé trouvent une très grande motivation en intégrant les données SBC dans le monitorage semestriel des activités, en vue d'accroître les déterminents de la planification familiale.

BIBLIOGRAPHIE


1- Evaluation du programme guinéen de distribution à base comunautaire ; MSH /PRISM, JHU/CCP et Ministère de la Santé Publique ; mars 1999.
2- Stratégie d'appui PRISM au Programme SBC en Haute Guinée et Guinée Forestière ; juin 1999.

3- Rapport annuel d'activités du Programme SBC de PRISM ; 2001.

4- Enquête démographique et sanitaire en république de Guinée ; 1999.

5- Base de données SBC du projet PRISM.

6- Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives ; OMS, Genève, 1996.

7- Eléments de la Technologie de la contraception ; Manuel à l'intention du personnel clinique . Programme d'information sur la population de l'Université de Johns Hopkins ; octobre 2000, page 5-8.

8- Introduction de la pilule dans le projet DBC au Mali ; décembre 1993 ; Population Council, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées.

9- Le projet RO/AT en Afrique (Africa OR/TA project II : Operation Research and Technical Assistance; Population Council).

10- Politique nationale et Programme SR; MSP/DNSP; République de Guinée, avril 1999.

11- Listes de contrôle ; Family Health International (FHI) ; 1999.

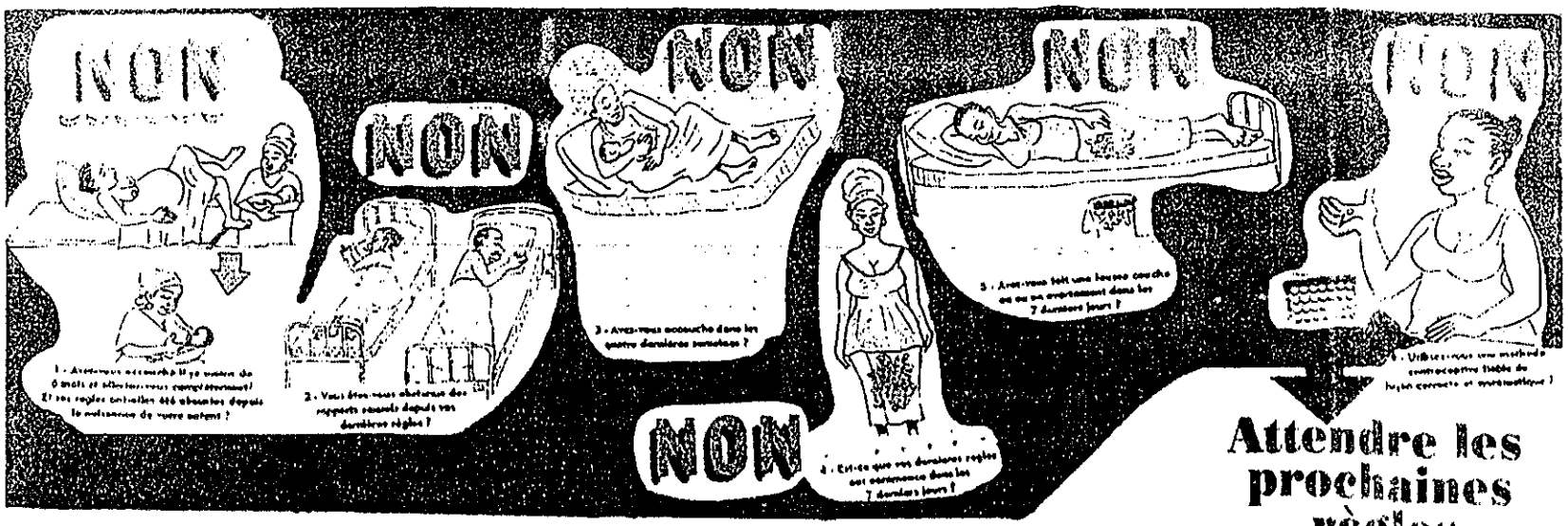
12- Guide des resposables des programmes de planification familiale ; Management sciences for Health, Pathfinder International, 1994.

# ANNEXES

Liste de contrôle n° 1

*Si la cliente répond OUI à une des questions, allez directement à la dernière case de la colonne "Oui"*

# COMMENT ÊTRE RAISONNABLEMENT SÛR QUE LA CLIENTE N'EST PAS ENCEINTE?




**Attendre les prochaines règles**

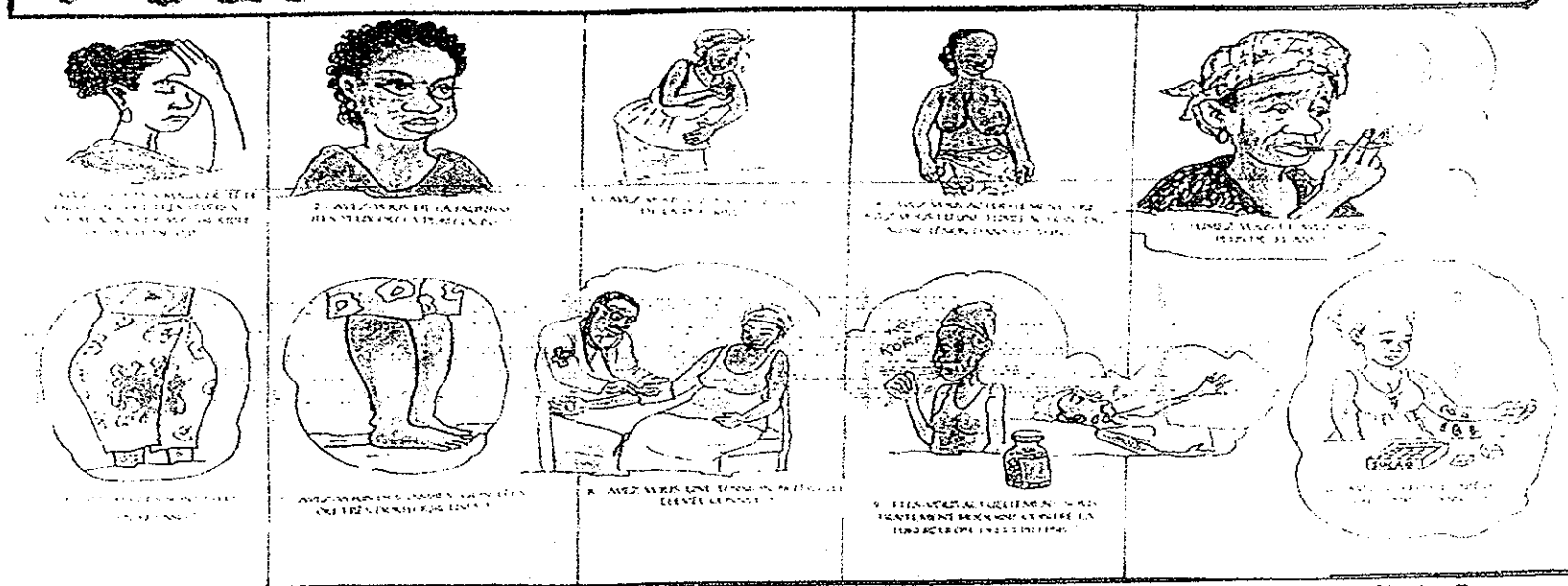
**1 Oui**

**PAGES SUIVANTE N°2**

*Liste de contrôle n°2*

# COMMENT ÊTRE RAISONNABLEMENT SÛR QUE LA CLIENTE N'A PAS DE CONTRE-INDICATION MÉDICALE ?

**1 Oui**



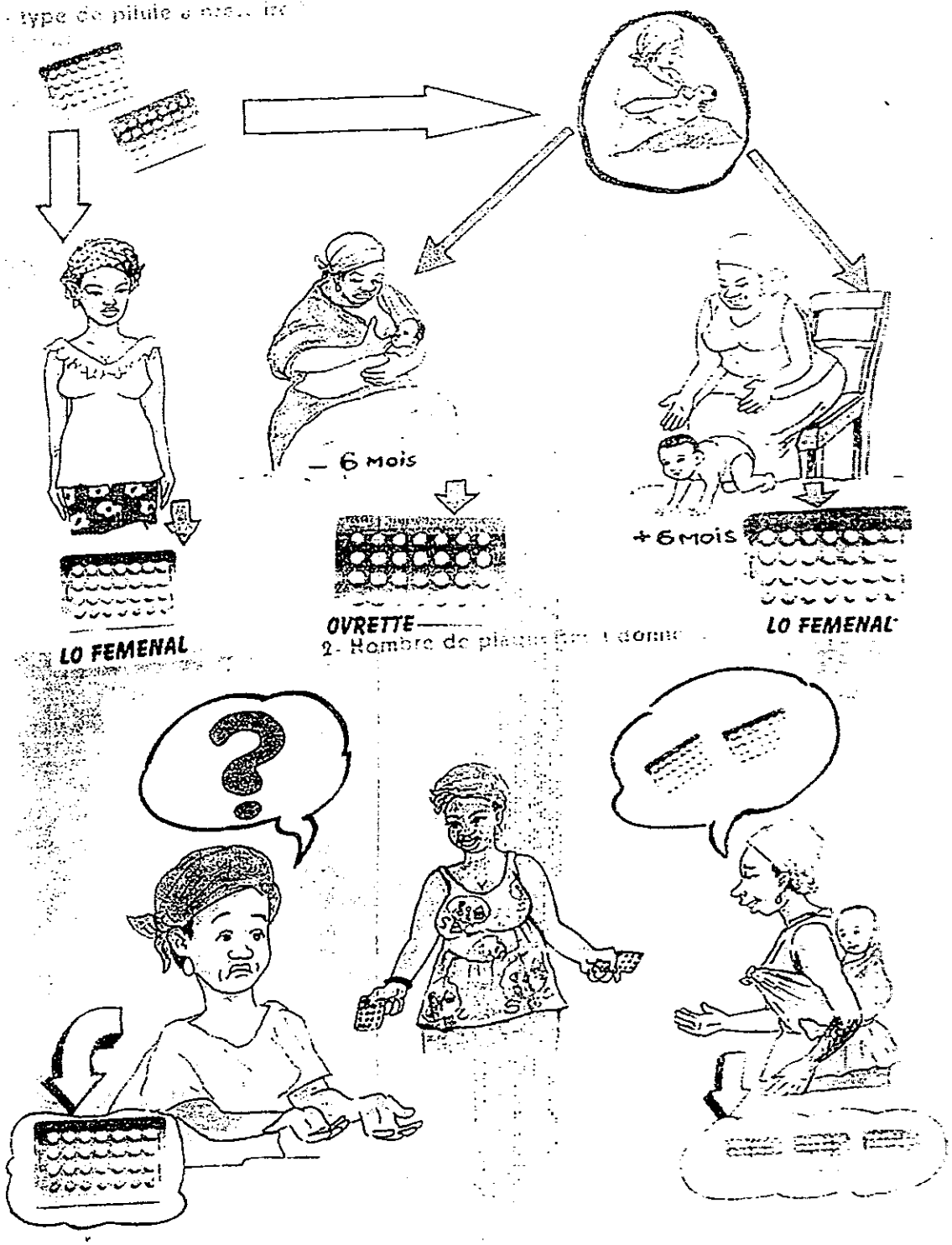
**NON NON NON NON NON**

PAGE SUIVANTE

*Liste de contrôle n°3*

QUEL TYPE DE METHODE ET COMBIEN DE PLAQUETTES DE PILULE A DONNER À LA CLIENTE ?

1- type de pilule à nous... ire




2- Nombre de plaqu... donne

RAPPORT MENSUEL AGENT COMMUNAUTAIRE

*Mois de* .....

*Nom de l'AC* .....

*Le Superviseur* .....

*Sous-préfecteur* .....

*District/Secteur* .....

| Symboles | Nombre d'utilisateurs (cocher UNE fois pour chaque utilisateur) | | | | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Lo femenal<br>Lo femenal | NU<br>UR | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | |
| | Ovrette<br>Ovrette | NU<br>UR | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | |
| | Condom | NU<br>UR<br>UR | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | |
| | Spermicide | NU<br>UR<br>UR | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | |
| | SRO | NU<br>UR<br>UR | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | |
| | SRO | NU<br>UR<br>UR | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | |

| Symboles | Produits distribués (cocher UNE fois pour chaque pilule, Condom, spermicide, SRO etc...) | | | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Lo femenal<br>Lo femenal | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | |
| | Ovrette<br>Ovrette | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo | |
| | Condom | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | |
| | Spermicide | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | |
| | SRO | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | ooooo<br>ooooo<br>ooooo | |
| | | | | | | | | |

| | Références effectuées (cocher UNE fois pour chaque référence effectuée) | | | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PF | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | |
| | MST-SIDA | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | |
| | Diarrhée | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | |

| | Références effectuées (cocher UNE fois pour chaque référence effectuée) | | | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Enfant malade moins de 2 mois | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | |
| | Enfant malade avec signes de danger | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | |
| | Malnutrition (Zone rouge) | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | |

| Séance IEC (cocher UNE fois pour chaque séance) | | | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | ooooo | |

## RAPPORT MENSUEL DU SUPERVISEUR SBC (Centre de Santé)

**Nom du Superviseur:**..... **Réunion mensuelle du (date) :** .....

**Centre de Santé de :**..... **Préfecture de :** .....

| | | PRODUITS DISTRIBUES | | | | | | | | | | | REFERENCES EFFECTIVES RECUES AU CENTRE DE SANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Pilules | | | Condoms | | | Spermicides | | | SRO | | PF | | | | | | | | |
| Nom des villages SBC | IEC | NU | UR | Qté | NU | UR | Qté | NU | UR | Qté | NU | Qté | Pil | Inj | DIU | CCV | ES | MST | Diar | Fièv | Maln |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAUX** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Cont :** Nombre de Contacts
**NU :** Nouveaux Utilisateurs
**UR :** Utilisateurs Réguliers
**Qté :** Quantité de produits

**IEC :** Nombre de Séances IEC

**PF :** Planification Familiale
**MST :** Maladies Sexuellement Transmissibles
**Diar :** Diarrhée
**Fièv :** Fièvre

**Maln :** Malnutrition

**Pil :** Pilules
**Inj :** Injectables
**DIU :** Dispositif Intra-utérin
**CCV :** Contraception Chirurgicale Volontaire
**ES :** Effets secondaires

# CAHIER DE SUIVI DES CLIENTES DE CONTRACEPTIFS ORAUX

Nom CS _____/
Nom Village _____/

| N° | Nom et Prénoms | Adresse spécifique | ja | fé | ma | av | ma | jn | jl | ao | se | oc | no | dé |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Fatou camara | Camaraya, épouse de Bakari Condé | x | x | | | x | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Le contenu de cette fiche est à reporter sur les fiches PF disponibles au centre de santé. Les renseignements complémentaires sont pris par le superviseur SBC lors de chaque réunion mensuelle pour remplir la fiche PF (cf. fiche PF), à savoir :

- le nombre de cycles donnés au cours de la visite
- les effets secondaires recensés au cours de la visite
- la résolution des effets secondaires par l'AC
- le statut de la cliente par rapport à l'utilisation de la pilule
- les raisons de l'arrêt ou d'abandon de la pilule par la cliente.

# FICHE DE REFERENCE

Date : _____

Nom; prénom du patient :_____

Sexe : M ____ F ____

District/Secteur de résidence : _____ Lieu de référence: _____ Age (enfant) : _____

| Motif de Référence | Commentaires de l'AC ou cocher | Références effectives (pour le superviseur) |
|---|---|---|
| | PF : | |
| | MST : | |
| | Diarrhée : | |
| | Enfant malade âgé moins de 2 mois | |
| | Enfant malade avec signes de danger | |
| | Malnutrition (zone rouge) | |

| Signature de l'AC | Nom de l'AC :_____ | District :_____ |
|---|---|---|

# FICHE DE STOCK

NOM DU PRODUIT

Nom de l'AC
VILLAGE DE L'AC

| DATE | ENTREE | SORTIE | STOCK ? | Commentaires |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Y | Activités par Etape de la Réunion Mensuelle | Supports |
|---|---|---|
| | **Bienvenue** | |
| | Tour de Table –<br>Les AC facilités par le Superviseur<br><br>**Expériences du mois, identification des succès, des problèmes et de leurs solutions** | **Carte ELCO** |
| | **Retro-Information sur les Cas Référés Effectifs**<br>Superviseur et Responsable CPN | **Rapport mensuel, Fiches de référence, Carnet de référence** |
| | **Rapports Mensuels**<br><br>***AC* – Rendre le rapport mensuel**<br><br>***Superviseur et Chargé Point de Vente* –**<br>❖ **Compléter le rapport mensuel du Superviseur et la Fiche de Recettes,**<br>❖ **Vérifier le niveau de stocks** | **Rapport mensuel de l'AC**<br>**Rapport mensuel du Superviseur**<br>**Fiche de Recettes**<br>**Fiches de Stock**<br>**Fiches de référence** |
| | **Mini – recyclage du mois selon la liste de thèmes ou sur un problème identifié lors de la réunion**<br>Superviseur et AC | **Liste de Thèmes**<br>**Matériels IEC ou SIG**<br>**Tableau noir**<br>**Craies** |
| | **Fixer le plan d'action individuel du mois**<br>**Tour de Table par les *AC* commenté par le *Superviseur*** | **Carte ELCO** |
| | **Réapprovisionnement au Point de Vente**<br>AC et Chargé Point de Vente<br><br>**Selon les besoins calculés lors de la réunion** | **Fiches de Stock**<br>**Fond de Roulement** |
| | **Fixer la date de la réunion mensuelle suivante**<br>AC et Superviseur<br><br>Fin de la réunion | **Calendrier** |

# RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LES CONTRACEPTIFS ORAUX

## DISTRIBUTION DIRECTE DES CO PAR LES AGENTS COMMUNAUTAIRES

## Questionnaire Nouvelle Cliente

**Numéro du questionnaire ..... /**

**Direction Régionale de la Santé de Kankan**

**Direction Préfectorale de la Santé** ...../__/

Centre de Santé...../__/__/

District...../__/

Date de la visite...../__/__/__/__/__/__/__/

Nom du Superviseur...../__/__/

***Situation de la cliente (notez 0 si cliente non présente)***...../__/
(0 = Absente ; 1 = Présente mais refuse de répondre ; 2 = Accepte de répondre)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 101 | Nom..... | | |
| 102 | Age | /___/___/ ans<br>Ne sait pas.....98 | |
| 103 | Situation matrimoniale | Célibataire..... 0<br>Mariée[1] 1.....1<br>Marié(e) 2 ou + .....2<br>Veuve .....3<br>Séparée .....4<br>Divorcée .....5 | |
| 104 | Niveau d'instruction | Analphabète.....0<br>Arabe.....1<br>Lire et écrire en N'KO.....2<br>Primaire.....3<br>Secondaire.....4<br>Supérieur.....5 | |
| 105 | Quelle est votre principale activité ? | Agriculture.....1<br>SBC.....2<br>Menuiserie.....3<br>Orpaillage.....4<br>"Petit" commerce.....5<br>Autre (spécifier).....7 | |
| 106 | Ecoutez-vous la radio ? | Non.....0<br>Oui.....1 | |
| 107 | Quelle station écoutez-vous le plus souvent ? | Radio rurale .....1<br>Radio nationale..... .....2<br>Radio étrangère..... 3 | |
| 108 | Religion | Musulmane.....1<br>Chrétienne.....2<br>Religions traditionnelles[2].....3<br>Sans religions .....4 | |
| 109 | Nombre d'enfants vivants | /___/___/ | |
| 110 | Nombre d'enfants décédés | /___/___/ | |
| 111 | Désir d'enfants supplémentaires | Non.....0<br>Oui.....1 | ➔ Q113 |
| 112 | Raisons du désir d 'enfants supplémentaires | Je suis encore jeune.....<br>J'ai peu ou pas d'enfants.....<br>C'est Dieu qui décide.....<br>C'est mon mari ou la famille qui décide..<br>Autres (préciser) ..... | |



145

| | | | |
|---|---|---|---|
| 114 | Pratique de l'allaitement maternel actuellement | Non.....0<br>Oui.....1 | |

| Section 3 : Qualité des services offerts par l'AC | | | |
|---|---|---|---|
| 115 | L'AC vous a-t-il donné l'information sur les méthodes contraceptives modernes pour espacer ou limiter les naissances ? | Non.....0<br>Oui.....1 | → Q117 |
| 116 | Pilule | Comment la méthode fonctionne..... 1<br>Avantages de la méthode.....2<br>Inconvénients et effets secondaires de la méthode.....3 | |
| | Condom | Comment la méthode fonctionne..... 1<br>Avantages de la méthode.....2<br>Inconvénients et effets secondaires de la méthode.....3 | |
| | Spermicide | Comment la méthode fonctionne..... 1<br>Avantages de la méthode.....2<br>Inconvénients et effets secondaires de la méthode.....3 | |
| 117 | L'AV vous a-t-il demandé si vous avez des questions sur les méthodes contraceptives modernes ? | Non.....0<br>Oui.....1 | |
| 118 | L'AC vous a-t-il demandé quelle méthode contraceptive vous aimeriez utiliser ? | Non.....0<br>Oui.....1 | |
| 119 | Quand vous avez choisi d'utiliser la pilule, l'AC vous a-t-il demandé les informations suivantes ? | Quand prendre la première plaquette de pilule.<br>Comment prendre la pilule durant le mois.....<br>Que faire en cas d'oubli de prendre la pilule...<br>Décrit les effets secondaires de la pilule.....<br>Comment gérer les effets secondaires de la pilule.....<br>Un lieu pour l'assistance en cas de problèmes..<br>Un lieu d'approvisionnement de la pilule.....<br>Date du prochain approvisionnement.....<br>Répéter les instructions reçues..... | |

| Section 2 : Connaissance, attitudes et pratiques | | | |
|---|---|---|---|
| 120 | Aviez-vous entendu parler des méthodes de contraception moderne avant d'être vue par l'AC la première fois ? | Non.....0<br>Oui.....1 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | par l'AC la première fois ? | Préservatifs.....<br>Lo-femenal.....<br>Ovrette.....<br>Spermicides.....<br>Autre..... | |
| 122 | Avez-vous déjà utilisé (ou votre compagne) une méthode moderne de contraception avant d'être vue par l'AC la première fois ? | Non.....0<br>Oui.....1 | |
| 123 | Quelle(e) méthode(s) avez-vous utilisé (ou votre compagne) ? | Pilule.....<br>Préservatifs.....<br>Lo-femenal.....<br>Ovrette.....<br>Spermicides.....<br>Autre (préciser) ..... | |

(PRISM)

# RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LES CONTRACEPTIFS ORAUX

## DISTRIBUTION DIRECTE DES CO PAR LES AGENTS COMMUNAUTAIRES

## Questionnaire Cliente Régulière

**Numéro du questionnaire ..... /**

**Direction Régionale de la Santé de Kankan**

**Direction Préfectorale de la Santé** ..... /__/

Centre de Santé..... /__/__/

District..... /__/

Date de la visite..... /_/_/_/_/_/_/_/

Nom du Superviseur..... /__/__/

*Situation de la cliente (notez 0 si cliente non présente)*..... /__/
(0 = Absente ; 1 = Présente mais refuse de répondre ; 2 = Accepte de répondre)

| | |
|---|---|
| Préfecture | |
| Sous-préfecture (Centre de santé) | |
| Village | |
| Date de la visite | |
| Nom de la cliente | |
| N° d'identification de la cliente dans la cohorte | |
| Nom du vérificateur/enquêteur | |
| Cliente présente : | Oui/Non :<br>Raison de l'absence : |

| ELEMENTS DU SUIVI DE LA CLIENTE REGULIERE | | | |
|---|---|---|---|
| 101 | Avez-vous constaté des effets secondaires qui vous inquiètent depuis le début de la prise de la pilule ? | Non.....0<br>Oui.....1 | → Q 105 |
| 102 | Lesquels (ou lequel) ? | Vertiges.....<br>Maux de tête.....<br>Saignements inhabituels.....<br>Prise de poids.....<br>Autres (préciser) ..... | |
| 103 | Aviez-vous signaler ces effets secondaires à votre AC ? | Non.....0<br>Oui.....1 | → Q 105 |
| 104 | Qu'est-ce que votre AC a fait ? | Rassurer.....<br>Référer au centre de santé.....<br>Changer de méthode.....<br>Rien fait.....<br>Autres, préciser..... | |
| 105 | Souhaitez-vous continuer la prise de la pilule ? | Non.....0<br>Oui.....1 | → FIN |
| 106 | Pour quelle(s) raison(s) abandonnez-vous la pilule ? | Désir d'enfant.....<br>Effets secondaires insupportables..<br>Menace du conjoint.....<br>Autres, préciser..... | |

# RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LES CONTRACEPTIFS ORAUX

## DISTRIBUTION DIRECTE DES CO PAR LES AGENTS COMMUNAUTAIRES

# Questionnaire Agent Communautaire

Numéro du questionnaire ...../__/__/

Direction Régionale de la Santé ...../__/

Direction Préfectorale de la Santé ...../__/

Centre de Santé...../__/__/

District...../__/

Date de la visite...../__/__/__/__/__/__/__/

Nom du Superviseur...../__/__/

*Situation de l'AC, (notez 0 si AC non présent)*...../__/
(0 = Absente ; 1 = Présente mais refuse de répondre ; 2 = Accepte de répondre)

| Section 1: Caractéristiques générales de l'agent Communautaire | | | |
|---|---|---|---|
| 101 | Nom..... | | |
| 102 | Age | /___/___/ ans<br>Ne sais pas.....98 | |
| 103 | Sexe | Masculin .....1<br>Féminin .....2 | |
| 104 | Depuis quand vivez-vous dans cette communauté ? | /___/___/ans<br>Toujours.....90<br>Ne sais pas... .....98 | |
| 105 | Situation matrimoniale | Célibataire..... 0<br>Marié(e)[3] 1.....1<br>Marié(e) 2 ou + .....2<br>Veuf/veuve .....3<br>Séparé(e) .....4<br>Divorcé(e) .....5 | |
| 106 | Combien d'enfants vivants avez-vous ?<br>(si sans enfant, inscrire..... 00) | /___/___/ | |
| 107 | Quelle est votre principale activité ? | Agriculture.....1<br>SBC.....2<br>Menuiserie.....3<br>Orpaillage.....4<br>"Petit" commerce.....5<br>Autre (spécifier).....7 | |
| 108 | Avez-vous fait l'école ? | Non.....0<br>Oui.....1 | → Q110 |
| 109 | Niveau d'instruction | Primaire.....1<br>Secondaire.....2<br>Supérieur.....3 | |
| 110 | Pouvez-vous lire et comprendre une lettre, un journal ou un livre en français ? | Oui, facilement..... 1<br>Oui, avec quelques difficultés..2<br>Non.....3 | |
| 111 | Ecoutez-vous la radio ? | Non.....0<br>Oui.....1 | → Q113 |
| 112 | Quelle station écoutez-vous le plus souvent ? | Radio rurale .....1<br>Radio nationale..... .....2<br>Radio étrangère..... 3 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Chrétienne.....2<br>Religions traditionnelles[3].....3<br>Sans religions .....4 | |
| 114 | Avez-vous déjà utilisé (ou votre compagne) une méthode moderne de contraception ? | Non.....0<br>Oui.....1 | → Q201 |
| 115 | Quelle(e) méthode(s) avez-vous utilisé (ou votre compagne) ? | Pilule.....<br>Préservatifs.....<br>Lo-femenal.....<br>Ovrette.....<br>Autre (préciser)..... | |
| 116 | Utilisez-vous en ce moment (ou votre compagne) une méthode moderne de contraception ? | Non.....0<br>Oui.....1 | → Q118 |
| 117 | Quelle(e) méthode(s) utilisez-vous (ou pour votre compagne) ? | Pilule.....<br>Préservatifs.....<br>Lo-femenal.....<br>Ovrette.....<br>Autre(préciser)..... | |

| Section 2: Formation | | | |
|---|---|---|---|
| 118 | Comment êtes-vous arrivé(e) dans la distribution des SBC ? | Choisi(e).....1<br>Affecté(e).....2<br>Forcé(e).....3<br>C'est mon choix.....4<br>Autre (à spécifier).....5 | |
| 119 | Combien de formations avez-vous eues dans le cadre de ce travail ?<br>(si aucune formation mentionner 0 ) | /__/ | |

# LISTES DE CONTROLE PAR L'AC

Le vérificateur/enquêteur reposera les mêmes questions du check-list à la cliente et cochera les réponses en vue d'une recherche de concordance ou discordance avec la décision de l'AC. Il précisera à la cliente de ne pas confondre les problèmes de santé demandés aux effets secondaires éventuels apparus au cours de la prise de la pilule.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Capacité de l'AC à être raisonnablement sur que la cliente n'est pas enceinte** | | | |
| Le vérificateur s'assure que la cliente respecte la prise régulière et systématique de la pilule donnée par l'AC. Il peut à cet effet, si possible, regarder la (les) plaquette(s) déjà utilisée(s) ou en cours d'utilisation. Le cas échéant, il pose la question suivante : | | | |
| 101 | Avez-vous déjà fini d'utiliser une plaquette de pilule donnée par votre AC depuis la dernière fois et continuez-vous à prendre la pilule ? | Oui .....1<br>Non .....2 | → Q 103 |
| 102 | Pendant les deux derniers mois, vos règles sont-elles en retard et vous sentez-vous que vous êtes enceinte ? | Oui .....1<br>Non .....2 | → Q 103 |
| | Si la réponse à la question 102 est « OUI », demander à la cliente d'arrêter la prise de la pilule et de consulter au centre de santé. Continuer à poser les questions ci-dessous. | | |
| **Capacité de l'AC à identifier les contre-indications de la pilule** | | | |
| **Avant que votre AC ne vous prescrive la pilule la dernière fois :** | | | |
| 103 | Aviez-vous des maux de tête fréquents et très sévères, accompagnés de vue trouble ou de perte de vue temporaire ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 104 | Aviez-vous en ce moment de la jaunisse (les yeux ou la peau jaune) ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 105 | Aviez-vous des douleurs dans la poitrine ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 106 | Aviez-vous en ce moment ou avant une tuméfaction ou autres lésions dans les seins ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 107 | Fumiez-vous et aviez-vous plus de 35 ans ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 108 | Vos règles étaient-elles en retard en ce moment là ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 109 | Aviez-vous des jambes gonflées ou très douloureuses ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 110 | Aviez-vous une tension artérielle élevée qui était connue ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 111 | Etiez-vous en ce moment là sous traitement moderne contre la tuberculose ou l'épilepsie ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 112 | Aviez-vous le diabète (sucre dans le sang) ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 113 | Combien de jours étaient-ils écoulés après vos dernières règles | Plus de 7 jours.....1<br>1 à 7 jours.....2 | |
| 114 | Qu'est-ce que votre AC vous a dit ou conseillé au sujet de votre possibilité de prendre la pilule ? | Que je peux prendre le CO..1<br>M'a référer au Centre de santé.....2 | |
| 115 | Allaitiez-vous un bébé en ce moment ? | Oui .....1<br>Non .....2 | |
| 116 | Quelle a été le type de pilule que votre vous a donné ? | Lo femenal<br>Ovrette | |

**Annexe 5**: " Rapport de Recyclage de 10 Accoucheuses Villageoises de Kerouané ( 3eme vague ) – 15 au 25 mai 2003 " ; Dr Bocar Dem , PRISM

# RAPPORT DU RECYCLAGE DE DIX ACCOUCHEUSES VILLAGEOISES DE KEROUANE (3EM VAGUE) DU 15 AU 25 / 4 / 03

## A - INTRODUCTION :

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

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

C'est dans ce contexte, après l'atelier national de validation du curriculum de formation,
que le projet PRISM en collaboration avec le P.N.M.S.R du Ministère de la santé, a organisé la formation de la 3èm vague d'accoucheuses villageoises de Kérouané.

Ce présent recyclage était destiné à la 3èm vague de 10 accoucheuses identifiées par les communautés de 5 sous préfectures de Kérouané : Banankoro ( 2 AV), Konsankoro ( 2 AV ), Linko ( 2 AV), Sibiribaro ( 2 AV), Soromaya ( 2 AV) .
Il a été encadré par Madame Djènè Kaba Sage femme, formatrice régionale de Kankan.
la facilitation a été réalisée par une équipe de 3 formateurs dont 2 de la DPS de Kérouané :

- Mme KABA Djène Sage femme formatrice régionale de Kankan ;
- Mme CAMARA Aminata Aide de Santé chargée CPN au C.S.U de Kérouané;
- Mme CAMARA Nantenin Sage femme chargée de la CPN au centre de santé de Banankoro.

## B - BUT ET CONTENU DE LA FORMATION :

Le but de ce recyclage est de renforcer la performance des formateurs préfectoraux de Kérouané à l'usage du nouveau curriculum, ainsi que d'améliorer les compétences des A.V. participantes, dans la promotion de la CPN, la prise en charge de l'accouchement, du post-partum et aussi le renforcement de la collaboration avec ses partenaires.



155

Pour leur permettre d'acquérir ces nouvelles connaissances, aptitudes, et attitudes le contenu du curriculum de formation a été divisé en 6 modules, eux même repartis entre 39 sessions imagées sur 46 Planches.

☞ MODULE A : TACHES PENDANT LA GROSSESSE

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

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

☞ MODULE B : TACHES PENDANT LE TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

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

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

☞ MODULE C : TACHES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

- Session 14 : Le lavage des mains
- Session 15 : Matériels et équipements de l'accoucheuse
- Session 16 : Gestes à faire au moment du dégagement de la tête du nouveau-né
- Sessions 17 et 18 : Conduite à tenir en cas de circulaire du cordon (serrée et lâche)
- Session 19 : L'accueil du nouveau-né
- Session 20 : Désobstruction des voies aérienne du nouveau-né

- Session 21 : Soins ombilicaux
- Session 22 : Techniques de réanimation du nouveau-né
- Session 23 : Les soins aux yeux du nouveau-né
- Session 24 : La délivrance
- Sessions 25 et 26 : Examen placenta et conduite à tenir en cas de rétention
- Session 27 : Examen du Périnée
- Sessions 28 et 29 : Décontamination du matériel et soi du lieu de l'accouchement
- Session 30 : Pratiques néfastes à éviter au cours de l'accouchement

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

☞ **MODULE D :** TACHES APRES L'ACCOUCHEMENT

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

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

☞ **MODULE E :** COLLABORATION AVEC LE CENTRE DE SANTE

- Session 37 : Collaboration avec le centre de santé

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

☞ **MODULE F :** COLLABORATION AVEC LA COMMUNAUTE

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

Ce module permet à l'accoucheuse de réfléchir sur le Concept et les arguments qui justifient la création des Caisses MURIGA et la prépare à faire leur promotion.

En outre elle facilite l'identification des autres agents communautaires et réfléchir sur les axes de collaborations avec eux, permettant l'atteinte de l'objectif d'améliorer la santé reproductive des populations couvertes.

## C - OBJECTIFS

### ☞ OBJECTIF GENERAL :

A la fin de la formation, 10 accoucheuses villageoises de Faranah seront formées avec le curriculum Validé.

### ☞ OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la formation, dans l'exercice de leur fonction d'A.V. les participantes doivent être capables de:

1- Interpréter les images des planches du curriculum des A.V selon les objectifs et contenus des plans de sessions de la formation;
2- Expliquer les avantages de la consultation prénatale;
3- Expliquer à la famille d'une femme enceinte l'importance de chaque élément du plan de préparation à l'accouchement;
4- Identifier les facteurs de risque liés à la grossesse et/ou à l'accouchement ;
5- Expliquer la conduite à tenir en présence d'une femme enceinte ayant des facteurs de risques liés à la grossesse et/ou à l'accouchement;
6- Citer les signes de danger à rechercher durant les périodes de travail, de l'accouchement, de la délivrance, et du post-partum.
7- Expliquer la conduite à tenir en présence de signes de danger durant les périodes de travail, de l'accouchement, de la délivrance, et du post-partum;
8- Identifier les pratiques néfastes habituelles à éviter au cours du travail, de l'accouchement, et de la réanimation du nouveau-né;
9- Assurer une prise en charge du nouveau-né selon les normes et procédures en S.R. ;
10- Appliquer les techniques de prévention des infections selon les normes et procédures en S.R. ;
11- Apporter un soutien émotionnel et physique à la femme durant le travail et l'accouchement selon les normes de S.R. ;
12- Faire une Communication pour le Changement de Comportement aux nouvelles accouchées selon les normes et procédure en S.R.

## OBJECTIFS DE STAGE PRATIQUE ( au cours des gardes au C.S.)

## A la fin de la formation, chaque A.V. devra effectuer correctement :

1. Cinq préparations de la solution de décontamination ;

2. Dix lavages des mains ;

3. Cinq enfilages et retrait de gants ;

4. Un soutien physique et émotionnel d'une femme en travail ;

5. Au moins un accouchement normal ;

6. Une délivrance normale

7. Un examen de placenta ;

8. Deux massages de l'utérus ;

9. Une vérification de périnée ;

10. Un examen du nouveau-né ;

11. Deux pesées de nouveau-né ;

12. Cinq décontaminations du matériel ;

13. Cinq décontaminations des surfaces ;

14. Cinq nettoyages du matériel ;

15. Une désinfection à haut niveau ;

16. Au moins un counselling spécifique à une femme en travail ; une femme en suite de couche ; ou une femme en grossesse selon le cas ;

17. Un examen d'une femme en post-partum

☞ NORMES DE TRAVAIL DES PARTICIPANTS :

1- Respect des horaires :
   - Début: 8 H 30
   - Petite pause : 11 H 00 à 11 H 15 ; Grande pause : 13 H 30 à 14 H 30.
   - Fin de la journée : 16 H 30
2- Respect de l'opinion d'autrui.
3- Demander la parole avant toute intervention.
4- Participation active de tous.
5- Eviter le bavardage.

## D - METHODOLOGIE

Au cours de cette formation l'approche andragogique a été utilisée en s'appuyant sur la méthodologie expérientielle, basée sur l'expérience des participants.

Cette expérience concrète devient alors une source de réflexion et d'analyse qui conduit au développement de concepts généraux et d'identification des possibilités d'application par les participantes dans leur fonction d'A.V.

Les techniques d'analyse et d'interprétation d'images, de brainstorming, de questions /réponses (adapté au type de participantes), travaux de groupes, simulation ou jeux de rôles, de démonstration, d'exercices pratiques sur mannequins ou lors des gardes ont été utilisées.

Toutes les communications sont faites en langue nationale malinké.

Les participantes sont reparties en deux groupes de 5 qui effectuent en jour alterne une garde au

Centre de santé de Banankoro pour réaliser la pratique des enseignements théoriques reçus, sous l'encadrement technique des agents de garde du dit services.

E - DEROULEMENT

Ce recyclage a été réalisé durant la période du 16 au 25 avril 2003, dans la salle de formation de Centre de Promotion Féminine de Banankoro, en exécutant les étapes du programme suivant :

1 – TEAM – BUILDING (le 15/ 4 / 03):

- Réunion d'orientation des formateurs sur :
  - La technique de co-formation
  - Le calendrier de la formation
  - L'organisation du stage pratique et présentation de ses objectifs
- Répartition des thèmes entre les formateurs.

2 - ACCUEIL ET INSTALLATION DES PARTICIPANTS.

3 – SEANCE DE PRESENTATION :

Les participants, les formateurs et assistant administratif se sont présenté aux autres suivant les modalités définis (nom et prénoms, provenance)

4 - PROCEDURES ADMINISTRATIVES :

Les participants ont été informés par l'assistant administratif sur les modalités de prise en charge

de leur séjour durant la période de formation.

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

6 – PRESENTATION DU CURRICULUM AUX PARTICIPANTS

7 – Ouverture officielle :

Sous la présidence d'honneur des autorités administratives et sanitaires de Banankoro représentées

par le Sous - préfet adjoint de Banankoro, le vice -président de la CRD accompagné du chef du centre de santé.

Après la cérémonie de présentation des autorités administratives, sanitaires, les formateurs, participants, et la physionomie de la salle, Madame Djènè Kaba a expliqué en langue nationale le but et les objectifs de cette formation.

Le Sous préfet adjoint, dans son allocution a souhaité la bienvenue aux participants et encadreurs et remercié les organisateurs pour le choix de Banankoro pour la réalisation de cette formation.

Il a insisté sur le fait que la réduction de la mortalité maternelle est une activité qui concerne tout le monde si l'on observe la position de la femme dans la société et dans la famille.

Il a félicité les accoucheuses villageoises invitées pour leur présence effective, et leur a demandé d'être ponctuelle et assidue, ainsi qu'accepté les changements éventuels de comportement lié aux nouvelles connaissances et normes de travail des AV.

Après les remerciements adressés à l'USAID à travers PRISM, au Ministère de la santé publique et au Gouvernement, il a solennellement déclaré l'ouverture de l'atelier de recyclage des accoucheuses villageoises .

## 8 – PRESENTATION DES THEMES :

La présentation des thèmes s'effectuait en fonction des plans de sessions et techniques de formation retenus au préalable en suivant le calendrier ci-dessous :

| DATES | ACTIVITES / SESSIONS ETUDIEES | OBSERVATIONS |
|---|---|---|
| 15 / 4 /03 | - Prise de contact avec autorités administratives et sanitaires<br>- Team building avec les formateurs | ( voir résultats team-buildi au déroulement) |
| 16 / 4 /03 | - Réception et installation des participants<br>- Présentation des participants et formateurs<br>- Cérémonie d'ouverture officielle<br>- Orientation et sensibilisation des encadreurs de stage pratique<br>- Planches/sessions: 1, 2, 3, 4, 5, | |
| 17 / 4 / 03 | Planches/ Sessions : 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 | |
| 18 / 4/ 03 | Sessions: 15, 16, Revue des modules A et B, | |
| 19 / 4/ 03 | Sessions: 17, 18, 19, 20, | |
| 20/ 4/ 03 | Sessions : 21, 22, 23, 24 | |
| 21 / 4/ 03 | Sessions : , 25, 26, 27 28, 29 | |
| 22 / 4/ 03 | Sessions: 30, 31, 32 33, 34 | |
| 23 / 4/ 03 | Sessions: 35, 36, 37, 38, Synthèse Module C, | |
| 24 / 4/ 03 | Planches / Sessions: 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47 Synthèse Module D et E | |
| 25 / 4 / 03 | - Clôture officielle et remise des équipements<br>- voyage retour | |

9 – EVALUATION DE LA FORMATION :

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

10 – CLOTURE :

Sous la présidence du Sous préfet adjoint de Banankoro accompagné du CCS, la cérémonie a débuté par le mot des participants, prononcé par Madame Moussokoro CONE AV de Boidou.

Elle a exprimé au nom des participantes toute la satisfaction ressentie après l'acquisition de ces nouvelles connaissances, pratiques, et attitudes; ainsi que leur engagement d'appliquer correctement toutes les normes et procédures liées à leur fonction d'accoucheuses villageoises.

Elle a ensuite remercié et béni pour tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'organisation du présent recyclage.

Madame Djènè Kaba dans son allocution a remercié le Ministère de la santé publique qui à faciliter l'organisation de cette formation ; les autorités administratives et sanitaires de Banankoro qui n'ont ménagé aucun effort, pour faciliter le bon déroulement des activités.

Au nom du DRS elle a félicité les encadreurs de stage et facilitateurs, et a exprimé sa satisfactions pour la qualité des prestations des formateurs, leur disponibilité, et initiatives positives au cours de cette formation.

En outre, elle a fait remarquer l'assiduité et la ponctualité des participantes tant à la formation

théorique qu'au lieu de stages pratiques et cela malgré l'âge de certaines.

Elle a demandé aux AV de bien conserver et utiliser ce nouvel équipement qui est une propriété de la communauté, et de respecter les orientations données pour assurer un service de qualité aux clientes.

Le Sous préfet adjoint, au nom des autorités administratives de Banankoro et Kérouané a exprimé sa satisfaction pour l'atteinte des objectifs grâce aux efforts consentis par tous les participants, formateurs et encadreurs de stage.

Il a remercié les formateurs et encadreurs pour la qualité du travail, et a exprimé sa satisfaction de l'engagement des AV à mettre à profit les connaissances acquises pour améliorer la prise en charge de l'accouchement normal et la référence des femmes qui présentent les facteurs de risques.

Il a terminé son intervention en insistant sur les relations à entretenir entre les AV et le centre de santé ; ainsi que la nécessité d'impliquer les chefs de districts et secteurs dans la résolutions des problèmes que les AV rencontrent sur le terrain.

Il a enfin exprimé la gratitude de la préfecture de Kérouané à L'USAID, à PRISM, au Ministère de la santé et au gouvernement du général président LANSANA CONTE avant de déclarer clos le recyclage des AV de Kérouané.

La cérémonie à été achevée par la remise solennelle des trousses AV et divers matériels pour la prévention des infections aux participants.

**RESULTATS:**

**Liste des accoucheuses formées :**

| N0 | Nom et prénoms | Villages | Centres santé |
|---|---|---|---|
| 1 | KOUROUMA FANTA | Boko | Linko |
| 2 | CONDE MOUSSOKORO | Boidou | Linko |
| 3 | TOURE FANTA | Toubaro | Sibiribaro |
| 4 | CONDE MINATA | Bouro | Sibiribaro |
| 5 | CISSE FANTA | Gnantoumandou | Konsankoro |
| 6 | CISSE MASSA | Kékouradou | Konsankoro |
| 7 | KOUROUMA FANTA | Souloukoudou | Soromaya |
| 8 | SANOH MARIAME | Dambaya | Soromaya |
| 9 | MARA NANFADIMA | Gbossoiroya | Banankoro |
| 10 | KOUROUMA DJEMBA | Gbossoiroya | Banankoro |

**Matériels distribués à chacune des AV:**

- 1 Trousse d'accouchement dotée d'une balance pèse bébé
- 4 Paires de gant d'examen
- 1 Paire de gant de ménage
- 2 Pochettes de gant en tissu pour la DHN
- 2 Petites serviettes
- 1 Tablier en plastique
- 1 Alèse en plastique
- 2 Seaux en plastique avec couvercle
- 1 Couscoussière pour la DHN
- 1 Louche en plastique
- **1,5 L d'eau de Javel 8° ?**
- 1 Flacon de poudre talc
- 1 Curriculum imagé pour AV
- 1 Registre préparé pour la collecte des données sur les activités des AV
- 1 Crayon noir
- 1 Gomme
- 1 Taille crayon

## RESULTATS DES STAGES PRATIQUES DES A V

( Selon le pointage du nombre d'actes réalisés au cours de stage: **P= fait ; O = observé** )

**n= non réalisé**

| TACHES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Accoucheuses villageoises** | | | | | | | | | |
| KOUROUMA FANTA ( Souloukoudou ) | 4P | 5P | 6P | O | O | 1P | 1P | 2P | 2P |
| KOUROUMA DJOMBA (Gbossoroya ) | 4P | 5P | 6P | 2P | 1P | 1P | 2P | 2P | 2P |
| MARA NANFADIMA (Gbossoroya ) | 4P | 6P | 6P | 2P | 1P | 1P | 2P | 2P | 2P |
| TOURE FANTA (Toubaro ) | 5P | 3P | 4P | 3P | 1P | 1P | 2P | 1P | 2P |
| CONDE MINATA ( Bouro) | 3P | 6P | 5P | O | O | O | O | O | O |
| CISSE MASSA (Niantoumandou ) | 5P | 6P | 6P | O | 1P | 1P | 2P | 2P | 2P |
| CISSE FANTA (Kékouradou ) | 1P | 5P | 1P | 1P | O | O | O | 2P | O |
| KOUROUMA FANTA ( Boiko) | 1P | 6P | 6P | 2P | O | O | 2P | 1P | 1P |
| CONDE MOUSSOUKORO (Boidou ) | O | 6P | 5P | O | O | 1P | O | O | O |
| SANOH MARIAMA ( Dambaya) | O | 6P | 6P | O | O | O | O | O | O |

**Légende:**

1. Cinq préparations de la solution de décontamination ;
2. Dix lavages des mains ;
3. Cinq enfilages et retrait de gants ;
4. Un soutien physique et émotionnel d'une femme en travail ;
5. Au moins un accouchement normal ;
6. Une délivrance normale
7. Un examen de placenta ;
8. Deux massages de l'utérus ;
9. Une vérification de périnée ;

## RESULTATS DES STAGES PRATIQUES DES A V

( Selon le pointage du nombre d'actes réalisés au cours de stage: **P= fait ; O = observé;**
**n = non réalisé )**

| TACHES | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Accoucheuses villageoises** | | | | | | | | |
| KOUROUMA FANTA ( Souloukoudou ) | 2P | 2P | 1P | 1P | 3P | 1P | 1P | n |
| KOUROUMA DJOMBA (Gbossoroya ) | 2P | O | 2P | O | 3P | 1P | 1P | n |
| MARA NANFADIMA (Gbossoroya ) | 2P | 2P | 1P | O | O | 1P | 1P | n |
| TOURE FANTA (Toubaro ) | 2P | 1P | 2P | O | 3P | 1P | 1P | n |
| CONDE MINATA ( Bouro) | O | O | O | O | O | O | O | n |
| CISSE MASSA (Niantoumandou ) | 1P | 2P | 1P | 1P | 2P | 1P | 1P | n |
| CISSE FANTA (Kékouradou ) | 1P | O | O | O | O | O | O | n |
| KOUROUMA FANTA ( Boiko) | O | O | O | 1P | O | O | O | n |
| CONDE MOUSSOUKORO (Boidou ) | O | O | O | O | O | O | O | n |
| SANOH MARIAMA ( Dambaya) | O | O | O | O | O | O | O | n |

**LEGENDE:**

10. Un examen du nouveau-né ;
11. Une pesée de nouveau-né ;
12. Une décontamination du matériel ;
13. Une décontamination des surfaces ;
14. Un nettoyage du matériel ;
15. Une désinfection à haut niveau ;
16. Au moins un counseling spécifique à une femme en travail ; une femme en suite de couche ; ou une femme en grossesse selon le cas ;
17. Un examen d'une femme en post-partum

**Annexe 6**: " Inventaire du matériel et du mobilier médical dans les centres de santé de la Préfecture de Kissidougou " ; Dr Célestin Goumou, PRISM ; avril-mai 2003

**Tableau 1 :** INVENTAIRE DES MATERRIELS DES CS DE KISSIDOUGOU

**Avril- Mai 2003**

| **Centres de santé** | **Yèndè** | **Kondiadou** | **Bardou** | **Beindou** | **Banama** | **Firawa** | **Gbangbadou** | **Manfran** | **Albadarya** | **Sangardo** | **Yombiro** | **Ferméssadou** | **CSU Dar salam** | **CSU Hermakono** | **CSU Madina** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Table gynécologique | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Banc | 2 | 2 | 0 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 0 | 3 | 4 | 4 | 6 | 8 | 8 |
| Stéthoscope biauriculaire | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Sphygmomanomètre | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Stéthoscope obstétrical | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Pelvimètre | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 |
| Gant de protection latex | QS | QS | QS | QS | QS | 0 | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS |
| Abaisse-langue en bois | 0 | 0 | 0 | 0 | QS | 0 | 0 | 0 | QS | 0 | 0 | 0 | 0 | QS | QS |
| Thermomètre médical | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Pèse personne (adulte) | 1me | 1 | 2 | 1 | 1 | 1me | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Mètre ruban | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Toise | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Garro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sonde urétrale | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Bassin de lit(bol émaillé) | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Bock à lavement | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | QS | 0 |
| Haricot inox | 0 | 2 | 1 | 4 | 1 | 5 | 3 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| Boîte à instruments | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 |



167

| Centres de santé | Yèndè | Kondiadou | Bardou | Beindou | Banama | Firawa | Gbangbadou | Manfran | Albadarya | Sangardo | Yombiro | Ferméssadou | CSU Dar salam | CSU Hermakono | CSU Madina |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Boîte à coton | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| Pince porte coton | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 5 | 0 |
| Pince à griffe courbe | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | QS | 0 |
| Pince brucelles à pansement | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | QS | 1 |
| Pince hémostatique | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | QS | 3 |
| Pince à disséquer | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | QS | 0 |
| Ciseaux droits pointe mousse | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | QS | 1 |
| Porte aiguille | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | QS | 0 |
| Aiguille courbe | 0 | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | 0 | QS | QS | QS |
| Brosse à ongle | 0 | 4 | 2 | 1 | 1 | 5 | 3 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 2 | QS | 3 |
| Fils pour ligature ombilicale/Suture | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | 0 |
| Spéculum | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 5 | 3 |
| Lampe baladeuse ou torche | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tige de bistouri | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Lame de bistouri | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rasoir | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Alèse | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Stérilisateur à vapeur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Porte vaccins | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS |
| Accumulateur de froid | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS |
| Plateau avec couvercle | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Seringue 0,1ml | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS |
| Seringue 0,05ml | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS |

| Centres de santé | Yèndè | Kondiadou | Bardou | Beindou | Banama | Firawa | Gbangbadou | Manfran | Albadarya | Sangardo | Yombiro | Ferméssadou | CSU Dar salam | CSU Hermakono | CSU Madina |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Seringue0,5ml | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS | QS |
| Réfrigérateur à pétrole/électrique | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Thermomètre interne pour frigo | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Lampe de poche à coude réglable | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pèse enfant (salter) | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Pèse bébé | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Caisse Isotherme SA | 2 | 2 | 2 | 5 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | QS | 3 |
| Réchaud à pétrole | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1me | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Extracteur de mucosités(poire bébé) | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Marteau à réflexes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| ***Toise horizontale pour bébé*** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| *Table d'accouchement* | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 |
| ***Seaux*** | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | QS | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| ***Brosse de nettoyage*** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| *Gant de ménage* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| *Table d'examen simple* | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| *Linge opératoire(champ)* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| *Kit DIU* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| *Eau de Javel* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | QS | QS |
| *Minuterie* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Centres de santé | Yèndè | Kondiadou | Bardou | Beindou | Banama | Firawa | Gbangbadou | Manfran | Albadarya | Sangardo | Yombiro | Ferméssadou | CSU Dar salam | CSU Hermakono | CSU Madina |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Marmite DHN* | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Poubelle* | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 6 | 5 |
| *Potence* | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| *Brancard pliant* | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| *Tableau poids/taille* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| *Echéancier* | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| *Mèche de frigo* | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Verre de frigo* | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Brûleur de frigo* | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Table* | 3 | 3 | 7 | 5 | 2 | 5 | 6 | 5 | 4 | 5 | 6 | 6 | 5 | 8 | 4 |
| *Chaise* | 6 | 5 | 14 | 11 | 3 | 9 | 10 | 7 | 5 | 6 | 10 | 8 | 12 | 18 | 10 |
| *Armoire fermée ordinaires* | 1 | 3 | 1 | 4 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 6 |
| *Escabeau* | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| *Lits* | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 10 |
| *Matelas* | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 4 | 0 | 2 | 1 | 1 | 3 | 5 |
| ***Kit équipement(ABC)UNICEF*** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ***Tabouret*** | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| *Armoires à étagères avec deux battants pour ME* | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1me | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |

**Annexe 7:** " Rapport de l'atelier de concertation sur l'opérationnalisation du COGES de Balandou " ; PRISM & CENAFOD ; June 2003

# RAPPORT DE L'ATELIER DE CONCERTATION SUR L'OPERATIONNALISATION DU COGES RENOUVELE A BALANDOU

## Introduction

Cet atelier a été initié suite aux activités de remobilisation communautaire qui ont eu à Balandou du 18 au 26 décembre 2002 pour la redynamisation du CoGes. En effet, le CoGes remobilisé avec une demarche de représentativité assurée devrait entrer en action immédiatement après cette activité. Mais la deuxième phase qui consiste à rendre opérationnelle ce CoGes devrait faire l'objet d'une concertation elargie à tous les partenaires pour assurer que tout le contenu du processus est partagé et compris. C'est dans ce sens que tous les cadres de la région de Kankan et des Préfectures de Kankan et de Kérouané ainsi que les partenaires qui parlent du développement communautaire ont été invités à cet atelier, notamment :

***Pour la région*** : le DRS de Kankan et son équipe, les projets et ONG de la place comme par exemple PASSIP, INADER, ADIC, SERACCO, CLUSA, SAVE THE CHILDREN, ADRA et PRISM

***Pour les Préfectures de Kankan, Kérouané et Faranah*** : Les secrétaires généraux chargés des collectivités décentralisés, les Directeurs des micro-réalisation, les assistants techniques de l'AGBEF, les chragés SBC, les DPS

Les objectifs assignés à l'atelier étaient :

1. Expliquer les leçons apprises à balandou suite au test de la phase 1 de la stratégie (remobilisation communautaire),
2. Se partager les expériences reussies avec d'autres partenaies de la région dans le domaine de la participation communautaire dans la gestion du Centre de Santé,
3. Identifier les mécanismes ou stratégies pour intégrer et fonctionnaliser le CoGes renouvelé à Balandou dans la gestion du Centre de Santé,
4. Expliquer la mission des comités de pilotage régional et préfectoral,
5. Déterminer la nature d'appui aux comités de pilotage,
6. Préciser les rôles et responsabilités des autorités des différents niveaux.

## Déroulement

Les travaux ont commencé par l'exposé du contexte par le Directeur du projet PRISM suivi des mots d'ouverture de l'atelier par le DRS. C'est après que le Coordinateur de PRISM enRrenforcement des Institutions au niveau Communautaire et facilitateur, a fait un exposé illustré tant sur les missions qui étaitent assignées au CoGes au depart que sur le modèle participatif qui était egalement attendu.

Pour donc atteindre les objectifs de l'atelier, le facilitateur a mis regulièrement les participants groupe de travail sur des sujets spécifiques
Les techniques utilisés étaient donc : travaux de groupe, brainstorming exposé illustré et question reponse.

**Résultats obtenus**

**Mécanismes d'intégration**

**Pour assurer l'intégration du Comité de Promotion de Santé Communautaire (CPSC) dans la gestion du CS de Balandou il a été proposé qu'il faut necéssairement :**

- Définir la mission du Comité de Promotion de Santé Communautaire (CPSC)
- Définir les modalités de son fonctionnement ; son mandat; sa composition ainsi que les attribution du bureau exécutif du CPSC,
  Déterminer le paquet minimum d'activité et les résultats attendus du CPSC,
- Organiser et animer l'Assemblée générale constitutive
- Mettre en place un comité de pilotage régional et Préfectoral

  Pour le Comité de Pilotage Préfectoral CPP, les membres sont : Secrétaire Général chargé des collectivités décentralisées, Directeurs des Micro-Réalisations, Directeurs Préfectoraux de la Santé et au niveau local le secrétaire communautaire et Chef de Centre de Santé)

- Pour le Comité Régional de Pilotage les membre retenus étaients : SERACCO, Directeur Régional de la santé Santé, PRISM, CENAFOD, AGBEF etc..

**Mécanismes de fonctionnalisation**

**Pour rendre fonctionnel le CPSC de Balandou il a été proposé de :**

- Définir le cadre juridique (statut, règlement interieur, et relations)
- Identifier les besoins de formation
- Adapter les curricula de formation de membres
- Assurer la formation de membres
- Evaluer les besoins en ressources materielles et financières
- Assurer le suivi sur le terrain (monitorage, évaluataion interne et externe)
- Definir les mecanismes d'incitation à la performance
- Organiser périodiquement les réunions de concertation entre les acteurs et le comité
- Doter les membres d'outils de gestion appropriés

Après ces premiers travaux de groupes, les reflexions devraient être approfondies sur chaque element proposé, c'est ainsi que les instructions ci-dessous ont été données.

*Instruction : Les Groupe 1 et 3 approfondissent reflexion sur les elements des mécanismes d'intégration énumérés ci-dessus*

*Tandis que les Groupe 2 et 4 reflechissent eux, sur les mécanismes de fonctionnalisation du CoGes remobilisé à Balandou*

A l'issue de ces travaux les résultats ci-dessous ont été obtenus :

# MECANISMES D'INTEGRATION

## GROUPE I

| QUOI | CONTENU |
|---|---|
| **Définir la Mission du CPSC** | En plus des dispositions de l'arrêté conjoint relatives à la mission du comité de gestion, le CPSC doit :<br>• Veiller à l'organisation des activités de promotion pour la santé et des mutuelles,<br>• Favoriser la collaboration intersectorielle (santé , éducation, hygiène environnement agriculture élevage hydrolique etc...)<br>• Veiller au bon fonctionnement des SBC (AV, AC, AnimComMSR, Pairs éducateurs),<br>• Appuyer les csc à l'élaboration des PAO,<br>• Assurer le suivi de la mise en œuvre du PAO,<br>• Faire le plaidoyer pour l'intégration des PAO dans le PDL,<br>• Gerer les conflits éventuels |
| **Définir les Rôles et taches du CPSC** | • Informer régulièrement les autorités locales, sur les problèmes de santé, de fonctionnement des structures de soins au niveau communautataire,<br>• Organiser en collaboration avec l'équipe santé les stratégies avancées, programme de rattrapage actif et suivre leur exécution,<br>• Déliberer sur le montant des primes à attribuer aux agents de santé déttachés de la fonction publique, ou tout autre agent en fonction dans la structure en fonction de leur performance et de la capacité financière du CS ;<br>• Proposer des mesures positives pour des agents méritants et les sanctions disciplinaires contre les agents defaillants au CPP |
| **Définir les Modalités de fonctionnement, ,** | • Le CPSC est un conseil regroupant les représentants de l'ensemble des CSC et des prestataires de services de la Sous-Préfecture.<br>• Il importe que les AC/SBC et les chefs de PS appartiennent au CSC comme membre de droit.<br>• Il est une instance d'orientation et de décision<br>• Il se réunit en session ordinaire une fois par trimestre<br>• Il peut se réunir en session extra-ordinaire à la demande du président ou des membres ou de l'autorité de tutelle |
| **Mandat** | • La durée de son mandat est de 4 ans renouvelable |
| **Proposer la Composition du CPSC** | • Le CPSC élit en son sein un bureau exécutif qui est chargé de l'exécution des décisions prises par le conseil<br>• Il est composé de :<br>o Un Président<br>o Un secrétaire administratif<br>o Un trésorier<br>o Une secrétaire au bien être familial à l'hygiène et à l'assalanissement<br>o Un CCS membre de droit |

| QUOI | CONTENU |
|---|---|
| **Définir les Attribution des membres du Bureau exécutif** | **Président :**<br>• Représente le CPSC dans les actes de la vie civile<br>• Ordonne le budget<br>• Convoque les réunions<br>• Veille à la bonne gestion transparente au CCS<br><br>**Secrétaire administratif :**<br>• Il est administrateur du BE et remplace le Président en cas d'absence ou d'empechement,<br>• Veille à la bonne gestion du materiel et les équipements du CS ;<br>• Organise et suit les activités de promotion<br>• S'occupe du recueil des données statistique autres que sanitaires<br><br>**Trésorier**<br>• Il est responsable de la gestion financière et materielle<br>• Il tient la comptabilité de tous les biens<br><br>**Secrétaire au bien être familial à l'hygiène et à l'assaianissement**<br>Elle est chargée de mobiliser les femme pour une bonne utilisation des structures ;<br>Assure la promotion de la santé et de l'hygiène dans la localité ;<br>Encourage la planification familiale ;<br>Assure la promotion de la petite enfance et la lutte contre les IST et VIH/SIDA<br><br>**Chef du Centre de Santé**<br>Dirrige l'équipe technique du CS procède à l'analyse des données statistiques et épidémiologiques<br>Orgnaise en collaboration avec le Président les activités de suivi-évaluation |
| **Définir le Paquet Minimum d'Activités du CPSC** | Amener les communautés à une meilleure utilisation des structures<br>Faire la promtion de la santé et les activités de développement communautaire ;<br>Assurer l'entretien des infrastructures et équipements sanitaire<br>Elaborer et suivre l'exécution des PAO<br>Gerer le patrimoine du CS (resssources financières et materielles, infrastructre et equipement) ;<br>Elaborer exécuter le budget et en rendre compte aux autorités de tutelle |

## COMITE DE PILOTAGE

| | |
|---|---|
| **Composition du Comité de Pilotage régional (CPR)** | **SERACCO, DRS, PRISM, CENAFOD, AGBEF, PACV, ADIC, PPDR/HG etc** |
| **Définir la mission/Attribution du CPR** | 1 Définit les grandes orientations ;<br>2 Examine et enterrine les décisions des Comités Préfectoraux de Pilotage ;<br>3 supervise les activités des CPP ;<br>4 Apporte des appuis au niveau préfectoral ;<br>5 Elabore un budget et recherche le financement avec les partenaires et ou l'état. |
| **Identifier les appuis à apporter au CPR** | 1 Formation<br>2 Echange d'expériences, voyages d'étude<br>2 Appui financier pour la mise en œuvre des activités de pilotage. |

## GROUPE III

| ORGANES ET INSTANCES | COMPOSITION | MISSION/ATTRIBUTION | PMA |
|---|---|---|---|
| **Comité de Santé Communautaire (CSC)** | Président<br>Secrétaire<br>Trésorier<br>Chargé Hygiène | Promotion de la santé<br>Mobilisation sociale<br>Mobilisation des ressources materielles et financières<br>Suivi-évaluation | Recensement de la population cible par activité du CS<br>Communication pour le changement de comportement<br>Mobilisation de la population autour des stratégies avancées<br>Participation à l'identification des problèmes de santé<br>Participation aux activités de suivi'évaluation du système de santé<br>Mobilisation des ressources |
| **BUREAU EXECUTIF** | - Président<br>- Vice président<br>- Trésorier<br>- Chargé du Bien Etre Familial<br>- Chargé de l'hygiène | Veiller à l'application correcte des mécanismes d'implication des communautés dans l'amélioration de sa santé ;<br>Suivre l'éxécution des PAO conformement aux recommandations du CPSC ;<br>Veiller à la gestion du patrimoine du CS ;<br>Elaborer les projets de budget du CS avec l assistance du personnel du CS et le soumet au CPSC ;<br>Apprécier et transmettre au CPSC les rapports techniques du CS/PS.<br>Le Président et le trésorier du BE sont cosignataires des mouvements sur le solde bancaire du CS ;<br>Présenter un rapport d'activité périodique au CPSC ;<br>Gérer les conflits ;<br>Veiller à la stisfaction des droits des clients et besoins prestataires ;<br>Représenter le CS aux instances organisées à tous les niveaux ;<br>Convoquer et présider les réunions de concertation avec le personnel du centre de santé. | CCC<br>Supervision des activités des CSC ;<br>Suivi de l'éxécution des PAO ;<br>Suivi gestion du patrimoine du CS ;<br>Elaboration/exécution du budget du CS ;<br>Participation à la supervision et au monitorage du CS ;<br>Participation aux activités COPE ;<br>Rédaction du rapport d'activité<br>Tenue des documents comptables ;<br>Organisation des réunions de concertation avec le personnel du Cs |

## Groupe III SUITE

| ORGANES ET INSTANCES | COMPOSITION | MISSION/ATTRIBUTION | PMA |
|---|---|---|---|
| **Comité de Promotion de Santé Communautaire (CPSC)** | Tous les représentants des CSC<br>Personnel de santé | Mettre en place du Bureau exécutif<br>Apprecier les rapport d'activités du BE<br>Analyser et classer par odre de priorité les PAOdes CSC ;<br>Mettre en œuvre une stratégie d'éxécution et de suivi des PAO ;<br>Identifier les mécanismes d'implication de la communauté pour l'amélioration de sa santé ;<br>Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;<br>Organiser les relations extérieures ;<br>Définir la périodicité des instances de concertation ;<br>Statuersur les budgets du CS ;<br>Veiller à l'application rigoureuse des statuts et règlement intérieur<br>Statuer sur la situation du personnel du CS (recrutement, mutation et motivation) ;<br>Gérer les conflits spécifiques dépassant les compétences du BE ;<br>Instituer les mécanismes d'amélioration continue de la performance des leaders communautaires et prsonnel de santé. | Voir mission |
| **COMITE DE PILOTAGE REGINOAL** | SERACCO,PRISM CENAFOD ADRA autres | -Coordonner les activités de tous les CPSC au niveau de la région<br>- Suivre et évaluer les CS conformément à la politique nationale de santé . | *NATURE D'APPUI<br>Former les membres aux mécanismes de suivi évaluation et de gestion<br>Appui logistique. |

**Groupe III SUITE**

| Quoi | OBJECTIF | CONTENU | PUBLIC VISE |
|---|---|---|---|
| **Préparer et organiser une Assemblée Générale Constitutive** | Mettre en place un bureau exécutif du CPSC<br>Expliquer la mission du CPSC<br>Exposer les relations fonctionnelles du CPSC avec les autres partenaires communautaires<br>Donner les orientations sur la passation de service entre le COGES sortant et le BE du CPSC<br>Préparer la restitution au niveau des unités. | -Orientation générales sur la fonctionnalité des organismes à mettre en place<br>-Présentation du bilan de l'ancien COGES<br>-Explication des modalités d'installation du BE<br>-Préparation de la restitution de l'AG<br>-Mise en place du | -les 11 représentants des CSC ;<br>Tous les Présidents des districts<br>- Les membres du Conseil Communautaire<br>- Les autorités administratives locales<br>- Les agents du CS<br>- Les membres du Comité préfectoral de pilotage |
| **Défnition du cadre juridique du CPSC** | Elaboration des textes juridiques et reglements intérieurs et proposition au CPSC pour amendement et approbation<br>Diffusion des textes (statuts et reglements) | **BE**<br>**CPP**<br>**BE** | |



180

## MECANISMES DE FONCTIONNALISATION DU CPSC

### GROUPE II

| Quoi | Comment | | QUI |
|---|---|---|---|
| **Identification des besoins de formation des membres du CPSC** | -Organisation d'un atelier d'identification des besoins de formation<br>* faiblesse par rapport aux fonctions , rôles et tâches. | | **CPP**<br>**CENAFOD**<br>**PRISM** |
| **Adaptation des curriculas de formation** | Organisation d'un atelier d'échange sur :<br>-les objectifs pédagogiques ;<br>- les contenus<br>- la méthode de formation<br>- la langue<br>- la durée<br>- la période<br>les curriculas existants<br>- élaboration de nouveaux curriculas par rapport aux faiblesses identifiées<br>- test des nouveaux curriculas | | **CPP**<br>**CENAFOD**<br>**PRISM**<br>**DRS** |
| **Formation des formateurs** | -Préparation matérielle et pédaagogique des sessions de formation ;<br>-Identification des personnes ressources :<br>- élaboration des calendriers de formation<br>- rendre disponible les outils pédagogiques ;<br>- déterminer le lieu de formation ;<br>- informer le public cible ; | | |

| Quoi | Comment | QUI | QUAND |
|---|---|---|---|
| **Formation des membres des CPSC** | -identifier le public cible ;<br>-Elaborer le programme de formation pour les membres des CPSC<br>- Former collectivement tous les membres des CPSC dans les domaines généraux<br>- Former les membres du BE dans les domaines spécifiques liés à leurs rôles et tâches | | |
| **Formation des prestataires de soins** | identifier le public cible ;<br>-Elaborer le programme de formation pour les prestataires<br>- Former les prestataires<br>En PEV SSP ME,en promotion de santé. | | |
| **Evaluation des besoins en ressources matérielles et financières** | Identification ou détermination des moyens matériels et financiers en fonction du PMA et du PAO | **BE**<br>**CPP** | |
| **Suivi du CPSC** | -Organisation du suivi interne du BE à travers :<br>- visite de terrain (ponctuelles)<br>- réunions trimestrielles<br>-Organisation du suivi externe du BE à travers :<br>- supervisions<br>- monitorages | **CPSC**<br><br><br><br><br><br>**CPP** | |
| **Incitation à la performance des membres du CPSC**<br><br>**Concertation entre les CPSC et le comité de pilotage** | - Organisation des voyages d'étude pour les CPSC les plus performants ;<br>- Octroi de satisfecits ou autres gratifications ;<br>- Organisation des cérémonies de reconnaissance publ que des mérites<br>- Définition des TDR des réunions de concertation | **CPR/CPP**<br><br>**CPP**<br><br>**CPP/CRP** | |



182

**COMITE PREFECTORAL DE PILOTAGE**

| QUOI | Contenu |
|---|---|
| **Composition** | -Président SG/CD<br>-Rapporteur DMR<br>-Membres DPS , Secrétaire communautaire CCS<br>- |
| **Mission** | Assurer l'intégration du CPSC<br>Définir les orientations en matière de promotion et de gestion des CS ;<br>Suivre et évaluer le fonctionnement du CPSC ;<br>Proposer des amendements par rapport aux orientations définies ;<br>Rendre compte au CRP à travers un rapport trimestriel ;<br>Organiser deux réunions de concertation par an ;<br>Participer aux réunions du CRP |
| **Nature d'appui** | -Information et formation sur le systhème ;<br>-Dotation en moyen logistique pour le suivi ;<br>-Doter les membres du CPP en outils de capitalisation |

## GROUPE IV

| ACTIVITES | TACHES | QUI | QUAND |
|---|---|---|---|
| **Identification des éléments constitutifs du cadre juridique** | -Elaborer :<br>-statut ;<br>- Règlement intérieur<br>- PV de l'AGC<br>- Demande d'agrément<br>- Obtenir l'agrément | | |
| **Elaboration du statut** | Dénommer le comité<br>Localiser le siège social<br>Définir les conditions d'adhésion<br>Identifier les sources de revenus<br>Identifier les organes/postes<br>Définir les attributions des organes<br>Déterminer la durée du mandat | | |
| **Elaboration du règlement intérieur** | Définir :<br>• Les conditions d'adhésion<br>• Les conditions de suspension<br>• Les conditions de démission<br>• Les conditions de révocation | | |
| **Elaboration du PV de l'AG constitutive** | Déterminer :<br>• Le temps<br>• Le lieu<br>• L'objet<br>• Examiner les divers<br>• Faire signer le PV | | |
| **Elaboration de la demande d'agrément** | Etablir la demande ;<br>Joindre les documents juridiques | | |
| **Identification des besoins de formation** | Evaluer le niveau de connaissance des membres du CPSC selon un questionnaire préalablement établi ;<br>Analyser les données de l'évaluation ;<br>Etablir la liste des besoins par domaine de formation :<br>• IEC<br>• Rôles et responsabilités<br>• Tenue des outils de gestion<br>• Plaidoyer<br>• Elaboration de budget<br>• Technique de mobilisation<br>• Gestion du patrimoine du CS<br>• Alphabétisation | | |



184

**GROUPE IV (suite)**

| ACTIVITES | TACHES | QUI | QUAND |
|---|---|---|---|
| **Adaptation des curricula de formation** | Recruter un consultant et autres partenaires de terrain | | |
| **Evaluation des besoins d'appui au CPSC** | Evaluer les besoins en ressources matérielles, financières et logistiques du CPSC. | | |
| **Identification des termes de référence du Comité Préfectoral de Pilotage( CPP)** | Procéder à la passation de services et à l'installation du CPSC ;<br>Procéder à la supervision des activités du CPSC par des missions périodiques ;<br>Identifier les rôles et responsabilités de chaque membre du CPSC ;<br>Organiser des réunions de concertation entre CPSC et partenaires de terrain ;<br>Suivre et évaluer les activités du CPSC ;<br>Gérer éventuellement les conflits | | |
| **Détermination des ressources du comité de pilotage** | Elaborer le rapport d'activité trimestriel ;<br>Transmettre le rapport au niveau régional ;<br>Identifier les membres du comité de pilotage ;<br>Déterminer les ressources matérielles et logistiques. | | |
| **Définition des mécanismes d'incitation à la performance** | Definir le paquet de motivation pour les CPSC performants<br>Identifier les CPSC performants ;<br>Octroyer les primes aux CPSC performants ;<br>Valoriser par des attestations, les membres des CPSC qui se sont bien distingués ;<br>Créer une mutuelle communautaire ;<br>Demander des subventions pour le CPSC ;<br>Restituer les activités du CPSC aux communautés et autres partenaires. | | |

Il convient de preciser que les groupes n'ont pas pu aller jusqu'à la définition des différentes responsabilités et les échéances du au temps imparti à l'atelier.

## Recommandation principale :

***Le DRS en collaboration avec PRISM doit constituer une commision restreinte pour harmoniser les idées des travaux et faire exécuter immédiatement cela par l'opérateur qui est CENAFOD.***

**Annexe 8:** " Rapport de la formation en supervision facilitante pour les cadres des DPS et des DRS de Kankan et de Faranah " ; Dr Y. Doumbouya ; PRISM, May 2003.

**PRISM**

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

# RAPPORT DE LA FORMATION EN SUPERVISION FACILITANTE POUR LES CADRES DES DPS ET DRS DE FARANAH ET KANKAN

Par Dr Youssouf DOUMBOUYA
Coordinateur Régional ME.M, PRISM
Kankan

Mai 2003

## INTRODUCTION

Le but de tout système de supervision est d'assurer la qualité des soins et des services. L'une des priorités du projet PRISM est le renforcement des capacités de supervision des équipes cadres régionales et préfectorales.

C'est pour atteindre ses objectifs d'amélioration de la qualité des soins et services, par le biais d'une supervision facilitante efficace et performante, que le projet PRISM en collaboration avec ENGENDER HEALTH, a initié un programme de formation des superviseurs de sa zone d'intervention. Le point de départ de ce processus est l'élaboration d'un curriculum de formation.

Le présent séminaire a été le cadre du test du curriculum élaboré pour la formation des superviseurs en " Supervision facilitante"

Tenue à Dabola du 19 au 27 mai, cette formation a réuni 17 superviseurs des DPS et DRS des régions de Kankan et de Faranah.(voir Annexe 1).

## BUT ET CONTENU DE LA FORMATION

Le but de cette formation était de tester le curriculum élaboré et d'y apporter les corrections jugées utiles lors des différentes discussions et séances pratiques.

Ce curriculum de 9 jours est destiné, comme mentionné plus haut, aux superviseurs et a pour but d'augmenter leurs compétences en supervision afin de répondre le plus efficacement possible aux attentes de leurs supervisés.

Il comprend 11 sessions regroupées en 3 modules pour une durée de 9 jours de formation (voir Annexe 2)

Le but, le contenu et les objectifs des différentes sessions se trouvent à l'annexe 2 du présent rapport.

## DEROULEMENT

A ce niveau, on peut dire que tout s'est bien passé.
Seulement les participants ont trouvé le temps un peu long au regard de leurs occupations multiples.

Au delà des questions habituelles de perdiems jugés insuffisants, aucun problème majeur n'a été rencontré durant toute la formation.

Les séances pratiques ont été bien appréciées et ont permis d'harmoniser les points de vue sur les principaux outils de supervision actuellement utilisés dans la zone.

## DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Les principales difficultés rencontrées étaient liées à la logistique notamment la prise en charge des participants. En effet, les véhicules administratifs ont été carburés à environ 10,62 litres au lieu des 13 litres au 100 km. Ceci a entraîné assez de discussions et une démobilisation au niveau des participants.

## RESULTATS

Les 9 jours de formation ont permis aux participants de discuter de l'ensemble des thèmes prévus au programme. La visite de terrain leur a donné l'opportunité de faire une application pratique des notions apprises en salle.

Ainsi, 17 participants ( 6 directeurs préfectoraux de la santé, 2 directeurs d'hôpitaux, 2 cadres DRS, 5 des hôpitaux et 2 des DPS) ont pu assister à cette formation. ( voir liste ci jointe).

Au regard du déroulement des travaux, nous pensons que ces personnes formées seront à mesure d'une part de faire une supervision facilitante efficace dans leurs structure respectives et d'autre part de procéder à la formation sur le tas de leurs collègues des DPS et hôpitaux.

Aussi, au sortir de cette formation, d'utiles corrections seront apportées au curriculum testé.

Ces bons résultats obtenus en salle et lors de la pratique ne doivent pas exclure le suivi post formation indispensable au renforcement des acquis. Ce suivi post formation est une mesure d'accompagnement qui doit être envisagée et systématisée pour appuyer tous les superviseurs dès après leur formation.

## RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette formation, les recommandations ci dessous ont été formulées :

- Le renforcement du suivi post formation des superviseurs pour leur permettre de s'améliorer.
- La mise en place de mécanisme permettant la disponibilité permanente des outils de supervision,

A cela s'ajoutent des recommandations administratives concernant l'augmentation des perdiems, du taux de carburant attribué aux véhicules en déplacement.

# ANNEXES

## ANNEXE 1: LISTE DES PARTICIPANTS

| | Nom et Prénom | Organisation | Provenance |
|---|---|---|---|
| 1 | Dr HABA Wowo Christophe | M.C.M*/DRS | Kankan |
| 2 | Dr DAFF Boubacar | DPS | Kankan |
| 3 | Dr KOLIE Cécé Vieux | Pharmacien-Inspect | Faranah |
| 4 | Dr TRAORE Amara | DPS | Mandiana |
| 5 | Dr DIALLO Abdoulaye Saliou | Directeur Hôpit. | Mandiana |
| 6 | Dr CAMARA K. Mickiry | M.C.M*/DPS | Kissidougou |
| 7 | Dr CAMARA Sanoussy | Médecin | Kissidougou |
| 8 | Dr DIALLO Abdourahamane | Directeur Hôpit. | Kérouané |
| 9 | Dr SOW Ibrahima | DPS | Kérouané |
| 10 | Dr GOUAVOGUI Bogora | Médecin Pédiatre | Faranah |
| 11 | Dr BANGOURA N'Faly | DPS | Faranah |
| 12 | Dr SY Abdoulaye | Médecin Pédiatre | Dinguiraye |
| 13 | Dr DIALLO Boubacar | S.S.P**/DPS | Dinguiraye |
| 14 | Dr MANSARE Aboubacar Aly | Médecin | Siguiri |
| 15 | Dr BARRY Mamadou Samba | DPS | Siguiri |
| 16 | Dr CONDE Aïssata | DPS | Kouroussa |
| 17 | Goépogui Samuel Dougo | Surveillant Hôpit | Kouroussa |

FORMATEURS

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Dr Bouba Touré | Engender Health Conakry |
| 2. | Dr Sita Millimono | Consultante Engender Health Conakry |
| 3. | Dr Abdoul Balde | PRISM |
| 4. | Dr Youssouf DOUMBOUYA | PRISM |

Assistante administrative
Sylvie Théa
Alsény Diallo (Chauffeur)

*MCM : Médecin chargé de la maladie
** SSP : Soins de santé primaire

ANNEXE 2: BUT ET CONTENU DE LA FORMATION

# MODULE A : GÉNÉRALITÉS SUR L' APPRENTISSAGE

| SESSION 01 | Contexte de perfectionnement de l'adulte |
|---|---|

*But et contenu* :

Toute supervision est par essence une action de formation. Ce qui exige du superviseur un certain nombre de préalables

- La connaissance de soi et des autres
- La connaissance et l'application des principes de base de la formation des adultes
- La compréhension des différentes perceptions
- La compréhension du rôle que joue les relations inter personnelles dans le développement professionnel

Pendant cette session, le participant aura l'opportunité de discuter des terminologies de base de l'andragogie, la pyramide de DALE, des notions de perception ;le cycle d'incompétence, de discuter comment mener les négociations face à des situations inattendues qui peuvent apparaître et comment il peut suivre son propre développement professionnel

*Objectifs spécifiques*

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

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

*Document à distribuer* :

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

| Session 2 : | Les besoins en formation |
|---|---|

*But et Contenu*

Le point de départ d'un processus de supervision demeure essentiellement l'identification des besoins de formation. Il s'agit d'une étape qui détermine la pertinence même de la supervision; elle est suivie de l'analyse détaillée de la performance par rapport aux tâches exécutés par l'individu.

Le but de cette session est d'aider le participant à se familiariser avec ce processus d'identification des besoins de formation.

*Objectifs spécifiques*

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

1. Identifier les quatre sources d'information pour l'identification des besoins en formation
2. Identifier un besoin en formation dans une population donnée
3. Analyser une déficience de performance par rapport aux tâches à exécuter

*Documents de référence*

- Identification des besoins en formation
- Le diagramme de MAGER.

**Session 03 : Les objectifs d'apprentissage**

***But et Contenu***

Après l'analyse des déficiences de la performance, l'étape suivante est celle de la formulation des objectifs. Cette session donne au participant l'occasion de s'entraîner à la catégorisation et à la formulation des objectifs qui tiennent compte des niveaux taxonomiques et des verbes d'action appropriés.

*Objectifs spécifiques*

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

1. Formuler un objectif d'apprentissage qui répond aux cinq qualités requises
2. Appliquer le concept de taxonomie selon BLOOM, DAVE et KRATHWOLD dans la formulation des objectifs spécifiques

*Documents de référence*

- Définition d'un objectif d'apprentissage
- Eléments d'un objectif d'apprentissage
- Types d'objectifs d'apprentissage
- Qualités d'un objectif d'apprentissage
- La taxonomie selon BLOOM, DAVE et KRATHWOLD.

## Session 04 : Les méthodes d'apprentissage

*But et Contenu*

Le choix des méthodes et des techniques de formation est une étape importante dans le processus de supervision. Car il détermine la façon dont les objectifs seront couvert de manière efficace. Pour ce faire, il est important d'identifier son propre style d'apprentissage ainsi que celui des autres membres de son équipe. Cette session fournira au participant l'opportunité de discuter des différentes méthodes, techniques et stratégies de formation et spécialement la méthode expérientielle proposée par KOLB. En même temps, elle permettra au participant d'identifier son style d'apprentissage et la façon dont il affronte les idées et les situations quotidiennes dans son travail.

*Objectifs spécifiques*

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

1. identifier son style d'apprentissage
2. choisir une méthode adaptée à l'objectif et au contenu d'apprentissage retenus

*Documents de référence*

RSA
Les techniques de formation
Bref guide pour l'utilisation des techniques
Les techniques appropriées
La méthode d'apprentissage expérientiel
Les méthodes et techniques

# MODULE B: CONCEPTS DE SUPERVISION

## Session 5: Supervision facilitante et qualité des services

But et contenu: La supervision facilitante est un processus dans lequel les superviseurs d'une institution ou d'un système se concentrent sur les besoins du personnel qu'ils supervisent en les considérant comme leur client. Le superviseur facilitant se rend compte que le personnel ne peut offrir des services de qualité tant que leur besoin ne soit pas satisfait.

Durant cette session, les participants vont se familiariser avec le concept de qualité et celui de la supervision facilitante ainsi que les attributions d'un superviseur facilitant.

*Objectifs spécifiques:*

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

1. Définir le terme de qualité selon les droits des clients et les besoins des prestataires
2. Identifier au moins trois faiblesses de la supervision traditionnelle
3. Définir la supervision facilitante en fonction des besoins du personnel à superviser
4. Déterminer les trois principaux rôles du superviseur facilitant

*Documents de référence*

- Guide de supervision facilitante. Engender Health.
- Formation en supervision facilitante. Engender Health/PRISM

## Session 06 : Les caractéristiques et compétences du superviseur

*But et contenu* :
La principale différence entre la supervision traditionnelle et la supervision facilitante est que le superviseur facilitant applique le processus d'amélioration de la qualité en même temps qu'il accomplit des activités courantes, comme la collecte des statistiques, l'observation des prestations et des infrastructures.

Durant cette session, le participant discutera des caractéristiques et des compétences d'un superviseur idéal, s'auto évaluera par rapport à cette image et découvrira les avantages que la supervision facilitante apportera aux superviseurs.

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

1 Définir toutes les caractéristiques et les compétences d'un superviseur facilitant.
2 Identifier les caractéristiques et les compétences qu'il doit améliorer en tant que superviseur.
3. Énumérer les avantages de la supervision facilitante pour le superviseur

*Documents de référence*

- Guide de supervision facilitante. Engender Health
- Curriculum de formation en supervision facilitante. Engender Health/PRISM

## Session 07 : Concept de leadership situationnel

*But et contenu* :
Suite aux résultats d'une recherche approfondie, Paul Hersey a développé le modèle du "leadership situationnel" qui aide les gestionnaires à diagnostiquer les exigences de leur situation. Ce modèle est fondé sur l'importance des directives et du soutien socio-affectif qu'un leader doit accorder selon la situation et le niveau de maturité du collaborateur ou du groupe.
Durant cette session, les participants vont se familiariser avec les concepts de maturité professionnelle, de motivation et de styles de leadership.

*Objectifs spécifiques*:

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

Identifier les 4 stades de maturité d'un professionnel.

1 Expliquer au moins cinq moyens pour motiver le personnel sous sa supervision.
2 Identifier les quatre styles de leadership liés au comportement
3 Expliquer les relations entre les styles du superviseur et les maturités des supervisés

Documents de référence

Guide de supervision facilitante. Engender Health

- Curriculum de formation en supervision facilitante. Engender Health/PRISM
- Formation en gestion d'équipe et en gestion des médicaments essentiels. PRISM

## Session 08 : Les outils de supervision facilitante

*But et contenu*:

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

Des outils ont donc été développés pour aider les prestataires et leurs superviseurs à s'orienter vers l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Cette session offre aux participants l'opportunité de discuter des différents outils mis à leur disposition afin d'aider les prestataires et les membres de la communauté à améliorer les qualités de service dans les formations sanitaires.

*Objectifs spécifiques*:

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

1 Enumérer les principaux outils de supervision facilitante en vigueur en Guinée.
2 Décrire les principaux outils de supervision facilitante.

*Documents de référence*

- Guide de supervision facilitante. Engender Health
- Curriculum de formation en supervision facilitante. Engender Health/PRISM
- Formation en gestion d'équipe et en gestion des médicaments essentiels. PRISM

## MODULE C: LA SUPERVISION

### Session 09 : Préparation de la supervision

*But et contenu:*

Le but de toute supervision médicale est de garantir la sécurité et l'efficacité dans la prestation des soins de santé. Elle ne devrait donc en aucun cas être hasardeuse. Mais plutôt planifiée et organisée. Pour qu'une supervision soit efficace, il faut qu'il y ait une préparation minutieuse prenant en compte les vrais besoins du site. une personne invitée à faire une activité de supervision devrai avoir une expertise approfondie des services pour lesquels il est appelé à contribuer à l'amélioration. Il sera choisie en fonction de la tâche précise à exécuter.

Cette session offrira aux participants l'occasion de discuter de la planification d'une supervision médicale, de l'identification de la meilleure personne qui effectuera cette supervision et des différents éléments à observer une fois sur le site.

*Objectifs spécifiques:*

A la fin de la session, chaque qu'il prépare une visite de supervision dans un site, le participant, doit être capable de:

1. Préparer une supervision en tenant compte d'au moins 4 principales conditions d'une préparation réussie
2. déterminer les priorités selon les problèmes identifiés
3. déterminer au moins un objectif de la supervision selon le problème identifié.
4. développer un programme de supervision des sites selon au moins 7 informations les plus pertinentes

*Documents à distribuer*

- éléments de la préparation à la supervision
- exercice sur les données d'un site fictif
- critères de priorisation des problèmes
- points pertinents d'un programme de supervision
- détermination des objectifs de supervision

*Documents de référence*

- Guide de supervision facilitante. AVSC International

### Session 09 : Conduite de la supervision

*But et contenu*

Une fois la préparation terminée. Le superviseur doit se rendre sur le site pour mettre en œuvre tout ce qui a été planifié. Une supervision bien conduite qui respecte toutes les étapes nécessaires répondra aux

besoins réels du personnel auquel on est sensé apporter du soutien qu'il faut. Un superviseur qui supervise de manière appropriée réalisera des bénéfices pour les supervisés, pour le site et pour la communauté. Ainsi, le superviseur au lieu d'être vu comme un preneur de décisions punitives, sera plutôt vu comme un intercesseur, un superviseur facilitant qui apporte dans son sac des solutions au site.

Au cours de cette session, les participants aborderons non seulement les étapes de la visite du site mais aussi auront l'occasion de démontrer quel style de leadership adopter en face des différentes situations. Ils discuteront également pour identifier les obstacles potentiels à la réalisation de la supervision.

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

1. décrire au moins 5 principales étapes à réaliser pendant la conduite de la supervision
2. décrire au moins 3 principales étapes à suivre après la visite de supervision
3. démontrer le style approprié dans une situation de supervision donnée
4. identifier au moins 20 critères permettant l'auto- évaluation de sa propre prestation de supervision
5. identifier au moins 3 obstacles potentiels à la réalisation des activités de supervision facilitante ainsi que leurs éventuelles solutions

***Documents à distribuer***

- différentes étapes à suivre pour la conduite d'un supervision
- les tâches à accomplir après la visite de supervision
- Jeux de rôles sur le Leadership situationnel
- Guide d'auto- évaluation du superviseur

## Session 11 : Application pratique de la supervision sur le terrain

*But et contenu*
La formation en supervision facilitante, ne se limite pas seulement à un cours théorique. Le principe de toute acquisition de compétence comme nous l'avons vu dans les sessions antérieures, est la combinaison de la théorie à la pratique. Faut –il rappeler ce proverbe amérindien qui dit : « Parlez-m'en, et j'oublierai. Montrez-moi, et je pourrai ne pas me rappeler. Impliquez-moi et je comprendrai » ! Pour rendre donc, plus efficace cette formation, une application pratique dans les sites s'avère indispensable.

Au cours de cette session, les participants auront l'opportunité de descendre sur le terrain pour mettre en pratique tout le processus de supervision qui a été discuté en salle de formation.

*Objectifs spécifiques* :
A la fin de la session, chaque fois qu'il est amené à effectuer une visite de supervision dans un site, le participant doit être capable de :

1. Préparer une supervision en respectant le contenu des 4 principales étapes des préparatifs à la supervision
2. de réaliser une visite de supervision en respectant le contenu des 5 principales étapes
3. identifier ses points forts points à améliorer dans la gestion du processus de supervision

***Documents à distribuer***

- Outils de supervision
- Fiche d'auto- évaluation

## Emploi du temps

| DATE | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Matin** | *OUVERTURE ET ORIENTATION*<br><br>MODULE A. : Généralités sur l'apprentissage<br><br>Session 01 :<br>Concepts d'andragogie | Session 02 :<br>◆ Les besoins en formation | Session 03 :<br>◆ Les objectifs d'apprentissage : | Session 04 :<br>◆ Les méthodes d'apprentissage | MODULE B : Concept de supervision<br><br>Session 05 :<br>◆ Supervision Facilitante et qualité des services | Session 7<br><br>◆ Leadership situationnel |
| | | | **GRANDE PAUSE** | | | |
| **Après-midi** | Session 01 :<br>Concepts d'andragogie (Fin) | Session 03 :<br>◆ Les objectifs d'apprentissage | Session 03 :<br>Les objectifs d'apprentissage | Session 04 :<br>Les méthodes d'apprentissage (fin) | Session 06 :<br>◆ Caractéristiques d'un Superviseur Facilitant | Session 08 :<br>◆ Les outils de supervision |

| DATE | J7 | J8 | J9 |
|---|---|---|---|
| **Matin** | **Module C : La supervision**<br>Session 09 :<br>◆ La préparation de la supervision<br>Session 10 :<br>◆ Conduite de la supervision | Session 11 :<br>◆ Application pratique sur le terrain | ◆ Synthèse finale<br><br>◆ Evaluation finale |
| | **GRANDE PAUSE** | | |
| **Après-midi** | Session 10 :<br>◆ Conduite de la supervision (Fin) | Session 11 :<br>◆ Application pratique sur le terrain | Clôture |

**Annexe 9 :** " Rapport de Suivi du COPE à la maternité de Kouroussa " ; 4 au 6 Juin 2003 ; Dr Bocar Dem, PRISM .

SUIVI DU COPE

**STRUCTURE : Maternité Kouroussa** **DATE : 4 – 6/ 6 / 03**

## EVALUATION DU NIVEAU D'EXECUTION DU DEUXIEME PLAN ACTION COPE
## ( du 30 / 12/ 02 )

| PROBLEMES | SOLUTION PROPOSEE | PERSONNE RESPONSABLE / date | NIVEAU REALISATION ET CONTRAINTES | OBSERVATION |
|---|---|---|---|---|
| Pas de salle d'accouchement appropriée | Accélérer la rénovation | Médecin chef de la maternité<br><br>D'ici décembre 2003 | Non réalisée | Problème dont la résolution requière des intervenants de plusieurs niveaux, et dépasse les possibilités du comité COPE et la direction de l'hôpital |
| Pas de bloc opératoire approprié pour la maternité | Accélérer la rénovation | Médecin chef de la maternité<br><br>D'ici décembre 2003 | Non réalisée | |
| Pas de source lumineuse permanente | Réparer le panneau solaire | Médecin chef de la maternité<br><br>Et le S.A.A.F de l'hôpital<br><br>D'ici fin 2003 | Réalisée | |
| Pas d'appareil de réanimation cardio-respiratoire | Faire la requête d'obtention du matériel et former le personnel | Médecin chef de la maternité<br><br>D'ici décembre 2003 | Non réalisée | Problème dont la résolution requière des intervenants de plusieurs niveaux, et dépasse les possibilités du comité COPE et la direction de l'hôpital |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Pas de moustiquaire imprégnée | Chercher le financement | Médecin chef de la maternité<br>D'ici décembre 2003 | Non réalisée | Manque de suivi de l'exécution du plan COPE par la direction de l'hôpital et la DPS |
| Pas de toilettes appropriées | Prévoir des toilettes internes | Directeur Hôpital<br><br>D'ici fin décembre 2003 | Non réalisée | Requière un plaidoyer du DH et un suivi au près du bailleur de fond à travers le MSP |
| Pas d'unité d'AMIU | Former le personnel<br>Voir PRISM | Médecin chef de la maternité<br><br>D'ici mars 2003 | Non réalisée | Requière un plaidoyer du DH et un suivi au près de la DRS et PRISM |
| Conditions de transfusion très difficiles | Chercher des donneurs et sensibiliser la population | Médecin chef de la maternité, sage femme, et laborantin<br><br>D'ici fin février 2003 | **Réalisation partielle**<br>négociation directe de la direction de l'hôpital avec le comité de la croix rouge sans la participation du comité COPE | Manque de suivi du plan action COPE |
| Pas d'Echographe | Chercher le financement | Médecin chef de la maternité<br><br>D'ici fin février 2003 | Non réalisée | Problème dont la résolution requière des intervenants de plusieurs niveaux, et dépasse les possibilités du comité COPE et la direction de l'hôpital |
| Rupture régulière des consommables ( eau de javel, gants, fils de sutures, gants de révision | Chercher les consommables | Médecin chef de la maternité et pharmacien<br><br>D'ici fin janvier 2003 | **Réalisée** | Mais les gants ne sont pas appropriés |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Référence tardive des patientes** | Installer les R A C<br>Sensibiliser les populations<br>Sensibiliser le personnel | Médecin chef de la maternité, sage femme,<br><br>D'ici fin janvier 2003 | Non réalisée | L'installation des RAC requière des intervenants de plusieurs niveaux, et dépasse les possibilités du comité COPE et la direction de l'hôpital |
| **Insuffisance de la motivation du personnel** | Motiver le personnel | Madame DIOP présidente du comité COPE<br>Fin janvier 2003 | Non réalisée | Manque de suivi du Plan COPE . Problèmes sont très complexe, et requièrent une large concertation avec les autorités du district sanitaire |
| **Manque de moyen de déplacement pour le médecin chef de la maternité** | Chercher une moto de supervision pour le médecin chef | PRISM<br><br>Janvier 2003 | Non réalisée | |
| **Pas de stage de formation à l'extérieur pour le personnel** | Accorder un stage de spécialisation au médecin chef | PRISM<br><br>D'ici début 2004 | Non réalisée | Problème dont la résolution requière des intervenants de plusieurs niveaux, et dépasse les possibilités du comité COPE et la direction de l'hôpital |

## TROISIEME PLAN D'ACTION COPE MATERNITE KOUROUSSA
## ( 5 / 6 / 03 )

| PROBLEMES | CAUSES | ACTIONS | TACHES | RESPONSABLE DU SUIVI | DELAI DE REALISATION |
|---|---|---|---|---|---|
| **Le personnel d'entretien n'utilise pas de gants de ménage résistants et ne dispose pas de tablier en plastique** | Achat de gants de ménage inappropriés<br>Manque de tablier plastique | Achat et distribution de matériels appropriés | Acheter des gants de ménage en se servant d'un échantillon du CSU<br><br>Confection de tablier plastique | Mme Fatoumata Kouyaté | D'ici le 15 /7/ 03 |
| **Les clients se plaignent de la nuisance des moustiques à l'hôpital** | Manque de moustiquaires dans les salles d'hospitalisation<br><br>Non suivi du plan COPE précédent | Achat des moustiquaires | Budgétisation<br>Achat<br>Installation<br>Définir mécanisme de leur gestion dans les pavillons<br><br>Assurer le suivi de l'exécution des taches | Mme Koroma Keita | D'ici le 15 /7/ 03 |



204

| PROBLEMES | CAUSES | ACTIONS | TACHES | RESPONSABLE DU SUIVI | DELAI DE REALISATION |
|---|---|---|---|---|---|
| **Difficultés de prise en charge des cas d'avortement** | Manque d'équipement | Installer une Unité d'AMIU | Adresser une requête à la DRS/ PRISM | Médecin chef du service | D'ici le 30/ 09 / 2003 |
| **Retard de la prise en charge des malades** | Insuffisance dans la gestion des faibles ressources humaines disponibles<br><br>Insuffisance de communication interpersonnelle avec les malades | Approfondir l'analyse des problèmes de gestion des ressources humaines<br><br>Améliorer la CIP avec les malades | Supervisions Régulières<br>Interview des malades<br>Feed back et sensibilisation des prestataires<br>Redéfinition des taches<br>Ecoute attentive des malades<br>empathie | Mme Diop | D'ici le<br><br>15 / 08 / 03 |
| Les toilettes externes sont sales | Manque de nettoyage | Assurer le nettoyage quotidien | Responsabiliser les agents d'entretien à travers un programme rotatoire.<br>Installer un fût d'eau et des balais à coté .<br>Sensibiliser les accompagnateurs et demander leur appui.<br>Bien informer au moment de l'accueil les clients sur l'utilisation correcte des toilettes .<br>Assurer le suivi régulier de l'exécution des taches. | M Samuel | D'ici le 15 / 6 / 03 |

| PROBLEMES | CAUSES | ACTIONS | TACHES | RESPONSABLE DU SUIVI | DELAI DE REALISATION |
|---|---|---|---|---|---|
| **MAUVAISE GESTION DES DECHETS** | Manque de supervision ( salle de soins, Incinérateur/fosse à ordures) | Surveiller l'application des normes et procédures de la prévention des infections et de l'hygiène hospitalière | Séparation et dispositions adéquate des objets piquants et tranchants.<br>Incinération quotidienne des déchets qui brûlent.<br>Enterrer dans la fosse à ordures les cendres et les déchets qui ne brûlent pas.<br>Re dynamiser le fonctionnement du comité d'hygiène et de sécurité .<br>Assurer le suivi régulier de l'exécution des taches | Mme Tady | D'ici<br><br>Le 15 / 07 /03 |



206

## RECOMMENDATIONS

- **REUNIONS MENSUELLES DU COMITE COPE :** Organiser ces réunions au niveau du service pour :

  Evaluer le niveau de réalisation du plan d'action COPE

  Identifier les progrès réalisés dans la résolution des problèmes pour féliciter et encourager l'équipe

  Identifier les difficultés dans la résolution des problèmes du plan COPE

  Solliciter l'appui des superviseurs à tous les niveaux pour la réduction des difficultés et goulots identifiés ( Chef du service, Direction de l'hôpital, Direction préfectorale ou régionale de la santé, )

  Pour programmer la séquence suivante d'analyse des problèmes et de planification COPE lorsque la majorité des problèmes sont résolus

- **SUIVI MENSUEL DES ACTIVITES COPE PAR LA DIRECTION DE L'HÖPITAL POUR :**

  S'assurer de la fonctionnalité du Comité COPE

  Vérifier l'accomplissement des actions et taches du plan COPE par l'équipe de santé au cours des supervisions mensuelles du service

  Identifier les impacts positifs des actions réalisées sur la qualité des services pour féliciter et encourager l'équipe

  Observer les difficultés de mise en œuvre des actions et taches du plan COPE et convoquer une assise de concertation pour définir l'appui nécessaire de la direction , la contribution des prestataires ou faire recours à la DPS ou DRS .

  Rappeler le comité COPE de l'opportunité d'organiser la prochaine séquence d'analyse des problèmes et planification COPE

➢ **SUIVI TRIMESTRIEL DE LA DPS AFIN DE :**

S'assurer de la fonctionnalité du Comité COPE

Vérifier l'accomplissement des actions et taches du plan COPE par l'équipe de santé au cours des
Supervision s du service

Identifier les impacts positifs des actions réalisées sur la qualité des services pour féliciter et
encourager l'équipe

Observer les difficultés de mise en œuvre des actions et taches du plan COPE et convoquer une
assise de concertation pour définir l'appui nécessaire de la direction de l'hôpital , la contribution des
prestataires ou faire recours à la DRS ou au MSP .

Rappeler le comité COPE de l'opportunité d'organiser la prochaine séquence d'analyse des
problèmes et planification COPE

**Organiser des échanges d'expériences** en matière de stratégies de résolution de problèmes entre
les différents Comités COPE ou équipes de santé ; ou diffuser les stratégies efficaces identifiées.

**Impliquer les représentants de la communauté dans les Comités COPE** afin de qualifier le
processus d'analyse et de résolution des problèmes des services de santé

**Annexe 10 :** " Stratégie PCIME : Première session de formation des prestataires de Mandiana et Dabola à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant " Kankan, 14 – 25 avril 2003 ; Dr Antoinette Helal, MOH .

*Travail – Justice - Solidarité*

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT

# PREMIERE SESSION DE FORMATION DES PRESTATAIRES DE MANDIANA ET DABOLA A LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT

*Kankan du 14 au 25 Avril 2003*

## *RAPPORT DE FORMATION*

Dr Antoinette Helal

1- Objectifs

2- Méthodologies

3- Déroulement de la Formation

3-1 Phase préparatoire

3-2 Déroulement de la formation proprement dite

II PROFIL DES PARTICIPANTS

III Difficultés et contraintes

IV Résultats

V LES SIGNES FREQUEMENTS RENCONTRES

VI EVALUATION DU COURS PAR LES PARTICIPANTS

VII CONCLUSION

VIII RECOMMANDATIONS

IX REMERCIEMENTS

X ANNEXE

| | | |
|---|---|---|
| Directeur de la Session | : | Dr Moustapha DIENG |
| Co-Directeurs de la Session | : | Dr Diénaba KASSE |
| | : | Dr Antoinette HELAL |
| Instructeur Clinique | | Dr Ibrahima DIAGNE |
| Co-Instructeur Clinique | : | Dr Djénabou Barry |
| | : | Dr Ibrahima Kalil KONE |

Facilitateurs

- Dr Cellou BALDE
- Dr Bocar DEM
- Dr Hasmiou DIA
- Dr Boubacar Gallé DIALLO
- Dr Saliou Dian DIALLO
- Dr Soukeynatou TRAORE

Traitement Informatique
- Mr SANGARE Oumar

Service logistique
- Mlle Sylvie THEA

Dans le cadre du renforcement des aptitudes du personnel de santé en matière de prise en charge des cas dans les formations sanitaires de la zone test de la stratégie PCIME; La première session de formation des Prestataires des Préfectures de Mandiana et Dabola à la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant s'est déroulée du 14 au 25 avril 2003. Elle fait suite à la formation des formateurs en la technique de facilitation qui s'est tenue du 17 au 22 mars 2003 à Conakry.

Elle entre dans le cadre d'une série prévue de sessions de formation des prestataires des Régions de Kankan et de Faranah. Elle est financée par l'OMS , l'USAID ( PRISM ) et l'UNICEF.

L'ouverture de cette première session a été présidée par le Directeur Régional de la Santé de Kankan en présence du représentant régional de PRISM

## I - OBJECTIFS SPECIFIQUES DU COURS

L'apprentissage de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant se fait par l'étude des algorithmes de prise en charge des principales maladies et par les stages pratiques.

A la fin de la formation, le participant doit être en mesure :

- d'évaluer des signes et symptômes de la maladie, de l'état nutritionnel, de l'état vaccinal et de la supplémentation en Vitamine A,
- de classer la maladie dans la catégorie appropriée,
- d'identifier des traitements pour les diverses classifications des maladies de l'enfant et la prise de décision d'évacuer ou de référer l'enfant à l'hôpital,
- d'administrer des traitements importants précédent l'évacuation de l'enfant (par exemple une première dose d'antibiotique, de la vitamine A, une injection de quinine, de diazépam, un traitement préventif de l'hypoglycémie)
- d'administrer les traitements à la formation sanitaire, tels qu'une thérapie de réhydratation orale, la vitamine A ou une vaccination,

spécifique à domicile, tel qu'un antibiotique, un antipaludéen ou les soins locaux,

- de conseiller la mère pour l'alimentation et les signes de retour à la formation sanitaire

- d'effectuer une réévaluation du problème et d'administrer des soins appropriés lors de la visite programmée de suivi.

## 2- METHODOLOGIE ET SUPPORT

Le matériel utilisé par les apprenants durant le cours est composé de :
- 1 jeu de 7 modules
- 1 livret de tableaux
- 1 livret de photos
- 1 jeu d'algorithme

Le matériel utilisé par le facilitateur est composé de :

- 1 guide de l'animateur pour l'enseignement des modules
- 1 guide de l'animateur pour l'activité clinique au centre de santé
- 1 guide de l'animateur pour l'activité clinique à l'hôpital
- 1 jeu de modules

Le directeur de cours a en plus, le guide du directeur du cours.

Les méthodes de travail utilisées ont été :
- la lecture individuelle,
- les exercices avec la rétro-information individuelle.
- la démonstration des jeux de rôle,
- la vidéo,
- les sessions cliniques (centre de santé, hôpital)

Ces modules sont intitulés :

- Evaluer et classer l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans
- Identifier le traitement
- Traiter l'enfant

- Evaluer, classer et traiter le nourrisson malade de 1 semaine à 2 mois
- Suivi des soins

## 3- Déroulement de la Formation

### 3.1 Phase préparatoire

Les facilitateurs locaux avec l'appui de PRISM et de BASICS ont eu à faire une première identification des sites retenus pour le cours et ont assurés la reproduction du matériels de formation.

La journée du dimanche a servi aux facilitateurs de faire la visite des sites cliniques identifiés , les salles de cours théoriques retenus et de faire le point de la situation de l'organisation pour entrer en possession de l'ensemble du matériel afin de se préparer pour le démarrage du cours.

Les salles de cours retenus initialement se sont avérés inappropriées et il a été proposé de prendre les locaux de la Direction Régionale de la Santé qui offrent un cadre plus indiqué pour la tenue de se cours. Sa proximité avec l'ancien service du Projet ONCHO a permis des disposer de toutes les salles nécessaires souhaitées ( Cours, Secrétariat, Confort des Groupes )

### 3.2 Déroulement de la Formation proprement dite

Un réaménagement de l'agenda des session cliniques en raison de la fête de Pâque ( lundi 21 Avril 2003 ) a été fait. C'est ainsi que les sessions cliniques à l'hôpital ont été supprimées se jour et le temps consacré à la classe allongé.

La journée du Mardi 22 Avril 2003 l'aménagement apporté à consisté a prolonger les sessions au centre pour permettre aux participants de disposer du maximum de temps pour pratiquer l'objectif au cs

J07( identifier le traitement – traiter l'enfant – apprendre à la mère comment administrer les médicaments par voie orale à domicile ) et d'appliquer l'objectif du jour dispensaire J08.

Le cours a duré 11 jours répartis comme suit :

- 10 matinées de pratique clinique à raison de 2 heures aux centres de santé(CS de Salamani, de Kabada ) et 1 heure à l'Hôpital Régional de Kankan.
- Les séances théoriques ont lieu pendant 1 heure le matin et 4 heures les après-midi soit un total de 5 heures par jour.

en presence du Directeur du cours et du responsable administratif de PRISM pour passer en revue l'ensemble des problèmes rencontrés dans la journée, évaluer le déroulement comme programmé. C'est l'occasion de juger du bon fonctionnement du cours et d'apporter des solutions aux différentes préoccupations.

## II PROFIL DES PARTICIPANTS

23 Agents au total ont participé à cette première session. Ils ont été repartis en trois groupes autant que possible homogène

- **Selon la qualification**

- Médecins de santé publique : 01
- Technicien de Santé Publique : 01
- Aide de Santé : 09
- Assistant Technique de Santé : 12

**Selon la formation**

| | | |
|---|---|---|
| LMD | : | 14 |
| Paludisme | : | 12 |
| SIDA | : | 16 |
| Nutrition | : | 14 |
| LTO/PEV | : | 12 |

Autres : on mentionnera des formations reçues notamment en : SBC (5), SMI(4), IST (4).

L'encadrement du cours a été assuré par 12 personnes :

- Un Directeur du cours (Sénégal)
- Deux co-Directeur du cours ( Guinée )
- Un Instructeur clinique (Sénégal)
- Deux co-Instructeur clinique ( Guinée )
- 06 facilitateurs (Guinée)

✓ *Sur le plan de l'équipement :*

Si pendant les deux premiers jours nous avons éprouvé des difficultés pour disposer de véhicules de transport des groupes, Du Directeur du cours pour son travail de supervision sur le terrain et de l'instructeur clinique , ce problème a été compiètement résolu par la suite.

En ce qui concerne le matériel audio-visuel de même que les médicaments, il n'y a pas eu de problème particulier à signaler.

Le défaut de courant pendant la journée a été utilisé par l'utilisation de groupe électrogènes pour permettre à l'activité de se dérouler normalement dans les salles de cours.

✓ *Dans les formations sanitaires*

La consultation externe de l'hôpital n'a pas tellement répondu à notre attente en matière de collaboration pour disposer des enfants malades. Dans les autres site cliniques la variabilité de l'heure de démarrage de la consultation ( parfois un peu tard ) a quelque peu perturbé notre programmation. Néanmoins l'exercice s'est déroulé dans de bonne condition. Le personnel en place à été très accueillant et à collaboré à la sélection des malades.

✓ Apprentissage

La répartition des différents groupe a été faite tout en respectant un équilibre pour avoir une certaine homogénéité.

L'apprentissage a été particulièrement difficile dans le Groupe C ( pour 4 participants ) et le Groupe A ( pour 1 participant ) à cause de problèmes visuels ce qui a constitué un handicape sérieux pour l'avancement de ces Groupes. Des arrangements ont été trouvés pour faire consulter les intéressés à l'hôpital afin qu'ils se procure des lunettes.

Il faut en outre souligner le retard accusé par deux participants qui sont venus l'un 48 heures à prés le début du cours, l'autre 24 heures à prés. Leur mise a niveau s'est déroulée rapidement et ils ont pu poursuivre le cours sans problème

- Facilitation

Les supervisions effectuées dans les salles de cours et au niveau des sites cliniques ont permis d'attirer l'attention des facilitateurs sur le respect de certaines règles afin que les apprenants puisse tirer le maximum de bénéfice pour ce cours ( surtout l'application de la retro information individuelle ).

Les questions soulevées par les participants ont reçu des réponse satisfaisantes de la part des encadreurs ou rapportées à la réunion des facilitateurs pour être l'objet d'une discussion plus large afin de donner la solution exacte.

- ✓ Performance des apprenants

La proportion des cas pris en charge sans problème est de 88%

La proportion des classifications sans problème est de 95%

**Groupe A** : Trois (3) participants sont particulièrement à suivre ( AC, AM et SK).

Dans ce groupe on totalise 46 fautes sur un total de 89 pour l'ensemble des participants ( 51 %) 36 au centre et 53 à l'hôpital)

**Groupe B** : Trois (3) participants sont particulièrement à suivre (BC, AD et YC ).

**Groupe C** : Trois (3) participants sont particulièrement à suivre (AB, MB et RH). Pour ces deux derniers bien qu'ils n'aient pas commis beaucoup de fautes, leur niveau bas a constitue un gros handicap pour suivre le cours

Dans l'ensemble les participants de même que les facilitateurs ont été assidus durant l'ensemble du cours. L'enthousiasme d'atteindre les objectifs du jour a poussé les groupes à travailler souvent très tard.

Les participants ont travaillé pendant 90 heures réparties comme suit :

- 60 heures de cours théoriques (66%)
- 30 heures de cours pratiques (34%)

| | |
|---|---|
| Nombre de cas vus (CS 381, H 288) | 669 |
| Moyenne des cas par participant | 29.56 |
| Nombre d'expositions (CS 546, H 489) | 1.035 |
| Moyenne des expositions par participant | 45.71 |
| Proportion des cas pris en charge sans Problème | 88% |
| Proportion des cas à problèmes | 15 % |

Pour valider un cours selon les critères de l'OMS, le nombre de cas requis par participant est de 20, le nombre d'expositions est de 40 et le taux de réussite supérieur à 85%

Concernant les fautes

Total des fautes commises 89 (CS 36, hôpital 53)

La plus part des erreurs commises sont dues :

- à une mauvaise évaluation de la fréquence respiratoire entraînant une erreur de classification (8 fautes)
- à la méconnaissance du signe général de danger (15 fautes)
- à une mauvaise classification de la diarrhée (18 )
- à une mauvaise application des plans de traitement ( B et C ) pour la Diarrhée (8)

## LES SIGNES FREQUEMENT RENCONTRES

Sur un total de 506 observations faites par les participants, le cumulatif des signes les plus fréquents se répartit chez l'enfant de 2 mois à 5 ans comme suit :

| Signes | Nombre | Pourcentage |
|---|---|---|
| Pâleur palmaire légère, sévère | 63 | 12.45% |
| Respiration rapide | 47 | 9,2% |
| Pli cutané s'efface lentement | 44 | 8,6% |
| Yeux enfoncés | 43 | 8,4% |
| Boit avidement, assoiffé | 42 | 8,3% |
| Poids très faible pour l'âge | 35 | 7% |
| Antécédents de convulsion / Convulsion actuelle | 30 | 6% |
| Pli cutané s'efface très lentement | 29 | 6% |
| Raideur de la nuque | 27 | 5,3% |
| Tirage sous costal | 24 | 5% |

**SIGNES NON VUS**

- Stridor chez un enfant calme
- Ulcérations profonde ou étendue dans la bouche
- Opacité de la cornée
- Gonflement douloureux derrière l'oreille
- Boit difficilement
- Yeux purulents
- Vomit tout ce qu'il consomme
- Oreille purulente



221

Sur un total de 143 observations faites par les participants, le cumulatif des signes les plus fréquents se répartit chez le nourrisson de 1 semaine à 2 mois comme il suit :

| SIGNES | NOMBRE |
|---|---|
| Respiration rapide chez le nourrisson | 20 (14%) |
| Pustules cutanées | 19 (13%) |
| Tirage sous-costal chez le nourrisson | 14 (10%) |
| Mouvements inférieurs à la normale | 7 (5%) |
| Succion non efficace | 12 (9.1%) |
| Léthargie ou inconscient | 12 (9 %) |
| Battement des ailes du nez | 7(5%) |
| Pas de prise du sein | 6 (4%) |
| Fontanelle bombée | 10 (7%) |

<u>SIGNES NON VUS</u>

- geignement expiratoire
- Rougeur ombilicale gagnant la peau
- Tirage sous costal sévère
- Les pustules cutanées
- Muguet

## EVALUATION DU COURS PAR LES PARTICIPANTS

1- Les participants ont jugé les modules selon les appréciations suivantes: Très utile, utile, assez et inutile

| | Très utile | Utile | Assez | Inutile |
|---|---|---|---|---|
| Module Introduction | 08 | 11 | | |
| Evaluer et Classer l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans | 19 | 03 | 1 | |
| Identifier le traitement | 19 | 4 | | |
| Traiter l'enfant | 19 | 4 | | |
| Conseiller la mère | 15 | 07 | 01 | |
| Prise en charge du nourrisson | 20 | 02 | 01 | |
| Suivi | 14 | 08 | 01 | |
| Sessions en dispensaire | 13 | 09 | 01 | |
| Sessions dans le service d'hospitalisation | 18 | 05 | | |
| Vidéos | 11 | 11 | 01 | |
| Exemples photos et exercices | 10 | 11 | 02 | |

2 – Quels sont les modules ou activités que vous avez trouvé particulièrement difficile a comprendre ?

3

| Module / Activités | Très difficile | Difficile | Facile |
|---|---|---|---|
| Module Introduction | 01 | 08 | 12 |
| Evaluer classer l'enfant malade âgé de 2 mois a 5 ans | 03 | 05 | 15 |
| Identifier le traitement | 02 | 08 | 13 |
| Traiter l'enfant malade âgé de 2 mois a 5 ans | 02 | 05 | 11 |
| Conseiller la mère | 02 | 04 | 17 |
| Prise en charge du nourrisson âgé de 1 semaine a 2 mois | 03 | 07 | 13 |
| Suivi des soins | 02 | 05 | 16 |
| Sessions au dispensaire | 02 | 08 | 13 |
| Sessions dans le service d'hospitalisation | 02 | 05 | 16 |
| Vidéo | 01 | 03 | 19 |
| Exemples photos et exercices | 01 | 05 | 17 |

3 - A la question qu'est-ce qui aurait pu vous aider à reconnaître les signes le plus facilement, les participants ont répondu :

- Plus de pratique clinique 08
- Davantage de vidéo 06
- Plus d'exercice photo 05
- Plus de démonstration 03
- Plus de discussion en groupe 02
- Plus de jeux de rôle 01

4- A la question qu'avez-vous trouvé de plus important dans ce cours, la réponse a été dans la majorité des cas :

- Le module Evaluer et classer l'enfant de 02 mois a 05 ans : 08
- Le cours dans son intégralité :05
- La compétence rigueur disponibilité des facilitations : 04
- Le Module traiter l'Enfant : 03
- Le Module conseiller la mère : 03
- La systématisation : 01
- Travailler vite et bien :01

5- Quels sont vos suggestions pour améliorer les cours ?

- Augmenter la durée de la formation :13
- Augmenter la durée des sessions cliniques :01
- Prolonger la durée du stage :01
- Observer des pauses pour baisser la pression du cours : 01

6 Qu'est ce que vous avez appris qui pourra vous êtres utiles dans vos activités actuelles ?

- Prise en charge des enfants de 0 a 5 ans
- Conseiller la mère :
- Référer a temps
- Suivi des soins
- Rigueur dans le travail et la gestion du temps :
- Rationalisation des médicaments
- Recherche de l'efficacité

8- Pour chaque activité notée ci-dessous, cochez une case pour indiquer si vous pensez que le temps consacré à cette activité était trop court, suffisant, trop long

| TYPE D'ACTIVITÉ | TEMPS | | |
|---|---|---|---|
| | Trop court | Suffisant | Trop long |
| Exercices écrits, suivis de discussions individuelles sur votre travail avec un animateur | 12 | 10 | |
| Exercices photos | 05 | 18 | |
| Exercices vidéo | 07 | 16 | |
| Jeux de rôles | 05 | 18 | |
| Discussions en groupe | 06 | 17 | |
| Exercices oraux | 09 | 14 | |
| Sessions en dispensaire | 10 | 13 | |
| Sessions à l'Hôpital | 13 | 10 | |
| Cours tout entier | 09 | 09 | 05 |

9- Comment ce que vous avez appris pourra vous être utile dans vos activités actuelles ?

- Prendre une décision rapide pour référer l'enfant
- Assurer la Prise en Charge correcte des enfants malades (amélioration de la qualité)
- Traiter les enfants malades à moindre coût
- Superviser tout agent en périphérie formé à la PCIME
- Se coller désormais au livret des tableaux dans notre pratique de tous les jours

## CONCLUSION

Le cours s'est déroulé d'une manière satisfaisante. La majorité des participants a estimé avoir atteint les objectifs fixés. Des difficultés ont été notés surtout dans l'appréciation de la pâleur palmaire (16 participants), du stridor (12 participants).Pour palier à ces difficultés, 21 participants estiment que davantage de pratique clinique les aideraient à reconnaître ces signes.

## RECOMMANDATIONS

Poursuivre la correction des fautes et compléter les pages qui manquent dans les modules traiter et prise en charge du nourrisson malade âgé de 1 semaine à deux mois.

## REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements à l'OMS, l'USAID (PRISM ;BASICS), l'UNICEF pour le soutien et les facilités qui ont permis d'atteindre les objectifs du cours.

- aux autorités Guinéenne et en particulier au Ministère de la Santé Publique.
- La Direction Régionale de la Santé de Kankan
- l'ensemble du personnel qui nous a aidé dans la préparation et le déroulement de cette formation
- Le conseiller de Basics II , le point focal de l'OMS qui se sont investis entièrement pour la réussite de ce cours
- les agents de santé dans les centres de santé et à l'hôpital de kankan
- l'ensemble des animateurs (facilitateurs, instructeurs cliniques, co directeurs de cours) qui ont encadré ce cours de même qu'aux participants
- le personnel de soutien : l'assistante administrative, l'informaticien, les chauffeurs, les traiteurs, etc.

## ANNEXES

- Liste des participants et facilitateurs
- Le calendrier des sessions d'activités cliniques
- Le calendrier du cours
- Les groupes de travail
- Résultats des pratiques cliniques

* Récapitulatif des sessions (enfants 2 mois à 5 ans)

- Récapitulatif des sessions au centre de santé
- Récapitulatif des sessions à l'hôpital
- Récapitulatif des sessions à l'hôpital et au centre de santé
- Récapitulatif des fautes au centre de santé
- Récapitulatif des fautes à l'hôpital
- Récapitulatif des fautes à l'hôpital et au centre de santé
- Résumé des sessions cliniques

* Récapitulatif des sessions (enfants de 1 semaine à 2 mois)

## ANNEXE 1 : Liste des participants et facilitateurs

# LISTE DES PARTICIPANTS

| N° | NOM ET PRENOMS | TITRE | FONCTION | ADRESSE/TELEPHONE/FAX/EMAIL |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Kourouma Kémo | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Kindoy | Direction Préfectorale de la Santé de Dabola |
| 2 | Camara Mamady | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Koundianakoro | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |
| 3 | Bah Aboudoulaye | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Saladou | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |
| 4 | Théa Cécé | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Dialakoro | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |
| 5 | Haba Roger | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Niantanina | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |
| 6 | Camara Mory | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Arfamoussaya | Direction Préfectorale de la Santé de Dabola |
| 7 | Mory Bayo | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Sansando | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |
| 8 | Lelano Tamba | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Kankama | Direction Préfectorale de la Santé de Dabola |
| 9 | Wowo Christophe Haba | Médecin de Santé Publique | Direction Régionale de la Santé de Kankan | Kankan BP 347 Republique de Guinéé Tél (224) 71-22-23 |
| 10 | Haba Moriba Pe | Aide de Santé | Chef de Centre de Santé de Konindou | Direction Préfectorale de la Santé de Dabola |
| 11 | Fofana Karamoko | Aide de Santé | Chef de Centre de Santé de Morodou | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |

DRS



250

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 12 | Aboubacar Camara | Aide de Santé | Chef de Centre de Santé de Konindou | Direction Préfectorale de la Santé de Dabola |
| 13 | Samba Keita | Aide de Santé | Chef de Centre de Santé de Kinieran | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |
| 14 | BAVOGUI Dougo Maxime | Aide de Santé | Chef de Centre de Santé de Faralako | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |
| 15 | Mohamed Habib KABA | Aide de Santé | Chef de Centre de Santé de Konso | Direction Préfectorale de la Santé de Dabola |
| 16 | Ansoumane Magassouba | Aide de Santé | Superviseur | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |
| 17 | Alpha Amadou Diallo | Technicien de Santé Publique | Technicien de Santé Publique | Chargé de la Statistique à la Direction Régionale de la Santé de Kankan |
| 18 | Fassou Pé Loua | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Balandougouba | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |
| 19 | Béavogui Michel Kolako | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Kantoumanina | Direction Préfectorale de la Santé de Mandiana |
| 20 | Djénéba Kissi Keita | Assistant Technique de Santé | Surveillante | Hôpital Régional de Faranah |
| 21 | Younoussa Sory Camara | Aide de Santé | Chef de Centre de Santé de Dogmet | Direction Préfectorale de la Santé de Dabola |
| 22 | Aboudoulaye Yéréssa | Aide de Santé | Chef de Centre de Santé de Banko | Direction Préfectorale de la Santé deDabola |
| 23 | Balla Moussa Condé | Assistant Technique de Santé | Chef de Centre de Santé de Bissikirima | Direction Préfectorale de la Santé de Dabola |

ORS

H Fa

231.



19

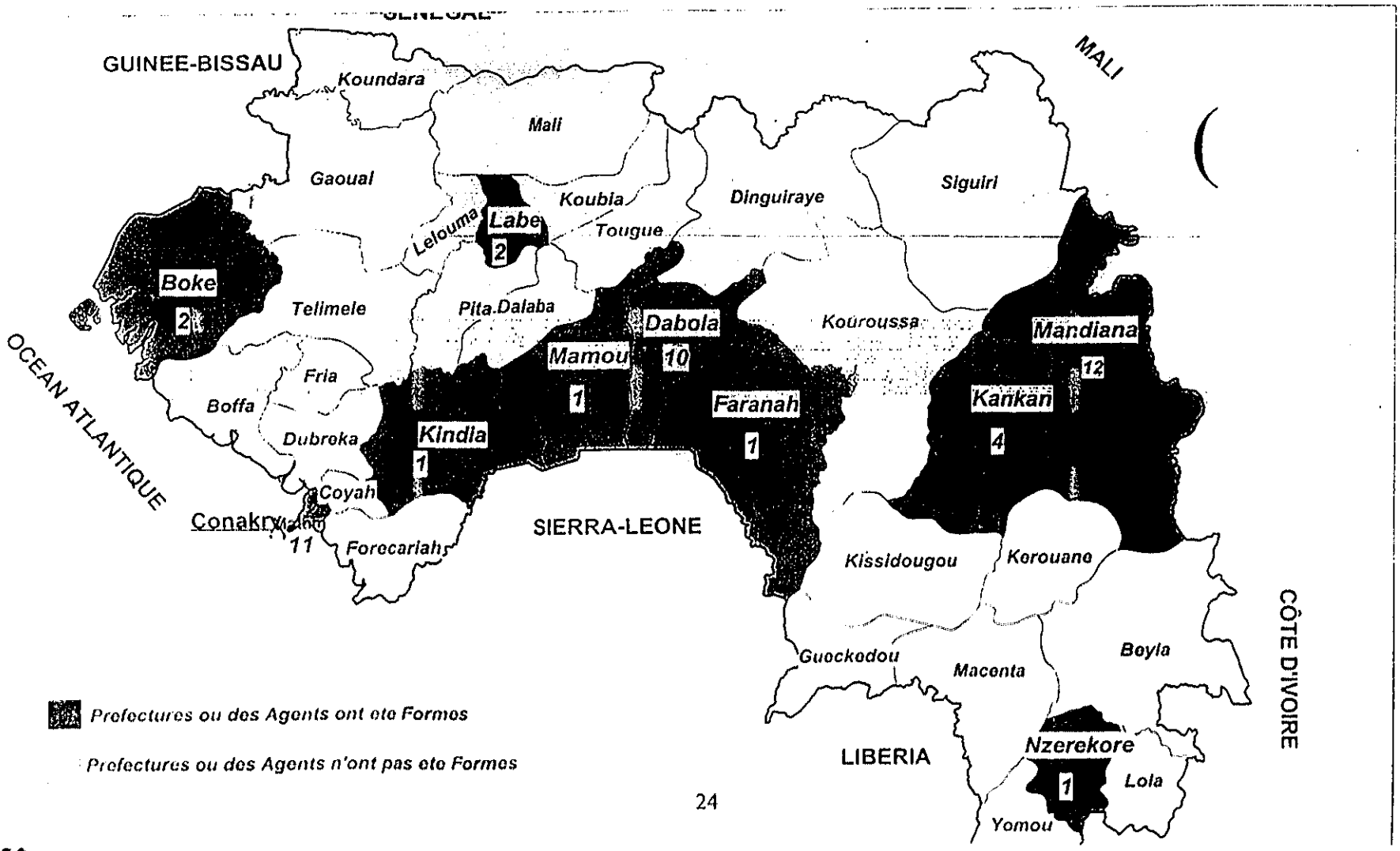
# LISTE DES FACILITATEURS

| N° | NOM ET PRENOMS | INSTITUTION | FONCTION | ADRESSE/TELEPHONE/FAX/EMAIL |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Dr Moustapha DIENG | Ministère de la Santé SENEGALE Pneumologue | Médecin Chef IHS Dakar Directeur du Cours | Institut d'Hygiène Sociale de Daker BP 7045 MEDINA 6228632/6325026/Fax ⊗ 221-8211161 E-mail : dieng 68@ hot mail.Com. |
| 2 | Dr Dénabou KASSE | Hôpital National Donka | Chef Service Pédiatrie codirecteur du cours | Tel : 543317 / 290676 E.mail : dienabak@ Yahoo.fr |
| 3 | Dr HELAL Antoinnette | Ministère de la Santé Médecin Santé Publique | Coordinatrice PCIME | BP 17 Conakry Tel 66-41-50 / 54-14-03 E-mail : antoinettehelal@ hotmail.Com |
| 4 | Dr BALDE Cellou | Institut National de nutrition et de Santé de l'Enfant Donka ( INSE ) | Directeur | 030 BP 158 Kipé Conakry Tel 21-14-24 E-mail baldemc@ Yahoo.fr |
| 5 | Dr Bocar DEM | PRISM | Coordinateur Activités Intégration Santé | PRISM-GUINEE BP 3064 Conakry E-mail : bocar_dem @ Yahoo. fr |
| 6 | Dr Hasmiou DIA | Hôpital National Ignace Deen | Chef Service Pédiatrie | BP 2520 Conakry Tel 21-43-50 /34-33-77 E-mail : hasmioudia @ Yahoo.com |
| 7 | Dr Boubarcar Gallé DIALLO | Programme National de lutte contre le Paludisme | Coordonnateur Adjoint | BP 585 Conakry E-mail : dialogalle @ Yahoo.fr |
| 8 | Dr Ibrahima DIAGNE | Université Cheikh Anta Diop | Professeur Agrégé de Pédiatrie | Hôpital d'Enfant Albert Royer CHU BP : 25755 Dakar Tel : 825-07-78 Fax : 825-8005 E-mail : ibdiagne @ refer.su |
| 9 | Dr Djènabou BARRY | Hôpital de Dabola | Médecin Pédiatre | Hopital de Dabola |
| 10 | Dr Ibrahima Kalil KONE | INSE | Médecin Pédiatre | BP 6401 Tel 224 26-95-12 INSE – CHU de Donka E-mail : Ibrahimakone2001@ Yahoo.fr conakry |
| 11 | Dr Saliou Dian DIALLO | OMS / Conakry | Conseillère en Santé Familiale | Bureau de la Représentation de l'OMS en Guinée BP 817 Conakry Tel 224-46-20-16 B / 013-40-59-90 E-mail : sdiandia@ yahoo.fr / oms.gn@ oms.gn.gr |
| 12 | Dr Soukeynatou TRAORE | BASICS II | Chef d'Equipe Conseiller PCIME | Coronthie Face Mosquée Tel 43-09-79 Bureau Cel :013-40-38-37 / 011-26-55-66 E-mail : straore@ biosy.net |



332

NOMBRE DE PRESONNES FORMEES PAR PRÉFECTURES A LA PRISE EN CHARGE INTÈGEE DES MALADIES DE L 'ENFANT ( PCIME






x 233

## Annexe 2 :

## Calendrier des Sessions d'activités cliniques

# Programme de Pratique Clinique

Hospitalisation = Service d'hospitalisation de l'Hôpital Régional de Kankan
Consultation externe = Service de l'Hôpital Régional de Kankan
Centre de santé de KABADA = CS KABADA
Centre de santé de SALAMANIN = CS SALAMANIN

Jour 1 : lundi 14 avril 2003
Pas de session clinique

| Jour 2 mardi 15 avril 2003 | | |
|---|---|---|
| A | B | C |
| 09h00-10h00<br>Hospitalisation<br>10h15-12h15 C.E Hôpital<br>12h30-13h Classe | 8h00-10h CS<br>Kabada<br>10h30-11h30<br>Hospitalisation<br>11h45-13h00<br>Classe | 08h00-09h30<br>Classe<br>09h45-11h45 CS Salamani<br>12h-13h Hospitalisation |
| **Jour 3 mercredi 16 avril 2003** | | |
| A | B | C |
| 8h00-10h CS<br>Kabada<br>10h30-11h30<br>Hospitalisation<br>11h45-13h00<br>Classe | 08h00-09h30<br>Classe<br>09h45-11h45 CS Salamani<br>12h-13h<br>Hôpital | 09h00-10h00<br>Hospitalisation<br>010h15-12h15 C E<br>Hôpital<br>12h30-13h Classe |



235

| Jour 04 jeudi17avril 2003 | | |
|---|---|---|
| A | B | C |
| 08h00-09h30<br>Classe<br>09h45-11h45 CS Salamani<br>12h-13h Hospitalisation | 09h00-10h00<br>Hospitalisation<br>010h15-12h15 C E<br>Hôpital<br>12h30-13h Classe | 8h00-10h CS<br>Kabada<br>10h30-11h30<br>Hospitalisation<br>11h45-13h00<br>Classe |
| **Jour 05 vendredi 18 avril 2003** | | |
| A | B | C |
| 09h00-10h00<br>Hospitalisation<br>10h15-12h15 C E Hôpital<br>12h30-13h Classe | 8h00-10h CS<br>Kabada<br>10h30-11h30<br>Hospitalisation<br>11h45-13h00<br>Classe | 08h00-09h30<br>Classe<br>09h45-11h45 CS Salamani<br>12h-13h Hospitalisation |
| **Jour 06 samedi 19 avril 2003** | | |
| A | B | C |
| 8h00-10h<br>Classe<br>10h30-11h30<br>Hospitalisation<br>11h45-13h00<br>Classe | 08h00-09h30<br>Classe<br>09h45-11h45 Classe<br>12h-13h<br>Hôpital | 09h00-10h00<br>Hospitalisation<br>010h15-12h15 Classe<br>12h30-13h Classe |
| **Dimanche 20 avril 2003**<br>**JOURNÉE LIBRE** | | |

| Jour 7 lundi 21 avril 2003 | | |
|---|---|---|



236

| A | B | C |
|---|---|---|
| 08h00-09h30<br>Classe<br>09h45-11h45 CS Salamani<br>12h-13h Hospitalisation | 09h00-10h00<br>Hospitalisation<br>010h15-12h15 C E<br>Hôpital<br>12h30-13h Classe | 8h00-10h CS<br>Kabada<br>10h30-11h30<br>Hospitalisation<br>11h45-13h00<br>Classe |

**Jour 08 mardi 22 avril 2003**

| A | B | C |
|---|---|---|
| 09h00-10h00<br>Hospitalisation<br>10h15-12h15 C E Hôpital<br>12h30-13h Classe | 8h00-10h CS<br>Kabada<br>10h30-11h30<br>Hospitalisation<br>11h45-13h00<br>Classe | 08h00-09h30<br>Classe<br>09h45-11h45 CS Salamani<br>12h-13h Hospitalisation |

**Jour 09 mercredi 23 avril 2003**

| A | B | C |
|---|---|---|
| 8h00-10h CS<br>Kabada<br>10h30-11h30<br>Hospitalisation<br>11h45-13h00<br>Classe | 08h00-09h30<br>Classe<br>09h45-11h45 CS Salamani<br>12h-13h<br>Hôpital | 09h00-10h00<br>Hospitalisation<br>010h15-12h15 C E<br>Hôpital<br>12h30-13h Classe |

**Jour 010 jeudi 24 avril 2003**

| A | B | C |
|---|---|---|
| 08h00-09h30<br>Classe<br>09h45-11h45 CS Salamani<br>12h-13h Hospitalisation | 09h00-10h00<br>Hospitalisation<br>010h15-12h15 C E<br>Hôpital<br>12h30-13h Classe | 8h00-10h CS<br>Kabada<br>10h30-11h30<br>Hospitalisation<br>11h45-13h00<br>Classe |
| | | |
| **Jour 011 vendredi 25 avril 2003** | | |
| **A** | **B** | **C** |
| 09h00-10h00<br>Hospitalisation<br>10h15-12h15 C E Hôpital<br>12h30-13h Classe | 8h00-10h CS<br>Kabada<br>10h30-11h30<br>Hospitalisation<br>11h45-13h00<br>Classe | 08h00-09h30<br>Classe<br>09h45-11h45 CS Salamani<br>12h-13h Hospitalisation |
| | | |

**Annexe 3 :**

**Le calendrier du cours**

## PROGRAMME DE FORMATION

Jour 1 **Lundi 14 avril 2003**

08h00-09h00 Enregistrement des participants
09h00-09h30 Cérémonie officielle d'ouverture du cours
10h00-10h30 Introduction au cours PCIME
10h30-11h30 Module : **Introduction au cours PCIME**

11h30-13h00 Module : **Evaluer et classer l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans**
4.1 Evaluer la diarrhée inclus

13h00-14h30 DEJEUNER

14h30-18h00 suite Module : **Evaluer et classer l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans**

4.1 Evaluer la diarrhée inclus
vidéo : **Signes généraux de danger, toux et difficultés respiratoires**

Jour 2 **Mardi 15 avril 2003**

08h00-13h00 Suite module : **Evaluer et classer l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans**

session dans les services de consultation externe

Evaluer et classer l'enfant malade
Rechercher les signes généraux de danger
Evaluer et classer la toux ou difficultés respiratoires

session dans les services hospitaliers

Evaluer et classer la toux ou difficultés respiratoires

13h00-14h30 DEJEUNER

14h30-18h00 Suite module : **Evaluer et classer l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans**

5.1 Evaluer le fièvre inclus
vidéo : Diarrhée

Pause café chaque jour : le matin 15 minutes,
L'après midi de 15h30 à 15h45
Le déjeuner est pris sur place.

Jour 3 **Mercredi 16 avril 2003**

08h00-13h00 Suite module : **Evaluer et classer l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans**

<u>session dans les services de consultation externe</u>

Evaluer et classer l'enfant malade
Evaluer et classer la diarrhée

<u>session dans les services hospitaliers</u>

Evaluer et classer la diarrhée

13h00-14h30 DEJEUNER

14h30-18h00 Suite module : **Evaluer et classer l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans**
6.1 Classer le problème d'oreille inclus
vidéo : Fièvre

---

Jour 4 **Jeudi 17 avril 2003**

08h00-13h00 Suite modules : **Evaluer et classer l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans**

<u>session dans les services de consultation externe</u>

Evaluer et classer l'enfant malade
Evaluer et classer la fièvre

<u>session dans les services hospitaliers</u>

Evaluer et classer la fièvre

13h00-14h30 DEJEUNER
14h30-18h00 Fin du module : **Evaluer et classer l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans**
vidéo : Problème d'oreille, malnutrition et anémie.
Si le temps le permet, Exercice T : Résumé des cas étudié sur la vidéo

---

Jour 5 **Vendredi 18 avril 2003**

08h00-13h00 Module : **Identifier le traitement**

<u>session dans les services de consultation externe</u>

Evaluer et classer l'enfant malade
Evaluer et classer le problème d'oreille

Evaluer la malnutrition et l'anémie

<u>session dans les services hospitaliers</u>

Evaluer et classer le problème d'oreille
Evaluer la malnutrition et l'anémie

13h00-14h30 DEJEUNER
14h30-18h00 Fin du module : **Identifier le traitement**
vidéo : Problème d'oreille, malnutrition et anémie.

jour 6 **Samedi 19 avril 2003**

08h00-13h00 Module : **Traiter l'enfant**

<u>session dans les services de consultation externe</u>

Pas de session dans les services de consultation externe

<u>session dans les services hospitaliers</u>

Evaluer la malnutrition et l'anémie

13h00-14h30 DEJEUNER
14h30-18h00 Fin du module : **Traiter l'enfant jusqu'à 4.0**
***Apprendre à la mère à traiter les infections locales à domiciles***

**DIMANCHE 20 AVRIL 2003 JOURNEE LIBRE**

---

**Jour7** **lundi 21 avril 2003**

08h00-13h00 Module : **Traiter l'enfant**

<u>session dans les services de consultation externe</u>

Identifier le traitement - Traiter l'enfant
Identifier le traitement
Apprendre à la mère comment administrer les médicaments par voie orale à domicile
Apprendre à la mère quand revenir immédiatement

<u>session dans les services hospitaliers</u>

Evaluer et classer l'enfant malade

13h00-14h30 DEJEUNER

14h30-18h00 Fin du module : **Traiter l'enfant**

---

Jour 8 **Mardi 22 avril 2003**

08h00-13h00 Module : **Conseiller la mère**

<u>session dans les services de consultation externe</u>

Traiter l'enfant
Plan A : Traitement de la diarrhée à domicile
Plan B : Traiter les signes évidents de déshydratation avec une solution de SRO

<u>session dans les services hospitaliers</u>

Plan B : Traiter les signes évidents de déshydratation avec une solution de SRO
Plan C : Traiter rapidement la déshydratation sévère
Evaluer et classer d'autres enfants.

13h00-14h30 DEJEUNER

14h30-18h00 Module : **Conseiller la mère jusqu'à 3.0 Conseiller la mère sur les problèmes d'alimentation inclus.**

---

**Jour 9** **Mercredi 23 avril 2003**

08h00-13h00 Suite du module : **Conseiller la mère**

<u>session dans les services de consultation externe</u>

Conseiller la mère
Conseiller la mère sur les problèmes d'alimentation

<u>session dans les services hospitaliers</u>

Observer et pratiquer le traitement selon les plans B et C
Evaluer et classer d'autres enfants malades.

13h00-14h30 DEJEUNER

14h30-18h00 Fin du module : **Conseiller la mère**

Module : **Prise en charge du nourrisson malade âgé de 1 semaines à 2 mois.**

Vidéo : Classer tous les nourrissons malades pour une possible infection bactérienne.

---

---

Jour 10 **Jeudi 24 avril 2003**

08h00-13h00 Suite du module : **Prise en charge du nourrisson malade âgé de 1 semaines à 2 mois.**

<u>session dans les services de consultation externe</u>

Prise en charge du nourrisson
Classer tous les nourrissons pour une possible infection bactérienne et pour une diarrhée

<u>session dans les services hospitaliers</u>

Evaluer et classer tous les nourrissons malades pour une possible infection bactérienne et pour une diarrhée

13h00-14h30 DEJEUNER

14h30-18h00 Fin du module : **Prise en charge du nourrisson malade.**

Vidéo : **Evaluation de l'allaitement du nourrisson par la mère : Positionnement et bonne prise du sein.**

Jour 11 **Vendredi 25 avril 2003**

08h00-13h00 Module : **Suivi des soins**

<u>session dans les services de consultation externe</u>

Prise en charge du nourrisson malade
Evaluation de l'allaitement
Positionnement correct et bonne prise du sein

<u>session dans les services hospitaliers</u>

Evaluation de l'allaitement
Evaluer et classer les nourrissons

13h00-14h30 DEJEUNER

14h30-17h00 Fin du module : **Suivi des soins.**

17h00-17h30 **CLOTURE**

# Annexe 4 :

## Liste des groupes



244

# Constitution des groupes

## Groupe A

| N° | Nom et Prénoms | Initiales | Facilitateurs |
|---|---|---|---|
| 1 | Wowo Christophe HABA | WH | Sourkeynatou TRAORE<br>Boubacar Gallé DIALLO |
| 2 | Mohamed Habib KABA | HK | |
| 3 | Maxime Donzo BEAVOGUI | DB | |
| 4 | Samba KEITA | SK | |
| 5 | Aboubacar CAMARA | AC | |
| 6 | Karamoko FOFANA | FK | |
| 7 | Moriba Pé HABA | PH | |
| 8 | Ansoumane MAGASSOUBA | AM | |



245

## Groupe B

| N° | Nom et prénoms | Initiales | Facilitateurs |
|---|---|---|---|
| 1 | Alpha Amadou DIALLO | AD | Hasimiou DIA<br>Bocar DEM |
| 2 | Younoussa Sory CAMARA | YC | |
| 3 | Abdoulaye YERESSA | AY | |
| 4 | Michel BEAVOGUI | BM | |
| 5 | Balla Moussa CONDE | BC | |
| 6 | Fassou Pé LOUA | FL | |
| 7 | Djénéba Kissi KEITA | DK | |

## Groupe C

| N° | Nom et prénoms | Initiales | Facilitateurs |
|---|---|---|---|
| 1 | Mory BAYO | MB | |
| 2 | Kémo KOUROUMA | KK | |
| 3 | Roger HABA | RH | |
| 4 | Cécé THEA | TC | Cellou BALDE |
| 5 | Abdoulaye BAH | AB | Saliou Dian DIALLO |
| 6 | Mamadi CAMARA | MC | |
| 7 | TAMBA Lélano | TL | |
| 8 | CAMARA Mory | CM | |

## Annexe 5
## Résultats des sessions cliniques

**Annexe 11** : " Rapport de l'atelier de l'élaboration des plans de sessions du curriculum de Formation en SONU pour les centres de santé " ;
Dr Y. Doumbouya, PRISM . mai 2003

# RAPPORT DE L' ATELIER D' ELABORATION DES PLANS DE SESSIONS DU CURRICULUM DE FORMATION EN SONU POUR LES CENTRES DE SAINTE.

*Par Dr Youssouf Doumbouya, Coordonnateur Régional Médicaments essentiels et matériels, PRISM/Kankan*

Du 12 au 17 mai 2003, s'est tenu à Kindia un atelier portant sur l'élaboration des plans de session du Curriculum de formation en Soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU).

Cet atelier a été organisé par le programme national de maternité sans risque (PNMR) avec un financement et un appui technique du projet PRISM/MSH.

## Le contexte :

Dans le cadre du programme national de maternité sans risque (PNMR) mis en place par le Ministère de la Santé Publique, une formation en soins obstétricaux néonataux d'urgence a été envisagée pour les prestataires de centres de santé.
Une première étape de la mise en œuvre de ce programme de formation a été la production d'un module de formation sur le diagnostic et le protocole de prise en charge des principaux cas d'urgence que les centres de santé sont appelés à gérer dans le cadre des soins obstétricaux et néo-natals.
La présente étape visait l'élaboration de plans de sessions à partir du module sus-mentionné, l'objectif final étant la disponibilisation d'un curriculum de formation en SONU pour les CS.
C'est dans ce contexte qu'a été organisé l'atelier de Kindia

## Les Objectifs

L'objectif principal de cet atelier était de traduire en plans de sessions de formation, le module SONU dont le contenu a été auparavant discuté et amendé par le PNMR.
Son objectif secondaire était de produire un curriculum finalisé avec toute la documentation requise et un emploi du temps approprié.

## Le Déroulement

Sur le plan technique, on peut signaler une grande satisfaction au regard de l'engagement des participants (voir liste en annexe), de la qualité de leurs prestations, le niveau des débats et des bons résultats obtenus. En effet, chacun des invités a donné le meilleur de soi pour la réussite de l'atelier. L'ouverture d'esprit qui a prévalu de la part des uns et des autres a permis de faire des discussions intéressantes et sans passion.
En fin, il faut noter la disponibilité malgré les sollicitations multiples et les qualités techniques de la secrétaire ont contribué positivement à l'atteinte des objectifs.

## Les Difficultés rencontrées

Quelques difficultés liées au retard de la disponibilisation des documents de travail et de l'imprimante sur le lieu de la formation, ont été déplorées par les participants.
Aussi, l'éloignement de la résidence du lieu de restauration (petit déjeuner) a causé des retards dans les débuts des travaux du matin.

## Les Résultats

Les six jours de travaux ont permis de traiter le module et dégager 12 sous modules avec un total de 30 sessions :

Sous module A : **Prévention de l'infection**

- Session 01 Prévention des infections

Sous module B : **Bien fondé de la mise en place des SON**

- Session 02 Bien fondé de la mise en place des SONU

Sous module C: **Urgences obstétricales**

- Session 03 Prise en charge des urgences obstétricales

Sous module D : **Hémorragies obstétricales et complications**

- Session 04 Hémorragies de la première moitié de la grossesse
- Session 05 Hémorragies du dernier trimestre de la grossesse
- Session 06 Hémorragie après accouchement
- Session 07 Complications des hémorragies obstétricales (Choc)
- Session 08 Traitement pré-référence des urgences obstétricales

Sous module E : **Fièvre pendant la gravido-puerpérale**

- Session 09 Fièvre pendant la grossesse
- Session 10 Fièvre pendant le travail et après l'accouchement

Sous module F : **Syndromes vasculo-rénal au cours de la grossesse**

- Session 11 Céphalées, trouble de la vision, convulsions et perte de connaissance en fin de grossesse.

Sous module G : **Douleur abdominale au cours de la grossesse**

- Session 12 Douleurs abdominales pendant la 1ère moitié de la grossesse.
- Session 13 Douleurs abdominales au cours du dernier trimestre de la grossesse.
- Session 14 Douleurs abdominales après l'accouchement

Sous module H : **Autres complications de la grossesse**

- Session 15 Pertes vaginales non sanglantes pendant la grossesse
- Session 16 Détresse respiratoire au cours de la grossesse
- Session 17 Absence de mouvements fœtaux

Sous module I : **Complications au cours du travail et de l'accouchement**

- Session 18 Travail prolongé
- Session 19 Surdistension utérine
- Session 20 Accouchement sur utérus cicatriciel
- Session 21 Bruit anormal du cœur fœtal pendant le travail
- Session 22 Procidence du cordon
- Session 23 Dystocie des épaules

Sous module J : **Accouchement**

- Session 24 Surveillance du travail (partogramme)
- Session 25 Accouchement par siège
- Session 26 Accouchement gémellaire
- Session 27 Délivrance artificielle et révision utérine

Sous module K : **Anesthésie et analgésie en obstétrique**

- Session 28 Anesthésie locale périnéale

Sous module L : **Petite chirurgie par voie basse**

- Session 29 Exploration et réparation des déchirures vulvo périnéales

Annexe 1 :

Liste des participants à l'atelier d'élaboration des plans de session de formation en SONU pour les CS

| N° | Nom et Prénoms | Fonction/ Organisation | Provenance |
|---|---|---|---|
| 1 | Dr DIALLO Fatoumata G. | Chef Sce SMI-PF CMC Ratoma | Conakry |
| 2 | Dr ONIVOGUI Goma | Chef Section SMI-PF /MSP | Conakry |
| 3 | M.KAMANO Aly | Chef cellule stratégique form./MSP | Conakry |
| 4 | Dr SOUARE Alimatou | Chargée PF-recherc format./DRS | Faranah |
| 5 | Dr DIAKITE Oumar | Chargé formation/DRS | Kankan |
| 6 | Dr DEM Bocar | Cocrdinateur rég. SMI/PRISM | Kankan |
| 7 | Dr DOUMBOUYA Youssouf | Coordinateur rég. MEM/PRISM | Kankan |
| 8 | Pr. Yollande HIZAZI | Vice Doyen faculté de médecine | Conakry |
| 9 | Dr Hawa Touré | PNMSR | Conakry |
| 10 | Dr Condé Bakary | Chet Service Maternité hôp. Régional | Kindia |
| 11 | M Fofana Aye Mady | Assistant Administratif PRISM | Kankan |
| 12 | Mme BALDE Fatoumata B. | Secrétaire informaticienne | Conakry |

## TABLE DES MATIERES


**Sigles et abréviations** 5
**Résumé** 6
**I. Contexte actuel du programme SBC en Guinée** 8
**II. Identification, exposé du problème et choix d'une stratégie pour l'intervention** 10
**III. Justification du projet de recherche** 11
**IV. Objectifs et hypothèses de recherche** 12
**V. Description de la stratégie d'intervention** 13
5.1 Comité de pilotage 13
5.2 Formation 14
5.3 Activités IEC 14
5.4 Distribution des contraceptifs oraux / utilisation de la liste de contrôle 15
5.5 Supervision 16
5.6 Système d'information pour la gestion (SIG) 17
**VI. Méthodologie** 18
6.1 Procédé de recherche 18
6.2 Durée de l'intervention 18
6.3 Sites d'intervention et critères de sélection 18
6.4 Outils de collecte d'information 19
6.5 Recrutement et formation des enquêteurs/vérificateurs 20
6.6 Collecte des données 20
**VII. Résultats (partie descriptive)** 22
7.1 Caractéristiques socioculturelles 23
7.1.1 Agents communautaires 23
7.1.2 Clientes utilisant les contraceptifs oraux de la zone d'intervention 24
7.2 Connaissances et pratiques des clientes de contraceptifs oraux vis à vis des méthodes modernes de contraception 25
7.3 Qualité des services offerts par les AC 26
7.3.1 Capacité des AC à informer les clientes sur toutes les méthodes contraceptives 26
7.3.2 Capacité de l'AC à être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte en utilisant la liste de contrôle 27
7.3.3 Capacité de l'AC à être raisonnablement sûr que la cliente n'a pas de contre-indication médicale en utilisant la liste de contrôle 28
7.3.4 Décision de l'AC après l'utilisation de la liste de contrôle de contre-indication médicale 29
7.3.5 Capacité de l'AC à donner convenablement le type de contraceptif oral qu'il faut à la cliente 29
7.3.6 Capacité de l'AC à donner convenablement la quantité de contraceptifs oraux qu'il faut à la cliente 30
7.4 Gestion des effets secondaires et devenir des clientes de contraceptifs oraux 31
7.4.1 Effets secondaires des CO chez les clientes 31
7.4.2 Devenir des clientes sous CO 32
7.5 Effet de l'introduction de la distribution directe des CO dans le programme SBC 33
7.5.1 Le taux de continuité de la prise des CO par les clientes 33
7.5.1.1 Taux de continuité avant l'intervention, d'octobre 2001 à février 2002 33
7.5.1.2 Taux de continuité pendant l'intervention, de mai à octobre 2002 34

7.5.2 Nombre d'utilisatrices de service de planification familiale 35
7.5.3 Taux d'utilisation de la contraception orale 36
7.5.4 Couple-années de protection 37
7.5.5 Quantité de produits distribués 37
**VIII. Résultats (partie discussion)** 38
8.1 Le programme de services à base communautaire 39
8.2 La méthodologie 39
8.3 Les caractéristiques des AC et des clientes 40
8.4 Compétence des AC 40
8.5 Effet de l'intervention 42
**Conclusion** 45
**Bibliographie** 47
Annexes 48
1. Liste de contrôle N°1 : Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte ? 49
2. Liste de contrôle N°2 : Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'a pas de contre-indication médicale ? 50
3. Liste de contrôle N°3 : Quel type et combien de plaquette de pilule à donner à la cliente ? 51
4. Rapport mensuel de l'AC 52
5. Rapport mensuel du supervisuer SBC (niveau centre de santé) 53
6. Cahier de suivi des clientes de CO 54
7. Fiche de référence 55
8. Fiche de stock 56
9. Grille de supervision des AC (lors des stratagies avancées ou des réunions mensuelles) 57
10. Questionnaire « Nouvelle cliente » 58
11. Questionnaire « Cliente régulière » 62
12. Questionnaire « Agent communautaire » 64
13. Guide de vérification de l'utilisation des listes de contrôle par les AC 67

**Annexe 12 :** " Rapport de mission : Evaluation rapide du système d'information sanitaire dans les régions administratives de Faranah et de Kankan – Principales conclusions et recommandations "; Mohamed L . Keïta ; Juin 2003 .

# PRISM

**Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA**

# Rapport de mission.

## Evaluation rapide du système d'information sanitaire dans les régions administratives de Faranah et Kankan

(16 – 20 juin 2003)

**Principales conclusions et recommandations**

Mohamed Lamine KEITA
Edouard LAMA

**23 juin 2003**

## Introduction

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de PRISM II (point 2.4 du PAO, « Renforcement du SIG ») une mission d'évaluation rapide du système d'information sanitaire a été menée, du 16 au 20 juin 2003, dans les régions sanitaires de Faranah et de Kankan. La mission a été initiée par la cellule de suivi et évaluation de PRISM, organisée et réalisée en collaboration avec la Direction Régionale de la Santé de Kankan.

## Objectifs et couverture géographique de la mission

Comme indiqué ci-dessus, la mission avait pour objectif principal de procéder a une évaluation rapide du système d'information sanitaire dans la zone d'intervention de PRISM. Plus spécifiquement, il s'agissait, a travers un entretien avec le personnel chargé des statistiques dans les CS et les DPS, de recueillir les opinions sur les outils de collecte de données (pertinence, disponibilité, simplicité, facilité de compréhension et de remplissage etc.), les données collectées (sources, responsables, périodicité et qualité), les ressources humaines et logistique liées a la collecte des données (effectif, qualification, disponibilité et motivation), le traitement, l'analyse et l'utilisation des données (transmission, compilation, stockage et traitement, présentation, interprétation, utilisation pour la prise de décision et retro-information)

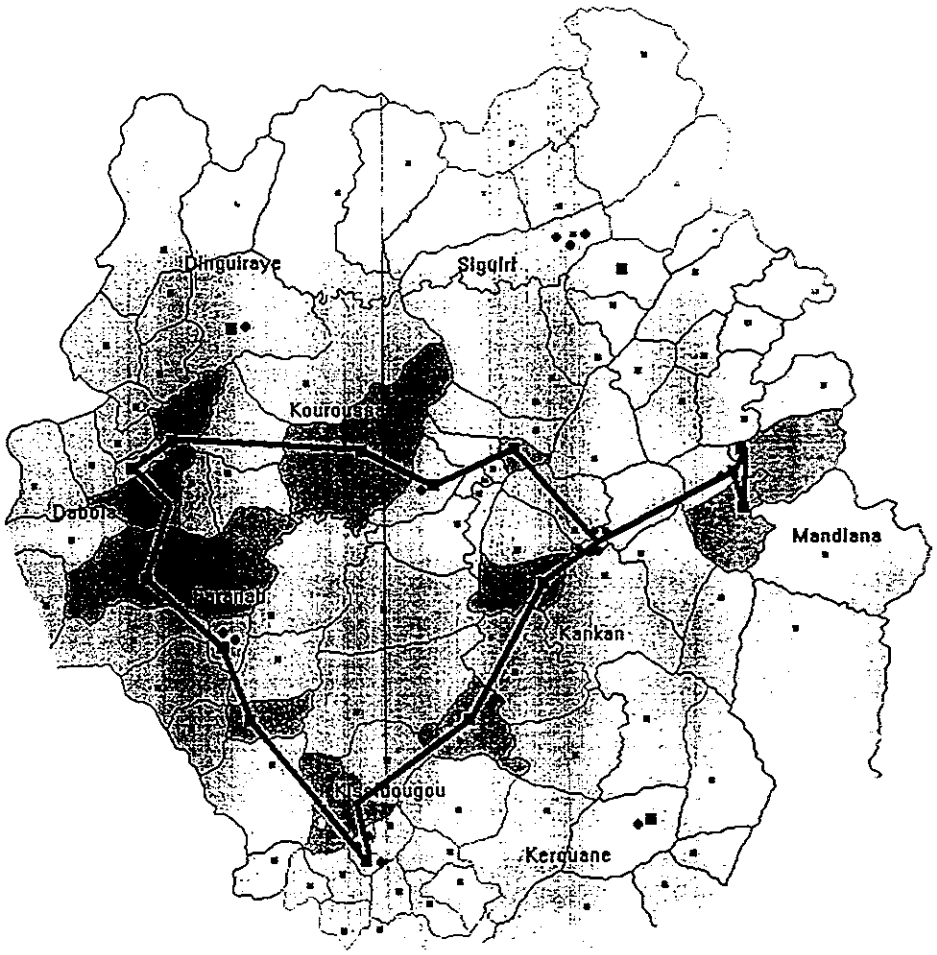
Il ne s'agissait ni d'une évaluation statistiquement représentative de la situation d'ensemble de la zone d'intervention de PRISM, ni d'une évaluation approfondie et techniquement structurée. Il s'agissait de se faire une idée générale des principaux problèmes auxquels sont confrontés les agents chargés de la collecte, du stockage, du traitement et de l'utilisation des données sanitaires, en vue de prendre des mesures correctives pouvant permettre une amélioration de l'utilisation effective des données a tous les niveaux pour la prise de décisions basée sur des faits.

Les structures suivantes ont été visitées :

- Kouroussa : CS de Balato et de Sanguiana, DPS
- Dabola : CS de Bissikrima et de Konso (NDema), DPS
- Faranah : CS de Tiro et de Passayah, DPS
- Kissidougou : CS de Sangardo et DPS
- Kankan : CS de Tokounou et de Koumban
- Mandiana : CS de Faralako et de Kantoumanina, DPS

La carte de la page suivante montre la disposition géographique des sous préfectures abritant les structures visitées.

Localisation des structures sanitaires visitees et itineraire de la mission




Sous prefectures visitees

Structures sanitaires visitees

Itineraire

Kilomètres

0 40 80 120 160 200 240

PopMap (c) Nations Unies



258

**Principales conclusions.**

Les interviews menées et les documents consultés au niveau des centres de santé et des directions préfectorales de la santé ont permis de dresser une liste des principales forces et faiblesses du système d'information sanitaire à ces deux niveaux importants de la pyramide.

- **Les forces**

1. Organisation institutionnelle
   i. La gestion de l'information sanitaire est effectivement décentralisée au niveau des districts sanitaires (niveau DPS) ;
   ii. Par endroit, comme dans la sous préfecture de Niantanina (Mandiana), un très grand effort de concertation inter prestataires et entre prestataires et communautés, par l'organisation de réunions mensuelles rotatoires, permet aujourd'hui d'améliorer considérablement la complétude des opérations de collecte de données et les capacités des agents. C'est l'une des premières étapes vers une appropriation et une culture de l'information ;
2. Outils de collecte des données
   i. Les données sont collectées au niveau des centres de santé selon un canevas de rapport mensuel et selon un fascicule de monitorage standardisés ;
   ii. Dans plusieurs centres de santé le personnel dispose d'un plan de la sous préfecture localisant les principaux villages, les routes, les cours d'eau et affichant les distances ;
3. Qualité des données
   i. Les données collectées à l'aide de ces outils couvrent l'essentiel de celles qui sont requises par un système d'information sanitaire pour répondre aux questions épidémiologiques classiques (quelles populations, quels problèmes de santé primaire, a quelle période, dans quels endroits ...) ;
   ii. L'emploi des ATS communautaires dans les villages et l'implication réussie des sages et des leaders religieux, ont contribué à améliorer la qualité, la complétude et l'utilisation de l'information sanitaire communautaire;
   iii. Des supervisions sont effectuées par la DPS et sont l'occasion de remplir les fascicules de monitorage en collaboration avec les agents des centres de santé ;
4. Transmission des données
   i. Les données sont collectées régulièrement et transmises à la DPS avec des délais acceptables ;
5. Gestion et utilisation des données
   i. Les copies des rapports mensuels et des fascicules de monitorage sont, en général, soigneusement conservées au niveau des centres de santé ;

ii. Les données provenant des centres de santé sont mensuellement compilées au niveau de la DPS et transmises, dans des délais acceptables, à la DRS ;
iii. La restitution des résultats de la supervision à la communauté des différents districts administratifs et non plus seulement au personnel des centres de santé, a commencé par endroit.

6. Ressources humaines
   i. La plupart des agents commis à la collecte des données ont reçu une formation et disposent du guide de remplissage du canevas de rapport mensuel ; le fascicule de monitorage renferme les instructions de remplissage ;
   ii. Le personnel des centres de santé ne se sent pas trop chargé pour le remplissage du canevas de rapport mensuel ; au moins deux agents sont chargés de la collecte des données et la répartition des responsabilités est effective et claire ;
   iii. Il existe au niveau des DPS (sauf temporairement à Dabola ou cette personne a reçu une promotion) un chargé des statistiques qui a bénéficié d'une formation a l'utilisation des deux principaux outils que sont le rapport mensuel des centres de santé et le fascicule de monitorage ;

- **Les faiblesses**

1. Organisation institutionnelle
   i. Absence au niveau des districts sanitaires (DPS) et des DRS d'une véritable équipe et d'une instance intersectorielle de gestion et d'utilisation des données sanitaires.
2. Outils de collecte des données
   i. Quelques modifications ont été apportées récemment au canevas du rapport mensuel des centres de santé, mais le guide d'utilisation de ce canevas de rapport n'a pas été mis a jour ;
   ii. Le guide d'utilisation du canevas de rapport mensuel ne donne pas d'instructions sur le mode de détermination des populations couvertes ;
   iii. Quelques difficultés dans le calcul de certains indicateurs, notamment ceux qui se rapportent aux vaccinations (nouvelle version), ont été notées dans presque tous les centres de santé visités ;
   iv. Il n'existe pas un guide séparé et bien structuré de remplissage du fascicule de monitorage ;
   v. Rupture fréquente des fiches de collecte de données de routine ; le personnel des centres de santé se fabriquent souvent ses propres supports (cahiers ou feuilles volantes dont l'archivage pose des problèmes) ; le chef du centre de santé doit souvent aussi se rendre au chef lieu de préfecture pour photocopier le canevas de rapport mensuel aux frais du centre de santé ;

3. Qualité des données

i. Les données des postes de santé ne sont pas toujours reflétées dans le rapport mensuel des centres de santé à cause des retards dans la transmission ; les accoucheuses villageoises ne rapportent pas souvent leurs activités aux centres de santé ; la couverture des données s'avère donc incomplète ;

ii. Il existe par ailleurs une sous notification en planification familiale pour des raisons culturelles : les utilisatrices préfèrent se cacher de leur mari ou de leurs amis ; Il y a également une sous notification des événements de santé maternelle et infantile, notamment des décès de nouveaux-nés et de femmes ;

iii. En particulier la qualité des informations relatives à la morbidité a été mise en cause par les DPS, en raison des erreurs de diagnostic et des difficultés de classification ;

iv. Il n'y a pas beaucoup d'efforts d'évaluation et d'amélioration de la qualité des données lors des supervisions ;

4. Transmission des données

i. Des rapports sont parfois perdus dans le circuit de transmission, entre le CS et la DPS, entre la DPS et la DRS, entre la DRS et le Ministère ;

ii. Des délais de transmission des données des postes de santé vers les centres de santé longs et entraînant souvent une non transmission ;

5. Gestion et utilisation des données

i. Beaucoup de données sont collectées et ne sont ni analysées ni utilisées par les centres de santé et par les directions préfectorales de la santé ;

ii. Le traitement informatique des données dans les DPS est quasi inexistant. Certains chargés de statistiques se servent plus ou moins efficacement de Excel pour compiler les données provenant des centres de santé, mais il n'existe pas d'outil approprié et standardisé pour la compilation, le traitement informatique des données ;

iii. Les DRS ne reçoivent que la synthèse des données des centres de santé et ne peuvent donc appréhender les problèmes spécifiques d'un centre de santé, surtout en l'absence d'une analyse et d'un rapportage efficace des données au niveau des DPS ;

6. Ressources humaines

i. Niveaux d'instruction très faible des ATS, analphabétisme et age relativement élevé des agents communautaires ;

ii. Le personnel des centres de santé ne semble pas être très concernés par l'information sanitaire et collecte les données davantage parce que cela est requis par la DPS ;

iii. La plupart des chargés de statistiques dans les DPS n'ont pas de formation en statistique descriptive, en techniques épidémiologiques et en informatique;

- **Ce qu'il faut faire pour améliorer**

1. Organisation institutionnelle
   - Créer, au niveau des DPS et des DRS, de véritables équipes de gestion de l'information sanitaire, structurées et impliquant tout le personnel de ces directions, les responsables administratifs, les représentants des communautés, du secteur privé de la santé, des ONG travaillant dans le domaine de la santé ;
   - Institutionnaliser des rencontres périodiques entre membres des équipes de gestion de l'information sanitaire (rencontres semestrielles par exemple) sous forme de forum sur la santé ;
2. Outils de collecte des données
   - Revoir certains aspects du canevas de rapport mensuel des centres de santé, notamment la présentation de la page récemment ajoutées pour la vaccination et les indicateurs qui s'y rapportent : taux de déperdition BCG/Rougeole et DTC1/DTC3 ;
   - Mettre a jour le guide de remplissage du canevas de rapport mensuel et former sur le tas le personnel des centres de santé aux nouvelles instructions ;
   - Elaborer un guide de remplissage du fascicule de monitorage à l'image de celui du canevas de rapport mensuel ;
   - Assurer la disponibilité régulière de tous les outils de collecte au niveau des centres de santé ; les DRS devraient utiliser à cet effet les dupli copieurs dont elles disposent ;
   - Concevoir et promouvoir un système d'information sanitaire communautaire autour des centres de santé, en utilisant les outils de diagnostic et de planification communautaires participatifs ;
3. Qualité des données
   - Evaluer les méthodes actuelles d'estimation des populations totales devant être desservies par les centres de santé et des populations spécifiques ciblées par des programmes de santé primaire et les améliorer si nécessaire ;
   - Améliorer l'audit des données et promouvoir la formation sur le tas lors des supervisions qui doivent être systématiques, sérieusement préparées et réalisées (fixation d'objectifs clairs et réalistes, planification rigoureuse, rapportage et rétro information par écrit etc.)
4. Gestion et utilisation des données
   - Equiper les DPS et les DRS de système informatique fonctionnel (ordinateurs et accessoires, logiciels, source d'énergie et personnel formé) ;
   - Développer une application sous accès pour le stockage, le traitement et la production d'information à partir des données des rapports mensuels des centres de santé et des fascicules de monitorage ; cette application doit être domiciliée à la DPS et à la DRS ;

- Définir une pyramide de l'information sanitaire qui précise l'information utile à chaque niveau hiérarchique, les états et les indicateurs qui doivent être calculés en conséquence : informations focalisées sur les activités au niveau des centres de santé, informations focalisées sur les processus au niveau des DPS, sur les résultats au niveau des DRS et sur l'impact de la politique sanitaire au niveau du ministère ;
- Concevoir et mettre en œuvre un projet pilote de système d'information géographique au niveau d'une préfecture, valoriser cette expérience pilote et étendre progressivement le SIG a l'ensemble des DPS et des DRS.

5. Ressources humaines

- Développer des curricula de formation dans le domaine de l'utilisation des données pour la prise de décisions, adaptés à chaque niveau de la pyramide d'information sanitaire, planifier et réaliser les différentes sessions de formation ;

## Liste du personnel rencontré dans les structures sanitaires visitées

| Préfecture | S/préfecture Commune | Structure sanitaire | Personnel technique rencontre | Qualification | Date |
|---|---|---|---|---|---|
| Kouroussa | Balato | Centre de Santé | Chef de centre | ATS | 16/06/03 |
| | Kouroussa | D.P.S. | Chargé des statistiques | | 16/06/03 |
| | Sanguiana | Centre de Santé | Chef de centre | ATS | 16/06/03 |
| | | | Agent PEV | ATS | |
| Dabola | Bissikrima | Centre de Santé | Chef de centre | ATS | 16/06/03 |
| | Dabola | DPS | Directeur Préfectoral | Médecin | 17/06/03 |
| | NDema (Konso) | Centre de Santé | Chef de centre | Aide de Santé | 17/06/03 |
| Faranah | Tiro | Centre de Santé | Chef de centre | ATS | 17/06/03 |
| | Passayah | Centre de Santé | Agent PEV | ATS | 18/06/03 |
| | | | Agent CPN/PF | ATS | |
| | Faranah | DPS | Directeur Préfectoral | Médecin | 18/06/03 |
| | | | Chargé des statistiques | | |
| Kissidougou | Kissidougou | DPS | Chargé des statistiques | | 19/06/03 |
| | Sangardo | Centre de Santé | Chef de centre | ATS | 19/06/03 |
| | | | Agent CPN/PF | ATS | |
| Kankan | Tokounou | Centre de Santé | Chef de centre | ATS | 19/06/03 |
| | | | Agent PEV | ATS | |
| | | | Agent point de vente | Bénévole | |
| | Koumban | Centre de Santé | Agent PEV | ATS | 19/06/03 |
| | | | Matrone | Bénévole | |
| Mandiana | Mandiana | DPS | Directeur Préfectoral | Médecin | 20/06/03 |
| | | | Chargé des statistiques | | |
| | Faralako | Centre de Santé | Chef de centre | Aide de Santé | 20/06/03 |
| | | | Agent PEV | ATS | |
| | | | Chef de centre, Morodou | Aide de Santé | |
| | Kantoumanina | Centre de Santé | Chef de centre | ATS | 20/06/03 |
| | | | Agent PEV | ATS | |

**Annexe 13** : " Des Données aux Décisions en passant par les cartes : Mise en place d'un système d'information géographique ( SIG) pour PRISM et pour les services régionaux et préfectoraux de la santé ( Haute Guinée et Kissidougou ) - Méthodologie et application pilote "; Mohamed L. Keïta ; PRISM .

# PRISM

Pour Renforcer les Interventions en
Santé Reproductive et MST/SIDA

# Des Données aux Décisions en passant par les Cartes

## Mise en place d'un système d'information géographique (SIG) pour PRISM et pour les services régionaux et préfectoraux de la santé (Haute Guinée et Kissidougou)

### Méthodologie et application pilote

**Mohamed Lamine KEITA**
Spécialiste en Suivi et évaluation

264

SOMMAIRE

1. **Introduction**

2. **Objectifs et stratégie**

   2.1. Justification et objectifs
   2.2. Méthodologie et stratégie

      2.2.1. Choix du logiciel
      2.2.2. Structure de la base de données statistiques
      2.2.3. Structure de la base de données cartographiques
      2.2.4. Développement et tranfert de l'application
      2.2.5. Création d'un atlas sanitaire
      2.2.6. Principales contraintes de mise en oeuvre

3. **Application pilote**

   3.1. Variables retenues pour l'application pilote
   3.2. Commentaires sur les résultats de l'application pilote
   3.3. Conclusions et recommandations

4. **Annexes**

   4.1. Cartes 1 à 30
   4.2. Tableau des indicateurs par sous préfecture

267

## I. Introduction

PRISM, comme le définit son sigle, est un projet ayant pour objectif principal le renforcement des interventions dans le domaine de la santé reproductive et des MST/SIDA. Il appuie, depuis plus de 5 ans, les services publics de la santé de la Haute Guinée pour améliorer l'accès aux soins de santé primaire, la qualité des prestations ainsi que pour augmenter la demande de services de santé au sein des populations ciblées. Ce faisant, PRISM a développé de nombreuses activités sur lesquelles s'est constituée au fil du temps une quantité énorme d'informations gérée jusqu'à présent principalement à travers des bases de données relationnelles et des tableurs.

Le développement de l'informatique et des technologies de l'information permet, de plus en plus, aux managers de disposer de systèmes d'information géographique (SIG) qui leur donnent la possibilité d'analyser plus rapidement et de manière plus efficace la situation de leur projet, programme ou politique, à travers des représentations spatiales des activités, des ressources, des résultats et des impacts. Ce qui améliore les capacités administratives et de gestion et facilite les prises de décisions.

Les services de santé sont d'intérêt géographique en raison du fait qu'ils sont sujets à des variations spatiales et temporelles importantes. Les services, leurs activités ainsi que les populations bénéficiaires, sont répartis dans l'espace et dans le temps. En conséquence, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé sont géographiquement variables. Pour ces raisons simples et évidentes, les SIG sont particulièrement utiles pour les gestionnaires de systèmes de santé publique. Les SIG permettent de visualiser les différences géographiques dans le développement des activités et la répartition des ressources humaines, matérielles et infra structurelles d'un système de santé. Ils permettent également d'identifier beaucoup plus rapidement qu'à travers des tableaux de données et même des graphiques, les zones à problèmes et donc accélèrent la prise des décisions pertinentes. Mieux les SIG, par la superposition judicieuse de cartes portant sur des thèmes différents, permettent de découvrir et montrer les relations entre différents facteurs en rapport avec les questions de santé.

Le présent document propose un SIG pour PRISM et pour les Directions régionales et préfectorales de la santé de la Haute Guinée et de la préfecture de Kissidougou. Il essaie de justifier une telle entreprise, de proposer une démarche méthodologique (choix d'un logiciel parmi tant d'autres disponibles sur le marché) et développer une application pilote qui définit, de manière non exhaustive, les thèmes et les variables et crée des cartes thématiques pour différents niveaux administratifs. Le document donne également des indications sur les perspectives de développement et de dévolution du SIG proposé vers les DRS et les DPS.

## II. Objectifs et stratégie de mise en place du SIG PRISM

### 2.1. Justification et objectifs

PRISM intervient en ce moment dans deux régions administratives regroupant 9 préfectures et 90 sous préfectures et communes urbaines. La ville de Kankan abrite un hôpital régional et chaque préfecture possède un hôpital préfectoral et une maternité. En plus, chaque sous préfecture et chaque commune urbaine abritent un centre de santé (CS) Autour des centres de santé ruraux gravite un nombre variable de postes de santé (PS). Au total donc, plus de 200 points de prestation de services de santé sont localisés et

fonctionnels dans la zone d'intervention de PRISM qui couvre une superficie totale d'environ 108.000 km2.

Chaque CS et chaque hôpital préfectoral fournissent un rapport mensuel rassemblant les informations sur les consultations curatives, la Santé Maternelle et Infantile, la morbidité, la Planification familiale, la vaccination et les maladies endémiques. Ces rapports mensuels sont produits depuis plusieurs années, ce qui représente un volume important de données qu'il est nécessaire de saisir, organiser, traiter et analyser pour la prise de décision.

Au niveau du système national de santé, des rapports de synthèse sont élaborés par les Directions Préfectorales de la Santé (DPS) sur la base des rapports des CS et par les Directions Régionales de la Santé (DRS) sur la base des rapports de synthèses des DPS. Le processus continue jusqu'au niveau central où existe enfin un fichier informatisé qui ne prend malheureusement pas en compte le détail des rapports des CS, mais uniquement les rapports de synthèse des directions préfectorales.

En plus de ces données de routine, PRISM collecte ses propres informations liées au suivi et à l'évaluation de ses activités et les traite à travers des bases de données relationnelles sous Access. Il existe entre autres une base de données sur les services à base communautaires (SBC) et sur les formations du personnel de santé.

Au dernier Conseil Technique Régional de la Santé (CTRS) la DRS de Kankan a présenté, sur des cartes dessinées à la main à l'aide de logiciel de dessin comme MS Paint, la variation spatiale des données sanitaires. Les CS y étaient représentés par des points de couleurs différentes en fonction des catégories définies. Cette présentation « artisanale » avait impressionné tous les participants par la manière dont elle a permis de montrer, plus ou moins correctement, les différences de situation entre les services sous préfectoraux de la santé et surtout d'identifier les services a problèmes. On peut imaginer l'effort fait pour dessiner autant de cartes a la main et le besoin ardent de posséder un SIG que traduit cet effort.

L'étendue de la zone de couverture géographique de PRISM, l'importante arborescence du système sanitaire, la diversité des activités menées dans le domaine des soins de santé primaire, à la fois par PRISM et par le Ministère de la Santé Publique, le volume des informations collectées ainsi que le besoin exprime par les services de santé, justifient que l'on recherche un outil pertinent et efficace de visualisation, de découverte des structures latentes, d'identification des zones spécifiques et de prise de décisions dans la planification et la gestion de ce système sanitaire. Les tableaux statistiques et les indicateurs de synthèse que l'on en déduit ne sont plus suffisants pour interroger profondément toute cette masse d'informations.

Les SIG sont reconnus depuis un certain temps comme des outils puissants permettant d'approfondir les analyses exploratoires et même les analyses de confirmation et d'explication. Ils permettent de mieux appréhender les variations spatiales des ressources, des activités, des services, de découvrir les structures cachées, de mettre en rapport plusieurs facettes d'une même réalité et de faciliter les prises de décisions. La dimension spatiale, particulièrement importante dans le domaine des soins de santé primaire, où l'égalité dans l'accessibilité entre autres objectifs est un défi majeur, en fait un secteur privilégié des systèmes d'information géographique.

PRISM a, pour ces raisons et d'autres encore, inscrit dans son PAO de cette deuxième phase la mise en place d'un SIG dont l'objectif

fondamental est de doter le projet ainsi que ses partenaires des DRS et DPS, et à plus long terme, le Ministère de la santé publique à travers le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), d'un outils performant de traitement et de gestion de l'information sanitaire pour la prise de décisions rapide et pertinente. Plus spécifiquement l'activité SIG inscrit au point 2.4 du PAO, a pour objectifs de :

- identifier un logiciel facile d'utilisation mais suffisamment puissant, c'est-à-dire disposant de l'essentiel des fonctionnalités requises par tous les utilisateurs de SIG, utilisable à court terme par PRISM et par les DRS et DPS de sa zone d'intervention ;
- développer une base de données statistiques en utilisant les informations disponibles dans les bases de données des DRS et de PRISM (données primaires) ainsi que des données disponibles ailleurs (données secondaires) en rapport avec le secteur de la santé publique ;
- développer une base de données cartographiques décentralisées à l'échelle des sous préfectures, disposant de cordonnées géographiques (géoréférence) et localisant les populations bénéficiaires (villes et villages), les points de prestations de services sanitaires et d'autres réalités environnementales ayant des relations avec la santé (points d'eau, zones d'endémicité etc.) ;
- développer des présentations standards comprenant au besoin des cartes thématiques, des tableaux et des graphiques et devant illustrer un atlas électronique et un atlas papier ;
- installer le SIG ainsi fonctionnel dans les DRS de Faranah et Kankan, ainsi que dans les DPS relevant de ces deux régions et former les ressources humaines dans l'utilisation du SIG et dans le développement de leurs propres applications ;
- faire des propositions pour l'amélioration et l'extension de cet outil à l'ensemble du système national d'information sanitaire

## 2.2. Méthodologie et stratégie

Les principales questions de méthodologie et de stratégie de mise en œuvre abordées dans ce document portent sur le choix du logiciel, le choix des thèmes et des variables, le développement de l'application SIG, la démarche de dévolution vers les services régionaux et préfectoraux et l'utilisation des produits du SIG

### a. Choix du logiciel

Il existe actuellement sur le marché une grande variété de logiciels destinés à la mise en place d'un système d'information géographique. Les capacités de ces logiciels, en termes de qualité et de niveau de sophistication ainsi que leurs coûts, sont très variables. Dans ces conditions et dans un contexte fortement évolutif, le choix d'un logiciel est une question stratégique importante.

Un utilisateur particulier, un projet ou une entreprise d'envergure modeste, n'a pas souvent les moyens financiers ni même les compétences requises pour tester plusieurs logiciels, comparer leurs performances au filtre de ses besoins, avant d'en choisir un. Dans ce cas une approche réaliste est de scruter rapidement le milieu des utilisateurs, rares dans le contexte guinéen, de recueillir les impressions sur les logiciels qu'ils utilisent, leurs forces et leurs

faiblesses, leur coût et leur convivialité etc. Une autre approche est de bien analyser ses besoins et de tester un logiciel spécifique pour savoir dans quelle mesure il satisfait ces objectifs. C'est la démarche que nous avons favorisée dans ce document. Nous connaissons un logiciel, nous connaissons les principales qualités requises pour les logiciels SIG, nous connaissons nos besoins. Il s'agit de comparer tout cela et de savoir si notre logiciel a les qualités requises et s'il satisfait nos besoins.

Les critères couramment utilisés pour évaluer les logiciels de cartographie sont des critères de convivialité, de coût et des critères techniques. Le coût est important lorsque l'objectif est l'utilisation décentralisée à vaste échelle comme dans le cas présent. L'utilisation décentralisée justifie également que l'on tienne compte de la facilité d'utilisation du logiciel et de sa convivialité. Les 10 critères techniques souvent recherchés dans les SIG sont, la possibilité de :

1) Créer facilement des cartes et une base de données cartographiques ;
2) Changer l'orientation de la carte ;
3) Changer l'échelle de la carte ;
4) Changer la méthode de projection ;
5) Modifier la structure spatiale et l'adapter aux besoins de l'application ;
6) géo référencer les cartes et positionner automatiquement les points en fonction de leurs coordonnées géographiques ;
7) Superposer plusieurs thèmes de cartes pour l'élaboration de cartes de synthèse ;
8) Intégrer cartes, graphiques, textes et tableaux dans une même présentation ;
9) Calculer la superficie d'une zone ou d'une subdivision administrative et calculer la distance entre deux ou plusieurs points ;
10) Gérer correctement les imprimantes et permettre l'impression de présentations de qualité professionnelle.

Les trois premiers critères sont utiles pour les techniciens chargés d'élaborer les cartes électroniques, qui peuvent faire les choix appropriés dans l'orientation et/ou la visualisation des projections de données. Les sept autres critères sont utiles pour les utilisateurs finaux auxquels ils offrent la flexibilité nécessaire à une utilisation approfondie des données contenues dans le SIG.

Notre choix actuel porte sur **PopMap**, un logiciel mis au point par les Nations Unies. Un certain nombre de raisons ont amené à le proposer :

- il est gratuit et donc peut être immédiatement disponible et installé sur tous les sites prévus après le remplissage et l'envoi du formulaire requis par les Nations Unies à cet effet ;
- il est très facile d'utilisation, ce qui représente un grand atout dans une perspective de décentralisation vers des utilisateurs qui ne sont pas des professionnels de l'informatique a fortiori des systèmes d'information géographique;
- il satisfait entièrement à 8 des critères techniques ci-dessus énumérés ; en partie au critère 9 (PopMap calcule les distances mais pas les superficies) et pas tout à fait au critère 5 (PopMap est rigide sur la structure hiérarchique définie au début du développement ; des astuces

d'utilisation permettent cependant de contourner ce manque de souplesse) ;

- il est compatible avec les logiciels SIG les plus connus, notamment ArcView et MapInfo avec lesquels il peut échanger des données cartographiques et statistiques ;
- le responsable de l'unité de S&E chargé de la mise en œuvre du SIG PRISM en a une maîtrise et a déjà développé une base de données cartographique géo référencée, ce qui représente un gain énorme en temps.

La partie de ce document consacrée à l'application pilote donnera plus de précisions sur les caractéristiques techniques et les fonctions de PopMap. L'application pilote permettra de tester la qualité du logiciel et le degré avec lequel il est en mesure de satisfaire les objectifs visés par PRISM dans la mise en place d'un SIG sanitaire.

b. Structure de la base de données statistiques et sources des données

Les données dans un système quelconque et a fortiori dans un système d'information géographique ont besoin d'être organisées pour être facilement accessibles et utilisables. Les sources de données de l'application SIG que sont les bases de données des DRS et de PRISM, bâties autour des rapports mensuels des centres de santé, sont convenablement structurées et nous permettent de définir provisoirement les 8 thèmes suivants pour le SIG sanitaire et de leur associer une soixantaine de variables.

Thème 1 : Environnement socioéconomique

1) Effectif de la population totale
2) Densité de population
3) Taux d'accroissement annuel de la population
4) Pourcentage de la population urbaine
5) Nombre annuel de naissances attendues
6) Effectif des populations spécifiques (femmes en âge de procréer, enfants de moins de 5 ans, enfants de 12-23 mois etc.)
7) Accès à l'eau potable (Nombre d'habitants par point d'eau potable)
8) Taux d'alphabétisation des adultes (ensemble et par sexe)
9) Niveau général de pauvreté (indice combinant plusieurs indicateurs)
10) Taux d'endémicité onchocercosienne

Thème 2 : Consultations curatives

11) Pourcentage de la population totale couverte par le CS
12) Taux annuel d'utilisation du CS = Nombre annuel moyen de prestations par habitant
13) Taux annuel de référence (Nombre total de cas référé/ total prestations)

Thème 3 : Santé maternelle et infantile

14) Pourcentage des femmes ayant fait 3 CPN
15) Temps moyen de rupture du FAF (nombre de jours ouvrables pendant lesquels le FAF n'était pas disponible au point de prestation)
16) Pourcentage des grossesses à risque référées
17) Pourcentage des accouchements au CS
18) Pourcentage des accouchements assistés par du personnel formé

Thème 4 : Morbidité et mortalité

19) Taux de morbidité générale (total de cas / population couverte)
20) Prévalence (Incidence) du tétanos
21) Prévalence du tétanos néonatal
22) Prévalence de la rougeole
23) Prévalence de la diarrhée
24) Prévalence des maladies respiratoires
25) Prévalence du paludisme
26) Prévalence des MST
27) Taux de mortinatalité
28) Taux de mortalité hospitalière

Thème 5 : Planification familiale

29) Nombre d'utilisateurs suivis au CS
30) Nombre d'utilisateurs suivis par les agents communautaires (AC)
31) Pourcentage des nouveaux utilisateurs au CS
32) Pourcentage des nouveaux utilisateurs auprès des AC
33) Nombre total de contraceptifs vendus (CS+AC)
34) Pourcentage des contraceptifs vendus par les AC
35) Nombre de couples années protection
36) Pourcentage des utilisatrices de Lo Femenal
37) Pourcentage des utilisatrices de l'Ovrette
38) Pourcentage des utilisatrices de Depo Provera
39) Pourcentage des utilisatrices de DIU
40) Pourcentage des utilisatrices de Spermicide

Thème 6 : Vaccination

41) Pourcentage des enfants ayant reçu le BCG avant 1 an
42) Pourcentage des enfants ayant reçu le Polio3 avant 1 an
43) Pourcentage des enfants ayant reçu le DTC3 avant 1 an
44) Pourcentage des enfants ayant reçu le vaccin contre la rougeole avant 1 an
45) Pourcentage des enfants de moins de 12 mois protégés dès la naissance contre le TNN
46) Taux de vaccination VAT2

Thème 7 : Accessibilité et disponibilité des services et des ressources

47) Distance moyenne (médiane) séparant les bénéficiaires des CS (moyenne pondérée par l'effectif de la population ;
48) Pourcentage de la population qui se trouve à plus de 5 km (10 km) des CS
49) Distance moyenne (médiane) séparant les localités des CS
50) Pourcentage des localités situées à plus de 5 km (10 km) des CS
51) Pourcentage des FPS intégrés dans la fourniture des services du PMA (ensemble des activités et activités spécifiques)
52) Effectif total du personnel de santé
53) Effectif par catégorie professionnelle
54) Nombre d'habitants par personnel de santé
55) Nombre d'accoucheuses villageoises
56) Nombre de naissances attendues par personnel formé (sage femme et accoucheuses)
57) Taux global de disponibilité des équipements et matériels requis
58) Taux spécifiques de disponibilité des équipements et matériels requis (CPN, PF, IST, PCIME)

Thème 8 : Fonctionnalité et qualité des services

59) Niveau (taux) d'intégration des CS a différents services (PCIME, PF, IST, CPN)
60) Niveau (taux) global d'intégration des CS (ensemble des services)
61) Niveau (taux) de fonctionnalité des CS dans différents domaines (PCIME, PF, IST, CPN)
62) Niveau global de fonctionnalité des CS (ensemble des services)
63) Pourcentage des CS dans lesquels les tarifs officiels sont appliqués à 80 pour cent ou plus
64) Pourcentage des CS disposant d'un COGES fonctionnel
65) Niveau (taux) de fonctionnalité des agents communautaires
66) Qualité générale des prestations (taux moyen d'adéquation en CPN, IST, SI et PF)
67) Taux d'adéquation de différentes prestations (CPN, IST, SI et PF)
68) Taux de rupture en médicaments essentiels

Comme ci-dessus indiqué les principales sources des données statistiques et cartographiques (liste et coordonnées géographiques des localités et des services, superficie des subdivisions administratives) sont les suivantes :

- Bases de données de PRISM et des DRS ;
- Rapports mensuels des CS et des hôpitaux ;
- Rapports périodiques des agents SBC ;
- Rapports de supervision des DRS et DPS ;
- Annuaires statistiques des DRS, DPS et du Ministère de la Santé Publique ;
- Enquête sur les Structures de Santé (ESS 2001)
- Enquête Démographique et de Santé (EDS 92, EDS 99)
- Recensement Général de la Population (Ministère du Plan, 1983 et 1996)
- Rapports cartographiques du Cabinet Dirasset (Ministère du Plan)
- SIG de l'USAID
- SIG du Ministère de l'Education Pré universitaire
- Bases de données du Service National des Points d'Eau (SNAPE)

c. Structure de la base de données cartographiques

Le développement d'une application PopMap exige que l'on planifie rigoureusement l'organisation de la base de données cartographiques, avant même celle de la base de données statistiques. Les auteurs du logiciel font de cette planification le défi principal à gérer correctement pour la réussite de l'application. La base de données cartographiques peut être structurée en 7 niveaux hiérarchiques. PopMap s'accommode mal des modifications de structure déjà définie.

Dans notre cas, la base de données cartographique disponible est celle qui est structurée en 4 niveaux administratifs : pays, région naturelle, préfecture et sous préfecture. Or la structure souhaitable pour une application dans le domaine de la santé est celle qui correspond à la structure sanitaire : pays, région administrative, préfecture et sous préfecture. PopMap ne permet pas malheureusement de passer de la première hiérarchie à la seconde, par une redéfinition des niveaux. Il existe deux possibilités pour résoudre ce problème :

- Utiliser judicieusement les possibilités très intéressantes offertes par le logiciel de sélectionner les niveaux pour lesquels on veut produire une carte thématique. Au moment de l'extraction des données pour une représentation cartographique, on dispose de deux outils de sélection : le rejet de certaines zones ou la définition de conditions auxquelles doivent satisfaire les données à représenter. Ces outils nous permettront de contourner le problème d'adaptation de la structure de la base de donnée. L'application pilote, présentée dans la deuxième partie de ce document, en fera une démonstration.
- Développer une nouvelle application qui tient rigoureusement compte de la structure sanitaire. L'avantage de cette deuxième solution est d'éviter aux nouveaux utilisateurs de recourir à des manipulations relativement complexes. Au lieu de devoir sélectionner des zones spécifiques parmi un ensemble plus vaste que nécessaire de zones, on travaille directement avec des structures prédéfinies et correspondant au besoin. Il faudra toutefois un peu plus de temps pour le développement d'une nouvelle application.

C'est pourtant cette deuxième solution que nous recommandons : développer une application spéciale pour PRISM en se basant sur la structure sanitaire. Tout le processus de développement d'une nouvelle application sera repris plus tard lors des formations approfondies. Les cartes figurant dans les rapports cartographiques élaborés par le cabinet d'études Dirasset pour le Ministère du Plan constituent des fonds de cartes de qualité qui feront gagner du temps dans le développement de la nouvelle application.

d. Développement et transfert de l'application

Le niveau d'utilisation d'une application, la disponibilité des ressources financières et le développement rapide des nouvelles technologies contraignent les managers à toujours revoir leurs outils de travail et à les adapter aux nouvelles conditions. Le développement de notre application PopMap s'inspirera de cette réalité.

A court terme (en octobre - novembre 2003), il est possible de développer une application préliminaire qui pourra répondre à l'essentiel des attentes des DRS et des DPS : la possibilité de générer des cartes thématiques sur la base des données spatiales. Un directeur régional de la santé pourra élaborer des cartes thématiques, y compris celles qui superposent plusieurs thèmes, à l'échelle des préfectures et des sous préfectures de sa zone d'intervention. Un directeur préfectoral de la santé pourra générer des cartes à l'échelle des sous préfectures de sa zone d'intervention. PRISM pourra générer des cartes thématiques pour l'ensemble de sa zone d'intervention et pour chacune des régions sanitaires et chacune des préfectures. C'est cette utilisation (analyse des données spatiales) qui sera faite du SIG dans 70 % des cas, à la fois par PRISM et par les services déconcentrés de la santé.

A moyen terme (1er trimestre 2004) l'application intégrera la localisation des établissements humains, des points de prestation des services et des autres éléments importants telles les zones d'endémicité. L'utilisation des données de services, à la différence des données spatiales, est souvent interactive. Dans PopMap, l'outil « sélection par cercle » permet par exemple de savoir quelles sont les localités qui se situent dans un rayon de X km autour d'un point de prestation de service et de connaître les caractéristiques attachées à

ces localités. Ce genre de résultat, bien qu'extrêmement important pour un manager, ne peut pas être représenté sur une carte. Des cartes de synthèse peuvent, en revanche, montrer la localisation des points de prestations par rapport aux établissements humains. Au cours de cette deuxième étape, les attributs des services et des établissements humains, en particulier les images, pourront être associés et visualisés.

A plus long terme enfin, l'application pourrait évoluer vers un autre logiciel SIG plus professionnel comme ArcView qui pourrait apporter une amélioration dans la qualité et dans l'utilisation du produit final.

Plus spécifiquement, en ce qui concerne la dévolution de l'application, les délais suivants pourraient être tenus :

- Au mois de septembre 2003, le personnel technique de PRISM disposera du logiciel PopMap et sera initié à l'utilisation de la version préliminaire de l'application : utiliser l'éditeur des données pour la déclaration des thèmes et des attributs et pour la saisie des données spatiales, produire des cartes thématiques à partir des données spatiales ;
- Au mois d'octobre 2003, le personnel des DRS de Faranah et Kankan disposera du logiciel PopMap et sera également initié à l'utilisation de la version préliminaire de l'application ;
- Au mois de novembre 2003, le personnel des DPS de Faranah et Kankan disposera du logiciel PopMap et sera initié à l'utilisation de la version préliminaire de l'application ;
- Des formations sur le développement d'applications personnelles pour le personnel de PRISM et des directions régionales et préfectorales intéressées à approfondir leur aptitude seront programmées dans le deuxième. Ces formations porteront sur le planning de l'application, la création de la base de données cartographique, la géo référenciation des cartes, la saisie des données ponctuelles et l'utilisation approfondie des données du SIG.

e. Création d'un atlas sanitaire

La mise en place d'un système d'information géographique pour PRISM et pour les services déconcentrés de la santé permettra à coup sûr d'améliorer l'accès aux données sanitaires, leur analyse et leur utilisation pour la prise de décision éclairée. Elle permettra plus spécifiquement la production d'un atlas de la santé en version papier et en version électronique. Il s'agira pour PRISM, en collaboration avec les Directions régionales et préfectorales de la santé,

- d'identifier les variables les plus importantes de la base de données, de développer des cartes thématiques standards et des présentations de qualité professionnelle ;
- d'imprimer sur du papier professionnel de format A4 ou A3 et de constituer ainsi un atlas papier ;
- de créer concomitamment un atlas électronique par l'utilisation de logiciel de publication électronique ou de création de page web, comme FrontPage et de le graver sur un CD ROM pour une diffusion et une utilisation à plus large échelle.

f. Principales contraintes de mise en œuvre du SIG

La mise en œuvre d'un système d'information géographique doit obéir à un certain nombre de contraintes parmi lesquelles la disponibilité permanente des données et l'amélioration continue de leur qualité. La liste ci-dessus proposée de thèmes et de variables n'est pas exhaustive. Elle devrait être finalisée par le classement des variables selon un ordre de priorité et d'utilité pour la prise de décisions dans le domaine de la santé publique et en ce qui concerne les objectifs de PRISM. Il reste entendu que des systèmes différents, du point de vue thème et ordre de priorité des variables, peuvent être développes pour les services publics de santé et pour PRISM.

Les bases de données qui existent actuellement au niveau de PRISM et des structures sanitaires n'intègrent pas le détail des données collectées au niveau des centres de santé et transmises à travers les rapports mensuels. Ces données constituent la principale source d'informations pour le système national de santé et la source d'environ 60 % des variables proposées pour le SIG (thèmes 2 a 6 en totalité, thème 7 en partie) Il est donc indispensable que PRISM prenne en charge le développement d'une base de données permettant la saisie systématique des données contenues dans les rapports mensuels des centres de santé et des hôpitaux préfectoraux.

On peut espérer trouver au niveau des centres de santé de la zone d'intervention de PRISM les différents rapports mensuels. Dans un premier temps il faut obtenir, par l'intermédiaire des DRS, l'autorisation de transporter ces rapports dans les locaux de PRISM et de les faire saisir par une équipe temporaire d'agents de saisie. Les documents seront retournés dans les centres de santé une fois la saisie achevée. Dans un deuxième temps, la base de données sera transférée au niveau des DPS ou elle sera désormais mise à jour et au niveau des DRS ou seront compiles les fichiers de donner provenant mensuellement des DPS. Les DRS a leur tour devront fournir à PRISM une copie des fichiers compiles. Tout ce processus de remonte de l'information détaillée sera rapidement possible si PRISM réalise son engagement a équiper, au cours de l'année fiscale 2003, les DRS et les DPS en ordinateurs et accessoires et son engagement a procéder a un transfert progressif des compétences et des outils de gestion de l'information sanitaire vers les services publics déconcentres de santé.

Parallèlement on doit veiller à ce que la qualité des données soit améliorée et leur comparabilité, d'un centre de santé à l'autre et d'une région sanitaire a l'autre, assurée. Le développement et la distribution des guides d'utilisation du canevas de rapport mensuel SNIS est un pas important dans ces domaines. Il faudra régulièrement mettre à jour ces outils et mettre a niveau leurs utilisateurs.

## III. Application pilote

Une application pilote est nécessaire pour s'assurer de la prise en compte de l'essentiel sinon de la totalité des besoins des utilisateurs potentiels, s'assurer de la capacité du logiciel choisi à prendre en charge ces besoins et à couvrir l'éventail des utilisations souhaitées. Le développement d'une application pilote sera donc l'occasion de proposer les différentes structures du SIG (base de données cartographiques, base de données statistiques), y compris la liste des thèmes et des variables, et de proposer des solutions aux éventuels problèmes stratégiques. Une application pilote est enfin le moyen de convaincre de la valeur ajoutée d'un SIG par rapport aux méthodes utilisées jusqu'alors pour prendre des décisions basées sur des données.

Plus spécifiquement, durant le développement de cette application pilote, basée sur la structure de bases de donnée cartographiques existante (pays, région naturelle, préfecture, sous préfecture) nous allons :

- Déclarer les différents thèmes définis dans ce document et saisir les valeurs de certaines variables ;
- Elaborer des cartes thématiques à l'échelle du pays, en prévision d'une utilisation généralisée de l'application par le Ministère de la Santé Publique, à l'échelle des régions administratives de Kankan et Faranah et à l'échelle de certaines préfectures ;
- Elaborer des cartes à thèmes multiples pour déceler des liaisons éventuelles entre variables sanitaires ou entre variables et facteurs influençant la santé ;
- Créer des présentations intégrant des cartes, des feuilles de données et des graphiques ;
- Imprimer des cartes thématiques et des présentations sur différents formats de papier (formats A4 et A3) ;
- Créer un mini atlas électronique par l'utilisation de PowerPoint et de FrontPage.

### 3.1. Niveaux géographiques et variables

Une application pilote de SIG est une application à miniature, c'est-à-dire à une échelle réduite tant du point de vue de l'espace géographique que du point de vue de la gamme des thèmes et des variables. Cependant le but de l'application pilote étant de tester les capacités du logiciel et la faisabilité de l'application, il est recommandé de construire la base de données cartographiques pour tous les niveaux de la hiérarchie à couvrir. On peut en revanche se contenter d'un sous échantillon des variables de la base de données statistiques.

Etant donné la disponibilité d'une application (même si sa structure est différente de celle qui est souhaitée pour PRISM), on peut tester la possibilité d'atteindre les objectifs définis ci-dessus avec le logiciel PopMap. Des cartes seront réalisées pour les différents niveaux géographiques, mais seules quelques variables seront utilisées parmi lesquelles :

a. <u>Pour les cartes à l'échelle du pays</u> :

- Taux d'alphabétisation des adultes
- Pourcentage des ménages ayant accès a l'eau potable
- Niveaux comparatifs de pauvreté des sous préfectures
- Localisation des zones d'extrême pauvreté

b. <u>Pour les cartes à l'échelle de la zone d'intervention de PRISM</u>

- Taux d'alphabétisation des adultes
- Niveau d'endémicité onchocercozienne
- Niveau global d'intégration des services
- Taux global de disponibilité des équipements

c. <u>Pour les cartes à l'échelle des régions administratives</u>

- Niveau d'endémicité onchocercozienne
- Niveau global d'intégration des services
- Taux global de disponibilité des équipements

d. <u>Pour les cartes à l'échelle des préfectures</u>



278

- Taux de disponibilité des équipements
- Taux de rupture des stocks de médicaments essentiels

c. Pour les cartes de synthèse

- Relation entre date d'ouverture des centres de santé d'une part et niveau global d'intégration et niveau de fonctionnalité d'autre part
- Relation entre distance entre le CS et le chef lieu de préfecture d'une part et taux de rupture de stock de médicaments essentiels et niveau global de fonctionnalité d'autre part.

### 3.2. Commentaires sur les résultats de l'application pilote

Une trentaine de cartes thématiques a été élaborée pour tester certaines fonctionnalités de PopMap et pour éprouver la capacité du logiciel à satisfaire les objectifs du SIG souhaité. Les données utilisées dans cet exercice, bien qu'étant tirées des bases de données de PRISM, doivent être considérées comme des données illustratives. Seules les données figurant dans des documents officiels de PRISM doivent être considérées comme définitives.

Les cartes des pages 1 à 4 sont des cartes du pays qui montrent le découpage à l'échelle des préfectures (au nombre de 33) et a l'échelle des sous préfectures et communes urbaines (au nombre de 336, les 5 communes urbaines de Conakry étant représentées globalement en une seule unité administrative) L'affichage de l'échelle de la carte indique que celle-ci est géo référencée.

Toutes ces quatre cartes ainsi que d'autres figurant dans cette application pilote sont des cartes a thème de plage. Les différentes régions administratives du pays ainsi que les différents niveaux d'alphabétisation, d'accès à l'eau potable et de pauvreté, sont distinguées par des plages de couleurs identiques pour les préfectures ou les sous préfectures appartenant a la même catégorie.

PopMap dispose de 5 types différents de représentation de thème : plage de couleur ou de trame, symbole gradue, densité de points, barre ou histogramme et secteurs. Trois seulement de ces types de représentations, les plus courants, sont utilises dans cette application pilote. Les cartes 27 à 30 superposent des thèmes en symbole gradue et en plage de couleur.

La carte 5 démontre la possibilité qu'offre le logiciel de sélectionner un ensemble de zones, par rejet ou par usage de conditions basées sur les valeurs des variables à cartographier. On peut, par exemple, sélectionner dans la liste des préfectures celles qui appartiennent a la zone d'intervention de PRISM et limiter la représentation cartographique à ces seules zones (carte 5). Il ne serait pas possible autrement d'avoir la carte 5 puisque la structure de la base de données cartographique utilisée ne prend pas en compte les régions administratives, mais seulement les régions naturelles.

Les cartes de la région administrative de Faranah (16, 18, 20 et 22) qui combinent les sous préfectures et préfectures de deux régions naturelles (la Haute Guinée et la Guinée Forestière), ont été élaborées à partir de la carte du pays, en rejetant toutes les sous préfectures à l'exception de celles qui appartiennent à cette région. Si la structure cartographique de l'application avait été basée sur le découpage en régions administratives, on n'aura pas eu besoin de ce subterfuge qui peut dans d'autres cas se révéler assez grand consommateur de temps. C'est un argument en faveur de la mise en place d'une application tenant compte de la structure sanitaire.



277.

Les cartes de la région administrative de Kankan ont été obtenues à partir de la carte de la Haute Guinée, en rejetant les sous préfectures de Dinguiraye, Dabola et Faranah.

Les cartes 24 et 25 sont des exemples de cartes à l'échelle des préfectures dont elles montrent le découpage en sous préfectures et la variation de la situation sanitaire entre celles-ci. On peut remarquer la possibilité d'afficher lisiblement les noms des sous préfectures, au contraire de toutes les autres cartes régionales et nationales. L'usage de papier au format A4 rend souvent impossible d'afficher les noms des zones qui se superposeraient et rendraient la carte illisible. L'utilisateur final ne sait donc pas souvent attacher un nom a une zone spécifique. Ce problème est résolu lorsqu'on utilise l'application de manière interactive par la possibilité d'afficher les noms des zones et l'ensemble de leurs caractéristiques en utilisant l'outils « info ». Un clic sur une zone avec cet outil permet d'ouvrir une fenêtre d'informations sur la zone.

La carte 26 est un exemple de présentation comparant les taux de fonctionnalité des centres de santé de trois préfectures. Une carte a été élaborée pour chacune des préfectures, la légende a été harmonisée manuellement pour rendre la comparaison possible, puis les trois cartes ont été positionnées sur une même feuille de présentation. PopMap offre la possibilité de déterminer le nombre de classes de modalités et de choisir entre trois méthodes de détermination de ces classes (intervalles égaux, nombre égaux de cas dans chaque classe ou détermination manuelle, personnalisée des intervalles de classes)

Les cartes 27 a 30 sont des cartes de synthèse qui superposent deux thèmes en vue d'analyser les relations éventuelles entre ces thèmes. PopMap permet de comparer ainsi, sur une seule carte, plusieurs thèmes différents (plage de couleur, symbole gradue, densité de points). Dans notre exemple, le premier thème est représenté par des plages de couleurs et le second thème par des symboles gradués. La taille du symbole est proportionnelle a la valeur a représenter. Trois types de proportionnalité sont offerts dans PopMap : linéaire, carré et logarithme.

### 3.3. Conclusions et recommandations

L'application pilote montre que PopMap peut bien servir d'outil pour le développement d'un SIG pour PRISM et pour les services régionaux et préfectoraux de la santé. Sa facilite d'utilisation, ses différentes fonctionnalités et surtout sa gratuite sont des arguments en faveurs de ce choix. L'éventail de cartes présentées dans ce document couvre largement les besoins actuels de bénéficiaires de ce système d'information.

Plusieurs autres fonctionnalités de PopMap n'ont pas été testées, notamment la possibilité de représenter les points de prestation de services ainsi que les villes, les villages et autres services administratifs et la possibilité d'intégrer des images associées aux différents thèmes et caractéristiques ponctuelles.

Il s'avère nécessaire de développer une application spécifique, basée sur la structure sanitaire c'est-à-dire le découpage du pays en régions administratives, préfectures et sous préfectures. Dans cette nouvelle application seront représentes les points-localites et les points services. Les photos des structures sanitaires seront également intégrées.

Les rapports mensuels des centres de santé et des hôpitaux s'avèrent être la principale source d'information pour l'alimentation de ce système d'information géographique. La liste des thèmes et variables doit être complétée par les données provenant des rapports mensuels des hôpitaux.

Des dispositions doivent être prises rapidement au niveau de PRISM pour informatiser l'exploitation de ces rapports mensuels. Une base de données relationnelles sous Access doit être conçu et développée à cet effet



'/ 281

**Annexe 14** : "Evaluation of the leardership Capacity Strengthning Program ( LCSP) for the Ministry fo Public Health ". Guinea; MSH / M&L Program; July 2003 .

MSH | MANAGEMENT SCIENCES *for* HEALTH

*M&L | Management & Leadership Program*

*a nonprofit organization*

STRENGTHENING

HEALTH PROGRAMS

WORLDWIDE

# Evaluation of the Leadership Capacity Strengthening Program (LCSP) for the Ministry of Public Health, Guinea

Produced under funding from
United States Agency for International Development
Cooperative Agreement No. HRN-A-00-00-00014-00

KNOWLEDGE
APPLICATION
UNIT

*July 2003*

284

Management & Leadership Program

# Evaluation of the Leadership Capacity Strengthening Program (LCSP) for the Ministry of Public Health, Guinea

July 2003

Linde Rachel
David A. Goldenberg

Assisted by:
Fatoumata Diaby
Karen Sherk

Produced under funding from
United States Agency for International Development Cooperative Agreement No. HRN-A-00-00-00014-00

285

## ACKNOWLEDGEMENTS

This evaluation report would not have been possible without the dedicated effort and support of many contributors. We would like to take this opportunity to give our special thanks to the following persons and groups:

At the Ministry of Public Health, Guinea:

The Minister of Public Health, for his support, encouragement and leadership.
The LCSP Participants and their team members, for giving so generously of their time and for sharing their thoughts with us.

Oumar Diakite, for enthusiastically sharing his experience and insights.

At PRISM:

Alain Joyal, Director, for his hard and efficient work in preparation for the evaluation, and for his hospitality and generosity during our stay in Guinea. Alain also provided valuable and critical feedback to the first draft of this report.

Mme Diaby Ilyassou Diallo, for a wide range of support, including the sharing of her thoughtful reflections on the implications of the LCSP for Guinea's Health System and for fighting to get us on the ferry boat.

Mamadou Keita , for providing us with key data and information.

Fatoumata Diaby, for her companionship on our trek through La Haute Guinée, and her dedicated hard work as note-taker.

Tanou Diallo, who hosted the team at dinner.

The PRISM chauffeurs, for their professionalism, vigilance and practical knowledge.

At MSH:

Karen Sherk, for her conscientious support role and tireless notetaking and data entry.
Sylvia Vriesendorp, who was a vigorous and attentive source of feedback and a reliable source of support when needed.
Sallie Craig Huber, for her thorough and detailed feedback to the first draft of the report.
Alison Ellis, another source of thoughtful input for the first draft.

# TABLE OF CONTENTS

ACRONYMS ..... III

EXECUTIVE SUMMARY ..... IV

1 BACKGROUND AND OBJECTIVES ..... 1

2 METHODOLOGY AND DATA COLLECTION PROCESS ..... 4

2.1 METHODOLOGY ..... 4

2.2 DATA COLLECTION PROCESS ..... 6

3 CONTEXTUAL FACTORS ..... 7

4 FINDINGS: THE CHALLENGES ..... 10

4.1 PERSONAL CHALLENGES ..... 12

4.2 CHALLENGES IN ORGANIZATIONAL PRACTICE ..... 15

*Job Descriptions* ..... 17

*Delegation and Information Sharing* ..... 17

*Meetings* ..... 18

*Supervisory Systems* ..... 18

*Decision-making* ..... 18

4.3 CHALLENGES AT THE INSTITUTIONAL LEVEL ..... 19

*Relations with superiors* ..... 19

*Relations with Peers* ..... 20

4.4 CHALLENGES INVOLVING SERVICE DELIVERY ..... 20

5 FINDINGS: THE FOUR LEADERSHIP FUNCTIONS AND TEAM-BUILDING ..... 21

5.1 SCANNING ..... 22

5.2 FOCUSING ..... 23

5.3 ALIGNING/MOBILIZING ..... 24

5.4 INSPIRING ..... 25

6 FINDINGS: FACTORS INFLUENCING THE RESULTS ..... 29

6.1 THE LCSP PROCESS ..... 29

*The Training Schedule and its Components* ..... 29

*An Audience Geared for Success* ..... 30

*A Well thought out Training Structure* ..... 31

*A Trusted Training Team with a Clear Vision* ..... 31

*Individual Action Plans and Follow-up Visits* ..... 31

*Key LCSP "Tools"* ..... 32

*Differences in Experience: Regions vs. Central Staff* ..... 33

*Feedback and Support Networks* ..... 33

*Teams' Familiarity with LCSP Concepts* ..... 34

7 CONCLUSIONS ..... 35

7.1 EFFECTS AT THE PERSONAL LEVEL ..... 35

7.2 EFFECTS AT THE ORGANIZATIONAL LEVEL ..... 35

*Participation* ..... 36

*Team Building* ..... 36

*Generating and Seeking Feedback* ..... 36

*The Concept and Use of "Challenge"* ..... 37

*From Efficiency-Focused to Team-Focused Orientation* ..... 37

7.2 IMPACT AT THE INSTITUTIONAL LEVEL AND SERVICE DELIVERY LEVEL ..... 38

8 RECOMMENDATIONS FOR THE NEXT STAGES OF LEADERSHIP STRENGTHENING ..... 40

8.1 REVIEW THE STRATEGIC IMPLICATIONS OF LEADERSHIP DEVELOPMENT ..... 40

8.2 USE A TEAM-BASED APPROACH FOR EXTENDING LEADERSHIP TRAINING ..... 40

8.3 REPLICATE THE LCSP STRUCTURE ..... 41

8.4 CONSIDER VARIATIONS IN THE COMPOSITION OF PARTICIPANT COHORTS. ..... 41

8.5 UNDERSTAND THE CHARACTERISTICS OF THE TARGET GROUPS FOR TRAINING ..... 41
8.6 REVIEW THE UTILITY OF THE LCSP TOOLS ..... 41
8.7 CONTINUED REINFORCEMENT OF LEADERSHIP PRACTICES AT SENIOR LEVELS ..... 42
8.8 ESTABLISH A POOL OF LCSP FACILITATORS ..... 42
8.9 EXPLORE THE POSSIBILITIES FOR A SYNERGY OF EFFORT TO EXTEND LEADERSHIP PRACTICES ..... 42
9 RECOMMENDATIONS FOR A MONITORING SYSTEM ..... 43
9.1 IMPROVED MANAGEMENT PRACTICES AND SYSTEMS : THE MOST ..... 45
9.2 IMPROVED WORK CLIMATE : THE CLIMATE ASSESSMENT TOOL ..... 45
9.3 M&L INDICATORS: ..... 46
REFERENCES ..... 47
APPENDICES ..... 48

# ACRONYMS

| | |
|---|---|
| AOP | Annual Operational Plan |
| CAFS | Centre for African Family Studies |
| DHS | Demographic and Health Survey |
| EPI/PHC/ED | Extended Program of Immunization/Primary Health Care/Essential Drugs |
| FY | Fiscal Year |
| GOG | Government of Guinea |
| GTZ | Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit |
| IGH | Inspector General for Health |
| LCSP | Leadership Capacity Strengthening Program |
| M&E | Monitoring and Evaluation |
| M&L | Management and Leadership Program |
| MOPH | Ministry of Public Health |
| MOST | Management and Organizational Sustainability Tool |
| MSH | Management Sciences for Health |
| NGO | Non-Governmental Organization |
| PEV/SSP/ME | Programme Elargi de Vaccination/Soins de Santé Primaire/ Médicaments Essentiels |
| PHC | Primary Health Care |
| PHD | Préfectoral Health Director |
| POA | Plan of action |
| PRISM | Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA (USAID's bilateral project in Guinea, implemented by MSH) |
| RHD | Regional Health Director |
| USAID | US Agency for International Development |

# EXECUTIVE SUMMARY

## BACKGROUND AND METHODOLOGY

PRISM (Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA) provides the Government of Guinea with specialized technical assistance in strengthening health systems and promoting sustainable increases in the use of health services. Its interventions include a wide array of support functions, including the application of tools for the improvement of management capacity.

In collaboration with the Management Sciences for Health M&L (Management and Leadership) Program in Boston, PRISM launched its leadership initiative in April 2002 with two Leadership Dialogue meetings in Conakry. These meetings became the basis for the design of the Leadership Capacity Strengthening Program (LCSP). Its curriculum consisted of three workshops to be implemented over the course of six months between April and November 2002. The first workshop focused on leadership and self-knowledge, the second on leadership and organizational dynamics and the third on leadership and "changing the system". Following the first two modules, participants produced action plans, and all received follow-up visits from their Guinean facilitators who doubled as coaches.

The purpose of this evaluation was to obtain an initial appreciation of the effects of the LCSP, six months after the conclusion of its workshop curriculum. In addition, it was to provide recommendations for a possible extension of the program and for the monitoring of its effects.

The program was expected to produce changes in behaviors, knowledge and capacities that are generally indicative of the M&L leadership functions (scanning, focusing, aligning/mobilizing and inspiring) and which would lead to improved performance at all levels. In order to anchor the expected changes in concrete activities, **the evaluation focused on the challenges addressed by the participants within their immediate work environment.** The evaluators adapted their approach to the evolving and partly tentative applications of the skills and knowledge obtained through the LCSP, and to a very broad understanding of challenges. Consequently, they used an inductive and open-ended approach that was exploratory more than confirmatory. The returns are rewarding in that they provide a rich source of qualitative insight into the possible transition from individual focus to team orientation.

The "challenges" identified and discussed by the participants covered primarily challenges at the personal level and those involving the immediate work teams. In some cases, the respondents also discussed the broader institutional challenges they faced as health professionals. .

## FINDINGS AND CONCLUSIONS

We have identified **three basic assumptions underlying the LCSP approach that, on the basis of our findings, appear to be well founded and workable:** a) the likelihood of achieving sustainable improvements in health service delivery is increased when managers have leadership capacity; b) leadership capacity is strengthened when managers know how to get their work teams to achieve results; c) in order to get their teams to achieve results, managers need to know how to promote and nurture a work climate in which team members are empowered and inspired. We believe that these assumptions can be scaled up to broader challenges as well.

### Effects at the Personal Level

**All participants greatly valued those aspects of the LCSP that had to do with personal issues.** Only one participant considered the personal aspects less important than the organizational aspects. Through the various challenges that they set themselves, participants were able to make advances in the following areas of their personal behaviors: control of emotions such as anger and impatience, willingness to listen, greater accessibility to others, humility. As leaders, they understood that personal growth can provide a stronger basis for working with others in teams to face challenges and achieve results. However, this linkage's actual realization varied considerably across the participants.

### Effects at the Organizational Level

**The LCSP inculcates a new approach to solving the management problems that stand in the way of resolving broader institutional challenges. This approach includes participation, transparency, risk-taking, and a purposive team-orientation.**

As a group, we found the LCSP participants to be visibly inspired and engaged in their quest for self-improvement.

The introduction of the four leadership functions (i.e., scanning, focusing, aligning and inspiring) did not, in and of themselves, result in "new" behaviors or practices. However, combined and packaged within the LCSP program design, they helped to convey a **new approach** to existing management procedures (delegation, supervision, meetings, etc).

The most noteworthy features of this new approach are:

- **Participation**

According to their colleagues, **the program participants have introduced a new way of discussing issues and problems (scanning) -- collectively as a team.** Team members clearly appreciate the greater clarity that comes through the sharing of information, improved means of communication and opportunities for input. However, we have little evidence that they feel included in major decision-making. Instilling the skills of

aligning and mobilizing in team members is likely to become easier once they feel more directly included in the decisions that affect their work.

- **Team Building**

The **participants** had **invested considerable effort in activities that can be used to build and strengthen their teams.** They used improvements in such prosaic matters as job descriptions, meeting protocol, and delegation practices to put in practice a new orientation that promotes the engagement of subordinates and encourages their input. These are important elements in laying the groundwork needed for building effective teams. We found that some LCSP participants were more appreciative of this potential than others and would hope that there will be the opportunity to reinforce this important aspect of their LCSP experience and bring it to their conscious attention.

- **Generating and Seeking Feedback**

Providing and soliciting feedback promotes transparency and a sense of sharing. Participants sought to make it routine practice and, in some cases, used it to push the boundaries of risk. . The positions occupied by the members of this LCSP cohort are highly visible, potentially vulnerable and by tradition very lonely. **There was a palpable sense of liberation conveyed by the participants when they discussed their discovery of new ways of sharing information and inviting feedback from peers, superiors and subordinates.**

- **From Efficiency-Focused to Team-Focused Orientation**

Challenges addressed at the organizational level focused on the improvement of existing practices. All of the participants had addressed one or another of these and had been able to achieve improvements. What we think is noteworthy for this evaluation is the extent to which **these improvements went beyond technical efficiency to investments in building teams that can address challenges at broader levels and achieve sustainable results. This requires attitudinal change.**

Based on our findings, we have developed a continuum of responses from those that are primarily efficiency-focused to those that manifests a team-development orientation.[1] The continuum progresses from what we would call an efficiency-based model of a manager, to what M&L would call the "Manager Who Leads". Most of the responses fell into the efficiency-oriented category, but we also noted a distinct effort to move toward the participatory mode and there is at least one participant that has consciously initiated practices that fall into the team-empowerment category.

[1] See on page x. This is an inductively produced matrix, based on findings. It does not provide scores and numbers with regard to responses since our probings were not guided by this framework nor structured to obtain scores and/or counts. We simply reproduce the practices and approaches emphasized by the respondents in an entirely open-ended way.

### Effects at the Institutional Level and Service Delivery Level

It was not the intent of this evaluation to assess the impact of the LCSP on change at the broader institutional level or on service delivery. Still, there is some indication that the team-focused approach and certain individual behaviors promoted by the program have facilitated steps toward institutional change. For example, staff in one region were going against the standard practice of masking dismal service statistics. The respondent linked this initiative to the importance of honest feedback that had been stressed during the LCSP.

## RECOMMENDATIONS FOR THE NEXT STAGES OF LEADERSHIP STRENGTHENING

- Review the Strategic Implications of Leadership Development
- Use a team-based approach to extending leadership development
- Consider the composition of participant cohorts
- Understand the characteristics of the target groups for training
- Review the utility and application of LCSP tools
- Continued reinforcement of leadership practices at senior levels
- Establish a pool of LCSP facilitators
- Explore the possibilities for a synergy of effort to extend leadership training

## RECOMMENDATIONS FOR A MONITORING SYSTEM

- The monitoring system should reinforce the fundamental characteristics and values of the LCSP.
- To monitor progress on outputs and outcomes, we recommend a facilitated self-assessment approach that becomes the basis for problem identification, action and learning.
- Monitoring and Evaluation should be fully incorporated into project planning, where means-ends linkages are clearly spelled out and objectives are expressed in measurable terms. We therefore recommend a process that links monitoring directly with planning.
- We recommend that PRISM's training team adapt the MOST to the needs of the MSP and introduce it in Haute Guinée (Kankan, Faranah and N'Zérékoré) before making it available to other offices (regional or central).
- We recommend a number of adaptations to make the Climate Assessment Tool useful as a monitoring tool that provides a learning opportunity and encourages self-diagnosis and planning for improvement.
- We suggest two uses for the M&L Indicator Menu. First, its management indicators can be incorporated into the supervisory tools that are being developed at several of the MOPH regional offices. Second, it can provide a set of indicators for the four leadership functions that are consistent with our findings during this evaluation and which therefore offer a field-tested alternative to the current "Leadership Practices" questionnaire that has been used during training.

# 1 BACKGROUND AND OBJECTIVES

PRISM (Pour Renforcer les Interventions en Santé), a MSH program operating in Guinea since 1998, has been a key partner of the Ministry of Public Health (MOPH) in trying to achieve sustainable increases in the use of health services through systems strengthening. Included in the PRISM strategy for achieving this goal is the reinforcement of management capacity with a particular focus on team management.

During the 2002 annual review of the Guinean Primary Health Care System conducted by the Ministry of Public Health (MOPH), weaknesses in the management of program teams and of the decentralization process in general were recognized as priority areas for improvement. The Ministry's most senior officials agreed upon "the need to reinforce management skills at all levels of the system." Consequently, the PRISM Project Director proposed a leadership strengthening program to the MOPH Secretary General, Dr. Momo Camara, and met with an enthusiastic response. Thus a program of reinforcement of leadership and management capacity was proposed and became integrated as a priority initiative in the FY02 workplan of EPI/PHC/ED (Extended Program of Immunization/Primary Health Care/Essential Drugs).

In collaboration with the M&L (Management and Leadership) Program in Boston, PRISM launched its leadership initiative in April 2002 with two Leadership Dialogue meetings in Conakry. These meetings, attended by 21 senior MOPH officials, became the basis for the design of the Leadership Capacity Strengthening Program (LCSP). Its curriculum consisted of three workshops to be implemented over the course of six months between April and November 2002. The first workshop focused on leadership and self-knowledge, the second on leadership and organizational dynamics and the third on leadership and "changing the system". Participants produced action plans, and all received follow-up visits from their Guinean facilitators who doubled as coaches.

PRISM's role in the LCSP process merits special mention. Because of its strong connections with the Ministry, PRISM was able to shepherd the process along through frequent conversations with key supporters of the program within the MOPH, schedule events and provide valuable administrative and logistical support throughout the program. Its commitment to integrate expansion of the program to the préfectoral level, at least in the regions covered by PRISM[2] will be a significant factor in future impact of the program.

In beginning to formulate an approach to address the weaknesses identified during the 2002 annual review, PRISM drew upon earlier training experiences with MOPH, adapting a course that had been particularly well received.[3]

[2] Because PRISM (USAID) only covers the Région de Haute Guinée, ownership by the MOPH and its ability to align the initiative with other partners will be critical to the continuation of the program.

[3] In 1999, PRISM developed and tested a course in team management for 65 of the 89 Heads of Health Centers in its program area. The trainers were surprised at the intensity of participants' response to the Program. The trainees provided feedback that they weren't just changing as managers, but as individuals



295

The initial dialogue meetings focused the attention of the participants on the most important leadership and management challenges currently facing the MOPH, the leadership capacities that are needed to overcome these challenges, and the weaknesses that need to be addressed. In the first workshop participants familiarized themselves with the M&L model of leadership functions and practice, undertook self-assessments with respect to identified skills, and explored implications for individual behavior and team dynamics. Participants produced action plans, and many of them were visited some time after the workshop by the Guinean trainers, who served as coaches.

The second workshop, held in August, focused on leadership and the understanding of team and organizational dynamics, including conflict management, on negotiating effective agreements and on aligning various parties towards common goals. Again, action plans were produced and participants revisited prior to the third workshop.

The objectives of the final (third) workshop were to consolidate the skills acquired in the application of leadership functions in central and regional offices, increase self-confidence as leader and as change agent, reinforce communication capacities within the organizations, deepen the understanding and the dynamics of human interactions, extend the staff's scope for decision-making within each organization, and develop a systematic way of thinking within each organization. The six-month training schedule, including follow-up activities, is summarized in Table 1.

**Table 1: LCSP Training Schedule**

| Stage | Dates ( # days) | Location | # of Participants |
|---|---|---|---|
| DIALOGUE | April 2002 (4 days) | Conakry | 21 |
| MODULE 1 | June 2002 (6 days) | Conakry | 17 |
| FOLLOW-UP | 1 July – 2 August 2002 (1-2 days each) | 7 regions & Conakry | 16 |
| MODULE 2 | 19 – 23 August 2002 (5 ) | Dalaba | 12 |
| FOLLOW-UP | 9 –19 Oct. 2002 (1 – 2 days) | 7 regions & Conakry | 12 |
| MODULE 3 | 28 Oct. – 2 Nov. 2002 (5 ) | Kindia | 13 |
| CATCH-UP & COACHING | 28 April – 3 May, 2003 | Conakry | 9 + 12 |

At the end of the final workshop, the Minister requested the following activities to support the ongoing effect of the completed program:

and that the training had an impact on their personal lives. "At the end of the training, the person who gave the thank you speech cried. In a culture where one must keep so many things to oneself and there is very limited, if any, transparency, this gave them the means to take risks" (Alain Joyal, 2003).

a) Ongoing informal support networking between the participants as they practice their leadership skills;
b) A coaching workshop to help the participants become coaches of future participants (especially the PHD)
c) Periodical visits by the Guinean trainers to support and follow up the changes that were being implemented by the participants
d) Annual visits by the international training team members (MSH and CAFS) to reinforce the application of the lessons learned
e) An evaluation of the effects of the workshop in the participants' own work environments within the first six months of the final session;
f) The development of a monitoring system that will allow the Ministry (with the support of PRISM) to discern the impact of this and future leadership strengthening and development programs on the performance as the MOPH as a whole.

The objectives of the **proposed evaluation** were to:

a) Determine the extent to which the training program has achieved its behavioral objectives.[4]
b) Determine the extent to which participants have achieved their own performance objectives, based on leadership challenges identified at their own level.
c) Make recommendations for the establishment of a monitoring system that will permit the Ministry of Health to monitor progress on a regular basis.
d) Formulate recommendations to the MOPH and PRISM on the best strategies and approaches to extend the program to the other organizational levels of the Ministry.

[4] We refer here to behavioral outcomes related to the leadership functions. They are described in the LCSP program summary (see Appendix E)

## 2 METHODOLOGY AND DATA COLLECTION PROCESS

### 2.1 Methodology

Though the LCSP was designed as a six-month program for capacity strengthening, it is clear that it has generated a living and evolving process that is far from over. Given its timing, approximately six months after the third module of the program, this evaluation must be viewed within this context. At this early stage, it aims to understand the process rather than pass judgment on final outcomes. What justifies this approach further is that an understanding of the process will be essential to the interpretation of outcomes.

Evaluation informants included the participants themselves, members of their immediate work groups, and key stakeholders including program facilitators, donor representatives and non-participant senior staff of the MOPH having a direct interest in the program.

It is important to note that the design of this evaluation was adapted to the time and resources that were available to the evaluation team, and did not include investments in sampling and direct observations of practices and procedures. At this relatively early stage of the participants' implementation of what they had learned in the program, such an investment would have been premature.

The principal methodology used for data collection was the semi-structured interview with selected individuals and groups. A thematic guide was established, ensuring that the discussions covered the same general topics even while they were adapted to local specificities and information flows (see Appendices B and C). Relying fully on the voluntary collaboration of key informants, it was important to conduct the evaluation in an unintrusive and flexible manner, adapting to the degree possible to local constraints and availabilities.

The evaluation was conducted by two two-person teams, consisting of one interviewer and one note-taker each. Seven Regions were visited within a one-week period, from April 27 to May 2, according to the following schedule:
Boké: Both teams jointly
Kankan, Faranah and N'Zerekoré: Team A (Linde Rachel and Fatou Diaby)
Labé, Mamou and Kindia: Team B (David Goldenberg and Karen Sherk).

In addition, interviews were conducted with participants at the Ministry headquarters in Conakry between May 5 and 7. These interviews included:
The Legal Counselor, the Counselor for International Cooperation, and the Director for Planning and Statistics & his team (Team A)
The Inspector General & his team, the Director of Pharmacies & Laboratories & her team (Team B).

The total number of MOPH staff interviewed were, by rank category:

| | |
|---|---|
| Regional level: | |
| Directors* | 7 |
| Staff | 59 |
| | |
| Central level: | |
| Directors, General Inspector (heads of teams) * | 3 |
| Staff (team members) | 20 |
| Counselors* | 2 |
| | |
| Total | 91 |

* LCSP participants

Because the subject matter concerned personal behavior and perceptions, the interviews relied on open-ended questions that allowed the interviewee to express him- or herself as freely as possible. Interviews were audio-taped where possible, to provide backup verifications.

In order to provide a more concrete context within which to examine essentially qualitative and broadly defined behavioral change outcomes, interview questions focused on specific challenges identified by the respondents. The challenges of the respondents work environment were described at two levels: a) the more general priority challenges of the respondents' broader work environment; and b) specific performance improvement challenges based on the topics covered by the leadership program. The first category included improvements in the areas of job descriptions, the conduct and management of meetings, anger management, the management of interpersonal relationships. The second category included resource-related issues, accessibility to health services, relations with non-governmental and/or bilateral actors within the region, illicit drug sales, staffing issues.

Guided by the interview schedules, answers to the following key questions were sought from the key respondent, i.e., the LCSP participant, him or herself:

- Based on priority challenges identified, what was the respondent's understanding of the situation (in his/her area of responsibility) and what were his or her responses? To what extent did these responses reflect the learning promoted by the leadership program?
- What was the respondent's training and job-related background that might influence his or her response to the leadership program?

The participants' responses were complemented and triangulated with information obtained from the members of his or her immediate work group and other collaborators

affiliated with the RHD office, such as the Regional Hospital Director and the Health Director of the Préfecture of the Regional seat.

In addition to the interview process, each key respondent and his or her team members (where available) filled out a climate survey for his or her work group (Appendix D). Each participant also completed a brief self-evaluation questionnaire covering aspects of individual leadership practice. Given the logistical unfeasibility of sampling within the participants' team environments, these questionnaires were applied for test purposes rather than as a systematic source of reliable data.

## 2.2 Data Collection Process

The agenda of the data collection team was clearly ambitious, extending over seven regions in a large country with limited long-distance transportation options. Thanks to the invaluable support of PRISM staff, the agenda could be respected logistically. There was uniformly excellent cooperation and flexibility on the part of all participants, ensuring that all were available for the interviews, in spite of their busy agendas and the challenges imposed by less-than-perfect communication channels and travel schedules. On the other hand, the availability of the members of their teams was very mixed. At one regional office, nearly all staff were away from the office, participating in an important vaccination campaign. Another regional office was severely understaffed at the time of the evaluation visit. Thus the amount of information obtained from the participants' team members, and the degree to which the participants' responses could be triangulated with those of their colleagues varied a good deal from one site to another. Because the interviews were held only with those who were present and available at the time of the evaluation visit, we cannot claim, in most cases, that the responses obtained are fully representative of each participant's entire team.

The principal source for the findings reported here are responses obtained from program participants, their immediate work groups, and other stakeholders and key informants. Another important source is the documentation produced in the course of the leadership development program. While we can affirm consistencies and patterns in the responses received, we cannot affirm practices on the basis of direct observations or a review of data or records.

Interviews conducted with the two local facilitators prior to the fieldwork were extremely helpful, and it is regrettable that we did not have time to review our findings with them after the fieldwork was completed.[5]

[5] Both of them were fully involved in a catch-up and coaching workshops scheduled for that time.

## 3 CONTEXTUAL FACTORS

There are several factors that both affected the LCSP and were affected by it:

It is important to recognize that the senior staff – les cadres - of the MOPH constitute a small, interconnected world. There are only 900 doctors in the Ministry and half of them are located in Conakry. In our interviews we briefly touched upon such issues as the importance of **informal networks**, problems of favoritism, and the challenges of role confusion – e.g. managers who supervise former classmates and friends. Interpersonal relations are a critical, but formally unrecognized, element of the Ministry environment.

The Leadership Development Program in Guinea challenges **deep-seated cultural and historical patterns.** The country experienced thirty years of autocracy during which initiative was strongly discouraged and obstacles simply accepted. Participants must also deal with "the often undiscussable clash between 'modern' management and **the way things get done informally**...(including) managing the expectations and concomitant pressure from friends and relatives to act on their behalf[6]."

Internally, the MOPH also appears to be constituted of **several different worlds.** All the regional directors have spent their entire careers working at the district and regional level. They have no direct experience with central office dynamics. Conversely, with several notable exceptions, many central office staff had little experience of the realities and challenges of working at the periphery. In a similar fashion, there appear to be segregated career paths for physicians working in hospitals and those filling district and regional administrative functions.

Senior health managers at the regional and préfectoral level work in **relative isolation.** They have no nearby peers.[7] This is particularly true for the Préfectoral Health Directors (PHD) working in remote districts. In contrast, central office leaders are frequently in meetings with peers and have a chance to solicit advice and support. Conversely, the Regional Health Directors (RHD) have considerable **autonomy** and the power to shape their working environments. At the central level, department directors and counselors are sharply constrained in their freedom of action.

As noted earlier, during the period October, 2001 – January, 2002, there was a major reshuffle of senior MSP management positions. Consequently, just prior to the initiation of the PRCL, every one of the 13 participants had been **transferred to a new position.** Five regional directors were transferred and two were promoted from PHD positions[8]. Within the central office, several department directors were rotated to new departments or shifted to conseiller positions. As a consequence, these team leaders had only spent a few months (at most) with their new teams when the leadership training began.

---

[6] PRISM LCSP Design Document, January 2002

[7] Only one DRS mentioned sharing management and leadership concerns with directors from other ministries.

[8] At the same time, their titles changed from IRS (Inspecteur Regionale de Sante) to RHD (Directeur).

The National Health Plan notes that the health system is beset by **an uneven distribution of human resources**. In particular, this applies to the disparity between Conakry and the rest of the country. Half of all doctors and mid-wives work in the capital, serving only 15% of the population. However, there are also differences in staffing patterns among the regions. Labe has seven senior staff members at the RHD level, while Faranah must make do with only two.

The presence of particular **partners** in a region can have considerable **impact upon** a leader's **orientation**. Several RHD who had worked with or were now working with GTZ were clearly stimulated by that organization's commitment to quality. In the regions covered by PRISM, staff reflected on their previous trainings on leadership and team-building.

All of the 12 LCSP participants **had previous exposure to the basic concepts of management and leadership acquired in previous training.** A number of them stated that the LCSP reinforced existing management and leadership practices and/or reminded them of previous learning.

The National Health Plan lays great stress upon the management and leadership challenges posed by decentralization. However, the process of **decentralization** is not limited to the MOPH. It is affecting all operations of the Guinean government. Yet, it is unclear to what degree other ministries are supporting comparable forms of leadership training. Some of the participants have shared their leadership training experiences with peers from other ministries and with the local governors, and several expressed an interest in expanding the program beyond the MOPH.

**Resource-poor work environment**[9]**.** They have poor communication facilities. Most offices have to rely upon two-way radios which do not always function. Staff also complained of having to deal with sometimes overwhelming and uncoordinated requirements from the central level. The evaluation team The evaluation teams' visits imposed strains on the DRS/DPS offices. Some had to simultaneously host an IMF delegation and accompanying journalists. In other cases, the offices were in the middle of vaccination campaigns. The LCSP sought to encourage leaders to rise above such inevitable constraints, to demonstrate that they could be effective despite resource challenges.

The most influential individuals in the MOPH – the Minister and the Secretaire Generale – have strongly endorsed the LCSP. It was the Secretaire Generale who gave the initial go-ahead. Following the evaluation team's debriefing session, the Minister was most emphatic in insisting that the program be extended to other staff levels within the Ministry. However, it is important to note that neither of them has completed the training

[9] The results of the climate study suggest that this issue is perceived as a serious but unavoidable constraint.

modules[10] They have not had the opportunity to absorb the LCSP's concepts and values. To further their full "ownership" of the program, it is crucial that they become more intimately acquainted with its content[11].

In the course of our interviews with the participants and with key informants, the evaluation team became aware of critical strategic issues that were not directly addressed by the leadership development program and its participants. While this topic falls outside our official evaluation mandate, we call attention to these matters because they will shape the capacity of leaders to affect real change in the health system.

- The health system is characterized by an informal system of hidden charges that must be borne by the client population. Our respondents called this "surtarification". We understand that even at the lowest levels, health workers are charging for immunizations that should be free. Hospital clients must pay extra fees for services and medications. We believe that the LCSP participants were alluding to these matters in some of the 'challenges' that they defined: humanism, the alignment of individual and organizational interests, health sector financing, actual cost of essential drugs, control of health services, and staff motivation.

- Health information generated by lower levels is unreliable, and in many cases may simply be fabricated. The regional directors discussed their efforts to improve the timeliness and completeness of reporting from the periphery, but they avoided the issue of the quality of the information they were receiving. This problem undermines the system's capacity to protect the population; leaders have no real basis for planning.

[10] In contrast, a number of other senior officials who missed parts of the training did participate in a catch up session in May, 2003 as well as in a subsequent coaching training.

[11] During our interviews, participants remarked that several of the most senior MSP officials could certainly benefit from improved leadership skills, particularly in the management of meetings.

## 4 FINDINGS: THE CHALLENGES

M&L's leadership framework (2002 version) considers the alignment of individual interests with the organizational mission a critical element in strengthening leadership capacity. According to its participants, what sets the Guinea experience apart from prior training experiences, is its acknowledgment of the personal and more introspective aspects of leadership practice. Module One of its three-module curriculum is organized under the heading of "Leadership and Self Knowledge" and includes explorations of individual learning styles, emotional intelligence and interpersonal relations, as well as group dynamics. Module Two addresses itself to organizational processes and structures, and Module Three to issues at the systemic and institutional level.[12] **Because the broader issues to be addressed at the higher level will require more than six months to take their course, the evaluation focused on challenges and outcomes within the more immediate environment of the leader-participant.**

The notion of challenges was introduced during the dialogue sessions held for senior Ministry staff in April 2002. Challenges are proactive restatements of problems that involve positive efforts to overcome in order to achieve desired results (adapted from J.Galer, 2003). In contrast to the concept of a problem that evokes the image of a burden imposing itself on its victim, a challenge implies taking charge and rising to the occasion.

One of the activities during the dialogue meeting was the identification of the major challenges faced by the Ministry of Public Health in improving the health of the Guinea population. To a large degree, the result of this exercise reflects previous critical thinking that took place during the strategic planning process and the national reviews. The LCSP continued to work with and revisit this list of challenges throughout the training modules and produced a condensed set of challenges at the end of Module 3 in November, 2002.

The evaluators propose that the identified challenges can be organized according to three levels:

### a) Challenges related to work climate and organizational culture

How can we:

- Correct the lack of humanism in provider-patient interactions?
- Improve staff motivation in context of total absence of social security?
- Protect those who exercise the health professions (e.g., via internal rules and procedures)?
- Bring about true open-mindedness among health officials?
- Get health and community teams to behave more responsibly with respect to their own health?
- Increase the professional qualifications of staff?
- Reconcile the personal/individual interests of staff with those of the organization?

[12] Though it should be noted that each subsequent module revisited the personal/individual level, and that interim follow-up visits from the facilitators continued to discuss personal issues.

b) Challenges related to management practices in MOPH units

How can we :

- Ensure true communication between various levels of health system & between MOPH and outside?
- Assure that existing facilities are equipped and maintained?
- Inspect (control) and monitor health services in a decentralized setting?
- Ensure true decentralization of services with health districts fully operational?
- Develop research activities?
- Improve the referral system up and down the health pyramid?
- Carry out truly integrated and effective supervision?

**c) Challenges related to service delivery for Guinea's population**

How can we:

- Guarantee the availability and accessibility and quality of essential drugs for the population?
- improve health sector financing?
- shift from the manipulation of communities to community empowerment?
- Fight against illegal medical practices and non-approved pharmaceuticals?
- Reconcile the actual cost of essential drugs, posted prices, and the poverty of the population?
- increase the population's utilization of services?

These challenges were reviewed throughout the LCSP and provided the backdrop to the development of individual challenges and action plans.

While the concept of challenge is quite central to the LCSP, it is important to keep in mind that the use of challenges is a means to realizing training objectives and not an end.

The participants' definition of challenges was dynamic and constantly evolving. Consequently, the interviewers left it to each respondent to discuss those that preoccupied him or her at the time of the survey.

The challenges identified by the participants can also be organized by level of application: challenges involving behavioral change on a personal level, challenges involving the immediate work team, and the broader organizational or institutional challenges that are faced by the respondents as health system professionals at the regional or national level. These are clearly not discrete categories, but parts of a continuum that constitutes the scope of leadership for the individuals concerned. The first two categories are related to the process by which challenges are transformed into desired outcomes at the (third) broader institutional level. All participants described steps taken to address personal and organizational challenges. Only a few also discussed their attempts to grapple with larger institutional or systemic challenges.



305

Challenges addressed at the individual level include self-knowledge, the management of emotions (particularly anger) and response to the unexpected, humility, listening, understanding the other, and awareness of individual learning styles. Challenges involving the immediate or core work team include issues of effective management operations: job descriptions (revision, clarification, communication), meetings (preparation, conduct and reporting), delegation (of ongoing duties, of interim authority), updated hospital bylaws, communication and transparency at all levels. Broader challenges include issues involving effective service delivery: systematization of supervision, integration of health services, coordination with external partners, improved vaccination coverage, illegal drug sales, the problem of charging non-approved fees to clients entitled to free services.

Following the participant interview, each evaluator worked "outward" to the participant's immediate work team and beyond, depending upon availability. In the case of a regional office, the director's core team corresponds to a set of positions prescribed by the Ministry. In addition to basic support staff (secretary, etc.), the core structure includes, at a minimum, four section heads (primary health care section, *"lutte contre la maladie"* section, administration/finance section, and the planning, research and training section), the regional pharmacy inspector and the regional hospital director.

The actual composition of the Regional Health Director's (RHD) core team was found to vary considerably at the time of the evaluation, from only two key people in Faranah to seven in Labé. At the central level, the size of the core group depended on the support function of the office. In addition to size, the availability of core staff on the day of the interviews varied across the Regions, as mentioned earlier. At some of the sites, the interviews included préfectoral level staff and/or section heads from the regional hospital, (and in one region from préfectoral hospitals), providing input from a (slightly) more distant perspective.

In the next section we will look at the effects of the leadership program at primarily two levels: the personal and the organizational.

## 4.1 Personal Challenges

The objectives of the Program component that focused on self-knowledge are quite complex and it would have taken more than one or two interview encounters to probe all possible aspects. Given the limited time available, comments on the personal effects of the Leadership program were invited with one or two open-ended questions to capture the participants' most immediate responses. A similar approach was taken on the topic with their colleagues/teams. In some cases, the respondents themselves opened the discussion on the personal effects of the program. The answers indicate that in the majority of cases, participants greatly valued the opportunity that the LCSP offered for personal reflection and change.

The challenges identified by the individual participants at the personal level included: management of emotions and interpersonal relations, interpersonal communication, self-knowledge, humility and the art of listening. "Management of the boss" evoked a lot of interest among participants from the central office, possibly because the hierarchical relationships at the central office are very pronounced. By contrast, directors at the regional level are more autonomous, and considered the highest authority within their sector.

The most frequent reference to change at the personal level was to the control of emotions, and that of anger in particular. Comments include: "I exercise better control of my emotions now. Before, I was blunt and aggressive, now I'm more reflective."[13] "I try to think before I do something." "I now try to put myself in the place of the other and I won't do anything without prior consultation."[14] Taking time to consider the needs of the other was felt to be a positive development: "I try to know everything about the person concerned (with regard to transfers) and I'll talk to them beforehand."[15] And so was the increased accessibility to others: "I find that my colleagues approach me more easily now."[16] Humility was an important area for attitudinal change: "It has allowed me to accept certain difficulties on my part, I acknowledge that it is my (own) weakness ..."[17]

Participants from the central offices reported having a better sense of self-control in their relations with their superiors and with their peers. According to one, "I initiated a dialogue (with my boss), I now visit him. He was surprised. He asked 'why this change?' I share things (with him); things have become better (since then)."[18]

In most cases, there was a fairly strong degree of consistency between what the program participants themselves reported as behavioral change at the personal level and what the members of their immediate work teams observed. According to the subordinates, a notably positive development was their director's willingness to listen and try to understand the views of others before making a decision: "before, he did not readily take an interest (in us / our standpoint). He publicly cut short our comments.[19] Across the various comments from subordinates and colleagues noticed their directors' increased patience, greater willingness to listen, and greater accessibility: "Today we have access to the boss in order to talk as a group or individually". Most, though not all, of the team members appreciated the personal aspects of the program and its effects on their supervisor.

---

[13] "Avant, j'étais un peu brute et violent. Maintenant, j'ai une façon plus réflective."
[14] « Je cherche maintenant me mettre à la place de la personne et je ne fait rien sans consulter. »
[15] « Sur le plan de mutation, je cherche à savoir tout sur la personne et je la consulte avant. »
[16] « Mes collègues me fréquent beaucoup plus qu'avant. »
[17] "Ça m'a permit d'accepter certaines difficultés que j'ai à mon niveau; je reconnais que ça c'est ma faiblesse ..."
[18] "j'introduisais le dialogue, je lui rend visite maintenant, et il a été supris. Il m'a demandé pourquoi ce changement? Je partage des choses: les choses ce sont améliorées."
[19] « il s'interessait difficilement .. il nous a coupé la parole publiquement .. il te voit mais il ne te parle pas »



307

Given the highly personal nature of the change process that was introduced, it is not surprising that its effect varied considerably across individual participants. While the immediate effects of the personal aspects of the program were predominantly positive among the participants, they appeared to vary along a continuum of application of tools and concepts from self to group. In the most pro-active case linking the personal with team leadership, the respondent had gone on to study the learning styles of his team members, had invited their comments on his own style, had discussed the personal circumstances of individuals scheduled for transfer and had become actively involved in resolving personal conflicts among his staff. In other cases, the participants concentrated on gaining greater self-understanding and changing personal habits. **Only in one case did a participant consider the personal aspects less important than the organizational aspects.**

According to one of the premises implicit in the Guinean LCSP, personal change is a means to improving leadership capacity that then plays itself out at the collective level. Thus, the evaluation process began with the participant-leader and then moved concentrically outward to focus on the program participant's immediate work team in an attempt to detect effects of behavioral change. The diagram in Figure 1 depicts the movement of the evaluation focus from leader outward to the team level and beyond, and inventories the issues addressed at each level.

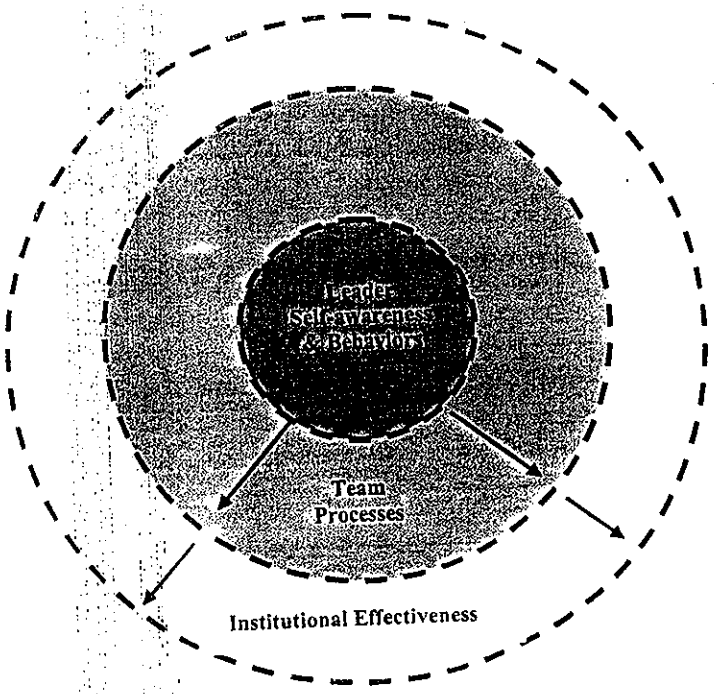
**Figure 1: Changes in Practices and Behaviors & Evaluation Focus**

FOCUS OF EVALUATION

**Leader self-awareness & behaviors:**
- Self-knowledge
- Management of own emotions
- Humility
- Understanding individual learning styles
- Managing one's boss
- Understanding others
- Providing and requesting feedback
- Transparency (financial and other)

**Team processes:**
- Meetings
- Delegation
- Job descriptions
- Supervision
- Information sharing / feedback
- Participatory decision making
- Institutionalizing feedback

**Institutional effectiveness:**
Broader challenges identified collectively during the dialogue and other systemic challenges addressed individually



## 4.2 Challenges in Organizational Practice

> *Team Management and decentralization management were recognized during the Guinean Primary Health Care Program (EPI/PHC/ED) annual review meeting as weaknesses that needed to be addressed actively. The idea of a Leadership/ Management Development course/program was received with enthusiasm by the MOPH senior staff during the review. The program has been accepted as a priority activity into the 2002 work plan of the EPI/PHC/ED.*[20]

One of the most important reasons for launching the LCSP was the concern with team management in the context of decentralization. The National Plan of the MOPH found that:

> **There are no mechanisms for participatory management in health services because of a poor division of tasks, the absence of team work, and the lack of coordination between the different actors.** [21]

The document also notes "the absence of planning for recruitment and redeployment, of career plans and plans for the improvement of living conditions for staff. There are no formalized framework or objective criteria for decisions in human resource management." [22]

The LCSP therefore put great emphasis on capacities related to team building and team management. Figure 1 summarizes the characteristics associated with cohesive, empowered and effective teams. These include qualities that promote a climate in which individuals feel involved, empowered, trusted and encouraged to be creative problem solvers. A second, related, set of characteristics represents key elements of operational effectiveness or good management.

The challenges addressed by the participants are quite consistent with the concerns addressed above. From the standpoint of team building, most of these provided opportunities to promote the qualities associated with good team management and group climate: clarity, alignment, transparency.

In this section, we review evidence of fairly specific transformations in management practice. Here we must emphasize their importance as means of change rather than

---

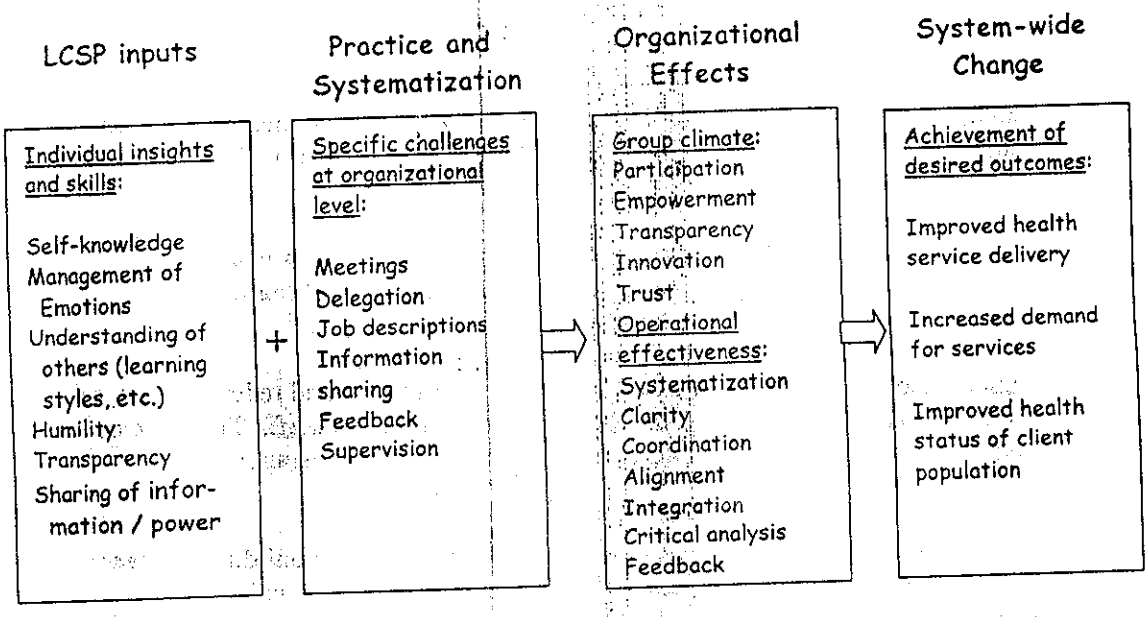
[20] LCSP Dialogue Report, April 2002

[21] Il n'y a pas de mécanisme de gestion participative des services de santé à cause de la mauvaise répartition des tâches, de l'absence de travail d'équipe et du manque de concertation entre différents acteurs. (Plan National de Développement Sanitaire, 2002, p.28)

[22] Absence de plan de recrutement, de redéploiement, de plan de carrière, d'améliorations des conditions de vie du personnel. Pas de cadre formalisé et de critères objectifs pour les prises de décision en matière de gestion des ressources humaines. (Plan National de Développement Sanitaire, 2002)

ends in and of themselves, in that they provide leaders with the opportunity to practice and systematize new insights and skills. These changes in management procedures were therefore evaluated not simply as deliverables, but as elements of a different way of working that would bring about, eventually, positive impact on health services in Guinea. Figure 1 below attempts to map the inputs and effects that provide the conditions for achieving desired outcomes at the systemic level.

**Figure 2**
**From LCSP Inputs to Organizational Effects and Systemic Change**




The challenges involve management practices that are in and of themselves not new to the participants, at least not in their basic principles. The majority of the participants had had prior management training, some in the United States, and were familiar with good management practice. Furthermore, the Ministry was already focusing on the strengthening of a number of management practices and tools that required revision, such as job descriptions and hospital bylaws. What threw a new light on these and rendered them more interesting and meaningful was the human relations perspective introduced by the LCSP. As one participant noted, unlike prior courses, the LCSP course confronted him directly with the issue of behavioral change: "I understood that my management training lacked the management of human relations".

Addressing the challenges allowed the participants to exercise new attitudes and behaviors in leadership that had implications for broader issues as well. Most of the participants understood this, though some better than others. The reported performance in relation to these challenges varied between initiatives that were primarily technical and motivated by efficiency concerns to those that clearly leaned toward the introduction of team-building elements.

## Job Descriptions

# A majority of the participants identified job descriptions as one of the issues they needed to work on. Of these, most were concerned with matters of clarification and the need to ensure that each subordinate had a complete understanding of his or her tasks and responsibilities. It seems that this already constituted an improvement over a situation where staff lacked clarity on the existing division of responsibilities. As one RHD put it: "if the tasks are not stated clearly, everyone thinks its someone else's job."[23] At a more progressive level, staff members had been asked to not only review their job descriptions, but to revise them, distribute them and share them with others, so that the team as a whole became more knowledgeable about their respective responsibilities. In one case, the RHD encouraged staff members to analyze the existing job description critically, especially the gap between Ministry expectation and actual performance. Each team member was then asked to propose ways for closing the gap. Thus the changes range from improved clarity to an encouragement of staff to critically analyze and propose solutions, i.e., from a more control-based, mechanistic approach to one of a manager who "leads" and "facilitates".

## Delegation and Information Sharing

Improved delegation of power and responsibility was another need recognized by a majority of the participants. Several RHD had already established the practice of circulating the position of interim director among their senior staff during their absences. Their concerns were largely with greater clarity, efficiency and transparency. Improvements here involved clearly detailed and posted notices of what had to be done by whom during the director's absence. One RHD emphasized the need for the interim director to provide him with a detailed report on tasks undertaken during the period, and provided extensive feedback on the report. Taking it a step further, another RHD stressed the importance of conferring authority and ensuring recognition along with the delegation of responsibility. He delegated his presence at certain public events or training sessions, passing on the rewards that went with such representation. He noted the frustration caused by a purely task-based approach to delegation and encouraged more team involvement. He also felt that his staff had become more appreciative of the challenges of his own job since they had taken on delegated assignments: "They thought that the boss had everything. Since I've started to delegate they understand the situation better".[24] Another participant now allows his team members continuous access to his office whether he is absent or present. In one region, the team members commented that they were now much better at delegating among themselves - "we have each other's keys". Another regional director keeps a set of colored folders on his desk, one for each member of his team. As he receives memoranda from the Ministry he makes it a regular practice to place each item into the folder for the appropriate colleague. It is his manner of delegating. A department director at the Ministry now prepares with his entire team for his meetings with the Minister.

---

[23] "Si les choses no sont pas précisées, tout le monde pense que c'est le travail des autres."

[24] "Ils pensaient que le chef avait tout, mais depuis que je délègue, ils ont compris la situation."

### Meetings

The improved use of meetings became another vehicle to exercise newly acquired skills in leadership. This was an area of change that had caught the attention of subordinates in particular. Reported improvements included increased clarity, better planning and greater efficiency as well as those focusing on the process itself such as rotating the chairs of the meetings, seating arrangements, and being attentive to how the information flowed both during and after the meeting. One consistent departure from prior habits was the regularity and predictability of the meetings. In one case, the director's staff had begun to schedule their own team meetings improving cross-communication, and so creating greater integration via the meetings.

### Supervisory Systems

Some of the participants at the regional level mentioned their initiative in the area of supervision at the Préfecture level (health centers, hospitals, etc.) and of the regional hospital. While these initiatives had been planned independently of the LCSP, the training influenced the manner in which they were implemented. There was clearly more emphasis on a team approach. Instead of one single person conducting the supervision visits, a multidisciplinary team was established. For example, hospital staff served as members of supervisory teams for the Préfectoral Health Director (PHD) and vice-versa. More care is taken to ensure that the teams include a full range of skills. "We do everything together (now). We (even) develop the supervision agenda together."[25] One regional director noted that he now makes sure to summarize the results with the team before writing his report. "Before, I thanked people, I left, I wrote a report."[26] "The training has provided us with an approach that facilitates the work in the field, which creates trust between the supervisor and the supervisee."[27] In one case, the supervision report was sent directly to a Ministry director (not an immediate supervisor) to get feedback. This seemed an unusual occurrence involving the risk of a negative response, but it could be attributed to the importance of feedback that was stressed during the leadership program. In yet another case, staff noted that the supervisory process now used a team approach, while before, it was the responsibility of one single person.

It is noteworthy that none of the RHD have them selves experienced supervision since they assumed their positions in October, 2001. At the same time, very few regions have been subjected to inspections. The IGH team was only able to perform 20% of its planned inspections in 2002.[28]

### Decision-making

[25] "On fait tout ensemble. On fait le calendrier de supervision ensemble."
[26] "Avant, j'ai remercié les gens, j'ai quitté, j'ai fait un rapport."
[27] "La formation nous a permis d'avoir une approche qui facilite même le travail sur le terrain, qui crée la confiance entre le superviseur et supervisee."
[28] This was partially due to the reassignment of its resources to intervening unplanned priorities.

There are certain decisions involving staff that have traditionally been made unilaterally at the director level or above without consultation with the staff. Included are decisions concerning transfers and temporary special assignments involving travel and per-diems. What staff appreciated particularly in one case, and attributed directly to the effects of the leadership program, was a new transparency in the way such decisions were made. According to the RHD, he examined closely and discussed each transfer case with the individual involved before making a decision. And he invited input from the members of his team before designating individuals for special assignments. In a number of group interviews, team members emphasized that they now reach decisions much more frequently through group consensus.

### 4.3 Challenges at the Institutional Level

We will define the "institutional" as the MOPH structure beyond the team level within which the directors and their teams function. Issues related to the institutional context include:

- Relations with superiors
- Relations with peers belonging to other sections within the MOPH, other ministries, or non-governmental partner agencies
- Relations with internal (MOPH) clients (for those agencies providing services and support at the central level)
- Other challenges involving service delivery

#### Relations with superiors

The relationship with superiors was clearly an important issue with all participants, though it differed in the extent to which it seemed of immediate concern between the regional and the central participant groups. Geographical proximity played a role. While the Regional Health Directors had relatively limited direct contact with their superiors (the General Secretary and the Minister of Health), participants from the central agencies had to deal with their superiors from a much closer range. There was some evidence of initiatives to gain a better understanding of the person in the superior role, and to initiate more contact. The central office participants have become keen observers of the leadership practices of their superiors. They use meetings as opportunities for making observations and discuss these among themselves, garnering support for practices that are different and involve some measure of risk within the traditional ministry environment. This is an area where cultural expectations and traditional protocol are deeply ingrained and where change is likely to be very gradual.[29]

[29] The participation of remaining senior Ministry staffers in the May catch-up and coaching sessions should help facilitate this cultural transformation.

"Retro-information", or the giving and receiving of feedback, had become an important concept to all participants and, in some cases, had become a routine requirement within their own organizations. In one case, the practice clearly involved some risk when one of the regional directors sent a monitoring report showing negative figures to the Ministry departmental director for feedback. The normal practice is to make the figures look good before they were sent up through the hierarchy. When this director received a negative reaction to the reported situation, he issued a second report that insisted on the actual figures, emphasizing that they were the result of an effective monitoring system in his region. Coming spontaneously from this director, we consider this a fair indicator of success in the Guinean context where the willingness to take risks will be a necessary component of improvements at the systemic level.

### Relations with Peers

The LCSP encouraged the participants to develop a network that would allow them to exchange ideas and become a vehicle for mutual support. Most participants expressed an appreciation of the value of such a network. While this initiative was in its very early stages, there was some evidence of using the network capacity: "we consult each other before we go to see the Minister"[30] Other examples indicated a strengthened and mutually beneficial relationship with selected members of the LCSP cohort. One RHD cited a case where he was able to obtain rumored information from another network member that he would not have had access to otherwise. Another noted that relations with his peers (i.e., other RHDs) have become more friendly and open, and have shifted from purely professional to more collegial.

## 4.4 Challenges involving service delivery

In our interviews, although the participants had not been asked specifically to elaborate on initiatives concerning broader issues at the level of service delivery, some went on to discuss them as challenges to be addressed rather than simply problems. One regional director recounted dealing with the issue of vaccination coverage in his region. Having conducted a survey that revealed a coverage rate of only six percent, he had called together his team to determine the cause. It was found that field agents were illegally charging mothers for the vaccines. He has since then implemented a revision of the remuneration system for field agents, noting: "it was critical to get these agents to understand that one can earn one's living without making the mothers pay."[31] The illegal sale of drugs in local markets was mentioned on at least two occasions as particular challenges, though no specific actions were proposed. The problem of refugees flooding the local health delivery system led to stepped-up attempts to coordinate initiatives with non-Ministry agencies in the area. Though it is likely that these initiatives would have taken place without the LCSP, the greater attention paid to the quality of related

[30] "On se consulte maintenant avant de voir le Ministre."
[31] "Il fallait que les gens comprennent qu'on peut gagner sa vie sans demander à la maman de payer."

encounters may strengthen the effectiveness of these initiatives. The implementation of a fully "integrated health system" in his region was another such challenge that one of the regional directors had been actively involved. It is clearly difficult to relate these initiatives to the LCSP's influence, but they do convey a spirit of embracing challenge rather than of submitting to complaining about that mirror's the program's challenge-focused approach.

## 5 FINDINGS: THE FOUR LEADERSHIP FUNCTIONS AND TEAM-BUILDING

It is evident that the participants' actions to address the identified challenges provided them with opportunities to practice their new interpersonal skills and behaviors. As first steps in a problem-solving process, these could be applied to broader issues and challenges as well. What was new about this process for the participants, given their historical and cultural context, was a focus on the inter-relational aspects of management as a basis for building a well-informed and well-motivated team and creating a group climate that encourages performance towards positive results. Thus their responses to the challenge become inputs into team-building capacities that set the stage for addressing the broader and more systemic issues.

The scope and timing of the evaluation limited its primary focus to the assessment of immediate effects at individual and team levels. However, the findings also indicate the possible linkage between individual behavioral change, improved leadership capacity and the achievement of results. In one case, a new emphasis on the importance of open feedback motivated one of the regional directors to transcend the long-standing reluctance to publish negative findings without prior "massaging". Taking a public stand permitted others to see that a) the move was not fatal, and b) the data becomes more meaningful. In a second case, the supervisory activities in the field intensified considerably after the chief of reproductive health had been encouraged to revise her own job description. In a third case, the practice of charging fees illegally was confronted and challenged by the director, using a team approach to problem solving. These are cases where we can glimpse the broader implications for service delivery of relatively small changes in routine practices.

We will now revisit the first objective of the evaluation: ***Determine the extent to which the LCSP has achieved its behavioral objectives.***

Behavioral change objectives, defined at the outset of the LCSP (see Appendix E), were guided by the M&L framework. Subsequent to their identification of the challenges, the dialogue teams identified the leadership practices required to address those challenges. They then conducted self-assessments and ranked the functions accordingly those that needed the most strengthening and reinforcement.



315

**Table 1: Ranking of M&L Functions based on the need to address them**

| M & L FUNCTION | COMMENTS |
|---|---|
| 1. INSPIRING | Must be improved at all levels; The deficit is important; It poses real problems |
| 2. FOCUSING | Need to follow up on an initiative and carry it to all levels; Not often done and not well done |
| 3. ALIGNING/ MOBILISING | Needs to be improved; Needs initiative; Affected by lack of resources |
| 4. ORGANIZING | It's done, but not completely; It is a mid-level deficit; Not particularly well done |
| 5. MONITORING & EVALUATING | Needs to be improved, medium deficit; it is done, but not well |
| 6. IMPLEMENTING | There is implementation at all levels, but not at 100% because of a lack of resources; Things are done very well when there are sufficient resources |
| 7. PLANNING | It is done, if not in an excellent manner; The deficit is not important; It's often done well |
| 8. SCANNING | Done informally; often done well |

The following conclusions are based on a review of the responses of the program participants. After the verbal interview which focused in particular on the challenges, we asked each respondent to fill out a self-evaluation questionnaire on the practices of the four functions that had been applied before and after the first LCSP training module. Their reliability is fairly weak due to the breadth of each item to be rated. The overall tendency was for ratings to remain approximately the same or to go down in some cases. This is partly because the self-ratings were quite high to begin with. We also noted a tendency toward lower self-ratings among those that had shown themselves in the interviews to be more analytical and self-critical. One conclusion that can be drawn from the results is that the less one knows the more highly one tends to rate oneself.

To examine the extent to which the LCSP's behavioral objectives have been achieved within the participant group, we return to the program's original outcome statements:

### 5.1 Scanning

> *Participants can talk with authority about their district or region, its health situation, its trends, needs, tendencies, the needs as expressed by key stakeholders; they can also (articulate) the challenges they face (especially insofar as decentralization is concerned) and know what are the assets that are available to address the challenges and move toward realization of the vision; participants know who are the key stakeholders in their region/district, know how to identify key stakeholders, and can articulate the needs and priorities of each of those groups.*

Terminology aside, the basic concept of scanning was not new to the participants. In fact, dialogue participants had rated scanning as their lowest priority for improvement among the eight M & L functions. All of them demonstrated a thorough familiarity with the situation in which they worked and the challenges, resource needs and stakeholders involved. **What was new was the notion of pooling knowledge and analyzing problems collectively as a team.** As one participant put it: "No matter what the problem, I (now) try to bring everyone together to look at it and discuss it collectively. After that I can choose which course to take."[32]

**One aspect of scanning that needs to be strengthened is the synthesizing of information.[33] Documented as well as verbal evidence shows a tendency toward problem description and the creation of lists, but less in the form of a systematic and critical analysis that identifies underlying causes and patterns. The evaluation team identified this weakness in the course of the interviews as they reviewed some of the more complex "challenges" with respondents.**

## 5.2 Focusing

*Participants have/or can articulate a shared vision for better health for their region or district ; they have a strategy* for helping each organization within the district/region to define its mission/strategy/priorities and their relationship to the realization of the shared vision (*strategy should be clearly defined (in form of a document) but could be at various stages of implementation (each organization's work in this area could be recorded in some form and available for sharing); when each organization has gone through this process, district/regional leaders should lead an effort to harmonize the various organizational efforts.*

Some of the respondents spontaneously articulated their vision for better population health status and discussed their strategies voluntarily. Visions cited included an "integrated system" of health facilities (including private) across all Préfectures, the reduction of illegal pharmaceuticals in Guinea's markets, and the improvement of the vaccination coverage rate for children of less than one year. It is possible that those who were preoccupied with personal issues such as the management of their emotions were less likely to be focused on a broader vision and strategy. Most of the participants had made attempts to get their staff familiarized with their responsibilities vis-à-vis Ministry expectations through a review and/or revision of the job descriptions with the members of their staff. The IGH team did expend considerable effort on reviewing their function within the Ministry and trying to communicate it to others.

In terms of a documented strategy, the Ministry's National Health Plan seemed to serve

[32] "N'importe quel problème, j'essaie de réunir les gens, exposer le problème, discuter ensemble, après je peux choisir quelque chose."

[33] Which involves, of course, a certain element of focusing. This is an example of the artificiality imposed by an analytical separation of the four functions which need to be integrated in order to be effective.

that purpose. In this particular context, the challenge was to ensure cohesion with the Ministry's plan. The evaluation teams did not have the time to review the various documents produced at each site and cannot confirm whether these constitute what might be considered clear strategic guidelines. We know that the Annual Operational Action Plans produced by each office include strategic elements. However, these usually come in the form of an enumeration that rarely provides clear evidence of a cohesive strategy vis-à-vis the National Health Plan.

Evidence of focusing could also be found at less strategic levels such as clarifying team functions, focusing on quality issues and on improved ways of conducting meetings and sharing information.

## 5.3 Aligning/Mobilizing

*Participants have or can develop strategies for aligning/mobilizing the key stakeholders; they have led effort to coordinate district/regional goals with organizational goals and health personnel goals and to convert these goals into shared tasks (the results of this effort should be in the form of a document or series of documents); organizations throughout the district/region have plans that are aligned to support the overall district strategy; they also know how to mobilize the identified assets; have increased confidence in their ability to negotiate deals/partnerships for better health; they know how to turn a group of workers into a cohesive team and have proven their ability in their workplace and beyond (in the larger district/region).*

There were numerous references to coordination meetings (réunions de concertation) with the objective of aligning interests and/or action plans with local or national partners. One of the best examples of alignment was the integrated system described by one participant as follows: "...an integrated health system in all Préfectures of the region with the objective of creating a critical mass of health professionals with a similar vision of the organization of health care..."[34] The planning of well-timed staggered meetings between the Regional and the Préfectoral offices can be seen as an indicator of the alignment of information and tasks between the two levels of administration. In one case, the Hospital Director, with the support of the RHD, was working through a local mediator to negotiate resources for a hospital addition with a multilateral agency.

An alignment orientation seemed to be fairly endemic to RHDs who have the operational freedom to achieve alignment across sectors and health structures within their regions. In contrast, central office participants could achieve internal alignment within their own offices, but ran into territorial barriers when trying to work within the larger Ministry context.

[34] "...l'approche global du système de santé integer de district dans les préfectures sanitaires de la region en vue de la mise en place d'une masse critique de prefessionnels de santé avec une vision similaire en matière d'organisation des soins de santé ..."

Another important kind of alignment is the ability to bring together learning experiences. In two Regional Offices, participants discussed the relationship of the GTZ quality concepts with what they had learned in the LCSP.

According to the participants' ranking of aligning/mobilizing, the difficulty here was associated with a lack of resources. We felt that the regional group in particular demonstrated strong skills in that area, in part as a matter of survival. Their positions would become very difficult if they were not constantly aligning interests and demands both vertically and horizontally. However, the LCSPs notion of alignment goes beyond coping mechanisms for mere survival. There was some evidence of considering new alignment possibilities, such as the suggested initiative to consult the peer group before addressing the Minister. As peer networking habits increase, more possibilities for horizontal alignments are likely to emerge. The participants' more immediate concern was the challenge of transferring the art and skill of alignment to the members of their teams. Some participants were trying to use delegation to encourage their staff to go beyond taking orders and to start connecting the dots for themselves. Enhanced supervision practices by several RHD are also being used to instill alignment skills in PHDs and the heads of health centers. Insistence on feedback as a routine mechanism is likely to encourage an alignment orientation further yet.

## 5.4 Inspiring

*Participants are attracting support from above and followers from behind/below because they are believable, congruent in their actions; organizations throughout the district or region are committed to the process of collaborative planning and action.*

During the initial dialogue, inspiring the team, as a leadership function, was ranked first in order of importance by the participants. A lot of emphasis was placed on the leader as role model.

There was clear evidence of initiatives taken in this area. In two cases, participants had actively sought to get support or feedback from above. In one case, this resulted in a letter from the Minister, congratulating the participant (an RHD) for organizing a general coordination meeting with local partners. This official sign of recognition was mentioned with pride not only by the director, but also by the members of his team.

Within their own teams, delegation proved to be an important instrument in inspiring staff. One staff member, having been entrusted by the RHD with the analysis of service statistics (normally the responsibility of a clinical section head), enthusiastically talked about the task and his achievements. Staff felt encouraged when they were given options, as in the case where the decision concerning travel assignments was opened up to the team as a whole. Comments made by the members of various teams express respect and



319

admiration for their leaders' strengthened interpersonal skills: "He's a good boss. His social behavior with the people he supervises – it's extraordinary. He puts himself at the level of others. When there is a problem, He's the first to be with you to help solve the problem. "[35] And again: "This change – the feeling that one is valued as being responsible .... (he's) always in the process of asking 'what do you think of this?' The director, he trusts us."[36] "He puts people at ease so they communicate (easily).... he participates in the solution of problems".[37] "Before him, there were other inspectors, but the level of information was in "zig-zags". Now everyone has the same information in inspections. That's new... all of this brings with it a certain trust at the team level. He knew how to best take on the important elements." [38] "Before, things just sort of happened ... now, I sense everyday that I'm needed. I have work to do."[39] And appreciative of a dynamic leader: "The director has a way of integrating things and finding ways of involving her section (across) the different programs, ensuring that pharmacists are well accepted in (all) sections. It opens new horizons for us".[40]

These are some of the comments that represent the positive sentiments found in groups surrounding the leader, clearly indicating pride and enthusiasm. Understandably, it is more difficult to capture the less sanguine viewpoints in explicit statements. Suffice it to say, that there is clear evidence of the ability to inspire within the group of participants.

A second evaluation objective focuses specifically on team building and team management: ***Determine the extent to which participants have achieved their performance objectives, based on leadership challenges identified at their own level.***[41]

The individually identified challenges addressed by the participants are consistent with issues of team building, in as much as they are used as a means to that end. In most cases, the activities related to these challenges provided the participants with opportunities to promote the qualities associated with good team management and group climate: clarity, alignment, transparency.

---

[35] "C'est un bon chef. Le comportement sociale qu'il adopte avec les gens qu'il gerent – extraordinaire. Quand il y a un problème, il est le premier d'être avec vous pour résoudre le problème."

[36] "Ce changement là – le sentiment qu'on est responsible ... toujours en train de dire, qu'est ce que vous pensez de ça? Le directeur, il fait confiance."

[37] "Il met les homes à l'aise pour communiquer ... il participe à la solution du problème."

[38] "Avant lui, il y avait d'autres inspecteurs, mais le niveau d'information était en "zig-zag". Maintenant, tout le monde est au même niveau d'information dans les inspections. Ça c'est nouveau... Tout ça a amener une certaine confiance dans l'équipe. Il a su profiter pour prendre les elements importants."

[39] "Avant, tout venait comme ça ... maintenant, je sens chaque jour, qu'on a besoin de moi. J'ai du travail à remplir."

[40] Maintenant, la directrice façon d'intégrer toutes les directions. toujours trouver quelque chose à impliquer son secteur là dedans. Les différents programmes, sensibiliser les gens au point que les pharmaciens soient acceptés dans les secteurs. Ça nous ouvre des horizons."

[41] From evaluation scope of work (see Appendix A).

During the visits of the evaluation teams, a climate questionnaire that is currently being developed by M&L was administered to the leader-participants and to those team members that were available at the time of the visit.[42] The climate instrument consists of fourteen statements on perceptions of group experience. Respondents were asked to provide their appreciation of each statement on a scale of 1 through 5 in terms of its importance to the respondent on the one hand, and perceived actual practice in their team on the other. The questionnaire, including guidelines, is available in Appendix X. Table 2 on the following page summarizes the score averages for group versus the leader scores on actual practice[43] and importance[44].

When we review the scores in order of importance within the "Practice" column for the group, we see the highest scores (shaded and bolded) assigned to statements 3 and 8, both referring to issues of clarity. Statement 5, concerning access to resources, receives the lowest score (shaded only). There is a remarkable degree of agreement between group members and leaders in the assignment of these scores where clarity and resources are concerned. On the other hand, there is less agreement on the question of decision making between group members and leaders. This is also where the gap in perception of practice is the largest (4.5 – 3.7 = .8), in contrast to the remaining differences which are quite small (i.e.. do not exceed .3).

The gap between importance assigned and actual practice is greatest for statement 5, access to resources, though it should be noted that the "importance" rating is also relatively low, leading to the conclusion that staff members accept this as a condition of their work. The gap between importance and practice is also high for statement 6, referring to the development of capacity and knowledge. This, too, could be perceived as an issue involving resources.

Comparing the scores assigned to importance, there is no remarkable gap in perception between group members and leader.

Overall, the scores seem to describe an organizational climate that assigns high value to clarity, especially on the part of work group members. However, it should be noted that the team members are not evenly represented here. In the case of one of the more "progressive" (in terms of a team orientation) participants, almost the entire team was out on a vaccination campaign. Its availability might well have changed the pattern we describe here.

[42] This questionnaire is in the process of being tested. One previously adapted version had been applied at an earlier time during the LCSP, but the exact conditions of its application were not known. Still, an attempt was made to bring the two applications in line for comparison on a number of common items.
[43] Full column heading: "Is this currently practiced in your work group?"
[44] Full column heading: "How important is this to your work group?"

Table 2: Summary of Climate Study Scores [45]

| | Statement | Group | | Leader | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Practice | Importance | Practice | Importance |
| 1 | We are recognized for our individual contributions | 3.5 | 4.4 | 3.8 | 4.3 |
| 2 | We feel we are moving in the same direction | 3.9 | 4.4 | 3.8 | 4.4 |
| 3 | Our work group has clearly stated goals | **4.2** | **4.7** | **4.4** | **5.0** |
| 4 | We understand how our work contributes to the overall goals of the MOPH | 4.0 | 4.5 | 3.7 | 4.1 |
| 5 | We have access to the resources we need to do a good job | 2.6 | 4.0 | 2.8 | 4.4 |
| 6 | We develop our capacities and knowledge in a continuous manner to improve our performance | 3.6 | 4.4 | 3.7 | 4.8 |
| 7 | We are encouraged to explore and develop and experiment with new ideas | 3.6 | 4.3 | 3.8 | 4.6 |
| 8 | We have a plan that guides our activities | **4.2** | **4.7** | **4.2** | **4.7** |
| 9 | We are aware of our mutual capacities in implementing our activities | 3.6 | 4.2 | 3.8 | 4.2 |
| 10 | We know clearly what is expected of us | 4.0 | 4.6 | 3.7 | 4.2 |
| 11 | We can describe the needs of our clients on the basis of objective data | 3.6 | 4.3 | 3.8 | 4.4 |
| 12 | We participate in the decisions that influence the work group | 3.7 | 4.5 | **4.5** | **4.9** |
| 13 | We are proud of our work | 4.0 | 4.6 | 3.6 | 4.5 |
| 14 | We adapt easily to new circumstances | 4.0 | 4.6 | 3.6 | 4.4 |

Among the leaders, there appears to be a more pronounced orientation toward participatory values. While we noted a clear concern with regard to clarity and information for a majority of participants across the various activities linked to the challenges, there was also a stated interest in making each of these activities more inclusive and collaborative. This preoccupation with the participatory process is quite consistent with the participants' responses to the first LCSP Dialogue. Asked which aspects of the dialogue they had found the most striking, they responded with the following list of items:

- The participatory method
- Effective participation
- The continuous search for consensus
- Patience and productivity of the approach
- The collective interest
- Program planning[46]

[45] A similar climate study tool (with nine items) was distributed to six of the same participants' teams between the first and second modules. Comparing the current scores with those obtained for the matching six groups during the earlier application, we find a similar pattern with regard to clarity (high) and access to resources (low). The overall tendency is for the group scores to increase slightly for comparable items (e.g., statements 1, 3 and 7). The overall climate score for the six groups increases slightly. However, it is impossible to provide a meaningful interpretation of the original group findings without knowing more about the conditions under which they were completed. In all fairness, the first application of the questionnaire did not have the technical support it needed to provide a reliable baseline.

The results suggest that we are dealing with a participant cohort that is particularly receptive to the messages of participation communicated by the LCSP. The characteristics of this group as a factor that influences the course and outcomes of the program are discussed in Section 5. The appreciation of the more intrinsic features of the workplace, such as participation, is itself likely to be influenced by schooling and training.

The climate instrument clearly requires more careful guidelines for a well-facilitated and consistent application. Because the items are complex and open to subjective interpretation, and because the samples are small, the instrument is very sensitive to the composition of the respondent group. One "loner" in the group can have a considerable impact on the scores, as was the case with one respondent who seemed to feel that certain group measures were not applicable to his situation.

# 6 FINDINGS: FACTORS INFLUENCING THE RESULTS

## 6.1 The LCSP Process

### The Training Schedule and its Components

Beginning in April 2002, the PRCL process consisted of an introductory dialogue and three training 'modules". After both Modules 1 and 2, the local trainers – Oumar Diakite and Namoudou Keita – visited each regional director and the leader participants at the Ministry in Conakry. The follow-up visits planned after Module 3 were never carried out[47].

During the period, April 28 – May 3, 2003, while the evaluation team was visiting the regions, an "atelier de mise à niveau" (also referred to as "cours de rattrapage" or catch-up session) was held for senior leaders who had missed all or portions of Modules 1, 2 and/or 3. The workshop took place over 4 days in half day segments. Participants included eight central office staffers and the RHD for Conakry, all of whom had been part of the dialogue session the year before. The following week a training session on coaching was held for all participants – the original 12 participants and the 9 of the catch-up group.

The Dialogue sessions were held in two two-day sessions with a split audience to permit for continued staff coverage at the Ministry. The Dialogue sought to establish:

1. Shared understanding of the challenges facing the MOPH
2. Awareness of the relationship between leadership practices and organizational performance

[46] Response to the question: "qu'est ce qui vous a frappé le plus?" Report on Leadership Dialogue Meeting, April 02.

[47] This is mainly due to the close out of PRISM I and the start up of PRISM II, which took place during the period when the follow-up should have taken place.

3. Clarity regarding the leadership practices needed to face those challenges
4. A Ministry-wide leadership development strategy

Module 1 covered leadership and self-knowledge. Module 2 dealt with leadership and the dynamics of groups and organizations. Module 3 addressed leadership and changing 'the system'. Participants rated each day's session and filled out an evaluation form at the conclusion of each module.

### An Audience Geared for Success

The original proposal targeted twenty participants[48] twelve of whom completed all three modules. **Some of the qualities of this first Guinean cohort to complete the LCSP may** have contributed to its apparent depth of impact.

- The twelve participants who completed all three modules may have constituted a somewhat self-selected group. Despite busy schedules and heavy responsibilities, they persevered in finishing the program. The original 20 cohort members were specifically selected by the SG in consultation with the Chef de Cabinet and approved by the Minister – who insisted everyone attend all sessions. Those who didn't had very valid justifications – generally special mandates in Guinea or overseas, or major events within their units or at the personal level. Some officials were unwilling to attend sessions out of Conakry and be cut off for extended periods from their offices. While it is notable that all seven decentralized DRS completed the modules, the Conakry DRS did not do so.
- This is a group composed of individuals with aspirations for further professional advancement. In contrast, the senior most officials of the Ministry (the Minister, the Secretaire Generale, and the Chef de Cabinet) were not part of this cohort[49]. Only one of the three Department directors completed the full set of modules.
- This is a generally confident group. While they claimed to be "shocked" by the manner in which the Program challenged them to examine themselves, they not only had the capacity to handle it, but they welcomed the challenge itself.
- All participants had considerable previous training experience, many in Europe and North America. They were familiar and comfortable with professional training processes. Several remarked that the LCSP did a good job of re-activating previously acquired knowledge.
- As a group, they exhibit good learning skills. They practiced recommended procedures such a keeping a journal or running through a reflection process. They studied the course materials and were active participants all through the program..

[48]The 8 RHD, 3 National Directors (Public Health, Pharmacies & Laboratories, and Hospitals), the Secretaire-General, the National Coordinator of the PEV/SSP/ME. the Inspecteur General de la Sante, and the Minister Cabinet Director.

[49].Obviously, had they participated, this may have presented serious challenges to the willingness of participants to be fully candid in expressing their views.

### A Well thought out Training Structure

The Program adhered closely to the design principles defined in the original design document:

1. "A very clear overall structure ...that allows people to try out new things and make sense of abstract notions"
2. "The sequence of activities will permit frequent reflection ...(and) allow participants to explore their own experiences."
3. "Allows people to discuss emotional (gut) experiences with leadership concepts in the classroom with some measure of safety and enable the translation of those experiences into actionable ideas."

Many participants acknowledged that **the structure of the training was particularly efficacious.** Each module touched upon substantive issues that the individual leader could take back to his/her work environment and address with concrete actions. The subsequent follow-up visits from the facilitators presented opportunities for sharing and feedback with neutral agents. This training cohort had considerable previous training experiences, but asserted that this one had a particularly profound effect upon them.

### A Trusted Training Team with a Clear Vision

It is notable that the Program maintained its focus and continuity even with a change in lead trainers between Modules 1 and 2. The clarity of definition of the M & L training approach eased the transition, but it is also a testimony to the strength of the West African training team. It is clear that the Program established a **safe environment** that permitted participants to stretch their boundaries, to experiment, and to explore new ideas. It is particularly remarkable the extent to which the high status participants entrusted themselves to the two (lower ranking) Guinean **facilitators.**

The participants consistently rated the quality of their training experience as "excellent" and the majority would have preferred more extended modules.

As one participant stated: "(Keita) helped me to recall many things (from the training). When I am confronted with a situation, I think of him and what we have discussed. (For me) it's important that he is outside the Ministry of Health, but I have equal trust in Diakite, I can confide in him." [50]

### Individual Action Plans and Follow-up Visits

At the end of modules 1 and 2, each participant filled out a **Plan of Action (POA)** form, which was structured using the M&L framework. The individual identified a particular

[50] Diakite is a staff member of the Ministry's regional office in Kankan and Keita is a PRISM staff member. It is important to note that both are MDs.

challenge and defined, for each of the four leadership functions – scanning, focusing, aligning/mobilizing, and inspiring: 1) actions to be taken, 2) support or resources required and 3) evaluation criteria. The information provided in the individual POAs was extremely superficial and as a tool the POA does not appear to greatly influence the change process. While the evaluation team found that, in most cases, participants had taken steps to address these defined challenges, they also addressed a number of other challenge areas.

In preparing for their follow-up visits to participants, the facilitators compiled lists of individual topics to review, e.g. the leader's tone while speaking with collaborators, recognizing the learning styles of their team members, resource mobilization, how to influence senior officials at the MOPH, controlling one's emotions. **The objectives of the follow-up visits** were:

- To evaluate with the leader the application of leadership practices specified in his/her plan of action.
- To strengthen the participant's understanding and application of priority leadership concepts.
- To support the leader in resolving specific problems by applying leadership practices.
- If possible, to observe the leader in action (during meetings, supervision)
- To evaluate the level of collaboration of the leader with his colleagues, team members, and superiors.

During each **follow-up** session, **a facilitator was scheduled to meet** first with the leader, then **with team members**, hold individual interviews with team members, and to conclude with synthesis session with the leader. Due to time constraints or leader preferences, this ambitious schedule was seldom followed. However, the facilitators were able to participate in a number of regular team meetings, to hold several "restitution" or debriefing sessions regarding LCSP concepts, and cover a variety of topics in different sites. However, several teams stated (to us) that " (the facilitator) met privately with the leader." In at least two instances, the facilitator found that the leader himself was unavailable and met only with his team. The follow-up sessions enabled facilitators to identify priority topics for reinforcement during the subsequent module.

## Key LCSP "Tools"

Participants were provided with information **binders** for each module. During our interviews, many described frequently consulting these binders when struggling with a leadership problem. Some participants had distributed copies of materials on particular topics to their colleagues.

The Program also provided each participant with small notebook to serve as a **"journal intime"** (intimate journal) in which to record thoughts or process emotions. When our interviews touched upon matters inter-personal relations, the participants would pull out their notebooks and flip the pages for us, demonstrating that they were using them.

The Program applied two assessment instruments. The **"self-evaluation" questionnaire** contains twenty items describing leadership practices (five for each leadership function). Each participant filled out the self-assessment during the Dialogue session in April, 2002. Subsequently, the members of participants' immediate teams also rated the practices of their leaders. Following the first module, participants were asked to repeat the self-rating. The team members that we interviewed recalled filling out the questionnaire, but said that the results were never shared with them. Several cited the very act of doing such a rating as significant. Each LDP participant viewed the aggregated scores from his/her own team. The evaluation team asked the participants to fill out the same self-evaluation form during our visits in April and May 2003.

Between Modules 1 and 2, a **work climate questionnaire**, comprised of nine items, was circulated to the staff directly supervised by the participants. This was not filled out by the leaders themselves, but only by their teams. In April and May, 2003, the evaluators had both the teams and their leaders fill out a revised climate study questionnaire containing fourteen items.[51]

While the participants themselves were given some feedback concerning the results of the "self-evaluation," it is not clear what further use the facilitators made of these two tools.

**Differences in Experience: Regions vs. Central Staff**

There were important **differences in the quality of the application of their training** for participants in the regions vs. those in the Central office. The RHD have effective control of their work environments. They can enact changes in the teams and organizations under their supervision – the RHD team, the hospitals, the PHD teams – and follow through to try to ensure that these result in broader systemic changes. In contrast, those housed in the Ministry building could stimulate team transformations, but then encounter barriers in the ability of their teams to operate in the larger institutional context. Another factor may be that roles and responsibilities in the regions are relatively well defined, whereas Central office staffers complained of ambiguity surrounding their functions.

**Feedback and Support Networks**

Most participants valued and benefited from feedback and opportunities to share their experiences as they progressed through the training. Aside from their contacts with the facilitators, participants sought out peer support. Central office participants became a close knit group that supported one another **in difficult situations.** They shared the experiences they were having with their own teams, in their personal lives, and with their superiors. Central staffers had the opportunity to assess the leadership skills of those above them. They described coming out of poorly conducted meetings and sharing their observations. The RHD, on the other hand, had fewer opportunities for such networking.

[51] This information was presented earlier in Section 4.2.

In some instances, the RHD found a good audience in his planning, research, and training officer, his local PHD, or the DH of the regional hospital. Another RHD shared his experiences with peers from other ministries.

In our interviews with them, the facilitators strongly emphasized the degree to which this first cohort had formed an active support network. In our interviews with the participants, we gave them the opportunity to discuss this point themselves. While they did affirm that mutual relations had certainly improved among the participants, they did not confirm the existence of strong support networks.

### Teams' Familiarity with LCSP Concepts

It is an established practice within the Ministry of Health that all individuals returning from trainings, should provide their colleagues with a "restitution" or **feedback session**, concerning their experience. However, we found considerable variation in how participants handled this with their teams, ranging from simple briefings/reports to mini training sessions. For example, some participants held formal sessions at which they provided their teams with a review of some of the key concepts. One RHD met individually with his team members and gave them assigned readings from the training. Others chose to wait for opportune moments to share their insights and new approaches. During our interviews with participants, they often pointed to the LCSP training materials and made references to frequently consulting them. One noted that he kept his office unlocked and that staff were free to look at the LCSP materials.[52] In another's office, we noticed that the materials were kept in a locked case.

A long-term objective of the LCSP is obviously to transfer its concepts and fundamental values to as large an audience as possible, to achieve a "critical mass" of practitioners of good M&L practices. We asked each of those present at the group interview to define "leadership" and found most individuals were reasonably conversant with the key concepts. It should also be recalled that some of these team members had participated in the PRISM-supported M&L training for préfectoral level staff and some, as mentioned earlier, had had previous foreign management training (including the MSH training in Dakar).

We found considerable variation among the **teams** regarding their **sense of familiarity with the details of the LCSP**. Some could describe its components in considerable detail; others stated, "he came back with many new terms," or observed that the training had clearly had an impact upon their leader even if they did not fully understand it.

In our interviews, team members stated they ended up with an impression that this was a very valuable training, but that they had no detailed knowledge of it. "We didn't receive the training." The facilitators contend that team members underplayed their exposure to

[52] And we should add that this is a very uncommon practice in Africa.



328

the LCSP concepts (to the evaluation team) in order to strengthen the argument for their own future participation in the training.

# 7 CONCLUSIONS

We have identified three basic assumptions underlying the LCSP approach that, on the basis of our findings, appear to be well founded and workable: a) the likelihood of achieving sustainable improvements in health service delivery is increased when managers have leadership capacity; b) leadership capacity is strengthened when managers know how to get their work teams to achieve results; c) in order to get their teams to achieve results, managers need to know how to promote and nurture a work climate in which team members are empowered and inspired. We believe that these assumptions can be scaled up to broader challenges as well.

For the Guinean group of participants, the LCSP offered what was to them a unique and different approach to coping with challenges at all levels. Participants returned from their training experience with a new orientation to what were, for the most part, existing problems and issues. Consequently, they executed a number of changes in practice. The ultimate evaluation question is: will these micro-process changes contribute to a cumulative effect that can lead to more fundamental changes? At this point in time, it is clearly too early to determine such linkages, though we can conjecture their possible future manifestations.

## 7.1 Effects at the Personal Level

All participants valued especially those aspects of the LCSP that had to do with personal issues. Only in one case did the participant consider the personal aspects less important than the organizational aspects. Through the various challenges that they set themselves, they were able to make advances in the following areas of their personal behaviors: control of emotions such as anger and impatience, willingness to listen, greater accessibility to others, humility. Potentially, these changes can provide a stronger basis for working with others in teams to face challenges and achieve results. However, the extent to which this potential linkage was established varied across the participants.

## 7.2 Effects at the Organizational Level

In our discussions with the LCSP participants who were the subject of this study we found a group that was visibly inspired and engaged in its quest for self-improvement. While none of the four leadership functions (i.e., scanning, focusing, aligning and inspiring) in and of themselves introduced what we might consider "new" behaviors or practices, as a whole they helped to convey the message of a **new approach** and promoted a different way of conducting the same basic management procedures: delegation, meetings, etc. The most noticeable features of this new approach that we would identify are:

## Participation

According to the various responses, participants have introduced a new way of discussing issues and problems (scanning) -- collectively as a team. The comment quoted earlier in this section is a very apt expression of this new approach: *"No matter what the problem, I (now) try to bring everyone together to look at it and discuss it collectively. After that I can choose which course to take."* Considering the climate study results, we suggest that the "new" approach remains to be communicated to, and fully understood by, team members, especially where decision-making is concerned. Team members clearly appreciate the greater clarity that comes through the sharing of information, the use of improved means of communication and opportunities for input. However, we have little evidence that they feel included in major decision-making processes. Instilling the skills of aligning and mobilizing in team members is likely to become easier once they feel more directly included in the decisions that affect their work.

## Team Building

Across the participant cohort, a considerable amount of effort was invested in activities that will build and strengthen their teams. **Job descriptions, meetings and delegation practices may seem prosaic as targets for improvement, but applying a new approach that promotes the engagement of subordinates and encourages their input lays the groundwork needed for building effective teams.** We already see the positive response generated in subordinates through improved clarity and transparency. **We found that some LCSP participants were more appreciative of this potential than others and would hope that there will be the opportunity to raise general awareness concerning this important aspect of their LCSP experience.**

## Generating and Seeking Feedback

The transparency and sense of sharing that resulted from this practice was quite evident and inspired attempts to make it routine practice and even push the boundaries of risk in some cases. The positions occupied by the members of this LCSP cohort are highly visible, potentially vulnerable and by tradition very lonely. There was a palpable sense of liberation conveyed by the participants when they discussed their discovery of new ways of sharing information and inviting feedback from peers, superiors and subordinates.

## The Concept and Use of "Challenge"

The evaluators struggled considerably to understand the sources and intentions of the individual challenges addressed by the participants. We found that the participants were not very clear about the concept of challenge and that perhaps we were forcing the use of the term in our interviews. However, our quest has clarified the value of using a challenge-focused approach. First, it replaces the traditional problem-focused approach that perpetuates the victim perspective (manifested in the ubiquitous grievance list (*liste de doléances)* one encounters in West Africa) with a more proactive approach. Second, associated with concrete activities at the team and organizational levels, challenges become a practical vehicle for applying a new approach and new ways of dealing with old procedures.

## From Efficiency-Focused to Team-Focused Orientation

Challenges addressed at the organizational level focused on the improvement of existing practices. All of the participants had addressed one or another of these and had been able to achieve improvements. What we think is noteworthy for this evaluation is the extent to which these improvements went beyond technical efficiency to investments in team-building as a basis for addressing challenges at broader levels and achieving sustainable results. This requires attitudinal change. The results of the climate study suggest a stronger emphasis on the importance of group participation among leaders than among group members. Such a difference would diminish as group members acquire a taste for a more participatory approach to processes such as decision-making. Among leaders, reported practices and achievements indicate that the importance placed on a participatory process varies. Based on these findings, we can develop a continuum of responses from those that are primarily efficiency-focused to those that manifests a team-development orientation.[53]

[53] This is an inductively produced matrix, based on findings. It cannot provide scores and numbers with regard to responses since our probings were not guided by this framework nor structured to obtain scores and/or counts. We simply reproduce the practices and approaches emphasized by the respondents in an entirely open-ended way.

**Table 3: From efficiency-focused to team-focused orientation**

| Managerial Procedure / leadership function | Practice / behavior | | |
|---|---|---|---|
| | Clarity / efficiency | Participation | Empowerment |
| Job Descriptions | Individuals are asked to review their job descriptions and clarify them with their supervisor | Job descriptions are shared with the team, inviting comments | Individuals are encouraged to revise their job descriptions based on their own proposals |
| Delegation | Written delegation notice is posted and/or circulated within team | Responsibilities are delegated on a rotational basis among members of the team | The manager ensures that responsibility is delegated along with an appropriate level of authority |
| Meetings | Meetings are planned on regular basis, agendas posted in advance, minutes recorded and circulated | Chairing of the meeting is rotated, opinions or feedback are invited | Meetings are used to reach group consensus on important decisions |
| Supervision | Monitoring instruments are developed and used by individuals charged with the supervisory task | A "multi-disciplinary" supervisory team is used | Accurate results are published and used to improve performance |
| Scanning | Information is available at level of manager | Information is available and shared within team | Quality of information is improved by team through use of feedback and critique |
| Focusing | Priorities are established by leader or institution | Priorities are reviewed and discussed with team | Team established priorities through process of consensus |
| Aligning / Mobilizing (objectives, resources, etc.) | Manager coordinates, aligns and mobilizes | Coordination meetings are used to align and mobilize as a team | Each member of the team takes initiative to align and mobilize as a matter of routine practice |
| Inspiring | Manager communicates mission, ideas and invites support | Team is inspired by manager's ideas, behavior and achievements | Team members generate ideas and are inspired by own achievements |

We can think of the first response category as that which applies to an efficiency-based model of a manager, and the third category as characteristic of what M&L would call the "Manager Who Leads". Most of the responses we registered with regard to the challenges identified by the respondents we would categorize as efficiency-oriented, but we also noted a distinct effort to move toward the participatory mode and there is at least one participant that has initiated practices that contribute to team-empowerment.

## 7.2 Impact at the Institutional Level and Service Delivery Level

It was not the intent of this evaluation to assess the impact of the LCSP on change at the broader institutional level or on service delivery. Still, there is some indication that the team-focused approach and certain individual behaviors promoted by the program have facilitated steps toward institutional change. The initiative to critically examine local vaccination coverage rates and bring illegal charging practices to light was based on a concerted team effort involving information sharing and transparency without which it

would not have been possible, according to the participant involved. Going against the standard practice of masking dismal service statistics was linked to the importance of honest feedback that had been stressed during the program.

# 8 RECOMMENDATIONS FOR THE NEXT STAGES OF LEADERSHIP STRENGTHENING

There is general agreement that the investment made so far in the leadership initiative must be carried forward if it is to attain the critical mass needed for meaningful and sustainable change. One objective of the LCSP evaluation was to "formulate recommendations to the MOPH and PRISM on the best strategies and approaches to extend the program to the other organizational levels of the Ministry." We make these recommendations based upon the Program's strengths and weaknesses and an identification of the special qualities that contributed to its success. We have not addressed the crucial issue of funding for the extension of the effort.

## 8.1 Review the Strategic Implications of Leadership Development

Leadership strengthening and team building are critical processes for the achievement of the strategic vision defined for Guinea's health sector. As the Minister of Health stated: "Management (for) quality is an imperative. It is an imperative ...for the struggle against poverty[54]." It is vital that this strategic linkage be recognized throughout the Ministry and by its partners.

The leadership development program needs to move beyond the operational level. We recommend that, with facilitation support, MOPH senior staff review the systemic challenges that they identified during the LCSP process with a more critical eye. These should be thoroughly analyzed so that clear linkages are defined on the manner in which the adoption of priority leadership practices can lead to effective management systems with an eventual impact upon the challenges facing Guinea's health system. It is vital that leaders at all levels of the system share this understanding and vision.

Such an understanding is required for an effective monitoring system. Leaders and managers should be in a position to reinforce practices that lead to long-term impact.

## 8.2 Use a team-based approach for Extending Leadership Training

The participants were unanimous, often adamant, in recommending that the program be extended to a broader audience, especially within their teams. The notion of "critical mass" came up on many occasions, not just from the participants but also from their non-participant colleagues. The need to speak a "common language" was another recurrent theme. Members of the leaders' teams in the regions and at the Ministry emphasized repeatedly that they had an inadequate understanding of the concepts and the language involved, and that there needed to be coherence in this understanding before the benefits could become institutionalized

[54] "La gestion, la qualité est un imperative, il est un imperative meme de la lutte contre la pauvrete" (Restitution session by the evaluation team at the MOPH, May 9, 2003)

Since the strengthening of team capacity is at the core of the leadership program, we feel that at least some portion of the LCSP training should be provided jointly to team members. In view of the logistical problems of moving regional teams out of their work environments, bringing facilitators to the site would seem to be a preferred option. In that case, a training agenda tailored to each site should be developed jointly with the facilitator(s). Having access to PRISM's excellent resources in leadership training, the DRS of Haute Guinea could become trial sites for the development and testing of a team-based curriculum that can then be adapted for use in other regional and central offices.

### 8.3 Replicate the LCSP Structure

Participants greatly appreciated a form of training that alternated between theory and application and that was well adapted to their own challenging work agendas. They valued the opportunity to test new practices with their teams and then to receive support and reinforcement through facilitator visits and the subsequent training modules.

### 8.4 Consider Variations in the Composition of Participant Cohorts.

Suggestions were solicited from the leaders and their groups concerning how best to structure any future leadership initiatives. There was general agreement that it would be difficult to group together participants of vastly different rank and seniority. Some felt that their staff should be trained together in order to enhance team-building. Others recognized the value of mixing individuals from different regions and departments. It may be worth considering taking participants out of their normal work environments for the first (personal growth) module in order to establish a neutral setting. Subsequent modules could then be applied for teams.

### 8.5 Understand the Characteristics of the Target Groups for Training

The first LPD cohort had a number of qualities that may have enhanced the Program's chances for success, notably their seniority, their previous management and leadership training experiences, their learning and study habits. Some PHD and DH share these characteristics, but many do not. Programs for other levels of leaders should be tailored to their particular strengths and experiences.

### 8.6 Review the Utility of the LCSP Tools

The concept of the "challenge" needs to be better defined, both as a concept for systemic analysis and as a tool for leadership practice. Its use needs to be systematized. The POAs filled out by participants may have had value as starting points, but provided little

guidance for concrete actions. There did not appear to be a clear utilization path for the two data gathering tools – the work climate study and the self-evaluation instrument. As pointed out in the following section, these instruments can have value as a basis for participant and team discussion, for exploration of the fundamental concepts of leadership practice and team climate. However, their application must be carefully reviewed and planned if they are to yield useful information.

### 8.7 Continued Reinforcement of Leadership Practices at Senior Levels

Given their full schedules and responsibilities, it is a challenge to find ways to familiarize the Minister and the Secretary General with the leadership functions, practices, terminology and mindsets with which their subordinates are now equipped. Their support is critical for the transformation in work climate that many of the 21 people who have been exposed, more or less, to the principles and practices of management and leadership, are pursuing. The Ministry should also support regular opportunities for its senior staffers to network and share their experiences in applying leadership practices.

### 8.8 Establish a Pool of LCSP Facilitators

Many participants felt that the role of the facilitators was absolutely critical and recommended the creation of a facilitator core team within the MPS. Several felt that they themselves could also be instrumental in transferring concepts, techniques and skills with the help of didactic material through a mix of mentoring, modeling and discussions. However, it is critical to identify the characteristics necessary to successfully play the trainer & facilitator role. The capacity to foster a safe training environment is crucial. The current facilitators provide excellent models, even while they are considerably junior in rank and/or age to many of the participants of the program. It would be worthwhile to consider the recruitment of other graduates of the initial Training of Trainers, conducted several years ago by PRISM.[55]

### 8.9 Explore the Possibilities for a Synergy of Effort to Extend Leadership Practices

At PRISM, the idea of coordinating a LCSP strategy with other interested partner agencies such as GTZ was discussed. PRISM and the MOPH should examine other agencies' training and developmental orientations for possible convergence of interest. Perhaps the MOPH could approach other Ministries regarding their potential interest in a similar cross-sectoral program.

[55] From which the current Guinean members of the LCSP facilitator team graduated.

# 9 RECOMMENDATIONS FOR A MONITORING SYSTEM

A fourth and final objective of this evaluation was to:

> *make recommendations for the establishment of a monitoring system that will permit the Ministry of Health to monitor progress on a regular basis*[56].

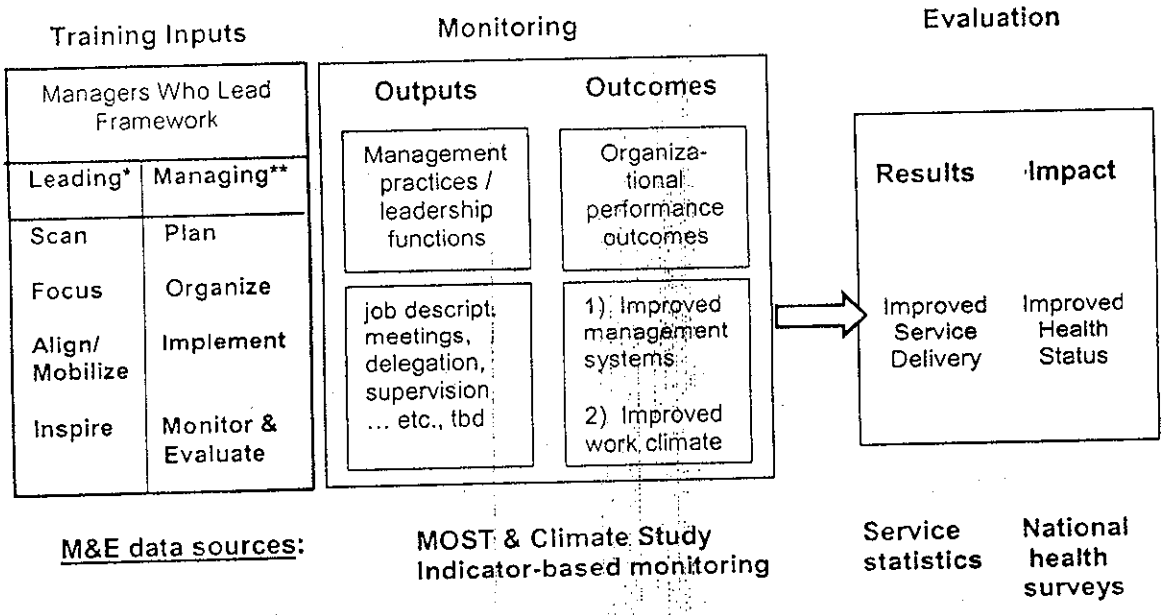
Monitoring differs from evaluation in that it is: a) conducted on a recurring basis, b) done by staff internal to the organization, and c) used for self-corrective rather than judgmental purposes. Monitoring is basically a management function and should be designed so that it can be incorporated easily into routine operations. A monitoring system consists of a set of complementary mechanisms that, combined, permit the tracking of progress where a single monitoring tool is not sufficient. Monitoring systems should be parsimonious, i.e., focus on the most essential data only, if they are to be sustainable and well-utilized.

The recommendations for a monitoring system are guided by the following **assumption: LCSP inputs added to existing management capacity will, through mechanisms of team strengthening, improve team capacity to achieve observable improvements at the service delivery level.** These assumptions are in line with those put forth by M&L's results framework for Managers who Lead.

The relationship between inputs, outputs and the longer term outcomes is presented in Figure 4. It is derived from the results framework and shows the role and function of the proposed monitoring system within a broader M&E scheme based on the stated assumptions. Evaluation looks at the hoped for end effects (of a truly effective health system) on the capacity to deliver quality health services, and at the ultimate impact on the health status of the client population. Monitoring is concerned with the means: the evidence of strong team-based management and leadership practices.

[56] Evaluation Scope of Work, Appendix A.

Figure 4: Domain for Monitoring System within a Full M&E System




* Provided by LCSP
** Provided by prior management training

Sources of evaluation data include service statistics, local or regional household surveys, and national surveys such as the DHS, disaggregated to the regional or zonal level.

The monitoring system should reinforce the fundamental characteristics and values of the LCSP. It should:

- be participatory
- be evidence-based
- be feasible and relatively simple to execute
- encourage self-diagnosis and build evaluative skills
- facilitate rapid feedback
- complement current data collection structure

To monitor progress on outputs and outcomes, we recommend a facilitated self-assessment approach that becomes the basis for problem identification and action. The advantages of self-assessments are that they are participatory, transparent, and fairly easy to execute with the help of at least one skilled facilitator. The disadvantage is that the findings are difficult to compare across different settings and time points, since they are easily influenced by factors such as the composition of the respondent group (seniority, position, experience, etc.) and subjective interpretations of standards, terms and concepts, that are easier to control in a conventional more objective assessment. For the Guinean context where team work and transparency is very critical, we feel that the advantages

outweigh the disadvantages. This does not preclude the use of a more objective instrument based on selected indicators that have been standardized across the MOPH.

Neither monitoring nor evaluation can be performed in a vacuum. They should be fully incorporated into project planning, where means-ends linkages are clearly spelled out and objectives are expressed in measurable terms. We therefore recommend a process that links monitoring directly with planning.

## 9.1 Improved Management Practices and Systems : the MOST

MSH has developed a tool and a process, combining team-based self-assessment with planning for improved management. The Management and Organizational Sustainability Tool (MOST) process bring teams together to review systematically and critically their organizational functions, systems and processes. The tool provides guidelines for distinguishing between actual and desired performance, and helps groups to position themselves on a performance continuum. Its results can be used directly for a collaborative development of action plans. In addition, the MOST can provide an excellent introduction to the concepts of objectives and indicators and encourage evaluative thinking.

While the focus of the MOST is on management procedures and systems, the process itself is team-based and fosters many of the qualities promoted by the LCSP, including participation, information exchange and feedback, transparency and learning within teams. It also facilitates the clarification of objectives and the identification of indicators

MOST was introduced to the LCSP participants during Module Two, and during our evaluation visits a number of the respondents expressed an interest in learning more about the tool.

We recommend that PRISM's training team adapt the MOST to the needs of the MSP and introduce it in Haute Guinée (Kankan, Faranah and N'Zérékoré) before making it available to other offices (regional or central).

## 9.2 Improved Work Climate : the Climate Assessment Tool

A test version of the climate tool was used for the evaluation. On the basis of our experience and in light of the criteria listed above, we recommend a number of adaptations to make it useful as a monitoring tool that provides a learning opportunity and encourages self-diagnosis and planning for improvement.

Content:

- The content of the statements is currently under revision at M&L
- One column should be added to the right side of "Actual Practice" column for concrete examples of evidence

Process:

- The climate assessment should be introduced by a skilled facilitator who ensures the opportunity to thoroughly discuss the concept of work climate and its characteristics.
- Respondents are given at least 30 minutes to complete the Climate Study form.
- The facilitator leads a small task group that analyzes the results according to the guidelines provided.
- The results are discussed at length with the respondent group
- Priority areas for improvement are identified and a 3-6 month improvement plan is drawn up.
- The instrument is administered, in the same manner and to the same respondents, after 3 months and subsequently every 6 months.

## 9.3 M&L indicators:

MSH has developed a "menu" of indicators for management and leadership for use by its technical advisors and clients, that is oriented specifically to its own approach. The leadership indicators were recently revised using input from a field inquiry in Brazil and from this evaluation in Guinea. The exploratory nature of the Guinea evaluation allowed us to describe detailed evidence of leadership characteristics that provided fertile materials for the indicator revisions.

There are two uses we suggest for the indicator menu. First, it proposes output indicators for management practice that can be measured through observation. These, or an adaptation of them, can become incorporated into the current supervisory tools that have been (or are being) developed at several of the MOPH regional offices. Second, it proposes a set of indicators for the four leadership function which are consistent with our findings during this evaluation and which therefore offer a field-tested alternative to the current "Leadership Practices" questionnaire that has been used during training.

# REFERENCES


MSH, "PRISM Family Planning and Health Activities in Guinea", Technical Proposal, 2002.

MSH- PRISM, "Rapport de la conduite de l'atelier MODULE 2", Août 2002.

MSH-PRISM, "Rapport de la conduite de l'atelier MODULE 3", November 2002.

MSH-PRISM, "An Overview of a 6-Month Leadership Development Program (LDP) for Senior Health Managers in Guinea.

MSH-PRISM, "Leadership Dialogue Meeting", April 2002.

PRISM, "Rapport du Suivi Post-Formation", August 2002.

PRISM II, "Plan d'Action Opérationnel 2003-2005", 2002.

République de Guinée, Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire 2003 – 2012

# APPENDICES

A Scope of Work

B Interview Guide for the Leader

C Interview Guide for Group Members

D Climate Study Questionnaire

E An Overview of a 6-month Leadership Development Program (LDP) for Senior Health Managers in Guinea



342

# APPENDIX A

Management and Leadership Project (M&L)
Management Sciences for Health (MSH)

Evaluation of the LDP Intervention in Guinea
Terms of Reference

## 1 Background and Objectives

During the MOH's last annual revue of the Guinean Primary Health Care System, weaknesses in the management of the (program team) and of the decentralization process in general were recognized as priority areas for improvement. The constraints of a long tradition of centrally controlled hierarchical structures where staff is used to receiving its orders from the upper reaches of the hierarchy have become clearly evident in the context of the country's decentralization process and the development of good leadership and management skills at all levels (central, regional and local) more pressing than ever. Thus a program of reinforcement of leadership and management capacity was proposed and became integrated as a priority initiative in the FY02 workplan of PEV/SSP/ME.

With the assistance of USAID, through PRISM[57] in Guinea and the M&L Program in Boston, the PRCL (Programme de Renforcement des Capacités en Leadership) began in April 2002 with two leadership dialogue meetings at the hotel Camayenné in Conakry. This, then, became the basis for agreement to the PRCL program of a series of three workshops to be implemented over the course of several months, with the first workshop conducted in April and the final workshop in October-November 2002.

The general goal of these workshops was to assist the participants in mastering and improving their skills in the exercise of the functions of leadership with a view of improving the performance of the Guinean health system.

The initial dialogue meetings focused the attention of the participants (which represented the most senior levels of the GMOH) on the most important leadership and management challenges with which the MOH is currently faced, the leadership capacities that are needed to overcome these challenges, and the weaknesses that need to be addressed. In the first workshop participants familiarized themselves with a pragmatic model of leadership functions and practice, undertook self-assessments with respect to identified skills, and explored implications for individual behavior and team dynamics. Participants produced action plans, and many of them were visited some time after the workshop by the Guinean trainers, who served as coaches. The second workshop, held in August, focused on leadership and the understanding of team and organizational dynamics, including the ability to manage conflict productively, negotiate effective agreements and align various parties towards common goals. Again, action plans were produced and participants visited before the third workshop.

[57] PRISM (Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA) provides the Government of Guinea with specialized technical assistance in strengthening health systems and promoting sustainable increases in the use of health services. Its interventions include a wide array of support functions, including the application of tools for the improvement of management capacity.



343

The specific objectives of the final (third) workshop were to:

- Consolidate the skills acquired in the application of leadership functions in central and regional offices
- Increase self-confidence as leader and as change agent
- Reinforce communication capacities within the organizations
- Deepen the understanding and the dynamics of human interactions
- Extend the staff's scope for decision-making within each organization
- Develop a systematic way of thinking within each organization

At the end of the last workshop participants proposed the following activities to support the ongoing effect of the completed program:

g) Ongoing informal support networking between the participants as they practice their leadership skills;
h) An evaluation of the effects of the workshop in the participants' own work environments within the first six months of the final session;
i) The development of a monitoring system that will allow the Ministry (with the support of PRISM) to discern the impact of this and future leadership strengthening and development programs on the performance as the MOH as a whole

The objectives of the proposed evaluation are to:

e) Determine the extent to which the training program has achieved its behavioral objectives.
f) Determine the extent to which participants have achieved their own performance objectives, based on leadership challenges identified at their own level.
g) Make recommendations for the establishment of a monitoring system that will permit the Ministry of Health to monitor progress on a regular basis.
h) Formulate recommendations to the MOH and PRISM on the best strategies and approaches to extend the program to the other organizational levels of the Ministry.

An additional objective for M&L specifically is to use this study as an opportunity to test a series of leadership indicators in the field.

## 2 Proposed Methodology and Key Questions

For the collection of data on the effects of leadership training, a well-triangulated qualitative approach will be used, using semi-structured interviews and other techniques such as concentric mapping. After making the necessary courtesy visits to the Mninister, the General Secretary and to the National Director for Public Health, the interview process will take place, beginning and ending with the direct beneficiaries of the leadership training program. These include the following:

Seven Regional Health Directors,
Two Special Advisors to the Minister of Health (Legal/International Cooperation)
The National Coordinator of the PEV/SSP/ME,
The General Inspector of Health,
The National Director for Pharmaceutics and Laboratories
The Director for Planning and Statistics



344

The combined total is 13 staff in key positions that include 7 regional and 6 national positions. In view of the broader objectives of the program, each of these individuals represents one specific work environment (or level) that is to be impacted by a new leadership style. The flow of inquiries will therefore move concentrically, from workshop participant to members of his or her work environments, immediate and beyond, then back to the participant. In order to determine the most appropriate informants to be queried within each work environment, the first interview should include a concentric mapping of the reach of influence by changes in leadership style and practices.

Two sets of questions will guide the interviews, corresponding to objectives a) and b) above:

a) Questions concerning changes in behavior and practices and their immediate effects on staff response and organizational climate.
b) Questions concerning the extent to which specific leadership challenges have been addressed by each participant in the program.

The leadership challenges defined at the outset of the Guinea leadership program are ambitious, because they are broad challenges for the system as a whole. They were revisited at the end of the last workshop in order to gauge whether any relevant new initiatives had been taken or other ones being planned. The objective of this part of the inquiry is to a) assess the determination of the participants in the face of the obstacles that are certain to present themselves in their own work environments; b) assess the sustainability potential of newly acquired attitudes and practices.

In the course of the data collection phase, appropriate indicators will be identified, tested and revised for use in the Ministry's leadership monitoring system.

**Selection of sites and participants for the evaluation:**

Because of the client's interest in monitoring future progress, we recommend that all sites be included in this evaluation. This includes the seven regional sites and the Ministry of Health in Conakry.

At each site, information will be collected on as many perspectives as is reasonable and practical. The selection of informants will be guided by a concentric map created in the course of the first interview with the workshop participant. This map can then become the basis for identifying additional informants, using a snowball approach to selection. The interviews will follow a thematic guide, using open-ended questions as a basis for guided probing.

## 3 Implementation Activities

The interview schedules will be drafted by the Boston-based evaluation team, circulated to associated resource persons in Guinea (PRISM and MOH) and Boston, and revised for on-the-ground testing.

On-site evaluation activities will be scheduled for April 2003 (see calendar below). An evaluation team composed of two consultants will join relevant PRISM staff in a final review of the interview schedules in Conakry. These schedules will be pre-tested with selected local resource persons that are not included in the evaluation itself.



345

For the collection of the interview data, we propose a team of two: Interviewer (consultant) and note-taker. This will free up the interviewer to dedicate him/herself completely to the dynamics of the exchange and to the probing process. The pre-test will provide an opportunity to develop an productive team coordination between interviewer and support note-taker during the interviews.
Indicators to be tested will be included in the interview schedules and special note will be taken according to a pre-defined list of criteria.

Visits to the sites will include an investigation of monitoring capacity, guided by a standard set of questions.

It will be important to permit sufficient time prior to leaving each site visit to process the information obtained and check for gaps or any additional information needed.

## 4 Deliverables

- Interview guides
- Criteria for testing indicators
- Guide for assessing monitoring capacity
- Report plan
- Evaluation report
- List of recommended monitoring indicators
- ? (further deliverables for monitoring system?)

## 5 Division of Responsibilities

a) M&L-Boston – Sylvia Vriesendorp, Linde Rachel, Karen Sherk
Preparation of the terms of reference for the evaluation, selection and recruitment of evaluation consultants, development of key questions and draft interview guides, provision of background materials to consultants .....

b) PRISM – Alain Joyal or delegate:
Preparations in Guinea: review of terms of reference and interview guides, participation in the selection of groups and informants; selection of a local note-takers, ; logistics for preparatory visit and data collection; feedback on report.

c) PRISM – (administrative support):
Scheduling of interviews, travel arrangements, etc.

d) Regional Consultant – (tbd):
Background reading; participation in preparatory phase in Guinea; collection of data; analysis and report.

e) Note-takers:
Participation in preparatory phase in Guinea; collection of data; transcription of notes.



346

## 6 Proposed Calendar of Activities:

| Activity | Dates /time intervals* | Site of activity | Person Respon-sible | Resource persons involved |
|---|---|---|---|---|
| Communications, selection of consultants, other preparations | Jan.-April 03 | Boston | SV | LR; NL; KS |
| Evaluation terms of reference | Jan. 03 | Boston | LR | SV; NL |
| Draft interview guides<br>Determine indicators to be tested | March 24 - 28 | Boston | LR | SV; NL |
| In-country pre-study preparations:<br>Review of terms of reference and interview guides; recruitment of note-takers; finalization of logistics | April 03 | Conakry | LR | AJ; consultant |
| In-country preliminary consultant activities:<br>Conduct preliminary interviews with key informants (trainers, key stakeholders); Pretest and finalize interview guides; Train team members | April 21 - 25 | Conakry | LR | Evaluation team; in-country support team |
| Data collection | April 28 – May 8 | Guinea Region | LR | Evaluation team; in-country support team |
| Processing and preliminary analysis of data; follow-up interviews with key informants in Conakry; preparation for presentation of preliminary results | May 9-14 | Conakry | LR | Evaluation team (including SV) |
| Debriefings and formal presentation by evaluation team (debriefing meetings with the MOH and with the Mission on the first day and formal public presentation on the second day) | May 15-16 | Guinea | LR | Evaluation team; (including SV) |
| Analysis & draft report, including recommendations for indicators to be used and other aspects of the monitoring system | May 19 – June 13 | Boston | LR | Regional consultant |
| Review of draft | June 14-28 | Boston / Guinea | LR | AJ; SV; NL; JG; other tbd |
| Final report | Due July 15 | Residence / Boston | LR | Regional consultant; |
| Report distributed | July 16-18 | Boston | LR | SV; NL; KS |

* proposed dates, tentative for now

Legend:

SV = Sylvia Vriesendorp (Principal MSH Trainer)
LR = Linde Rachel (Senior Research & Evaluation Associate)
NL = Nancy LeMay (Senior Program Officer, R&E Unit)
AJ = Alain Joyal (PRISM person and intermediary)
KS = Karen Sherk (Senior Program Assistant – R&E Unit)
JG = Joan Galer (Director of Leadership Unit – M&L)

## 7 Deliverables

- Interview guides
- Recommendations for extension strategy and monitoring system, including a proposed set of monitoring indicators
- Presentation of preliminary results – set of overheads/handouts
- Evaluation report

## APPENDIX B

## EVALUATION DU PROGRAMME DE LEADERSHIP
## GUIDE D'ENTRETIEN

### DIRIGEANTS D'EQUIPE

| Questions pour sondage / informations | Objectif de question / instructions / commentaires |
|---|---|
| **1 Identification / informations:** | |
| Nom et titre<br>Combien de temps dans le poste actuel? dans la region? avec MSP?; au niveau central? | Sans aller trop dans les details de carriere, on aimerait savoir si l'individu a eu une experience de la région ainsi que du niveau central |
| Sur base d'une carte institutionnelle du MSP, indiquez les **contacts et connexions principaux** – interne et externe | La cartography (mapping) nous permet de visualiser et capter les relations internes et externes du Directeur |
| Quels sont les **caractéristiques et défis speciaux de cette région/ce bureau** : population, ressources, partenaires potentiels ? Comment diffère-t-ils de votre dernière région / dernier bureau (si applicable) ? | Ces informations fournirons des points de référence pendant les discussions suivantes sur les défis du poste. |
| Le processus de **décentralisation**, comment ça c'est passé dans votre région ? | |
| Quelle est la situation des **ressources disponibles et potentielles** dans votre région ? | |
| **Combien de personnel y-a-t'il? Quelles sont les lacunes au niveau du personnel ?** | |
| **2 Historique de formation:** | |
| Au cours des derniers trois ans, qu'est-ce que vous avez reçu comme formation en gestion et leadership (hors PRCL)? par type ou thème, fournisseur, période. | Les expériences antérieures de formation pourront influencer les capacités du répondant. |
| **3 Parlons du programme de leadership:** | |
| C'est comment que vous-êtes venu au programme de leadership ? Quelles étaient vos attentes au début? Est-ce qu'elles ont changé? Si oui, dans quel sens? Quelles sont vos attentes à l'heure actuelle? Face aux développements stratégique et politique au | C'est pour faciliter la memoire, clarifier le contexte, et préparer le répondant pour les questions suivantes.<br><br>Nous aimerions savoir comment le répondant |

| | |
|---|---|
| niveau du MSP, le programme de leadership s'inscrit comment dans le plan global? | conçoit l'intégration du PRCL avec les priorités du MSP. |
| **4 La restitution avec le staff :** | |
| Avez-vous partagé les idées et les acquis du programme de leadership avec votre staff ? Si oui, comment ? Avec qui ? Est-ce qu'il comprennent les concepts ? Qu'est ce qu'il leur faut encore pour qu'ils soient en mesure de bénéficier de ces idées ? Quel est le programme futur de communication de ces idées ? | |
| **5 Parlons des défis:** | |
| Avant de lancer la discussion sur le "défi de référence" (le défi choisi pour cette évaluation), nous aimerions revoir votre expérience générale avec les activités autour les défis et les plans d'action élaborés au cours du PRLC. | L'obejctif est d'établir le contexte du "défi de référence" en passant par l'expérience générale sur les défis et les plans d'action au cours du PRCL. |
| a) Le fond (background):<br>Au cours du programme de leadership, vous avez identifié, collectivement, une liste des défis. Et nous avons vu l'évidence d'action à travers des rapports des encadreur et des plans d'action. Spécifiquement à votre niveau, qu'est ce qui s'est passé? | C'est une question ouverte qui permettra au répondant de donner l'histoire de son expérience avec toutes les actions entreprises autour les défis et son plan d'action. |
| b) **Le défi choisi / de référence:**<br>Quel est le défi? Parmi d'autres, vous l'avez choisi pourquoi ? et comment ? avec qui ? Qui sont les autres qui collabore sur ce défi ? Est-ce qu'ils constituent une « équipe » ? | I'l s'agit de déterminer le processus de reflexion dans le choix et l'inclusion des autres |
| Donnez-nous le contexte aussi complet que possible de ce défi | These are the key questions. We are trying to understand fully if and to what extent and how the leadership functions have been applied in meeting real challenges.<br>Refer to the challenges listed in Annexe 4 of the Third Module Report. |
| **Pour sondage :**<br><u>Scruter</u>: Qui sont les concernés, les intéressés ? Quels sont les besoins spécifiques à adressés ? Vous avez travailler sur ce défi depuis quand ? Avec qui ? Quelles sont les questions clés dans ce défi ? Les questions clés ont-elles changées au cours de ce travail ? Quelles seront les conséquences possibles ? | Are they different from what the director used before? If so, in what way?<br>We want to know whether they are using networks and external sources for their information? |
| D'où viennent vos informations – de l'intérieur (au MSP), de l'extérieur? Expliquez comment vous / | |



349

votre équipe ont fait pour avoir les informations appropriées par rapport à ce défi ? Que pensez-vous de la qualité et fiabilité de ces informations ? Que faites-vous pour vérifier les informations ? Qui s'engagent dans les recherches ?

Localiser: Pourquoi et comment le défi a-t-il été sélectionné ? Avec qui ? Est-ce qu'il existe un plan d'action ? Si oui, il a été dévéloppé par qui ? On peut le voir ? Est-ce les objectifs sont clairs ? raisonnables ? cohérents avec les objectifs du MSP ? Est-ce qu'on a fait une revue de la mission et la stratégie au cours de la formulation du plan d'action ? Est-ce qu'il y a eu des négotiations à faire au cours de ce processus ? Si oui, expliquez comment et avec qui ?

Aligner/mobiliser : Parlons des ressources – humaines et autres – exigées pour aborder le défi. Avez-vous des ressources suffisantes pour l'atteinte des objectifs du défi. Sin non, que faites-vous pour aller à la rencontre du défi. Si oui, qu'avez-vous fait pour vous assurer les ressources nécéssaires ?

Est-ce qu'il ya une équipe qui s'occupe de ce défi ? Si oui, comment l'avez-vous établi ? Est-ce qu'il y a un plan de travail pour cette équipe ? Les responsabilités, comment sont-elles distribuées à travers des members de cette équipe ?

Avez-vous l'appui de vos supérieurs dans cette affaire ? De vos collaborateurs dans d'autres services ou agences ? Etes-vous satisfaite avec le progrès ? Si non ou oui, pourquoi ?

Inspirer : Quel est le niveau de cooperation ou collaboration de votre staff par rapport à ce défi ?

Avez-vous reçu des suggestions ou d'autre appui de la part d'autres participants du PRCL ? Est-ce qu'il y a d'autres sources d'inspiration et de feedback hors de la structure DRS ?

Expliquez en détail. Fournissent-ils des conseils, suggestions, informations ? Utilisez-vous les commentaires et suggestions de votre staff et d'autres

Nous cherchons à savoir s'il y a des inititiaves de développement de reseau.



350

| | |
|---|---|
| collaborateurs ? Comment ? Donnez des exemples. Sont-ils capable de libérer le temps nécéssaire à cette collaboration ?<br><br>Comment assurez-vous une amélioration continue dans ce domaine (du défi) ? A travers quels dispositifs ? Y a-t-il d'autres défis sur lesquels vous travaillez à l'heure actuelle ? Si oui, lesquels ? Quel sera votre prochain défi prioritaire ? Pensez-vous utiliser la même approche pour l'aborder ? Que ferais-vous de différent ? | |
| **6 Sur le plan personnel – observations de soi-même:** | |
| Par rapport aux acquis personnels, quels ont été les choses (capacités, leçons, etc.) les plus importantes et utiles que vous avez obtenu à travers le PRCL? Spécifiquement, parlons des quatre fonctions de leadership: scruter, focaliser, aligner/mobiliser, et inspirer: comment s'appliquent elles dans vos activités quotidiennes ? Est-ce que vous agissez de manière différente depuis le PRCL? Si oui, comment ? | |
| **7 Au niveau du groupe:** | |
| Au niveau du staff, est-ce qu'il a eu des améliorations dans leur performance depuis le PRCL ? Si oui, expliquez.<br><br>**Pour sondage:**<br>**Scruter:** est-ce que le staff s'informe activement & volontairement sur tous les aspects de leur travail ? Est-ce qu'il obtiennent les informations les plus importantes ? Est-ce qu'il prennent des iniatives pour obtenir les informations qu'il leur faut ? Est-ce qu'ils vérifient les données qu'ils reçoivent ?<br>**Focaliser:** Est-ce que votre staff a une bonne compréhension, collectivement, de votre mission et stratégie ?<br>**Aligner/mobiliser:** Le staff, est-il bien capable de travailler avec les ressources disponibles?<br>**Inspire:** Est-ce qu'il y a eu des propositions ou des initiatives innovatrices de votre staff? | Nous voulons connaître les perceptions du directeur sur la performance de son équipe et l'influence qu'il pense avoir eu depuis le programme de leadership. |

| 8 Au niveau institutionnel (MSP): | |
|---|---|
| Au niveau de MSP, est-ce qu'il a eu des changements dans les relations entre la région et le niveau central ? Si oui, donnez des exemples.<br><br>Y a-t-il eu des changements dans vos relations avec vos collègues dans les autres régions / bureaux? | |

**Anecdote pour le "leadership booklet survey": s'assurer qu'il y ait les réponses à ces questions**

Si vous reflechissez sur votre expérience en tant que leader globalement,

**Comment fait-on pour emmener les autres:**

a) **à identifier et/ou faire face à un tel défi**
b) **à achever des résultats en surpassant ces défis**

Quelle compétence vous a été la plus utile en encouragant les autres de se mettre en face des défis et d'achêver des résultats ?

Est-ce que vous pouvez nous donner un exemple?

**Appliquer l'étude de clima au directeur**



352

## APPENDIX C

## EVALUATION DU PROGRAMME DE LEADERSHIP
## GUIDE D'ENTRETIEN

### EQUIPE DE TRAVAIL

| Questions pour sondage / informations | Objectif de question / instructions / commentaires |
|---|---|
| **1 Identification / informations:** | |
| Après introduction de l'équipe d'évaluation et de l'objectif de cet entretien, faire le tour du groupe :<br><br>Nom et fonction<br>Combien de temps dans le poste actuel?<br>Formation reçue en gestion et/ou leadership. | Sans aller trop dans les details de carriere, on aimerait savoir si l'individu a eu une experience de la région ainsi que du niveau central<br><br>Have they had team mgt. or similar courses ? |
| **2 Parlons du groupe:** | |
| Vis-à-vis le directeur / du défi, où se situe ce groupe ? Comment se situe-t-elle dans la structure locale (du Bureau/Service Regional) ? A-t-elle un plan de travail ? Règlement intérieur ? Des réunions ? Des proces verbaux ? | Nous supposons qu'il s'agit d'un groupe avec des obectifs en commun |
| **3 Parlons du programme de leadership:** | |
| Qu'avez-vous entendu du programme de leadership ? Avez-vous eu un exposé ou une restitution du directeur ?<br>Selon vous, c'est quoi le leadership ? | Pour évaluer le processus de restitution<br><br>Pour avoir leur définition du leadership contre celle du directeur |
| **4 Parlons du défi de _____ (de référence):** | Il s'agit du même défi qu'on a abordé avec le DR. Note : Il faut vérifier le langage utilisé par rapport au « défi » et s'adapter. |
| Selon vous, quel est le défi principal que vous êtes en train d'adresser ? C'est qui qui a décidé de se lancer sur cette initiative ? Parmi d'autres, ce défi a été choisi pourquoi ? et comment ? | |
| Donnez-nous le contexte aussi complet que possible de ce défi | I'l s'agit de déterminer le processus de reflexion dans le choix et l'inclusion des autres |
| Pour sondage :<br>Scruter: Qui sont les concernés, les intéressés ? Quels sont les besoins spécifiques à adressés ? Vous | These are the key questions. We are trying to understand fully if and to what extent and |

| | |
|---|---|
| avez travailler sur ce défi depuis quand ? Avec qui ? Quelles sont les questions clés dans ce défi ? Les questions clés ont-elles changées au cours de ce travail ? Quelles seront les conséquences possibles ? | how the leadership functions have been applied in meeting real challenges.<br>Refer to the challenges listed in Annexe 4 of the Third Module Report. |
| D'où viennent vos informations – de l'intérieur (au MSP), de l'extérieur? Expliquez comment vous / votre équipe ont fait pour avoir les informations appropriées par rapport à ce défi ? Que pensez-vous de la qualité et fiabilité de ces informations ? Que faites-vous pour vérifier les informations ? Qui s'engagent dans les recherches ? | Are they different from what the director used before? If so, in what way?<br>We want to know whether they are using networks and external sources for their information? |
| Focaliser: Pourquoi et comment le défi a-t-il été sélectionné ? Avec qui ? Est-ce qu'il existe un plan d'action ? Si oui, il a été dévéloppé par qui ? On peut le voir ? Est-ce les objectifs sont clairs ? raisonnables ? cohérents avec les objectifs du MSP ? Est-ce qu'on a fait une revue de la mission et la stratégie au cours de la formulation du plan d'action ? Est-ce qu'il y a eu des négotiations à faire au cours de ce processus ? Si oui, expliquez comment et avec qui ? | |
| Aligner/mobiliser: Parlons des ressources – humaines et autres – exigées pour aborder le défi. Avez-vous des ressources suffisantes pour l'atteinte des objectifs du défi. Sin non, que faites-vous pour aller à la rencontre du défi. Si oui, qu'avez-vous fait pour vous assurer les ressources nécéssaires ? | |
| Avez-vous l'appui de vos supérieurs dans cette affaire ? De vos collaborateurs dans d'autres services ou agences ? Etes-vous satisfaite avec le progrès ? Si non ou oui, pourquoi ? | |
| Inspirer: Quel est le niveau de cooperation ou collaboration de vos supérieurs et d'autres collègues par rapport à ce défi ? Expliquez en détail. Fournissent-ils des conseils, suggestions, informations ? Utilisez-vous les commentaires et suggestions d'autres collaborateurs ? Comment ? Donnez des exemples. Sont-ils capable de libérer le temps nécéssaire à cette collaboration ? | |

| | |
|---|---|
| Comment assurez-vous une amélioration continue dans ce domaine (du défi) ? A travers quels dispositifs ? Y a-t-il d'autres défis sur lesquels vous travaillez à l'heure actuelle ? Si oui, lesquels ? Quel sera votre prochain défi prioritaire ? Pensez-vous utiliser la même approche pour l'aborder ? Que ferais-vous de différent ? | |
| **Commentaires généraux / en resumé** | |
| Dans 5 ans, quelles sont les perspectives futures du programme de leadership au niveau de:<br>- votre bureau ?<br>- de la région ?<br>- du plan national ?<br>- Avez-vous des récommandations pour :<br>- le suivi de ce programme?<br>- stratégie future de formation? pour vous même? les autres ? | |
| **Défis (suite) – questions pour le "leadership booklet survey": s'assurer qu'il y ait les réponses à ces questions** | |
| Sur le plan plus global, parlez-nous de votre défi le plus important que vous avez du aborder dans les dernières années. Nous nous intéressons aux défis exigeant un travail en équipe ou en collaboration avec d'autres.<br><br>Dans ces cas, selon votre expérience, comment fait-on pour emmener les autres<br>a) à identifier et/ou faire face à un tel défi<br>b) à achever des résultats en surpassant ces défis<br><br>Quelle compétence vous a été la plus utile en encouragant les autres de se mettre en face des défis et d'achêver des résultats ?<br><br>Que ferai-vous de différent la prochaine fois ? | These are the key questions. The respondent should be allowed to express him/herself fully in response. The response should be recorded as much as possible in the respondent's own words. A tape recorder might be used for this section – with the respondent's consent. |
| **Sur le plan personnel – observations de soi-même:** | |
| Par rapport aux acquis personnels, quels ont été les choses (capacités, leçons, etc.) les plus importantes et utiles que vous avez obtenu à travers le programme de leadership?<br>Spécifiquement, parlons des quatre fonctions de | |

| | |
|---|---|
| leadership: scruter, focaliser, aligner/mobiliser, et inspirer: comment s'appliquent elles dans vos activités quotidiennes ? Est-ce que vous agissez de manière différente depuis le PROGRAMME DE LEADERSHIP? Si oui, comment ? | |
| **Au niveau du groupe:** | |
| Au niveau du staff, est-ce qu'il a eu des améliorations dans leur performance depuis le programme de leadership ? Si oui, expliquez.<br><br>[Pour sondage]<br>Scruter: est-ce que le staff s'informe activement & volontairement sur tous les aspects de leur travail ? Est-ce qu'il obtiennent les informations les plus importantes ? Est-ce qu'il prennent des iniatives pour obtenir les informations qu'il leur faut ? Est-ce qu'il vérifient les données qu'ils reçoivent ?<br>Focaliser: Est-ce que votre staff a une bonne compréhension, collectivement, de votre mission et stratégie ?<br>Aligner/mobiliser: Le staff, est-il bien capable de ability to work with what is available to get results Inspire: encourage staff to find innovative ways for solving problems, go that extra mile, demonstrate commitment to staff] | Nous voulons connaître les perceptions du directeur sur la performance de son équipe et l'influence qu'il pense avoir eu depuis le programme de leadership. |
| **General / summary comments** | |
| | |
| Apply climate study individually to the Director | Voir les instructions pour l'étude de clima |

APPENDIX D

## Management Sciences for Health
## Développement du Management et du Leadership

# Evaluation du Climat des Groupes de Travail

**CARACTERE CONFIDENTIEL**

Vos réponses sont confidentielles.
En aucun cas, vos classifications individuelles ne seront communiquées à d'autres dans l'organisation sans votre permission.

Nom du Groupe de Travail : _____

Nom du Leader: _____

Prière de choisir l'option appropriée en cochant ci-après :

☐ Je suis le leader du groupe de travail

☐ Je suis un membre du groupe de travail



357

## But

L'enquête vise à évaluer le climat au sein d'un groupe de travail.

## Qu'est un « groupe de travail » ?

Le groupe de travail comprend des personnes qui travaillent ensemble régulièrement pour arriver à des résultats donnés. Il peut s'agir d'une relation structurée telle qu'un service ou un centre ou alors, le groupe de travail peut être une équipe temporaire réunie pour un rôle ou une tâche spécifique.

## Qu'est un « climat de groupe de travail » ?

***Le climat est une mesure qui indique l'engagement et le dévouement des employés en vue de produire des résultats.***

- Le climat est mesuré à l'aune des perceptions des employés.
- Les climats positifs sont caractérisés par la clarté, l'adaptabilité et l'engagement.
- Les climats négatifs sont caractérisés par la confusion, la rigidité et le manque de confiance.
- Le climat a un impact sur la productivité.
- Quand le climat est positif, les gens vont au-delà de ce qu'on attend d'eux pour produire des résultats.
- Le climat est influencé directement par les pratiques du leader.

## Caractère confidentiel

- Vos réponses sont confidentielles.
- En aucun cas, vos classifications individuelles ne seront communiquées à d'autres dans l'organisation sans votre permission.
- Un rapport de feed-back ne sera réalisé que s'il existe au minimum trois ensembles de données des membres de l'équipe.

## Exactitude

- Soyez aussi franc et honnête que possible en classant les éléments de cette enquête. Mettez ce que vous pensez.
- Cette information ne servira que si vous faites une description authentique du climat dans votre groupe de travail.

## Instructions

1. Marquez le nom de votre groupe de travail et également le nom de votre responsable sur la page de couverture.
2. Indiquez sur la page de couverture, si vous êtes le **leader/responsable** du groupe de travail ou un **membre** du groupe de travail en plaçant une coche (✓) dans l'encadré.
3. Remplissez l'enquête et ensuite, mettez-la dans l'enveloppe de collection.

## Comment est-ce que je classe les éléments ?

Prière de lire chaque élément et de noter deux fois chaque élément.

A gauche, notez (classez) l'**Importance** de l'élément pour votre groupe de travail.

A droite, décidez comment les choses se passent **réellement à l'heure actuelle.**

Prière d'utiliser cette échelle :
1 = Pas du tout
2 = Dans une petite mesure
3 = Dans une mesure modérée
4 = Dans une grande mesure
5 = Dans une très grande mesure

Une fois que vous avez fait votre choix, indiquez votre sélection en marquant le nombre approprié dans la colonne, tel qu'indiqué ci-après.

| Importance – est-ce que c'est important ?<br>Prière de noter chaque élément sur une échelle allant de 1 à 5 ou :<br>1 = Pas du tout<br>2 = Dans une petite mesure<br>3 = Dans une mesure modérée<br>4 = Dans une grande mesure<br>5 = Dans une très grande mesure | Evaluation du Groupe de Travail | Réel – comment les choses sont-elles actuellement ?<br>Prière de noter chaque élément sur une échelle allant de 1 à 5 ou :<br>1 = Pas du tout<br>2 = Dans une petite mesure<br>3 = Dans une mesure modérée<br>4 = Dans une grande mesure<br>5 = Dans une très grande mesure |
|---|---|---|
| 4 | 1. C'est un exemple. | 2 |

* *Le groupe de travail comprend des personnes qui travaillent ensemble régulièrement pour arriver à des résultats donnés.*

Evaluation du Groupe de Travail

362

*Prière de lire chaque élément et ensuite de remplir les deux côtés du tableau ci-dessous.*

| Importance – est-ce que c'est important ? | Evaluation du Groupe de Travail | Réel – comment les choses sont-elles actuellement ? |
|---|---|---|
| Prière de noter chaque élément sur une échelle allant de 1 à 5 où :<br>1 = Pas du tout<br>2 = Dans une petite mesure<br>3 = Dans une mesure modérée<br>4 = Dans une grande mesure<br>5 = Dans une très grande mesure | | Prière de noter chaque élément sur une échelle allant de 1 à 5 où :<br>1 = Pas du tout<br>2 = Dans une petite mesure<br>3 = Dans une mesure modérée<br>4 = Dans une grande mesure<br>5 = Dans une très grande mesure |
| | 1. Nous sommes reconnus pour nos contributions individuelles | |
| | 2. Nous sentons engager dans la même direction | |
| | 3. Notre groupe de travail a des objectifs clairement définis. | |
| | 4. Nous comprenons comment notre travail contribue à la réalisation de nos objectifs globaux du Ministère de la Santé. | |
| | 5. Nous disposons des ressources dont nous avons besoin pour faire un bon travail | |
| | 6. Nous développons nos compétences et connaissances de manière continue pour améliorer nos performances. | |
| | 7. Nous sommes encouragés à explorer et expérimenter des nouvelles idées. | |
| | 8. Nous avons un plan qui guide nos activités | |
| | 9. Nous comprenons nos capacités mutuelles dans la mise en œuvre de nos activités. | |
| | 10. Nous savons clairement ce que l'on attend de nous dans notre travail. | |
| | 11. Nous pouvons décrire les besoins de nos clients sur la base des données objectives. | |
| | 12. Nous participons aux décisions qui influencent le groupe de travail | |
| | 13. Nous sommes fiers de notre travail | |



361

| Importance – est-ce que c'est important ?<br>Prière de noter chaque élément sur une échelle allant de 1 à 5 où :<br>1 = Pas du tout<br>2 = Dans une petite mesure<br>3 = Dans une mesure modérée<br>4 = Dans une grande mesure<br>5 = Dans une très grande mesure | **Evaluation du Groupe de Travail** | Réel – comment les choses sont-elles actuellement ?<br>Prière de noter chaque élément sur une échelle allant de 1 à 5 où :<br>1 = Pas du tout<br>2 = Dans une petite mesure<br>3 = Dans une mesure modérée<br>4 = Dans une grande mesure<br>5 = Dans une très grande mesure |
|---|---|---|
| | 14. Nous savons nous adapter aisément à de nouvelles circonstances | |

- Le groupe de travail comprend des personnes qui travaillent ensemble régulièrement pour arriver à des résultats donnés.

## APPENDIX E

# An overview of a 6-month leadership development program (LDP) for senior health managers in Guinea

**Considerations at the outset:** The following challenges for the LDP relate to the traditional role of leaders in the Guinean setting and shaped the structure and content of the program:

- The program participants (some central level and some regional level top managers) deal on a daily basis with the expectations of their followers regarding the behavior of a leader. At play are many culturally ingrained do's and don'ts and the pressure is on the leader to conform with those. This will cramp his or her style to try out new things or behave differently, especially those at very senior positions.

- The program has to accommodate the "translation" of imported notions and words about managing and leading into practices that can actually be adopted by staff. The particular challenge is finding a path between two extremes: gutting the new concepts from their power by Africanizing them to the point that all stays the same, on the one hand, and imposing a set of inflexible requirements that alienate staff because they break so abruptly with deeply entrenched ways of behaving, on the other hand.

- All participants are enmeshed in a larger web of relationships, practices, traditions, some of which are good, while others are highly dysfunctional and problematic. The challenge is to help the participants find points of leverage that are under their control, so that they can engage in the right kind of advocacy, and pick the right battles. In order to do this well they will need support from others as well as self-assurance that what they are engaged in is right (self-confidence).

- Questioning one's own behavior and motives, and humility is not commonly portrayed among public figures, and although people talk about it as an important leadership asset, the actual behavior is not so commonly seen. In an environment of low trust, publicly examining one's own style and need for control, and how that affects one's ability to delegate to others and to trust others to do a job well is risky.

- Under decentralization each level can expect some gains and some losses in the execution of its functions. The challenge is to help people articulate what is lost and gained and what comes in place, and helping self and others to re-define their roles. This may entail acknowledging one's own competence in executing these new roles. This also includes managing participation and the consequences of inclusion (how to

maintain some degree of order and adhere to timelines when the voices of many people are heard) and exclusion (i.e. sabotage).

- There is a significant gap between the stated principles of so-called modern management and the way things get done informally. This gap is not usually discussable in a public forum. Participants, like any other manager, experience the pressures of expectations and concomitant pressure from friends and relatives to act on their behalf, and have to frequently activate some form of ethical self-talk in order to deal effectively with frequent attempts by others to influence their decision-making.

- Decentralization has shifted the competition for resources to the district, where a whole new set of political realities needs to be taken into account, and new strategies are needed to get one's fair share. Political skills are needed to complement technical expertise, knowledge and professional status.

With these challenges in mind a 4-part LDP was developed to strengthen leadership skills by stretching (confronting, questioning), giving feedback (personal feedback, observation, journaling) and providing support (coaching, visits, reference documents, personal support network, to produce the following outcomes:

At the end of the program...

- participants can talk with authority about their district or region, its health situation, its trends, needs, tendencies, the needs as expressed by key stakeholders; they can also (articulate) the challenges they face (especially insofar as decentralization is concerned) and know what are the assets that are available to address the challenges and move toward realization of the vision; participants know who are the key stakeholders in their region/district, know how to identify key stakeholders, and can articulate the needs and priorities of each of those groups **(SCAN);**

- participants have/or can articulate a shared vision for better health for their region or district ; they have a strategy* for helping each organization within the district/region to define its mission/strategy/priorities and their relationship to the realization of the shared vision (*strategy should be clearly defined (in form of a document) but could be at various stages of implementation (each organization's work in this area could be recorded in some form and available for sharing); when each organization has gone through this process, district/regional leaders should lead an effort to harmonize the various organizational efforts **(FOCUS);**

- participants have or can develop strategies for aligning/mobilizing the key stakeholders; they have led effort to coordinate district/regional goals with



364

organizational goals and health personnel goals and to convert these goals into shared tasks (the results of this effort should be in the form of a document or series of documents); organizations throughout the district/region have plans that are aligned to support the overall district strategy; they also know how to mobilize the identified assets; have increased confidence in their ability to negotiate deals/partnerships for better health; they know how to turn a group of workers into a cohesive team and have proven their ability in their workplace and beyond (in the larger district/region) **(ALIGN/MOBILIZE);**

- participants are attracting support from above and followers from behind/below because they are believable, congruent in their actions; organizations throughout the district or region are committed to the process of collaborative planning and action **(INSPIRE).**

**Challenges defined at the beginning of the Guinea leadership program**

The following is a summary of the challenges that were identified by the health system's top managers at the beginning of the program:

- How do you reconcile the interest of the individuals with those of the organization?
- How do you do truly integrated and effective supervision (quality, job descriptions, motivation)?
- How do you deal with the lack of humanism in provider patient interactions (ethics, respect, etc.)?
- How do you increase the professional qualifications of staff (competence)?
- How do you improve the motivation of staff (including career plans, job security, benefits, etc) in a context of total absence of social security?
- How to you secure the availability and accessibility and quality of essential drugs for the population
- How do you improve health sector financing?
- How do you increase utilization of services?
- How do you go from community manipulation to community accountability?
- How do you get health and community teams to behave more responsibly with respect to their health?
- How do you make the various health facilities more operational if they were constructed without reference to the region's health map?
- How do you reconcile the actual cost of essential drugs, the posted prices and the poverty of the population?
- How to assure that existing facilities are equipped and maintained?
- How to improve the referral system up and down the health pyramid?
- How to ensure complementarities of private and public sector health services?



365

- How to bring about true communication between the various levels of the health system and improve the flow of information within and with the outside world (including between private and public sector) in order to implement concerted action?
- How do you ensure true decentralization of services with health districts fully operational?
- How do you maintain control of health services in a decentralized setting?
- How can you bring about true open-mindedness among health officials?
- How do you get to develop research activities?
- How do you fight against illegal medical practices and the sale of non-approved or unchecked pharmaceuticals?
- How do you protect those who exercise the health professions?

This list was reviewed again at the end of the program to ascertain what the participants had already been doing about them and what additional activities or strategies they intended to apply to the challenges.

**...and what has been accomplished (after 6 months)**

| |
|---|
| With respect to SCANNING, participants (and their coaches) reported that they had:<br>• Started situational analysis at the prefectoral level (visited the field, read documents ...)<br>• Conducted a situation analysis<br>• Evaluated epidemiological situation<br>• Updated data<br>• Organized consultative fora (CTRS, CTPS) |
| With respect to FOCUSING, participants (and their coaches) reported that they had:<br>• Reproduced and disseminated referral guidelines<br>• Increased staff awareness about referral procedures<br>• Lobbied with decision makers for increases in the health budget<br>• Identified priority problems<br>• Developed selection criteria for workers<br>• Facilitated meetings<br>• Made staff more aware of the importance of quality services |
| With respect to ALIGNING and MOBILIZING, participants (and their coaches) reported that they had:<br>• Supported putting in place community health insurance schemes (mutuelles)<br>• Expanded the circle of people involved (PNDS)<br>• Held coordination meetings (CTPS+CTRS)<br>• Mobilized donors and other partners<br>• Raised awareness at community level |



366

| |
|---|
| • Lobbied for the establishment of a communication system between health centers and hospitals<br>• Shared information at all levels, between providers and users<br>• Shared the MOH vision with the districts and regions (support to the CTRS)<br>• Shared the objectives of integrated supervision<br>• Held dialogues with the community |
| With respect to INSPIRING, participants (and their coaches) reported that they had:<br>• Renewed management committees (COGES)<br>• Supervised staff<br>• Trained members of management committees (COGES)<br>• Delegated tasks to subordinates<br>• Invited staff to give (personal) feedback |
| With respect to PLANNING, participants (and their coaches) reported that they had:<br>• Organized planning workshops<br>• Planned activities for each staff position<br>• Developed indicators for performance<br>• Developed supervisory tools |
| With respect to ORGANIZING, participants (and their coaches) reported that they had:<br>• Made staff more aware of the role of these committees<br>• Moved personnel to other positions<br>• Added staff<br>• Trained management committees (at community level)<br>• Developed a program of in-service training<br>• Set up and trained supervision teams per level |
| With respect to IMPLEMENTING, participants (and their coaches) reported that they had:<br>• Promoted community health insurance schemes<br>• Put COPE committees in place<br>• Conducted multimedia campaigns<br>• Increased cost recovery<br>• Supervised services |
| With respect to MONITORING and EVALUATING, participants (and their coaches) reported that they had:<br>• Monitored hospital performance contracts<br>• Set up a regional research committee<br>• Provided feedback<br>• Reported on trainings |

**Challenges defined at the beginning of the Guinea leadership program and intentions on what to do about these challenges**

| |
|---|
| **Involve more people/stakeholders in planning and decision makers**<br>• Develop a strategy to mobilize all involved in essential drug program (donors, users, pharmacies, drug import companies, customs, etc.)<br>• Develop strategies to increase ownership<br>• Create mechanisms for consultations among the various actors ( private, public, donors, religious organizations, professional organizations) to review PHC<br>• Elaborate supervision strategies including consultation at all levels<br>• Develop a strategy to strengthen and expand community participation<br>• Develop a shared vision<br>• Continue to mobilize resources from donors |
| **Communicate with stakeholders**<br>• Formalize coordination mechanism for future interventions<br>• Continue to hold meetings about this<br>• Organize periodical meetings with professional groups<br>• Organize meetings about referral practices (between regions and districts)<br>• Coordination of resources (donors, collaborators) |
| **Raise awareness/teach**<br>• Raise awareness about health insurance schemes<br>• Convince those who dispense prescriptions to protect the population's health<br>• Lobby for a review of prices in light of cost of purchase of ED<br>• Make the population more aware<br>• Organize the dissemination of ethical codes of conduct<br>• Generate interest in operations research |
| **Monitor performance**<br>• Strengthen supervision and quality control<br>• Strengthen supervision mechanisms at all levels<br>• Evaluate staff performance<br>• Evaluate the functioning of private facilities<br>• Review the state of information about facilities outside the health map<br>• Monitor performance of health managers |
| **Encourage good performance**<br>• Inspire people (public recognition plaques, study visits as a reward)<br>• Inspire colleagues to exercise the leadership functions<br>• Encourage people<br>• Support professional groups<br>• Continue and support current (good) practices |
| **Fix performance problems**<br>• Develop and monitor a maintenance plan |



368

| |
|---|
| • Initiate the revision of the budget regarding maintenance costs<br>• Redeploy personnel<br>• Administer sanctions<br>• Establish performance contracts with hospitals |
| **Provide professional development incentives**<br>• Continue to improve staff skills<br>• Continue to develop leadership skills among other officials<br>• Apply and disseminate lessons about leadership<br>• Develop a regional maintenance and training system<br>• Lobby for effective career planning<br>• Put career plan into action<br>• Lobby for the completion of the career plan policy<br>• Negotiate redeployment to other sectors |
| **Conduct research**<br>• Conduct operations research<br>• Determine the areas to research in teams<br>• Develop and implement research protocols<br>• Train research teams<br>• Do an inventory of research conducted in the region |
| **Develop new initiatives**<br>• Create staff savings schemes (mutuelles) for covering health-related expenses<br>• Establish a policy for indigents |
| **Push responsibility and accountability down**<br>• Lobby for the accelerated decentralization of inspection of services<br>• Support the decentralization of basic health services package<br>• Make the health districts more autonomous<br>• Reinforce the responsibilities of the members of the management committees<br>• Decentralize performance contracts with hospitals (to the region, to the district) |

**Next steps:**

- Sharing addresses among participants (email, telephone and radio) to stay in touch
- Follow-up visits once every four months by local trainers, and once a year by international trainers
- External evaluation of the program
- Annual meetings of the network of participants
- Replicate the program for senior health managers who have dropped out

- Meeting with the Minister of Health to explore institutionalization of the program
- Involvement of other donors in leadership development across the entire country



370

**Annexe 15** : "PRCL du MSP : Rapport de la conduite de deux ateliers : atelier de mise à niveau des cadres du niveau central et atelier de coaching et de suivi des cadres supérieurs du niveau central et régional " ; Taady Club, 28 avril au 8 mai 2003 .

DRAFT du 13 mai 2003

Rédigé par Syivia Vriesendorp

# Programme de Renforcement des capacités de Leadership des Cadres du MSP

**Rapport de la conduite de deux ateliers : atelier de mise à niveau des cadres du niveau central et atelier de coaching et de suivi des cadres supérieurs du niveau central et régional**

***Conakry (Taady Club) du 28 avril au 8 mai 2003***

1. Résumé ..... 4
2. Introduction et contexte ..... 5
3. Atelier de mise à niveau ..... 6
3.1 But et objectifs ..... 6
3.2 Emploi du temps (mi-journées) ..... 7
3.3 Profil des Participants ..... 7
3.4 Déroulement de l'atelier de mise à niveau ..... 7
3.5 Résumé du programme de l'atelier de mise à niveau ..... 7
3.6 Evaluation de l'atelier de mise à niveau ..... 10
3.7 Suivi de l'atelier de mise à niveau ..... 10
4. Atelier de coaching ..... 11
4.1 But et objectifs de l'atelier de coaching ..... 11
4.2 Emploi du temps de l'atelier de coaching ..... 11
4.3 Profil des participants à l'atelier de coaching ..... 11
4.4 Déroulement de l'atelier de coaching ..... 11
4.5 résumé du programme de l'atelier de coaching ..... 12
4.6 Evaluation de l'atelier de coaching ..... 14
5. Encadrement et méthodologie des deux ateliers ..... 15
6. Documents produits ..... 15
7. Observations de l'équipe de formation ..... 15
7.1 Leadership versus gestion ..... 15
7.2 Le défi de la transformation ..... 16
7.3 La décentralisation ..... 16
7.4 Les forces du PRCL ..... 16
7.5 Les fonctions de leadership ..... 17
8. Recommandations ..... 17
8.1 Au niveau individuel : ..... 17
8.2 Au niveau des Services et des Directions : ..... 17
8.3 Au niveau institutionnel : ..... 17
8.4 Au PRISM ..... 18
9. Evaluation du PRCL avril 2002 à 2003 ..... 18
ANNEXE 1 ..... 19
Participants à l'atelier de mise au niveau ..... 19
Participants à l'atelier de coaching ..... 19
Equipe d'encadrement ..... 20
ANNEXE 2 ..... 21
Plans d'action des participants à l'atelier de mise à niveau ..... 21
ANNEXE 3 - Evaluation Finale de l'atelier de Mise à Niveau ..... 23
ANNEXE 4. Evaluation Atelier de Coaching ..... 25

ANNEXE 5 ..... 27
Changements de comportements (de la première cohorte) et réactions de l'entourage ..... 27
ANNEXE 6 ..... 29
Auto-évaluation des compétences, attitudes et aptitudes du coach ..... 29
ANNEXE 7 La décentralisation au Guinée : changement des rôles et des activités ..... 31
ANNEXE 8 ..... 33
Résultats préliminaires de l'évaluation du PRCL ..... 33

# 1. Résumé

Le présent rapport décrit le déroulement et les résultats de l'atelier de mise à niveau des hauts cadres du niveau central qui n'avaient pas pu suivre le programme entier du PRCL (les modules 1 à 3 et le suivi inter module) et l'atelier de coaching auquel participaient tous, y compris ceux de la première cohorte.

**Le premier atelier (mise à niveau)** s'est tenu au Taady Club à Conakry du 28 avril au 3 mai avec l'exception du 1er mai, jour férié, pendant les matinées pour permettre les participants de s'occuper de leurs obligations au bureau. Neuf participants ont participé, parmi les quels se trouvaient le Chef du Cabinet, deux directeurs nationaux et trois conseillers. Egalement présent étaient la DRS de la ville de Conakry, le coordinateur national du SSP/PEV/ME et le chef de la cellule formation stratégique.

L'intention de l'atelier était de permettre aux cadres de s'orienter par rapport au programme suivi par la première cohorte et donc de contribuer à une harmonisation de la vision sur le leadership aux différents niveaux du MSP. Les formateurs ont conçu un programme qui permettait aux participants d'examiner en profondeur certaines notions clefs plutôt que couvrir de façon superficielle le programme des trois modules. Parmi les thèmes sélectionnés étaient l'apprentissage continue, le développement professionnel, l'intelligence émotionnelle, le leadership et le climat de travail, les styles individuels et le travail en équipe, la prise de décision, la déiégation, et la gestion des processus de changement.

Lors de la dernière matinée de l'atelier les participants ont formulé des intentions par rapport à la création d'un climat propice, qu'ils avaient défini antérieurement dans l'atelier. Les formateurs guinéens se sont mis à la disposition des participants pour suivre le progrès vers ce climat idéal.

**Le deuxième atelier (coaching)** s'est tenu du 6 au 8 avril au même endroit (le Taady Club). Vingt participants ont participé, parmi les quels se trouvaient ceux qui avaient participé à l'atelier de mise à niveau et la totalité de la première cohorte. La participation représentait donc tous les 8 DRS et 5 des 6 conseillers du Ministre de la Santé, le chef de cabinet, les trois directeurs nationaux, l'inspecteur général de santé et les chefs de SSEI et de la cellule de formation stratégique.

L'intention de l'atelier était de préparer les participants à soutenir les prochaines cohortes à former dans la continuation du PRCL aux niveaux décentralisés et de créer un climat dans leurs lieux de travail qui pourrait faciliter l'émergence des nouveaux leaders parmi leurs collaborateurs. L'accent de cet atelier était sur le rôle de coach qui doit jouer le leader. Dans le contexte guinéen le pratique de coaching a été définie comme suit :

*« Processus interactif dans lequel le coach favorise l'exploration des meilleures pistes, la transformation des énergies latentes, des théories en actions concrètes grâce à son*

*humilité, son esprit d'ouverture, son soutien, son souci de promouvoir l'autre. Comme modèle, le coach ne dirige pas ; il partage sa vision dans une simplicité qui le rend accessible à tout moment et dans tous les contacts. »*

Pour aider à cette transformation du chef bureaucratique au leader-coach, l'équipe d'encadrement a choisi les thèmes suivant pour contenu de l'atelier : notions de base (définition, fonctions et compétences) du coaching, l'esprit de coaching (climat, l'enquête appréciative), les schémas mentaux (échelle d'inférence, l'examen et le plaidoyer) et le questionnement comme outil de coaching.

La méthodologie utilisée dans les deux ateliers était toujours celle de la formation des adultes. L'équipe d'encadrement suit toujours la boucle expérientielle de l'apprentissage, c'est à dire l'expérience concrète, les observations et les réflexions par rapport à l'expérience, la conceptualisation abstraite (l'introduction des théories et cadres conceptuels), et ensuite l'application dans le contexte guinéen. Tout cela est complémenté par l'observation (par les formateurs) des comportements lors des exercices en salle de classe et l'opportunité pour chacun (y inclus les formateurs) de s'autoévaluer et de se remettre en cause.

L'évaluation finale des deux ateliers est présenté en annexe 3 et 4 et a confirmé les témoignages lors des sessions finales des ateliers.

## 2. Introduction et contexte

Le programme de renforcement des capacités en leadership (PRCL) et management, accepté comme priorité dans le plan de travail de PEV/SSP/ME pour l'an 2002, et financé avec l'assistance de USAID à travers le projet PRISM et le projet M&L (Management & Leadership) de MSH/Boston, a débuté en avril 2002 avec deux réunions de dialogue sur le leadership, tenues à l'hôtel Camayenne à Conakry et l'acceptation d'une proposition d'un programme étalé sur plusieurs mois. Ainsi un premier atelier a été tenu en juin à Conakry regroupant une vingtaine des responsables du niveau central et régional. En août, un deuxième atelier a eu lieu à Dalaba, cette fois-ci regroupant 12 cadres, plutôt du niveau régional que du niveau central. En octobre un troisième module a été conduit à Kindia qui a officiellement clôturé le programme de RCL avec la remise des certificats aux 12 membres de la première cohorte dans la présence du Ministre de la Santé.

A la fin de l'atelier de Kindia en novembre 2002, le souhait a été exprimé par ceux qui avaient suivi le programme d'étaler la formation sur plusieurs échelons, en haut autant qu'en bas de la hiérarchie. Reconnaissant l'impossibilité de répliquer la démarche (de trois modules étalés sur 6 mois), pour les plus hauts niveaux de la hiérarchie les participants ont souhaité que leurs supérieurs soient orientés aux thèmes et sujets comme la vision partagée, la prise de décision ; le changement, la gestion des conflits, l'intelligence émotionnelle, la peur et défenses, la négociation et la délégation, parmi

beaucoup d'autres. Ces souhaits et la pertinence des thèmes ont été pris en considération lors de la préparation de l'atelier de mise à niveau.

Une évaluation de l'impacte du programme, après une année, s'est déroulée dans la même période. Cette évaluation, financé par le programme M&L répondit au souhait du Ministre de la Santé lors de la remise des certificats à Kindia. Une restitution des résultats préliminaires a eu lieu au Ministère de la Santé dans la présence du Ministre. La présentation est attachée à ce rapport comme Annexe 8.

# 3. Atelier de mise à niveau

## 3.1 But et objectifs

Le but de l'atelier de mise à niveau était d'harmoniser la vision sur le leadership aux différents niveaux du MSP. Spécifiquement, les objectifs pédagogiques étaient formulé comme suit

- Auront identifié des changements individuels qu'ils doivent poursuivre pour renforcer leur leadership ;
- Auront identifié les éléments clés conduisant à un climat de travail qui soutient les collaborateurs directs dans leurs efforts d'améliorer la situation sanitaire au Guinée ;
- Auront identifié les prochaines étapes pour le renforcement des capacités de leadership au MSP.

## 3.2 Emploi du temps (mi-journées)

| Mardi le 29 avril | Mercredi le 30 avril | Vendredi le 2 mai | Samedi le 3 mai |
|---|---|---|---|
| Introduction<br><br>Vue d'ensemble<br><br>L'apprentissage continue<br><br>Le développement professionnel<br><br>L'intelligence émotionnelle | Le leadership et le climat de travail<br><br>Styles individuels et le travail en équipe | La prise de décision<br><br>La délégation | La gestion de changement<br><br>Prochaines étapes |

## 3.3 Profil des Participants

Les participants à l'atelier de mise à niveau, au nombre de neuf personnes, appartiennent effectivement aux cadres du niveau supérieur du MSP à savoir : le chef de cabinet, le DNSP (directeur national de la santé publique), le DNHES (directeur national des hôpitaux et les établissements des soins), le conseiller économique, le conseiller politique de santé, le conseiller relations ordres professionnels et syndicats, le chef cellule stratégique de formation, la DRSVC (directrice régionale de santé pour la ville de Conakry), et le coordinateur national du PEV/SSP/ME.

## 3.4 Déroulement de l'atelier de mise à niveau

Les neuf participants ont exprimé le souhait que l'atelier leur aide à mieux s'organiser pour travailler en équipe, se remettre en cause pour mieux inspirer, mobiliser les énergies pour aller dans la même direction, et motiver les collaborateurs. La présentation de l'ordre du jour a satisfait les participants que leurs attentes étaient bien prises en compte.

L'atelier s'est déroulé plus ou moins suivant le calendrier établi, avec quelques petits changements pour accommoder les besoins du travail. La participation et l'engagement des participants étaient très prononcés et tout le monde en a profité. Les thèmes explorés dans les 4 mi-journées sont discutés ci-dessous.

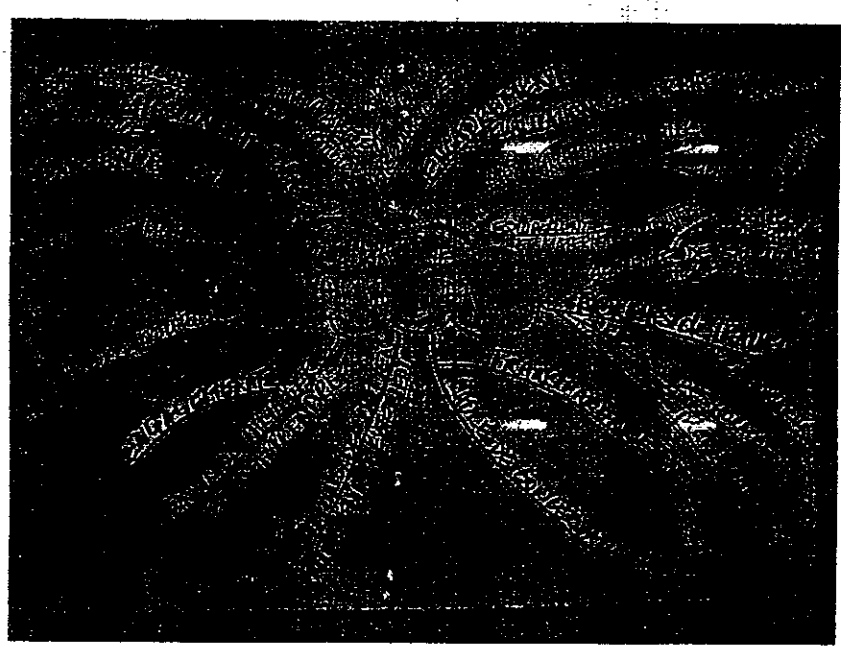
## 3.5 Résumé du programme de l'atelier de mise à niveau

### *3.5.1 Première jour: Introduction, vue d'ensemble, l'apprentissage continue, le développement professionnel et l'intelligence émotionnelle*

Le programme a été introduit comme un échantillon du programme suivi par la première cohorte qui a été étalé sur 6 mois. L'équipe d'encadrement a souligné que le programme

ne pouvait être qu'une orientation. Le choix des sujets et thèmes était basé sur les recommandations de la première cohorte, des formateurs nationaux et le souci d'engager les participants dès la première session pour éviter des déperditions au cours de l'atelier. L'ensemble a été situé dans le contexte de la formation et de l'apprentissage continue et le développement professionnel. Le concept de cycle d'incompétence et de la fenêtre de Johari, concept clés pour la première cohorte, ont été introduits comme base de départ. Ensuite, la notion de l'intelligence émotionnelle, reconnue par la première cohorte comme un élément clé du développement professionnel, a été suivi par un exercice pratique d'expression et de reconnaissance des états d'âme en soi-même et en l'autre.

*3.5.2 Deuxième jour: Le leadership et le climat de travail, les styles individuels et le travail en équipe*



Les participants ont exploré l'importance du climat de travail et dégagé un modèle du climat idéal. Une revue des éléments a révélé que environs 90% de ces éléments peuvent être manipulé et sont donc sou le contrôle des participants. Les participants on reconnu l'importance de la pluralité, la diversité comme source de enrichissement, et que, effectivement, la tendance est d'exiger la conformité qui est d'ailleurs une source d'affaiblissement. Chacun a exprimé ses intentions par rapport à la création d'un tel climat. Parmi ces intentions figuraient :

- Rédiger les descriptions de poste
- Organiser des séances de discussion de la mission, objectifs à différents niveaux
- Respecter les normes de travail (soi-même)
- Elaborer, adopter et appliquer les normes de règlement intérieur à tous les niveaux
- Faire comptes rendu réguliers sur les activités et la gestion au sein de l'organisation (transparence, motivation, engagement)
- Développer un climat de confiance mutuelle et de collégialité par des concertations périodiques
- Définition cadre de concertation

- Création d'un cadre de concertation régulière
- Convivialité
- Définir le cadre de concertation et de dialogue

Tous les participants ont rempli le répertoire MBTI pour établir son profil. Ce profil a été validé à partir d'une série des exercices. Le résultat du groupe a montré effectivement le degré d'homogénéité dans ce groupe des hauts cadres : la seule diversité se trouvait dans la dimension introversion-extraversion, sur toutes les autres échelles les profils étaient identiques. Le groupe a discuté les implications de cette homogénéité pour le travail à leur niveau et on s'est rendu compte qu'un tel profil (STJ) ne privilège pas l'innovation, ni le changement ni la créativité.

*3.5.3 Troisième jour : La prise de décision, la délégation*

La question clé adressée dans cette session était le constat, à travers un exercice, qu'un pourcentage considérable des nos actions ne mène pas aux résultats escomptés. Ceci peut être le résultat d'une tenions entre intérêts individuels et de la collectivité, ou l'incapacité de changer le raisonnement qui sous-tend toute action. L'apprentissage, défini comme la capacité de détecter et de corriger les erreurs, ne se fait pas de façon routinière. Pourquoi ? Les défenses organisationnelles sont activées quand une personne ou un groupe essaie de dissimuler ses erreurs. La peur de l'embarras ou d'une menace potentielle est à la base. Les participants ont reconnu ce phénomène dans le contexte du travail du MSP.

La délégation est considéré comme un outil important pour le développement des ses collaborateurs ainsi que pour se libérer des activités tactiques plutôt que stratégiques. Les participants ont exploré lesquelles de leurs activités ils devraient déléguer et les types d'activités pour lesquelles ils auront donc plus de temps disponible. De cet exercice il s'est dégagé que les hauts cadres on besoin de se ré équilibrer et qu'une partie importante de leur travail pourrait être délégué (l'étude d'un instrument, la saisi ou mise en forme, certaines réunions et le traitement de certains dossiers). Parmi les facteurs qui bloquent la délégation sont la mauvaise organisation du travail (partiellement), le sentiment d'égoïsme et d'importance (« sans moi rien ne marche »), le manque de partage de la mission de l'organisation et l'absence d'un esprit d'équipe, tous des facteurs sous la contrôle des participants eux-mêmes. Chacun s'est proposé des objectifs personnels pour améliorer leur pratique de délégation.

*3.5.4 Quatrième jour : Le changement et le prochaines étapes*

Dans l'expérience d'un changement, chacun passe par une série des stades, qui se suivent d'une façon logique mais aux rythmes différents. Les participants ont identifié ces rythmes à propos des changements importants vécus récemment. Ensuite, le groupe a exploré, pour chaque stade, les comportements du chef pour aider ses collaborateurs, individuellement et en tant qu'équipe de parcourir ces stades, et surtout celle de la résistance, pour arriver à une implication, et un fort engagement aux changements proposés.

L'accent de la dernière session (prochaines étapes) était mis sur ma mise en application des leçons de leadership dans la décentralisation. En utilisant une étude de cas de l'Afrique du Sud, les participants ont examiné les implications pour leur comportement de l'inversion de la pyramide sanitaire. Parmi les conclusions figuraient : faire appliquer les normes et les règlements, le contrôle, la recherche d'un consensus sur les politiques, règlements et normes et la redéfinition des relations du central vis-à-vis à la périphérie – relation de facilitation, d'accompagnement, de partenariat.

Finalement, chaque participant a développé un plan d'action pour servir de base pour le suivi, après 6 semaines, par l'équipe de formateurs nationaux (voir en annexe 2).

## 3.6 Evaluation de l'atelier de mise à niveau

Une réflexion finale a permis les participants de revoir le programme de l'atelier et de se prononcer sur son utilité quant aux leçons apprises et sa pertinence à leurs défis personnels et organisationnels. Une fiche d'évaluation a été remplie par les participants (voir annexe 3.). Le dépouillement a révélé une très grande satisfaction, ce qui s'était d'ailleurs manifestée dans l'engagement et l'intérêt des participants durant l'atelier. Sur une échelle de 1 à 9, le moyen était comme suit :

| |
|---|
| Atteinte des objectifs préalablement établis (7) |
| Pertinence du contenu à ma situation professionnelle (7.8) |
| Efficacité de la méthode et des techniques (8) |
| Chronologie et présentation des sessions (6.6) |
| Utilité du matériel didactique (6.8) |
| Maîtrise des thèmes par les formateurs (7.8) |
| Clarté des explications (7.6) |
| Contact des formateurs avec le groupe (8.1) |

## 3.7 Suivi de l'atelier de mise à niveau

Les souhaits suivant ont été exprimés par rapport au suivi du programme :

- Passage mensuel (ou chaque 6 semaines) de l'équipe d'encadrement
- Avoir la possibilité de se référer aux encadreurs nationaux sur des points précis
- Former des réseaux de relation de soutien
- Leur mettre en contact avec les niveaux internationaux
- Analysés détaillés des rapports fournis par les districts
- Identifier les défis qui se présentent à tous temps
- « Nous mêmes de devenir plus actifs (au lieu de notre passivité) »

# 4. Atelier de coaching

## 4.1 But et objectifs de l'atelier de coaching

Le but de l'atelier de coaching était de préparer les participants à soutenir les prochaines cohortes qui vont suivre le programme

Objectifs spécifiques : A la fin de l'atelier les participants seront mieux équipés pour :

- Servir de coach pour leurs collaborateurs dans la poursuite de la mission du MSP
- Améliorer leurs propres pratiques de leadership et de management
- Contribuer aux programmes formels et informels de développement des capacités de leadership dans le système de santé de Guinée
- Faire le plaidoyer pour obtenir un soutien d'autres partenaires pour poursuivre le PRCL dans leurs régions.

## 4.2 Emploi du temps de l'atelier de coaching

| | **Mardi le 6 mai** | **Mercredi le 7 mai** | **Jeudi le 8 mai** |
|---|---|---|---|
| Matin | Introductions et vue d'ensemble<br>Partage d'expériences de leadership<br>Notions de base sur le coaching | L'esprit de coaching | Les schémas mentaux et la décentralisation |
| Après-midi | Libre | Les schémas mentaux | Coaching de l'équipe<br>Clôture |

## 4.3 Profil des participants à l'atelier de coaching

A cet atelier ont participé tous les participants de l'atelier de mise à niveau, ainsi que l'ancienne cohorte de 12 personnes, comprenant les 7 DRS, l'inspecteur général de santé, la DNPL (directrice national de la pharmacie et des laboratoires), le chef du SSEI, deux conseillers (coopération technique et législation sanitaire). Voir liste en Annexe 1.

## 4.4 Déroulement de l'atelier de coaching

Les participants ont exprimé le souhait que l'atelier leur aide à définir le mot de coaching, avoir des outils (démarches, procédures) pour assurer le coaching, savoir les prochaines étapes après cet atelier, l'intérêt au coaching pour l'individu, les domaines d'application

de coaching, comment mettre en place la pratique de coaching et la possibilité de révision de tout le programme.

L'atelier s'est caractérisé par des changements continus du calendrier à cause des obligations et activités de divers participants. Ceci a exigé des encadreurs une flexibilité et souplesse considérable. Malgré tout cela, les encadreurs ont pu maintenir le programme avec l'exception de la session « coaching de l'équipe » dans laquelle une méthode de facilitation et de questionnement a été introduit sans pouvoir approfondir son application aux défis des participants. L'engagement des participants s'est manifesté par leur présence et leur assiduité durant l'atelier malgré beaucoup d'autres exigences du bureau.

## 4.5 résumé du programme de l'atelier de coaching

*4.5.1 Premier jour: Introductions et vue d'ensemble, partage d'expériences de leadership, notions de base sur le coaching*

Les attentes des participants se sont formulées comme suit : Définir le mot de coaching, avoir des outils (démarches, procédures) pour assurer le coaching, savoir les prochaines étapes après cet atelier, l'intérêt au coaching pour l'individu, les domaines d'application de coaching, comment mettre en place la pratique de coaching et la possibilité de révision de tout le programme. Le programme élaboré promettait de revenir a plusieurs attentes.

Pour le partage des expériences des membres de la première cohorte depuis l'atelier de Kindia (module 3), les nouveaux ont posé demandé aux anciens de décrire des changements dans leurs comportements depuis Kindia et les réactions de leur entourage. L'exercice a aidé les nouveaux à mieux cerner l'impact du programme. (Voir Annexe 5 pour quelques anecdotes.)

Le groupe a exploré la notion de coaching sur la base de leur expérience avec la notion de coaching dans le football. Ainsi, le groupe a crée une liste des caractéristiques du coaching dans le sport qui sont applicables au travail. Une définition opérationnelle s'est ensuite dégagée comme suit :

> *« Processus interactif dans lequel le coach favorise l'exploration des meilleures pistes, la transformation des énergies latentes, des théories en actions concrètes grâce à son humilité, son esprit d'ouverture, son soutien, son souci de promouvoir l'autre. Comme modèle, le coach ne dirige pas ; il partage sa vision dans une simplicité qui le rend accessible à tout moment et dans tous les contacts. »*

Une revue des fonctions et une autoévaluation de ses compétences en tant que coach a amené les participants à identifier les domaines dans lesquels ils doivent s'améliorer. Annexe 6 présente les résultats de l'ensemble (N=19). Parmi les domaines censés les plus difficiles est celui du « briseur de tabous » et « desinhibiteur des comportements. » Ces

deux faisaient l'objet des sessions suivantes dans lesquelles le groupe a exploré le rôle qui jouent les tabous dans la création d'un climat favorable.

*4.5.2 Deuxième jour: L'esprit de coaching, les schémas mentaux*
La création d'un climat de coaching est stimulée par la capacité de se désengager de l'approche déficitaire, qui voit l'Afrique, le Guinée comme un problème à résoudre. Sur la base d'un entretien de type « enquête appréciative » les participants ont pu sortir de leurs collègues des histoires de succès (en termes de management et leadership) en dépit des contraintes si connues (de nature politique, ressources). Au lieu de se concentrer sur les échecs, l'ensemble s'est réalisé qu'il y a des leçons à tirer de ces histoires.

L'application des notions de soutien, de l'écoute active a été testée dans un exercice à trois qui a souligné la difficulté de pratiquer l'écoute véritablement attentive et le questionnement d'éclaircissement au lieu de direction.

Les *schémas mentaux* sont des suppositions enracinées, des généralisations, ou même des images qui influent notre compréhension du monde et la façon dont on passe à l'action. Il arrive que l'on ne soit pas conscient de ses schémas mentaux ou les effets qu'ils produisent sur notre comportement. Donc, la notion des schémas mentaux a été présentée pour aider les coachs futurs à identifier comment ces schémas influent (de façon positive et négative) les interactions au travail. L'identification des tabous a mené un des participants à dire: « *ils [les tabous] sont tous connus mais parce que ce sont des tabous on n'en parle pas. Si on est chef quelque part il faut savoir que ce sont des tabous. Il est important pour nous d'être au courant de tout cela. Le fait que nous pouvons en parler ici, c'est quand même remarquable. On respecte les tabous pour prévenir des conflits. Donc le coach peut être vu comme un briseur de tabous. Dans la fenêtre Johari c'est la partie cachée. Les tabous sont comme des conventions. Pour nous, et pour tout le système, les conséquences de ces tabous sont le blocage, les inhibitions, et les freins à la révélation.* » Les processus de l'examen (l'enquête) et le plaidoyer ont été revus comme techniques pour approfondir la compréhension d'une situation et les points de vue des uns et des autres.

Le visionnement du film classique « Douze Hommes en Colère (Douze Hommes Fâchés) » a suscité un grand intérêt et fait sortir les commentaires suivants : « *Si on veut prendre une décision juste il faut approfondir la compréhension. Il est bon de poser la même question plusieurs fois pour aller vers la racine du phénomène. Il ne faut pas être hâtive. La personne [Henry Fonda] était seule à vouloir prendre du recul. Finalement, la raison était à sa coté. Etre majoritaire ne veut pas dire qu'on a raison. Son raisonnement a amené les autres à regarder le problème sous un autre angle et à explorer des autres alternatives. Il a employé l'enquête pour amener l'autre à se douter. Le film montre que la majorité est difficile à acquérir. On peut amener un changement, mais il faut avoir beaucoup d'initiative. Une seule personne peut amener le changement si elle a de l'imagination, si elle fait l'enquête. [Henry Fonda] a préféré d'avoir un esprit d'ouverture. Lui-même il n'était pas sûr si le garçon était capable. Ensuite il a remis la décision au groupe et le changement d'un vote l'a affirmé dans son raisonnement. Il a*

*pris un risque calculé. Il a crée le doute en faisant le plaidoyer. Ensuite il est commencé à poser des questions. Cela c'est notre defi à nous ! »*

*4.5.3 Troisième jour : les schémas mentaux et la décentralisation, le coaching de l'équipe (méthode de questionnement ORID)*

L'application de la notion des schémas mentaux au processus de décentralisation en marche au Guinée faisait l'objet du matin du dernier jour. L'inversion de la pyramide sanitaire est le bouleversement de tout un schéma mental. Ceci exige un re-négociation des attentes et souhaits d'une partie vis-à-vis de l'autre. Les deux niveaux représentés dans la salle ont profité de cette présence collective et exploré les implications de l'inversion pour chaque niveau. A la fin de la session un accord a été atteint à propos du soutien à fournir par le niveau central au niveau intermédiaire, et les besoins de niveau intermédiaire pour pouvoir appuyer les niveaux opérationnels. Annexe 7 contient les détails de l'accord. Le point focal (le Chef du Cabinet) prendra les dispositions nécessaires pour assurer que les résultats de l'exercice (l'accord) sera prise en compte par les autorités au plus haut niveau.

La partie finale, le coaching en équipe, a été présenté sous forme d'une méthode de questionnement, appelé ORID selon les niveaux de questionnement (objectif, réflecteur, interprétatif et décisionnel). Les contraintes de temps n'ont pas permis d'exploiter la session comme prévu, et les participants ont fini par avoir un goût seulement de la méthode. Un suivi est souhaité dans le cadre des prochaines rencontres.

## 4.6 Evaluation de l'atelier de coaching

Une réflexion finale du programme entier a permis de revoir les sujets couverts, les leçons retenues et les intentions d'appliquer les apprentissages au travail.

Une fiche d'évaluation a été remplie par tous les participants (voir annexe 4.). Les résultats ont confirmé la satisfaction des participants, déjà montré par leurs engagement et leur présence durant tout l'atelier malgré des pressions du bureau de s'excuser. Sur une échelle de 1 à 9, le moyen était comme suit :

| |
|---|
| Atteinte des objectifs préalablement établis (7.3) |
| Pertinence du contenu à ma situation professionnelle (8.6) |
| Efficacité de la méthode et des techniques (7.8) |
| Chronologie et présentation des sessions (7.9) |
| Utilité du matériel didactique (8.2) |
| Maîtrise des thèmes par les formateurs (8.4) |
| Clarté des explications (8.3) |
| Contact des formateurs avec le groupe (8.6) |

## 5. Encadrement et méthodologie des deux ateliers

L'équipe d'encadrement consistait en formateurs guinéens, et formateurs internationaux de MSH/Boston et CEFA. (Voir liste en annexe 1). Les formateurs nationaux se sont montrés très performants et en tant que telle ont servi de modèles aux participants dans l'application des principes de management et leadership durant tout au long de l'atelier. En particulier, l'équipe de formateurs a montré une grande flexibilité dans sa façon d'encadrer les sessions et de saisir des opportunités d'apprentissage approfondi au moment où elles se produisaient. La force de l'équipe, sa diversité, a permis d'utiliser des compétences et des expertises au bénéfice des participants.

La méthodologie utilisée dans les deux ateliers était toujours celle de la formation des adultes. L'équipe d'encadrement suit toujours la boucle expérientielle de l'apprentissage, c'est à dire l'expérience concrète, les observations et les réflexions par rapport à l'expérience, la conceptualisation abstraite (l'introduction des théories et cadres conceptuels), et ensuite l'application dans le contexte guinéen. Tout cela est complémenté par l'observation (par les formateurs) des comportements lors des exercices en salle de classe et l'opportunité pour chacun (y inclus les formateurs) de s'autoévaluer et de se remettre en cause.

Certaines pratiques des formateurs sont maintenant devenues routines comme l'application d'une méthode systématique d'exploitation des expériences (méthode ORID), et la revue, chaque jour, des effets des sessions de la veille, et la manière dont les uns et les autres ont « digéré dans la tripe» les notions et les expériences.

## 6. Documents produits

Pour chaque atelier un classeur avec de documents de référence a été fourni aux participants. En plus, un disque CD a été produit pour chaque participant, Son Excellence le Ministre de la Santé, le Secrétaire Général, USAID et le Chef du Projet PRISM, contenant tous les documents de référence disponibles électroniquement, un compte-rendu du déroulement (y inclus tous les documents/conclusions/intentions produits par les participants lors de chaque atelier), et un photo documentaire (un fichier des photos électroniques). Maintenant, toute personne qui a suivi le programme est dans la possession de tous les documents, photos et résultats produits dans le cadre du PRCL.

## 7. Observations de l'équipe de formation

### 7.1 Leadership versus gestion

Les conclusion préliminaires de l'évaluation du PRCL suggèrent que l'impact du programme se fait sentir dans plusieurs domaines de la gestion : une plus grande transparence des budgets et des subventions, la délégation des tâches et des dossiers aux

collaborateurs, une meilleure supervision, un meilleure flux de l'information, la création des cadres de concertation, la mise en application des descriptions de poste, etc. Donc, malgré le nom du programme, c'est d'ailleurs la gestion qui en bénéficie. Si on utilise comme définition de leadership la création de nouvelles réalités, et de gestion (management) les opérations plus efficientes et efficaces dans la réalité courante, il en sort que le programme a aidé les participants à mieux gérer la situation actuelle.

## 7.2 Le défi de la transformation

Cette fois-ci, dans l'atelier de coaching, nous avons mis l'accent sur la création d'une nouvelle réalité et les souhaits des uns et des autres de se débarrasser des mauvaises habitudes et des tabous au travail qui gênent la productivité et la performance. La revue des schémas mentaux a fait sortir toute une série des non-dits qui sont à remettre en cause parce qu'ils empêchent la création d'un vraie climat de confiance et d'intimité, préalables à chaque relation de coach et de la personne coachée. On s'est rendu compte que seulement une masse critique peut parvenir à cette remise en cause publique.

## 7.3 La décentralisation

Malgré le fait que l'inversion de la pyramide sanitaire est très appréciée comme image d'une décentralisation réussie, sa mise en œuvre n'est pas évident. La notion d'un niveau central qui soutient toute la pyramide, et qui donc, se situe en bas de la pyramide inversée, est difficile à opérationnaliser compte tenu des pratiques et valeurs enracinées dans la culture traditionnelle. Là également, une remise en question, ne peut être fait qu'avec une masse critique qui voit les conséquences des habitudes traditionnelles au fonctionnement de la pyramide sanitaire.

## 7.4 Les forces du PRCL

Il est devenu plus clair ce que le programme a offert aux participants. A part d'un sentiment d'appartenance à un groupe avec un mandat spécial (de jouer un rôle de leader dans l'amélioration de la santé au Guinée), et du soutien mental et spirituel qui accompagne cette appartenance, le programme offre :

Une série des cadres (théories, notions) conceptuels que les participants peuvent utilisés comme point de repère dans leur développement personnel et professionnel
Une série des instruments, techniques, outils, et répertoires pour les aider à créer un climat qui permet aux leaders naturels d'émerger. Ceci en contraste avec la situation actuelle qui pousse les leaders naturels de quitter la fonction publique afin de s'épanouir. L'exemple du propriétaire de Taady Club, entrepreneur et leader par excellence, ne cessait de nous émerveiller. Or, ces techniques ou outils peuvent les aider à enlever ou surmonter des barrières qui frustrent les gens avec des talents naturels de leadership.

### 7.5 Les fonctions de leadership

Les participants de la première cohorte sont complètement à l'aise dans leur utilisation des fonctions de leadership (en contraste avec les participants qui viennent d'être orientés). Il paraît que ces fonctions, toujours utiles, ne jouent plus le même rôle qu'au début. Un changement d'orientation vers la transformation au fond de soi-même semble la nouvelle cible de leur attention. Ils sont plus intéressés à examiner et explorer ces attitudes fondamentales où la vraie transformation doit se faire, où le questionnement et le doute se présentent. Paradoxalement, c'est la maîtrise de la gestion qui leur permet maintenant de se concentrer sur la découverte et le développement de leur potentiel de leadership.

## 8. Recommandations

Les recommandations suivantes se joignent à celles qui vont sortir du rapport de l'évaluation du PRCL.

### 8.1 Au niveau individuel :

- Mettre en œuvre les intentions formulées lors des deux ateliers
- Poursuivre l'application des apprentissages
- Se soutenir dans la remise en cause des comportements et pratiques qui gênent au bon climat de travail, la productivité et la performance
- Lire et relire, périodiquement la documentation fournie
- Passer l'information, et modéliser le comportement désiré, aux collaborateurs

### 8.2 Au niveau des Services et des Directions :

- Tendre vers le climat idéal évoqué
- Déléguer les tâches non stratégiques
- Créer un cadre de concertation régulière
- Appliquer les principes (fonctions et techniques) de coaching aux collaborateurs sur demande

### 8.3 Au niveau institutionnel :

- Identifier l'endroit où doit être logée la responsabilité de la poursuite et l'institutionnalisation du PRCL
- Trouver des moyens qui permettent l'institutionnalisation du PRCL (intégration dans les structures de formation)
- Etablir un mécanisme de suivi et de l'évaluation du PRCL
- Identifier les membres d'un pool des formateurs en leadership et gestion
- Démarrer un programme de ces formateurs futurs

### 8.4 Au PRISM

- Mettre à la disposition des cadres formés les formateurs guinéens pour assurer un suivi régulier
- Intégrer la formation en leadership et en travail en équipe

## 9. Evaluation du PRCL avril 2002 à 2003

Une équipe d'évaluation du PRCL s'est rendu au Guinée pendant la même période couverte par ce rapport. L'équipe d'évaluation a visité tous les membres de la première cohorte et a conduit des entretiens avec eux et avec leurs collaborateurs directs. Dans une réunion de restitution ils ont présenté leurs conclusions préliminaires (voir Annexe 8) à Son Excellence le Ministre de la Santé, dans la présence de tous les cadres supérieurs du MSP à Conakry et des régions. Le rapport final sera remis au MSP avant la fin du mois de mai.

# ANNEXE 1

## Participants à l'atelier de mise au niveau

| | |
|---|---|
| Dr. Ismaël Gbanacé Pogba | Chef du Cabinet |
| Dr Mahi Barry | Directeur National de la Santé Publique |
| Dr. Sékou Condé | Directeur National des Etablissements Hospitaliers et des Soins |
| Dr Yéro Boye Camara | Conseiller Politique de la Santé |
| Mr Amara Dramé | Conseiller Economique |
| Dr. Naby Camara | Conseiller Relations Ordres Professionnels et Syndicats |
| Dr. Fatou Sy Khé | Directrice Régionale de Santé pour la ville de Conakry |
| Dr. Chérif Abdourahamane | Coordinateur national du PEV/SSP |
| Mr. Aly Kamano | Chef Cellule Stratégique de Formation |

## Participants à l'atelier de coaching

| | |
|---|---|
| Dr. Ismaël Gbanacé Pogba | Chef du Cabinet |
| Dr. Aboubacar Sidiki DIAKITE | Inspecteur Général de la Santé |
| Dr Mahi Barry | Directeur National de la Santé Publique |
| Dr Harirata BAH | Directrice Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires |
| Dr. Sékou Condé | Directeur National des Etablissements Hospitaliers et des Soins |
| Dr Yéro Boye Camara | Conseiller Politique de la Santé |
| Mr Amara Dramé | Conseiller Economique |
| Dr. Naby Camara | Conseiller Relations Ordres Professionnels et Syndicats |
| Dr Johanna AUSTIN | Conseillère à la Coopération MSP |
| Mr Bademba BARRY | Conseiller Juridique MSP |
| Mr. Aly Kamano | Chef Cellule Stratégique de Formation |
| Dr. Fatou Sy Khé | DRS pour la ville de Conakry |
| Dr Ousmane SOW | DRS Boké |
| Dr Kalifa BANGOURA | DRS N'Zérékoré |
| Dr Robert CAMARA | DRS Mamou |
| Dr Camille SOUMAH | DRS Kindia |
| Dr Mohamed Lamine TOUNKARA | DRS Faranah |

| | |
|---|---|
| Dr Alpha Oumar BARRY | DRS Kankan |
| Dr Mamadou Diouhé BARRY | DRS Labé |
| Dr Boubacar SALL | Directeur SSEI |

## Equipe d'encadrement

| | |
|---|---|
| Mme Sylvia VRIESENDORP | MSH Boston, Formatrice |
| Mr Mamadou BÂ* | CEFA, Chargé de Programme |
| Dr Namoudou KEITA | Coordinateur SBC/IST /PF PRISM Kankan |
| Dr Oumar DIAKITE | Chargé de planification, formation et recherche à la DRS de Kankan |

*Mr. Bâ faisait partie de l'équipe d'encadrement que pour l'atelier de mis à niveau*

# ANNEXE 2

## Plans d'action des participants à l'atelier de mise à niveau

| Participant | SCRUTER | FOCALISER | ALIGNER/ MOBILISER | INSPIRER |
|---|---|---|---|---|
| Dr Naby Camara | Analyser la situation des rapports des DPS | Réunion pour partager l'inspiration | Mettre en œuvre l'action pour relever le défi | Formation/recyclage des agents à des actions |
| Mr Kamano Aly | Former une équipe nationale d'élaboration de la stratégie de formation paramédicale | Evaluer les besoins de formation des paramédicaux | Elaborer une stratégie nationale de formation des paramédicaux | Faire le consensus sur le document de stratégie nationale de formation des paramédicaux |
| Dr Mahi Bary | Identifier à travers l'analyse des rapports les obstacles liés à la mise en oeuvre de la surveillance épidémiologique | Organiser une réunion de partenariat sur le terrain pour le choix des priorités à résoudre et des stratégies à mettre en œuvre | Identifier les ressources humaines, matérielles, financières nécessaires à la résolution des problèmes.<br><br>Doter les différents niveaux des ressources nécessaires pour l'accomplissement de la surveillance épidémiologique intégrée | Définir les normes et procédures sur les initiatives mises en place<br><br>Rationaliser l'utilisation des ressources |
| Dr Yéro-Boye Camara | Identifier les problèmes<br><br>Identifier les défis pour résoudre les problèmes | Organiser les discussions avec les conseillers, les Directeurs nationaux, le Secrétaire général, le | Négocier avec le Secrétaire Général, le Chef de Cabinet et les Directeurs nationaux pour la mise en place d'une équipe de travail | Etre volontaire pour appartenir à l'équipe de travail<br><br>Etre disponible et ponctuel aux réunions |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Identifier les opportunités<br><br>Identifier les sources de résistances potentielles | Chef de Cabinet pour avoir une vision commune | | Aider à rappeler les absents et les retardataires |
| Dr Sékou Condé | Analyser la durée de traitement des dossiers | Organiser une réunion sur le traitement des dossiers | Faire élaborer les descriptions de postes | Organiser tous les jours une réunion avec les Chefs de Division |
| Dr Gbanacé Pogba | Analyser la répartition des effectifs par région administratif et par préfecture.<br><br>Déterminer les causes de disparités constatées | Réduire la disparité dans la répartition des effectifs | Amener les parties prenantes, responsables de santé et communautés à partager et avoir une vision commune sur la fourniture équitable du personnel de santé | Amener un meilleur suivi des engagements pris par les parties prenantes |
| Mr Amara Dramé | Identifier les projets et programmes du Ministère de la santé | Réunion d'explication des but et attentes aux responsables des projets et programmes | Faire des correspondances aux autorités pour collecter les documents (fiches d'exécution, rapports ...) | Concevoir les outils pour l'obtention des informations économiques et financières |
| Dr Chérif Abdouhamane | Faire l'inventaire des agents PEV formés à la maintenance des frigos Identifier les formateurs existants | Elaborer un plan de maintenance préventive des frigos dans tous les centres de santé avec l'équipe de la logistique | Sensibiliser tous les partenaires sur le problème pour obtenir leur appui dans la recherche des solutions ; formation des agents PEV, supervision | Participer personnellement au processus du début à la fin |

## ANNEXE 3 - Evaluation Finale de l'atelier de Mise à Niveau

*le 3 mai 2003, remplie par 8 participants*

| Indicateurs | Excellent | | | | | | | | Insuffisant |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Atteinte des objectifs préalablement établis (7) | 1 | 3 | 0 | 3 | 1 | | | | |
| Pertinence du contenu à ma situation professionnelle (7.8) | 3 | 3 | 0 | 2 | | | | | |
| Efficacité de la méthode et des techniques (8) | 2 | 3 | 1 | 2 | | | | | |
| Chronologie et présentation des sessions (6.6) | 0 | 2 | 1 | 5 | | | | | |
| Utilité du matériel didactique (6.8) | 0 | 3 | 1 | 4 | | | | | |
| Maîtrise des thèmes par les formateurs (7.8) | 3 | 2 | 1 | 2 | | | | | |
| Clarté des explications (7.6) | 3 | 1 | 2 | 2 | | | | | |
| Contact des formateurs avec le groupe (8.1) | 5 | 0 | 2 | 1 | | | | | |

**Durée du module** : trop longue [0] Parfaite [ 3] Trop courte [5 ]

**Quels aspects de l'atelier avez-vous trouvés les plus efficaces ?**
Méthodologie utilisée ; l'approche participative ; la gestion du changement ; les causeries ; les aspects participatifs et illustratifs ; les discussions sur la situation concrète vécue dans l'organisation pour appliquer ce qui a été appris ; l'approche pédagogique fondée sur le dialogue avec les participants.

**Quels aspects de l'atelier méritent des effets d'amélioration ?**
Le thème sur l'apprentissage ; le parallèle entre leadership et management ; la prise décision ; la déconcentration des cours ; prévoir la présentation par rétroprojecteur pour améliorer la lecture à distance.

**Remarques/ suggestions**
Une prochaine formation plus longue avec plus d'exercices ; continuer la formation ; donner ce cours aux chefs de divisions du MSP, aux DPS, CCS ; Etendre la formation à

l'échelon technique et politique ; augmenter durée pour dégager le contenu ; aider à organiser le réseau national ; faciliter la documentation, appuyer l'application des outils par le suivi ; améliorer le matériel didactique.

# ANNEXE 4. Evaluation Atelier de Coaching

*Taady Club le 8 mai. Remplie par 19 personnes*

| Indicateurs | Excellent | | | | | | | | Insuffisant |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Atteinte des objectifs préalablement établis (7.3) | 2 | 7 | 7 | 1 | 2 | | | | |
| Pertinence du contenu à ma situation professionnelle (8.6) | 13 | 4 | 2 | | | | | | |
| Efficacité de la méthode et des techniques (7.8) | 4 | 9 | 5 | 1 | | | | | |
| Chronologie et présentation des sessions (7.9) | 6 | 7 | 5 | | 1 | | | | |
| Utilité du matériel didactique (8.2) | 8 | 7 | 4 | | | | | | |
| Maîtrise des thèmes par les formateurs (8.4) | 8 | 10 | 1 | | | | | | |
| Clarté des explications (8.3) | 9 | 7 | 2 | 1 | | | | | |
| Contact des formateurs avec le groupe (8.6) | 11 | 8 | | | | | | | |

**Durée du module** : trop longue [ ] Parfaite [8 ] Trop courte [11]

**Quels aspects de l'atelier avez-vous trouvés les plus efficaces ?**

- Remise en cause de certaines pratiques
- Techniques de coaching
- L'approche pédagogique
- La maîtrise des thèmes par les formateurs (2x)
- Les travaux pratiques de groupe
- Méthode participative des cadres à former
- Echelle d'inférence (4x) et cycle expérientiel
- Enquête appréciative, schémas mentaux (2x)
- Pratiques de coaching, écoute attentive
- Partage des expériences
- Participation active aux différentes étapes du cours
- Techniques de communication des formateurs

- Les applications du contenu des concepts
- Méthodologie.

**Quels aspects de l'atelier méritent des effets d'amélioration ?**

- Méthode ORIDE
- Le matériel didactique
- La durée de l'atelier est à revoir (2x)
- ORID
- ORID à travers des exercices plus vivants
- La fourniture du matériel didactique
- Supports insuffisants
- La durée de l'atelier peut être augmentée pour plus de pratique, surtout l'ORID
- Aspects pratiques

**Remarques/ suggestions**

- Fournir quelques références bibliographiques sur le coaching et le leadership
- Bravo et félicitations
- Le temps est court pour maîtriser le contenu de la formation – en tenir compte
- Assurer le suivi de la mise en œuvre du PRCL dans nos régions
- Formation/ suivi des leaders
- Prendre en charge les chauffeurs pour le repas (2x)
- Décentralisation au niveau local
- Un cours qui doit être multiplié pour les cadres de tous les niveaux
- Je propose que cette formation soit décentralisée aux DCS, et DCMC de la ville de Conakry
- Fournir beaucoup plus de supports
- Soutenir nos formateurs locaux pour un meilleur encadrement de nouveaux leaders
- A ce démarrage difficile, l'accompagnement (appui technique, suivi, évaluations rapprochés) est absolument nécessaire, pour faciliter la consolidation des nouvelles habitudes. Je suggère que cet accompagnement soit régulier.
- Poursuite

# ANNEXE 5

## Changements de comportements (de la première cohorte) et réactions de l'entourage

Une revue de la notion supervision dans la DRS. On a structuré la supervision par niveau sanitaire : identification des éléments à superviser par poste et travail et des fiches; Résultats : vision commune : objectif commun et méthodologie partagée. Maintenant les données collectées peuvent être comparées ; également un cadre régulier de concertation ; Avant seulement des concertations en cas de problèmes : Réunions hebdomadaires ; comptes rendu ; partage des expériences : changement des comportement difficile et lent.

Introduction notion de contrat de performance entre le DH et les chefs des CS. Un accord sur les objectifs en termes de CPN ; couverture vaccinale, utilisation CPC propre au CdS et en termes de recettes. Identification des activités à poursuivre : supervision et évaluation mensuelle. Réaction, certains DPS ont adhéré à l'idée de contrat et ils ont suivi l'exécution ; d'autres sont aux stades de refus et ils n'ont pas signé des contrats.

Constat qu'il prenait peu de temps à préparer les réunions, que les gens venaient en retard, que la durée était trop longue et il n'y avait pas d'agenda. Maintenant, les réunions sont mieux organisées et encadrées. Réactions : à la première réunion tout le monde était favorable à la nouvelle manière mais on n'était pas encore capable à respecter le déroulement. Dans le temps, d'autres changements on pu être effectués (la durée, la ponctualité).

L'absence d'un esprit d'équipe, conflit entre attributions, il y avait une certaine malaise. Il a demandé à chaque agent de décrire son travail. Ensuite il a discuté avec chacun en relation à ce qu'il avait fait et le texte qui définit son poste (exercice de clarification). Ensuite l'instauration des réunions hebdomadaires pour créer une vision partagée. Mise en reforme des réfrigérateurs. Réactions, au début il n'étaient habitués à prendre une décision ensemble (« C'est vous le chef qui doit prendre la décision ! »). Finalement il a responsabilisé l'équipe.

Changement de comportement, changer la perception de l'IGS. Recueil des textes, mis à la disponibilité des ses collègues pour les imprégner qu'il y a un travail à faire. Prise de contacte à niveau supérieur. Plan d'action partagée avec collaborateurs pour partager sa vision.

Défi du traitement de l'information sanitaire ; Retards dans la communication des rapports, qui n'étaient d'ailleurs pas analysé par le DPS. Intention de régulariser et donner la rétroinformation. Il a organisé une réunion de consensus avec tous les DPS pour se mettre d'accord sur la périodicité des rapports. Réactions : certains ont refusé de renvoyer rapports à temps, il a envoyé une lettre d'avertissement. Réactions négatives (« il faut communiquer plutôt que ordonner »). Les autres ayant appris ce qu'il se passait ont ensuite adhéré à la demande

DRS, lié à la délégation, l'insuffisance numérique des cadres par rapport aux postes statuaires. Pour combler cette lacune il a responsabilisé certains cadres à ces postes. Obtenir un consensus par rapport à une vision partagée afin que tous au même niveau. Réactions : une adhésion et résultats satisfaisants

La négociation, changement des comportements à travers une négociation avec les ONGs opérant dans le secteur de santé. Revue contrat de l'ONG après évaluation des ses activités sur le terrain. La réaction d'abord une résistance (pour quoi changer, ça a toujours marcher), ensuite des séances d'explication et une adhésion totale et mes les compliments des ONGs qui ont remarqué que l'évaluation leur était bénéficie.

# ANNEXE 6

## Auto-évaluation des compétences, attitudes et aptitudes du coach[1]

| | Absente | Faible | Acquise |
|---|---|---|---|
| **Authenticité :** implication sincère et immédiate dans son discours, humilité et simplicité dans l'évocation de sa fragilité, reconnaissance in vivo et acceptation de ses propres défaillances et ses limites humaines. | | 5 | 14 |
| **Briseur de tabous :** conscience de son rapport à l'argent, exemplarité dans l'indépendance d'esprit, sens de la dérision et absence des préjugés éthiques, capacité à soutenir une vision corrosive de la situation organisationnelle vécue et à lui donner droit de cité dans la pratique du leader. | 2 | 14 | 3 |
| **Compagnon de route :** implication opérationnelle, transfert de compétences de management de projet (gestion de priorités, supervision, adhésion, gestion des délais de réalisation), vigilance quant aux indicateurs définis préalablement sur le succès du dirigeant. | | 5 | 14 |
| **Confidentialité :** offrir les garanties manifestes du secret professionnel ; créer un espace protégé de dialogue propice à la confidence, susciter la confiance mutuelle par les feedbacks d'encouragement et de prise en charge autonome. | | 4 | 15 |
| **Déontologie :** convictions éthiques assumées, valeurs en cohérence avec celles du commanditaire, respect des règles explicites, probité. | | 2 | 17 |
| **Desinhibiteur des comportements :** maîtrise techniques pour susciter le changement (coaching provocateur, destruction créative) ; rigueur dans la démarche d'introspection, écoute avec suspension de jugement. | | 15 | 4 |
| **Empathie :** l'écoute active, faire preuve de bienveillance et de considération sincère pour la personne, être en suspension de jugement concernant la personne coachée, associer à chaque intervention sur la problématique du leader une attitude positive | | 5 | 14 |

[1] Du livre « Le coaching démystifié » de Thierry Chavel. Editions DEMOS, 2000.

| | | | |
|---|---|---|---|
| (ouverture, calme, gestes d'encouragement et actes symboliques de générosité), employer un questionnement suggestif orienté vers la découverte des solutions alternatives. | | | |
| **Esprit de synthèse :** capacité à traduire en pistes d'actions concrètes les points forts et les points faibles du leader, simplicité et clarté d'expression, restitution des conclusions sous forme écrite. | | 6 | 13 |
| **Expérience de la cohésion d'équipe :** humilité, humour et tact, détermination et sensibilité pour faire émerger les points de ralliement et de divergence autour d'une vision organisationnelle, maîtrise des outils de team-building. | | 7 | 12 |
| **Gestion du transfert :** générosité, considération et compréhension de la problématique de l'autrui, capacité d'absorber la souffrance de l'organisation (fonction d'éponge) ; distance affective par rapport à la personne coachée, maîtrise des ses propres affects dans la relation (le contre-transfert). | | 10 | 9 |
| **Imagination créative :** capacité à faire émerger rapidement une vision originale de la situation cible (individu, groupe, secteur), compréhension du contexte politique, culturel et social de l'organisation, aptitude à susciter l'enthousiasme autour d'une vision d'avenir. | | 6 | 13 |
| **Implication active :** être patient pour laisser s'exprimer ce qui est en souffrance, clarifier conjointement les objectifs de la démarche et les critères d'efficacité, envisager objectivement toutes les options autres qu'un coaching (transfert, psychothérapie, action juridique, etc.) | | 7 | 12 |
| **Pacificateur :** capacité à canaliser la violence de certaines situations, confiance et sérénité transmise à chaque séquence, stabilité émotionnelle, aptitude à créer un environnement sécurisant et régularisé. | | 6 | 13 |
| **Supporter :** facteur d'épanouissement personnel, encourage et soutient la démarche et les acteurs de projet sur la durée, disponibilité et engagement aux phases clefs du projet, inventivité en matière du plaidoyer interne et de gestion de la communication de projet. | | 7 | 12 |

## ANNEXE 7
## La décentralisation au Guinée : changement des rôles et des activités

*Résultats d'une conversation entre les cadres du niveau central et du niveau régional à propos des appuis et des souhaits de chaque niveau vis-à-vis l'autre*

**Tâche (instructions) :**
Pour le niveau régional : faites une liste des activités qui ont pour but de soutenir le niveau supérieur.
Pour le niveau central : faites une liste de tout ce que vous exigez du niveau régional.

**Support actuel du niveau intermédiaire au niveau supérieur**

- Coordination des interventions
- Suivi/évaluation des projets et des programmes
- Information continue du niveau central sur les problèmes socio-sanitaires par la fourniture des rapports sur :
    - *Rapport de supervision*
    - *Rapport de Monitorage, SNIGS*
    - *Surveillance épidémiologique*
    - *Contrat d'objectifs et de moyens*
    - *Rapports annuel d'activités, trimestriels*
    - *PAO*
    - *Rapport d'évaluation*
    - *Rapport des campagnes de vaccination et d'investigation*
    - *Mise en oeuvre et le suivi des directives du Ministère*
- La création favorable de travail
- Soutien aux activités sociales
- Veiller à l'utilisation correcte des ressources
- Croix de transmission entre central et structures déconcentrées
- Participation à la mobilisation des ressources, aux réunions

Ce que exige le **niveau supérieur du niveau intermédiaire à l'heure actuelle**

- Fourniture régulière des rapports
    - *Hebdomadaires de surveillance épidémiologique*
    - *Rapport financiers, RH et RM*
    - *Rapports CTRS*
    - *Mouvement du personnel*
    - *Rapports de formation et recherches*
    - *Justificatifs des dépenses*
- PAO

## Quand la pyramide s'inverse....

Niveau DRS souhaite que le niveau central fournisse

- Mise à disposition des textes organique relatifs aux attributions, organisation et fonctions des DRS et DPS
- Mise à disposition du PNDS
- Rétro information sur les rapports et PAO fournies
- Soutien moral et technique (supervision, nationale, protection et renforcement de l'autorité de DRS)
- Allocation et mise à disposition des ressources (humaines ; financières et matérielles)
- Régionalisation des ressources (implication effective des DRS dans la répartition, redistribution et suivi des ressources)
- Prise en charge en cas de maladie pour les agents de santé
- Promptitude dans le traitement des demandes et sollicitudes
- [*Souhait qui ne peut pas être réalisé à ce moment : Inscription dans le budget de fonctionnement de la prise en charge des contractuels*].

**Ce que le niveau central se voit fournir comme appui :**

- Elaborer et diffuser les des politiques et des programmes et des textes juridiques
- **Plaidoyer auprès de l'état et les partenaires et l'état**
- Définir la fonction des DRS et DPS à la mobilisation des ressources
- Identifier les besoins d'appui nécessaire pour exercer cette fonction
- Apporter cet appui
- Définir les critères d'allocation et procédures de gestion de ressources
- Préciser le pouvoir de décision transférée au DRS et DPS
- Identifier les besoins d'appui pour exercer les pouvoirs de décision conférée sans abus
- Adapter les textes juridiques
  Amélioration de la formation continue
- Renforcement de la décentralisation (ressources, pouvoir de décision, et de gestion)
- Amélioration de la formation continue
- Renforcement du suivi (supervision, contrôle, accompagnement)
- Appui au CTRS
- Relancer le CTC
- Faire la rétroinformation avec promptitude
- Définition et mise en œuvre d'une politique d'orientation des interventions extérieures
- Elaboration dune cartographie des besoins de santé
- Finaliser, et diffuser le programme quinquennal
- Appui pour la mise en place des mutuelles pour les agents de santé

# ANNEXE 8

# Résultats préliminaires de l'évaluation du PRCL

RESULTATS PRELIMINAIRES
DE L'EVALUATION DU
Programme de Renforcement des Capacités en
Leadership du MSP de la Guinée

Réunion de Restitution
Ministère de la Santé Publique
Conakry, 9 Mai 2003

Linda Rachel, Ph.D.
David A. Goldenberg, Ph D

## Remerciements

Nos sincères remerciements

A Monsieur le Ministre de la Santé pour son appui total à cette activité

A tous les participants du programme PRCL et leurs équipes,

Au staff de PRISM à travers la Guinée,

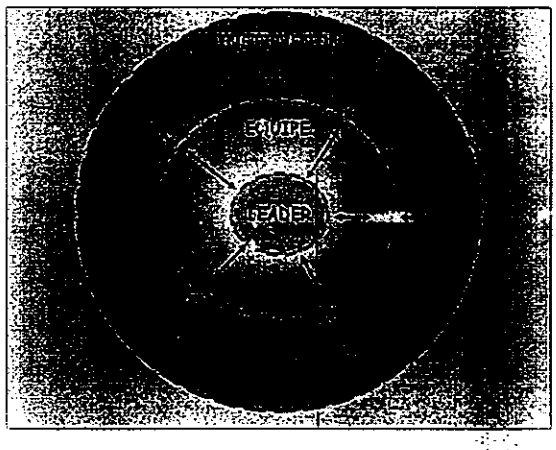
Et, en particulier, nos preneurs de notes,
Fatoumata Diaby et Karen Sherk.

Votre coopération et engagement par rapport à cette évaluation témoigne de l'importance accordée au programme de leadership.

## OBJECTIFS DE L'EVALUATION

- Atteinte des objectifs de changement de comportement
- Réalisation des objectifs de performance
- Recommandations pour la création d'un système de suivi et évaluation
- Recommandations sur les meilleures stratégies pour élargir le programme

DIFFUSION DE CAPACITE DE LEADERSHIP




## METHODOLOGIE

- **Entretiens semi structurés avec:**
  - Les treize participants du programme
  - Dix-neuf interviews avec les coéquipiers des leaders
  - Les facilitateurs
  - Autres informants clés
- **Questionnaires employés:**
  - Climat du groupe
  - Pratiques de leadership
- **Revue des documents**

EVALUATION

| INTRANTS | EFFETS | IMPACT SOUHAITEE |
|---|---|---|
| INDIVIDUELS:<br>Connaissance de soi-même<br>Comprendre l'autre<br>Gestion des émotions<br>L'humilité<br>Style d'apprentissage<br><br>ORGANISATIONNELS:<br>Réunions<br>Délégation<br>Descriptions de poste<br>Partage des informations<br>Restitutions<br>Supervision | AU NIVEAU DE L'EQUIPE:<br>Participation<br>Responsabilisation<br>Transparence<br>Clarté<br>Systématication<br>Alignement<br>Coordination<br>Comprendre l'autre<br>Confiance<br>Intégration<br>Initiative<br>Analyse (besoins capacité) | CAPACITE DE TRAVAILLER EN EQUIPE<br>POUR<br>ABORDER ET RELEVER LES<br>DEFIS<br>INSTITUTIONNELS ET SYSTEMIQUES |

## NIVEAU INDIVIDUEL

Connaissance de soi-même: "il a vu qu'il a beaucoup d'insuffisance .. il a trouvé ce qui manquait en lui", "J'ai demande à ce qu'ils m'évaluent pendant cette semaine .. j'ai pris l'initiative de faire ça". (un collaborateur)

Comprendre l'autre: "je cherche maintenant à me mettre a la place de la personne et je ne fait rien sans consulter. Sur le plan de la mutation, je cherche à savoir tout sur la personne et je la consulte avant." (un participant)

Scruter: "avant, je faisais les choses par instinct et maintenant j'ai un outil". (un participant)

L'écoute: Concernant le DRS, "dans les réunions, il ne monopolise plus la parole" "aujourd'hui, il demande l'avis des collaborateurs sur les documents qu'il rédige" ".. il consulte toujours maintenant". (un collaborateur)

## AU NIVEAU DE L'EQUIPE

Participation: "Chacun a rédigé sa description de poste et on a fait une réunion de concertation pour partager ce que chacun a fait a son niveau et analyser la responsabilité de chacun."

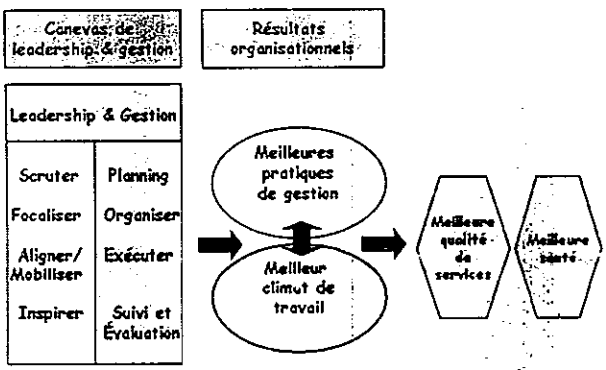
Responsabilisation: "ce changement .... (donne) le sentiment qu'on est responsable", "..maintenant, je sens chaque jour qu'on a besoin de moi". (un collaborateur)

Transparence: "on envoyait des gens en mission sans l'avis des autres, mais maintenant tout le monde est informé et il discute avec son staff", "avant .. Le niveau d'information était en 'zigzag', mais maintenant, tous le monde est au même niveau d'information. Tout ça amene une certaine confiance dans l'équipe" (un collaborateur)

Résolution de conflits: "pour nous, le travail en équipe, c'est gérer les conflits" (entre les individus).

AUTRES REFERENCES OU OBSERVATIONS SUR LE COMPORTEMENT DE LEADERSHIP

- Connaître les styles d'apprentissage de soi-même & des autres
- Analyser les capacités & besoins au sein de l'équipe
- Aligner les attentes institutionnelles avec la pratique actuelle et diminuer l'écart
- Partager des informations pertinentes à tous les niveaux
- Systématiser des bonnes habitudes de gestion (réunions, délégation)
- Encourager des initiatives et l'innovation




## Défis identifiés (exemples)

- Climat de travail:
  - Concilier intérêts individuels / de l'organisation
  - Manque d'humanisme
  - Ouverture d'esprit
- Pratique de gestion:
  - Supervision intégrée & efficace
  - Assurer l'équipement / maintenance des infrastructures
  - Communication entre différents niveaux
- Qualité & accessibilité de services:
  - Prix de médicaments essentiels
  - Responsabilisation communautaire

## Pourquoi le PRCL marche ?

- L'élément humain comme point de départ
- Traits distinctifs des participants?
  - Expérience antérieure de formation
  - Habilité d'apprentissage
  - Confiance en soi
- Processus: expérientiel, alternation entre discussion et application
- Étapes pratiques et simples d'application
- Visites de suivi et soutient par les facilitateurs
- Occasions de renforcement mutuel

## Points de discussion concernant l'extension du programme

- **Accord unanime sur la continuation**
- **Quand ?** Bientôt pour ne pas perdre l'élan et l'inclusion
- **Pour qui ?** Les niveaux prioritaires ?
- **Par qui ?** Pool ou réseau de facilitateurs ?
- **Comment ?** Alternatives de regroupement des participation ?
- **Qui va gérer ?**
- **Complémentarité ?** Rôle d'autres partenaires
- **Pérennité ?**

## Recommandations pour un système de suivi

- Les indicateurs: de source inductive (données qualitatives d'évaluation) et déductive (canevas conceptuel)

- Les outils proposés:
  - Instrument de climat - révisé
  - Le MOST pour l'auto-analyse des éléments clés de gestion d'équipe
  - "Paquet minimum de gestion d'équipe" pour suivi objectif

- Le processus:
  - Participatif
  - Division de taches à déterminer

## Prochaines étapes

- Finalisation du rapport
- Diffusion du rapport au sein du MSP
- Mécanismes de suivi (exploitation des recommandations)

**Annexe 16 :** Power point presentations on IMAT and on DCMI results as presented to the Conakry Pharmaceutical International Forum ; PRISM ; June 2003 .

- MSH (Management Sciences for Health), Projet PRISM-Guinée Conakry

411

# Titre de la présentation

Adaptation, intégration et emploi de l'outil IMAT (Inventory Management Assessment Tool) dans le système de santé de la Guinée: démarche suivie et résultats obtenus

2 41a

# Qu'est ce que L'IMAT ?

Un outil qui donne des indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité et la qualité des pratiques de gestion et d'enregistrement des produits pharmaceutiques dans un magasin. Et fait des suggestions pour l'amélioration de ces pratiques.

# Quels sont les INDICATEURS ?

- A. Deux indicateurs mesurent l'exactitude des enregistrements
- B. Deux indicateurs mesurent l'efficacité du contrôle des niveaux de stock

# A. Indicateurs d'enregistrement

1. Pourcentage d'enregistrements de stock exact (idéalement égal à 100 %)

2. Rapport de la variation de l'inventaire/stock total (idéalement égal à 0 %)

# A. Indicateurs de niveau de stock

1. Pourcentage de produits disponibles (idéalement égal à 100 %)

2. Pourcentage moyen de temps de rupture de stock (idéalement égal à 0 %)

# Un Guide d'analyse pour:

- Une explication des causes possibles des mauvais résultats
- Des suggestions en vue d'une amélioration des résultats
- Entreprendre des actions

# 417

# Utilisateurs potentiels de IMAT

- Gestionnaires responsables des magasins ou dépôts;
- Superviseurs

# Fréquence de l'évaluation

- Une fois par an par exemple.

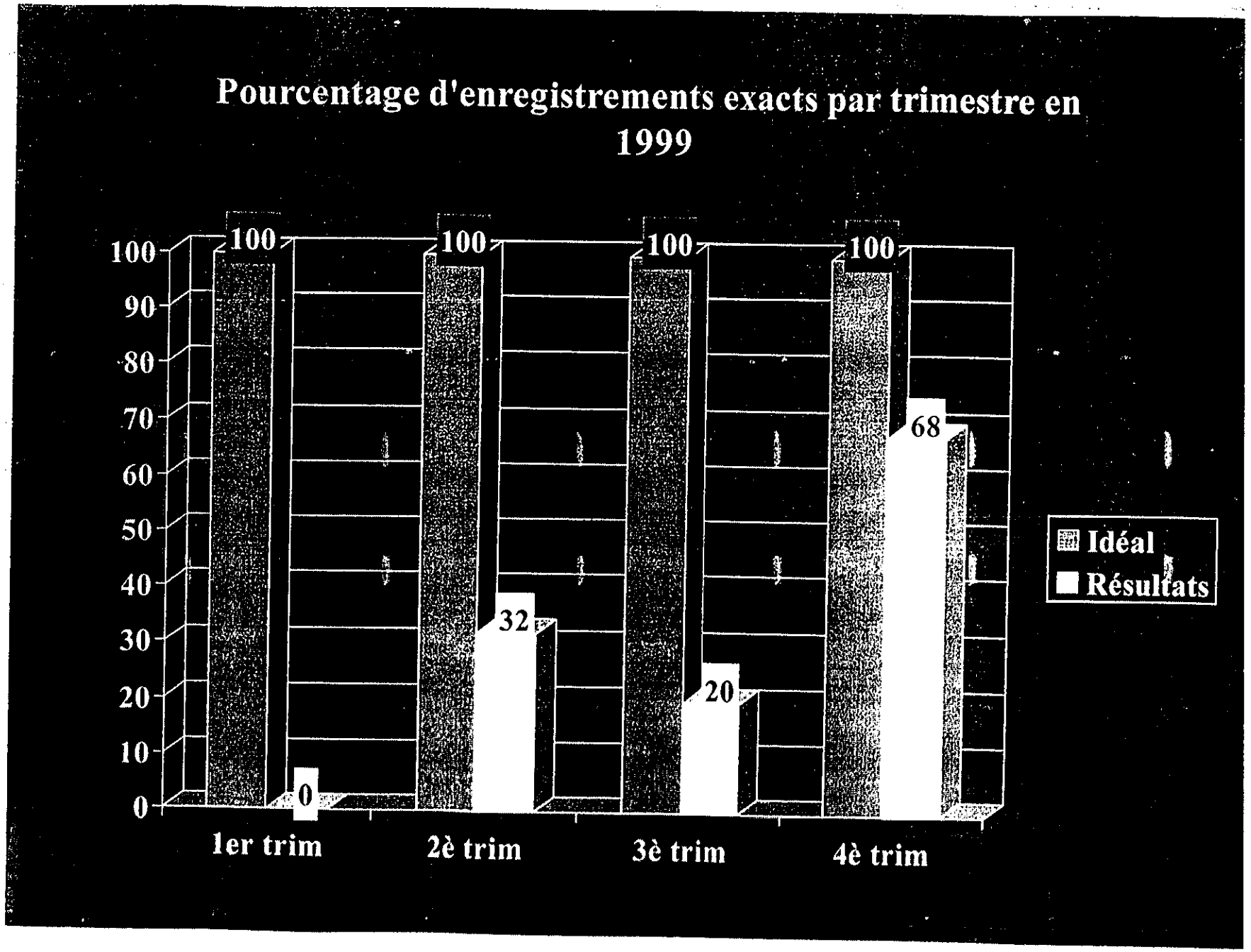
'419

# Principes fondamentaux de l'IMAT :

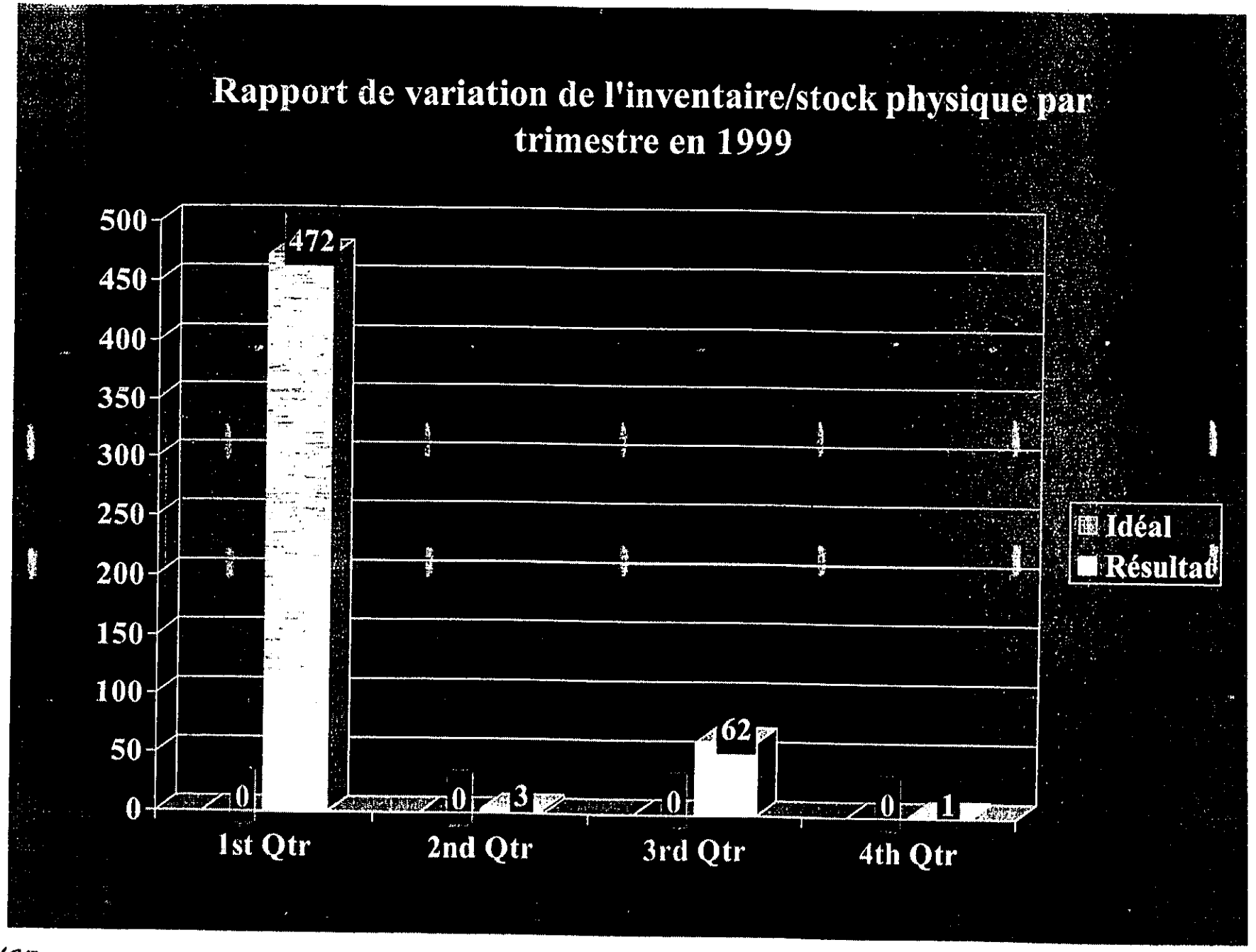
- Considérer la période des 100 derniers jours
- Choisir les produits les plus fréquemment distribués (jusqu'à 25 par exemple).

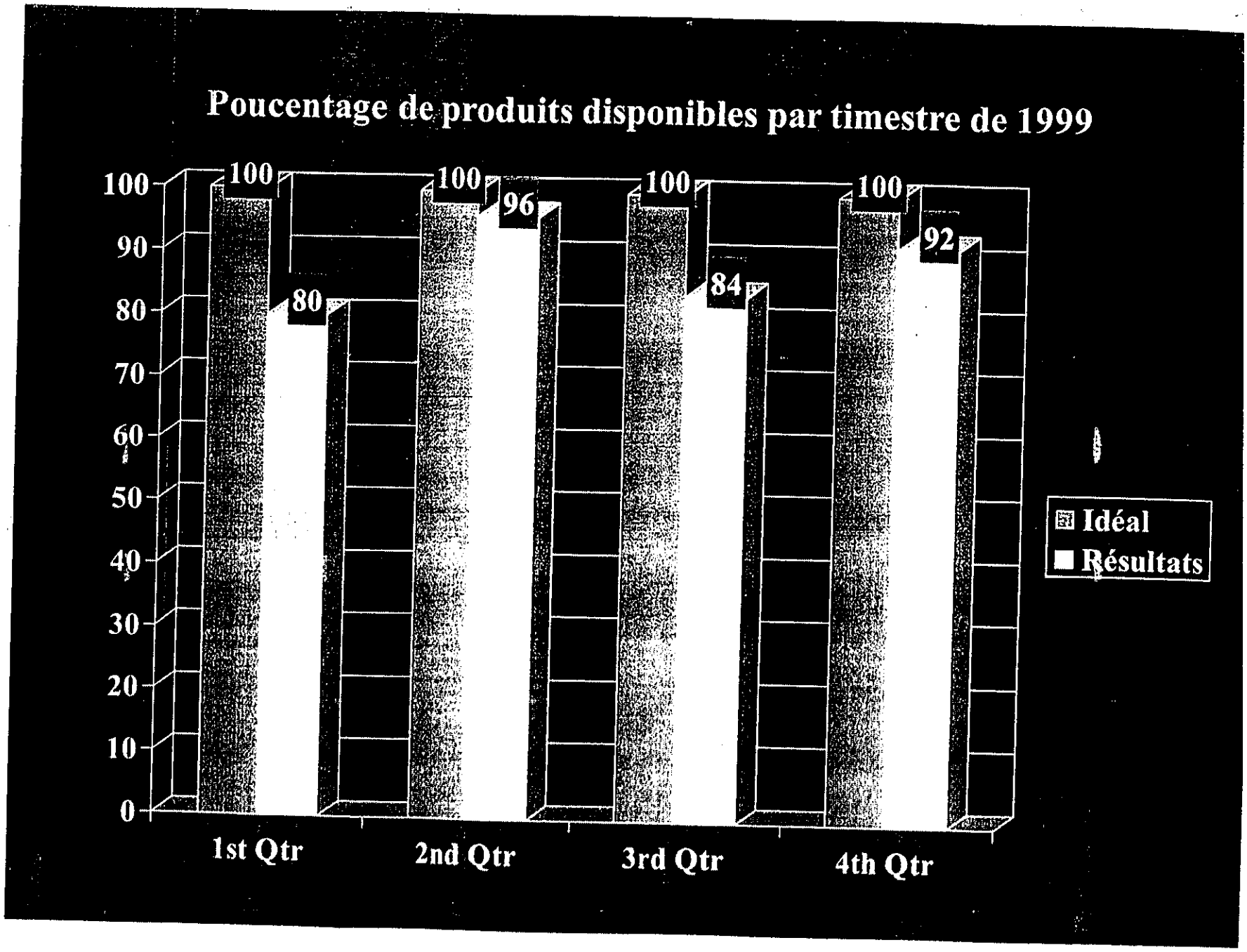
# Application pratique:

## Cas d'un Dépôt

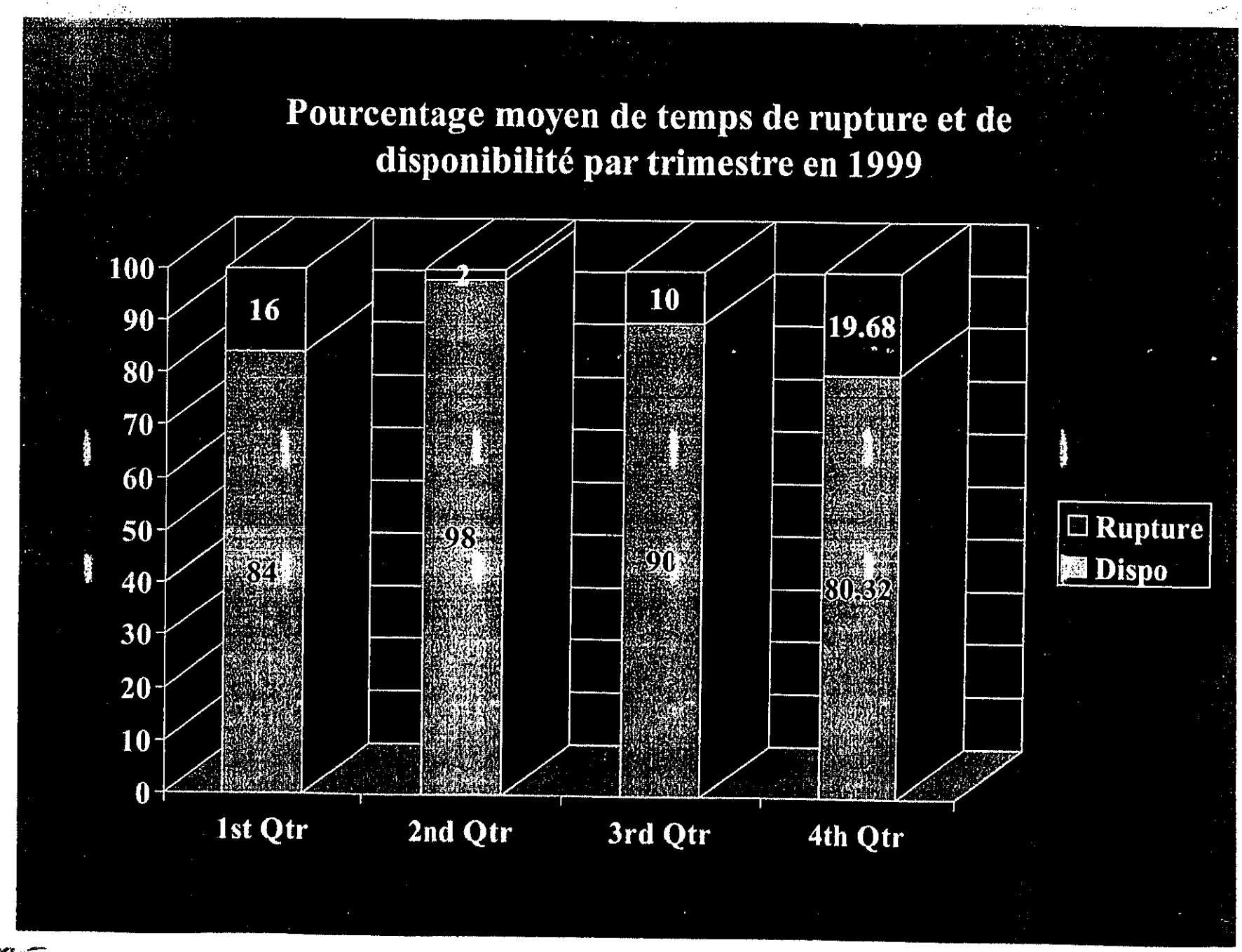

Pourcentage d'enregistrements exacts par trimestre en 1999
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
100
100
100
100
0
32
20
68
1er trim
2è trim
3è trim
4è trim
Idéal
Résultats

2. 4


Rapport de variation de l'inventaire/stock physique par trimestre en 1999
500
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
472
0
0
3
0
62
0
1
1st Qtr
2nd Qtr
3rd Qtr
4th Qtr
Idéal
Résultat


Poucentage de produits disponibles par timestre de 1999
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
100
80
100
96
100
84
100
92
1st Qtr
2nd Qtr
3rd Qtr
4th Qtr
Idéal
Résultats

424


Pourcentage moyen de temps de rupture et de disponibilité par trimestre en 1999
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
16
84
2
98
10
90
19.68
80.32
1st Qtr
2nd Qtr
3rd Qtr
4th Qtr
Rupture
Dispo

3

425

# Emploi de IMAT au niveau Centre de Santé

# Particularités dans la gestion des Médicaments au Centre de Santé

- Deux niveaux de distribution
  - Le Magasin
  - Le point de vente
- Deux gestionnaires
- Des outils de gestion différents

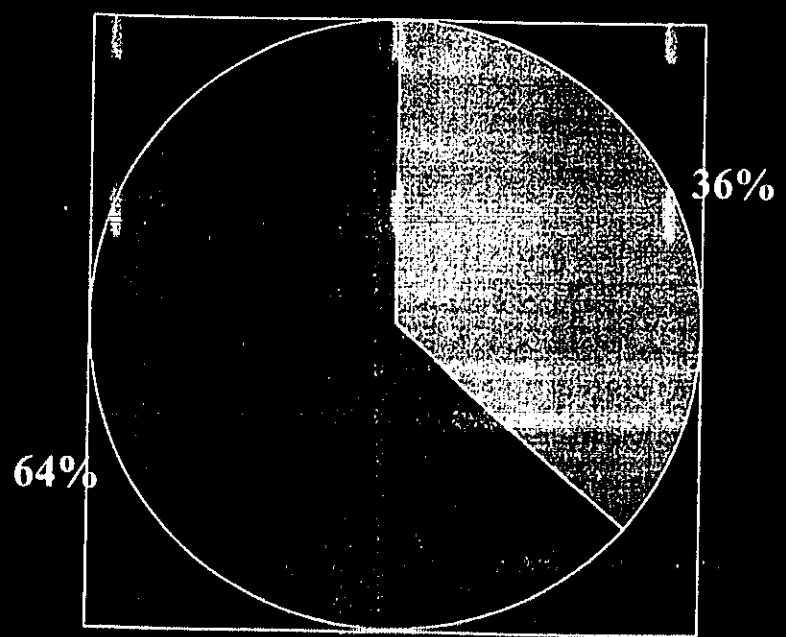
# Processus d'intégration de IMAT dans la supervision

- Adaptation au contexte des centres de santé
- Formation des superviseurs
- Formation des chefs de centre
- Utilisation au cours des supervisions trimestrielles

# Adaptation au contexte des Centres de Santé

- Emploi de l'outil aux deux niveaux de distribution:
  - Magasin: Pour Mesurer l'exactitude des enregistrements
  - Rapprochement magasin et point de vente pour mesurer les niveaux de stock

# Exactitude des enregistrements dans 44 CS en 2001




- Nombre CS avec 100 % d'enregistrements exacts
- Nombre CS avec enregistrements exacts inf. 100 %

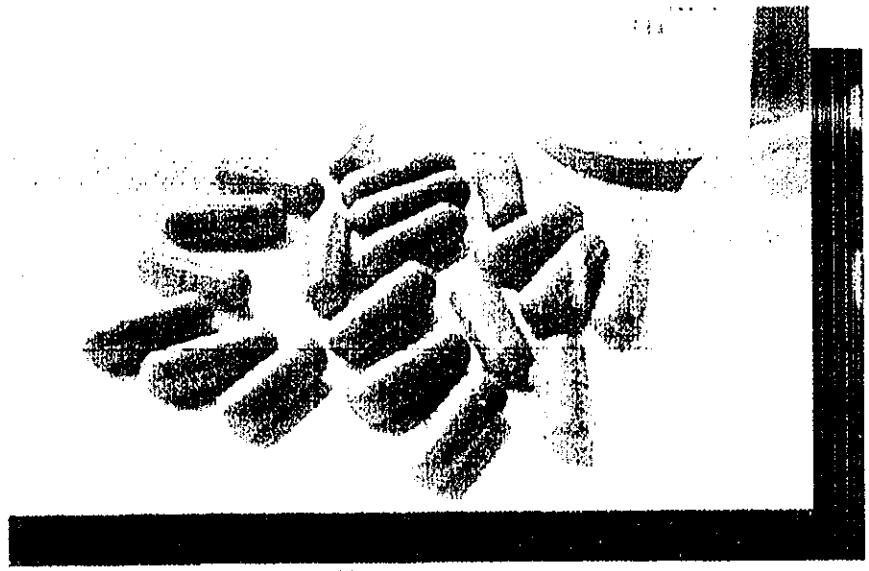
# Conclusion

- IMAT permet de faire un suivi régulier de la qualité de de la gestion.
- Il ne remplace pas les besoins de contrôle routinier des pratiques de gestion d'un magasin.
- Il n'est pas applicable sur un produit dont la fiche de stock n'est pas disponible.
- Il permet l'analyse des causes possibles des mauvais résultats et d'entreprendre des actions correctrices.

JE VOUS REMERCIE !!!

MSH MANAGEMENT SCIENCES *for* HEALTH

Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus



# Étude sur la Gestion des médicaments des Maladies de l'Enfant en Guinée

Supported by the U.S. Agency for International Development

MSH MANAGEMENT SCIENCES *for* HEALTH

Management Plus

# Étude sur la Gestion des médicaments des Maladies de l'Enfant en Guinée

Supported by the U.S. Agency for International Development

434

# Titre de la communication :

Résultats de l'enquête nationale sur la gestion des médicaments des maladies de l'enfant (GMME) en Guinée

Par Dr Youssouf Doumbouya

Pharmacien, Conseiller en gestion des médicaments PRISM/MSH-Guinée

# Historique de la GMME

- Collaboration RPM Plus, BASICS, USAID, OPS, OMS
- Première application: Républiques de l'Asie centrale, 1996
- Enquêtes GMME en Amérique du Sud - Équateur et Bolivie, 1998
- Atelier Régional en Afrique de l'Est (Ouganda, Tanzanie, Zambie), 1999
- Enquêtes GMME en Zambie - 1999, et Ouganda - 2000
- Atelier Régional en Afrique de l'Ouest et Enquête GMME au Sénégal en 2001
- Enquête GMME en Guinée en 2002

# Objectifs de GMME/Guinée

- **Objectif général**
  - Améliorer la gestion des médicaments des maladies de l'enfant

- **Objectifs spécifiques**
  - Déterminer la disponibilité des médicaments, vaccins et matériel médical nécessaires au traitement et à la prévention des principales maladies de l'enfant de moins de cinq ans.
  - Évaluer l'utilisation des médicaments ainsi que les implications cliniques et financières des pratiques de prescription pour les maladies de l'enfant sélectionnées.

# Indicateurs de l'étude GMME

1- Indicateurs sur la disponibilité

2- Indicateurs sur l'utilisation

# Indicateurs sur la disponibilité des médicaments

- % des prix internationaux médians payés pour les médicaments lors du dernier approvisionnement
- % moyen de produits traceurs disponibles dans les structures visitées
- % moyen du temps de rupture de stock des médicaments traceurs
- % moyen d'enregistrements de stocks exacts

# Indicateurs sur l'utilisation des médicaments

- % de structures possédant un guide de traitement (GT)
- % de cas « pas de pneumonie pour lesquels des antibiotiques ont été prescrits
- % de cas de pneumonie pour lesquels un antibiotique a été prescrit selon le GT
- % de cas de diarrhées pour lesquels du SRO a été prescrit

# Indicateurs sur l'utilisation des médicaments (suite)

- % de cas de diarrhées pour lesquels des anti-diarrhéiques ont été prescrits
- % de cas de diarrhées simples pour lesquels un antibiotique a été prescrit
- % de cas de paludisme pris en charge selon le GT
- Coût moyen des traitements (en %) par rapport aux coûts des traitements selon les directives PCIME

# Indicateurs sur l'utilisation des médicaments (suite)

- % d'accompagnateurs capables de décrire comment administrer le médicament prescrit
- % de cas où l'agent a suivi les directives PCIME
- % de cas où les agents ont donné des conseils nutritionnels

# Méthodologie

Cibles

- Dépôts pharmaceutiques des niveaux central et régional
- Formations sanitaires
- Pharmacies privées et points de vente pharmaceutiques des districts sanitaires
- Vendeurs informels de médicaments

Echantillonage

- 4 préfectures pour les 4 régions naturelles
  - N'Zérékoré en Guinée forestière
  - Forécariah en Guinée Maritime
  - Pita en Moyenne Guinée
  - Kouroussa en Haute Guinée

# Méthodologie: échantillonnage (suite)

- Matam dans la région de Conakry
- 25 structures publiques au total
  - 1 Hôpital régional (N'Zérékoré)
  - 3 Hôpitaux préfectoraux
  - 15 Centres de santé (3 dans chaque préfecture)
  - 1 Centre médico-communal (Coléah)
  - 3 Dépôts régionaux PEV (N'Zérékoré, Kankan, Labé)
  - 2 Dépôts centraux (PCG et PEV)
  - 25 points de vente privés formels et informels

## Technique de collecte de données sur la disponibilité

- Revue des documents
- Entretiens avec le personnel des structures de santé
- Inventaire physique
  - Disponibilité au moment de l'enquête
  - Disponibilité pendant les 12 mois précédant l'enquête

- Liste de produits traceurs utilisée: comporte 32 produits
  - 27 médicaments y compris les vaccins BCG, DTC, Rougeole, Polio
  - 5 matériels et équipements pour la PCIME

## Technique de collecte de données sur l'Utilisation

- Revue de dossiers médicaux des malades sur une période de 12 mois précédant l'enquête
- Observations directes de consultations
- Entretiens à la sortie des consultations
- Simulations des cas

Maladies étudiées

- IRA: Pas de Pneumonie (grippe, rhume etc.....)
- IRA: Pneumonie
- Paludisme
- Diarrhée simple

Taille de l'échantillon

- 2490 cas
- ➢ 2231 cas étudiés rétrospectivement à partir des registres des consultations
- ➢ 259 cas durant les observations et les entretiens à la sortie
- ➢ 80 simulations: 54 cas pharmacie privée et 26 cas vendeurs au marché
  - Maladies simulées
    - Paludisme: 26
    - Diarrhée: 28
    - Pas de pneumonie: 26