



PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTÉ REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

Progress Report
April-May-June 2002

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



Submitted: August 2002

USAID Grant Award N° 624-A-00-97-00077-00

A

Table of Contents

INTRODUCTION	3
SUMMARY OF PRINCIPALS RESULTS	5
WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR)	7
IR1: INCREASED ACCESS	7
IR 2: IMPROVED QUALITY	16
IR3: INCREASED DEMAND	25
IR4: IMPROVED COORDINATION	33

List of acronyms

Annexes:

- I. Résultats de l'évaluation du système de santé de la préfecture de Kérouane (5 et 6 Mai 2002) et de Kouroussa (8 et 9 juin 2002): présentation par formation sanitaire ; DRS-Kankan /PRISM
- II. Rapport de formation en PF et Prévention des IST/SIDA des agents de Kankan et de Siguiri (du 13 au 25 mai 2002); AGBEF/PRISM
- III. Rapport conjoint PRISM/ISAG sur la formation SBC (du 6 au 11 mai: formation des 16 superviseurs SBC et du 17 au 22 Mai: formation des 74 AC) dans la préfecture de Dinguiraye ; Juin 2002.
- IV. Rapport de consultation de Jane Briggs de MSH sur le design et la préparation de l'enquête GMME/DCMI (Atelier tenu à Dalaba du 15 au 20 avril 2002);
- V. Document présentant la stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion des CSs en HG. PRISM/DRS de Kankan, Juillet 2002
- VI. Spécifications à l'intention des organisation relais sollicités dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion des CSs en HG. 19 Juillet 2002, PRISM
- VI. Rapport de formation en Gestion d'Equipe - Niveau Cadres Supérieurs (20 au 25 Mai, 2002) à Faramah, PRISM ;
- VII. Rapport sur l'atelier de formation en Facilitation COPE, Kankan du 22 au 27 Avril 2002 et sur l'intégration de COPE dans des sites de Kerouane ;
- IX. Rapport de Mission : Assistance technique à la DPS de Mandiana à la supervision facilitante du 14 au 21 avril 2002 ; PRISM/Engender Health
- X. Rapport de révision du curriculum de formation des Accoucheuses Villageoises (29 au 30 avril 2002 à Kankan) PRISM.
- XI. Rapport de consultation de Kim Seaferts de JHU/CCP du 11 au 26 juin sur le programme de formation à distance par radio; juin 2002

- XII. Guide de facilitation des Town Meetings sur la SMI, PRISM, Juin 2002 ;
- XIII. Rapport de consultation de Jana Ntumba de MSH sur la mise en œuvre du programme de renforcement des capacités en leadership du MSP ; Réunion de Dialogue, avril 2002.
- XIV. Rapport de l'atelier de formation des enseignants et agents de santé sur l'approche EPE ; Kankan les 22 et 23 mai 2002.

INTRODUCTION

SO # 2

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

Vision

By the year 2002, Guinean families and individuals will have good access to high quality services and information that meet their reproductive health needs.

This report covers PRISM activities and performance from April 1st to 30 June 2002. As in previous reports it is structured around PRISM's four implementing strategies to fulfill USAID's strategic objective # 2. The implementing strategies are designed to achieve the four intermediate results (IR) linked to the SO#2: (1) Increased access to RH services, (2) Improved quality of services, (3) Increased demand for services and (4) Improved coordination between the MOH, donors and other partners.

Changes at MOH key positions

The Ministry of Health (MOH) made numerous changes at key positions at the end of 2001 and in early 2002. Many of these changes concern the decentralised level's units with which PRISM collaborates. The two regional directors (DRS) in Haute Guinée have changed as well as 5 of the 8 district directors (DPS) and all of the 8 hospital directors. We are pleased to report that a very active collaboration has been established between PRISM and the two newly appointed Health Regional Directors in our target zone. Transfer of technology and ownership from the project to the MOH decentralised units have accelerated under these favourable conditions.

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

Special Evaluation of Health Districts

The new DRS at the head of the Kankan Regional Directorate has initiated during the period with the full support of PRISM an in-depth evaluation of the region's health system. This major initiative addresses all aspects critical to the quality of services, the access to those services and their sustainability. Among the aspects critical for Service Delivery Points (SDP), the following deserve special mention: the performance level of EPI and pre natal care services, the authenticity of service statistics, the accuracy of resources management records (with a focus on essential drugs and finance) and the application of the official fee structure.

The Kankan DRS presented to PRISM the in-depth evaluation as an indispensable initial step toward revitalizing the Primary Health Care (PHC) system in the region. He wanted to achieve the following goals through the activity: 1) create a comprehensive base line on the performance of the system in key areas; 2) identify (or gain confirmation) the main problems; 3) determine the extent of the deficiencies at the SDP level and at SDPs; and 4) use the results to dedicate the health personnel to the PHC system. In full agreement with this vision, PRISM actively supported the design, the preparation, the organization and the implementation of the in-depth evaluation program. Our staff provided technical assistance in the development (or sometime adaptation) of the evaluation tools and questionnaires and with the design and setting up of the computerized

SUMMARY OF PRINCIPAL ACTIVITIES & RESULTS

(April-May-June 2002)

IR1: Increased Access

- Integration of RH Services
 - 20 providers from integrated HCs trained in FP and STI/AIDS prevention.
 - STI drugs received for integration of 40 HCs in 2002.
 - CBD networks established in Dinguiraye Prefecture with Africare-Isag: 74 CBA agents and 16 CBD supervisors from HCs trained and equipped.
 - Pilot integration of oral contraceptives prescribed by CBD agents ongoing.
 - 10 Traditional Birth Attendants from Karouane trained (first group of trainees).
- Strengthening of the ED&C logistics system
 - Sales Point Attendants trained at 10 HCs (82 HCs cumulative out of 89 HCs).
 - Field work complete for the GMME/DCMI survey.
- Availability of basic medical equipment, IEC material and management tools
 - Inventories updated in Kerouane, Kouroussa and Kankan prefectures.
 - 16 sterilizers and 14 échéanciers delivered to HCs in GH.
 - 49 wicks delivered to Kankan region buffer stock.
 - Basic medical material delivered to newly established Babila HC in Kouroussa.
- Affordability of services at SDPs
 - MURIGAs: participative feasibility studies performed at 6 initial sites; general assemblies held; kits of management tools distributed; contributions from adherents started at all sites.
 - 12 new sites for the promotion/establishment of HMO selected.

IR2: Improved Quality

- Strengthening quality improvement support systems
 - 14 managers from the Faranah region trained in Team Management (new total for HG = 37 following changes of personnel at MOH key positions).
 - 6 supervisors from the MOH in the Faranah region trained in COPE facilitation (total for HG = 32)
 - COPE integrated in 5 additional sites in HG (total = 33: 22 HCs, 6 paediatric services, 5 maternity services)
 - Facilitative Supervision (FS) supported in all 8 prefectures; FS visits at SDPs technically supported by PRISM in 5 DPSs.
- Improve the quality of RH services delivered
 - Post training monitoring activities for PEV agents delivered to 15 HCs.
 - Essential Maternal and Child Health training curriculum for TBA revised and updated.

IR3: Increased Demand

- On going distribution of IEC material to targeted recipients (SPDs, youth peer educators, University, etc.)
- 20 additional safe motherhood community promoters trained (cumulative = 60).
- Town meetings to address with community members women and infant immunization, quality of care and fees issues held in 35 localities.
- HIV+ Individuals are coming out publicly in HG to fight HIV/AIDS with PRISM support.
- Field work completed for youth campaign evaluation survey

- EPE approach to improve immunization coverage of young children was integrated in additional schools in 4 prefectures

IR4: Improved Coordination

- Implementation completed for the Dialogue Meeting and Module 1 training of the PRISM/M&L Leadership Strengthening Program targeting the MOH senior staff.
- Ongoing active collaboration continued with 9 international technical agencies/projects.
- MOH-MCH/FP Section's work plan developed with PRISM assistance
- MOH's training plan reviewed with PRISM assistance.

WORK TOWARD THE INTERMEDIATE RESULTS (IR)

IR1: INCREASED ACCESS

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

Availability of essential resources at SDPs:

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

Affordability of services at SDPs:

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

1.1 Minimum package of Activities (PMA)

Results are fully achieved in this segment of PRISM operational plan. The PMA document "*Paquet Minimum d'Activités pour les Soins de Santé Primaire – Horizon 2005*" developed by the MOH with PRISM support was disseminated at the January 2002 CTPS meetings in the prefectures of the project's focus zone.

1.2 Integration of RH Services in HCs

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

The inventory of essential resources available at SDPs revealed at the end of 2001 that 12 HCs in HG no longer have at least one trained provider in FP. This information was updated during the quarter and a training session organised for 20 providers to correct the situation in the Kankan and Siguiri prefectures' health centers³. The trained providers came from two new HCs where FP is being integrated, both located in Kankan (CSU Kankan Koura and CS Boula) and from 15 other HCs that did not have at least two trained providers available anymore. Two of the three trainers came from the Kankan DPS and the course director was from the regional office of the AGBEF.

PRISM will support the MOH in implementing one such training session every quarter when necessary to maintain FP services through qualified providers at each facility. For instance, the plan for the next quarter is to cover the needs of the Kouroussa, Kerouane and Mandiana prefectures.

3. Please find the training report at annex II

1.2.2 Integration of STI Care services in HCs

Although STI care was not integrated into new HC during the period, some issues related to STI drugs supply were resolved. PRISM was able to secure sufficient STI drugs to constitute the start-up kits (6 months of supply) for HCs targeted for integration⁴. The PEV/SSP/ME received a grant from the European Community allowing the purchase of STI drugs specifically to support integration of STI care services in HCs throughout Guinea. PRISM ordered and received the following products in June 2002 from that special stock.

Products	conditioning	Quantities & Values		
		# of units	Unit price (GFr)	Value (GFr)
Benzathine Péni. 2,4 M	Bottles	1.050	488.00	512.400
Cotrimoxazole 480 mg	Pills	32.000	14.00	448.000
Cyprofloxacin 500 mg	Pills	8.200	500.00	4.100.000
Doxycycline 100 mg	Pills	123.000	26.00	3.198.000
Erythromycine 125 mg	Envelopes	192	348.00	66.800
Erythromycine 500 mg	Pills	17.000	145.00	2.465.000
Kanamycine 1g	Bottles	150	600.00	60.000
Kanamycine 2g	Bottles	1.550	1,200.00	1.860.000
Métronidazole 250 mg	Pills	76.000	9.49	721.240
Nystatine 100 000 UI	Ovules	58.000	55.00	3.190.000
				16.621.440

With the drugs available at PRISM for the start-up kits as well as at the Regional PEV/SSP/ME depot for HCs' stock replenishment⁵, activities for the integration of STI care services are now resuming. We believe we will be able to reach our year 5 target in that area⁶.

1.2.x Other Integration Activities targeting HCs

PRISM has recently initiated discussions with Hellen Keller International (HKI) to collaborate on integrating vitamin A in HG HCs' service protocol for postpartum. The strategy is to first test the integration of this product on a small scale to identify associated problems and solutions and draw lessons on all relevant aspects (insertion in essential drugs list, product storage and handling, impact on HC viability, source of supply, training curriculum, compliance rates of trained providers, etc.), present results to the MOH at the central level, gain approval from health authorities and replicate the integration activities in all the HCs of the project's focus zone. PRISM's goal will be to help the MOH integrate postpartum vitamin A in the national primary health care system through this initiative with HKI in HG.

4. 40 health centers to integrate in Haute Guinea during 2002.

5. A large order of anti STI drugs was put in by Kankan Regional Health Director and received in January 2002.

6. STI care services will be integrated in 60% of HG's HCs (54 HCs out of 89) by the end of PRISM Y5

1.2.3 Extension & Strengthening of Community Based Services

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

Mobilise rural communities and train CBD agents and their supervisors (1.2.3.1.1):

The establishment of the CBD networks in Dinguiraye, which is managed by Africare-ISAG, has been launched and completed during the period. All 16 CBD supervisors based in the prefecture's HCs as well as the 74-targeted CBD agents were trained by ISAG with the support of PRISM⁷. The project provided the training curricula, the regional level trainers from the MOH as well as IEC materials and other items included in the standard kits for CBD agents and for their supervisors. As of the end of the period all rural HCs in Haute-Guinée have a network of CBD Agents they supervise, replenish and support.

Integration of new MCH products to be distributed by CBD agents (1.2.3.1.3):

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

Increase access to oral contraceptives (1.2.3.1.4):

The pilot program for integrating prescription of oral contraceptives in the CBD agents' package of activities has progressed significantly in the selected sub prefectures during the period.

- The 3 field survey agents and the 6 CBD supervisors coming from the selected three rural HCs were trained in the prescription of oral contraceptives and the use of the service protocol checklist for CBD agents.
- The 20 CBD agents from the selected HCs were trained in the prescription of oral contraceptives and the use of the service protocol checklist.
- The field survey agents have initiated their monitoring activities. Each targeted village was visited three times and interviews were conducted of all CBD agents' clients served with OC.

The pilot distribution of OR will be monitored during a total of 6 months, after which the final data analysis will be performed and the report produced for presentation to the *Comité National de Pilotage*.

Monitoring of and Support to the CBD/SBC program (1.2.3.1.7):

CBD Technical Assistance provided to DPSs by AGBEF: AGBEF now provides technical assistance to 6 prefectures in HG⁸ through a sub contract with PRISM. Support to Siguiri DPS is maintained although the international NGO ADRA is now active there in the health sector at the community level. Support has also been initiated in Dabola prefecture where AFRICARE closed down its program at the end of last year.

1.2.3.2 Traditional Birth Attendant (TBA) Integration

A first group of 10 TBAs selected by communities from three sub prefectures of Kerouane

7. Please find the MOH/ISAG/PRISM joint training report at annex III

8. These are the so-called 5 priority prefectures of Kankan, Siguiri, Kerouane, Kouroussa and Faranah plus the Dabola prefecture.

attended the 2 week course that was concluded on 4 April 2002⁹. The training curriculum will be validated in July during a national validation workshop to be held in Kindia. TBA training will resume in August 2002.

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

1.3.1 Training in ED&C Logistics

On-the-Job Training of 2nd Managers at HCs (1.3.1.4, 5 & 6): The Head of a Health Center (HHC) is responsible of the main ED&C inventory held at the site. A subaltern staff working directly under the HHC - **the Sales Point Attendant** - handles the direct deliveries of ED&C to clients. The sales point agent is the primary target of this training. PRISM and the DRSS trained the 2nd managers of ED&C at 10 HCs during the period: 5 in Faranah and 5 in Kerouane. As of the end of June 2002, sales point attendants have been trained at all 19 HCs targeted for IMCI (10/10 in Mandiana; 9/9 in Dabola), at 31 of the 36 HCs targeted for MSR (10/12 in Faranah; 13/16 in Kankan; 8/8 in Kerouane) and at at least 3 HCs per prefecture in the remaining ones (9 HCs). Qualified and experienced regional trainers from the MOH and from PRISM have implemented this on-the-job training activity.

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

National Manual on the ED and Medical Supplies Integrated Logistics: The first draft of this manual was developed by the MOH in 1998 with technical and financial assistance from the UNFPA. Changes of personnel within the MOH and unrelated problems with the UNFPA funded Reproductive Health Project at the MOH delayed its adaptation and finalization. PRISM and UNFPA joined their efforts recently to support the new team at the MOH's *Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoires* to finalize the Manual. The 1998 draft was updated and improved in its structure and presentation. UNFPA funded a validation workshop held in Conakry from 18 to 20 June 2002 during which the updated draft of the Manual was reviewed and final changes confirmed. PRISM co-facilitated the workshop and will integrate the required changes into the manual. The final version of the National Manual on the ED and Medical Supplies Integrated Logistics should be ready for printing and dissemination during the next quarter.

1.3.5 Improve availability of products: Other Interventions

Support the implementation of the GMME/DCMI survey:

The Drug Management for Childhood Illness (DMCI, GMME in French) tool is an indicator-based approach designed by MSH's USAID funded RPM+ project to provide a rapid assessment of the pharmaceutical and medical supplies management systems in Ministry of Health (MOH) facilities and retail drug outlets in support of IMCI implementation. The main objective of the DMCI tool is to provide an approach for conducting studies that will generate data on availability and prescribing practices of drugs for IMCI, identify ways to improve IMCI drug management (availability, treatment, and cost), and transfer self-assessment technology by creating country-based operations research capacity. The DMCI is structured as two complementary studies: drug availability and drug use. The purpose of conducting the Drug Availability Study is to determine the degree to which the drugs, vaccines, and supplies needed for treating and preventing childhood illnesses are available. In general, the data collection sites include

9. See the training report at annex 2 of quarter January to March 2002 progress report

MOH central offices, central and regional medical stores, and health facilities. The purpose of the Drug Use Study is to assess the clinical and cost implications of prescribing practices for selected childhood illnesses.

DMCI was translated into French and introduced in late September 2001 to West Africa. Participants from Senegal, Mali, Niger, Guinea, and Haiti attended a workshop in Senegal in preparation of its adaptation, introduction and application in these countries. The Guinean field data collectors and the data entry operator were trained with the assistance of two experts from MSH during a one-week workshop organised in Dalaba in April 2002¹⁰. The GMME/DCMI survey's fieldwork started immediately after that. Data for the DCMI 20 core indicators (and 4 supplemental indicators) were collected during the quarter in all regions of Guinea (including the capital) and at all levels of the pipeline: central level, regional level, district-level health facilities, and retail drug outlets.

The DMCI/GMME survey in Guinea is a partnership of USAID funded BASICS and RPM+ projects, the MOH RH Division and PRISM (the management partner).

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

USAID funded contraceptives received in Guinea are stored by PRISM in a storeroom made available for that purpose by PCG. PRISM has custody of these products until they are delivered to the national logistics system. During the April-June 2002 period, PRISM delivered contraceptives to the regional depots in Kankan and in N'Zerekore. The following quantities were delivered:

Contraceptives	Unit	Regional Depot Kankan	Regional Depot N'Zerekore	Total
Lofemenal	Cycles	6,000	7,200	13,200
Ovrette	Cycles	0	0	0
Depo-Provera	Doses	0	0	0
Conceptrol	Ovules	4,800	0	4,800
IUD	Pieces	0	0	0
Condoms	Pieces	12,000	0	12,000

10. See J. Briggs field trip report at annex IV

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

Products	Contraceptives held in Conakry	
	As of June 30, 2002 Number of Units (expiration date)	
Lofemenal	78,000 (2005/06)	Cycles
	134,400 (2006/02)	
Ovrette	59,600 (2005/11)	Cycles
	39,600 (2006/05)	
Depo-Provera	84,800 (2004/04)	Doses
	70,400 (2005/05)	
Conceptrol	134,400 (2003/05)	Pills
	67,200 (2005/06)	
IUD	0	Units
Condoms	162,000 (2004/12)	Units
	198,000 (2005/03)	

1.4 Availability of Basic Medical Equipment, IEC and Management tools

1.4.1 Availability of Medical Equipment at SDP

The inventory of medical equipment completed at all SDPs in HG during the last quarter of 2002 has been updated by the DRS/DPSs with PRISM assistance at facilities in Kerouane, Kouroussa and Kankan prefectures during the period. As usual, problems were identified and solutions designed to address them rapidly as well as for the long term. Implementation of solutions is an ongoing activity.

Manufacturing and delivery of pressure sterilizers: During inventory and other supervision visits, PRISM observed that some HCs were in need of a steriliser for their needles, syringes and medical instruments. PRISM ordered for and delivered to 16 HCs locally designed and produced pressure sterilisers (*marmite cocotte*): 8 for Kerouane's HCs and 8 for Dabola HCs. PRISM will continue this operation for facilities in the other prefectures of HG during the coming period.

Production and delivery of "échéanciers": PRISM ordered locally made *échéanciers* for EPI (PEV) activities at HCs. A total of 14 *échéanciers* were delivered at HCs in Kerouane (8) and in Dabola (6).

Delivery of wicks for HCs cold chain: During inventory and other supervision visits, PRISM observed that some refrigerators were not in operation or would soon stop operating because of the non-availability in the region of a source of supply for wicks. In order to rapidly correct these problems PRISM delivered during the 2 previous periods one wick to 85 HCs in HG. This was

recognised only as a temporary solution. A sustainable source of supply –a regional buffer stock– was established at the Kankan DRS with PRISM assistance during the quarter. PRISM delivered to the DRS for the regional buffer stock 49 wicks (42 units for model 32 and 7 units for model 23).

Material for new PEV/SSP/ME HC at Babila, Kouroussa: A new PEV/SSP/ME HC was inaugurated at Babila sub-prefecture in the Kouroussa prefecture. PRISM delivered the following medical material to support the launch of its services.

N°	Designation	Unit	Quantity delivered
1	Pèse adulte (DETECTO)	Pièce	1
2	Pèse enfant + 2 culottes	Pièce	1
3	Stéthoscope médical	Pièce	1
4	Sphygmomanomètre	Pièce	1
5	Stéthoscope obstétrical	Pièce	1
6	Spéculum Jeux de 3	Jeux	1
7	Haricot jeux de 3	Jeux	1
8	Thermomètre médical	Pièce	2
9	Gant de protection latex	Paire	100
10	Affiches IEC	Pièces	20

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

IEC Material: The DPS supervision teams completed the inventory of IEC and Management tools at HCs at the end of 2001. The results of these inventories are presented in detail in PRISM's end of year 4 progress report. Existing IEC material continued to be delivered to HCs during the current period. New IEC promotional material and provider job aids for MCH were being designed during this reporting period and will be produced and distributed to HCs and Hospital's Maternity and paediatric services during the next quarter.

Management Forms and Tools: The donation by PRISM of a *duplicopieur* with an initial lot of consumables to each of the two DRS in HG should help ensure better availability of management tools at HCs.

1.5 Improved Financial Sustainability of HCs

1.5.1 Promote Equitable Access to RH services

Advertise Reproductive Health fee schedule (1.5.1.1)

Radio broadcasting of RH fee schedule: No broadcasting of the HCs' fee schedule had been planned for the quarter. PRISM will resume broadcasting of the fee schedule later in 2002. Meanwhile, the official fees schedule for HC's services are announced publicly at every community meeting organised in HG with PRISM support. During the "Town Meetings" on

access to and quality of MCH services for instance, the fees charged by HCs' providers in comparison to the official schedule is generally at the heart of the debates (see section 3.3.3).

Provision of a revised fees schedule board to HC/HP: No fee schedule boards were delivered to HCs during the period but as of the end of the quarter, only 1 HC in HG had not received its fee board (CS Mamouroudou in Kankan prefecture).

Test community mechanism to improve equitable access to services (1.5.1.2)

This intervention is integrated into the COGES and Health Mutual organisation development interventions.

Promotion and support to MURIGAs (1.5.1.3)

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

- The results of the feasibility studies were communicated to the 6 first health mutual organizations (HMO) supported by PRISM. These feasibility studies present the participation costs for various packages of services covered at the local HC and at the local hospital. The General Assemblies of the HMOs identified and adopted their packages. All of the 6 HMO selected packages were larger than the one defined for the MURIGAs. They all preferred a more comprehensive package for maternal health and sometimes for maternal health and child health together.
- In consultation with the DPSs, PRISM selected 12 new sites for the promotion of HMOs; 4 in each of the Kankan, Faranah and Kerouane prefectures. Sites for which the population and/or its leaders demonstrated strong interest were included in the selection. Trained promoters in each prefecture committed themselves to promote the creation of HMO with the support of their local DMR (*Directeur des Micro Réalisations*).

PRISM is planning to integrate the DMR into its quarterly financial support to DPSs for the implementation of quality supervision activities. The DMR is the key person at the prefecture to support and monitor HMO promotion and implementation activities on a regular basis.

1.5.2 Increase community participation in the management of the HCs

Support activities to strengthening COGES (1.5.2.1):

Development of the strengthening strategy: PRISM and the Kankan DRS continued to enhance the definition of the Strategy to Strengthen the Community Participation in the Management of the Primary Health Care System in HG¹¹. The strategy, and its draft document, has reached the clarity level required to provide strong guidelines to all concerned parties in HG involved in the implementation and/or monitoring of this critical activity for the future of the PHC system of Guinea. The strengthening of the community participation in the management of their HC strategy is one of the main "*mesures d'accompagnement*" of the reform of the PHC system of a prefecture engaged during the period by the DRS with PRISM support. The in-depth evaluation of the

¹¹ See the document "*Stratégie de Renforcement de la Participation Communautaire dans la Gestion du Système de SSP de la HG*" at annex V

prefecture's health system and the remobilization of the health personnel in the system that it leads to is the initial step in the reform and precedes the package of interventions aimed at strengthening the community participation in the management of the system. PRISM no longer plans to integrate the community participation strategy in a few HCs at a time per prefecture as this approach would 1) delay the reform engaged over time in an increasing number of prefectures and, 2) would bear very uncertain results in prefectures and HCs in which the health personnel have not yet been remobilized in the PHC system. Therefore, the strategy simultaneously targets all HCs of a prefecture and requires the consultation and involvement of the population of all rural administrative districts (a small group of villages) and urban "*quartiers*". The COGES will be renovated and supported concurrently in all HCs of a prefecture. It will count in its ranks one representative member coming from each of these rural or urban units. The training needs of the renovated COGES members will be assessed and a training program designed and put in place. The technical needs required for the adequate functioning of the renovated COGES will also be assessed and a TA plan designed and put in place.

The strategy document, still a work in progress, will be completed and finalized during the deployment of the strengthening activities in Kerouane and Kouroussa – the first two prefectures' health care system submitted by the Kankan DRS to the in depth evaluation (see introduction). The community mobilization and orientation activities will start in September 2002 in Kerouane and the following month in Kouroussa. PRISM is planning to implement the strategy in all prefectures of the Kankan and Faranah regions.

Organisation relais' (OR) SOW: As with the promotion of MURIGAs and HMOs and with the community mobilization exercises in favor of CBD/SBC services, PRISM will employ qualified local organizations (NGOs) to provide regular and close support to the renovation and operation of HCs' *comités de gestion* (COGES). These "*organisations relais*" will implement community mobilization and orientation activities aimed at reviving community participation in their HC management and will deliver technical assistance and training to the newly selected members of the renovated COGES. The SOW of these *organisations relais* (OR) has been developed during the period¹² and was sent to targeted NGOs in July 2002.

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

PRISM with the Kankan DRS will adapt 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. Viability of SDP under the current fee structures (official and non-official) at various levels of use by the population will be determined. The results of simulations will be presented to local health and administrative authorities as well as to renovated COGES at selected sites in order to test the most promising services fee structures on a small scale. Actual tests will be accompanied by a procedure approved and monitored by the community to ensure access to services for the poorest elements of the population. PRISM provided a French version of the CORE tool to the Kankan DRS. The inputs per service and their costs will be captured and computed during the next period and economic viability simulations will start.

12. See the "Spécifications pour l'Organisation Relais (OR) Soumettant une Offre de Services dans le cadre du programme de Renforcement de la Participation Communautaire à la Gestion du Système de Soins de Santé Primaire" at annex VI.

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 HHS reports

2.1 Reproductive Health Norms & Procedures

All results achieved in this segment of the scope of work. 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

The MOH made several changes at key positions at the decentralised levels at the end of 2001 and at the beginning of 2002. The two regional directors in the PRISM target zone have changed as well as 5 of the 8 district directors and all of the 8 hospital directors in HG. As a result, an assessment of the training needs in management was conducted and one training session in Team Management was held during each of the first two quarters of 2002. In response to the needs identified, 15 DPS and Hospital management staff from the Kankan Region participated in the first training session in 2002 and 14 from the Faranah Region during the second training session¹³. With this last training session, a total of 37 MOH staff with responsibilities at the decentralised level in PRISM focus zone have been trained in Team Management (12 prior to the current FY minus 4 who left HG plus 29 trained so far this FY).

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

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

13. See the Team Management training session report at annex VII

- Session 6: Meetings facilitation
- Module B: Supervision
 - Session 7: Supervision's planning
 - Session 8: Supervision's implementation

2.2.2 Improving Supervisory capabilities: COPE and Facilitative Supervision

Training of DRS/DPS supervisors in COPE facilitation (2.2.2.1): A total of 34 MOH supervisors from the Faranah and Kankan regions have been initiated to COPE facilitation since 2001 by PRISM. The focus zone lost only 2 of them after the changes in MOH staff assignments of late 2001 and early 2002. During the period, 2 MOH staff members from the Kerouane DPS and 13 from Kankan were supported, and thus further trained, in the facilitation of COPE integration at sites and in the monitoring of COPE at integrated sites through implementation of COPE activities in their prefectures.

Integrate COPE in SDPs (2.2.2.3): COPE was integrated into 5 additional sites¹⁴ during the quarter, bringing the number of SDPs in HG where COPE has been integrated with PRISM to 33. These facilities are:

1. CSU Kerouane in Kerouane prefecture
2. Maternity Service at the Prefecture Hospital in Kerouane
3. CSU Kankan Koura in Kankan
4. CSU Kabada in Kankan
5. CS Batenafadji in Kankan

As usual during the COPE integration process, each of the facility's personnel or COPE team developed an internal problems resolution workplan. The majority of planned activities are aimed at improving client rights and the quality of services delivered. The KEROUANE DPS and his Head of the Primary Health Care Section (SSP) ensured the integration facilitation with the assistance of the PRISM Coordinator for MCH.

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

COPE facilitation: Cope facilitation activities of the Kerouane prefecture were supported by PRISM technical assistance during the period. COPE activities were monitored at the Pediatric Service of the Kerouane Hospital where COPE was integrated during 2001.

Facilitative Supervision: PRISM technical staff supported Facilitative Supervision activities in the Mandiana, Dabola and Kerouane prefectures. The work accomplished during the support activities in Dabola and Kerouane is described in section 2.3.1 below. In Mandiana, the technical assistance was provided by a joint PRISM/EngenderHealth team during a 8 day field visit and specifically targeted the Facilitative Supervision provided by the DPS staff to the prefecture's HCs. Three HCs were targeted and our technical assistants helped the Mandiana DPS supervision team prepare for the specific needs of each of them. Priority technical areas requiring support at each location were identified and roles allocated to various members of the supervision team in accordance with their qualifications. In addition to the planning stage, our technical assistants observed the interventions of the DPS supervisors and provided them with feedback on their performance. An evaluation meeting was conducted in Mandiana at the conclusion of the TA visit.

14. See the June 2002 COPE integration report in 2 Kerouane facilities at annex VIII.

The results of the supervision and the performance of the supervisors in FS were reviewed and discussed.

The following results were achieved at the 3 HCs visited by the supervision team with the technical assistants¹⁵.

Prestation de Services	CS Balandougouba			CS Kondianakoro			CS Kinieran		
	Taux d'adéquation			Taux d'adéquation			Taux d'adéquation		
	client 1	client 2	client 3	client 1	client 2	client 3	client 1	client 2	Client 3
CPN	65%	86%	81%	43%	46%	51%	95%	95%	100%
Santé Infantile	51%	78%	76%	62%	87%	76%	82%	84%	87%
P.F.	58%	-----	----	----	----	----	92%	89%	93%
IST	50%	-----	----	81%	90%	----	95%	95%	100%
Disponibilité	%			%			%		
Médec. Essentiels*	84%			94%			98%		
Services	83%			83%			92%		
Equipements	54%			78%			80%		

* During previous 100 days

Results:

- As expected, compliance rates generally improved for the second and third clients served by the providers under the observation of the supervisor. Feedback and review of service protocols between visits of clients help the provider correct weaker aspects of his or her performance.
- Observed CPN service deliveries at CS Kondianakoro started weak (43%) and remained weak during the supervision (51% for the third client observed). The CPN supervisor was the same at all 3 HCs. The problem here resides with the CPN provider. This issue requires special attention from the DPS team: additional on the job training or a change of role.
- PF and STI care delivery at CS Balandougouba require additional support from the DPS team.
- Availability of essential drugs during the previous days was lower than the 90% norm at CS Balandougou (84%) but not at the other two sites.
- One or two services that should be offered at the HC level according to the PMA seem to be missing at the 3 HCs. The Mandiana DPS, with support from the DRS should address the problem of complementary training of providers or assignment of additional provider(s) at these facilities.

The results of the DPS supervision team in Facilitative Supervision were as follows and were shared with them.

15. See annex IX for more details on the findings and results from the technical assistance provided to the Mandiana DPS supervision team.

Points forts	Points à améliorer
Aviser le personnel du site sur le calendrier de supervision	Annoncer préalablement les objectifs de la supervision au site
Examiner la documentation relative aux objectifs de la supervision	Préparation suffisante des documents de supervision
Orienter tous les agents du site sur les objectifs de la supervision	Orienter le supervisé directement impliqué sur l'objet de la visite
Aider à résoudre les problèmes antérieurs non résolus jusque là.	Revoir avec le personnel du site le plan d'action développé lors de la précédente supervision
Identifier des solutions immédiatement applicables au niveau du CS	Fixer des objectifs de performance au personnel par rapport aux lacunes identifiées et définir le nouveau plan d'action.
Profiter de la visite pour former le personnel sur le tas	
Féliciter la résolution de problèmes antérieurs par le personnel de CS lui-même	
Annoncer les solutions que le superviseur ou la DPS doit apporter.	
Consigner par écrit les conclusions de sa visite	
Se préparer pour ne pas être une charge supplémentaire pour le personnel du site	
Féliciter devant ses collègues la personne qui le mérite	
Réaliser une réunion de synthèse avec le supervisé	
Exprimer sa gratitude pour la collaboration de tous	

2.2.3 Strengthening Community participation in the management of the health centers
See section 1.5.2

2.3 Improve the Quality of RH Services Delivered

2.3.1 Strengthening Child Survival Services

Refresher training of HCs PEV providers in child survival (2.3.1.2.1): The Kankan and Faranah DRSS organized with PRISM the refresher training of a total of 105 PEV providers during 2001 and 2002. All HCs of HG have now been covered. Post-training monitoring activities of PEV providers were implemented with PRISM support during the period in 15 HCs located in the Dabola and Kerouane prefectures. Here are the scores obtained at the various facilities on the topics covered by the PEV refresher course¹⁶.

16. These are the PEV targeted diseases, the immunization norms and standards (calendar, delivery, infection prevention), the cold chain management (vaccines and supplies management, equipment maintenance), PEV

Dabola's HCs	Post-training Monitoring Score (%)
CS Arfa-moussaya	85
CS Banko	50
CS Bissikirima	43
CS Dogomet	68
CS Kankama	40
CS Kindoye	42
CS Konindou	71
CS Konso	67
CSU Dabola	86

Kerouane's HCs	Post-training Monitoring Score (%)
CS Konsankoro	91
CS Komodou	65
CSU Kérouané	63
CS Sibiribaro	68
CS Soromaya	45
CS Banankoro	92
CS Linko	N/a
CS Damaro	N/a

Only 4 out of the 15 HCs scored greater than 80% while one third of the HCs had a score inferior to 60%. Scores in Kerouane tend to be better than in Dabola. The main weaknesses observed at the sites are the following:

- Critical problems associated with infection prevention were noticed at 12 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 7 of the 15 HCs.
- The EPI agent was unable to accurately estimate the HC's target population for immunization at 7 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 and growth monitoring counseling practices at 6 out of the 15 HCs.

Future DPS supervision visits should focus on these specific problems.

Refresher training of HCs CPC providers in Management of Child Illness (2.3.1.2.1):

During this quarter, PRISM had planned to sponsor and support the 3rd and 4th refresher training sessions of CPC agents from HCs in management of child illness. The participants were to come from Siguiri and Kouroussa prefectures HCs. Those training sessions were postponed until the

specific counseling and child growth monitoring and counseling.

coming quarter, after the completion of the health system evaluation, in agreement with the health regional authorities. So far, 44 CPC agents from Kankan (16 out of 16 HCs), Kerouane (8 out of 8 HCs), Faranah (12 out of 12 HCs) and Dinguiraye (8 out of 8 HCs) prefectures received the refresher course in the management of child illness.

As a reminder, we would like to add that the curriculum covers the management of the 8 main illnesses at the core of child mortality in Guinea. It covers 17 themes, grouped into 9 modules:

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

Strengthening Child Survival Services: other interventions/activities:

PRISM sent its Coordinator for Medical Material and Cold Chain to the workshop on the application of the Performance Improvement approach to PEV activities organized during the period by BASICS in collaboration with PRIME II. For the initial phase of this process, the prefectures of Dabola and Kouroussa were selected. Approaches and tools used through the PI process will be used with PRISM support in all of HG if the results of this initial stage are promising.

2.3.2 Strengthening Maternal Health Services

Adapt EMCH training curricula for HC – Traditional Birth Attendant (TBA) curriculum (2.1.2.3 & 2.3.2.4.2): The TBA training curriculum developed by PRISM and the MOH was revised and adapted at the end of 2001 and tested by PRISM in Kerouane and by Save the Children in Mandiana. PRISM sponsored 2 weeks training session involving 10 TBAs from Kerouané that was held in late March and early April of 2002. The curriculum was very well received by both the trainers and the trainees and has been further reviewed in Kankan during a 2 day technical meeting of partners interested in TBA training. Regional consensus was obtained

on the further revisions to the curriculum¹⁷.

The TBA training curriculum is based on the PMA, on the TBA supervision checklist, and on the RH Norms and Procedures, ensuring that educational objectives are properly aligned with the TBA's job description. As most TBAs are illiterate, themes of images to insert in the training material to support acquisition of knowledge were defined. A series of 34 images produced by a local artist and organized in six modules constitute the training curriculum. The modules cover the following topics:

- Module A. Tasks during pregnancy
- Module B. Tasks during labor
- Module C. Tasks during birth delivery
- Module D. Tasks following delivery
- Module E. Collaboration with the health center
- Module F. Collaboration with the community

PRISM technical staff assisted and participated from 16 to 25 June 2002 to the coordination meeting held in Conakry under the auspices of the Safe Motherhood National Program Coordinator. The main objective of the coordination meeting was to prepare the important upcoming validation workshop for the TBA training curriculum in July 2002.

Training of Community Health Promoters in Safe Motherhood:

See section 3.2.4.1.

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

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

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

During the quarter, the partners initiated discussions on the extension of PAC services integration in additional facilities in HG. The sites targeted are the Siguiri, Mandiana and Dabola hospitals as well as the Banankoro HC. The role and responsibilities of each partner in the implementation of the extension is expected to remain unchanged. Integration activities will start in July 2002 for this second group of selected sites.

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

Develop an IPC/C distance learning radio program (2.3.3.4): At the end of last year, PRISM

17. See the technical meeting report on the TBA training curriculum review for further details at annex X.

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

- The goal and main objectives of the distance learning radio program were defined;
- Priority themes and attitude to promote were selected (focus on IPC/C, Safe Motherhood and IMCI – especially immunization);
- 12 sub themes and 13 episodes were designed (goal, objectives, content defined for each)¹⁸;
- Duration of episodes was selected (20-30 minutes);
- The variety format was agreed upon;
- Frequency of broadcasting was determined (once a week).

A consultant from JHU/CCP came to Guinea in June to support PRISM's IEC activities in general and the development of the DLRP¹⁹ more specifically.

- A series of meetings and work sessions was held with the local writer to complete the following tasks: finalize the character profiles, the story-line and program format; develop the first three scripts of the series, following effective DL principles; and review and finalize at least the first of the scripts.
- The consultant and Kankan IEC Coordinator revised the technical content of the DL conceptual document (the DL curriculum) and the technical information for the 13 episodes. The Coordinator finalized the conceptual document's revision during the period.
- The DLRP activity timeline and allocation of tasks was updated with the PRISM IEC/BCC Expert.
- The radio producer was briefed on the updates and presented with the relevant documents in preparation of the production of the episodes.

The local writer, experienced with PRISM work is expected to complete the script production by the end of July 2002. The first episodes will also be pre-tested in July and broadcasting on *Radio Rurale* in HG should start in August 2002. The title of the DLRP will be "*Agent de santé, Ami de tout le monde*"

18. These are: 1) Interpersonal communication; 2) Good IPC techniques; 3) Partnership conditions between health worker and client; 4) Exclusive breastfeeding promotion; 5) Immunization; 6) Growth monitoring and feeding after 6 months of age; 7) Counseling and side effects of contraception; 8) Prenatal care; 9) Assisted childbirth promotion; 10) Sexually transmissible infections; 11) Home visit, malaria and acute respiratory infection; 12) IPC and diarrhea; 13) Synthesis.

19. See JHU/CCP Program Officer Kim Seaferts' June 2002 trip report at annex XI.

2.4 Strengthening the National Health Management Information System

2.4.1 Integrate the RH indicators package in the H/MIS

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

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

2.4.2 Decentralize computerized data processing at the DRS level

Both of HG's DRSs received the H/MIS software application at the end of 2001. The training of key DRS staff in the use of the software (2.4.2.2) is an ongoing activity that started during last quarter and will continue during the next.

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

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

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

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

PRISM efforts in comprehensive training in DDM are temporarily put on hold while the first steps of the reform of the PHC system are being implemented by the DRSs. The quality and accuracy of data captured in the "monitorage" exercises and in the H/MIS monthly report forms must be improved before the training can become truly effective. The PHC system personnel remobilization activities initiated during this quarter incorporate audits of service statistics and feedback on findings provided to facility personnel, the local authorities and the population. PRISM plans to start comprehensive training of health personnel in DDM at the end of 2002. Meanwhile, on the job training in health statistics computation is provided during facilitative supervision activities. Target population computation for CPN services and for EPI activities are reviewed with the HCs' personnel during supervision. Similar tasks are addressed in class during the CPN and PEV refresher courses.

IR3: INCREASED DEMAND

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

1. Improve Coordination of IEC Programs

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

2. Strengthen Provider-Client Interaction

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

3. Conduct Health Promotion Interactions

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

4. Improve IEC Management and Delivery Capacity

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

This quarter, PRISM significantly increased the intensity of its MCH pre-campaign activities while bringing to maintenance level interventions targeting youth with STI/AIDS and unwanted pregnancy prevention messages.

3.1. Improving Coordination of IEC Programs²⁰

3.1.1 Support to GRIEC/GPIEC

Support IEC groups (GRIEC/GPIEC) in implementing their work plans (3.1.1 & 2): There was no IEC regional group meeting planned this quarter.

PRISM technical staff regularly supported the IEC prefecture working groups (GPIEC) during the quarter. The GPIECs are the operational coordination bodies through which PRISM is implementing most of its community based IEC/BCC interventions, especially its campaigns.

3.2. Strengthen Provider-Client Interaction

3.2.1 Distribution of Existing IEC Material

See also section 1.4.2

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

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

other job aids items, as well as various promotional items. In order to allow further distribution of existing IEC material PRISM ordered the production of the following items during the period:

- Brochure on STI/HIV (28,000 units)
- Brochure on unwanted pregnancy (20,000 units)
- Brochure on abstinence (20,000 units)
- Flipchart (boîte à image) on FP (150 units)
- Wooden penis (500 units)
- Pagnes CBD (200 units)

3.2.2 Development, Production and Distribution of New IEC Material

Last year's inventory of IEC material available in Guinea in general and at SDPs in HG revealed that MCH linked material were few and often outdated²¹. PRISM has committed to focus at developing and distributing required IEC promotional material and job aids in support of Child Survival and of Safe Motherhood. An artist is currently under contract with PRISM to design IEC material linked to the upcoming Maternal and Child Health campaign. We intend to produce 5 main items: (1) Danger signs during pregnancy poster; (2) Danger signs for the newly born infant poster; (3) EPI diseases and immunisation calendar poster; (4) Birth/Delivery plan poster; and (5) MCH key messages brochure. It is anticipated that during the next quarter, these MCH related IEC materials as well as other promotion materials will be available for distribution at SDPs and through selected channels.

3.2.3 Training of Service Providers in Counseling

Distance radio training programs: see section 2.3.3.4

3.2.4 IEC in favour of Maternal Health

Training of Community Health Promoters in Safe Motherhood (3.2.4.1): In late 2001, PRISM initiated its training of Community Health Promoters in Safe Motherhood with the training of 20 promoters from Kerouane and Faranah urban commune (5 each) as well as from the rural sub prefectures of Kossankoro in Kerouane (5) and Marella from Faranah (5). Last quarter, a second session including 20 additional community health promoters, all from Kankan prefecture, was conducted. This period, an additional group of 20 community health promoters, all from Faranah prefectures, were trained in community Safe Motherhood. This brings the total number of community promoters trained in this important subject to 60.

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

3.3.1 Multimedia Adolescent Reproductive Health Campaign (3.2.3)

PRISM continued to support activities by and for youth during the period, although progressively more at a "maintenance" level. The main objective of the maintenance activities is to continue generating improved knowledge and behavior changes among youths in favor of healthy and responsible RH life and of increased demand level for RH services, building on the strong bases

21. The availability rate at the end of 2002 of IEC material at SDPs in Hg was at 55% for maternal health and at 25% for childcare.

developed during the youth campaign's core period. This quarter, PRISM continued to support and supervise peer educators in the field.

- Sugar and tea were distributed to all in order to reinforce the proximity interaction with peers in the "grains".
- Street shows were held and motivation items such as lamps for peer educators, linen, combs, cream, scissors, knitting needle, satin, and hairpiece for hair and sewing houses were distributed.
- Organizing women's soccer games during which are spread messages on reproductive health.
- Following up of the more than 150 RH friendly hair salons and tailor shops oriented and equipped with educational material and monitoring tools by PRISM.

Evaluation of the Youth Campaign: Field data collection for the impact evaluation survey of the community mobilisation and behaviour change component of the Youth Campaign was completed during the period and a draft of the descriptive report should be available in July/August 2002. Complex analysis will be conducted at JHU/CCP and the final report is expected to be ready by October 2002.

HIV Days in Kankan: Taking advantage of the regional workshop held in Kankan to develop the HIV Regional Strategic Plan for Kankan Region and for Faranah Region a women's soccer game between teams from Faranah and Kankan was sponsored by PRISM. Peer educators organised a carnival with the army band, and messages on HIV were disseminated during the 2-mile march to the stadium. The governor and his staff, the regional youth inspector, the regional health director and many other community leaders attended the game. The governor himself opened the ceremony giving the starting kick for the game. More than 2500 persons were exposed to the messages.

HIV+ Individuals are coming out publicly in HG to fight HIV/AIDS with PRISM support: Until very recently it has been extremely difficult in Guinea to have HIV+ individuals coming out publicly about their conditions and promoting prevention of the disease. PRISM IEC staff members have been in close contact with some of them to encourage their active participation in the fight against HIV/AIDS, as we believe such participation would have a major impact on behaviour change. These efforts are now starting to bear fruits.

- **Mr Tidiane Conté** is a person living with HIV in Conakry who was diagnosed in 1997. He is a member of AGUIP+ (*Association Guinéennes de Personnes vivant avec le VIH*). He agreed to join PRISM in the battle against AIDS in HG by giving testimony on his status and situation during the HIV days as a way to promote behaviour change. It was the first time such an event took place in Kankan. Mr Conté accepted to introduce himself in the Kankan stadium, gave an interview to the local radio station and gave a conference to the population at the Kankan Professional Training School. With his exceptional courage, he accepted to travel to the Missamana sous-préfecture, a rural area 35 km away from Kankan, to address the public. This locality was chosen because the community, under some religious leaders' influence, is resistant to reproductive health messages - especially the use of condoms.
- **Mr Oula Kaba** is a 33-year old man diagnosed with HIV in Cote D'Ivoire 6 years ago. Unlike Mr Conté, Mr Kaba is very weak. He has lost weight and coughs frequently. His mother looks after him with very limited resources. Mr Kaba accepted to acknowledge publicly his condition and collaborate with PRISM in fighting the epidemic but does not see

himself living much longer. In support of Mr Kaba, Mr Conté came to visit him to share his experience with opportunistic infections and with advising his peers on how to live with HIV and AIDS. A week later, Mr Kaba came to visit PRISM staff feeling better and visibly uplifted. PRISM staff members are now contributing to a monthly monetary allowance to assist Mr Kaba.

Video projections of "Maladies de l'ombre", "Visage de Sida", "Grossesse non désirée en milieu scolaire" and of "Grossesse non désirée en milieu scolaire" were made during the period at various locations. An estimated number of 1,300 people attended these video projections.

3.3.2 Advocacy at the Community Level

See section 3.3.1

3.3.3 Community Mobilization Activities

Develop and implement a Maternal and Child Health IEC campaign (3.2.4.3)

Community Dialogue in favor of MCH: the Town Meetings strategy: In a follow-up to the workshop on IEC/MCH held late last year PRISM developed a community dialogue strategy to improve MCH services and increase their coverage. In order to yield high community participation in maternal and child health campaign, the Town Meeting strategy has been developed focusing on dialogue between community members and health service providers. The goal of this dialogue is threefold: (1) stimulate collective action to increase immunisation coverage and reduce maternal death; (2) identify all community women assets for social mobilisation purpose; and (3) prepare the community for the launch of the MCH campaign²². The community dialogue town meetings are performed in conjunction with and are complementary to the remobilization of the health personnel in the PHC system implemented by the regional health authorities with PRISM support.

Participants of the meetings consist of community leaders (*sous préfets*, CRD presidents, and mayors), HCs' staff, women leaders, SERES/association/*groupement* representatives, men opinion leaders, and other adult members of the host community. GPIEC members and PRISM IEC coordinators facilitated the meetings. The total number of people attending each meeting ranged from 80 to 350.

The strategy was successfully tested last quarter in a Kankan neighborhood. PRISM facilitated town meetings in 35 additional locations in its focus zone during the period

MCH TOWN MEETINGS SPONSORED BY PRISM	
List of sub prefectures and neighbourhoods reached	
April-June 2002 quarter	
Prefectures	Locations
Dabola	- Konso - Konindou - Bissikrima

22. The guideline for conducting the dialogue meeting is presented at annex XII.

MCH TOWN MEETINGS SPONSORED BY PRISM

List of sub prefectures and neighbourhoods reached

April-June 2002 quarter

Prefectures	Locations	
Dinguiraye	- Lansanaya - Kalinko	- Selouma - Dialakoro
Faranah	None	
Kankan	- Batena Fadie - Missamana - Moribaya	- Dar Es Salam (test site, March 2002)
Kerouane	- Banankoro - Sibiribaro - Lenko - Damaro	- Kosankoro - Komodou - Soromaya
Kouroussa	- Babila - Koumana - Doura - Cissela	- Sanguiana - Komola Koura - Banfele - Kiniero
Mandiana	- Morodou - Kinieran	- Dialakoro
Siguiro	- Banko - Doko - Kintinian	- Franwalia - Norassoba - Kiniebakoura

What are the main outcomes of the town meetings so far?

Why people do not use MCH services more? Here are the main factors raised by the participants.	People's solutions. Through the facilitation process, community members were asked to suggest ways to resolve issues raised. Here are the outstanding solutions suggested by community members.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ The HC's official fee schedule for services and products is not applied by the health personnel, thus overcharging the clients. One community leader from Kerouane said: "<i>if we refuse to come to the HC it is because the health staff abuse their power</i>". Another said: "<i>if the tariff is respected in the HC, I trust many people will come</i>". ▪ Due to illiteracy, many community members are unable to read the fee schedule posted at the HC. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explain to the whole community the content of fee schedule board so that it knows the official cost and then put pressure on the HC's staff to obtain compliance

<p>Why people do not use MCH services more? Here are the main factors raised by the participants.</p>	<p>People's solutions. Through the facilitation process, community members were asked to suggest ways to resolve issues raised. Here are the outstanding solutions suggested by community members.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ignorance about EPI diseases and about the immunisation calendar by both men and women. ▪ Fear of FAF side effects. ▪ Fear of immunisation side effects. In Moribaya for instance, women are strict and refuse to get their children immunised because it brings high fever thus restricting their work in the field. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organise orientation sessions with MCH key messages targeting Seres and other association leaders to improve knowledge. They are willing to spread message to peers within the community. ▪ Use community communication channels to reach people and increase demand: mosque, baptism, theatre, mamaya etc. ▪ Set up a committee to follow up all pregnant women and encourage them to go to the HC for childbirth. ▪ Impose a fee of 2,000-5,000 FG to any woman who refuses to deliver her baby at the HC.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weak interpersonal communication skills on the part of the HCs' staff. This was raised more in urban areas than in rural areas. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Women refuse to be seen by a male health worker for prenatal care consultations 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lack of confidence in the skills of the matrons and the traditional birth attendants. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Training of matrons and traditional birth attendants
<ul style="list-style-type: none"> ▪ The regular stockouts of certain drugs or vaccines. One person said about the CS Komodou in Kerouane: <i>"how can you expect us to come to the HC when there is no medicine there"</i>. 	

Some results obtained so far

- The dialogue generated during the town meeting allows people to express their concerns and discuss possible solutions from their own point of view. One community leader in Kouroussa was impressed with the approach and said: *"we have never been consulted like this by a health team in our village"*.
- The dialogue builds better understanding between providers and the community. Here is what the Chief of Komoudou HC (Prefecture of Kerouane) said after the meeting: *«starting today, I am committed to strictly apply the official fee schedule at my HC provided the community members accept to use the services"*.
- Community members make suggestions and take responsibility in increasing demand generation.
- The sharp increase of childbirth delivery at Kerouane's urban HC. From May to June 20002, the number of women giving birth at the HC jumped from 7 to 25 a month. Among reasons cited are transparent management of the HC, improved conscientiousness of the providers and the dialogue meeting on MCH held locally.

Perspective. PRISM short-term goal is to organise such a dialogue meeting in each of HG's sub-prefectures and neighbourhoods and continue seeking people commitment to support the MCH

campaign.

Community agents training in MCH (3.2.4.1)

To strengthen peer educators and other community based agents on MCH interventions, PRISM developed a training module during this quarter. The module contains key messages on immunisation and safe motherhood practices. It consists of 11 sessions and lasts three days. Training of community based agents will be conducted in each prefecture starting July 2002. Sessions of the training module will be used for orientation on MCH themes of many other community assets such as SERES representatives, opinion leaders, associations' members and heads of groupements.

Other MCH Campaign related activities:

- PRISM is currently completing the development of 13 sketches on MCH designed for community stage show.
- The MCH campaign logo has been pre-tested and refined.

3.3.4 Small Grants

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

3.3.5 The Child-to-Child Strategy (EPE)

The EPE approach to improve immunization coverage of young children was integrated in additional schools in 4 prefectures during the period. Additional school principals, 5th grade teachers as well as the agents PEV from the local health centers were trained to support and monitor the approach as follow:

# of Individuals Trained to the EPE Approach				
During period April-June 2002				
	Faranah	Dinguiraye	Dabola	Kankan
Direction Préfectorale de l'Education (DPE)	4	2	2	No breakdown
Administration Sous-Préfectorale (DPC, DPSP)	11	8	10	
Directeurs d'Etablissement	38	27	29	
Maîtres/Enseignants	64	23	49	
Agents PEV des CS	12	8	9	
Membres des GPIEC	4	4	-	
Pairs Educateurs (jeunes)	-	8	-	
Totals	133	80	99	83

In addition to this, technical staff members from Save the Children/Mandiana were trained in the EPE approach by PRISM.

3.4. IMPROVE IEC MANAGEMENT AND DELIVERY CAPACITY

One of PRISM IEC coordinators represented PRISM at the workshop aimed at validating the IEC/RH national strategy document. The goals of the national strategy consist of clarifying the objectives, determining the activities to carry out, defining the coordination mechanism of implementing and technical organisations and agencies, and providing IEC development and design guidelines. The workshop took place in Kindia and brought together representatives from several ministries and ONG with stakes in IEC/BCC related to RH.

IR4: IMPROVED COORDINATION

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

At the decentralised level

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

At the institutional level

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

4.1 Improve Coordination at the Local Level

Regional Work Groups (4.1.1)

There was no IEC regional group meeting planned this quarter.

Participate in CTPSs and CTRSs (4.1.2)

There was no CTPS or CTRS meeting planned by the MOH during the period.

PRISM Operation Plan Review (4.1.3)

PRISM's support strategies and operational plan was reviewed with the Kankan DRS in light of the in-depth evaluation of the health system (see introduction) that was initiated in the region during the period. Some training activities were rescheduled in order to avoid training health personal that would be transferred to other functions as a result of the in-depth evaluation.

4.2 Improve Coordination at the Institutional level

Support MOH coordination at the central level (4.2.1)

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

- o Assistance to the development of the 2002-03 workplan for the MOH's MCH/FP Section.
- o GMME/DCMI survey implementation.
- o Technical support to the National IMCI Technical Group.
- o Support to the MOH's review of the in service training activities planned for 2002.
- o Close collaboration with the PNMSR; most notably on the MURIGAs promotion and on the TBA national curriculum.

needs of the leader-participants. Initial discussions were held about options for monitoring progress and evaluating impact. Participants agreed to a 360-degree evaluation process and began by filling out a self-evaluation of their own leadership practices.

Leader-participants were very enthusiastic about the leadership dialog meeting, the conceptual framework (which shows how management and leadership are complementary), the participatory approach used, and the productivity it engendered. They felt it was important to share what they had learned with their staffs upon returning to their posts. Therefore PRISM agreed to provide each leader-participant with a "kit" including a power point presentation on the M&L framework, copies of the documents produced by the group, and the Team Leader Evaluation Forms. The group decided to schedule the first module of the course in one month.

Implementation of training Module 1: The one week long training session covering module 1 of the Leadership Strengthening Program was held in June 2002. The course focused on the participants' leadership skills strengthening and was facilitated by M&L consultant Jana Ntumba with the collaboration of Mr. Mamadou Bah from the CESAG in Dakar in addition to the two Guinean facilitators involved since the beginning of the program. The report of the training session will be presented with the next quarter progress report.

The Leadership Strengthening Program is co-funded by the PRISM project and the M&L project. PRISM covers the cost of the participants coming from its focus zone and most participants from the MOH's central level while M&L covers the cost of the international technical assistance and the cost of the participants coming from outside PRISM focus zone. The program complements the successful Team Management training course implemented in HG by PRISM.

Developing collaboration with RH partners (4.2.2)

The following partnerships are successfully ongoing:

- With USAID centrally funded project Management & Leadership Project on the design and implementation of a leadership strengthening program targeting the MOH's senior staff.
- Participation to the workshop on the application of the Performance Improvement approach to PEV activities organized by BASICS in collaboration with PRIME II.
- With the World Bank on the design of the coming project on HIV/AIDS in Guinea.
- With JHPIEGO to integrate Post Abortion Care at Hospitals in the project target zone.
- With ILO/STEP to promote and support HMOs and MURIGAs in HG.
- With Engender Health to integrate COPE and Facilitative Supervision in HG
- With AGBEF to support districts at managing their CBD program and IEC activities.
- With the AFRICARE-ISAG project to develop CBD networks in Dinguiraye prefecture.
- With the SIDA III at integrating STI care in HG's HCs and hospitals.

Partnerships are in discussion with the following partners:

- With Helen Keller International to integrate micro-nutrients into the PMA
- With CENAFOD on the community mobilization and orientation activities aimed at strengthening community participation in the management of HCs.

Coordination with USAID (4.2.3)

Regular coordination and consultation contacts between PRISM and SO2 team are ongoing. PRISM participated to the coordination meeting organized by SO2 for all its implementing agencies.



PRISM

POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN SANTÉ REPRODUCTIVE ET MST/SIDA

Progress Report

April-May-June 2002

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



Submitted: July 2002

USAID Grant Award N° 624-A-00-97-00077-00

LIST OF ACRONYMS

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

Acronym		
ISMI		<i>Projet d'Initiative pour la Santé Maternelle à Dabola, Africare</i>
IUD	<i>DIU</i>	Intra Uterine Device
JHU/CCP		Johns Hopkins University, Center for Communication Programs
JHU/JHPIEGO		Johns Hopkins University, JHPIEGO Corporation
KFW		German Development Bank
MEASURE		USAID centrally funded project
MCH	<i>SMI</i>	Maternal and Child Health
MIS	<i>SIG</i>	Management Information System
MOH	<i>MSP</i>	Ministry of Health
MPA	<i>PMA</i>	Minimum Package of Activities
MSH		Management Sciences for Health
MURIGA		<i>Mutuelle de santé consacré à la référence des femmes lors des accouchement</i>
NGO	<i>ONG</i>	Non Governmental Organization
N&P		<i>Normes et Procédures</i>
ORS	<i>SRO</i>	Oral Rehydration Solution
PAC	<i>SAA</i>	Post Abortion Care
PCG		<i>Pharmacie Centrale de Guinée</i>
PEV/SSP/ME		<i>Prog. Elargie de Vaccination/Soins de Santé Primaire/ Médicaments Essentiels</i>
PMA		<i>Paquet Minimum d'Activités</i>
PNLS		<i>Programme National de Lutte Contre les IST le SIDA</i>
PPSG		<i>Projet Population et Santé Génésique</i>
PSR		<i>Projet Santé Rurale (GTZ)</i>
PRISM		<i>Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/Sida</i>
QoC	<i>QSS</i>	Quality of Care
RH	<i>SR</i>	Reproductive Health
SA	<i>AS</i>	Situational Analysis
SBC		<i>Services à Base Communautaire</i>
SDP	<i>PPS</i>	Service Delivery Point
SIDA2		<i>Projet de Lutte contre le Sida en Afrique de l'Ouest (2nd phase). ACIDI/CIDA</i>
SOW	<i>TdRéf</i>	Scope of Work
SO#2		Strategic Objective # 2
TBA	<i>AT</i>	Traditional Birth Attendant
SG		<i>Secrétaire Général</i>
STEP		<i>ONG Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté</i>
STI	<i>IST</i>	Sexually Transmitted Infection
STTA	<i>ATCD</i>	Short Term Technical Assistance
TA	<i>AT</i>	Technical Assistant (Assistance)
TB		<i>Tableau de Bord</i>
ToT	<i>FdF</i>	Training of Trainers
UN	<i>ONU</i>	United Nations Organization
UNFPA	<i>FNUAP</i>	United Nations Funds for Population Assistance
USAID		United States Agency for International Development
WB	<i>BM</i>	The World Bank

ANNEXES

- I. Résultats de l'évaluation du système de santé de la préfecture de Kérouané (5 et 6 mai 2002) et de Kouroussa (8 et 9 Juin 2002) : présentation par formation sanitaire DRS-Kankan/PRISM
- II. Rapport de formation en PF et Prévention des IST/SIDA des agents de Kankan et de Siguiri (du 7 au 11 mai 20002) ; AGBEF/PRISM
- III. Rapport conjoint PRISM/ISAG sur la formation SBC (du 6 au 11 mai : formation des 16 superviseurs SBC et du 17 au 22 Mai : formation des 74 AC) dans la préfecture de Dinguiraye ; Juin 2002
- IV. Rapport de consultation de Jane Briggs de MSH sur le design et la préparation de l'enquête GMME/DCMI (Atelier tenu à Dalaba du 15 au 20 avril 2002)
- V. Document présentant la stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion des CSs en HG. PRISM/DRS de Kankan, Juillet 2002
- VI. Spécifications à l'intention des organisations relais sollicités dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion des CSs en HG. 19 juillet 2002, PRISM
- VII. Rapport de formation en Gestion d'Equipe – Niveau Cadres Supérieurs (20 au 25 mai, 2002) à Faranah, PRISM
- VIII. Rapport sur l'atelier de formation en Facilitation COPE, Kankan du 22 au 27 Avril 2002 et l'intégration de COPE dans des sites de Kérouané
- IX. Rapport de Mission : Assistance technique à la DPS de Mandiana à la supervision facilitante du 14 au 21 avril 2002 ; PRISM/Engender Health
- X. Rapport de révision du curriculum de formation des Accoucheuses Villageoises (29 au 30 avril 2002 à Kankan) PRISM
- XI. Rapport de consultation de Kim Seifert de JHU/CCP du 11 au 26 juin sur le programme de formation à distance par radio ; juin 2002

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

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

ANNEXE I-a

DRS de Kankan, DPS de Kérouané

Evaluation des Structures de soins, Mai 2002

- 1- Centre de Santé de Banankoro
- 2- Centre de Santé de Damaro
- 3- Centre de Santé de Komodou
- 4- Centre de Santé de Konsankoro
- 5- Centre de Santé de Linko
- 6- Centre de Santé de Sibiribaro
- 7- Centre de Santé de Soromaya
- 8- Centre de Santé Urbain
- 9- Hôpital de Kérouané

Centre de Santé de : Banankoro

nerouane

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fissure du sol • Nouveau bâtiment coule au niveau du toit • 2 PS ne sont pas fonctionnels • Existence de 150 structures de soins Privés <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'incinérateur <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'éclairage au CS <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'eau courante au C.S 	<p>- Réparation fissure : - faire un devis technique par le Cogest et CCS - faire approuver le devis par les autorités administrative sanitaire et cogest - Budgétiser - Exécuter réparations Evaluer les travaux et payer le reliquat.</p> <p>Confection d'un incinérateur modèle MSF (Fût). - faire un devis (cogest) - approbation devis par les autorités administrative et sanitaire - Budgétisation - Confection Evaluer travaux et payer reliquat</p> <p>- Eclairage solaire (panneau) DE la salle d'accouchement. Procédure voir ci-dessus.</p> <p>- Rendre fonctionnel le château d'eau</p>	<p>CS</p> <p>CS</p> <p>CS ou MSP</p> <p>MSP</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matériels de consultation défectueux et insuffisants au CS et 3 PS et manque d'alaise, • Armoire en mauvais état au point de vente, • Table de consultation CPC en mauvais état, • Manque de petit matériels de soins au CS et 3 PS, • Manque de table de consultation, Pelvimètre, stéthoscope obstétricale au poste CPN2, 	<p>- Achat DE 5 tensiomètres et stéthoscope médical et Alaise, Même procédure (voir 1 et de l'Infrastructure) et factures d'achat à l'appui.</p> <p>Confectionner une armoire en respectant les procédures DE dépenses,</p> <p>Renouveler la table,</p> <p>Doter le C.S/P.S en petit matériel DE soins</p> <p>Doter le C.S en table DE consultation, pelvimètre et stéthoscope obstétricale</p>	<p>CS,</p> <p>CS,</p> <p>CS,</p> <p>PRISM,</p> <p>MSP,</p> <p>PRISM,</p>

	Achat DE mèche, verre et brûleurs avec factures	CS, DRS.
<p>3. Personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Absence fréquente du personnel aux CS et PS, Agents en poste non formés 	<ul style="list-style-type: none"> Mission DE sensibilisation du personnel Paiement des salaires aux agents par le calcul du CCS <p>Prise DE sanctions négatives (suspension DE salaire et autres) dans les brefs délai pour les réfractaires.</p> <p>Assurer formation :</p> <p>PS Gbenko CPS : gestion/CPC/CPN accouch</p> <p>Somasani CPS : gestion/CPC/CPN accouch</p> <p>Worokon CPS : gestion/CPC/CPN accouch</p>	<p>DPS.</p> <p>DPS.</p> <p>DRS PRISM</p>
<p>Rendement Technique PEV / CPN/ PF</p> <ul style="list-style-type: none"> Sur tarification et faible utilisation Mauvais placement des vaccins dans le frigo 	<p>Informers les populations sur les tarifs réels DE vaccination : - dans les mosquée Occasions Regroupement</p> <p>Gratuite : si l'enfant a un carnet DE santé</p> <p>50FG : une seul fois pour achat carte DE vaccination</p> <p>◆ Informer la population sur :</p> <p>Avantage vaccination</p> <p>Effets secondaires</p> <p>Nécessiter DE compléter la vaccination pour assurer l'efficacité vaccinale</p> <p>Le CCS mène des interview aux mères sortantes du poste PEV et sites DE SA</p> <p>Sanction des agents réfractaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Respecter les normes de placement des vaccins même si ils viennent d'une autre structure ; Commande DE vaccin au seuil. <p>Supervision hebdomadaire du poste par le CCS</p>	<p>SP, CS.</p> <p>CS.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Taux de déperdition élevé • Rupture chloroquine prolongée de VPO gestion fiche CPN et carnet de santé • Faible taux d'accouchement 	<p>chefs des P.S</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivre et vérifier la concordance 1 fois/mois par le CCS <p>sensibiliser le personnel et informer la DPS pour sanctionner les réfractaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablir des programmes écrits affiche DE SA et RA en indiquant les personnes impliquées et les sites d'application - Choisir des moments convenables aux populations et les informés à temps - Impliquer les agents communautaires (SBC,AC,AV) et agents poste DE santé dans la mobilisation des populations cibles - Respecter et renouveler les programmes - Ouvrir des cahiers DE SA et DE RA pour évaluer l'efficacité DE ces activités <p>Impliquer les autorités et Cogest dans la résolution des problèmes identifiés dans l'évaluation DE la SA et RA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approvisionner suffisamment le CS en VPO, fiche CPN, carnet DE santé et chloroquine - Sensibiliser les AV formées - Superviser les AV - Intégrer les résultats DE leur activités à ceux du CS 	<p>CS Sous préfecture</p> <p>DRS</p>
<p>Concordances</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur tarification de la vaccination • Les enfants sont théoriquement vaccinés et ne le sont pas sur le terrain (enfant complètement ont été réintroduits dans le processus pour un bon résultat de monitoring. 		
<p>Gestion des médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise gestion des ME à tous les niveaux 	<p>Enregistrer tous les mouvements des médicaments sur les outils de gestion selon les normes et procédures requises</p>	<p>CS</p>

Y

- Rare au CS, la dernière remonte à Septembre 2001

Participation communautaire

Centre de Santé de : Damaro

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
1. Infrastructure <ul style="list-style-type: none"> Pas de problèmes spécifiques 		
2. Equipement <ul style="list-style-type: none"> Suffisamment équipé, Pas de pelvimètre, Moto en mauvais état. 	<ul style="list-style-type: none"> Demander Appui Remplacer ou réparer 	DPS/DRS/PRISM CS, COGES
3. Personnel <ul style="list-style-type: none"> Manque de formation de l'agent de point de vente en gestion des ME 	<ul style="list-style-type: none"> Former l'agent. 	DRS,PRISM
4. Rendement Technique <p>a) PEV :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de matériels de rechange de la chaîne de froid, Rupture de Polio durant plus de 100 jours, Utilisation faible <p>b) CPN/ PF/IST</p> <ul style="list-style-type: none"> Faible utilisation CPN, Rupture en fiche CPN et PF, Le CS n'est pas intégré en IST. 	<ul style="list-style-type: none"> Doter la DRS en matériel de rechange Racheter au niveau de la DRS Respecter les tarifs, Superviser les CS Superviser les postes de santé, Intégrer le CS en IST. 	DRS, PRISM CS CS DPS CS DRS/PRISM
5. Concordances <ul style="list-style-type: none"> Sur tarification en PEV/ CPN (paiement au PEV à chaque contact), Les enfants sont théoriquement vaccinés et ne le sont pas sur le terrain. 	<ul style="list-style-type: none"> Expliquer les tarifs à la population, Intensifier la supervision interne, Conscientisation du personnel. 	CCS, COGES, PRISM DPS/CS DRS/DPS/CCS
6. Gestion des médicaments <ul style="list-style-type: none"> Détournement des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> Enregistrer tous les mouvements des ME sur les outils de gestion selon les normes requises. 	CS
7. Supervision <ul style="list-style-type: none"> Pas de supervision intensive et formative 	<ul style="list-style-type: none"> Appuyer la supervision formative 	DRS/PRISM
8. Participation communautaire <ul style="list-style-type: none"> Comité de gestion plus ou moins fonctionnel, et certains membres ne sont pas formés. 	<ul style="list-style-type: none"> Relancer la participation communautaire et former Former les membres des nouveaux COGEST 	DRS/ PRISM/ DPS

Centre de Santé de : Komodou

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
1. Infrastructure <ul style="list-style-type: none"> Manque de latrines Absence de bornes Absence de clôtures 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien des anciennes latrines Informers et délimiter le CS Créer d'autres poste de santé (farabana) 	<ul style="list-style-type: none"> Communauté/CS communauté
Equipement CPN <ul style="list-style-type: none"> Absence de tensiomètre CPC <ul style="list-style-type: none"> Manque de chaises, armoires, matelas pour lit d'examen PEV <ul style="list-style-type: none"> Manque de pétrole Réchaud à pétrole en mauvais état Absence de brûleur de réserve Moto en mauvais état 	<ul style="list-style-type: none"> Budgétiser l'achat de 2 tensiomètres demanders l'intervention de l'Etat et des ONG Achat d'un fût de pétrole tous les 6 mois Achat d'un réchaud dans le budget du CS Approvisionnement PEV Remplacer ou réparer 	<ul style="list-style-type: none"> CS/COGES PEV CS/CRD
Personnel <ul style="list-style-type: none"> Manque de formation des agents CPC, CPN, PV 	<ul style="list-style-type: none"> Programmer la formation de ces agents 	<ul style="list-style-type: none"> DRS/PRISM
Rendement Technique <ul style="list-style-type: none"> Rupture de VPO Insuffisance des SA Faible utilisation en CPN Faible utilisation en PF 	<ul style="list-style-type: none"> Demanders une moto Augmenters les SA Informers la population sur les tarifs Respecters les tarifs en vigueur Intensifiers la supervision Programmer la formation de l'agent PF Intégrers le CS en prise en charge des IST 	<ul style="list-style-type: none"> PEV Communauté DPS DPS DRS/PRISM
Concordances <ul style="list-style-type: none"> Faux remplissage des fiches CPN Sur tarification en PEV et CPN Déficit budgétaire (1.771.690FG) 	<ul style="list-style-type: none"> Eduquer Superviser régulièrement Motiver le personnel Respecters le circuit normal de la gestion Remboursement des déficits 	<ul style="list-style-type: none"> COGES DPS CS/DPS COGES DPS DPS
Gestion des médicaments <ul style="list-style-type: none"> Mauvaises gestion des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> Eduquer l'agent Superviser régulièrement 	<ul style="list-style-type: none"> DPS
Supervision <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de supervision Insuffisance d'information pour la supervision 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la supervision Fournir les éléments d'information 	<ul style="list-style-type: none"> DPS
Participation communautaire <ul style="list-style-type: none"> Non participation de tous les membres du COGES dans les activités du CS 	<ul style="list-style-type: none"> Motiver les membres du COGES Sensibiliser 	<ul style="list-style-type: none"> DPS

DRS de Kankan, DPS de Kérouane, Evaluation des structures de soins, Mai 2002

Centre de Santé de : Konsankoro

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
1. INFRASTRUCTURE <ul style="list-style-type: none"> Les locaux ne sont pas propres, les portes du CS ne se ferment pas, et le toit coule Le domaine du CS n'est pas délimité et clôturé Il n'existe pas de poste de santé 	<ul style="list-style-type: none"> chaque agent assure la propreté de son lieu de travail quotidiennement et l'ensemble des travailleurs assure le nettoyage hebdomadaire du CS Améliorer l'étanchéité de la toiture. Délimiter et Clôturer le CS 	Agents du CS CRD/sous-préfecture CRD
2. EQUIPEMENT : <ul style="list-style-type: none"> Pas de pelvimètre, toise, spéculum, et table d'accouchement en mauvais état en CPN Pas d'abaisse langue, tensiomètre, stéthoscope médicale et boîte de pansement pour la CPC et le poste de soins La moto est vétuste Pas de réchaud, cocotte en mauvais état Pas d'armoire au point de vente 	<ul style="list-style-type: none"> Approvisionner le CS en petit matériels de consultation et soins Renouveler la table d'accouchement, la cocotte et réchaud Renouveler la moto et l'armoire du PV 	DRS/PRISM DRS/PRISM PEV/SSP/ME
3. PERSONNEL : <ul style="list-style-type: none"> Agent CPN n'a pas reçu la formation en Partogramme, en PI, en PEV et CPC Agent PEV n'a pas la formation en soins néo natologie, la prise en charge de IST et CPC ; Les agent du point de vente et soins n'ont aucune formation sur le PEV 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser les formations des agents : Agent CPN : (CPN/P ;PI ;CPC) Agent PEV :(CPN/P ;IST) Agent PV (GEME) Agent soins:(PI) 	DRS/PRISM
4. RENDEMENT TECHNIQUE : PEV/CPN/PF/IST <ul style="list-style-type: none"> Pas de matériels de rechange pour le frigo Pas de pétrole en réserve et rupture de VPO Mauvais placement des vaccins faible accouchement réalisé au CS Rupture de stock de fiche CPN ;carnet de santé ; FAF et chloroquine Absence de pelvimètre faible utilisation de service de PF, et non intégration des données SBC. Sous notification des cas et non enregistrement selon nomenclature syndromique. 	<ul style="list-style-type: none"> Doter le CS en matériels de rechange pour le frigo, pelvimètre, et en VPO suffisant Faire une dotation de pétrole, outils de gestion CPN et médicaments sous forme de prêts remboursables Informers la population sur les avantages de l'accouchement assisté et PF Impliquer les AC dans la mobilisation des populations cibles PEV,CPN,PF, et intégré les résultats des activités des AV et AC à ceux du CS Le CCS doit superviser chaque semaine le poste PEV pour s'assurer que les vaccins sont placés dans le frigo selon les normes. Faire une lecture du guide d'utilisation du canevas des rapports SNIS pour bien maîtriser la définition syndromique des cas Enregistrer tous les cas IST consultés(Index et contacts) 	DRS/PRISM DRS CCS CCS CCS CCS et autres agents du CS Agents CPC
5. CONCORDANCE : <ul style="list-style-type: none"> Sur tarification DE 1000 FG des 1^{er} contacts DE CPN et PEV 	<ul style="list-style-type: none"> Informers les populations sur les tarifs réels de vaccination et de CPN (dans les mosquées et occasion de regroupement sociaux) Suivre et vérifier le respect des tarifs et la concordance des actes au niveau des outils de gestion une fois par mois par le chef du centre 	S/P etCRD CCS

	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser le personnel et informer la DPS pour sanctionner les réfractaires. 	CCS
6. GESTION DES MEDICAMENTS : <ul style="list-style-type: none"> Détournement Médicaments entre magasin et point de vente 	<ul style="list-style-type: none"> Enregistrer toutes les sorties de ME du magasin sur les entrée du RUMER Vérifier cet enregistrement au moment de l'inventaire des quinzaines par le CCS. La supervision DPS doit vérifier régulièrement le remplissage correct des outils de gestion des CS. 	CCS CCS DPS
7. SITUATION FINANCIERE : <ul style="list-style-type: none"> Faiblesse notoire des ressources financière du CS liée à la surtarification, sous notification et la pratique illégale de médecine privée Avoir du CS à la date de la supervision : <ul style="list-style-type: none"> valeur médicament=283.578 Fg solde en banque= 173.826 FG déficit=5.588 FG 	<ul style="list-style-type: none"> Le CCS doit vérifier la notification des contacts, prestations, et l'enregistrement exhaustif des recettes tous les jours . 	CCS
8. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE : <ul style="list-style-type: none"> Seul le président et le trésorier sont actifs 	<ul style="list-style-type: none"> Renouveler le COGES Assurer la formation des membres du COGES 	Préfecture/DPS DRS/PRISM

Centre de Santé de : Linko

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
1. Infrastructure <ul style="list-style-type: none"> • Pas de point d'eau. • Pas de poste de santé • Pas de fosse à ordures 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un devis technique (COGES et CS), faire approuver et faire un forage. • Faire creuser une fosse à ordures 	CS, DPS. CCS
2. Equipement <ul style="list-style-type: none"> • Pas de table d'accouchement • Pas de matériels de maintenance et de rechange, • Moto en mauvais état. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander Appui à PRISM • Avance auprès de la DRS en mèche, verre, et brûleur avec facture • Réparation de la Moto 	CS, DRS CS, COGES CCS et COGES
3. Personnel <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de personnels techniques • Pléthore de matrones bénévoles 	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacer toutes les matrones bénévoles; • affectation immédiate d'un agent PEV formé. 	CS, COGES. DPS.
Rendement Technique PEV / CPN/ PF IST <ul style="list-style-type: none"> • Faible utilisation et couverture vaccinale • Faible utilisation en CPN/PF, • Véritable abandon des activités préventives • Sur tarification de tous les services offerts • Discordance date de vaccination – Fiche information et carnet de santé : • Taux de déperdition élevé • Rupture prolongée de VPO • Faible taux d'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser la population sur la vaccination; • Le CCS mène des interviews aux mères sortantes du poste PEV et Sanction des agents réfractaires. • Suivre et vérifier la concordance une fois par mois par le CCS, • Etablir des programmes écrits affichés de SA et RA en indiquant les personnes impliquées et les sites ; • Choisir des moments convenables pour la SA et Informer la population à temps ; • Impliquer les agents communautaires et les agents des postes de santé dans la mobilisation des populations cibles ; • Respecter et renouveler les programmes, • Ouvrir des cahiers de SA et de RA pour évaluer l'efficacité de ces activités, • Impliquer les autorités et COGES dans la résolution des problèmes identifiés dans l'évaluation de la SA et RA ; • Approvisionner suffisamment le CS en VPO ; • Sensibiliser et superviser les AV formées, 	Agents du CS et COGES
Concordances <ul style="list-style-type: none"> • Sur tarification en CPN (1200 Fg), • Les enfants sont théoriquement vaccinés et ne le sont pas sur le terrain. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer la population sur le tarif réel de la vaccination à travers : les mosquées, les occasions de regroupement ; • Intensifier la supervision interne et conscientisation du personnel. 	Agents du CS, CCS et COGES
Gestion des médicaments <ul style="list-style-type: none"> • Détournement des médicaments • Rupture total des ME au CS depuis près d'un an 	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrer tous les mouvements des médicaments sur les outils de gestion selon les normes requises. 	CCS, agents PEV et PV
Supervision <ul style="list-style-type: none"> • Supervision formative inexistante 	<ul style="list-style-type: none"> • Initier la supervision formative 	DPS
Participation communautaire <ul style="list-style-type: none"> • COGES non fonctionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Redynamiser la participation communautaire et la promotion de nouveaux membres COGES 	DRS/DPS

Centre de Santé de : Sibiribaro

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
1. Infrastructure <ul style="list-style-type: none"> • bâtiment vieux inadapté • Manque de Poste de Santé ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le plaidoyer à plusieurs niveaux pour la construction d'un nouveau local • Rénovation de l'ancien bâtiment ; • Création d'un Poste de Santé à Bouro ; • Envoi d'un agent 	<ul style="list-style-type: none"> • COGES • COGES/CRD • Communauté • CSU/COGES/CRD
2. Equipement <ul style="list-style-type: none"> • Table d'accouchement en CPN n'existe pas • Pas de tensiomètre en CPN • Pas de stéthoscope obstétrical et médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Doter d'une table d'accouchement , • Doter les autres matériels manquants 	DRS/PRISM MSP/PEV/SSP/ME
3. PERSONNEL : <ul style="list-style-type: none"> • Deux agents affectés n'ont pas encore rejoint leur poste • Manque de personnel • Au PV est affecté un volontaire sans aucune formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Redéployer du personnel en tenant compte des besoins 	DRS/DPS
4. RENDEMENT TECHNIQUE : <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de stock de matériel de rechange, pas de thermos, pas de thermomètre; • Vaccin Polio en rupture • Agents incapables de monitorer activités PEV • Manque de boîte isothermique pour le transport des vaccins <p>b) CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de fiches CPN, pas de carnets de santé, • Très faible utilisation de la CPN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emprunt à la DRS • Commander vaccins • Recyclage agent PEV • Commander Boîte isothermique <ul style="list-style-type: none"> • Commander fiches CPN à la DRS • Promouvoir la CPN dans la communauté 	CCS CCS DRS/PRISM CCS au PEV/SSP/ME CCS CCS
5. CONCORDANCES : <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur tarification de tous les services offerts (1000 fg à chaque contact PEV, 1000 pour la chaque contact CPN, 8000 à 16000 fg pour les accouchements). 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer toute la population des tarifs de prestations à travers les événements communautaires et le COGES 	COGES
6. GESTION DES M.E : <ul style="list-style-type: none"> • Manque de médicaments • Détournement des ME à tous les niveaux • Pas d'armoire de rangement des ME 	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager la dotation du CS par le système de prêt remboursable ; • enregistrer tous les mouvements des médicaments sur les outils de gestion selon les normes requises ; • Mettre à jour le RUMER 	DRS CCS CCS
7. SITUATION FINANCIERE : <ul style="list-style-type: none"> • Données financière inexistantes ; • Trésorier écarté de la gestion du livre de caisse depuis 3 ans ; • Solde Banque=281.076 FG, • Valeur du stock de ME trouvé=294.451 FG ; • Le centre ne dispose ni Médicaments , ni argent. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir les outils de gestion financière selon les normes et procédures définis. 	CCS
8. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE : <ul style="list-style-type: none"> • Démembrement du COGEST 	<ul style="list-style-type: none"> • Renouveler et former les membre du COGEST 	PREFECTURE/DPS

Centre de Santé de : Soromaya

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le toit du CS coule, le local, y compris les latrines est très sale • Le domaine du CS est non délimité et non clôturé ; • Pas de point d'eau ni de fosses à ordure 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'étanchéité de la toiture, Balayer et laver chaque 2 jours les latrines • Clôturer et délimiter les CS de Soromaya • Creuser un point d'eau au niveau du CS soromaya 	<p>CRD/CS SOUS-PREFECTURE/CRD</p> <p>MSP/PREFECTURE</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Table d'accouchement , Moto, et frigo en mauvais état ▪ Manque de matériels de rechange 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doter d'une table d'accouchement , et matériels de rechange pour le frigo ▪ Renouveler moto et frigo 	<p>DRS/PRISM</p> <p>MSP/PEV/SSP/ME</p>
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seulement deux (2) agents au CS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redéployer du personnel en tenant compte des besoins 	<p>DRS/DPS</p>
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaîne de froid rompu T°=18°C (Beaucoup de vaccins sont gâtés) ;L'agent PEV n'a pas respecté les normes en cas de panne de frigo ; ▪ Faible utilisation, faible et mauvaise couverture effective <p>b) CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identique. 	<p>1.- Respecter les normes de placement des vaccins dans le frigo et les procédures en cas de panne ;</p> <p>2.-Informer et sensibiliser la population sur les avantages du PEV et de la CPN ;</p> <p>3.-Effectuer les stratégies avancées et la recherche active en PEV et CPN</p> <p>4.- Enregistrer tous les contacts.</p>	<p>CS</p>
<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur tarification en CPN. 	<p>1- respecter les tarifs des prestations.</p>	<p>CS</p>
<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Magasin très sale, non sécurisé ; ▪ Détournement des ME à tous les niveau ; 	<p>1- renforcer la sécurité du magasin et organiser son nettoyage régulier ;</p> <p>2- enregistrer tous les mouvements des médicaments sur les outils de gestion selon les</p>	<p>CS</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le RUMER n'est pas à jour depuis janvier 02 ; ▪ La supervision DPS n'a pas permis de corriger ce problème. 	<p>normes et procédures requises.</p> <p>3- Mettre à jour le RUMER</p> <p>4- assurer une supervision facilitante et efficace</p>	DPS
<p>7. SITUATION FINANCIERE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Données financière inexistantes ; ▪ Trésorier écarté de la gestion du livre de caisse depuis 3 ans ; ▪ Solde Banque=281.076 FG, ▪ Valeur du stock de ME trouvé=294.451 FG ; ▪ Le centre ne dispose ni Médicaments , ni argent. 	<p>1- Impliquer le COGEST dans la gestion des ressources du centre de santé</p> <p>2- Tenir les outils de gestion financière selon les normes et procédures définis.</p> <p>3- Approvisionner le centre en médicament par le système de prêts remboursables</p>	CS DRS/DPS
<p>8. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Démembrement du COGEST 	<p>1- Renouveler et former les membre du COGEST</p>	PREFECTURE/DPS

Centre de Santé Urbain

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Niveau de résolutions problèmes
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • bâtiment inapproprié • absence de poste de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Déménagement dans le nouveau bâtiment ; • Rendre disponible l'équipement • Création d'un Poste de santé à Yiraya • Sensibilisation de la communauté pour la mise à disposition d'un local plus ou moins approprié ; • Choix du local ; • Information de la DPS ; • Envoi d'un agent ; 	<ul style="list-style-type: none"> • DRS/MSP/PPSG/DPS • Mairie/COGES/CSU • Communauté/DPS • DPS/DRS
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipement livrés par PRISM, n'apparaissent pas dans l'inventaire • Moto du CS en mauvais état <p>CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de stéthoscope médical et tensiomètre 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher auprès du CCS sortant • Renouveler ou réparer la moto • Doter en stéthoscope médical et tensiomètre 	<ul style="list-style-type: none"> • DPS • DRS/PRISM
<p>3. Personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux (2) ATS non formés 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier besoin de formation en fonction poste d'affectation • Programmer formation des agents 	<ul style="list-style-type: none"> • DPS • DPS/PRISM
<p>4. Rendement Technique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frigo amorti et manque de pièces de rechange • Rupture de fiches de stocks pour vaccin • Mauvais rangement des vaccins dans le frigo • Faible utilisation et couverture en PEV, CPN • Facteurs de risques liés à la grossesse ne sont pas maîtrisés • Les agents CPN, PEV ne savent pas monitorer leurs activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Renouveler frigo • Doter en pièces de rechange frigo et fiche de stocks vaccins • Supervision du poste PEV chaque semaine par le CCS et chaque mois par la DPS • Informer et sensibiliser la population sur l'importance du PEV et de la CPN améliorer l'accueil et respecter les tarifs des prestations • Assurer une supervision formative des agents 	<ul style="list-style-type: none"> • MSP/PEV/SSP/ME • DRS/PRISM • CS/DPS • CS • DPS/PRISM
<p>5. Concordances</p> <p>PEV-CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discordance entre les dates de vaccination enregistrées sur fiches infantiles et carnets de santé • Toutes les contacts sont payants 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le compte-rendu de la restitution de l'évaluation à tout le personnel du CS • Suivre et vérifier la concordance des données une fois par mois par le CCS • Effectuer des interviews aux clients sortants du CS pour vérifier le respect des tarifs des prestations 	<ul style="list-style-type: none"> • CS

<p>6. Gestion des médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> • mauvaise gestion des médicaments essentiels 	<ul style="list-style-type: none"> • Commander à temps selon les résultats des inventaires • Entrer les quantités de ME de BL sur FS • Associer COGES • Enregistrer toutes les sorties des FS dans le RUMER en quantité requise • Assurer la concordance entre les quantités ME prescrits dans le registre SNIS et le relevé journalier 	<ul style="list-style-type: none"> • CCS • CCS/COGES • Chargé de PV • CCS/CPV
<p>7. Situation financière</p> <ul style="list-style-type: none"> • mauvaise gestion des ressources financières du CSU • trésorier écarté de la gestion depuis plus d'un an • Toutes les recettes générées au CS sont dépensées sans pièces justificatives • Les dépenses ne respectent pas les prévisions budgétaires • L'argent du CS est utilisé à d'autres fins (mines, tontines) • Solde de caisse à la supervision = 0FG • Solde de banque au 3 mars 2002 = 177.165FG • Déficit = 1.310.700FG 	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer journallement que les tarifs du registre SNIS correspondent aux tarifs mentionnés dans le registre journalier • S'assurer que c'est le même montant journalier qui est porté dans le RUMER • Verser régulièrement les recettes au trésorier • Respecter la périodicité du versement bancaire • Ne pas faire une dépense de plus de 300.000FG sans l'avis du DPS et du Préfet • Les dépenses doivent tenir compte des prévisions du budget de la période 	<ul style="list-style-type: none"> • CS
<p>8. Participation communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seuls le Président et le Trésorier du COGES sont actifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Renouveler membres COGES • Re dynamiser le COGES ; • Expérimenter ou tester d'autres approches de participation communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Préfecture/DPS • DRS/PRISM

HOPITAL de Kérouané

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vétusté des infrastructure 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les toilletages de l'hôpital ; • Déboucher les canaux d'évacuation des eaux usées • Faire une requête à PRISM pour aider à remplacer les tuyaux fissurés, refaire l'installation du réseau électrique dans les locaux ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • absence de plateau technique réel et équipement 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un requête auprès de PRISM et Ministère de la Santé pour demander des équipements manquants 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital
<p>3. Personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • absence de chirurgien , gynécologue et autres catégories professionnelles au niveau de l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une requête par voies hiérarchiques et demander au Ministère les catégories professionnelles manquantes ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital
<p>4. Rendement Technique</p> <ul style="list-style-type: none"> • sous utilisation du service 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les conditions d'hébergement des malades (achats de lits, matelas, moustiquaires imprégnés, insecticides, alèses et draps de lit), réparation des locaux (portes, fenêtres, plafond), peinture des lits et tables de nuit. • Améliorer l'accueil et faire respecter les tarifs en vigueur ; • Superviser au moins une fois par mois tous les services par la Direction ; veiller à la régularité du personnel soignant ; • Ouvrir les cahiers de contrôle des présence dans les services ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital
<p>5. Concordances</p> <ul style="list-style-type: none"> • non respect des normes de gestion hospitalière • Mauvaise organisation dans le travail ; • Absence de règlement intérieur et description de poste ; • Absence de commissions techniques (budget, formation, recherches, affaires sociales , médicaments) • Non suivi des procédures de budgétisation et de décaissement • Le manque total de transparence dans la gestion • Le mauvais suivi des dossiers des malades ; • Insuffisance de communication 	<ul style="list-style-type: none"> • organiser des séances de concertation et de sensibilisation du personnel • création d'un service d'urgence • mise en place d'un service de consultation externes • définition claire du circuit du malade • élaborer un document de règlement intérieur et description de poste • mettre en place des commissions Technique de travail • mettre en place et rendre fonctionnel les outils de gestions initiés par la PAGH • Organiser le conseil consultatif et rendre compte mensuellement de la gestion ; • Elaborer et reproduire les dossiers du malade et les rendre fonctionnels dans le service 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital
<p>6. Gestion des médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> • mauvaise gestion des médicaments essentiels 	<ul style="list-style-type: none"> • Commander à temps selon les résultats des inventaires • Entrer les quantités de ME de BL sur FS • Associer COGES • Enregistrer toutes les sorties des FS dans le RUMER en quantité requise • Assurer la concordance entre les quantités ME prescrits dans le registre SNIS et le relevé journalier ; 	

ANNEXE I-b

DRS de Kankan, DPS de Kouroussa
Evaluation des Structures de soins, Juin 2002

- 1- Centre de Santé de Babila
- 2- Centre de Santé de Balato
- 3- Centre de Santé de Banfèlè
- 4- Centre de Santé de Baro
- 5- Centre de Santé de Cissela
- 6- Centre de Santé de CS. Urbain
- 7- Centre de Santé de Douako
- 8- Centre de Santé de Doura
- 9- Centre de Santé de Kiniero
- 10- Centre de Santé de Komola Koura
- 11- Centre de Santé de Koumana
- 12- Centre de Santé de Sanguiana
- 13- Hôpital de kouroussa

Centre de Santé de : Babila

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> Le domaine du CS n'est pas délimité Il n'existe pas de point d'eau et pas de fosses à ordures Il existe deux postes de santé (1 fonctionnel : Sangbarala et 1 non fonctionnel : Fadama) 	<ul style="list-style-type: none"> Faire un point d'eau au CS. 	
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> Manque de paillasse dans les salles CPC, PEV, Accouchement ; Insuffisance de lit d'observation au CS ; Manque de bassin de lit dans la salle d'accouchement ; Manque de moto . . . 	<ul style="list-style-type: none"> Installation des paillasses dans les salles, Achat de 3 lits ordinaires, Achat de bassin de lit, Faire les démarches pour doter les CS en moto 	CRD
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> 		
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV Population cible mensuelle : 36</p> <ul style="list-style-type: none"> Ne dispose pas de thermomètre ; Pas de freez-watch ; Pas de mèches, pas de brûleur pas de verre en reserve; Le CS vient d'être lancé donc l'utilisation des services est quasi nulle ; Le classement des éléments dans le frigo est mal fait ; Agent PEV non formé, vient d'être recruté ; En deux semaines, seulement 4 enfants ont été vaccinés dans le centre ; Sous utilisation de tous les services. <p>b) CPN/ IST/ PF</p> <ul style="list-style-type: none"> Sous utilisation des services de CPN et PF ; Pas d'agent CPN/ PF, pourtant les services PF y sont offerts ; Rupture de médicaments anti-IST ; 	<ul style="list-style-type: none"> Formation de l'agent PEV sur le tas par le CS; Formation des agents CPN/ PF. 	CCS et PRISM.
<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> Sur tarification de la première CPN (1000 fg par contact). Il n'y a pas de concordance entre la fiche de stock et RUMER, Pour un accouchement, il a été demandé 3,000 FG plus 2 morceaux de savon. 	<ul style="list-style-type: none"> Information de la communauté sur les tarifs des prestations du centre ; Information pendant toutes les occasions de regroupement communautaire. 	

<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les de stock ne sont pas à jour ; ▪ Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock, ▪ Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER ▪ Le cumul de consommation des médicaments dans les fiches et le RUMER n'est pas exact ; ▪ Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ; ▪ L'agent du point de vente ne verse pas l'intégralité des recettes journalières perçues ; ▪ L'inventaire du Point de vente n'est pas fait tous les 15 jours ; ▪ Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER ; ▪ Les fiches de stocks ne sont pas signées du superviseur. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enregistrer les mouvements de stocks. 	<p>CCS et suppléant.</p>
<p>7. SITUATION FINANCIERE : (du 1er/05/02 au 15/05/02)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recettes totales : 40,000 • Dépenses totales : • Solde caisse : 40,000 ▪ Solde Banque : ▪ Déficit : ▪ ▪ 		
<p>8. Participation communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le COGES n'est pas encore installé. 		
<p>9. Supervision :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le CS a démarré le 01 mai 2002. 		

Centre de Santé de : Balato

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux postes DE santé non fonctionnels • Le domaine du CS n'est pas délimité • Il n'existe pas de point d'eau et pas de fosses à ordures • Il existe deux postes de santé (1 fonctionnel : Manfran et 1 non fonctionnel : Kourala) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer le Poste de santé de Manfran 	
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • 		
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • 		
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ▪ Pas mèches, pas de verre en réserve ; ▪ Il n'existe pas de chaîne de froid ; ▪ Moto en épave ; ▪ Manque de RA et pas de SA réalisée ; ▪ Vaccin transféré à Kouroussa depuis le 25/04/02 ; ▪ Sous utilisation de tous les services. <p>b) CPN/ PF</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sous utilisation des services de CPN et PF ▪ Insuffisance de sensibilisation de la population ▪ Non-concordance entre rapport SNIS et cahier de pourcentage ; ▪ Rupture de médicaments anti-IST 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une requête à la DPS pour le dépannage du réfrigérateur • Faire un achat de verre et mèche • Faire une requête auprès de la DPS pour trouver une moto • Relancer les activités de la change de CPN • Faire une sensibilisation une fois par mois et par village • Confronter les données à chaque établissement du rapport SNIS 	
<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact). 		

59

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas de concordance entre la fiche infantile et le carnet de santé, ▪ Le temps d'attente des clients est très long, 	<ul style="list-style-type: none"> • Insister auprès des mères pour qu'elle viennent toujours avec le carnet de santé qui accompagne l'enfant 	
<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ; ▪ Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock, ▪ L'agent du Point de vente n'émerge pas dans les fiches de stock les sorties ; ▪ Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER ▪ La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER ▪ Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ; ▪ L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ; ▪ Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER 		
<p>7. SITUATION FINANCIERE : (du 13/11/99 au 15/05/02)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recettes totales : 4,436,850 • Dépenses totales : 3,384,350 • Solde caisse : 21,700 • Solde Banque : 292,385 ▪ Déficit : 170,000 ▪ Bons : CCS : 122,000 ; DPS : 33,000 ; Matrone : 15,000 ▪ Valeur du stock de ME trouvé=294.451 FG ; ▪ Valeur des médicaments : ▪ Remarques particulières : Le CCS a fait des dépenses de 1,067,600 FG à la source ; ▪ Déficits. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire un suivi des remboursements. 	
<p>8. Participation communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le COGES ne s'est jamais réuni en entier 		
<p>9. Supervision :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 		

Centre de Santé de : Banfèlè

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le bâtiment du CS est en mauvais état ; <ul style="list-style-type: none"> • Le toit du CS est en mauvais état ; • Il n'existe pas de point d'eau fonctionnel ; • Il existe un poste de santé fonctionnel : Wassaya. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construction d'un CS par la participation communautaire (Sable, bloc de pierres, gravier et main d'œuvre non qualifiée) ; ▪ Réalisation de forage ou puits améliorés. 	<p>MSP/ PPSG / Communauté.</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de réchaud à pétrole, • Manque de baignoire, • Manque de gants, • Manque de toise, • Absence de tableau de tarification • • • 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Achat de réchaud à pétrole, ▪ Achat de baignoire et de gants, ▪ Achat de toise, ▪ Envoi du tableau 	<p>CS, COGES, PRISM.</p>
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de personnel, • Insuffisance de formation agent CPN, • CCS non formé en GEME. • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envoi du personnel, ▪ Formation en soins néonataux d'urgence, ▪ Formation du CCS en GEME. 	<p>DRS/ DPS PRISM</p>
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ▪ Pas mèches, pas de verre en réserve ; ▪ Il n'existe pas de chaîne de froid ; ▪ Pas de boîte Thermos ; ▪ Pas de thermomètre ; ▪ Pas de seringues auto-bloquantes ; ▪ Rupture de VPO et mauvais classement dans le frigo ; ▪ Moto en épave ; ▪ Pas de SA réalisée ; ▪ Sous utilisation de tous les services, ▪ Kit A et B existant sont très vieux, ▪ Manque de matériels de réserves (mèche, verre, brûleurs, joint cocotte, soupape) ▪ Sur tarification de la vaccination, ▪ Pas de friswath. <p>b) CPN/ PF</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sous utilisation des services de CPN et PF ▪ Insuffisance de sensibilisation de la population 	<ul style="list-style-type: none"> • Achat de matériels de réserve, • • Renouvellement du kit, • Doter le CS de matériels, • Informer la population sur le non-paiement de la vaccination, • Arrêt immédiat de la sur tarification, • • Informer la population des tarifs officiels, • Ouvrir un cahier de supervision interne dès le 1^{er} juillet, faire une supervision interne une fois par mois, 	<p>CS/ COGES</p> <p>UNICEF DRS/ PRISM COGES</p> <p>COGES CCS</p>

<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ▪ Pas mèches, pas de verre en réserve ; ▪ Il n'existe pas de chaîne de froid ; ▪ Pas de boîte Themos ; ▪ Pas de thermomètre ; ▪ Pas de seringues auto-bloquantes ; ▪ Rupture de VPO et mauvais classement dans le frigo ; ▪ Moto en épave ; ▪ Pas de SA réalisée ; ▪ Sous utilisation de tous les services, ▪ Kit A et B existant sont très vieux, ▪ Manque de matériels de réserves (mèche, verre, brûleurs, joint cocotte, soupape) ▪ Sur tarification de la vaccination, ▪ Pas de friswath. <p>b) CPN/ PF</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sous utilisation des services de CPN et PF ▪ Insuffisance de sensibilisation de la population ▪ Sur tarification des CPN de suivi ▪ Rupture de médicaments anti-IST ▪ Insuffisance de supervision interne ▪ Négligence dans la commande de produits contraceptifs. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Achat de matériels de réserve, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renouvellement du kit, ▪ Doter le CS de matériels, ▪ Informer la population sur le non-paiement de la vaccination, ▪ Arrêt immédiat de la sur tarification, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer la population des tarifs officiels, ▪ Ouvrir un cahier de supervision interne dès le 1^{er} juillet, faire une supervision interne une fois par mois, ▪ Lancer la commande dès le 20 juin 2002. 	<p>CS/ COGES</p> <p>UNICEF DRS/ PRISM COGES</p> <p>COGES CCS</p>
<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact). ▪ Il n'y a pas de concordance entre la fiche infantile et le carnet de santé, ▪ Le temps d'attente des clients est très long, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecrire exactement la date de l'acte dans les outils de gestion (fiche CPN, Fiche Infantile, carte de vaccination, carnet de santé), 	
<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ; ▪ Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock, ▪ L'agent du Point de vente n'émerge pas dans les fiches de stock les sorties ; ▪ Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER ▪ La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER ▪ Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ; ▪ L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ; ▪ Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dresser la liste des femmes et des enfants qui ont reçu la CPN ou la vaccination sans leur carnet de santé, ▪ Faire assister le COGES à la réception de la commande et entrer dans les fiches, ▪ Faire l'inventaire de la quinzaine et écrire les résultats de l'inventaire dans le RUMER ▪ Faire signer les sorties par l'agent point de vente, chef de poste, AC, ▪ Assurer que la quantité de ME livrée aux patients correspondants à celle prescrite dans le registre de consultation et celle dans le RUMER. 	<p>Agent CPN et PEV</p> <p>CCS</p>
<p>7. SITUATION FINANCIERE : (du 13/11/99 au 15/05/02)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recettes totales : 3,960,038 • Dépenses totales : 1,832,365 • Solde caisse : 121,200 		

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solde Banque : 1,724,500 ▪ Déficit : 281,973 ▪ Bons : CCS sortant : 24,973 ; CCS entant: 132,700 ; ▪ Valeur du stock de ME trouvé=517,745 FG ; ▪ Valeur des médicaments : 		
8. Participation communautaire Le COGES non fonctionnel, trésorier en fuite.		
9. Supervision : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de supervision formative et par objectifs 		

Centre de Santé de : Baro

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le domaine du CS n'est pas délimité • Il n'existe pas de point d'eau et pas de fosses à ordures • Il existe trois postes de santé (2 fonctionnels : Soronkonl et Sérékrorrn et 1 non fonctionnel : Morygnoumaya) 	<ul style="list-style-type: none"> • Délimiter le domaine appartenant au CS • Creuser la fausse et le puits 	<p>C.R.D C.R.D</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Poste de Santé de Morygnoumaya n'est pas équipé • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Equiper le Poste de Santé DE Morygnoumaya 	<p>D.P.S, D.R.S, Unicef, Prism, C.R.D</p>
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'Agent de Poste de Santé • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Affecter des Agents au CS et P.S 	<p>M.S.P</p>
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ▪ Pas mèches, pas de verre ▪ Il n'existe pas de chaîne de froid ; ▪ Moto en épave ▪ Pas de SA réalisée ▪ Sous utilisation de tous les services. <p>b) CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sous utilisation des services de CPN et PF ▪ Insuffisance de sensibilisation de la population ▪ Rupture de médicaments anti-IST 	<ul style="list-style-type: none"> • Renouveler le réfrigérateur du CS • Rachat de mèche et de verre • Doter le C.S de Moto • Impliquer les AC dans la prise en charge des femme et enfants de 0 à 11 mois • Renforcer la vaccination et la CPN au CS et au point S.A • Impliquer les Agents SBC dans la CPN • Améliorer l'IEC et organiser des séances DE sensibilisation • Commander suffisamment des M E et anti-IST 	<p>CS, Unicef, PEV, PRISM, COGEST</p> <p>CS ONG</p> <p>CCS Agent PEV</p> <p>Cogest, AC, CPN</p> <p>CCS</p>

64

<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact). Il n'y a pas de concordance entre la fiche infantile et le carnet de santé, Le temps d'attente des clients est très long, 	<ul style="list-style-type: none"> Respect du tarif en vigueur Vacciner les enfants et remplir les données sur les fiches et carnet de santé Réduire le temps d'attente 	<p>CCS, DPS</p> <p>CCS, Agent CPN et PEV</p> <p>CCS et Agents</p>
<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ; Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock, L'agent du Point de vente n'émerge pas dans les fiches de stock les sorties ; Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ; L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ; Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER 	<ul style="list-style-type: none"> Etiquetter tous les ME Elaborer un cahier de réception des ME Faire émerger toutes les entrées du ME au Point de vente par l'Agent Comparer les documents à la fin de la journée Relever la consommation des outils DE gestion dans le RUMER Comparer les documents à la fin de la journée Faire l'inventaire physique à la quinzaine 	<p>CCS</p> <p>CCS , Coges</p> <p>Agent PEV</p> <p>L'agent CPN et PEV</p> <p>CCS, PV</p> <p>CCS et PV</p>
<p>7. SITUATION FINANCIERE : (du 13/11/99 au 15/05/02)</p> <ul style="list-style-type: none"> Recettes totales : 4,436,850 Dépenses totales : 3,384,350 Solde caisse : 21,700 Solde Banque : 292,385 Déficit : 170,000 Bons : CCS : 122,000 ; DPS : 33,000 ; Matrone : 15,000 Valeur du stock de ME trouvé=294.451 FG ; Valeur des médicaments : Remarques particulières : Le CCS a fait des dépenses de 1,067,600 FG à la source Faible solde Bancaire Déficit non recouvré Enorme dépenses à la source 	<ul style="list-style-type: none"> Procéder au versement mensuel du solde Procéder au recouvrement des déficit Effectuer des dépenses en fonction des lignes budgétaires 	<p>CCS, COGEST</p> <p>DPS, DRS , COGEST</p> <p>CCS, COGEST</p>
<p>8. Participation communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Le COGES ne s'est jamais réuni en entier, Mauvaise perception de la notion de participation communautaire, Faible implication des représentants communautaires dans la gestion. 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser et informer la population Responsabiliser le Cogest dans la gestion 	<p>D.M.R.</p>
<p>9. SUPERVISION</p> <ul style="list-style-type: none"> Manque DE supervision interne Rareté DE la supervision mensuelle 	<ul style="list-style-type: none"> Faire des supervision mensuelles 	<p>CCS</p> <p>DPS</p>

Centre de Santé de : Cissela

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le domaine du CS n'est pas délimité ; • Il n'existe pas de point d'eau et pas de fosses à ordures ; • Il existe cinq postes de santé : Kouroukoro, Lorombo, Fadou saba, Nono et Kakidi (non intégré) ; • La propreté des salles du CS est insuffisante ; • Le poste de santé de Nono n'a pas d'agent 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délimiter le domaine du CS (mettre les bornes) ▪ Organiser un programme d'entretien des locaux, ▪ Suivre l'exécution du programme, ▪ Budgétiser une prime pour le personnel d'entretien selon la possibilité du CS, ▪ Réaliser un point d'eau dans le domaine du CS. ▪ Affecter un agent (Lettre à adresser à la DRS. 	<p>CCS/ COGES</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • • • 		
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • • • 		
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ▪ Pas mèches, pas de verre ▪ Pas de pétrole en stock ▪ Il n'existe pas de chaîne de froid , ▪ Absence boîte de Thermos, de seringue autobloquantes et de thermomètre Interne ▪ Moto en épave ▪ Pas de SA réalisée ▪ Sous utilisation de tous les services < 21%. ▪ Rupture de 150 jours de VPO ▪ Le VAT est en sur stock <p>b) CPN/PF</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sous utilisation des services de CPN et PF ▪ Insuffisance de sensibilisation de la population ▪ Rupture de médicaments anti-IST ▪ Faibles utilisation (moins DE 30%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire une requête auprès de la DPS, ▪ Mettre en réserve du matériel DE rechange (verre, mèche,....) ▪ Mettre un stock permanent DE 20 litres de pétrole au CS, ▪ Faire une requête pour récupérer la moto du CS à la DPS ▪ Elaborer et suivre l'exécution du programme de S.A ▪ Informer la DPS en vue d'un «redéploiement » dans d'autres C.S. <p>Voir utilisation PEV</p>	

<ul style="list-style-type: none"> Fiches en souffrance 	Voir utilisation PEV	
<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact). Il n'y a pas de concordance entre la fiche infantile et le carnet de santé, Le temps d'attente des clients est très long, 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer un programme de sensibilisation pour les avantages de la CPN incluant le tarif en vigueur, Remplir à la fois fiche et carnet de santé, Ne jamais remplir les fiches sans avoir eu le contact prestation. 	
<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le magasin de stock n'est pas propre <ul style="list-style-type: none"> Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ; Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock, L'agent du Point de vente n'émarge pas dans les fiches de stock les sorties ; Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ; L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ; Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER ; Les médicaments livrés au compte du CS par le fournisseur ne sont pas tous rentrés au magasin, L'agent du point de vente n'émarge pas sur les fiches de stock 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer un programme de nettoyage du magasin et suivre son exécution, Mettre des étiquettes devant chaque molécule sur les étagères, Faire l'inventaire chaque quinzaine, Enregistrer l'ensemble des molécules livrées à chaque réception sur les fiches stock, Ouvrir un PV de réception des médicaments, Faire émarger l'agent du P.V sur les fiches de stock chaque fois qu'il reçoit les molécules du magasin. 	
<p>7. SITUATION FINANCIERE : (du 13/11/99 au 15/05/02)</p> <ul style="list-style-type: none"> Recettes totales : 5,911,650 Dépenses totales : 2,746,700 Solde caisse : Solde Banque : Déficit : 846,400 FG CCS : 478,350 ; CPS de Fadoussaba : 234,750 ; CPS de Kouroukoro : 133,300 Valeur du stock de ME trouvé=294.451 FG ; Valeur des médicaments : 	<ul style="list-style-type: none"> Suivre le remboursement des déficits par l'intermédiaire de la DPS 	
<p>8. Participation communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Le COGES ne fonctionne pas. 		
<p>9. Supervision :</p> <ul style="list-style-type: none"> 		

Centre de Santé de : CS. Urbain

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le local est restreint ; • La toiture et les latrines défectueuse ; • Il existe des chauves souris dans la toiture ; • Bâtiment non électrifié. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rénover et agrandir le local • Refaire la toiture et les latrines • Pulvériser la toiture et mettre les grillages • Electrifier le bâtiment (Panneau solaire) 	<p>La communauté La communauté CS Appui gouvernement</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • 		
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du personnel . • • • • • • • 	<p>Affecter des Agents dans les P.S</p>	<p>MSP, DRS</p>
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ▪ Pas mèches, pas de verre ▪ Il n'existe pas de chaîne de froid ; ▪ Moto en épave ▪ Mauvais classement des vaccins ▪ Pas de SA réalisée ▪ Sous utilisation de tous les services. <p>b) CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rupture DE fiche CPN • Sous utilisation des services de CPN et PF • Agent CPN, PF non formé • Insuffisance de sensibilisation de la population • Rupture de médicaments anti-IST 	<ul style="list-style-type: none"> • Bien entretenir le frigo hebdomadairement, avoir un cahier d'entretien • Doter le CS de Moto • Changement DE comportement en respectant le classement en vigueur par le PEV/SSP/ME <ul style="list-style-type: none"> • Commander suffisamment des fiche • Faire un bon accueil, respecter les tarifs • Former l'agent • Sensibiliser la population • Commander suffisamment des ME IST 	<p>Agent PEV, CCS</p> <p>Cogest Agent PEV</p> <p>Responsable dépôt Agent CPN, PF</p> <p>Dépôt régional</p>

<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact). ▪ Il n'y a pas de concordance entre relevé journalier et le RUMUR ▪ Discordance entre la fiche de stock et le EUMER ▪ Le temps d'attente des clients est très long, 	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter le tarif en vigueur • Formation de l'agent pour la tenu correcte des outils • Remboursement de la perte 	<p>CCS CCS, DPS, DRS, PRISM, l'Agent Responsable DE la perte</p>
<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ; ▪ Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock, ▪ Détournement des ME et mauvais gestion ▪ Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER ▪ La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER ▪ Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ; ▪ L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ; ▪ Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les ME par les étiquettes • Enregistrer toutes les entrées dans les fiches de stock (conscientisation, remboursement, sanction) • Remboursement des ME détournés et sanction • Remboursement de la différence • Respecter quotidiennement la sortie des outils DE gestion • Respect de la prescription entre le registre DE la consultation et le relevé journalier • Faire l'inventaire à chaque quinzaine • Faire l'inventaire physique et théorique de chaque mois 	<p>CCS</p> <p>Respons. du détournement CCS, DPS, DRS Agent PV, CCS</p> <p>CCS, DPS, DRS Agent PV CCS</p>
<p>7. SITUATION FINANCIERE : (de Novembre 99 à avril 02)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recettes totales : 6,854,200 • Dépenses totales : 2,982,950 • Solde caisse : 621,500 • Solde Banque : • Déficit : 170,000 • Bons : • Valeur du stock de ME trouvé = • Valeur des médicaments : • Remarques particulières : 		
<p>8. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mauvais perception de la participation communautaire par la population • Faible implication des représentants communautaires dans la gestion des CS 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation et information des populations • Responsabiliser les Cogest dans la gestion des CS et leurs formation 	<p>DMR MD</p>
<p>9. SUPERVISION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de supervision interne ▪ Rareté de la supervision sous-préfectorale 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des supervisions mensuelles • Faire des supervisions mensuelles • 	<p>CCS DPS</p>

Centre de Santé de : Douako

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le bâtiment du CS est en mauvais état ; • Il n'existe pas de point d'eau et pas de fosses à ordures ; • Il existe un postes de santé (fonctionnel : Karako). 		
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • 		
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • 		
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ▪ Pas mèches, pas de verre en réserve ; ▪ Il existe un cahier d 'entretien qui n 'est pas à jour ; ▪ Le CS ne dispose pas de boîte Thermos ; ▪ Pas de thermomètre ; ▪ Pas de kit A et B ; ▪ Une très mauvaise gestion des outils de gestion au PEV ; ▪ Il n'existe pas de chaîne de froid ; ▪ Moto en épave ▪ Pas de SA réalisée ▪ Sous utilisation de tous les services ; ▪ L 'agent PEV n 'a pas de connaissance sur les méthodes d 'actualisation de la population cible. <p>b) CPN/ PF</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sous utilisation des services de CPN et PF ; ▪ Insuffisance de sensibilisation de la population ; ▪ Pas d 'activité de prise en charge des IST selon l 'approche syndromique ; ▪ Rupture de médicaments anti-IST. 		

5. CONCORDANCES :

a)- PEV/CPN

- Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact).
- Il n'y a pas de concordance entre la fiche infantile et le carnet de santé,
- Mauvaise gestion (détournement).

6. GESTION DES M.E :

- Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ;
- Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock,
- L'agent du Point de vente n'émerge pas dans les fiches de stock les sorties ;
- Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER
- La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER
- Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ;
- L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ;
- Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER

7. SITUATION FINANCIERE : (du 1er/11/99 au 30/04/02)

- Recettes totales : 2,380,850
- Dépenses totales : 1,206,750
- Solde caisse : 1,174,100
- Solde Banque : 1,082,200
- Ecart : 91,900
- Déficit actuel : 6,700
- Bons :
- Valeur du stock de ME trouvé :
- Valeur des médicaments :
- Remarques particulières :

8. Participation communautaire

9. Supervision :

- L

Centre de Santé de : Doura

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le domaine du CS n'est pas délimité ; • Il existe deux postes de santé fonctionnels (Yarakoura et Farakoba) ; • Sol et mur fichues par endroit ; • Les Postes de santé de yarakoura et Farakoba en mauvais état. 		
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • 		
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • 		
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ; ▪ Pas de réserve de mèches, pas de réserve de verre ; ▪ Pas de thermomètre interne et boîte de Thermos ; ▪ Il n'existe pas de chaîne de froid ; ▪ Moto en épave ; ▪ Pas de SA réalisée ; ▪ Sous utilisation de tous les services. <p>b) CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sous utilisation des services de CPN et PF ; ▪ Insuffisance de sensibilisation de la population ; ▪ Rupture de médicaments anti-IST ; ▪ Sur tarification. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acheter et mettre en réserve mèche et verre ; • Faire la requête auprès de la DPS ; • Faire le programme de SA ; • Suivre l'exécution du programme. 	<p>CCS</p>
<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact). ▪ Il n'y a pas de concordance entre la fiche infantile et le carnet de santé, 	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrer toutes les sorties du Magasin pour le point de vente dans le Rumer. 	<p>CCS</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le temps d'attente des clients est très long, 		
<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ; ▪ Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock, ▪ L'agent du Point de vente n'émarge pas dans les fiches de stock les sorties ; ▪ Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER ▪ La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER ▪ Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ; ▪ L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ; ▪ Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrer les consommations des O.G. dans le Rumer comme les M.E. • Enregistrer toutes les données du relevé journalier dans le Rumer • Enregistrer toutes les molécules servies dans le relevé journalier et mettre « Rupture » pour ceux qui n'existent pas • Faire l'inventaire au point de vente une fois par quinzaine. 	CCS
<p>7. SITUATION FINANCIERE : (du 13/11/99 au 15/05/02)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recettes totales : 1,639,600 • Dépenses totales : 872,200 • Solde caisse : 767,400 ▪ Solde Banque : ▪ Déficit : ▪ Bons : ▪ Valeur du stock de ME trouvé = ▪ Valeur des médicaments : ▪ Remarques particulières : 		
<p>8. Participation communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité de gestion inactif. 		
<p>9. Supervision :</p>		

Centre de Santé de : Kiniero

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le domaine du CS n'est pas délimité ; • Latrines non protégées par une clôture ; • Le bâtiment du CS en mauvais état ; • Il n'existe pas de point d'eau et pas de fosses à ordures ; • Il existe un poste de santé fonctionnel : Ballah en mauvais état ; • Existence d'une structure privée (Infirmierie SEMAFO). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adresser une requête à l'autorité compétente en vu de la délimitation du domaine, ▪ Rénovation du CS et du PS, ▪ Améliorer la qualité des prestations. 	<p>CCS/ COGES MSP/ PPSG/ CRD/ Communauté</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moto en mauvais état • • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rénovation de la moto, ▪ Envoi formation du personnel 	<p>MSP/ PPSG/ UNICEF/ ONCHO</p>
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du personnel • • • • • • • 		<p>DRS/ DPS/ PRISM</p>
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ▪ Pas DE brûleur, pas de mèches, pas de verre, pas de joint d cocotte, pas de Thermos et pas de kit A et B ▪ Il n'existe pas de chaîne de froid ; ▪ Moto en épave ▪ Manque de thermomètre interne pour frigo ▪ Pas de SA réalisée ▪ Sous utilisation de tous les services. <p>b) CPN/ PF/ IST</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sous utilisation des services de CPN et PF négligé ▪ Méconnaissance de la formule de calcul de la population cible ▪ Pas de prise en charge en IST cause du manque de molécule ▪ Insuffisance de sensibilisation de la population ▪ Rupture de médicaments anti-IST 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envoi ▪ Achat ▪ Envoi ▪ Sensibiliser les populations sur les avantages des activités ▪ Supervision interne ▪ Faire la commande des ME et rendre disponible 	<p>MSP/ PRISM</p> <p>CS/ COGES</p> <p>UNICEF/ PRISM</p> <p>CCS/ COGES/ Agents / Elus locaux CCS/ DPS CCS</p>

74

5. CONCORDANCES :

a)- PEV/CPN

- Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact).
- Il n'y a pas de concordance entre la fiche infantile et le carnet de santé,
- Le temps d'attente des clients est très long,

- Mauvaise gestion

- Arrêt immédiat et informer la population sur les tarifs officiels,
- Ecrire exactement la date l'acte dans les outils DE gestion,
- Faire assister le COGES à la réception de la commande et les entrées sur les fiches de stock

COGES/ Eius locaux

CCS

6. GESTION DES M.E :

- Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ;
- Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock,
- L'agent du Point de vente n'émarge pas dans les fiches de stock les sorties ;
- Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER
- La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER
- Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ;
- L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ;
- Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER ;
- Le point de vente n'est pas sécurisé ;
- Manque d'armoire ;

- Etiqueter les molécules et arranger ;
- Faire enregistrer toutes les quantités de molécules dans les fiches de stock ;
- Faire émarger l'agent PV ;
- Faire émarger tous les OG dans le RUMER ;
- Assurer que la quantité de ME livrée correspond à celle prescrite dans le registre de consultation et celle prescrite dans le RUMER ;
- Faire l'inventaire de la quinzaine ;
- Supervision interne ;
- Fixation des portes et fenêtres anti- vol ;
- Achat d'une armoire.

CCS

CCS

CCS/ PV

CCS/ DPS

CRD/ COGES
CRD/ COGES

- Rupture DE 17 molécules sur 57 (30%).

7. SITUATION FINANCIERE : (du 13/11/99 au 15/05/02)

- Recettes totales : 3,491,475
- Dépenses totales : 2,197,500
- Solde caisse : 1,293,975
- Solde Banque : 671,500
- Déficit : 556,475
- Bons :
- Valeur du stock de ME trouvée
- Valeur des médicaments :
- Remarques particulières :

8. Participation communautaire

9. Supervision :

Centre de Santé de : Komola Koura

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le domaine du CS n'est pas délimité, non clôturé ; • Le bâtiment, le toit en mauvais état ; • Les locaux ne sont pas propres ; • Il n'existe pas de point d'eau et pas de fosses à ordures ; • Il n'existe pas de poste de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rénovation du CS, • Faire un point d'eau au CS, • Créer 2 postes de santé à Sambaya et à Heremakono. 	<p>CRD</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mauvais état du réfrigérateur, • Manque de moto pour SA, • Insuffisance de lit d'observation au CS. • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Mener les démarches au PEV pour avoir un réfrigérateur, • Augmenter le nombre de lit de 2 à 5. 	<p>DPS et COGES.</p>
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de personnel. • • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Affecter un agent pour la CPN. 	<p>DPS</p>
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ; • Pas mèches, pas de verre ; • Il n'existe pas de chaîne de froid ; • Moto en épave ; • Pas de SA réalisée ; • Sous utilisation de tous les services. <p>b) CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous utilisation des services de CPN et PF ; • Insuffisance de sensibilisation de la population ; • Rupture de médicaments anti-IST ; 		
<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p>		

DRS de Kankan, DPS de Kouroussa, Evaluation des structures de soins, Mai 2002-05-28

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact) ; ▪ Il n'y a pas de concordance entre la fiche infantile et le carnet de santé, ▪ Le temps d'attente des clients est très long, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information de la communauté sur les tarifs des prestations, ▪ Respect des tarifs par les agents, ▪ Supervision régulière de la DPS. 	<p>CCS et COGES, Equipe DPS.</p>
<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ; ▪ Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock, ▪ L'agent du Point de vente n'émerge pas dans les fiches de stock les sorties ; ▪ Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER ▪ La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER ▪ Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ; ▪ L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ; ▪ Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre le mouvement de stock ME. 	
<p>7. SITUATION FINANCIERE : (de décembre 99 à avril 2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recettes totales : 3,731,550 • Dépenses totales : 1,529,600 • Solde caisse : 1,755,600 • Solde Banque : 1,302,500 • Déficit : 453,100 • Bons : • Valeur du stock de ME trouvé; • Valeur des médicaments : • Remarques particulières : Déficit financière. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recouvrement des 453,100 FG. 	<p>COGES.</p>
<p>8. Participation communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité de gestion inactif. 		
<p>9. Supervision :</p>		

Centre de Santé de : Sanguiana

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le domaine du CS n'est pas délimité • Il n'existe pas de point d'eau et pas de fosses à ordures • Mauvais état (restreint, suinte etc.) • Deux P.S. en mauvais état 	<ul style="list-style-type: none"> • Rénovation et agrandissement • Rénover les P.S. en mauvais état 	<p>CRD CRD</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux P.S. ne sont pas équipés • • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Equiper les 2 P.S. 	<p>DPS PRISM UNICEF PEV/SSP/ME</p>
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du personnel au niveau du C.S. et P.S. • Formation des Agents • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Affecter des Agents • Former les Agents 	<p>M.S.P. DPS PRISM-UNICEF</p>
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) • Pas mèches, pas de verre • Il n'existe pas de chaîne de froid ; • Moto en épave • Pas de SA réalisée • Sous utilisation de tous les services. <p>b) CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous utilisation des services de CPN et PF • Insuffisance de sensibilisation de la population • Rupture de médicaments anti-IST 	<ul style="list-style-type: none"> • Acheter des mèches et verre • Faire un bon accueil • Sensibiliser la population • Faire un bon accueil • Sensibiliser la population • Améliorer la sensibilisation 	<p>CCS, COGEST</p> <p>CCS COGEST CCS COGEST Agents</p>
<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact). • Il n'y a pas de concordance entre la fiche infantile et le carnet de santé, • Le temps d'attente des clients est très long, • 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un P.V. de réception des M.E. • Comparer les données des OG. • Respecter les tarifs en vigueur • Reporter identiquement les données sur les OG. 	<p>CCS</p> <p>CCS COGEST Agents</p>

6. GESTION DES M.E :

- Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ;
- Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock,
- L'agent du Point de vente n'émerge pas dans les fiches de stock les sorties ;
- Pas DE concordance entre les relevés journaliers et le RUMER
- La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER
- Pas DE concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ;
- L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ;
- Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER

7. SITUATION FINANCIERE : (du 13/11/99 au 15/05/02)

- Recettes totales : 1,887,100
- Dépenses totales : 1,169,450
- Solde caisse :
- Solde Banque :
- Déficit :
- Bons :
- Valeur du stock de ME trouvé :
- Valeur des médicaments :
- Remarques particulières :

8. Participation communautaire

- Cogest ne participe pas aux activités ;
- Faible implication des membres du Cogest dans la gestion du CS.

9. SUPERVISION :

- Pas DE supervision interne ;
- Supervision préfectorale rare.

<ul style="list-style-type: none"> • Etiqueter les ME dans les rayons ; • Elaborer un PV de réception et faire rembourser les ME manquants, • Faire émarger toutes les sorties du magasin par l'agent du Point de Vente, • Comparer les documents de gestion des ME à la fin de la journée, • Relever les consommations des outils de gestion dans le RUMER quotidienne, • Comparer le registre de consultation et le relever journalier tous les jours, • Faire l'inventaire physique à la fin de chaque quinzaine, • Mentionner l'inventaire physique dans le RUMER. 	<p>CCS CCS</p> <p>DPS, CCS</p> <p>CCS , Agent PV</p> <p>CCS, Agent PV</p> <p>CCS ; Agent PV</p> <p>CCS, Agent PV</p> <p>CCS, Agent PV</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dépenser en fonction des rubriques de la prévision budgétaire. 	<p>CCS, Cogest</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser la population (Cogest) ; • Responsabiliser les membres des Cogest dans les affaires du CS. 	<p>DMR, CCS</p> <p>DMR</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer le cahier DE supervision interne, organiser des supervisions mensuelles, suivre l'exécution des recommandations ; • Organiser des supervisions préfectorales mensuelles, suivre l'exécution des recommandations. 	

Centre de Santé de : Koumana

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le toit au niveau de la maternité (plafond) est gâté par endroit ; • Manque de poste de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Construction d'un poste de santé à Fordou et Bofilani. 	<p>CRD</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de chaîne de froid au CS ; • Manque de moto ; • Manque de seaux métalliques à la maternité. • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Achat de réfrigérateur. • Achat d'une moto, faire les démarches au PEV. • Achat de 2 seaux dans les recettes du centre. 	<p>COGES, DPS, COGES,</p>
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de personnel au centre. • • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Mutation de 2 agents supplémentaires au CS, 	<p>DPS</p>
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <p>a) PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le réfrigérateur du CS est en panne (SIBIR 23 en panne, fuite de gaz) ; • Pas mèches, pas de verre ; • Il n'existe pas de chaîne de froid ; • Moto en épave ; • Pas de SA réalisée ; • Sous utilisation de tous les services. <p>b) CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous utilisation des services de CPN et PF ; • Insuffisance de sensibilisation de la population ; • Rupture de médicaments anti-IST ; 		
<p>5. CONCORDANCES :</p> <p>a)- PEV/CPN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur tarification de la première CPN et en PEV (1000 fg par contact). • Il n'y a pas de concordance entre la fiche infantile et le carnet de santé, • Le temps d'attente des clients est très long, • 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des tarifs de prestation à tous les niveaux, • Informer la population sur les tarifs de prestation à toutes les occasions de mobilisation communautaire, 	<p>COGES</p>
<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments existants ne sont pas identifiés par des étiquettes ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi correct du stock des ME dans les outils respectifs ; 	

	Supervision régulière de la gestion des ME.	Equipe DPS.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les entrées du Magasin ne sont pas toutes enregistrées dans les fiches de stock, ▪ L'agent du Point de vente n'émerge pas dans les fiches de stock les sorties ; ▪ Pas de concordance entre les relevés journaliers et le RUMER ; ▪ La consommation des outils de gestion n'est pas relevée dans le RUMER ; ▪ Pas de concordance entre le registre de consultations et le relevé journalier ; ▪ L'inventaire du Point de vente n'est fait que mensuellement ; ▪ Les données de l'inventaire ne sont pas mentionnées dans le RUMER. <p>7. SITUATION FINANCIERE : (du 13/11/99 au 15/05/02)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recettes totales : 3,768,780 • Dépenses totales : 1,745,905 • Solde caisse : 105,250 • Solde Banque : • Déficit : 444,750 • Bons : • Valeur du stock de ME trouvé : • Valeur des médicaments : • Remarques particulières : <p>8. Participation communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • COGES plutôt fonctionnel. <p>9. Supervision :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervision par objectif n'existe pas. 		

HOPITAL de : KOUROUSSA

Problèmes identifiés	Solutions envisagées	Responsable
<p>1. Infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bâtiment en mauvais état • Pas de latrines fonctionnelles • Pas d'adduction d'eau dans les pavillons • Panne du système solaire d'éclairage • Manque d'abris pour l'ambulance • Mauvais état du logement du DH 	<ul style="list-style-type: none"> • Formuler une requête de financement pour le rénovation de l'hôpital (à l'intention du MSP), • Utiliser les fonds propres et les subventions pour faire un léger toilettage de l'hôpital , • Formuler une requête à l'intention de PRISM pour dépanner le système de pompage du forage et des panneaux solaires, • Construire un abris pour l'ambulance et faire des petites réparations du logement du DH sur fonds propres. 	<p>D.H/ DPS</p> <p>DH</p> <p>Agent administratif</p> <p>Agent administratif</p>
<p>2. Equipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous équipement technique et mobilier des services • • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Formuler une requête auprès de PRISM et du MSP pour demander un appui pour le financement du renouvellement de l'équipement, • Utiliser les fonds propres et les subventions pour l'achat des équipements de première nécessité. 	<p>DH/ DPS et DRS</p> <p>DH/ Agent administratif</p>
<p>3. PERSONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de certaines catégories professionnelles à l'hôpital • • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en application la description de poste élaborée, • Redéployer le personnel à l'intérieur de la préfecture, • Formuler une requête à l'intention de la DRS et du MSP pour l'affectation du personnel manquant. 	<p>DH</p> <p>DPS</p> <p>DH/DPS</p>
<p>4. RENDEMENT TECHNIQUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible utilisation des services, • Mauvaise qualité des soins <ul style="list-style-type: none"> • Sous notification et sur tarification 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la supervision par la direction au niveau des services, • Renforcement du suivi de la mise en œuvre des contrats d'objectif, • Renforcement de la supervision par la DPS, • Diffusion des tarifs dans la communauté, • Prise de sanctions négatives à l'encontre des contournants, • Assurer la formation du personnel suivant les besoins identifiés 	<p>DH</p> <p>DH</p> <p>DPS/DRS</p> <p>DH/ DPS</p> <p>DPS/ DRS</p> <p>DPS/ DRS/ PRISM</p>
<p>5. CONCORDANCES :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 	

<p>6. GESTION DES M.E :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvaise gestion des médicaments à tous les niveaux, ▪ Rupture DE 17 molécules sur 57 (30%). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouvrir des cahiers de consommation des ME et OG dans les pavillons, ▪ Ouvrir le compte ME et y verser la valeur des consommations mensuelles des ME, ▪ Rendre fonctionnelle la commission ME, ▪ Renforcer le suivi de la gestion du ME à tous les niveaux, ▪ 	<p>DH</p> <p>DH DPS DRS</p>
<p>7. SITUATION FINANCIERE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recettes totales : • Dépenses totales : • Solde caisse : • Solde Banque : • Déficit : • Bons : • Valeur du stock de ME trouvée • Valeur des médicaments : • Remarques particulières : Mauvaise gestion des ressources financières. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire appliquer les normes et procédures en vigueur, ▪ Elaborer et faire approuver les prochains budget par les autorités, ▪ Veiller au respect du budget élaboré, ▪ Rendre fonctionnelle la commission budget et le comité consultatif, ▪ 	<p>DH/ DPS /DRS</p> <p>Agent administratif et DH Agent administratif et DH</p> <p>DH</p>
<p>8. Participation communautaire</p>		
<p>9. Supervision :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement Intérieur non élaboré et appliqué, ▪ Commissions techniques non fonctionnelles, ▪ Manque du travail d'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer et mettre en œuvre le règlement intérieur, ▪ Rendre fonctionnelles les commissions techniques, ▪ Introduire le COPE dans les services, ▪ Former les chefs de service en gestion d'équipe. 	<p>DH</p> <p>DH DH/ DPS DRS/ PRISM</p>

ANNEXE II

**RAPPORT DE FORMATION
DES AGENTS PRESTATAIRES
EN SANTE DE LA REPRODUCTION
DU 13 AU 25 MAI 2002**

Préparé par :

**Mr Fassouma SANOH
Coordinateur Régional AGBEF
Haute Guinée/Directeur du cours.**

Reçu le 4-106/02
N°319/Prism-Guinée/Kankan

Sommaire

- * Introduction
- I. But de la formation
- II. Objectifs de la formation
- III. Déroulement de la formation
 - a) Approche pédagogique utilisée
 - b) Méthodes de formation
 - c) Evaluation des participants
- IV. Difficultés rencontrées
- V. Suggestions/Recommandations
- VI. Annexes
 - Programme de la formation
 - Liste des formateurs

* Introduction

Dans le cadre d'une mise à niveau en technologie contraceptive de certains agents prestataires des Centres de Santé de la région Administrative de Kankan, le projet PRISM Guinée en collaboration avec les autorités sanitaires de la place, a organisé du 13 au 25 Mai 2002 la formation en Santé Reproductive dans la salle de formation de la DRS (Direction Régionale de la Santé).

Ont pris part à cette première session de mise à niveau, vingt (20) participants venant des préfectures de Kankan et Siguiri.

I. BUT DE LA FORMATION :

Comme les autres formations précédentes en SR, cette formation avait pour but de :

"Intégrer des services de santé de la reproduction de qualité aux soins de santé primaire " .

II. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE :

1. Expliquer le concept d'intégration des services dans un centre de santé ;
2. Expliquer de façon simple les arguments sanitaires et socio-démographique de la planification familiale ;
3. Faire la description des organes génitaux humains et des mécanismes de leur fonctionnement ;
4. Réaliser un conseling initial, spécifique à chaque méthode de PF disponible au CS et un conseling de suivi dans les normes ;
5. Faire un bilan de la cliente avant de prescrire une méthode contraceptive ;
6. Adopter et maintenir un comportement propice à la prévention des infections ;
7. Reconnaître les signes de manifestations propres à chaque syndrome d' IST ;
8. Réaliser un interrogatoire, examen physique et gynécologique des personnes potentiellement atteintes d'IST.
9. Prendre en charge les cas d'IST suivant l'approche syndromique ;
10. Prescrire correctement chacune des méthodes de contraception disponible dans les CS en connaissance des indications et contre indications de chacune;
11. Fournir des informations claires sur les méthodes non disponibles dans les CS en indiquant leur limitation éventuelle ;
12. Prendre efficacement en charge les effets secondaires des méthodes contraceptives offertes à la clientèle ;
13. Décider à temps les références liées aux besoins pour lesquelles les services ne sont pas disponibles au CS.
14. Respecter les droits des clients ;
15. Gérer les prestations de service de manière à satisfaire la clientèle et faciliter l'évaluation de l'impact du programme.

III. DEROULEMENT DE LA FORMATION :

Contrairement aux formations précédentes en SR la présente formation avait une durée contractée de deux semaines au lieu de trois (voir le programme en annexe, bien que l'approche pédagogique et les méthodes de formation sont restées inchangées.

a) Approche pédagogique utilisée :

Comme à l'accoutumée, la formation avait une approche andragogique (enseignement des adultes) axée sur l'apprentissage pratique des participants en vue d'obtenir des compétences nécessaires pour fournir des services SR de qualité dans les CS.

b) Méthode de formation utilisée :

Les principales méthodes de formation utilisées sont les suivantes :

- Les exposés illustrés ;
- Les exercices individuels et de groupe ;
- Les jeux de rôle ;
- Les pratiques simulées avec les modèles anatomiques ;
- Les activités de stage guidées dans les CS (voir le guide du formateur élaboré par JHPIEGO/Ministère de la santé et l'AGBEF) en 1998.

c) Evaluation des connaissances des participants.

La grille d'évaluation des participants se présente comme suite :

Classe de Scores	Score (1) Q. Préalable	Score (2) Q. mi-stage	Noms et Prénoms	Centres de Santé
≥ 80 %	76,6 %	86,6 %	Karifa Tounkara	Moribaya / Kankan
	63,3 %	86,6 %	Tènèn Diawara	Missamana / Kanakan
	76,6 %	83,3 %	Aminatou Mara	AGBEF / Kanakan
	66,6 %	83,3 %	Loua Bernard	Niagassola / Siguiri
	70 %	83,3 %	Soumaoro Manimou	Siguirini / Siguiri
	63,3 %	80 %	Oulémou Niankoye	Bankon / Siguiri
	66,6 %	80 %	Ibrahima Bouliveil Barry	Boula / Kankan
< 80 %	76,6 %	76,6 %	Sangaré M'Balaye	Doko / Siguiri
	70 %	73,3 %	Mningbè Kéita	Maléah / Siguiri
	66,6 %	76,6 %	Poline Bangoura	Kiniéba Koura / Siguiri
	53,3 %	73,3 %	Djénabou Sow	Boula / KanKan
	46,6 %	70 %	Fatoumata Lalo Barry	Tokounou / Kankan
	70 %	73,3 %	Fatoumata Doumbouya	Kankan / Kankan
	63,3 %	70 %	Sona Soumaoro	Siguiri – Koro / Kankan
	53,3 %	70 %	Aminata Sangaré	Kanakan – Koura / Kankan
	63,3 %	66,6 %	Mamy Cé Lakpô	Noukounkan / Siguiri
	56,6 %	66,6 %	Bintou Sangaré	Batè Nafadji / Kankan
	70 %	60 %	Fatoumata Camara	Gbérédou – Baranama / Kkan
	53,3 %	53,3 %	Pépé Pivi	Sabadou – Baranama / Kkan
	56,6 %	56,6 %	Marie Kaba	Karifamoriah / Kankan

IV. DIFFICULTES RENCONTREES :

Suite à la réadaptation du programme habituel de formation en SR, la durée a été ramenée à deux semaines au lieu de trois ; avec cette première expérience, les formateurs ont été confrontés à un certain nombre de difficultés dont voici l'essentiel :

- L'insuffisance de temps pour certaines simulations devant permettre aux participants d'acquérir certaines compétences ;
- La non disponibilité des documents, Normes et Procédures rendant ainsi difficile l'exercice relatif à l'exploitation de ceux-ci par les stagiaires ;
- L'insuffisance du temps par rapport à certains thèmes importants de la formation notamment le counseling , les méthodes hormonales et les pratiques sur les modèles ZOE ;
- L'absence de la bande "Mettez-vous à sa place" pour mieux visualiser certains aspects de la formation ;
- Difficultés liées à la manipulation du cahier du formateur à cause de son volume ;
- La majorité des participants étant des nouveaux mutés , ils n'avaient presque pas d'expériences en la matière, ce qui, du reste limitait leur participation active dans les débats en plénière.

V. SUGGESTIONS / RECOMMANDATIONS :

Eu égard aux difficultés ci-dessus mentionnées, les formateurs recommandent :

- Une réunion technique d'adaptation du curriculum de formation pour une durée minimum de deux semaines ;
- Renforcer la supervision des agents prestataires en insistant sur l'utilisation du document Normes et Procédures dans les Centres de Santé ;
- Préparer efficacement désormais la formation pour éviter le manque d'un document et/ou un matériel de formation comme constaté dans la présente formation ;
- Appuyer les autorités sanitaires à valoriser les compétences acquises à partir des formations en y tenant compte dans les mouvements du personnel (mutation).

VI. ANNEXES :

- Programme de la formation
- Liste des formateurs

- Liste des formateurs

1. Mr Fassouma SANOH : Coordinateur Régional de l'AGBEF/Haute Guinée
2. Dr Mariama Ciré CAMARA : Chargée de la formation à la DPS de Kankan
3. Mr Sayon SIDIBE : Chargé des SBC à la DPS de Kankan.

ANNEXE III

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

REPUBLIQUE DE GUINÉE

ISAG / Africare / Dinguiraye

PRISM - GUINÉE

RAPPORT DE FORMATION DES SUPERVISEURS ET AGENTS COMMUNAUTAIRES SBC

Mr Ahmadou Doubaya CAMARA
Dr Lanfia TOURE
Mr Amadou CAMARA
Mr Niankoye Pascal DOUALAMOU

Dinguiraye, 28 Mai 2002

REMERCIEMENTS

LES FORMATEURS REMERCIENT :

- Les Agents Communautaires pour leur engagement et le sérieux qu'ils ont accordé à la formation ;
- Les agents de terrain du projet ISAG / Dinguiraye pour les bonnes dispositions prises pour la réussite de ces séries de formation ;
- Les autorités Sanitaires, politiques et Administratives des S/P pour leur soutien aux activités du projet ISAG ;
- La direction Préfectorale de la santé pour son appui, son soutien et sa disponibilité ;
- La coordination (Staff) du projet ISAG pour avoir mis tous les matériels à notre disposition afin de faciliter ces séries de formation ;
- Le projet PRISM pour son appui matériels et financier ;
- Africare – Guinée pour avoir financé et organisé ces séries de formation pour le bien être des Communautés Rurales de Dinguiraye.

LISTE DES ABREVIATIONS :

AC	Agent Communautaire
AGBEF	Association guinéenne pour le bien être familial
AT	Agent de terrain
AT / SBC	Agent Technique SBC
A/S/Santé	Assistant Superviseur Santé
CCS	Chef de centre de Santé
CSU	Centre de santé urbain
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
ELCO	Couple Eligible
IEC	Information Education Communication
ISAG	Initiative pour la Sécurité Alimentaire de Guinée
LMD	Lutte Contre les maladies diarrhéiques
PF	Planification Familiale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PRISM	Pour renforcer les interventions en Santé de la reproduction et Lutte contre les MST / SIDA
SBC	Services à Base Communautaire
SRO	Sel de réhydratation orale

SOMMAIRE :

Liste des Abréviations	2
Introduction.....	4
But Global de la formation des Superviseurs.....	5
Objectifs de la formation des Superviseurs.....	5
But Global de la formation des A.C.....	5
Objectifs de la formation des A.C.....	5
Méthodologie de la formation.....	6
Déroulement des Activités (formation des Superviseurs et AC).....	6
Recommandations	8

ANNEXES

1 Attentes des Participants.....	7
2 Normes de Travail.....	7
3 Mot des participants.....	7
4 Liste des Superviseurs formés.....	9
5 Liste des Agents Communautaires formés.....	12

INTRODUCTION :

Dans le cadre du renforcement des interventions sanitaires dans la Préfecture de Dinguiraye, le Projet ISAG / Africare en collaboration avec le Projet PRISM et la DRS de faranah a organisé des séries de formation des Superviseurs et agents communautaires en SBC du 06 au 22 Mai 2002 dans les locaux de la DPS et les 4 sites identifiés pour la formation des agents communautaires (M'Bonet, Dialakoro, Kalinko et Lansanaya).

Ont participé à ces séries de formation, 16 agents de santé (CCS et Agents PEV), 16 agents de terrain du projet ISAG / Africare, 4 Superviseurs, le chargé SBC de la DPS et 74 agents communautaires.

Ces séries de formation ont été facilitées par deux formateurs régionaux et formateurs du projet ISAG / Dinguiraye qui ont été appuyés par 16 agents identifiés lors de la formation des Superviseurs pour la formation des agents communautaires.

BUT GLOBAL DE LA FORMATION DES SUPERVISEURS

Le but de cette formation est de :

- renforcer les capacités en supervision des superviseurs en SBC afin qu'ils puissent aider les AC à offrir des services de qualité aux membres de leur communauté.
- Se familiariser avec les nouveaux outils de gestion dont la carte Elco entant qu'instrument de la supervision pour le programme SBC.

OBJECTIFS DE LA FORMATION DES SUPERVISEURS

A la fin de la formation, le participant doit être capable de :

- 1 Donner des informations de bases sur les méthodes de planification familiale, la prévention des IST / SIDA et la lutte contre les maladies diarrhéiques ;
- 2 Expliquer les notions sur les concepts de base de la supervision ;
- 3 Utiliser les outils de gestion développés pour la nouvelle stratégie SBC ;
- 4 Assurer le suivi et l'évaluation des activités de l'AC à partir de la carte ELCO ;
- 5 Organiser des réunions mensuelles de suivi et de coordination des AC de sa zone et des visites de stratégies avancées, en appliquant les nouvelles techniques de supervision spécifiques aux SBC.

Durant ces 6 jours, les sessions suivantes ont été enseignées.

- Apprentissage des adultes ,
- Mise à jour sur les IST / SIDA, LMD et PF,
- La supervision et les styles de supervision,
- Les outils SIG des superviseurs / exploitation des données,
- La Carte ELCO et son application au programme SBC
- Les réunions mensuelles,
- Analyse des succès,
- La planification, la conduite et le suivi de la supervision SBC,
- La ré mobilisation communautaire,
- Au delà de la formation : Les prochaines étapes.

BUT GLOBAL DE LA FORMATION DES AC :

Le but de cette formation est de former des agents communautaires issus de la communauté en planification familiale, IST / SIDA et la lutte contre les maladies diarrhéiques pour faciliter l'accès des services, satisfaire les demandes potentiels, fournir des prestations de qualité à la population cible et collaborer efficacement avec la communauté.

OBJECTIFS DE LA FORMATION DES A.C :

A la fin de la formation, le participant sera en mesure de :

- 1 Fournir des informations correctes de base sur la PF, les IST / SIDA et la LMD au cours de leurs activités de sensibilisation ;
- 2 Faire face aux différentes rumeurs en matière de PF, IST / SIDA et LMD ;
- 3 Référer les cas qui dépassent leurs compétences vers les centres de santé ;
- 4 Utiliser correctement les outils de gestion mis à leur disposition ;
- 5 Organiser et réaliser efficacement des activités de groupe.

Au cours de cette formation, les attentes des participants se recoupent avec les objectifs et 19 sessions ont été développées.

- 1 Orientation de l'A.C
- 2 Anatomie et physiologie des organes reproducteurs de l'homme et de la femme
- 3 Généralités sur la PF
- 4 Les Méthodes de barrière
- 5 Les contraceptifs oraux (pilules)
- 6 Lutte contre les maladies diarrhéiques
- 7 Lutte contre les IST/ SIDA
- 8 Les références
- 9 Le suivi des clients à l'aide de la carte ELCO
- 10 Système d'information pour la gestion (SIG)
- 11 Apprendre à écouter et à observer
- 12 Les Messages Prioritaires en PF
- 13 Les aides visuelles
- 14 Les rumeurs
- 15 Les visites à domicile
- 16 L'Animation de groupe
- 17 Counseling en PF
- 18 Restitution de la formation à la communauté
- 19 Le suivi des activités de l'AC

Les premières et dernières journées de cette formation ont été sanctionnées par un pré et post tests qui ont donné des niveaux acceptables de connaissance (NAC) suivants :

- 1 M'Bonet : 73 % et 92 %
- 2 Dialakoro : 58 % et 89 %
- 3 Kalinko : 55 % et 80 %
- 4 Lansanaya : 68 % et 84 %

A l'issue de cette formation, les derniers jours ont été mis à profil pour évaluer les AC formés. Ainsi, les différents thèmes (PF, IST / SIDA, LMD et Pesée) ont été repartis aux participants

par groupe. Il s'agissait d'apprécier leur performance sur le terrain en fonction des groupes cibles.

METHODOLOGIE :

La méthode utilisée lors de ces séries de formation est celle andragogique (éducation des adultes) en utilisant certaines techniques telles que : les jeux de rôle, les travaux de groupe, le brainstorming, les études de cas, les simulations, etc...

Enfin, chaque journée était sanctionnée par une évaluation journalière pour permettre une amélioration.

DEROULEMENT DES SERIES DE FORMATION

Du 3 au 5 Mai 2002, préparatifs de la formation des superviseurs

Du 6 au 11 Mai 2002, formation des superviseurs SBC

Du 13 au 16 Mai 2002, Timbulding avec les agents retenus pour la formation des AC

Du 17 au 22 Mai 2002, formation des Agents Communautaires dans les 4 sites retenus (M'Bonet, Dialakoro, Kalinko et Lansanaya).

Du 25 au 28 Mai 2002, rédaction du rapport

ATTENTES DES PARTICIPANTS :

- Etre capable de superviser les AC
- Etre capable de former un AC
- Avoir les notions liées aux SBC
- Connaître les outils SIG / SBC
- Connaître les concepts de bases
- Connaître les différentes méthodes contraceptives
- Savoir combattre les rumeurs en PF
- Savoir faire le suivi et évaluation des AC

NORMES DE TRAVAIL :

- demander toujours la parole
- Respect de l'opinion d'autrui
- Etre tolérant
- Ne pas monopoliser la parole
- Rester dans le cadre de la formation
- Ne pas fumer dans la salle
- Eviter les déplacements inutiles
- Etre flexible.

MOT DES PARTICIPANTS :

Monsieur le Directeur Préfectoral de la santé, monsieur le coordinateur du Projet ISAG, messieurs les formateurs, mesdames et messieurs les participants.

A l'intention de messieurs les formateurs, l'honneur m'échoit de prendre la parole au nom de tous les participants à cet atelier qui s'achève aujourd'hui, pour vous adresser tout d'abord nos sincères remerciements et pour vous exprimer ensuite notre entière satisfaction quant à la qualité et à la pertinence de la formation reçue.

Nous sommes d'autant plus satisfaits que les modules enseignés, la méthodologie andragogique et participative utilisée, de même que la patience dont vous avez fait preuve à notre égard ont comblé nos attentes.

Soyez rassurer que nous sortons de cet atelier de formation, tous autant que nous sommes, enrichis de connaissances nouvelles et indispensables à la qualification de nos prestations sur le terrain.

Dans l'espoir de nous retrouver pour de telle formation car l'acquisition de connaissances étant un processus perpétuel, nous vous réitérons l'expression de notre sincère satisfaction.

Au revoir et à bientôt !
Les participants.

RECOMMANDATIONS :

- L'octroi des attestations aux superviseurs et Agents Communautaires SBC
- L'Elaboration des badges pour les AC en vue de leur identification
- Mettre à la disposition des participants tous les outils et matériels (registre de rapport mensuel AC et Superviseurs, fiches de référence, de stock, Phallus en bois, boites à images, sacs et sur tout le lot initial pour les AC.
- Organiser d'autres formations afin de renforcer les compétences
- Encourager les supervisions rapprochées ;

LISTE DES PARTICIPANTS A LA FORMATION DES SUPERVISEURS

	Noms et Nom	Fonction	Lieu de travail
1	Dr Prosper Pogba Théoro	A/S/santé/ISAG	Dinguiraye
2	Fatou Diop	AT/santé/ISAG	Dinguiraye
3	Fatoumata Diawara	AT/santé/ISAG	Dinguiraye
4	Mamadou Lamine Barry	A/S/PA/ISAG	Dinguiraye
5	Sayon Camara	Agent PEV	Lansanaya
6	Ousmane Bangoura	CCS	Lansanaya
7	Togba Julien Camara	Agent PEV	Sélouma
8	Edouard Léo	CCS	Sélouma
9	Moustapha Kéita	AT/IEC/ISAG	Banora/Diatifère
10	Oumar N'Diaye	AT/santé/ stagiaire	Dinguiraye
11	Fatou Barry	AT/IEC/ISAG	Sélouma/CU
12	Georges Toupou	Superv/IEC/ISAG	Dinguiraye
13	Alpha Amadou Diallo	CCS	Dialakoro
14	Moussa Koulibaly	Agent PEV	Dialakoro
15	Mamadou Lamarana Barry	CCS	Kalinko
16	Pépé Joseph Kpoghomou	Agent PEV	Kalinko
17	Moriba Mathias Kpoghomou	CCS	Gagnakaly
18	Oumar Bah	CCS	CSU
19	Almamy Camara	Agent PEV	CSU
20	Ibrahima Sory Camara	Agent PEV	Gagnakaly
21	Saa Nestor Yombouno	CCS	Diatifère
22	Siba Toupou	AT/IEC	Dialakoro
23	Alpha Mamoudou Diallo	AT/IEC	Lansanaya
24	Lansana Kanké Soumah	AT / Santé	Dinguiraye
25	Dr Abdoulaye Bella Diallo	AT / Santé	Dinguiraye
26	Abdoulaye yèrèssa	CCS	M'Bonet
27	Mori Doré	Agent PEV	M'Bonet
28	Sayi Mara	Agent PEV	Diatifère
29	Youssef Sylla	C/SBC/DPS	Dinguiraye
30	Bandiou Léo	AT / Santé	Diatifère
31	Nounké Diakité	AT / Santé	Banora
32	Amara Diakité	AT / Santé	Dialakoro
33	Koumba Mansaré	AT / Santé	Lansanaya
34	Mamadou Pathè Barry	AT / Santé	Kalinko
35	Baila Bocoum	AT / Santé	Gagnakaly
36	Mamadou seydou Camara	AT / Santé	Banora
37	Sékou wann Diallo	AT / Santé	Sélouma
38	Aissatou Barry	A/S/santé	Dinguiraye

LISTE DES FORMATEURS DES AC

N°	Prénoms et Noms	Fonction
1	Moussa Koulibaly	Agent PEV
2	Moriba Mathias Kpoghomou	CCS
3	Amara Diakité	AT/ santé
4	Sékou Wann Diallo	AT /santé
5	Julien Togba Camara	Agent PEV
6	Pépé Joseph Kpoghomou	Agent PEV
7	Mamadou Pathé Barry	AT/ santé
8	Dr Abdoulaye Bella Diallo	AT/ santé
9	Oumar Bah	CCS
10	Abdoulaye Yèressa	CCS
11	Youssouf Sylla	C/SBC
12	Mamadou Seydou Camara	AT/ santé
13	Koumba Mansaré	AT/ santé
14	Baila Bocoum	AT/ santé
15	Ousmane Bangoura	CCS
16	Nounké Diakité	AT/ santé

LISTE DES SUPERVISEURS POUR LA FORMATION DES AC

N°	Prénoms et Noms	Fonction	Lieu de travail
1	Amadou Camara	Chargé de la communication	DPS/ Faranah
2	Niankoye Pascal Doualamou	AT/ SBC/ AGBEF	DPS/ Faranah
3	Dr Prosper Pogba Théoro	A/S/ santé/ ISAG	Dinguiraye
4	Aïssatou Barry	A/S/ santé/ ISAG	Dinguiraye

LISTE DES AGENTS COMMUNAUTAIRES

	Prénoms et Noms	Village	Sous-Préfecture
1	Thierno Boubacar Barry	Dialakoro Centre	Dialakoro
2	Hadja Mafoula Dramé	Dialakoro Centre	Dialakoro
3	Gnama Dabo	Watagala	Dialakoro
4	Baba Dabo	Watagala	Dialakoro
5	Ibrahima Sory Sylla	Mossoko	Dialakoro
6	Moumini Bangoura	Mossoko	Dialakoro
7	Ibrahima Diallo	Dar - es - Salam	Dialakoro
8	Oumou Laye Barry	Dar -es - Salam	Dialakoro
9	Oumou Diallo	Dialakoro II	Dialakoro
10	Koly Camara	Dialakoro II	Dialakoro
11	Kadé Sow	Bossère II	Sélouma
12	Ousmane Barry	Bossère II	Sélouma
13	Saliou Sow	Walawala II	Sélouma
14	Kadiatou Diallo	Walawala II	Sélouma
15	Samba Touré	Bossère I	Sélouma
16	Asma Diallo	Bossère I	Sélouma
17	Amadou Mouctar Barry	Kobala	Sélouma
18	Adama Yéro Sow	Kobala	Sélouma
19	Rougui Sow	Sélouma centre	Sélouma
20	Hassana Sow	Sélouma centre	Sélouma
21	Demba Camara	Donghol	Sélouma
22	Fatoumata Diallo	Walawala I	Sélouma
23	Mackan Traoré	Walawala I	Sélouma
24	Noumou Condé	Sounbalako	Sélouma
25	Amadou Diallo	Diabèrèmini	Kalinko
26	Noumou Sira Diallo	Diabèrèmini	Kalinko
27	Amadou Oury Barry	Diankoukou	Kalinko
28	Mariama Diallo	Diankoukou	Kalinko
29	Boubacar Sow	Hèrèmakonon	Kalinko
30	Djénab Barry	Hèrèmakonon	Kalinko
31	Kadé Kouyaté	Kalinko Centre	Kalinko
32	Ibrahima Sory Kourouma	Kalinko Centre	Kalinko
33	Mamadou Bhoïe Diallo	Gnögö	Kalinko
34	Mariama Dalan Diallo	Gnögö	Kalinko
35	Bintou Doukouré	Tinkisso	C.U
36	Mamoudou Barry	Tinkissö.	C.U
37	Mamadou Daye Bah	Koumbia Ley Fello	C.U
38	Hasmaou Diallo	Koumbia Ley Fello	C.U
39	Djénabou Sow	Hèlèyabhè I	C.U
40	Amadou Camara	Hèlèyabhè I	C.U
41	Tidiane Sow	Hèlèyabhè II	C.U
42	Noumou Barry	Hèlèyabhè II	C.U
43	Damba Traoré	Santiguia	Lansanaya

44	Sory Traoré	Santiguia	Lansanaya
45	Kémo Lanfia Kourouma	Lansanaya Centre	Lansanaya
46	Adama Sam	Lansanaya Centre	Lansanaya
47	Fatoumata Kaba	Dayèbhè	Lansanaya
48	Boubacar Sow	Dayèbhè	Lansanaya
49	Noumou Barry	Wouyabhè	Lansanaya
50	Kadé Bah	Wouyabhè	Lansanaya
51	Binta Gack	Bagui	Gagnakaly
52	Alphadio Diallo	Bagui	Gagnakaly
53	Nènè Den Diallo	Herako	Gagnakaly
54	Alpha Diallo	Herako	Gagnakaly
55	Djénaba Kaba	Gagnakaly Centre	Gagnakaly
56	Bobo Cissé	Gagnakaly Centre	Gagnakaly
57	Ousmane Barry	Bbèlèya	Gagnakaly
58	Gnama Den	Bbèlèya	Gagnakaly
59	Thierno Oumar Camara	Wonson	Gagnakaly
60	Aïssatou Kindia Barry	Wonson	Gagnakaly
61	Oumar Cissé	Diatifèrè I	Diatifèrè
62	Yama Cissé	Diatifèrè I	Diatifèrè
63	Samba Diallo	M'Bonet	Banora
64	Djénabou Diallo	M'Bonet	Banora
65	Mamadou Pathé Traoré	Banora Centre	Banora
66	Fatoumata Barry	Banora Centre	Banora
67	Haby Sow	Loppè Sountou	Banora
68	Mamadou Diallo	Mamoudouya I	Diatifèrè
69	Kandia Traoré	Ballagnoumaya	Banora
70	Fatoumata Oury Diallo	Ballagnoumaya	Banora
71	Ousmane Savané	Diatifèrè II (Tronkala)	Diatifèrè
72	Ousmane Sow	Loppè Sontou	Banora
73	M'Ballou Cissé	Diatifèrè II (Tronkala)	Diatifèrè
74	Ramata Diallo	Mamoudouya I	Diatifèrè

ANNEXE IV

Trip Report:
Guinea: DMCI
&
Senegal: NGO workshop on Community IMCI

6-20 April 2002

Jane Briggs

Printed: April 2002

Rational Pharmaceutical Management Plus Program
Center for Pharmaceutical Management
Management Sciences for Health
4301 North Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203 USA
Phone: 703-524-6575
Fax: 703-524-7898
E-mail: rpmplus@msh.org

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

Recommended Citation

Briggs, Jane. 2002 *Trip Report: Guinea: DMCI & Senegal: NGO workshop on Community IMCI*. Submitted to the U.S. Agency for International Development by the Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Contents

<u>Acronyms</u>	iv
<u>Background</u>	1
<u>Purpose of Trip</u>	1
<u>Scope of Work</u>	2
<u>Activities</u>	2
<u>Collaborators and Partners</u>	5
<u>Adjustments to Planned Activities and/or Additional Activities</u>	5
<u>Next Steps</u>	6
<u>Immediate Follow-up Activities</u>	6
<u>Recommendations</u>	6
<u>Annex 1. Agenda of the NGO workshop on C-IMCI, Senegal</u>	7
<u>Annex 2. Contents of training of data entry person, DMCI- Guinea</u>	10

MA

Acronyms

BASICS II	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
CBD	Community-based Distribution
C-IMCI	Community component of IMCI
DAN	Division de Alimentation et Nutrition
DMCI	Drug Management for Childhood Illnesses
DNPL	Direction Nationale de Pharmacies et laboratoires
EDL	Essential Drugs List
EDM	Etude de disponibilité des médicaments
EPI	Expanded Programme of Immunisation
EUM	Etude sur l'utilisation des médicaments
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses
MEASURE	Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results
MoH	Ministry of Health
MSH	Management Sciences for Health
NGO	Non-Governmental Organization
PHN	Population Health and Nutrition
PRISM	Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA
RPM Plus	Rational Pharmaceutical Management Plus
TAACS	Technical advisor on AIDS and Child Survival
USAID	US Agency for International Development
WARO	West Africa Regional Office
WHO	World Health Organization
WHO AFRO	World Health Organization Africa regional office

Background

RPM Plus has used the Drug Management for Childhood Illness (DMCI) indicator-based tool for four years to assess drug management issues in the public health sector and assist governments in efforts to improve the availability and use of drugs for childhood illnesses. Applications in Latin America, Uganda and Zambia preceded its introduction to West Africa. The DMCI tool was introduced to IMCI and drug managers from Guinea, Mali, Niger, Senegal, and Haiti, during a regional workshop held in Senegal in September 2001. Following the workshop, as well as conducting a DMCI survey in Senegal, RPM Plus committed to assist the Ministry of Health of Guinea in the improvement of drug management for childhood illnesses through the USAID funded projects PRISM and BASICS II/Guinea. Plans ensued with the Guinean participants, who had attended the regional workshop in Senegal, to apply the DMCI tool to Guinea. The purpose of this activity is to obtain a baseline measurement of availability and use of drugs for childhood illness in preparation for the implementation of IMCI in the country. Discussions have taken place between RPM Plus, PRISM, BASICS II and various stakeholders in different departments of the Ministry of Health and with the Ministry of Health's approval and involvement, preparations have begun to carry out a national DMCI assessment.

RPM Plus carried out a Drug Management in Childhood Illnesses (DMCI) assessment in Senegal in October 2001 and is planning a policy options workshop to present the results and discuss next steps. During the assessment, a strong collaboration was formed with the BASICS II project of both the WARO and Senegal offices. BASICS WARO conducted a regional workshop for NGOs on Community Integrated Management of Childhood Illnesses (C-IMCI) in Mbour, Senegal from April 8th-12th to which RPM Plus was invited. The aim of this workshop was to facilitate the expansion of the community component of IMCI through more effective involvement of NGOs. Drug availability and use in the community is an important aspect of the management of childhood illnesses. One of seven breakout discussion groups during the second day of the workshop focused on the availability of drugs at community level and BASICS WARO had requested Jane Briggs to co-facilitate this session. The availability of drugs at community level is an important component of the RPM Plus SO3 and Africa Bureau Child Health Survival portfolio, which includes the development of a tool to assess drug availability and use at community level.

Purpose of Trip

There were several purposes to the trips.

Jane Briggs traveled to Guinea to assist in the facilitation of the training of data collectors for the DMCI survey as well as to oversee the training of the data entry operator regarding the use of the DMCI software.

Jane Briggs traveled to Senegal to attend the NGO workshop on Community IMCI and to facilitate the working group, as well as to make some initial preparations for the DMCI Policy options workshop.

Scope of Work**Guinea**

1. Co-facilitate the DMCI data collectors training
2. Assist in the training of the data entry operator
3. Debrief USAID

Senegal

4. Attend the NGO workshop on C-IMCI
5. Co-facilitate the working group on drug availability in the community.
6. Discuss DMCI survey results with key partners.
7. Start preparations for the DMCI policy options workshop

Activities**Guinea**

1. Co-facilitate the DMCI data collectors training

A week training course was held in Dalaba, Guinea from 15-19 April 2002 to train the data collectors for the national DMCI survey (more details on this activity are to be found in the trip report by Michael Derosena). During the first day of training, a general overview on drug management and its importance in childhood illnesses was given. During the following two days, the data collection techniques were described and practiced by the data collectors using exercises and role-play. The fourth day was a practical session in a selection of local health centers, which was facilitated by staff of the local prefectures office. The fifth and final day consisted of resolving any problems that had arisen during the practical session of data collection, preparing the data collection schedules and final administrative arrangements before the data collectors left to their assigned districts for the survey.

The team of facilitators for this training consisted of: Michael Derosena, MSH, Jane Briggs MSH (part-time and part-time training data entry operator), Mamadou Sene (BASICS WARO), Dr Fatou Barry (DNPL), Dr Youssouf Doumbouya (PRISM).

Each evening, there were daily team meetings of all the trainers to plan the next day's sessions

The head of Reproductive and Infant Health from the MoH, Dr Ngoma was present for the first three days of the training to represent the Minister of Health and provide technical input where necessary.

The data collection in five prefectures started the week following the training and will continue for a two week period (22 April- 3 May 2002). Upon completion of the survey, the results will be analysed and a survey report produced.

2. Assist in the training of the data entry operator

The training of the data entry operator, Kalil Camara of PRISM, was conducted by the data entry operator employed for the DMCI assessment in Senegal, Naisse Djigo under technical

supervision of Jane Briggs. The DMCI survey data is managed in a software package designed especially for the DMCI, based in EPI Info. The training took place over an intensive four days (15-18 April 2002). During the first day of the training of the data collectors, the data entry operator also participated in the data collectors training, to gain an overview of the DMCI survey. From the second day onwards, he followed a separate training schedule. A computer was assigned to the DMCI survey by PRISM for the training and for the duration of the survey to be used for data inputting. The software trainer also participated in the daily trainers meetings in order to gain required information for the set-up of the analysis programme.

The process of training in data entry followed Annex 6 of the DMCI manual. The trainer first gave an overview of the software and its capabilities. Reference files were set up, with data on the study location, drugs and prices of drugs. Practice exercises were conducted using existing data from the Senegal study as well as using the data collection forms from the data collectors' practical session to ensure familiarity with the data input. The trainer showed how to back up the data and send files to MSH Washington for quality checking. A detailed guide of the content of the training is given in Annex 2.

3. Debrief USAID

A debriefing meeting was held with Kathy Jacquart and Neil Woodruff, USAID Conakry. They were interested in the survey but wanted clarification of the difference between the DMCI and a recent inventory assessment (IMAT) carried out by PRISM. They referred to other recent studies in Guinea that may be sources of comparative data (a study of the EPI programme and a health facility study carried out by MEASURE) and enquired if the DMCI provided qualitative information about the barriers to drug availability and rational use, which it does not. The results of the DMCI are eagerly awaited as they serve as a good baseline for the introduction and monitoring of IMCI in Guinea but also can be compared with the results of other countries.

Senegal

4. Attend the NGO workshop on C-IMCI

The regional NGO workshop on community-IMCI was held at Mbour, Senegal from 8-12 May 2002 (the Agenda is included in Annex 1). There were over one hundred participants from nine different countries in the West Africa region. During the first day, representatives from WHO AFRO and BASICS II provided an over-view of the three components of IMCI: increasing health staff skills, strengthening the health system and improving health practices in the community. A representative from the CORE group presented a suggested framework for C-IMCI consisting of three main elements: health facility/community partnerships offering services, promotion of the key practices and information from community providers. Several key projects implementing different aspects of C-IMCI were presented on the morning of the second day including a Save the Children project of community based drug distribution (CBD). Their experiences were shared and the issue of CBD and community pharmacies proved to be a sensitive one that provoked much discussion, which was continued in the working group session that afternoon.

5. Co-facilitate the working group on drug availability in the community.

On the afternoon of the second day of the workshop, the participants were divided into seven working groups to discuss the following themes:

1. Community partnerships to increase vaccination coverage.
2. Community partnerships to increase usage of health services
3. Community –based treatment of malaria and ARI
4. Availability of drugs at community level
5. Integration of the 16 key practices
6. Strengthening growth monitoring activities
7. How to use Ministries other than the MoH as well as the private sector to support the 16 key practices

Group 4, which was co-facilitated by Emmanuel Wansi of BASICS II and Jane Briggs had some lively discussions on community drug availability. The members of the group had a variety of backgrounds; most were from the Ministries of Health but some were from NGOs. The group members were:

Waverly Rennie, QAP; Malick Diara, Africare; Antoinette Helal, MoH Guinea; Dr Yap, MoH Cameroon; Mady Annick, Association de Soutien a l'Autopromotion Sanitaire et Urbaine Ivory Coast; Willy Kabuya, BASICS II Congo; Abdoulaye Sambe, BASICS II Senegal.

The group felt that availability of drugs at community level should be restricted to the public system and that volunteer community health workers could provide a limited list of drugs. The facilitators introduced the idea of private sources of drugs such as kiosks, pharmacies or other pre-existing drug outlets as other potential sources of drugs at community level. The main points that came out of the discussion were that participants had experienced a variety of ways to make drugs available at community level such as community pharmacies, CBD, informal vendors and formal drug outlets such as pharmacies.

The group suggested ways to assure rational use of drugs by these drug providers, which included training, follow-up, job aids, methods of approving certain providers and raised consumer awareness. Drawing on the experiences discussed of the countries represented in the group, as well as other experiences of community drug availability (for example, CBD in Nepal and drug vendors in Kenya; Bungoma project), some key elements required for success were suggested by the group. These included:

- Control and supervision
- Involvement of the community
- Political will at various levels
- Motivation of drug provider
- National drug policy
- Sufficient profit margin
- Evaluation and potential use of existing drug distribution systems e.g. drug vendors.
- Accepting that there will always be a certain number of problems e.g. leakages from a community pharmacy, which need to be balanced against the advantages of a certain sources of supply

Although not specifically requested, the group formulated some recommendations for improving drug availability which included working with the drug outlets of the private sector that exist (e.g. drug vendors), as well as community-based distribution of drugs, eventually including co-trimoxazole, for example.

6. Discuss DMCI survey results with key partners.

The DMCI results were discussed in three separate meetings with BASICS II Senegal staff, Prof Sall, the director of DAN, and USAID. As a result of these discussions, some revision of the analysis will be carried out and the report draft will be finalized in preparation for the strategy-planning workshop.

7. Start preparations for the DMCI policy options workshop

A meeting was held with BASICS II Senegal to make plans for the DMCI strategy-planning workshop. The draft agenda was discussed, the list of participants was finalized and the facilitators and presenters were proposed. These propositions were also discussed with the director of DAN to obtain his approval. In addition, in the same meeting, the proposed community drug management assessment was presented, and approval for the activity was sought from the DAN.

Collaborators and Partners

Guinea

Neil Woodruff, PHN Officer, USAID
Katy Jacquart, Reproductive Health advisor, USAID
Alain Joyal, Chief of Party, PRISM

Senegal

Dr Mamadou Badiane, Director of Direction de la Pharmacie et Médicaments
Dr Mamadou Ngom, Chargé du programme Médicaments essentiels
Bradley Barker, TAACS USAID
Matar Camara, Child Survival specialist, USAID
Prof Guelaye Sall, Director of DAN
Dr Aboubacry Thiam, Country Advisor, BASICS II Senegal
Dr Hadiatou Ly, IMCI advisor BASICS II Senegal
Abdoulaye Sambe, BASICS II Senegal
Colette Geslin, BASICS WARO

Adjustments to Planned Activities and/or Additional Activities

No major changes were made to the activities listed in the SOW.

The training of the data entry operator in Guinea was slightly delayed waiting for the end of the practical session and then involved some late night working to ensure familiarization of the data entry operator.

Next Steps

Immediate Follow-up Activities

Guinea:

Naisse Djigo (Senegal) and Jane Briggs (MSH Washington) will monitor the data input as the data files will be sent by e-mail on a weekly basis in order to assure quality of data processing. They will also back-stop the process with any technical information needed and problem solving if required.

On completion of the data entry, indicators will be calculated and these results interpreted in Washington in liaison with key stakeholders in Guinea and a report of the DMCI survey findings will be written by RPM Plus. A strategy workshop will be held to disseminate the results, but more importantly to discuss possible interventions to improve the situation of IMCI drug availability and use.

Senegal:

The presentation of the DMCI survey results will be revised in line with comments from discussions with BASICS and USAID.

Preparations for the logistics of the policy options workshop will be carried out by the administration team of BASICS II Senegal.

Recommendations

As a result of the discussions on CBD at the NGO workshop, there appears to be a lack of information on the positive and negative experiences of CBD for NGOs and MoHs to draw on and assist in planning. It is recommended that RPM Plus conduct a review of the subject in order to provide evidence of the experiences to date with CBD. This review should focus on the sustainability of the "pharmacies" themselves, the use of drugs and the effect on mortality/morbidity if any is documented. Particular focus should be applied to the distribution of antibiotics and the disadvantages of this (resistance, side-effects of drugs) compared to the benefits of distribution (treating children with life-threatening pneumonia).

RPM Plus should hold further discussions with Waverly Rennie of QAP to explore the activities and experience base of drug management at QAP, to reduce duplication of effort and increase collaboration. QAP have some experience of interventions with drug vendors e.g. in Kenya, which could be a good model for RPM Plus to adapt and apply elsewhere.

For future DMCI data entry training, it is recommended to make available data collection forms from a previous survey in order for the data entry operator to practice, instead of waiting until the practical session of the data collectors training.

Annex 1. Agenda of the NGO workshop on C-IMCI, Senegal BASICS II

LUNDI 08 AVRIL			
Heures	Activités	Intervenants	Facilitateur
08 h 15 – 09 h 15	Mot de bienvenue, Buts/Objectifs, Logistiques, Brise glace	Adama/Colette/ Coumba	
09 h 15 – 09 h 30	Cérémonie d'ouverture Officielle	Ministère de la Santé, Partenaires	M. Sène
09 h 30 – 10 h 15	Point sur la PCIME : Histoire et Etat actuel	OMS/AFRO	Suzanne Prysor
10 h 15 - 10 h 30 : Pause Café			
10 h 30 – 11 h 30	Composante 1 : Algorithme et directives pour la PCIME	Colette	Suzanne Prysor
11 h 30 – 12 h 30	Composante 2 : Appui au système de santé	Flavia Bustero /WB	
12 h 30 – 13 h 30 : Pause DEJEUNER			
13 h 30 – 14 h 00	Composante 3 : Aperçu et Evolution de la PCIME-C ; le lien entre la PCIME-C et les composantes 1 & 2	Remi Sogunro	
14 h 00 – 15 h 30	Groupe Pays : Etat de la PCIME-C dans chaque pays		E. Wansi
15 h 30 – 16 h 00 : Pause Café			
16 h 00 – 16 h 45	Présentation des pays (suite)		E. Wansi
16 h 45 – 17 h 30	Cadre de mise en œuvre de la PCIME-C par CORE	Eric Swedberg	Suzanne Prysor
17 h 30 – 17 h 45	Logistique	Coumba Daffé	
17h 45 – 18 h 00	Synthèse de la journée		

MARDI 09 AVRIL			
Heures	Activités	Intervenants	Facilitateur
08 h 30 – 08 h 45	Mot de bienvenue, Programme de la journée		Suzanne Prysor / Colette
08 h 45 – 10 h 40 PANEL (Présentation en 15 minutes et Questions/Réponses en 5 minutes)			
8 h 45 – 09 h 20	Elément 1 « Participation de la communauté à la gestion des structures de santé »	World Vision/Sénégal	Suzanne Prysor
9 h 20 – 09 h 40	Elément 2 « Recouvrement des coûts des médicaments au niveau communautaire »	Save/Mali	
09 h 40 - 10 h 00	Elément 3 « Les Mamans Lumières »	Africare/Guinée	
10 h00 – 10 h 20	Plate-forme multisectorielle « Partenariat avec les autres secteurs pour soutenir la santé de l'enfant au niveau communautaire »	Africare/Bénin	
10 h20 – 10 h 40	Questions & Réponses		

10h 40 - 11h00	Orientation des Travaux de groupes		Eric Swedberg
10 h 40 – 11 h 00 : Pause Café – Organisation des Salles			
11 h00 – 12 h 30	Répartition des Groupes de travail : 7 petits groupes (avec un focus sur un domaine spécifique)		
12 h 30 – 13 h 30 : Pause DEJEUNER			
13 h 30 – 15 h 30	Travaux de groupe (suite)		
15h30 - 15h 45 : Pause Café			
15 h 45 – 18 h 00	Travaux de groupe (suite) et Préparation de la restitution pour le lendemain		E. Wansi

MERCREDI 10 AVRIL

Heures	Activités	Intervenants	Facilitateurs
08 h 30 – 08 h 45	Mot de bienvenue, programme de la journée		Suzanne Prysor /Yaya
08 h 45 – 10 h 30	Elément 1 Restitution et Discussions	Rapporteur	Mamadou Sène
10 h 30 – 10 h 45 : Pause Café			
10 h 45 – 12 h 30	Elément 2 Restitution et Discussions	Rapporteur	Mamadou Sène
12 h 30 - 13 h 30 : Pause DEJEUNER			
13 h 30 – 15 h 15	Elément 3 Restitution et Discussions	Rapporteur	Yaya Drabo
15h15 - 15h 30 : Pause Café			
15 h 30 – 16 h 30	Plate-forme multisectorielle Restitution et Discussions	Rapporteur	Yaya Drabo
16 h 30 – 17 h 15	Synthèse et Recommandations sur le rôle des ONGs et du cadre dans la mise en œuvre de la PCIME-C au niveau régional.		Suzanne, Remi, Kassamara,
17 h 15 – 18 h 00	Préparation de la visite de terrain Répartition des groupes (9 groupes)		Mamadou Diagne

JEUDI 11 AVRIL

Heures	Activités	Intervenants	Facilitateurs
08 h 00 – 08 h 30	Mot de bienvenue, programme de la journée		Suzanne Prysor / Sérigne
08 h 30 : Départ vers les sites			
9h30 – 13 h 00	Visite de terrain et synthèse préliminaire des sous groupes		
13 h 00 - 14 h 30 : Pause DEJEUNER			
14 h 30 – 16 h 00	Synthèse et préparation des présentations (3 rapports)	Rapporteurs (3 grands groupes)	Suzanne Prysor
14h 30 – 16h 00	Exposition des Outils		Aissatou Wade
16h00 - 16h 15 : Pause Café			
16 h 15 – 17 h 45	Elément 1 Restitution et Discussions Elément 2 Restitution et discussions Elément 3 Restitution et Discussions		Yaya Drabo

VENDREDI 12 AVRIL			
Heures	Activités	Intervenants	Facilitateurs
08 h 30 – 08 h 45	Mot de bienvenue, programme de la journée		Suzanne Prysor/ Sène
PANEL : Partenariats ONGs /MINISTERE DE LA SANTE (08 h 45 – 10 h 15)			
08 h 45 – 09 h 05	Groupe Pivot – Mali / RESSIP	Kassamara	
09 h 05 – 09 h 20	CCI pour la Vaccination –RDC	Mutombo Wa Mutombo	
09 h 20 – 09 h 40	Partenariats du CORE Group	Armand Utshudi	
09 h 40 – 10 h 15	Discussions/Recommandations pour la PCIME-C		Suzanne Prysor Adama Koné
10 h 15 – 10 h 30 : Pause Café			
10 h 30 – 12 h 30	Petits groupes de travail par pays: Planification par Pays et restitution sur les prochaines étapes dans les pays		E. Wansi
12 h 30 – 13 h 30 : Pause DEJEUNER			
13 h 30 – 15 h 00	Faire avancer la PCIME-C en Afrique de l'Ouest : Prochaines étapes / l'Appel à l'Action		Eric Swedberg et OMS
15 h00 – 15 h 0	Cérémonies de clôture :	Ministère de la Santé, Partenaires ?	Suzanne Prysor

Annex 2. Contents of training of data entry person, DMCI- Guinea

Preparation

- Install software
- Ensure correctly set up and running

Training

1. General overview of DMCI software with sample data
2. Explanation of F key functions (page 258 Annex 6 Fr)
3. Explanation of pharmaceutical units see from Annex 6 (p245). Importance of consistency in using units throughout.
4. Setup reference files:
 - i. Currency
 - ii. Location,
 - iii. Facility types
 - iv. Basic Pharmaceutical units
 - v. Strength units
 - vi. Dispensing units
 - vii. Route of administration
 - viii. Illnesss
 - ix. Generic equivalentents
5. Establish drug lists:
 - i. **Tracer drug list** Care is needed here to ensure that the unit prices from the IPG are the same as EDM 5 and the units entered.
 - ii. **Survey drug list** - start with tracer list or use Senegal's druglist.rec The rest of the drugs are then found on EUM1 forms and the list is completed as they are entered. Role of the coordinator is to check drugs on EDL and IMCI list.
 - iii. **Survey Drug Prices**- Need data collectors to collect prices from pharmacies for all drugs in survey EUM1.
 - iv. **IMCI treatment costs**- need percentages of different combinations of treatment
6. Cleaning data and role of coordinator:
 - i. Missing data
 - ii. Selecting main diagnosis
 - iii. If antibiotic was dispensed correctly
7. Enter survey data-
 - i. Facility.rec
 - ii. Logistic.rec
 - iii. Child.rec
 - iv. Therapy.rec

Using practical session forms

8. Establish a mechanism for working on the data forms, such that it is clear which forms are entered, mark and date them. Organisation!
9. How to save/back up and zip files to send for checking in DC.
10. How to run analysis of indicators

Information needed in advance for set up:

- i. List of districts and provinces to be surveyed
- ii. List of acceptable terms for disease classification
- iii. Tracer list
- iv. International Price Guide
- v. EDM 5 for prices for tracer drug list
- vi. EDL and national IMCI guidelines
- vii. Estimate of all different options of treatments for IMCI conditions eg Pneumonia: Cotrimoxazole syrup & PCM syrup & CQ syrup or Cotrimoxazole tabs & PCM tabs. And assign approx % to each for the proportion of patients that would receive that combination of treatment (See page 274 in annex 6 French)

Information needed for data inputting:

- i. List of prices for all drugs in survey from private sector. For a whole district can put all drugs together, most of the prices will be found already from the simulated purchases. For those missing, collect at least 3 different prices (generic and brand) for the drugs in that district.

ANNEXE V

STRATEGIE DE RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE A LA GESTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

PREAMBULE

La stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion des soins de santé primaire qui est mise en œuvre conjointement par PRISM et la Direction Régionale de la Santé en Haute Guinée est en cours de développement et sera testée à travers une recherche-action conduite dans quelques districts sanitaires de la région. Le présent document, loin de constituer une version finalisée de notre stratégie de renforcement, présente le fruit des réflexions, des concertations conduites et des interventions menées jusqu'ici dans le domaine par les divers intervenants avec l'appui de PRISM. Les éléments qui s'y trouvent sont suffisants pour bien orienter les diverses activités à réaliser en cette phase de démarrage des interventions visant à renforcer la participations des communautés dans la gestion de leur système de santé primaire. La stratégie sera affinée et le document mis à jour au fur et à mesure de l'avancé de son déploiement dans les districts pilotes.

LA VISION

D'ici la fin de l'année 2005, la participation communautaire dans la gestion des CS de la HG est effective et les structures d'encadrement concernés (DRS, DPS et DMR) sont capables d'en assurer la promotion et le suivi et de faciliter la résolution des contraintes l'affectant.

CONTEXTE ET CONSTATS.

Le programme Guinéen des Soins de Santé Primaires (SSP) est conçu sur la base d'une réelle participation communautaire. Il est prévu que cette participation communautaire se manifeste dans la réalisation des infrastructures, la mobilisation des ressources, la planification des activités des sites de prestations de services, la gestion des ressources mobilisées, la résolution des problèmes, la promotion de la santé et le recouvrement des coûts par le paiement des prestations. La communauté se doit donc de jouer à la fois le rôle de promoteur et de bénéficiaire des prestations offertes dans les sites de prestation. Au cœur du dispositif du système de SSP se trouve le Centre de Santé (CS) de la sous-préfecture ou de la commune. Le CS est le point focal au sein duquel et à partir duquel les services de santé de base sont offerts à la population.

La communauté est représentée au niveau de chaque CS par un Comité de Gestion (COGES) chargé de l'animation nécessaire pour obtenir la participation effective des collectivités à toutes les activités du CS et de la gestion correcte du patrimoine du CS. Un arrêté conjoint du Ministère de la Santé et du Ministère de la Décentralisation de l'époque a fixé en 1992 la composition, les attributions et le fonctionnement du COGES, les modalités de désignation ou de sélection de ses 6 membres, ainsi que le rôle et les tâches de chacun. L'arrêté stipule que le Chef du CS est d'office membre du COGES. Les autres membres proviennent d'un collège¹ comprenant le Président de la Communauté Rurale de Développement (CRD) ou le Maire de la commune urbaine, les membres des conseils communautaires ou communaux et les membres des conseils de district ou de quartiers composant la CRD ou la commune urbaine. Le COGES est constitué de son Président, du Vice-Président, du Trésorier, du Secrétaire au Bien-Etre Familial, du Secrétaire à l'Hygiène et à l'Assainissement et du Chef du Centre de Santé. Le COGES doit comporter selon la réglementation au moins une femme et un jeune de moins de 30 ans.

Plus d'une décennie après le démarrage du système de SSP de la Guinée (création du PEV/SSP/ME en 1988) et l'instauration des COGES, quels constats peut on faire. Du côté des principaux acquis d'abord, nous constatons ce qui suit :

- Les infrastructures sanitaires de base sont présentes dans la quasi totalité des sous-préfectures rurales et des communes urbaines du pays (CS et CS améliorés) ainsi que dans un nombre important de districts (postes de santé).
- La population participe largement au financement du système via le paiement des prestations qu'elle consent – paiement constituant l'élément principal du mécanisme de recouvrement des coûts.
- La couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois s'est améliorée de façon considérable. Le taux de couverture est passé de 5% en 1984 à 32% en 1999 selon l'Enquête Nationale Démographique et de Santé (ENDS).
- La couverture pour le suivi des femmes enceintes est passé de 1% en 1984 à 71% en 1999 (ENDS).
- Les maladies infantiles telles que la rougeole, le tétanos néonatal, la poliomyélite, la coqueluche sont devenus plus rares ou ont complètement disparues.
- Le niveau de connaissance de la population en ce qui a trait à la prévention des maladies et à une meilleure santé de la reproduction s'est sensiblement amélioré.
- Les systèmes de recueil des données sanitaires se sont améliorés et sont davantage intégrés.

Par contre, le système de SSP fait preuve de performances en dessous des attentes dans quelques domaines critiques à son bon fonctionnement et à sa pérennité et rendant difficile et incertain l'accomplissement de sa mission. De ce côté, nous constatons ce qui suit :

¹ Le trésorier, et c'est la seule exception parmi les membres élus, ne doit pas obligatoirement provenir de ce

- La supervision assurée par les structures d'encadrement (DRS/DPS) est généralement de mauvaise qualité et ne conduit ni au maintien des acquis ni au renforcement du système.
- Les structures d'encadrement du niveau décentralisé sont timorés en ce qui a trait à la prise de décision nécessaire à la correction des lacunes et à la résolution des problèmes identifiés au niveau des sites de prestations qui servent la population.
- La participation communautaire dans la gestion du système de SSP est universellement reconnue comme étant très insuffisante, sinon inexistante dans plusieurs cas. En effet, si en général la communauté participe effectivement au système de recouvrement des coûts par le paiement des prestations ainsi que la construction et l'équipement des infrastructures de santé, les responsabilités de gestion du système sanitaire primaire lui échappe en grande partie.

L'évaluation des COGES réalisée par PRISM au cours de l'année 2000 dans 24 CS de la Haute Guinée donne des résultats allant dans le même sens. En effet, et à titre d'exemple, il s'avère 1) qu'aucun de ces COGES n'est véritablement fonctionnel, 2) que plus de la moitié des répondants dans la communauté (55%) affirment ne pas savoir ce qu'est le COGES et enfin, 3) 48% des membres trouvés des COGES n'ont jamais reçu de formation en rapport avec leur rôle.

Ces lacunes dans des rouages aussi fondamentaux du système que constituent la **structure d'encadrement** et le **COGES** entraînent les situations suivantes :

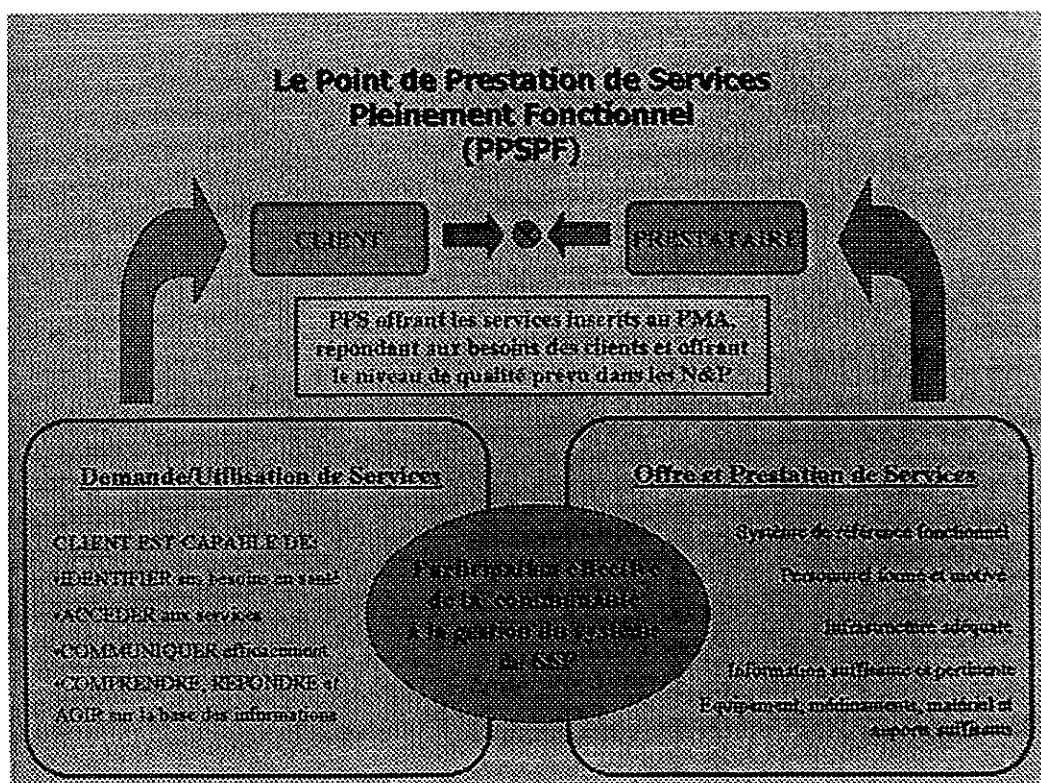
- Les ordinogrammes de traitement ne sont pas maîtrisés ou employés, le counselling est inadéquat et le respect des droits des clients n'est pas assuré. En d'autres termes, la qualité des services offerts aux CS est insuffisante.
- La disponibilité des médicaments essentiels aux conditions définies par le système n'est pas assurée de manière continue aux sites de prestation.
- Des services sont offerts par des prestataires à des prix supérieurs aux tarifs officiels. Cette pratique, désignée « sur-tarifcation », est reconnue comme étant très largement répandue. Celle-ci est couplée à une sous-notification importante des prestations.
- L'utilisation des CS par la population est très inférieure aux normes définies (x,xx contre y,yy) et les taux réels de couvertures de la vaccination et autres services préventifs ont tendance à stagner ou à baisser.
- La santé financière d'une proportion importante de CS est précaire ou mauvaise. Certains CS sont en situation de quasi faillite – leur réserve de fonds sont nulles ou presque tandis que leur inventaire de médicaments essentiels est limité.

Les autorités sanitaires du pays reconnaissent l'ampleur du problème et donnent une impulsion à des mesures correctrices indispensables au redressement et à la poursuite du développement du système de SSP. Ainsi, l'appropriation des CS par les populations est l'une des priorités inscrites au Plan National de Développement Sanitaire. De plus, les initiatives et innovations en faveur du renforcement de la participation de la communauté dans la gestion du CS ont été retenus comme l'un des principaux axes d'actions à mettre en œuvre lors de la revue annuelle du système de SSP qui s'est tenue à Boké en janvier 2002. La revue a recommandé que les services des niveaux décentralisés et leurs partenaires mettent en œuvre des activités de recherche/action visant à renforcer la participation de la communauté dans la gestion des soins de santé primaires en général et de son centre de santé en particulier, et ce dans au moins un CS rural et un CS urbain par préfecture.

Au delà de son engagement à appuyer la mise en œuvre de la politique national de SSP, c'est fort de sa conviction que la participation effective de la communauté est essentielle à la pérennité du système de SSP, et que les communautés recèlent en elle le potentiel nécessaire à la concrétisation d'une telle participation, que PRISM s'est engagé à y apporter son concours et à conjuguer ses efforts à ceux de la population, des autorités sanitaires et de l'administration du territoire dans ce sens.

CADRE CONCEPTUEL ET STRATEGIE

Le modèle du Point de Prestation de Services Pleinement Fonctionnel, PPSPF en sigle, (voir figure ci-dessous) constitue le cadre conceptuel guidant le développement des interventions de PRISM visant à renforcer le système de santé de la Guinée. Le point de prestation de service (PPS) est le lieu de rencontre du client et du prestataire. Le PPS peut être fixe. C'est le cas par exemple d'un Centre de Santé, d'un Poste de Santé ou de la Maternité d'un Hôpital. Et il peut aussi être "ambulante" (ou mobile en quelque sorte). C'est le cas d'un Agent de Service à Base Communautaire ou d'une Accoucheuse Villageoise. Peu importe la nature du PPS, on dira qu'un PPS est pleinement fonctionnel (PPSPF) lorsque celui-ci offre les services inscrits au Paquet Minimum de Services (PMA) avec le niveau de qualité requis selon les Normes et Procédures (N&P) définies, et répondant aux besoins des clients. Pour que la pleine fonctionnalité soit atteinte (niveau idéal) il faut 1) que toutes les ressources essentielles à l'offre de services soient disponibles *simultanément*, 2) que la demande et l'utilisation des services soient "éclairées", et enfin 3) que la participation de la communauté à la gestion du PPS soit *effective*. Cette dernière condition est particulièrement importante du fait qu'elle couvre à la fois le côté de la demande et de l'utilisation des services et le côté de l'offre et de la prestation de services. Les instances représentatives de la communautés ont en effet un rôle à jouer et des responsabilités à exercer vis-à-vis des clients autant que vis-à-vis des prestataires. *La stratégie de renforcement de la participation de la communauté dans la gestion du système de SSP en général et du CS en particulier a pour but d'assurer que celle-ci soit en mesure de jouer correctement son rôle et d'assumer adéquatement ses responsabilités vis-à-vis des clients et des prestataires.*



Pour que la participation de la communauté à la gestion du système de SSP soit effective, un certain nombre de conditions incontournables doivent être satisfaites.

- a. Il faut d'abord que les instances à travers lesquelles s'exerce cette participation à la gestion soit une émanation de la communauté;
- b. Il faut ensuite que les individus qui en font parti soient représentatifs de la communauté et en très grande majorité choisis par celle-ci selon des modalités qu'elle aura adoptées (membres des instances sont choisis par soient ;
- c. Il faut de plus que les membres des instances représentatives soient compétents dans l'exercice de leur fonction, et que ces instances soient en mesure de mener leurs activités;
- d. Enfin, il faut que le personnel du CS ainsi que celui de la structure d'encadrement que constitue la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) acceptent et appuient l'appropriation du système de SSP et du CS par la communauté.

Toutes les activités d'appui inscrites dans la séquence logique d'interventions de la stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion du SSP et du CS sont imprégnées de ces impératifs.

Les autorité Guinéennes ont déterminé que l'instance principale de représentation de la communauté dans la gestion du système de SSP, c'est à dire le Comité de Gestion (COGES), est située au niveau du Centre de Santé. Compte tenu de ceci et du fait que le Centre de Santé de la sous-préfecture ou de la commune urbaine constitue véritablement le point focal au sein duquel et à partir duquel les services de santé de base doivent être offerts à la population, ce niveau de la pyramide sanitaire est visé en priorité par la présente stratégie.

Aussi, à la lumière de tout ce qui précède, définissons-nous la stratégie de la manière qui suit :

La stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion des soins de santé primaire consiste en un ensemble rationnel et intégré d'activités conduisant à la mise en place au centre de santé d'un comité de gestion renouvelé représentatif de la

² L'établissement par des communautés d'instances de gestion ou simplement de coordination des activités de SSP au niveau du district ou du quartier est un effet souhaité de la stratégie de renforcement de la participation communautaire. Cependant, le gros des efforts et des ressources de PRISM et de la DRS consacrés à la stratégie est focalisé sur l'établissement et le fonctionnement des comités de gestion renouvelés, sis donc au niveau sous-préfectoral et communal.

³ La désignation « Comité Gestion renouvelé » est utilisée dans le présent document en référence à l'instance ou organe de représentation de la communauté dans la gestion du CS qui se dégagera des consultations des populations qui seront menées. D'autres désignations de cette instance ou organe seront admises sur le terrain.

communauté et capable de jouer son rôle et d'assumer ses responsabilités de manière pérenne.

CONDITIONS CRITIQUES AU SUCCES DE LA STRATEGIE ET PERENNITE DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE (à finaliser au cours de la recherche/action)

- ◆ La stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion du système de SSP et du CS est nécessaire en soi et constitue une des principales mesures d'accompagnement du redressement du système de santé dans un district sanitaire. Lorsque la stratégie est déployée dans un district sanitaire (une préfecture), c'est l'ensemble du système de SSP du district sanitaire qui est visé. Tous les CS, toutes les sous-préfectures et tous les districts ainsi que les structures d'encadrement doivent être incorporés dans le processus, et ce dès les phases initiales. La stratégie ne peut réussir qu'à ce prix. Compte tenu de l'état précaire dans lequel le système se trouve à l'heure actuelle et des graves dangers auxquels il est confronté, il ne convient pas d'appliquer une approche de déploiement fractionnée de la stratégie. Le travail doit se faire à fond dans chaque préfecture et y être initié à tour de rôle dans un premier temps dans les préfectures d'une région, et à un rythme progressivement accéléré lorsque les OR et autres intervenants du niveau régional (staff de la DSR et de PRISM) ont parfaitement maîtrisé le processus d'appui.
- ◆ Le rôle des structures d'encadrement que sont les DRS, DPS et DMR dans la promotion de la participation communautaire est capital. Celles-ci doivent s'assurer que le personnel de la santé ne se pose pas en obstacle à cette participation communautaire et à l'appropriation du système de SSP et des CS/PS qui en découle. Demander dans l'immédiat aux agents de santé de devenir tout de suite des agents de promotion de la participation communautaire dans la gestion du système n'est pas une demande réaliste. Des mécanismes de promotion de cette participation communautaire indépendants du personnel de la santé sont à préconiser et à soutenir vigoureusement.
- ◆ Si l'application intégrale et rigoureuse des normes et procédures de gestion de la part du personnel de la santé est indispensable au bon fonctionnement du système de SSP, il en va de même de la conception et de la mise en place d'une politique de gratification de ce personnel liée aux résultats obtenus par la structure qu'ils servent.
- ◆ Le DMR est un rouage important (la cheville ouvrière) du dispositif d'appui et de suivi du fonctionnement des COGES. Il convient que sa fonction soit dotée des moyens lui assurant une capacité opérationnelle conséquente sur le terrain.
- ◆ La politique d'encouragement des membres des COGES est un élément favorisant la pérennité du COGES si elle est bien définie (soutenable) et correctement appliquée.
- ◆ Tous les intervenants (DRS, PRISM, OR, DMR, DPS) apportent le plus grand soin à leurs communications et interventions avec les communautés et le personnel de santé de manière à ne

pas créer des attentes insoutenables et des perceptions erronées des rôles et responsabilités respectifs de chacun.

LE CADRE OPERATIONNEL (à finaliser au cours de la recherche/action)

Représentativité et Fonctionnalité

La représentativité des instances et de leurs membres sera assurée à travers un processus systématique de mobilisation, d'orientation et de consultation des communautés soutenu par des animateurs communautaires qualifiés dans la facilitation de la prise de décisions démocratique au niveau communautaire. La fonctionnalité du comité de gestion rénové du CS sera atteinte à travers la mise en place d'un programme continue de formation de ses membres dans les domaines pertinents à l'exercice de leurs fonctions et par le soutien technique à son fonctionnement.

Cibles de la Stratégie

Le niveau global de déploiement de la stratégie est le district sanitaire, c'est à dire la préfecture. Le programme d'activités de la stratégie embrasse toutes les composantes concernées de la préfecture. Aussi :

- Les responsables administratifs et les structures d'encadrement concernés du niveau préfectoral par le système de soins de santé primaires et par la participation de la population dans la gestion du système de santé sont impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie.
- Toutes les sous-préfectures rurales de la préfecture et sa commune urbaine sont ciblées. Les responsables administratifs de la sous-préfecture ou de la commune et les structures d'encadrement du niveau sous-préfectoral et communal concernés par la santé publique et par la participation de la population dans la gestion du système de santé sont impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie.
- Nous estimons nécessaire que chacun des districts ruraux ou quartiers urbains soit représenté au sein du COGES rénové afin que toutes les communautés de la sous-préfecture ou de la commune soient impliqués dans la gestion du CS. Aussi, le niveau le plus local de consultation de la population dans le milieu rural est le district administratif tandis que le quartier est le niveau le plus local de consultation de la population dans le milieu urbain.
- Tous les districts administratifs d'une sous-préfecture et tous les quartiers de la commune urbaine sont visés par le programme.
- Tous les centres de santé urbains (CSU) et tous centres de santé ruraux (CS) de la préfecture sont visés par le programme.

Les Principaux Intervenants et leur Rôle dans la Stratégie

Les activités sont menées par un certain nombre d'intervenants et engagent la participation active de tous les acteurs concernés par le fonctionnement et l'amélioration du système de SSP.

- **La Direction/Directeur Régional de la Santé (DRS) :** La stratégie est développée et sa mise en œuvre pilotée conjointement par la DRS et PRISM. Le DRS est responsable de la constitution et du fonctionnement du Comité Régional de Pilotage des initiatives engagées dans le domaine de la participation communautaire à la gestion du système de SSP. La restitution des résultats au niveau central (national) sera placée sous sa gouverne. Enfin la DRS est responsable de la mise en œuvre de plusieurs des interventions critiques inscrites dans la stratégie (voir section sur les principales activités) et le DRS est le point focal de la stratégie pour la région.
- **La Direction Préfectorale de la Santé (DPS) :** La DPS a pour rôle principal de s'assurer que le personnel des structures de santé apporte son appui au renforcement de la participation communautaire dans la gestion du système. Elle intègre le DMR et son équipe dans son programme d'activités, notamment dans le plan supervision et met à sa disposition les ressources prévues pour la réalisation de ses activités d'appui et de suivi des intervenants dans la stratégie de renforcement et des COGES rénovés de la préfecture. La DPS intervient au besoin lorsque des facteurs de blocages freinent le renforcement de la participation communautaire dans la gestion des CS ou empêchent le fonctionnement normal du COGES rénové.
- **Le Directeur des Micro-Réalisations (DMR) :** Le DMR est le point focal au niveau préfectoral de la mise en œuvre et du suivi de la stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion du système de SSP. A ce titre, le DMR sera impliqué dans toutes les activités se déroulant dans sa préfecture et sera directement responsable de la bonne marche de plusieurs d'entre elles.
- **Le Projet PRISM :** La stratégie est développée et sa mise en œuvre pilotée conjointement par la DRS et PRISM. Le projet PRISM apporte son concours technique, logistique, administratif et financier à la stratégie dans toutes ses phases. PRISM participe aux travaux du Comité Régional de Pilotage et y apporte son appui. PRISM affecte à la stratégie le personnel nécessaire et recrute les consultants et prestataires requis.
- **Les Organisations Relais (OR) :** Ce sont les ONG spécialisés dans les approches communautaires et la formation qui sont mobilisées dans la mise en œuvre de certains volets clés de la stratégie.

LES PRINCIPAUX INDICATEURS (à finaliser au cours de la recherche/action)

Les indicateurs de suivi permettant de mesurer régulièrement les effets de la mise en œuvre de la stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion du SSP et du CS sont regroupés dans trois catégories principales. Il y a tout d'abord les indicateurs permettant de mesurer la représentativité du comité de gestion rénové sensée émaner de la communauté et chargée de la gestion du système local de SSP, principalement de son CS. Il y a ensuite les indicateurs permettant de mesurer

le niveau de connaissance des membres du comité de gestion rénové représentatif dans des domaines clés à l'exercice des responsabilités qu'ils doivent y assumer. Enfin, et au-delà du niveau de connaissance de ses membres, nous voulons mesurer le niveau de fonctionnalité du comité de gestion rénové dans l'accomplissement de la mission qui lui est confiée.

1. Les indicateurs associés à la représentativité des instances

Les personnes provenant de tous les secteurs, villages et districts pris en compte dans l'initiative ont largement et activement participé dans l'analyse des questions de soins de santé et elles sont des ressources disponibles dans leurs communautés. C'est à dire que :

- 1.1. Le PAO d'amélioration des SSP du district, comprenant entre autres les stratégies et le plan d'action pour améliorer l'accès aux services de soins de santé et leur qualité, est défini, communiqué aux cadres locaux et au personnel de la santé.
- 1.2. La définition de l'instance de représentation de la population au niveau district (quartier) est, dans sa mission, sa structure, sa composition et ses attributions l'expression de la volonté de la communauté.
- 1.3. La définition de l'instance de représentation de la population au niveau du centre de santé de la sous-préfecture (commune) est, dans sa mission, sa structure, sa composition et ses attributions l'expression de la volonté de la communauté.
- 1.4. 100% des districts (quartiers) servis par le CS ont un représentant au COGES du CS.
- 1.5. Les membres non statutaires du COGES sont désignés (par élection ou autrement) par leur communauté selon le mécanisme qu'elle a adopté.
- 1.6. Les instances ont reçu l'aval des autorités concernés (Préfet, Maire ou Sous-Préfet, DPS)

2. Les indicateurs associés à la compétence des membres des instances (focus sur le COGES)

Les membres des différents organes communautaires ont reçu une formation adaptée et appropriée et ils sont capables de développer et d'utiliser des instruments élémentaires de gestion pour gérer de manière efficace et transparente leur système de soins de santé. C'est à dire que :

- 2.1. Le Président du COGES maîtrise (connaissances et/ou pratique ?):
 - 2.1.1 Les procédures de gestion du CS
 - 2.1.2 Les notions essentielles de gestion financière et de planification budgétaire d'un CS
 - 2.1.3 La facilitation des réunions
 - 2.1.4 Les techniques de présentation en publique
 - 2.1.5 La gouvernance associative
 - 2.1.6 La gestion d'équipe et la résolution des conflits
- 2.2. Le Vice-Président du COGES maîtrise :
 - 2.2.1 A développer - Voir sa description de tâches
- 2.3. Le Trésorier du COGES maîtrise :
 - 2.3.1 A développer - Voir sa description de tâches

2.4. Idem pour les autres membres du COGES

3. Les indicateurs associés à la fonctionnalité des instances (focus primaire est placé sur le COGES rénové)

Le CS est géré selon les procédures définies par le système de SSP et la population dans les villages est informée des coûts de leurs services de santé et des ressources qui y sont mobilisées, qu'ils soient d'origine externe ou interne à la communauté et est engagée dans le développement du système. C'est à dire que :

- 3.1. Le budget du CS est développé avec le COGES et est approuvé par lui
- 3.2. Le COGES approuve toutes les dépenses du CS
- 3.3. L'affectation des fonds de réserves (le cas échéant) est déterminé par le COGES
- 3.4. L'ensemble de la gestion des ressources du CS est contrôlé/vérifié à chaque mois par le COGES
- 3.5. Le COGES gère les modalités d'accès des indigents aux services du CS
- 3.6. Le COGES approuve les contractuels recrutés par/pour le CS
- 3.7. Le COGES définit et approuve la politique de gratification des agents du CS
- 3.8. Le COGES gère la politique de gratification des agents de CS en dehors de celle offerte par l'Etat
- 3.9. Les membres du COGES appuient activement les activités de stratégie avancée du CS
- 3.10. Le COGES participe au monitoring semestriel et au CTPS
- 3.11. Le COGES se tient informé et étudie les données épidémiologiques
- 3.12. Le COGES évalue le rendement technique du CS
- 3.13. Le COGES organise et suit les travaux de construction, de rénovation et entretien des infrastructures et de l'équipement du CS.
- 3.14.

LES PRINCIPALES ACTIVITES INSCRITES A LA STRATEGIE D'APPUI

PHASE 1 : LA PREPARATION DU TERRAIN

- Evaluation en profondeur **par la DRS** du système de santé du district sanitaire (préfecture), de ses PPS (Hôpital, CS et PS) autant que de sa DPS et ce avec l'appui technique et logistique de **PRISM**. Cette évaluation consiste à faire le bilan des ressources des PPS, à mesurer le degré de véracité des statistiques de service et de la tarification des services, à déterminer le niveau du rendement technique des services, de la qualité de la gestion des médicaments essentiels et de la gestion financière, à apprécier le niveau d'activité des COGES et enfin à estimer les capacités d'encadrement de la DPS. Restitution immédiate au personnel de santé et aux autorités locales des principaux résultats de l'évaluation est faite lors des travaux.
- Prise de décision **par l'autorité habilitée** en rapport aux résultats de l'évaluation dans le but d'assurer la présence des conditions fondamentales au succès du système de SSP :
 - Respect par tous les acteurs des principes, règles et procédures de gestion du système ;
 - Assurance que tous les contacts sont enregistrés et que les enregistrements sont véridiques ;
 - Travail en équipe dans l'accomplissement de la mission ;
 - Respect absolue des droit des clients.
- Saisie **par PRISM** des données de l'évaluation du système de santé de la préfecture et production des rapports synthèses présentant les résultats⁴.
- Analyse en commission des résultats et préparation de la restitution structurée à mener dans la préfecture ciblée. La commission est constituée du personnel de la **DRS** et de **PRISM**. La commission d'analyse est présidée par le DRS.
- Restitution **par la DRS** des résultats de l'évaluation en profondeur au niveau préfectoral d'abord, et par la suite au niveau de chaque sous-préfecture et commune concernée. La restitution au niveau préfectoral est faite en présence des autorités administratives de la préfecture, du maire de la commune, du personnel de la DPS (incluant le DMR), du directeur de l'hôpital et de ses chefs de services, et pour chacun des CS de la préfecture, du président du COGES, du chef de CS, de l'agent PEV et de l'agent CPN. La restitution est réalisée dans le cadre d'un atelier de travail au cours duquel l'analyse guidée des résultats de l'évaluation et le diagnostique sont faits pour chacun des PPS, les solutions appropriées sont identifiées et un plan de correction des problèmes arrêté. C'est aussi à l'occasion de cette restitution que la stratégie de renforcement de la participation communautaire est communiqué et que le personnel des CS et de l'hôpital prends l'engagement solennel de respecter le code de conduite de l'agent de santé⁵.
- Constitution **par la DRS** du Comité de Pilotage Régional des activités de recherches/actions menées dans le domaine du renforcement de la participation communautaire dans la gestion du système de

⁴ La stratégie générale de PRISM dans le domaine de la gestion des données liées au système de santé est de transférer les compétences et les capacités à la structure d'encadrement du MSP. A terme donc, cette activité devrait être assumée par la DRS.

⁵ Voir le code de conduite des agents de santé en annexe x

SSP. Cela signifie désigner ses membres, élaborer ses termes de références et démarrer ses activités.

- Définition et mise en œuvre par **PRISM** des modalités d'appui budgétaire, matériel et technique au Directeur des Micro Réalisations de la préfecture et de son équipe (le cas échéant) visant à compléter les conditions requises pour la bonne réalisation sur le terrain des activités de renforcement de la participation communautaire qui lui sont dévolues.
- En concertation avec la DRS, **PRISM** développe les termes de référence de(s) organisation(s) relais (OR) devant intervenir dans la mise en œuvre de la stratégie et mobilise celle(s)-ci dans l'action. La mobilisation de l'OR dans l'action consiste, entre autres choses, en un appui technique conséquent de la DRS et de PRISM à ses efforts de développement et de mise au point des protocoles d'intervention, des outils et des supports.
- La **DRS**, **PRISM** et l'**OR** prépare et conduisent au district sanitaire ciblé un atelier de micro planification des activités d'orientation et de mobilisation des communautés, et de constitution, d'organisation et d'opérationnalisation des comités de gestion rénovés des centres de santé. La micro planification se fera de manière concertée avec les autorités administratives locales du niveau préfectoral de même que du niveau communal et de district, avec les structures d'encadrement régionales et préfectorales de la santé et de la décentralisation, ainsi qu'avec les projets, agences techniques et autres parties prenantes dans la mise en œuvre de la stratégie.

PHASE II : L'ORIENTATION DES MEMBRES DES COMMUNAUTES

- A l'occasion d'activités de mobilisation/sensibilisation de la population et de concertation avec elle – activités facilitées au niveau de chaque district et quartier par **une Organisation Relais qualifiée (OR)**, il faut⁶ :
 - ◆ Identifier les problèmes et besoins prioritaires de santé du point de vue de la communauté et ce autant sur les aspects liés à la maladie, à la prévention de celles-ci et au fonctionnement du CS et du PS (le cas échéant).
 - ◆ Faciliter l'identification par la communauté des solutions et actions concrètes à mettre en œuvre et des ressources communautaires mobilisables pour la résolution de ces problèmes.
 - ◆ Appuyer la communauté dans le développement de son PAO communautaire comportant entre autres : Le résumé des problèmes prioritaires recensés, les objectifs visés en terme de solution à ces problèmes, les activités/stratégies à mettre en œuvre ; les responsables de la mise en œuvre de chaque élément du PAO, les ressources devant être mobilisées selon les niveaux ; les sources de financement ; les indicateurs de suivi, etc.
- A travers le même processus de concertation facilité par l'**OR**:
 - ◆ Présenter à la population d'une manière compréhensible le système de SSP : sa mission, ses stratégies, sa structure et ses systèmes.

⁶ L'approche est à concevoir avec l'OR et à tester à petite échelle d'abord pour affiner la méthodologie et les supports.

- ◆ Expliquer à la population le rôle qu'elle doit jouer dans la gestion du système de SSP et l'importance capitale que ce rôle revêt par rapport à l'état de santé de ses membres et par rapport à la pérennité du dit SSP.
- ◆ Obtenir un consensus sur les instances et mécanismes de représentation à instaurer et à mettre en place pour assurer la participation effective de la communauté dans la gestion du CS.

PHASE III : L'ORGANISATION DES INSTANCES DE REPRESENTATION ET DE GESTION

Cette phase consiste en la mise en place au niveau de chaque sous-préfecture ou commune (facilité par une **OR**) de l'instance représentative des populations - c'est à dire le Comité de Gestion rénové - chargé de jouer le rôle d'interface entre les structures de santé et chacune des communautés.

- Soutenir la revue et l'adaptation des termes de référence du Comité de Gestion rénové, notamment en ce qui a trait aux éléments qui suivent :
 - a. sa mission, les différentes fonctions devant y être assurés par ses membres ainsi que les critères de choix de ceux-ci ;
 - b. les modalités de fonctionnement des organes communautaires;
 - c. les mécanismes de mobilisation des ressources internes et/ou externes;
 - d. les mécanismes de communication et de restitution (transfert de connaissances) à la population ;
 - e. les mécanismes de collaboration avec les autres partenaires communautaires et autres secteurs d'activités de la communauté ;
 - f. les critères d'identification des indigents ainsi que les modalités de leur prise en charge;
 - g. les mécanisme de pérennisation des acquis et
 - h. les mécanismes de motivation des membres des organes communautaires
- Soutenir et faciliter un processus démocratique conduisant à la sélection de membres représentatifs de la communauté devant occuper des fonctions au sein du Comité de Gestion rénové dans la gestion du SSP et du CS.
- Identifier les besoins prioritaires de formation des membres du Comité de Gestion rénové en fonction de leurs tâches et responsabilités.
- Développer et/ou adapter les curricula de formation en fonction de ces besoins. **PRISM** apportera son soutien actif à l'**OR** dans l'accomplissement de cette tâche.

En plus de ce qui précède, il est prévue de :

- Développer/reproduire les outils de gestion du COGES (**PRISM en concertation avec la DRS**).
- Faciliter la tenue et le déroulement d'une première réunion du COGES rénové – réunion au cours de laquelle est élaboré le plan d'action détaillée du COGES pour son premier semestre d'activités. Cette réunion est facilité par le **DMR** avec l'appui de **PRISM** et de l'**OR**.

PHASE IV : L'OPERATIONALISATION

- Constitution par la **DRS et la DPS** des commissions d'intégration du COGES rénové dans la gestion du CS et préparation de celles-ci par la **DRS et PRISM**.
- Réaliser l'intégration du COGES rénové dans la gestion du CS avec l'encadrement de la **commission d'intégration**. Cette activité comporte les sous activités qui suivent :
 - Inventaire complet des ressources matérielles et financières du CS
 - Changement de signataire(s) sur le compte bancaire du CS et, le cas échéant, sur le compte au Crédit Rural ou à tout autre établissement.
 - Prise de connaissance des taux de couverture et autres mesures de rendement technique du CS.
 - Mise à niveau des membres du COGES en ce qui a trait à toutes les instances et dossiers en cours (subventions, commandes, affectation, litiges, etc.).
 - Formation initiale et sur le site des membres du COGES à la gestion du CS.
 - Disponibiliser le kit d'outils de gestion à l'usage des COGES.
- Mise en œuvre par l'**OR**, sous la supervision du **DMR**, du programme de formation des membres des organes communautaires. Divers domaines de formation sont considérés dont (liste non limitative):
 - 1- Arithmétique et vocabulaire de gestion ;
 - 2- La tenue des registres du CS et le contrôle de gestion ;
 - 3- La planification et la budgétisation ;
 - 4- La recherche de financement des projets et la mobilisation des contributions communautaires;
 - 5- La gestion d'équipe et la gouvernance associative ;
 - 6- Les techniques de communication pour le changement de comportement durable et responsable en matière de santé
 - 7- La participation communautaire(mécanisme, domaines, objectif et résultats escomptés)
- Appui au fonctionnement régulier des instances par **les OR et le DMR**
 - Accompagnement et appui technique aux diverses fonctions/tâches (formation sur le tas)
 - Appui à la préparation et à la facilitation des réunions statutaires
 - Autres activités (à compléter)
- Mise en place par la **DRS et PRISM** en concertation avec les **DPS et COGES** d'une politique de reconnaissance et de diffusion, incluant la médiatisation, des activités, des résultats, des succès et des réussites exemplaires.

PHASE V : L'EVALUATION DES RESULTATS

- Assurer un suivi régulier des activités et des résultats obtenues (**DPS/DMR, DRS, PRISM**)
- Elaborer les supports de suivi et de supervision des DMR/DPS et les intégrer dans le système de supervision du district sanitaire (**DRS/PRISM**).
- Evaluer l'impact de la stratégie de renforcement de la participation communautaire dans la gestion du système de SSP (**DRS/PRISM**)

- Faire une analyse coûts/bénéfices de celle-ci (**DRS/PRISM**)
- Tirer les leçons apprises (lessons learned) (**DRS/PRISM**)
- Soutenir sur les plans technique et logistique la préparation et la facilitation des travaux du Comité de Pilotage (**PRISM**)
- Restituer les résultats au Comité de Pilotage Régional et au Comité de Pilotage National. (**DRS** avec la participation de PRISM).

PLAN TYPE DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE D'APPUI DANS UNE PREFECTURE

(Voir le chronogramme développé sur Microsoft Project).

ANNEXE VI

SECTION 2) ACTIVITES ESSENTIELLES A REALISER PAR L'ORGANISATION RELAIS

PHASE I : LA PREPARATION DES INTERVENTIONS DE MOBILISATION ET D'ORIENTATION

A cette phase de préparation de terrain, l'OR aura à :

- I.1. Prendre connaissance des résultats de l'évaluation du système de santé du district sanitaire réalisée par la DRS afin que ceux-ci soient bien intégrés dans la préparation et dans l'exécution des diverses activités à mener.
- I.2. Assister à l'analyse en commission des résultats et préparation de la restitution structurée à mener dans la préfecture ciblée. La commission est constituée du personnel de la DRS et de PRISM. La commission d'analyse est présidée par le DRS. *Note : Compte tenu du fait que pour Kérouané ces travaux de la commission sont conclus et que la restitution structurée a déjà été faite, l'OR aura à prendre connaissance des résultats de la restitution par d'autres moyens (revue documentaire et interviews) afin que ceux-ci, aussi, soient bien intégrés dans la mise en œuvre de ses interventions.*
- I.3. Assister à la restitution par la DRS au niveau de la préfecture des résultats de l'évaluation du système de SSP du district sanitaire. *Note : voir note au point précédent.*
- I.4. Prendre connaissance des résultats des sessions de dialogue avec la communauté, appelées « Town Meeting », animées par PRISM et les Comités Préfectoraux IEC dans les différentes sous-préfectures afin que ceux-ci (les résultats) soient bien intégrés dans la préparation et dans l'exécution des diverses activités à mener. Ces town meetings sont en cours de réalisation.
- I.5. Développer le(s) protocole(s) de sensibilisation/mobilisation à employer lors des consultations à mener avec la population ainsi que les outils (checklists, références et autres) qui serviront de support aux animateurs et les documents (le cas échéant) à remettre à la population.
- I.6. Participer activement à la préparation et à la réalisation d'un atelier de micro planification à Kérouané de ses activités d'orientation et de mobilisation des communautés, et de constitution, d'organisation et d'opérationnalisation des instances représentatives de gestion des SSP en général et des centres de santé en particulier. La micro planification se fera de manière concertée avec les autorités administratives locales du niveau préfectorale de même que du niveau communal et de district, avec les structures d'encadrement régionales et préfectorales de la santé et de la décentralisation, ainsi qu'avec les projets, agences techniques et autres parties prenantes dans la mise en œuvre de la stratégie. La prise en charge des frais associés à l'atelier de micro planification est assurée par PRISM tandis que la DRS de Kankan s'assure avec la DPS de Kérouané que l'activité se réalise dans de bonnes conditions et réunie tous les acteurs concernés.

Produits attendus au cours et /ou à l'issue de cette phase :

- I.a) Le plan méthodologique de l'atelier de micro planification et le canevas du plan détaillé de réalisation des interventions de l'OR.
- I.b) Le plan détaillé et précis de réalisation des prestations de l'OR prévues pour le renforcement de la participation communautaire à la gestion de son système de SSP dans la préfecture ciblée.

I.C) Le(s) protocole(s) de sensibilisation/mobilisation guidant les consultations avec la population, les outils et supports pour les animateurs ainsi que les documents à remettre à la population. **Note : A ce stade, c'est la version non validée de ces éléments qui est attendue. Le plan de réalisation doit comporter dans la phase d'orientation des membres des communautés leur test dans un ou deux districts administratifs et leur adaptation subséquente selon les constats dérivés du test.**

I.D) Le canevas du rapport d'activité pour chaque intervention à réaliser dans le cadre de la phase II des présent termes de référence (voir section suivante). **Note : voir note au point précédent.**

I.E) Le canevas du PAO communautaire de développement des SSP du district. **Note : voir note au point précédent.**

Les indicateurs de résultats pour l'OR relevant de cette phase :

Les produits attendus de l'OR sont reçus et approuvés.

PHASE II : L' ORIENTATION ET LA MOBILISATION DES MEMBRES DES COMMUNAUTES

A l'occasion d'activités de mobilisation/sensibilisation de la population et de concertation à mener et à faciliter **au niveau de chaque district administratif et quartier**, l'organisme relais (OR) aura à :

II.1. Identifier les problèmes et besoins prioritaires de santé du point de vue de la communauté et ce autant sur les aspects liés à la maladie, à la prévention de celles-ci et au fonctionnement du centre de santé et du poste de santé (le cas échéant).

II.2. Faciliter l'identification par la communauté des solutions et actions concrètes à mettre en œuvre et des ressources communautaires mobilisables pour la résolution de ces problèmes.

II.3. Appuyer la communauté dans le développement de son PAO communautaire comportant entre autres :
Le résumé des problèmes prioritaires recensés, les objectifs visés en terme de solution à ces problèmes, les activités/stratégies à mettre en œuvre ; les responsables de la mise en œuvre de chaque élément du PAO, les ressources devant être mobilisées selon les niveaux ; les sources de financement ; les indicateurs de suivi, etc.

A travers le même processus de concertation facilité par l'OR:

II.4. Présenter à la population d'une manière compréhensible le système de SSP : sa mission, ses stratégies, sa structure et ses systèmes.

II.5. Expliquer à la population le rôle qu'elle doit jouer dans la gestion du système de SSP et l'importance capitale que ce rôle revêt par rapport à l'état de santé de ses membres et par rapport à la pérennité du dit système de SSP.

II.6. Obtenir un consensus sur les instances et mécanismes de représentation à instaurer et à mettre en place pour assurer la participation effective de la communauté dans la gestion de son centre de santé et poste de santé (le cas échéant).

Produits attendus au cours et /ou à l'issue de cette phase :

II.a) Pour chaque district/quartier, le rapport d'activité de l'OR pour chaque phase du processus de consultation de la population et de concertation.

II.b) Une copie du PAO communautaire de renforcement des SSP de chaque district.

- II.c) Une synthèse des données et résultats obtenus dans chacun des districts/quartiers lors des consultations et concertations ainsi qu'une analyse d'ensemble pour la préfecture.
- II.d) La description des instances et mécanismes de représentation adoptés par les communautés incluant les amendements/compléments par rapport aux textes, notamment en ce qui a trait à la mission, la structure, les rôles et responsabilités.
- II.e) Les protocoles, outils, documents et canevas adaptés, finalisés et validés.

Les indicateurs de résultats pour l'OR relevant de cette phase

- Les activités de mobilisation et d'orientation de la population ont été réalisées dans X% des districts/quartiers de la préfecture de Kérouané. Objectif = 100%.
- Le PAO d'amélioration des SSP du district/quartier, comprenant entre autres les stratégies et le plan d'action pour améliorer l'accès aux services de soins de santé et leur qualité, est défini et adopté par la communauté dans x% des districts/quartiers. Objectif = 100%
- La définition de l'instance de représentation de la population au niveau district (quartier) est, dans sa mission, sa structure, sa composition et ses attributions l'expression de la volonté de la communauté dans x% des districts/quartiers. Objectif = 100%
- La définition de l'instance de représentation de la population au niveau du centre de santé de la sous-préfecture (commune) est, dans sa mission, sa structure, sa composition et ses attributions l'expression de la volonté de la communauté dans x% des districts/quartiers. Objectif = 100%.
- Les produits attendus de l'OR sont reçus et approuvés.

PHASE III : L'ORGANISATION DES INSTANCES DE REPRESENTATION ET DE GESTION

Cette phase de la stratégie de renforcement consiste en l'appui à la constitution d'organes communautaires composés de membres représentatifs de chaque communauté et chargés de jouer le rôle d'interface entre les structures de santé et chacune des communautés. L'OR aura à :

- III.1. Faciliter un processus démocratique conduisant à la sélection de membres représentatifs de la communauté devant occuper des fonctions au sein des instances de représentation de celle-ci dans la gestion du système de SSP au niveau du district/quartier (incluant le poste de santé le cas échéant) et du Centre de Santé au niveau de la sous-préfecture ou commune.
- III.2. Participer à la tenue et faciliter le déroulement de la première réunion du COGES rénové de chaque Centre de Santé. Au cours de cette première réunion les objectifs suivant sont poursuivis :
 - 1) s'assurer que tous les membres du COGES rénové comprennent la mission, les responsabilités et les tâches du COGES dans son ensemble et de chacune des fonctions qu'il comporte;
 - 2) développer le plan d'action détaillé et opérationnel du COGES pour sa première année de fonctionnement ;
 - 3) partager les fonctions, rôles et responsabilités du COGES entre ses membres en fonction des règlements en vigueur et à travers un processus de concertation efficace.
 - 4) La mise à niveau des membres du COGES en ce qui a trait à toutes les instances et dossiers en cours (subventions, commandes, affectation, litiges, etc.) au niveau du CS.

Cette réunion est préparée et facilitée conjointement par le **DMR** avec l'appui de la **DRS**, de **PRISM** et de l'**OR**.

III.3. Aider les membres de la communauté à définir le mécanisme de coordination de toutes les instances impliqués au niveau santé au niveau d'une sous-préfecture ou de la commune urbaine.

Produits attendus au cours et /ou à l'issue de cette phase :

III.a) Pour chaque sous-préfecture rurale ou commune urbaine, la liste des représentants élus au COGES rénové de chaque district/quartier.

III.b) Le PV de la première réunion du COGES rénové de chaque Centre de Santé, incorporant son plan d'action détaillé ainsi que le tableau de répartition des fonctions et responsabilités.

III.c) La description du mécanisme de coordination de toutes les instances impliqués au niveau santé au niveau d'une sous-préfecture ou de la commune urbaine et ce pour chaque sous-préfecture et commune.

Les indicateurs de résultats pour l'OR relevant de cette phase :

- X% des districts/quartiers sont représentés au COGES rénové. Objectif = 100%.
- X% des membres non statutaires du COGES rénové sont désignés (par élection ou autrement) par la population à travers un processus démocratique. Objectif = 100%
- X% des COGES rénovés disposent d'un plan d'action détaillé et opérationnel pour leur première année de fonctionnement. Objectif = 100%
- Les fonctions et responsabilités sont réparties entre les membres du COGES rénové d'une manière concertée et rationnelle dans x% des COGES. Objectif = 100%
- Les produits attendus de l'OR sont reçus et approuvés.

PHASE IV : L'OPERATIONALISATION DES INSTANCES DE REPRESENTATION ET DE GESTION

(PREMIERE PARTIE)

Cette phase de la stratégie de renforcement comporte les interventions requises pour amener les instances représentatives constituées à pouvoir jouer pleinement leur rôle et à assumer toutes leurs responsabilités. La première partie de cette phase résulte en l'adoption d'un programme de formation des membres des COGES renouvelés et d'un plan d'appui technique de l'OR au fonctionnement régulier des COGES renouvelés – plan complémentaire aux inputs des autres intervenants. L'OR aura donc dans la première partie de cette phase à :

IV.1. Evaluer les besoins prioritaires de formation des membres des COGES renouvelé en fonction de leurs tâches et de leur profil. Divers domaines de formation sont considérés dont (liste non limitative):

- 1- Arithmétique et vocabulaire de gestion ;
- 2- La tenue des registres du CS et le contrôle de gestion ;
- 3- La planification et la budgétisation ;
- 4- La recherche de financement des projets et la mobilisation des contributions communautaires;
- 5- La gestion d'équipe et la gouvernance associative ;
- 6- Les techniques de communication pour le changement de comportement durable et responsable en matière de santé.

7- La participation communautaire

IV.2. Appuyer la réalisation de l'intégration du COGES rénové dans la gestion du CS avec l'encadrement de la commission d'intégration. Cette activité comporte les sous activités qui suivent :

- Inventaire complet des ressources matérielles et financières du CS
- Changement de signataire(s) sur le compte bancaire du CS et, le cas échéant, sur le compte au Crédit Rural ou à tout autre établissement.
- Prise de connaissance des taux de couverture et autres mesures de rendement technique du CS.
- Mise à niveau des membres du COGES en ce qui a trait à toutes les instances et dossiers en cours (subventions, commandes, affectation, litiges, etc.).
- Formation initiale et sur le site des membres du COGES à la gestion du CS.
- Rendre disponible le kit d'outils de gestion à l'usage des COGES.

IV.3. Proposer les curricula de formation (plan et guide de sessions) en fonction de ces besoins.

IV.4. Développer et proposer le programme de formation à mener pour amener les COGES rénovés constitués à pouvoir jouer pleinement leur rôle et à assumer toutes leurs responsabilités.

IV.5. Développer et proposer un plan d'appui technique de l'OR au fonctionnement régulier des COGES rénovés.

Produits attendus au cours et /ou à l'issue de cette phase :

IV.a) Un rapport d'évaluation des besoins prioritaires en formation de chaque membre des COGES rénovés.

IV.b) Le PV de l'intégration du COGES rénové dans la gestion du CS et ce pour chaque CS ciblé.

IV.c) Une proposition budgétisée de programme de formation des membres des COGES rénovés visant à les qualifier dans leur fonctions et responsabilités. Le programme doit comporter entre autres choses les plans et guides de sessions pour les formations à mener au profit des membres des COGES rénovés.

IV.d) Une proposition budgétisée de programme d'appui technique au fonctionnement régulier des COGES rénovés.

Les indicateurs de résultats pour l'OR relevant de cette phase :

- Les produits attendus de l'OR sont reçus et approuvés.

PHASE IV : L'OPERATIONALISATION DES INSTANCES DE REPRESENTATION ET DE GESTION **(SECONDE PARTIE)**

La phase d'opérationnalisation des instances représentatives constituées vise à amener celles-ci à pouvoir jouer pleinement leur rôle et à assumer toutes leurs responsabilités. Cette phase IV de la stratégie de renforcement comporte deux parties. La première partie (voir section précédente) de cette phase résulte en l'adoption d'un programme de formation des membres des COGES renouvelés et d'un plan d'appui technique de l'OR au fonctionnement régulier des COGES renouvelés – plan complémentaire aux inputs des autres intervenants. La seconde partie de cette phase consiste en la mise en œuvre comme telle du

programme de formation des membres des COGES rénovés et de la mise en œuvre du programme d'appui technique complémentaire au fonctionnement des COGES.

Note : La participation de l'OR dans la seconde partie de cette phase est conditionnée par l'approbation par le client des programmes en question. La mise en œuvre des interventions de l'OR relevant de cette seconde partie sera cadrée le cas échéant et en temps et lieu par un avenant au contrat de prestation de services.

PHASE V : SUIVI-EVALUATION DES RESULTATS

V.1. Restituer les résultats de ses interventions aux Comités de Pilotage des différents niveaux (Préfectoral, Régional et au niveau National) en fonction des demandes du client.

.....

Produits attendus au cours et /ou à l'issue de cette phase :

- V.a) Un rapport final. Celui-ci devra être complet et suffisamment détaillé. Il présentera au moins (mais ne se limitera pas à) l'ensemble des réalisations, les résultats obtenus, les leçons tirées de l'expérience, les recommandations utiles pour les cibles des interventions ou pour les intervenants.
- V.b) Copie papier et électronique de toutes les bases de données que l'OR aurait constitué lors de ses interventions dans le district sanitaire ciblé.

Les indicateurs de résultats pour l'OR relevant de cette phase :

- Les produits attendus de l'OR sont reçus et approuvés.
-

Fin des instructions au soumissionnaire

Spécifications pour l'Organisation Relais (OR)

Soumettant une Offre de Services

dans le cadre du programme de

**Renforcement de la Participation Communautaire à la
Gestion du Système de Soins de Santé Primaire**

Lot K-1 : Préfecture de Kérouané

SECTION 1) PARAMETRES GENERAUX

1. OBJET DE LA SOLLICITATION

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa stratégie de renforcement de la participation communautaire à la gestion du système de soins de santé primaire en Haute Guinée, le Projet PRISM sollicite les services d'ONG qualifiés dans le domaine de la mobilisation communautaire et de la formation de base pour assurer la mise en œuvre de volets clés à l'atteinte des objectifs poursuivis.

2. POINTS FOCAL ET ADRESSES DE PRISM

Direction :	Alain Joyal Directeur de PRISM B.P 136, Kankan Quartier Météo, Route de l'Aéroport Kankan, République de Guinée	email : joyalain@biasy.net Tel : 71 11 11 ou 12
Coord. Technique :	Sékou Condé Coord. Renforcement Institutionnel Au niveau communautaire B.P 136, Kankan Quartier Météo, Route de l'Aéroport Kankan, République de Guinée	email : scondefr@yahoo.fr Tél. : 71 11 11 ou 12
Opérations en Haute Guinée	Tanou M. Diallo Spécialiste en Suivi et Evaluation et Responsable des Opérations en HG B.P 136, Kankan Quartier Météo, Route de l'Aéroport Kankan, République de Guinée	email : tanoud@biasy.net tél. : 71 11 11 ou 12
Administration et Finance	Larry Blake Responsable Administratif et Financier B.P 3064, Conakry Immeuble le Golfe, 7ème étage Lansébounyi, Conakry, Guinée	email : lblake@biasy.net tél. : 22 07 51 ou 52

3. CRITERES D'ADMISSIBILITE DE L'ORGANISATION RELAIS

Caractéristiques et Capacités Nécessaires

1. Organisation Non Gouvernementale (ONG) ayant dans sa mission de soutenir le développement communautaire via la facilitation de processus décisionnels à la base, la mobilisation des populations et des ressources et la formation adaptée dans des domaines pertinents à celui-ci.
2. ONG existant depuis plus d'une année et ayant un statut reconnu par le gouvernement de la Guinée.
3. ONG soumis à un audit annuel et effectif de ses comptes et de son fonctionnement par une instance habilitée (commissaires aux comptes ou cabinet comptable agréé indépendant).
4. ONG ayant déjà effectué des activités similaires dans la zone pour laquelle le sollicitation est faite.
5. ONG disposant des moyens humains, logistiques, matériels et financiers nécessaire à la réalisation du présent mandat dans les conditions requises.

4. CRITERE D'EVALUATION DE LA SOUMISSION

Critères associés au budget

1. Crédibilité du budget proposé en regard de la stratégie opérationnelle et des approches proposées par l'OR.
2. Raisonabilité des coûts
3. Structure budgétaire rationnelle facilitant son suivi

Critères associés à la qualité des approches et stratégies proposées

4. Les approches et stratégies proposées permettront l'atteinte des résultats attendus.
5. Les approches et stratégies proposées sont compatibles avec la pérennisation de la participation communautaire dans la gestion du système de soins de santé primaire et favorisent celle-ci.

Critères associés à la qualité du personnel proposé

6. Adéquation du profil des agents avec les besoins (pertinence de leur formation, de leur expérience et capacité linguistique démontrée dans la langue du terroir).
7. Nombre suffisant d'agents qualifiés pour l'atteinte des objectifs dans les temps impartis.
8. Disponibilité du personnel proposé pour la mise en œuvre du plan d'action dans les temps convenus.

Critères associés aux autres moyens de l'OR

9. Expérience de l'organisme dans la zone d'intervention pour laquelle l'offre est faite.
10. Expérience de l'organisme avec des campagnes de mobilisation similaires et de renforcement des processus et institutions communautaires.
11. Nombre et qualité du parc des motocyclettes et du plan logistique proposé.
12. Proximité et qualité du soutien dans la région proposée par l'organisme, par exemple l'existence d'un bureau régional à proximité de la zone d'intervention pour laquelle l'offre est faite.
13. Capacité de ses fonctions financières et comptables à produire les rapports financiers requis conformément aux spécifications et dans les délais exigés

5. DATE LIMITE DE SOUMISSION DE L'OFFRE DE SERVICE

- Date limite de soumission : au 15ème jour ouvrable suivant la date de réception de la sollicitation (semaine de 5 jours ouvrables)
- Date de démarrage visée : 19 août 2002
- Date de démarrage prévue : Date de signature du contrat
- Durée du présent mandat : 3 mois
- Chronogramme indicatif : voir chronogramme joint

6. ELEMENTS CONSTITUANT LE DOSSIER DE SOUMISSION

1. Lettre de transmission et de motivation
2. Partie Narrative de la proposition constituée de :
 - La page de garde
 - Le sommaire exécutif (1-2 pages)
 - La proposition comme telle comportant un maximum de 20 pages et incluant les rubriques suivantes :
 - Description de l'institution/ONG
 - Expérience de l'institution dans les domaines sollicités et dans la zone géographique concernée
 - Description des APPROCHES, PROTOCOLES, DEMARCHES, OUTILS et SUPPORTS préconisés pour la mise en œuvre des activités et l'atteinte des objectifs. *Cette section est la plus détaillée du document.*
 - Tableau présentant de manière sommaire le personnel engagé dans l'activité (les CV sont annexés au document), leur rôle et le % de leur temps y affecté. Le tableau inclut les agents engagés dans le mandat à plein temps et à temps partiel, sur toute sa durée ou sur une parties seulement de sa durée.
 - Le plan de gestion du mandat, entre autres en ce qui a trait à la coordination, la supervision, le suivi-évaluation et la gestion financière. *Cette section est la seconde plus détaillée du document.*
 - Références. Noms, titres et coordonnées (adresses, téléphone/fax, email) de trois personnes, projets et / ou programmes référencés pour lesquels le soumissionnaire a déjà réalisé ou est entrain de réaliser un travail analogue dans le pays et de préférence dans la région de la Haute Guinée.
3. Le C.V. de chaque agent proposé dans le présent mandat. Ces CV sont annexés à la partie narrative de la proposition.
4. Une proposition budgétaire détaillée comportant :
 - Le(s) tableau(x) budgétaire(s) comme telle ;
 - Les notes explicatives portant sur les rubriques, coûts unitaires et autres aspects du budget.
 - Les annexes présentant la politique de perdiem de l'ONG, les mécanismes et règles de gestion des activités sur le terrain gouvernant la couverture, par exemple, des repas, du logement, des déplacements, etc.

7. ZONE D'INTERVENTION ET CIBLES

- La zone d'intervention couverte par la présente sollicitation est l'ensemble de la Préfecture de Kérouané, c'est à dire ses 7 sous-préfectures rurales et sa commune urbaine.
- L'unité de consultation de la population dans le milieu rural est le district administratif tandis que l'unité de consultation de la population dans le milieu urbain est le quartier.
- Tous les districts administratifs et tous les quartiers urbains de la préfecture de Kérouané sont visés par le programme.
- Le centre de santé urbain (CSU) ainsi que les 7 centres de santé rural (CS) de la préfecture de Kérouané sont visés par le programme.

8. TRANSMISSION DE LA PROPOSITION

Les ONG qualifiées désireuses de réaliser les prestations présentées dans la présente sollicitation sont priées de transmettre leur proposition complète au siège de PRISM à Kankan, sous plis fermé, à l'attention de la Direction du Projet.

ANNEXE VII



PRISM

Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST/SIDA

**RAPPORT DE FORMATION EN
'GESTION D'EQUIPE'
NIVEAU CADRES SUPERIEURS**

Faranah du 20 au 25 mai 2002

PRÉAMBULE

En 1998, PRISM en collaboration avec le Ministère de la Santé a réalisé une évaluation rapide des structures qui a révélé des problèmes touchant au fonctionnement global des institutions de santé. Ces problèmes sont liés notamment à la gestion des ressources humaines (conflits inter personnel, insuffisance de motivation) ainsi qu'à la gestion des ressources matérielles y compris les médicaments. Il s'est alors avéré nécessaire d'élaborer des stratégies pour le renforcement des capacités de gestion des agents.

A cet effet, un curriculum de formation en gestion d'équipe et des médicaments essentiels a été élaboré et le chef de centre identifié comme cible prioritaire à former étant donné qu'il représente une charnière entre son centre de santé, la DPS et la communauté d'une part, il est le premier superviseur du centre, des postes de santé, des agents communautaires et des accoucheuses villageoises d'autre part.

A ce titre, PRISM a engagé le processus qui devrait conduire à la formation de tous les chefs de centre de santé de la haute Guinée et de la Guinée forestière. En effet, une première étape dans ce processus a été la tenue d'un atelier de formation de formateurs qui devrait permettre de mettre en place, des équipes régionales qui allaient à leur tour former le personnel ciblé.

L'effet immédiat que la toute première session de formation à l'intention des chefs de centre a produit a été de leur donner le sentiment de s'apercevoir des insuffisances dans les aptitudes et attitude de leadership de leurs superviseurs. Du coup; Ils ont ressenti la nécessité de donner la même formation à ces derniers. En outre, l'enthousiasme suscité a produit des échos favorables à tous les niveaux et a attiré l'attention des gestionnaires du district. Il est ainsi apparu que poursuivre la formation au niveau chefs de centre sans les superviseurs laisserai apparaître un hiatus qu'il faudrait combler combler.

La présente session est la suite du processus déjà mise en marche depuis l'an 2000 et dont le but final est de former le maximum de cadres/superviseurs au niveau district.

Les séances ont été animées par une équipe de deux formateurs de PRISM.

Au total 15 participants y ont pris part :

- 2 Directeurs préfectoraux de la santé
- 2 Directeurs des micro réalisations
- 3 Médecins pédiatres
- 2 Directeurs Généraux d'Hôpitaux régionaux
- 1 Directeur Général Adjoint
- 1 Médecin chargé de la lutte contre la maladie à la DPS
- 1 Médecin chef de service de maternité
- 1 Médecin chargé de la planification, formation et recherche à la DRS
- 1 Chef de centre
- 1 Gestionnaire de bureau PRISM

BUT DE L'ATELIER

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

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

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

MÉTHODOLOGIE ET NORMES DE TRAVAIL

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

- ✓ Respect des horaires.
- ✓ Respect de l'opinion d'autrui
- ✓ Demander la parole.
- ✓ Ne pas fumer dans la salle.
- ✓ Participation active de tous.
- ✓ Les erreurs sont permises
- ✓ Tenir compte des idées et non de la personne
- ✓ Flexibilité.
- ✓ Respect des normes

Horaires

Début: 8H 30'

Petite pause: 11H 00'-11h 15'

Grande pause: 13H 00' 14H 00'

Fin: 16H 30'

Techniques de formation:

- ★ Mini-exposés

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

CONTENU DE LA FORMATION

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

Ouverture et orientation

Contexte de perfectionnement de l'adulte

Module A : COMMUNICATION

Session 1 : Gestion des Agents de styles différents

Session 2 : Communication efficace en équipe.

Session 3: Présentations

Session 4 : Relations inter personnelles dans le développement professionnel

Session 5: Processus de groupe

Session 6 : Facilitation des réunions d'équipe

Module B : SUPERVISION

Session 7 : Planification de la supervision

Session 8 : Exécution de la supervision.

Module C : EVALUATION DU SYSTÈME DE GESTION DES STOCKS

Introduction au module

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

Session 7 : Evaluation :

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

SYNTHÈSE DES APPRENTISSAGES

1. OUVERTURE ET ORIENTATION

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

Galerie des experts

C'est une approche de présentation des participants et formateurs dans laquelle chacun en plus de son nom et prénom, fait un répertoire de ses formations reçues les plus importantes. Tous ces renseignements recueillis sont portés sur une fiche et affichés sur un tableau qui est resté visible tout le long de l'atelier.

Attente des participants

- Avoir des connaissances pour une gestion facile d'une équipe,
- Connaître les différentes stratégies pour la gestion d'une équipe
- Avoir des compétences pour une gestion efficace des ressources humaines
- Être capable de définir correctement la gestion d'équipe
- Disposer de toutes les méthodologies et techniques en gestion d'équipe
- Savoir comment améliorer les performances de collaborateurs
- Avoir les informations sur la gestion
- Être capable de résoudre tous les problèmes liés à une équipe
- Améliorer les compétences en gestion acquérir les connaissances/techniques dans la résolution des problèmes interpersonnels
- Amener un changement de comportement positif de soi-même
- Être capable de gérer les différentes catégories de personnel et des différents niveaux de compétences
- Avoir des capacités managériales d'une équipe
- Avoir la compétence de prise de décision

Après que les participants aient exprimé ces attentes, il est apparu à la présentation du programme et des objectifs qu'elles peuvent être répondues par l'atelier.

CONTEXTE DE PERFECTIONNEMENT DE L'ADULTE

□ Quelle approche pour la formation de l'adulte ?

Il s'agissait de démontrer la différence entre l'enseignement de l'adulte et celui de l'enfant.

Dans l'enseignement de l'adulte:

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

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

□ La renégociation planifiée

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

Étapes possibles:

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

4. Rupture des attentes partagées

5. Le déséquilibre (l'anxiété et l'incertitude). C'est le retrait et la fin ou le retour à l'étape deux(2) ou un(1).

□ Le cycle d'incompétence

C'est un cycle qui permet de maintenir sa compétence

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

Auto-évaluation des compétences

- ◆ Permet de poser le diagnostic par rapport aux connaissances, aptitudes, attitudes, vis à vis de la présente formation.
- ◆ permet à chaque participant de dégager deux de ses points forts et deux de ses points faibles à partir desquels il se fixe des objectifs et élabore un plan individuel d'amélioration professionnelle pendant à la fin et après la formation.

MODULE A: COMMUNICATION

Session 1 : Gestion des Agents de santé de styles différents

□ Les styles d'apprentissage

- ⊙ Accommodateur
- ⊙ Assimilateur
- ⊙ Convergeant
- ⊙ Divergeant

□ Éléments clés retenus

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

Session 2 : Communication efficace en équipe

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

□ Points clés retenus sur la perception

- De la part de celui qui cherche à se faire comprendre: doit être patient, précis dans ses explications, se baser sur du concret et être tolérant envers celui qui écoute
- De la part de celui qui cherche à comprendre : il doit pratiquer l'écoute attentive, observer, poser des questions de clarification, avoir une ouverture d'esprit.

a communication à sens unique et à double sens

A sens unique

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

A double sens :

- Dialoguer
- Accepter les questions
- Reformuler
- ▶ Il y a toujours un meilleur rendement

Les techniques d'écoute active

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

Session 3 : Relations interpersonnelles dans le développement professionnel

La fenêtre de johari

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

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

Comment donner et recevoir le feed back inter personnel

Caractéristiques d'un feed back efficace

Comment donner un feed back

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

Comment recevoir le feed back

- ◆ Ne pas répondre à la défensive
- ◆ Ecouter attentivement
- ◆ Faire des interprétations de ce que le prochain dit
- ◆ Demander des clarifications
- ◆ Faire des répétitions
- ◆ Poser des questions sur ce qui est dit

□ Etapes d'intégration d'un nouveau comportement

- ◆ Blocage
- ◆ Inhibition
- ◆ Exagération
- ◆ Spontanéité

Session 4: Présentations

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

Session 5: Processus de groupe

- ◆ Eléments du processus de groupe
- ◆ Participation
- ◆ Leadership
- ◆ Prise de décision
- ◆ Communication
- ◆ Climat
- ◆ Traitement des différences

□ Etapes du développement d'un groupe:

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

Modèle de Schutz pour le développement de groupe

Les stades et les questions que les membres se posent:

Inclusion: Qui suis-je dans ce groupe? Que dois-je faire pour m'y intégrer? Quel comportement est acceptable ou approprié?

Contrôle: Qui est responsable? Qui définit les rôles?

Affection: J'aime bien ce groupe. Je suis attaché à ses membres.

Relations par rapport au chef

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

Session 6: Facilitation des réunions d'équipe

Aptitude nécessaire pour la facilitation d'un groupe:

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

Des membres du groupe comme le facilitateur les voit:

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

MODULE B: SUPERVISION

Session 7: Planification de la supervision

Le plan de supervision comprend:

- ◆ Date
- ◆ Constats antérieurs et hypothèses
- ◆ Tâches à superviser
- ◆ Résultats attendus
- ◆ Technique de collecte
- ◆ Ressources

Session 8: Exécution de la supervision

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

Il ya quatre styles de leadership situationnel:

- ◆ **Diriger ou S1:** fort tâche/faible relation: c'est centrer son comportement plus sur ce que le supervisé doit accomplir que sur la relation.

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

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

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

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

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

MODULE C: EVALUATION DU SYSTÈME DE GESTION DES STOCKS

La politique pharmaceutique nationale

Quatre objectifs généraux fixés par la politique pharmaceutique nationale :

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

Le cycle de gestion :

1. **Sélection** (choix des médicaments essentiels en fonction des différents niveaux CHU, Hôpitaux régionaux, préfectoraux, centres de santé)
2. **Approvisionnement**
3. **La distribution**
4. **Utilisation**

Système d'information pour la gestion

Critère de choix des médicaments essentiels

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

Session 9: Outils d'évaluation

Evaluation des conditions de stockage

Grille d'évaluation de conditions de stockage

- ◆ Sécurité
- ◆ Conservation

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

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

Session 7(suite): Préparation des travaux pratiques

- ◆ Préparation avant de se rendre sur le terrain
- ◆ Descente sur le terrain et recueil de donnée aux CS Marché et Abattoir.
- ◆ Compilation des données
- ◆ Calculs des indicateurs IMAT et Analyse des résultats
- ◆ Définition des stratégies correctrices
- ◆ Elaboration d'un plan d'action

Auto évaluation des compétences

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

Synthèse, évaluation et clôture

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

EVALUATION DE L'ATELIER

<i>Excellent</i>	<i>Surpassé des attentes (notes entre 7 et 9)</i>
<i>Bon</i>	<i>Satisfait des attentes (notes entre 4 et 6)</i>
<i>Insuffisant</i>	<i>en dessous des attentes (notes entre 1 et 3)</i>

Au total 11 participants sur 15 ont évalué l'atelier. Quatre s'étaient retirés avant ce moment.

1. Evaluation globale du cours : 7,75 pts sur 9

2. Evaluation des éléments spécifiques du cours

2.1. Atteinte des objectifs du cours : 8,18 pts sur 9

2.2. Pertinence du contenu pour mon travail : 8,63 pts sur 9

2.3. Efficacité des méthodes et des techniques des formateurs : 8,36 pts sur 9

2.4. Organisation du cours : 7,63 pts sur 9

2.5. Utilité des matériels didactiques : 8,18 pts sur 9

2.5. Efficacité des formateurs : 8,18 pts sur 9

3. Evaluation des aspects administratifs et sociaux

3.1. Restauration : 6,36 pts sur 9

3.2. Salle de formation : 6,27 pts sur 9

3.3. Soutien administratif : 6,45 pts sur 9

Directeur du cours : Dr Abdoul Baldé Coordinateur des systèmes d'assurance qualité des soins et des services

Assistant Administratif : M. Kaba Konaté

Equipe de formateurs : Dr Abdoul Baldé
Dr Youssouf Doumbouya

Annexes

OUVERTURE ET ORIENTATION

BUT ET CONTENU :

Pendant cette session, le participant aura l'occasion de se familiariser aux procédures administratives relatives aux modalités de logement, transport, utilisation de la salle de formation, et la politique de perdiem de PRISM durant la formation.

Aussi, il aura l'opportunité de connaître les objectifs généraux du programme et de participer à la définition des normes de travail pendant cette formation.

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

Durée : 1 heure 55mn

Documents à distribuer :

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

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

BUT GLOBAL

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

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

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

OBJECTIFS GENERAUX

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

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

SESSION 00 : CONTEXTE DE PERFECTIONNEMENT DE L'ADULTE

BUT ET CONTENU :

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

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

DUREE : 2heures 45mn

Objectifs spécifiques

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

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

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

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

MODULE A
GESTION DE L'EQUIPE

Session 01 :
Gestion des agents de santé de styles différents

BUT ET CONTENU :

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

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

DUREE : 3 heures **35'**

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

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

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

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

DOCUMENTS DE REFERENCE :

- ◆ La gestion et le processus d'apprentissage

MODULE A
COMMUNICATION DANS LA GESTION D'EQUIPE

Session 02 :
Communication efficace en équipe

BUT ET CONTENU :

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

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

DUREE : 3 heures 15 mn

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

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

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

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

GUIDE DE SESSION

MODULE A COMMUNICATION DANS LA GESTION D'ÉQUIPE

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

BUT ET CONTENU :

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

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

DUREE : 3 heures 40 mn

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

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

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

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

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCES

Rôle des relations interpersonnelles dans le développement professionnel

MODULE A
COMMUNICATION DANS LA GESTION D'EQUIPE

Session 04: Présentations

BUT ET CONTENU :

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

DUREE : 1 heure 45

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

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

MODULE A
COMMUNICATION DANS LA GESTION D'ÉQUIPE

Session 05
Processus de groupe

BUT ET CONTENU :

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

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

DUREE : 3 heures 05

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

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

DOCUMENTS A DISTRIBUER

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

GUIDE DE SESSION

MODULE A COMMUNICATION DANS LA GESTION D'EQUIPE

Session 06: Facilitation des Réunions-d'Equipe

BUT ET CONTENU :

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

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

DUREE : 3 heures 30 minutes

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

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

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

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

DOCUMENTS DE REFERENCE :

- ◆ L'animation d'une réunion

**MODULE B
LA SUPERVISION**

Session 07 : Planification de la Supervision

BUT ET CONTENU :

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

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

DUREE : 6 heures et demi

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

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

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

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

GUIDE DE SESSION

MODULE B LA SUPERVISION

Session 08 : Exécution de la Supervision

BUT ET CONTENU :

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

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

DUREE : 1 heures 30 minutes

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

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

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

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

PRISM/MSH

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

Session 09 : Outils d'Evaluation/Exercice pratique

BUT ET CONTENU :

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

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

DUREE : 8 heures 55 minutes sur deux jours

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

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

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

DOCUMENTS A DISTRIBUER :

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

DOCUMENTS DE REFERENCE :

- ◆ IMAT

Ministère de la Santé Publique

Fiche de rapport de Formation

1. Titre de la Formation: Introduction COPE,

2. Service organisateur(du Ministère)

3. Projet/Budget

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

5. Date (debut de Formation) / 20 / 05 / 02 / 6. Durée / 06 / jours

7. Lieu de : Salle CFP Faranah

8. Formateurs

Nom	Pste/Fonction
Dr Abdoul Baldé	coor QS PRISM
Dr Youssouf Doumbouya	Conseiller en Gestlon PRISM

Participants

No matricule	Nom et Prénoms	Sexe	Titre1	fonction2	Service lieu de travail	Préfecture
	Aboubacar Sidibé	M	Ingenieur Agro	DMR	Kérouané	Kérouané
	N'Faly Bangoura	M	Medecin	DPS	Faranah	Faranah
	Dr Abdoulaye Sy	M	Medecin	Pediatre	Dinguiraye	Dinguiraye
	Dr Sékou Ahmed Tidiane Barry	M	Medecin	DG/HR	Faranah	Faranah
	Dr Pépé Ernest Olemou	M	Chlr. Dentiate	DGA/HR	Faranah	Faranah
	Lélano Etienne Sewa	M	Ingenieur Agro	DMR	Kankan	Kankan
	Dr Bogora Gouavogul	M	Medecin	Pediatre	Faranah	Faranah
	Dr Kotou Koivogul	M	Medecin	Chef service maternité	Faranah	Faranah
	Dr Yamoussa Yattara	M	Medecin	DPS	Dabola	Dabola
	Mohamed Kaba	M	Alde de santé	Chef section SSP	Dabola	Dabola
	Dr Djenabou Barry	F	Medecin	Pediatre	Dabola	Dabola
	Dr Amadou Sadio Diallo	M	Medecin	MCM	Faranah	Faranah
	Memouna Touré	F	Ensignante	Gestionnaire de Bureau	PRISM	Kankan
	Dr Halimatou Souaré	F	Medecin	Section FPR/DRS	Faranah	Faranah
	Dr Mamadou Diallo	M	Medecin	DG/HR	Kankan	Kankan

FORMATION EN GESTION D'EQUIPE

EMPLOI DU TEMPS

DATE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Matin	<p><i>OUVERTURE ET ORIENTATION</i></p> <p>Accueil Questions administratives Galerie des experts Ouverture officielle Attentes Présentation du programme Normes</p> <p>Session00 Contexte de perfectionnement de l'adulte</p>	<p>Session 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Communication efficace en équipe <p>Session 3 :</p> <p>Relations interpersonnelles dans le Développement professionnel</p>	<p>Session 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Processus de groupe 	<p>MODULE B : <u><i>SUPERVISION</i></u></p> <p>Session 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Planification de la supervision <p>Session 8 Exécution de la supervision</p>	<p>MODULE C: <u><i>EVALUATION DU SYSTEME DE GESTION DES STOCKS</i></u></p> <p>Politique Pharmaceutique nationale Cycle logistique Critère de choix des ME</p> <p>Session 9 : Introduction aux outils d'évaluation - <i>Liste de contrôle des conditions de stockage</i> - <i>Inventory Management Assesment Tool</i> Préparation de l'exercice pratique</p>	<p>Session 9 (suite) : * <i>Exploitation des résultats de l'évaluation</i></p>
G R A N D E P A U S E						
Après-midi	<p>MODULE A. : <u><i>COMMUNICATION</i></u></p> <p>Session 1 : Gestion des agents de styles différents</p>	<p>Session 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Présentation 	<p>Session 6: Facilitation des réunions d'équipe</p>	<p>Session 8 : (suite) Exécution de la supervision</p>	<p>Session 9 (suite) : Exercice pratique dans les centres de santé : <i>Evaluation du système de gestion d'un centre de santé</i></p>	<p><i>SYNTHESE DES APPRENTISSAGES</i></p> <hr/> <p><i>EVALUATION ET CLOTURE</i></p>

ANNEXE VIII

Atelier de formation en facilitation COPE

Kankan, du 22 au 27 avril 2002

MSH-PRISM-ENGENDERHEALTH

INTRODUCTION

La Guinée s'est engagée depuis 1984 dans un vaste programme de réformes de son système de santé. A ce titre, de nombreux actes politiques ont été posés. Parmi les plus importants le programme des soins de santé primaires comme axe stratégique. Ce programme a été lancé sur le terrain en 1988 suite à l'élaboration de la «politique générale de la santé et du plan de développement sanitaire(87-91) ». Le programme de réforme hospitalière est venu compléter le dispositif de l'organisation sanitaire.

En effet, grâce à la mise en œuvre de ces programmes, le pays a enregistré d'importants progrès dans le secteur santé au cours des 12 dernières années. La disponibilité et l'accessibilité des soins se sont améliorées. Toute fois des défis demeurent encore. C'est pourquoi un plan stratégique national fondé sur les forces, faiblesses et opportunités a été développé. Et l'un des défis majeurs à relever par le système de santé au cours des dix prochaines années est l'amélioration de la qualité des soins et des services avec l'observance de standards internationalement reconnus.

A cet égard, PRISM dans sa stratégie entend contribuer pleinement à relever ce défi dans plusieurs de ses interventions. Au nombre desquels, l'appui à la production des «normes et procédures en santé de la reproduction», du PMA(Paquet Minimum d'activités), la formation du personnel, la fourniture de matériels et d'équipements, ainsi que l'appui à la supervision facilitante. Mais aussi la mise en œuvre d'approches d'amélioration de la qualité. A ce titre, en collaboration avec EngenderHealth(ex AVSC), le processus d'introduction du COPE(Client, Oriented, Provider, Efficient) dans les sites de prestation a été engagé depuis 2000.

Le présent atelier en facilitation COPE, vise à préparer les cadres au niveau opérationnel pour un futur rôle de facilitateur. Ils pourront a cet effet au niveau district procéder à l'introduction de l'approche dans les sites de prestation. Cet atelier est le deuxième pour la région de Kankan et s'est tenu du 22 au 27 avril 2002. Et a regroupé treize (13) participants au niveau DRS et DPS.

Profil des participants

Médecin Directeur Régional de la Santé	1
Médecin Directeurs préfectoraux de la santé	4
Médecin Directeurs d'Hôpital	5
Médecin Directeur général adjoint hôpital	1
Médecin chargé de la lutte contre la maladie	1
Aide santé Surveillant général	1

Profil des formateurs

Consultantes Engendre Health 2
Coordonnateurs des Systèmes d'assurance qualité des soins PRISM 1

I/ OBJECTIFS GENEREAUX

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

1. Préparer l'introduction de COPE dans un site

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

II/ Objectifs intermédiaires :

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

1. Préparer l'introduction de COPE dans un site en respectant les différentes étapes
2. Faciliter l'exercice COPE dans un site avec toutes ses composantes
3. Intégrer le suivi COPE dans le processus de supervision

III/ Méthodologie employée

La méthodologie utilisée est l'approche andragogique respectant le cycle expérientiel. Cette méthode part du principe que l'expérience de l'apprenant est très importante pour l'apprentissage. Une source riche. Et que l'éducateur n'est plutôt qu'un facilitateur pour aider l'apprenant à trouver ses solutions aux problèmes.

Les principes du déroulement de l'atelier aussi devraient être clairement définis dès le départ pour obtenir une parfaite collaboration entre formateurs et apprenant. C'est à ce titre que des normes pour régir le travail du groupe ont été définies dès le départ.

Normes de l'atelier

- ✓ Respect des horaires
 - Début : 8h 30'
 - Fin : 16h 00'
 - Petite pause : 11h00 11h 15'
 - Grande pause : 13h30 14 30'
- Respect de l'opinion d'autrui
- Demander la parole
- Ne pas monopoliser la parole
- Ne pas fumer dans la salle
- Ne pas monopoliser la parole
- Ne pas fumer dans la salle
- Éviter les déplacements intempestifs
- Maintenir la propreté de la salle
- Flexibilité le long de l'atelier
- Respect des normes

IV/ Techniques de formation

Brainstorming
Mini-exposé
Travaux de groupe
Descente de terrain

V/ Contenu de la formation

Le curriculum de formation en COPE est structuré de la façon suivante

Ouverture et orientation

Vue d'ensemble

Module A Préparation de l'introduction COPE

Session 1 : le concept général de qualité

Session 2 : la préparation de l'introduction

Module B : conduite de l'exercice COPE

Session 3 : la réunion d'orientation

Session 4 : l'élaboration du plan d'action

Module C : suivi de COPE

Session 5 : le Processus COPE

OUVERTURE ET ORIENTATION

Les cérémonies d'ouvertures ont été présidées par M. le Directeur Régional de la santé de Faranah. L'ouverture de l'atelier a été suivie de la communication portant sur les informations administratives relatives à la prise en charge des participants durant leur séjour.

Les présentations

Il était important que les participants se connaissent. Des présentations mutuelles ont été faites. Tout cela a été porté sur du papier cartonné, affiché dans un endroit et resté visible tout le long de l'atelier.

Attentes de participants

1. Connaître le contenu de COPE, objectif
2. Avoir toutes les compétences pour appliquer l'approche COPE
3. Être capable d'amener les prestataires à identifier leurs propres problèmes et trouver des solutions
4. Maîtriser l'approche COPE
5. Être capable de surmonter les difficultés qui se posent en matière de fonctionnement à l'hôpital
6. Être capable d'améliorer la qualité des prestations à Kouroussa
7. Avoir les outils qui permettent d'appliquer l'approche COPE
8. Connaître l'utilité de COPE dans la supervision
9. Avoir les connaissances et compétences approfondies sur le COPE pour un bon suivi sur le terrain.

Après comparaison avec les objectifs de l'atelier, il est apparu que ces attentes cadrent avec les objectifs de l'atelier. Le programme a été présenté pour montrer comment les objectifs allaient être atteints.

VUE D'ENSEMBLE

Elle a permis de donner aux participants le but et le contenu de la formation ainsi que les objectifs généraux et intermédiaires.

Module A Préparation de l'introduction COPE

Session 1 : le concept général de qualité

Quels sont les droits des clients ?

Les clients ont droit :

- A L'accès aux services
- A Des informations compréhensibles
- Au libre choix
- A des services sûrs
- A l'intimité et à la confidentialité
- A la dignité, au confort et à la libre expression de leurs opinions
- A la continuité des soins

Quels sont les besoins des prestataires ?

Le personnel a besoin :

- De matériel adéquat, d'équipement et d'infrastructures convenables
- D'une bonne gestion et d'une supervision facilitante
- D'une information claire, de formation et de développement.

Qui sont nos clients ?

1. Les clients
2. Les fournisseurs
3. Le ministère de santé
4. Dirigeants /superviseurs
5. Tout le personnel du site/collègues
6. Communauté
7. Donateurs

Qu'est ce que la qualité ?

On parle de qualité quand les droits des clients et les besoins des prestataires sont satisfaits.

Pourquoi doit-on améliorer la qualité ?

- ✓ Pour protéger la santé du personnel et des clients
- ✓ La qualité entraîne des économies(moins de répétitions du travail et moins de gaspillage)
- ✓ La qualité ajoute des caractéristiques qui attirent les utilisateurs
- ✓ Toutes les organisations ont des points forts qu'il faut conserver
- ✓ Il est toujours possible d'apporter des améliorations

C'est quoi le COPE ?

C= client
O= oriented
P= provider
E= efficient

Ce sont des services axés sur le client.

Comment pouvons nous savoir si nos services sont de qualité ?

C'est en faisant une auto évaluation à partir de :

- ✓ Un guide se rapportant au contenu des droits des clients ainsi que des besoins des prestataires
- ✓ D'interviews réalisées sur les clients

Des résultats des deux outils sera développé un plan d'action du site

Session 2 : la préparation de l'introduction

Quels sont les sources d'information pour l'identification des problèmes des différents sites en vue de l'amélioration continue de la qualité ?

- ✓ Les plaintes des clients
- ✓ Les rapports de supervision
- ✓ Des rapports de routine
- ✓ Des demandes exprimées par le personnel du site
- ✓ Des rapports de monitoring ou CTPS, CTRS

Comment communiquer avec les sites pour l'introduction du COPE ?

Tous les moyens de communication disponibles peuvent être utilisés pour informer au site. Dans un modèle de lettre, les participants ont appris le contenu à ne pas rater en écrivant la correspondance.

- ◆ Objet
- ◆ Date
- ◆ Durée de l'exercice
- ◆ Notion de COPE
- ◆ Contenu de l'exercice
- ◆ Les concernés
- ◆ Les facilitateurs
- ◆ La nécessité de préciser que l'exercice ne doit pas perturber le cours normal des activités.

Quels matériels aura-t-on besoin pendant l'exercice COPE ?

- ◆ Marquer
- ◆ Papier géant
- ◆ Chevalet
- ◆ Masking tape
- ◆ Guides d'auto évaluation
- ◆ Formulaires d'interview des clients
- ◆ Stylos

- ♦ cahiers

Module B : conduite de l'exercice COPE

Session 3 : la réunion d'orientation

Il s'agit de l'orientation des apprenants sur la conduite de l'exercice COPE. Leur fournir un guide (voir en annexe). Après un mini-exposé. Ils se sont mis en situation pour s'exercer à la facilitation.

Quels sont les outils de COPE ?

1. Les guides d'auto-évaluation en Santé reproductive, en santé infantile et en PF
2. Le formulaire d'interview des clients
3. L'analyse de l'acheminement des clients

Session 4 : l'élaboration du plan d'action

Les participants se familiarisent à la technique d'énoncer un problème de l'analyser et de suivre les étapes de sa résolution.

Un problème :

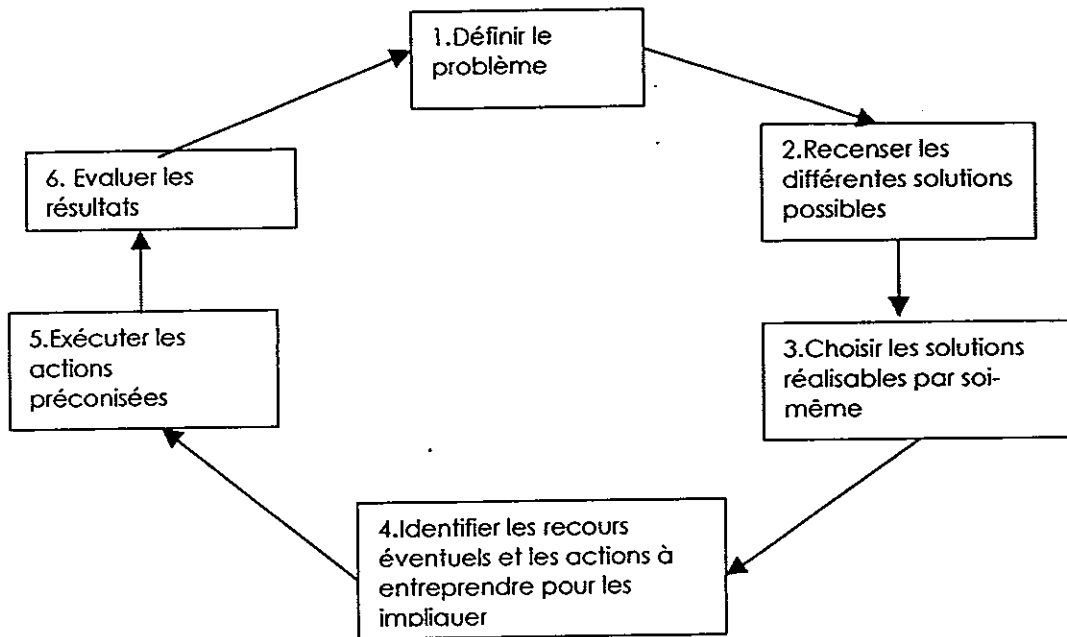
- ❖ Traite d'un sujet précis
- ❖ Utilise un verbe descriptif, si possible en utilisant l'affirmative au lieu de la négative.
- ❖ Est défini par rapport à une période bien précise
- ❖ Gagne à être chiffré
- ❖ Ne comporte aucun jugement
- ❖ Ne fait allusion à des causes possibles

Elaboration d'un énoncé de problème

- ❖ Un problème est la différence entre la situation actuelle et la situation voulue
- ❖ Le personnel doit être d'accord qu'il s'agit d'un problème
- ❖ Chiffrer les problèmes mais sans essayer cependant de tout mesurer
- ❖ Il faut se concentrer sur les processus et les systèmes. Ne pas rejeter la responsabilité des fautes sur les individus.
- ❖ Définir les processus et problèmes solubles.
- ❖ Dresser la liste des effets du problème, si possible

Pour analyser un problème il faut employer la technique «plusieurs fois pourquoi ? pourquoi ?» faire la différence entre le problème principal, les effets, et les causes

I y a six étapes dans la résolution d'un problème.



Quel est le rôle d'un facilitateur COPE ?

1. Aider à l'analyse
2. Rappeler qu'il faut partager les responsabilités
3. Faire ajuster les délais s'ils sont irréalistes
4. Rappeler discrètement la durée du travail de groupe
5. Diriger la présentation du plan d'action
6. Aider à la mise en place d'un comité de suivi

Quels sont les composantes d'un plan d'action COPE

Problèmes	Causes	Solutions	Par qui ?	Quand ?

Quels sont les tâches du comité COPE ?

- Mettre le plan d'action COPE à la disposition de tout le personnel
- Assurer le suivi du plan d'action
- Soutenir le personnel chargé de l'application des recommandations
- Etablir le calendrier des exercices COPE ultérieurs.

Module C : suivi de COPE

Session 5 : Le Processus COPE

Descente sur le terrain dans les sites d'intégration COPE.

Il s'est agi des CSU de Kabada, de Kankan Koura et du CSR de Batènafadji. Tous relèvent de la DPS de Kankan.

Les participants se sont exercés à la facilitation sous la supervision des formateurs qui se sont déployé dans les sites. Après cet exercice, retour en salle et feed back sur les apprentissages. Difficultés, leçons à tirer, recommandations etc....

Feedbacks sur les introductions COPE

Points forts des équipes

Identification des problèmes réels des sites
Étapes d'introduction
Réussite au travail d'équipe
Expériences partagées

Points à améliorer

Perte de temps à cause du retard de la logistique
Difficulté/impossibilité de communication en langue locale

Quel est le rapport entre COPE et la supervision ?

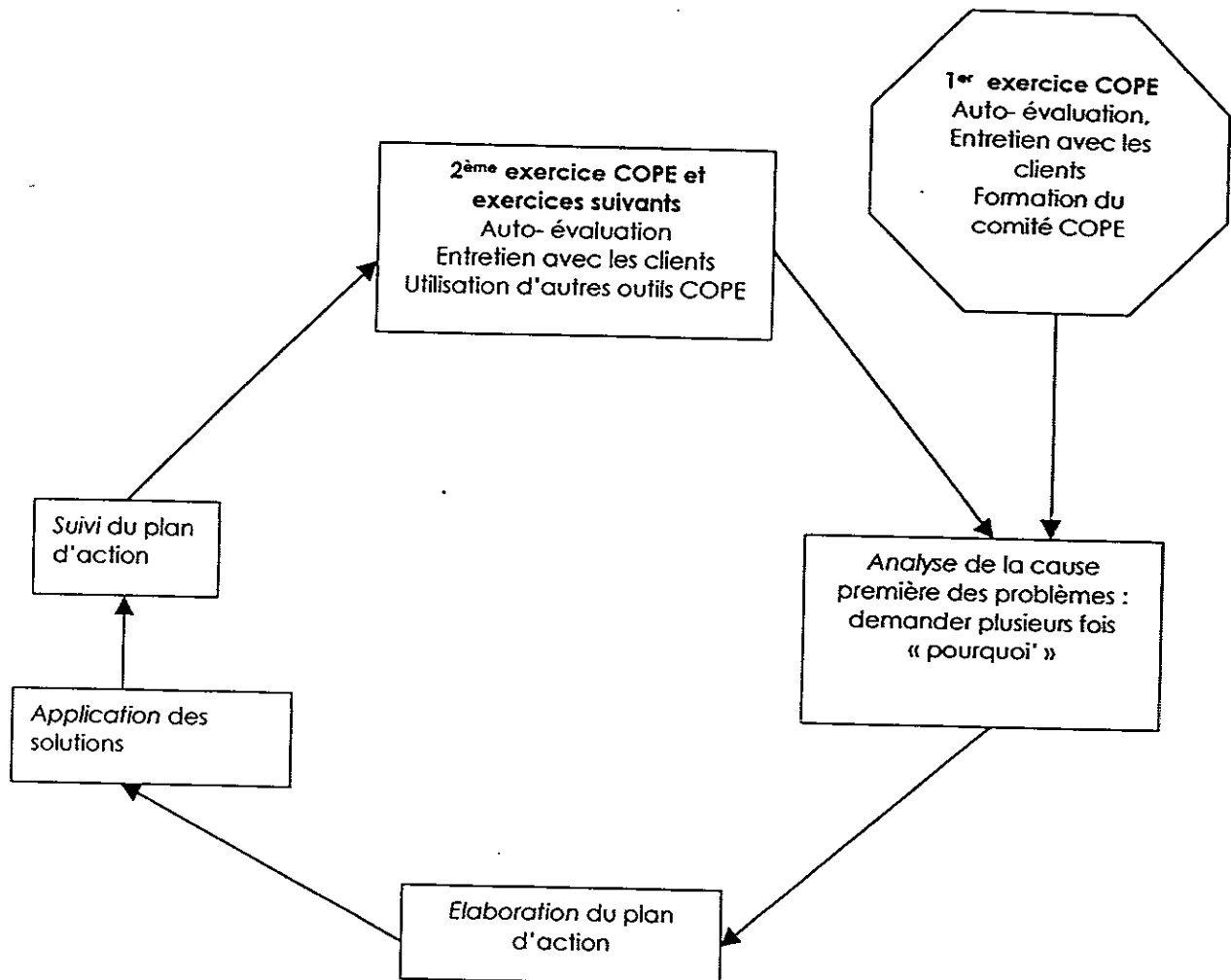
La supervision :

- ◆ Ses objectifs doivent tenir compte du plan d'action COPE
- ◆ Permet de suivre le processus COPE
- ◆ Permet la « survie » de COPE

Le COPE

- ◆ C'est un outil pour la supervision
- ◆ Permet d'exécuter les recommandations de la supervision
- ◆ Permet d'analyser les problèmes identifiés au cours de la supervision

Amélioration continue de la qualité (Processus COPE)



Avantages du COPE

- ☞ Amène le personnel à se concentrer sur les clients.
- ☞ Habilité le personnel à tous les niveaux à participer à l'amélioration de la qualité.
- ☞ Développe le travail d'équipe
- ☞ Fourni des outils pour l'identification et la résolution locales des problèmes
- ☞ Communique les normes et suggère de bonnes attitudes vis-à-vis du travail
- ☞ Présente des occasions concrètes de passer immédiatement à l'action
- ☞ Répond aux besoins dans un système décentralisé

Difficultés rencontrées.

L'utilisation de la salle de réunion de PRISM pour cet atelier a rendu globalement facile le déroulement des activités. Il y a eu quelques petites difficultés à assurer le transport de l'équipe du site de Batènafadji. Ce qui a occasionné un peu de retard quelquefois.

Par ailleurs, les participants dans plusieurs cas tenaient plus à savoir de quoi s'agit-il que d'acquérir l'habileté d'un facilitateur COPE. Cela était dû aux différentes positions que les uns et les autres occupent (DRS, DPS, DH).

Conclusion

Tout le programme à été épuisé. Le COPE a été effectivement introduit pour le volet Santé reproductive dans trois sites de la DPS de Kankan(Kabada, Kankan koura et Batè nafadji). Les participants se sont familiarisés aux différentes étapes.

Remerciements

Nos remerciements à l'administration PRISM du bureau de Kankan l'appui logistique et tout le soutien qui nous a été apporté durant l'atelier.

Résultats de l'évaluation de l'atelier

Nombre de participants qui ont évalué : 10/13

Points à évaluer	Opinion des participants		
	Totalement	Pas assez	Pas du tout
Je suis satisfait des leçons apprises au cours de l'atelier	10/10	0/10	0/10
La méthodologie de travail est efficace	10/10	0/10	0/10
Le matériel didactique utilisé est approprié	9/10	1/10	0/10
Les objectifs de l'atelier ont été atteints	10/10	0/10	0/10

Suggestions des participants

- ✓ Appuyer les équipes pour l'introduction de COPE dans leurs structures respectives
- ✓ Introduire COPE dans les maternités et dans tous les hôpitaux
- ✓ Améliorer la logistique pour faciliter les déplacements vers les sites pendant la formation
- ✓ Prévoir des perdiems pour le personnel du site
- ✓ Introduire COPE dans toutes les formations sanitaires de la région

ANNEXES

MODULE A : Préparation de l'introduction du COPE

Session 1 : Le concept général de qualité

But et Contenu

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

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

Durée : 3h 30mn

Objectifs spécifiques

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

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

MODULE A : Préparation de l'introduction du COPE

Session 2 : La préparation de l'introduction

But et Contenu

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

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

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

Durée : 60 mn

Objectifs spécifiques

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

1. Identifier les sources d'information pour l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.
2. Communiquer avec les Responsables des sites où COPE doit être introduit
3. Lister tous les matériels /fournitures nécessaires à l'introduction du COPE

MODULE B : Conduite de l'exercice COPE

Session 3 : La réunion d'orientation

But et Contenu

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

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

Durée : 250 mn

Objectifs spécifiques

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

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

MODULE B : Conduite de l'exercice COPE

Session 4 : L'élaboration du plan d'action

But et Contenu

Le but ultime d'un exercice COPE est l'amélioration de la qualité des soins et des services. L'élaboration d'un plan d'action est un passage obligé pour arriver à la résolution des problèmes qui empêche d'arriver à ce but. La conduite de cette activité exige du facilitateur, la capacité de faire une bonne analyse en vue d'aider le personnel à relier les problèmes aux solutions.

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

Durée : 135 mn

Objectifs spécifiques

A la fin de la session dans son rôle de facilitateur d'exercice COPE, le participant doit être capable de :

1. Énoncer un problème en tenant compte d'au moins 4 caractéristiques essentielles.
2. Énumérer les six étapes de la résolution d'un problème
3. D'identifier le rôle du facilitateur dans la conduite de l'élaboration du plan d'action
4. D'identifier les 5 composantes d'un plan d'action COPE
5. Citer les tâches d'un comité COPE.

MODULE C : Exercice et suivi de COPE

Session 5 : le Processus COPE

But et Contenu

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

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

Durée : 26 h 55'

Objectifs spécifiques

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

1. Pratiquer un exercice d'introduction COPE dans un site
2. Formuler des recommandations à partir des leçons apprises durant l'exercice COPE.
3. D'expliquer le processus COPE comme étant une approche d'amélioration de la qualité
4. Identifier les relations entre COPE et supervision
5. Enumérer les avantages de COPE

Ministère de la Santé Publique

Fiche de Rapport de Formation

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

1. Titre de la Formation <u>Formation en facilitation COPE</u> 2. Service organisateur (du Ministère) _____ 3. Projet/Budget _____ 4. Type de Formation : <input type="checkbox"/> LMD <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Paludisme <input type="checkbox"/> PEV <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Allaitement maternel <input type="checkbox"/> PF Clinique <input type="checkbox"/> CPN <input type="checkbox"/> Accouchements <input type="checkbox"/> MST/SIDA <input type="checkbox"/> IEC <input type="checkbox"/> SIG <input type="checkbox"/> Gestion <input type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Formation de formateurs <input type="checkbox"/> Recherche & Evaluation <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____ COPE _____ 5. Date (début de Formation) <u>12/2/04/0/12/</u> 6. Durée <u>1_0_/6_/</u> jours 7. Lieu de Formation <u>Kankan</u>		8. Formateurs		
		Nom	Sexe	Poste de Travail/Fonction
		Abdoul Baldé	M	CSAQSS PRISM
		Sita Millimono	F	Consultante E.heath
		H. Fatoumata Fof	F	Consultante E.heath

Participants

N° Matricule/CIN	Nom et Prénoms	Sexe	Titre ¹	Fonction ²	Service/lieu de travail	Préfecture	Organisme ³
	Alama Kourouma	M	Médecin	DH	Siguiri	Siguiri	
	Abdourahmane Diallo	M	Médecin	DH	Kérouané	Kérouané	
	Saa Joel Togbadouno	M	Médecin	DH	Kouroussa	Kouroussa	
	Aissata Condé	F	Médecin	DPS	Kouroussa	Kouroussa	
	Mamadou Samba Barry	M	Médecin	DPS	Siguiri	Siguiri	
	Mohamed lamine Diané	M		Surveillant général	Mandiana	Mandiana	
	Abdoulaye Saliou Diallo	M	Médecin	DH	Mandiana	Mandiana	
	Amara Traoré	M	Médecin	DPS	Mandiana	Mandiana	
	Boubacar Daffe	M	Médecin	DPS	Kankan	Kankan	
	Wowo Haba	M	Médecin	Chargé lutte ctre mldie	DRS kankan	DRS kankan	
	Alpha Oumar Barry	M	Médecin	DRS	Kankan	Kankan	
	Mamadou Diallo	M	Médecin	DG	Kankan	Kankan	
	Oumar Diop	M	Médecin	DGA	kankan	kankan	

1 « Titre » indique le type de diplôme obtenu à la fin de la formation : Médecins, Infirmiers, Sage-femme, etc.
 2 « Fonction » fait ici référence à l'activité exercée actuellement : DPS, Agent CPN, Agent PEV, etc.
 3 « Organisme » concerne les participants venant d'autres structures que la Fonction Publique

EMPLOI DU TEMPS

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI				
MATIN	ORIENTATION	Session 03 : La réunion d'orientation(fin)	Session 05 : le processus COPE	Session 05 : le processus COPE	Session 05 : le processus COPE	Session 05 : le processus COPE(suite)				
	Session 01 : Concept de qualité									
		Session 04 : l'élaboration du plan d'action					INTRODUCTION	INTRODUCTION	INTRODUCTION	Feed-back sur les introductions COPE
	Pause									
	Session 01 : Concept de qualité(suite)	Session 04 : l'élaboration du plan d'action(suite)								
DEJEUNER		Session 05 : le processus COPE suite)								
APRES-MIDI	Session 01 : Concept de qualité(fin)	Session 04 : l'élaboration du plan d'action(fin)	DEJEUNER	Session 05 : le processus COPE(fin)						
	Session 02 : Préparation de l'introduction COPE				Session 05 : le processus COPE	Clôture officielle				
	Session 03 : La réunion d'orientation									

ANNEXE IX

RAPPORT DE L'APPUI A LA SUPERVISION FACILITANTE DANS LA PREFECTURE DE MANDIANA

INTRODUCTION :

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations, PRISM a réalisé en collaboration de ENGENDER HEALTH une formation en supervision facilitante de deux superviseurs par préfecture de la Haute Guinée.

Au cours de cette formation les participants ont reçu des informations sur les différences entre la supervision classique et la supervision facilitante, les aptitudes et attitudes requises pour orienter les prestataires sur la satisfaction des droits des clients et les besoins des prestataires, et donne ainsi le caractère facilitant à sa supervision. Cet appui à la supervision de l'équipe préfectorale de Mandiana concrétise l'exécution des conventions de collaboration élaborées par les autorités sanitaires préfectorales, régionales de la Haute Guinée et le projet PRISM.

Le but de cette mission d'appui aux superviseurs préfectoraux est d'améliorer la performance de l'équipe de superviseurs, dans l'application des aptitudes et attitudes requises pour rendre une supervision facilitante.

OBJECTIFS :

- ☞ Evaluation la qualité de la préparation de la supervision
- ☞ Observer les superviseurs au cours des séances de supervision, donner une assistance technique en supervision facilitante et bien remplir les outils de supervision ;
- ☞ Profiter du passage dans les sites "COPE" pour amener le superviseur à intégrer le suivi du COPE dans sa supervision ;
- ☞ Faire un feed-back à l'équipe de superviseur et au DPS.

A- DEROULEMENT : (suivant le calendrier ci-dessous)

DATE	ACTIVITES	LIEU
14 / 04 / 02	Voyage et prise contact avec l'équipe de superviseurs	Mandiana
15 et 16/ 04 / 02	Supervision du C.S.	Balandougouba
17 et 18/ 04/ 02	Supervision du C.S.	Kondianakoro
19 et 20/ 04 /02	Supervision du C.S.	Kiniéran
21/ 04 / 02	Feed-back au DPS et Voyage retour	Kankan

RESULTATS:

I. Prise de contact avec l'équipe de superviseurs :

Cette rencontre des membres de l'équipe de supervision a permis de discuter avec les deux superviseurs désignés par le DPS :

- Dr BARRY Mamadou Aliou médecin chef du service de pédiatrie
- M MAGASSOUBA Ansoumane infirmier spécialiste L.T.O. de la DPS.

Au cours de cette réunion j'ai expliqué les objectifs de l'appui à l'équipe préfectorale de supervision,

procédé à la clarification des objectifs de supervision fixés par l'équipe préfectorale ; reçu des informations sur le calendrier de visite des sites, et apprécié le niveau de préparation de la supervision par l'équipe préfectorale.

Résultats:

SITES	OBJECTIFS / ACTIVITES	RESPONSABLE	D
BALANDOUGOUBA	P.I. ; GEME ; CPN ; IST ; CPC enfant.	Dr Barry	15-16
	PEV ; SBC ; CVS/ AV ; MURIGA	M Magassouba	
KONDIANAKORO	P.I. ; GEME ; CPN.	Dr Barry	17-18
	PEV ; SBC ; CVS/ AV ; MURIGA ; COGEST.	M Magassouba	
KINIERAN	P.I. ; GEME ; COPE.	Dr Barry	19-20
	PEV ; SBC ; CVS/ AV ; MURIGA ; COGEST.	M Magassouba	
MORODOU	P.I. ; GEME ; CPN.	Dr Barry	21-22
	PEV ; SBC ; MURIGA ; COGEST.	M Magassouba	

Autres informations sur les préparatifs :

Réunion préalable de l'équipe préfectorale pour :

- Réviser les rapports de supervision antérieure
- Préparer les outils de gestions de la supervision
- Préparer appui financier de la supervision
- Fixer les objectifs de la supervision de chaque site.

Discussions avec l'équipe sur :

Critères de choix des objectifs de supervision des sites :

- Problèmes identifiés lors de la dernière supervision
- Analyse des rapports statistiques PEV des CS du mois de février.

Amendements de l'objectif d'utilisation des résultats d'analyse des statistiques du PEV.

En plus de vérifier et confirmer la non-réalisation des recherches actives et stratégies avancées ; il faut :

1. Vérifier l'hypothèse des anomalies du pointage des activités
2. Faire prendre conscience du problème en le reliant aux évaluations de la couverture vaccinale
3. Identifier les stratégies correctrices
4. Fixer des objectifs de performance avec le prestataire.

Orientations sur quoi faire pour réaliser les observations clients prestataires en cas d'absence de prestataires ou manque de client ?

- 1- Annoncer les objectifs de la supervision aux prestataires du site avant le jour de supervision
- 2- Recherche active des clients irréguliers à partir de l'échéancier.

II- Observations de la supervision :

J'observais le superviseur en activité et notais discrètement ses points forts et faibles en matière d'aptitudes et attitudes requises pour réaliser une supervision facilitante. En plus j'observais la relation client- prestataire en utilisant les fiches d'observation et comparait les résultats des observations avec celles du superviseur préfectoral.

III- Réunion post-supervision :

- Recherche d'un consensus sur les problèmes identifiés durant la supervision
- Feed-back aux prestataires du site et identification des solutions aux problèmes
- Feed-back de l'équipe de suivi au superviseur, sur les observations
- Recueil du feed-back du superviseur.
- A la fin de la mission un feed-back a été réalisé au DPS avec l'équipe préfectoral de supervision.

B- RESULTATS PAR SITE

I - CENTRE DE SANTE de BALANDOUGOUBA :

Travaux réalisés au cours de la supervision :

- Observations relation clients- prestataires :
 1. Domaine CPN : 3 clientes
 2. Domaine santé infantile : 3 clients
 3. Domaine P.F. : 1 cliente
 4. Domaine IST : 1 cliente
 5. Gestion M.E. : IMAT
 6. Inventaire de disponibilité des services et équipements
 7. Analyse des statistiques du PEV

RESULTATS:

DOMAINES	Taux d'adéquation			Taux disponibilité	Taux moyen rupture	% enregistrem exact
	CL 1	CL2	CL3			

CPN	65%	86%	81%	---	----	-----
Santé Infantile	51%	78%	76%	----	-----	-----
P.F.	58%	----	----	----	-----	-----
IST	50%	----	----	----	-----	-----
IMAT	----	----	----	84%	15,8%	92%
Disponibilité services	----	----	----	83%	-----	-----
Disponibilité équipements	----	----	----	54%	-----	-----

Analyse des données statistiques du PEV :

VACCINS	Population cible Mensuelle	Vaccinés selon rapport SNIS	Vaccinés selon fiches infantiles
B.C.G.	56	80	65
DTCP1	56	117	60
DTCP2	56	31	38
DTCP3	56	89	27
ROUVAX	56	69	54

Synthèse des problèmes :

1. Non- application des normes de prévention des Infections malgré la disponibilité d'eau de Javel ;
2. Long temps d'attente des patients ;
3. Non- intégration du suivi de la croissance de l'enfant au poste PEV et CPC ;
4. Insuffisance de la communication pour le changement de comportement et de retour à la consultation en présence de signes de danger ;
5. Données statistiques du PEV non fiables.
6. Prise en charge syndromique des IST non intégrée au CS.
7. Rupture de stock de vaccin anti -polio.

Recommandations:

- ☞ Laver systématique les mains des prestataires avant, et après les actes aux postes CPC, PEV, et SOINS ;
- ☞ Traiter le matériel et éliminer les déchets selon les normes de la P.I. ;
- ☞ Peser tous les enfants, tracer les courbes de croissance et donner des conseils appropriés aux mères des enfants lors de la CPC ou la Vaccination ;
- ☞ Appliquer l'écoute attentive au moment de l'interrogatoire du malade ;
- ☞ Informer les patients sur les signes de danger qui alerte sur la nécessité de retour au CS ;
- ☞ Donner des suffisamment de conseils appropriés sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, et la posologie des médicaments prescrits aux malades ;

- ☞ Budgétiser l'achat de petits matériels pour la P.I.(3 savonnières ; 3 seaux plastiques ; 3 gobelets ; 3 petits bols plastiques et 6 petites serviettes) ;
- ☞ Faire le pointage systématique des vaccinations et élaborer le rapport sur cette base ;
- ☞ Organiser la recherche active et les stratégies avancées régulières ;
- ☞ La DPS doit demander une table de consultation à PRISM ;
- ☞ Répartition des tâches, effectuée entre les trois agents du C.S. au cours de la supervision afin d'améliorer l'accueil et l'orientation des clients et réduire le temps d'attente.

II - CENTRE DE SANTE de KONDIANAKORO :

Travaux réalisés au cours de la supervision :

- Observations relation clients- prestataires :

1. Domaine CPN : 3 clientes
2. Domaine santé infantile : 3 clients
3. Domaine IST : 2 clientes
4. Gestion M.E. : IMAT
5. Inventaire de disponibilité des services et équipements
6. Entretien avec COGES (élaboration de dix questions à discuter au cours de l'entretien)
7. Démonstration et exercice pratique d'évaluation de l'état des gants, technique de nettoyage, décontamination du matériel, de préparation de la solution de décontamination et rappel des procédures d'élimination des déchets
8. Rappel des normes et procédures de la prise en charge du nouveau - né et CCC à leur maman

RESULTATS:

DOMAINES	Taux d'adéquation	Taux disponibilité	Taux moyen rupture	% enregistr exact
----------	-------------------	--------------------	--------------------	-------------------

	CL 1	CL2	CL3			
CPN	43%	46%	51%	----	----	----
Santé Infantile	62%	87%	76%	----	----	----
IST	81%	90%	----	----	----	----
IMAT	----	----	----	94%	6%	88%
Disponibilité services	----	----	----	83%	----	----
Disponibilité équipements	----	----	----	78%	----	----

Résultats réunion avec membres du Comité de Gestion

N. O	Informations recherchées sur les activités du mois passé au CS	Réponses
1	Comment appréciez-vous la fréquentation du CS par la population ?	Bonne après sensibilisation
2	Combien de malades sont venus se soigner au CS ?	Ne savent pas
3	Combien de nouveau-nés ont été vaccinés au moins une fois ?	8 enfants
4	Combien d'enfants de moins d'un an ont terminé leurs vaccinations ?	Ne savent pas
5	Combien de femmes enceintes ont réalisé la 1 ^{ère} CPN ?	Ne savent pas
6	Combien de femmes enceintes ont réalisé 3 CPN dont une au 9 ^{ème} mois ?	Ne savent pas
7	Quel était le montant des recettes ?	Environs 70000
8	Quel était le montant des dépenses ?	Ne savent pas
9	A la résolution de quel problème de fonctionnement du CS avez vous participé ?	Sensibilisation l'utilisation du
10	Quelles sont les difficultés que la population rencontre au niveau du CS ?	Rien
11	Que faire pour avoir ces informations ?	Ne savent pas
12	Après la collecte de ces informations que faire ?	Ne savent pas

Synthèse des problèmes :

1. Non- application de la décontamination malgré la disponibilité d'eau de Javel ; utilisation de gants d'examen percés au niveau de la salle d'accouchement, élimination inadéquate des objets tranchants

2. Non- enregistrement systématique des mouvements de stock de ME sur les outils de gestion ;
3. Non- intégration du suivi de la croissance de l'enfant au poste PEV et CPC ;
4. Insuffisance de la communication pour le changement de comportement en matière de PF, AME, PEV, IST, de signes de danger qui doivent motiver le retour à la consultation CPN et santé infantile ;
5. Technique de communication insuffisante (informations incomplètes, ne vérifie pas compréhension du message, ne remercie pas la cliente) ;
6. Prise en charge insuffisante du nouveau- né dans la période périnatale précoce (pas de prévention de l'ophtalmie purulente et de conseils à la mère)
7. Non- livraison de carnet de santé à certaines femmes enceintes et nouveau- né ;
8. SBC non intégré (pas d'agents formés)
9. Pas de fiche de supervision des COGES et CVS
10. Irrégularité des réunions du COGES et non suivi des activités du CS ;
11. Le CVS évolue sans relation avec le CS.
12. Prise en charge syndromique des IST non intégrée
13. Rupture de stock du vaccin anti-polio.

Recommandations:

- ☞ Laver systématique les mains des prestataires avant, et après les actes aux postes CPC, PEV, et SOINS ;
- ☞ Traiter le matériel et éliminer les déchets selon les normes de la P.I. ;
- ☞ Budgétiser l'achat petits matériels pour la P.I.(3 savonnières ; 3 seaux plastiques ; 3 gobelets ; 3 petits bols plastiques, 6 petites serviettes, 2 paires de gants de ménage, et renouveler régulièrement les gants d'examen) ;
- ☞ Peser tous les enfants, tracer les courbes de croissance et donner des conseils appropriés aux mères des enfants lors de la CPC ou la Vaccination ;
- ☞ Appliquer l'écoute attentive et poser des questions ouvertes au moment de l'interrogatoire du malade ;
- ☞ Informer les patients sur les signes de danger qui alerte sur la nécessité de retour au CS ;
- ☞ Donner suffisamment de conseils appropriés sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, vérifier la compréhension des messages et remercier les clients ;
- ☞ Livrer les carnets de santé à toutes les femmes enceintes et nouveaux nés ;
- ☞ Appliquer le traitement prophylactique de l'ophtalmie systématiquement à tous les nouveaux nés et prodiguer des conseils aux mères et non aux accompagnantes ;
- ☞ La DPS doit chercher les fiches de supervision des CVS au près de L'ONG STC, concevoir avec elle l'outils de supervision des COGES et améliorer la relation de collaboration CVS et CS ;

- ☞ Enregistrer immédiatement tous les mouvements de stock de ME sur les outils de gestion ;
- ☞ Le personnel de santé doit faire un compte rendu mensuel des résultats des activités du CS et les difficultés de fonctionnement au COGES et autorités sous préfectorales, qui à leur tour informeront la population pour stimuler sa participation à la résolution des problèmes.

III - CENTRE DE SANTE de KINIERAN :

Travaux réalisés au cours de la supervision :

- Observations relation clients- prestataires :
 1. Domaine CPN : 3 clientes
 2. Domaine santé infantile : 3 clients
 3. Domaine IST : 3 clientes
 4. Domaine PF : 3 clientes
 5. Gestion M.E. : IMAT
 6. Inventaire de disponibilité des services et équipements
 7. Revue du Plan d'action COPE du CS
 8. Entretien avec COGES (utilisation des dix questions à discuter au cours de l'entretien)
 9. Organisation de causerie éducative sur le PEV dans la salle d'attente.

RESULTATS:

DOMAINES	Taux d'adéquation			Taux disponibilité	Taux moyen rupture	% enregistr exact
	CL 1	CL2	CL3			
CPN	95%	95%	100%	----	----	----
P F	92%	89%	93%	----	----	----
Santé Infantile	82%	84%	87%	----	----	----
IST	95%	95%	100%	----	----	----
IMAT	----	----	----	98 %	1,9%	96%
Disponibilité services	----	----	----	92 %	----	----
Disponibilité équipements	----	----	----	80 %	----	----

Résultats réunion avec membres du Comité de Gestion

N. O	Informations recherchées sur les activités du mois passé au CS	Réponses
1	Comment appréciez-vous la fréquentation du CS par la population ?	Bonne
2	Combien de malades sont venus se soigner au CS ?	Ne savent pas
3	Combien de nouveau-nés ont été vaccinés au moins une fois ?	Ne savent pas
4	Combien d'enfants de moins d'un an ont terminé leurs vaccinations ?	Ne savent pas
5	Combien de femmes enceintes ont réalisé la 1 ^{ère} CPN ?	Ne savent pas
6	Combien de femmes enceintes ont réalisé 3 CPN dont une au 9 ^{ème} mois ?	Ne savent pas
7	Quel était le montant des recettes ?	Ne savent pas
8	Quel était le montant des dépenses ?	Ne savent pas
9	A la résolution de quel problème de fonctionnement du CS avez vous participé ?	Rien
10	Quelles sont les difficultés que la population rencontre au niveau du CS ?	Rien
11	Que faire pour avoir ces informations ?	Se réunir et enregistrer Inf sur P.V.
12	Après la collecte de ces informations que faire ?	Informé la population

Synthèse des problèmes :

1. Non- application des normes et procédures de prévention des infections en matière de traitement du matériel et élimination des déchets et objets tranchants ;
2. Non- enregistrement systématique des mouvements de stock de ME sur les outils de gestion ;
3. Non- intégration du suivi de la croissance de l'enfant au poste PEV et CPC ;
4. Insuffisance de l'interrogatoire en PF(éléments de contre indications contraceptives) et en CPC enfant (recherche de signes de danger) ;
5. Insuffisance de la communication pour le changement de comportement en matière de l'AME, PEV(nécessité de vaccination complète), IST(relation IST et VIH), de signes de danger qui doivent motiver le retour à la consultation CPN et santé infantile ;

6. Technique de communication insuffisante (utilisation de questions fermées, ne vérifie pas compréhension du message, ne remercie pas la cliente) ;
7. Non- livraison de carnet de santé à certaines femmes enceintes et nouveau- né ;
8. Trois activités du plan d'action COPE sur 7 programmées n'ont pas été réalisées à cause d'un manque de suivi de la budgétisation du matériel de la P.I., de la réalisation de la supervision interne et mise en œuvre d'un programme de formation continu ;
9. SBC non intégré (pas d'agents formés) ;
10. Irrégularité des réunions du COGES et non suivi des activités du CS ;
11. Rupture de stock de vaccin anti - polio.

Recommandations:

- ☞ Budgétiser l'achat de petits matériels pour la P.I.(eau Javel, 3 savonnières ; 3 seaux plastiques ; 3 gobelets ; 3 petits bols plastiques, 6 petites serviettes, 2 paires de gants de ménage) ;
- ☞ Laver systématique les mains des prestataires avant, et après les actes aux postes CPC, PEV, et SOINS ;
- ☞ Traiter le matériel et éliminer les déchets selon les normes de la P.I. ;
- ☞ Peser tous les enfants, tracer les courbes de croissance et donner des conseils appropriés aux mères des enfants lors de la CPC ou la Vaccination ;
- ☞ Appliquer l'écoute attentive et poser des questions ouvertes au moment de l'interrogatoire du malade, améliorer l'interrogatoire en PF et CPC ;
- ☞ Informer les patients sur les signes de danger qui alerte sur la nécessité de retour au CS ;
- ☞ Donner des suffisamment de conseils appropriés sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, vérifier la compréhension des messages et remercier les clients ;
- ☞ Livrer les carnets de santé à toutes les femmes enceintes et nouveaux nés ;
- ☞ Enregistrer immédiatement tous les mouvements de stock de ME sur les outils de gestion ;
- ☞ Le personnel de santé doit faire un compte rendu mensuel des résultats des activités du CS et les difficultés de fonctionnement au COGES et autorités sous préfectorales, qui à leur tour informeront la population pour stimuler sa participation à la résolution des problèmes ;
- ☞ Réaliser les réunions mensuelles du suivi de l'exécution du plan d'action COPE ;
- ☞ Le chef du centre peut utiliser les fiches d'observations client-prestaire comme outils de référence pour organiser la supervision interne des différents postes d'activités, ainsi que pour identifier les besoins en formation continue (thèmes à débattre), et organiser la restitution de certaines formations reçues par certains agents du CS ;
- ☞ Les facilitateurs COPE de la DPS superviserons les prochains exercices COPE du site.

**RESULTATS DE L'EVALUATION DE L'EQUIPE
PREFECTORALE DE SUPERVISION FACILITANTE :**

Points forts	Points à améliorer
Aviser le personnel du site sur le calendrier de supervision	Annoncer les objectifs de la supervision préalablement au site
Examiner des documentations relatives aux objectifs de la supervision	Préparation des documents de supervision
Orienter tous les agents du site sur les objectifs de la supervision	Orienter sur l'objet de la visite le supervisé directement impliqué
Aider à résoudre les problèmes antérieurs non résolus	Revoir avec eux le plan d'action de la précédente supervision
Identifier des solutions immédiates applicables à leur niveau	Fixer des objectifs de performance au personnel par rapport aux lacunes identifiées
Profiter de la visite pour former le personnel	
Féliciter le personnel pour la résolution de problèmes antérieurs	
Annoncer les solutions à apporter par le superviseur ou le niveau DPS	
Consigner par écrit les conclusions de sa visite	
Se préparer pour ne pas être une charge supplémentaire pour le personnel du site	
Féliciter devant ses collègues la personne qui le mérite	
Réaliser une réunion de synthèse avec le supervisé	
Exprimer sa gratitude pour la collaboration de tous	

ANNEXE X

PROCES VERBAL DE REUNION DE FEED-BACK SUR LE TEST DU CURRICULUM DE FORMATION DES ACCOUCHEUSES VILLAGEOISES

Tenue à Kankan les 29 et 30 avril 2002, dans la salle de réunion du projet PRISM, la concertation

sur les feed-back des tests réalisés à Kérouané et Mandiana, a regroupé 5 formateurs dont 3 de SAVE THE CHILDREN, 1 de la DRS de Kankan, 1 de ADRA ; et 2 encadreurs de PRISM.

Les objectifs de cette réunion étaient:

- ◆ Partager des informations sur le déroulement des deux ateliers du test;
- ◆ Identifier les difficultés d'interprétation des images du curriculum;
- ◆ Apprécier l'adéquation des techniques de formation et contenu proposés dans les plans de session;
- ◆ Avoir un consensus sur les amendements des plans de session et images du curriculum.

RESULTATS:

Informations sur le déroulement:

	SAVE THE CHILDREN	PRISM
CIBLES	10 accoucheuses, des CVS préalablement formées en mobilisation sociale et MURIGA	10 accoucheuses villageoises de sous-préfectures dont 3 formées e animation communautaire en S.M
Techniques de formation utilisées	Jeux de rôles	Jeux de rôles et Simulations
	Exposés	Démonstrations pratiques sur mannequins
	Questions- réponses	Questions – réponses
	Interprétation des images	Interprétation des images
		Brainstorming
		Travaux de groupe
Stages pratiques de l'accouchement	En sous-groupes de 2 AV, et 2 sous – groupes de garde par jour (nuit et jour). Les cours ne sont pas interrompus par l'absences des AV de garde qui seront briefés par leur collègues et les formateurs.	En 2 sous-groupes de 5 qui effect des gardes nocturnes alternes entr CS et l'hôpital. Si les AV suivent un accouchements cours est interrompu.
Matériels	Curriculum des AV(plan session et planches) Trousses des AV Mannequin de démonstration de l'accouchement	Curriculum des AV(plan session planches) Trousses des AV Mannequin de démonstration de

didactiques utilisés	Kit de réanimation Kit de matériel pour la Prévention des Infections Echantillon de M.E.	l'accouchement Kit de réanimation Kit de matériel pour la Prévention Infections Registre de pointage du résultat d activités Echantillon de M.E.
Préparation des formateurs	Orientation de 5 formateurs préfectoraux et recueil de leurs observations sur le nouveau curriculum des AV.	Team- building de 3 jours avec 3 formateurs pour finaliser les prépa et avoir un consensus sur les tech de formation proposées dans les p de session. Préparation des stages pratiques e orientation des 7 encadreurs de st
Durée formation	8 jours	11 Jours

OBSERVATIONS ET AMENDEMENTS:

Page de Garde:

Retenir l'image de la page de garde du curriculum AV de MSP- UNICEF

Planche 2:

Améliorer l'image en augmentant la taille de la femme (taille femme enceinte de la page de garde

Planche 3:

1. Faire ressortir les avantages de la CPN (4 images de droite du curriculum animateurs communautaires en S M)

Planche 4:

1. Annuler la tétracycline, joindre les 2 cercles contigus, diriger vers le CS et la case de L'AV
une femme en travail
2. Dessiner les tissus sous forme plus sensible et perceptible
3. Femme enceinte devant les accompagnants qui portent des objets pour l'accouchement.
4. Harmoniser la grosseur des flèches.

Planche 5:

1. Sur plan de session: Eclater les objectifs en 3:

- Citer les types de médicaments à prendre pendant la grossesse en dehors de toute maladies
- Expliquer les avantages de la prise de ces M.E.
- Expliquer les effets secondaires de ces médicaments et comment les réduire

2. Raffiner l'image de la femme (lèvres moins grosses) et coloré le comprimé à prendre en rouge.

Planche 6:

1. Rendre plus manifeste l'œdème du pied, séparer les deux pieds et remettre son 2^{em} bras
2. Enlever la femme enceinte au niveau de l'image centrale.
3. Ajouter l'image de césarienne antérieure cité par les participants
4. Ajouter image de femme multipare

Plan des session: Adapter contenu aux nouveaux éléments ajoutés

Planche 7: Améliorer l'image:

Un pied en avant, une main sur le bas ventre, l'autre sur la hanche, la femme légèrement inclinée vers l'avant.

Planche 8:

1. Orienter le regard de l'AV vers la femme enceinte
 2. **Sur plan de session:** améliorer le titre: l'accueil femme en travail
- Utiliser la technique de simulation pour partir de la pratique habituelle de l'AV et identifier les attitudes négatives à éviter, et celles positives à renforcer.
 - Ajouter un objectifs sur ce qu'il faut rechercher immédiatement après l'accueil de la femme en travail (moment du début du travail; s'il y a eu perte de sang ou des eaux et depuis quand; si la femme présente une grosse cicatrice d'excision ou de césarienne antérieur)

NB: Ramener la planche 11 dès après la planche 8

Planche 11:

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

Planche 9:

1. Changer la position de la femme en tenant compte que c'est une femme en travail, voir planche accouchement (20 ?).
2. Améliorer les images du soleil au levé et coucher en dessinant la courbe du circuit du soleil et le soleil au zénith.
3. **Sur le plan de session:** Reformuler la définition de travail prolongé comme suit: quand une femme est en travail, que le début du travail corresponde au levée du soleil et l'AV constate le coucher du soleil ou inversement sans qu'elle n'ai accouchée, qu'on observe perte des eaux ou pas.

Planche 10:

1. **Sur plan de session: éclater en deux objectif:**
 - Définition
 - C A T ajouter au contenu : (mettre la femme en position déclive; donner des aliments légers et ou liquide; mettre des garnitures propres)

Planche 12:

1. Signes de convulsions insuffisantes ; améliorer en mettant la femme en décubitus dorsale et ajouter les signes de contraction des bras et pieds. Enlever la cuillère.
2. 2^{em} image: mettre la femme en décubitus latéral au sol, éloigner les objets tranchants et dangereux , ne rien mettre dans la bouche, ne pas essayer de la retenir, ne pas la laisser seule.
3. **Sur le plan de session:** ajouter au contenu les éléments de la CAT décrite ci-dessus

Planche 13:

1. **Sur le plan de session:** ajouter au contenu de la CAT (mettre en décubitus latéral, encourager à boire beaucoup; donner une alimentation légère.

Planche 14:

1. Image de la soif: Changer verre par gobelet, canari par jarre
2. Image essoufflé: enlever les trait de l'haleine
3. Image vertige : rendre plus visible les signes
4. Image travail prolongé: améliorer la couleur du soleil et de la lune
5. Orienter les flèches
6. **Sur plan de session:**
 - ajouter au contenu des signes de danger: liquide méconiale, et procidences.
 - ajouter au contenu de la CAT: rappel des CAT spécifiques en cas de W prolongé, d'hémorragie, et convulsion; faire boire suffisamment, donner des aliments, mettre en position semi-assise et rassurer.

Planche 15:

1. Masser le dos par une seule main
2. Bien ressortir les morceaux de sucre
3. Enlever le rouge au sol du lieu du bain
4. AV à coté de la femme qui urine
5. **Sur le plan de session:** changer titre: Soins à la femme en travail
 - Ajouter une 2^{em} activité avec objectif d'expliquer le pourquoi de ces gestes.

gestes	Raison de faire le geste
Soutien émotionnel	Aide la femme à se détendre et la rassure
Donner à boire (eau, jus fruits, eau sucrée ou avec miel) et à manger (aliments légers)	Donne l'énergie à la femme et aide le progrès du travail

Faire uriner fréquemment	Vider la vessie facilite la descente de la tête et permet aussi d'éviter certaine hémorragie du post-partum
Changer de position	Aide la descente du bébé et diminue la durée du W
Se laver	Assure une sensation de bien être
Masser le dos	Atténue les douleur des contractions utérines

Planche 16:

1. **Sur le plan de session :** difficultés de faire ressortir les pratiques néfastes par cette question. Type de questions proposées:
 - Qu'est ce que vous faites pour accélérer le travail ?
 - Que faites vous devant une femme en travail et qui est paresseuse ?
 - Comment savez vous que le travail progresse?
2. Mettre la croix sur les pratiques néfastes et non sur l'AV
3. Ajouter un image sur l'expression du ventre au cours du travail

Planche 18:

1. Femme de droite: la mettre en décubitus latéral
2. Femme de Gauche: pieds croisés; sans oreiller, améliorer l'image du bébé (voir planche 27 curriculum AV MSP- UNICEF)
3. AV porte un tablier

Planche 19:

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

NB: Analyser la pertinence de:

- Introduire avant la planche 20 une autre qui présente 2 positions différentes d'accouchement
- Mettre la planche 24 avant la 21 ?

Planche 21 :

1. Représenter la lame à moitié découvert

Planche 21 bis :

1. Améliorer la présentation de la circulaire lâche:
 - Le cordon au niveau du cou
 - Faire passer le cordon d'un coté
 - Bébé avec cordon normal entrain d'être sectionner . présenter deux neuds
2. **sur le plan de session:** réadapter le contenu de la CAT à la variation des Images

Planche 22 :

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

Planche 23 :

1. Changer la position de l'enfant sur un bras de l'A V avec inclinaison (position déclive et latérale) et l'autre main extrait les mucosités.

Planche 24 :

1. Changer la pissette par un flacon
2. Représenter le 2^{em} nœud pour la section
3. Représenter couleur solution décontamination en jaune claire
4. **Sur le plan de session:** éliminer "attendre que le cordon cesse de battre" pour sectionner

Planche 25 :

1. Enfant couvert une main massant le dos l'autre bras tenant l'enfant
2. Remettre le voile de l'AV
3. Mettre un tissu fin entre les deux bouches
4. Visualiser entièrement l'enfant qui reçoit le massage des plantes des pieds(frotter avec les 2 pouces)
5. L'enfant du milieu : ajouter moignon ombilical
6. Faire Deux planches:
 - **enfant bleu** : (enfant rose mais bleu au niveau des mains et plante des pieds) désobstruction et bouche à bouche.
 - **Enfant qui respire mais fatigué:** (enfant rose qui ne cri pas) désobstruction et stimuler les plantes des pieds et du dos
7. réadapter le plan de session au réaménagement des images et planches

Planche 26 :

1. Rapprocher l'indexe qui écarte la paupière inférieure
2. Mettre le bébé à plat au sol

Planche 27 :

- enlever têt d'oreiller; femme jambe croisées ; bébé couvert en train de téter;
- Plan de session :** voir Doc STC page 119

Planche 28 :

1. Ajouter un petit saignement sur la 2^{ème} image de droite
2. Colorer placenta en rouge vif et membrane en blanc
3. Limiter le cordon et rendre visible le moignon

Planche 29 :

1. Enlever l'image du C S, le Haricot, et le récipient à coté.
2. Colorer placenta rouge et membrane en blanc

3. Ajouter un petit saignement

Planche 30 :

1. **Sur le plan de session :** Définir la rétention total du placenta
2. changer les images:
 - Image droite de la planche 29
 - La même image sans le bébé au sein
 - Le C S au milieu
3. **sur le plan de session:** Ajouter au contenu curriculum STC (mettre bébé au sein; effectuer le massage de l'utérus?)

Planche 31 :

1. Supprimer le récipient
2. Faire ressortir la déchirure du périnée (rouge entourée de bordure noire)
3. **sur le plan de session:**
 - ajouter au contenu CAT page 98-99 Doc STC

Planche 32 :

- colorer la solution en jaune clair
- gants de ménage différencier avec celle d'examen: en tenant compte des couleurs variées des gants de ménage, les présenté sous l'aspect quadrillé coloré en damier noir- rouge et bleu

Planche 33 :

1. Présentation bien précise d'une salle avec murs bien nettes
2. Limiter le sang au sol (enlever le sang sur le corps de l'AV)
3. Homogénéiser la couleur de l'eau de Javel sur toutes les images (jaune claire)
4. Diminuer la quantité que l'on verse sur le sol
5. **Envisager de différencier le traitement selon les types de sol ? voir Doc STC et adapter le plan de session**

Planche 34 :

1. **Sur le plan de session:** mettre les conséquences des pratiques néfastes ?
2. Image du cordon: Pansement (sans la main le moignon bandé)
3. Image asperger eau : Dégager un peu la main et enfant nu
4. Utiliser (soungala ou wéléguérou) dans la bouche au lieu du doigt
5. Regrouper les images portant une croix rouge , et l'AV fait dos

Planche 35 :

1. Rajeunir l'enfant.

Planche 36 :

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

3. Supprimer sur la première image le haricot et le tablier et mettre à coté un autre seau

4.

Planche 37 :

1. Séparer les images
2. Accouchée avec un bébé au près de l'A V
3. Rendre plus visible les pertes
4. Agent vaccinateur en blouse ordinaire
5. Mettre une boîte de Vitamine A
6. Mettre une croix rouge sur le gobelet et la tasse à coté de la femme allaitante

Planche 38 :

1. Séparer l'accouchée et l'A V
2. Mettre le bébé du coté de l'accouchée
3. Améliorer le visage des deux femmes

Planche 39 :

- enlever les oreillers et réorganiser le placement des images selon l'ordre suivant:
 - faire uriner (changer l'image par celle de la planche 15 du curriculum AV)
 - faire allaiter (améliorer l'image de l'allaitement)
 - masser l'utérus (une main sur le bas ventre)
 - la référence

Planche 40:

1. Faire sortir le moignon du cordon et réduire la grosseur du cordon
2. Améliorer l'image de la garniture: un linge au lieu objet rectangulaire
3. Examen des sein: redresser l'image et ajuster la taille des seins
4. Examiner les yeux du bébé à la recherche d'infection

Planche 41:

1. refus de téter: montrer les jambes et le buste de la mère
2. ne pas faire envelopper entièrement le bébé (découvrir la poitrine et les bras)

Planche 43 : mettre sur la table:

1. Flacon d'approvisionnement du Javel
2. Flacon de chlorexidine
3. Vitamine A
4. pommades
5. Le registre de l'A V
6. Faire asseoir l'A V.
7. Faire porter la blouse à l'agent de santé
8. sur le plan de session: ajouter objectif éducationnel sur la dilution de la chlorexidine

2,5 ml de chlorexidine pour 1 litre d'eau bouillie refroidie

NB: sur les données à collectées dans le registre ajouter:

- une image pour pointer les accouchements
- une image pour pointer le nombre de référence

Planche 45 :

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

NB.: Organiser la disposition des images (image du problème à gauche, promotion
caisse à

Gauche).

5. **plan de session:** ajouter un objectif sur les arguments pour convaincre la population à adhérer à la mutuelle

Planche 46 : Améliorer la présentation des agents communautaires:

1. Tenue de l'agent SBC
2. Pair éducateur avec phallus et condom ou Image campagne jeune
3. animateur communautaire avec son curriculum
4. AV en équipe avec les autres A C

RECOMMANDATIONS:

1. Commander le nouveau type de trousse d'accoucheuse contenant la balance
2. Choisir des sites de stages en tenant compte du nombre d'accouchement
3. Formation des superviseurs des accoucheuses et orientation des formateurs
4. Prochaines Etapes:
 - présentation des images aux partenaires
 - Dr DEM et Mme Djene KABA vont assurer le suivi et l'orientation du dessinateur

ANNEXE XI

TRIP REPORT MEMO

To: Neil Woodruff, Kathy Jacquart, Alain Joyal, Guillaume Bakadi, Susan Krenn, JHU/CCP Guinea team, MSH/Boston Guinea team
From: Kim Seifert
Date: 26 June, 2002
Re: Technical assistance to PRSIM, June 11 – 26, 2002

BACKGROUND

Kim Seifert, JHU/CCP Program Officer, traveled to Guinea to provide technical assistance to the PRISM project, BCC component, between June 11 and June 26, 2002. The primary focus of her work was the distance learning radio project, however her work also included HIV/AIDS and maternal and child health activities.

Kim's proposed scope of work included the following tasks:

1. Work intensively with the distance learning scriptwriters in Kankan to finalize the program story line and develop quality scripts following the principles of distance learning;
2. Develop support materials for the distance learning radio show;
3. Finalize, with the CCP Country Representative, the distance learning program timeline (including development of scripts, development of support materials, registration, production and broadcast);
4. Identify production houses in Conakry – discuss resources and program needs;
5. Visit rural radio station in Kankan to discuss broadcast and other CCP radio projects;
6. Provide additional support to the Maternal and Child Health Campaign as needed.

ACTIVITIES

Conakry meetings prior to Kankan departure

Kim arrived in Conakry on June 11th and was met by JHU/CCP Country Representative, Guillaume Bakadi. While in Conakry, Kim and Guillaume met with several collaborators.

- On June 12th Kim and Guillaume met with Sean Cantella at USAID where they discussed recent updates on the national HIV/AIDS study, USAID's HIV/AIDS related activities, and briefly discussed PRISM activities and Kim's scope of work.
- They also met with Bill Stringfellow, PSI/OSFAM Director, Marie Lequin, and other PSI/OSFAM representatives to discuss on-going activities, including PRISM's distance learning program, PSI/OSFAM's youth program as well as other areas of collaboration (such as PRISM and PSI/OSFAM peer education activities).
- Kim and Guillaume made initial contact with M. Amirou CONTE, of Festi-Kaloum, to discuss collaboration on the production of the distance learning radio program. Amirou CONTE had assisted the PRISM project with similar activities for the production of the radio drama, *La Vie N'est Pas Compliquée*, and proved to be responsible and effective in his work. M. CONTE agreed to work with PRISM again on the production of the distance learning radio program.

- Before the end of the day Kim and Guillaume also met with Tidiane CONTE, the President of AGUIP+, an NGO of PLWHAs, who was contracted to return to Kankan with Kim and Guillaume, to participate in HIV/AIDS sensitization activities.

DISTANCE LEARNING RADIO PROGRAM

Brief Background: At the end of last year, a workshop was held in Kankan for the development of a distance learning radio program for health workers (Agents de Santé), entitled, "Agent de Santé, Ami de tout le monde". It was agreed that technical content would focus on interpersonal communication (IPC) skills while reinforcing maternal and child health (MCH) knowledge to help assure the provision of quality maternal and child health services. Program content was identified by the group of participants, including representatives from: PRISM, the Ministry of Health, NGOs, CAs, Rural Radio, and the Agents de Santé themselves. The group agreed upon a variety format, for a 20-minute show, that would be aired once a week. Two scriptwriters were selected to transform the curriculum into Enter-Educate scripts (education through entertainment): a lead writer, one of the co-writers of *La Vie N'est Pas Compliquée*, and an assistant – both based in Kankan. Following the workshop, difficulties were encountered with the development of the scripts. As DL through radio is a new approach in Guinea and the writing style is very different from that of the radio drama, the PRISM team agreed that more technical assistance to the scriptwriters was needed. Kim, who is working with other DL programs in Senegal and in Ghana, agreed to travel to Guinea to provide intensive technical assistance on the development of DL scripts and also assist the team with the development of a revised timeline in aims of airing the program in early August.

Over the course of her 10 days in Kankan, Kim worked closely with PRISM IEC Coordinator, Amiata KABA, and with Guillaume BAKADI on several aspects of the distance learning (DL) radio program. Unfortunately, upon arrival in Kankan, Kim discovered that Mamadou KOUYATE, the main scriptwriter for the radio program, was still occupied with work at the University and not as available as the team had hoped he would be for intensive work on the DL program. Nonetheless, M. KOUYATE made all efforts to accommodate the DL needs and the team arranged for a series of meetings and work sessions to complete the following tasks: finalize the character profiles, the storyline and program format; develop the first three scripts of the series, following effective DL principles; and review and finalize at least the first of the scripts.

Over the course of the week, Kim and Amiata also focused on revising the technical content of the DL conceptual document (the DL curriculum). Through review of previous scripts and work with the scriptwriter, it became clear that a revised curriculum was needed. The technical information for the 13 sessions was revised and presented to M. KOUYATE. The revised conceptual document is currently being finalized.

Kim worked closely with Guillaume on the development of a revised timeline and division of tasks. (See "Chronologie" and "Division des Taches" attached)

Upon her return to Conakry, Kim met again with M. Amirou CONTE to continue discussion about production needs and next steps. She shared with M. CONTE the

updated character profiles (for the selection of actors), the storyline, program format, as well as the first two scripts. M. CONTE agreed that this information would provide him with the guidance that he needed to select a team of actors and a production house. They also discussed the need for a theme song for "Agent de Santé, Ami de tout le monde". M. CONTE, who also helped produce the theme song for La Vie N'est Pas Compliquée, agreed to help facilitate this activity as well.

HIV/AIDS SENSITIZATION ACTIVITIES

Several HIV/AIDS sensitization activities corresponded with Kim's time in Kankan, June 13 - 22.

- Soccer Game: A big soccer match between the girl peer educators of Kankan and the girl peer educators of Faranah was organized for Saturday, June 15. This event drew a very large crowd that filled the Kankan stadium. The environment was festive and peer educators took advantage of the large crowd to communicate STI/HIV/AIDS messages. At the end of the match, before the presentation of the trophies, M. Tidiane CONTE, PLWH, spoke publicly for the first time. Despite concerns about his security and the crowd's reaction, his speech went very well and his messages were well received by the audience.
- Conference: A conference was organized for Sunday, June 16th, at which M. CONTE publicly gave his testimonial, a first in Kankan if not in the whole of Guinea. He was accompanied by a support panel, including Guillaume BAKADI of PRISM and M. DEMBELE of Radio Rurale (who also translated the presentation from French to Malinke). M. CONTE began by presenting himself and then opened the session to questions and answers. The conference was well attended, despite the fact that many were not able to come due to the rains. In general, the audience was very curious yet supportive and obviously moved by M. CONTE's presentation. As well as discussing personal details about how he got the virus, his friends' and family's reaction, etc., M. CONTE talked about the importance of prevention as well as the need for social support to those living with HIV and AIDS. He left the group with a powerful message regarding stigma and discrimination, "L'infection ne diminue rien à la valeur de la personne."
- Other PLWHA activities: M. CONTE also gave an interview with Radio Rurale and gave another testimonial in the nearby town of Missamana, an area reluctant to HIV/AIDS prevention activities.
- Informal sensitization activities: Prior to M. CONTE's public appearances, sensitization activities began closer to home with sensitization of the extended PRISM team. Through informal contact, it became clear that education was needed on several levels and needed to start first 'at home'. Guillaume and Kim spoke with the team about the importance of their understanding and support as well as their position as role models to others in the community. Kim and Guillaume also held a well-received discussion with M. DEMBELE, of Radio Rurale, about the importance of language and a supportive presentation of PLWHA. They also talked about the media's role in correcting destructive myths regarding HIV/AIDS and PLWHA. M. DEMBELE proved to be very sensitive and well informed, for example, he publicly embraced M. CONTE after his speech at the stadium on Saturday.

- *Observation: Kim had the opportunity to get an inside look at the realities of a PLWHA in Kankan. Invited to the home of a man living with AIDS, Kim heard and viewed first hand the man's experiences with the virus and later the disease and also learned, more specifically, about his experiences with stigmatization. It is evident that there is a lot to be done in this area. Denial about and fear of HIV/AIDS is common and PLWHA often experience severe isolation as a result. In addition to prevention activities, there is a great need for activities regarding support and the reduction of stigma.*

MCH ACTIVITIES

Though not directly involved in the ongoing MCH activities (outside of the DL program), Kim had the opportunity to review with Guillaume the status of on-going activities as well as the planning of those to come. She also had the opportunity to meet with IEC group members and participants in the ongoing training of trainers for the up-coming MCH peer educator training. Kim also reviewed and provided feedback on the draft MCH print materials, more specifically and urgently the MCH logo. Kim will return to Baltimore with copies of the print materials for a more formal review by the Guinea team in Baltimore.

Observation: Hats off to the PRISM/BCC team for fruitful collaboration with the communities! The groundwork that was established through the IEC groups and the momentum created during the youth campaign has carried over into the ongoing MCH phase. The group should be commended for their commitment to sensitization through community work.

RECOMMENDATIONS AND NEXT STEPS

Distance Learning

- There are several time-sensitive tasks that need completing for the successful airing of the distance learning radio program, "Agent de Santé, Ami de tout le monde", by early August, as planned. (See "Chronologie" attached). It is critical that all involved do their best to respect the established timeline. Most urgently, Kim and Guillaume will finalize the revised conceptual document and Kim will provide a draft version of the support booklet in the next week. M. KOUYATE will provide 3 scripts per week and M. CONTE will work with Guillaume to line up a production house and a team of actors.
- It is equally important that the activities are effectively coordinated. Kim, Guillaume, and Amiata will need to stay in close contact to assure that all steps are successfully completed within the established timeframe.
- Continued communication with M. Amirou CONTE will be tricky yet important (as he is in Conakry while Guillaume is based in Kankan). It is recommended that Guillaume and M. CONTE agree on a timeline and calendar for future meetings (or discussions by phone).

HIV/AIDS

- There is a clear need for HIV/AIDS activities beyond prevention. If the PRISM project is to continue working in this field, it is strongly recommended that it look to

continue involvement in the area of support and care and the reduction of stigmatization and discrimination.

- It is also suggested that the project continue collaborating with PLWHA and PLWHA organizations. Their involvement on every level is critical. Pioneers such as Tidiane CONTE are motivated and full of ideas regarding strategies to reduce stigma, provide support to PLWHA, and reinforce prevention efforts.
- Lack of funding is an obvious handicap for the expansion of PRISM activities in the area of BCC and HIV/AIDS as well as a handicap for PLWHA organizations. One possible solution to the lack of finances for local HIV/AIDS organizations, could be capacity building assistance to the groups to reinforce their skills in strategic planning and proposal writing.

MCH

- The Guinea team in Baltimore will review the MCH print materials and provide prompt feedback to Guillaume. Baltimore's feedback, along with that of the IEC groups, will be incorporated for the finalization of the print materials.
- Guillaume will provide the Baltimore team with the outcome of the peer education training. Meanwhile, Baltimore will continue to provide support for the finalization of the training materials for health service workers.

Chronologie du Programme de l'Apprentissage a Distance par la Radio en Guinée

I. Le Programme Radiophonique

A. Le développement des scriptes :

Développement des Scriptes (draft) :

Emissions 1 – 3	le 22 juin
Emissions 4 – 6	le 28 juin
Emissions 7 – 9	le 5 juillet
Emissions 10 – 12	le 12 juillet
Emission 13	le 19 juillet

Finalisation de Scriptes :

(3 jours pour la revue et 3 jours pour l'intégration du feedback)

Emissions 1 – 3	le 28 juin
Emissions 4 – 6	le 8 juillet
Emissions 7 – 9	le 15 juillet
Emissions 10 – 12	le 22 juillet
Emission 13	le 29 juillet

- Scriptes finales 1 – 6 seront données au bureau PRISM a Conakry le 8 juillet
- Photocopies des scriptes 1-6 seront remises à M. Amirou CONTE le 9 juillet

B. L'enregistrement des émissions:

- La distribution des scriptes aux acteurs et la répétition seront fait pendant la semaine (du 9 au 13 juillet).
- L'Enregistrement commencera le 15 juillet

C. La diffusion des émissions:

- La Diffusion du programme de l'apprentissage a distance par la radio commencera la première semaine le mois d'août.
- Le programme sera diffuser une fois par semaine pendant 13 semaines.

II. D'Autres Matériels

A. Le développement du matériel de support :

- Un draft sera remis à l'équipe de Kankan le 5 juillet
- L'équipe de Kankan fera la revue et finalisation du matériel pour le 12 juillet
- Une couverture du matériel de support sera développer par l'équipe de Kankan avant le 12 juillet
- Le matériel de support final sera photocopier entre le 15 et le 19 juillet

B. L'inscription des participants (des auditeurs), la distribution des matériels de support, et le passage du pré-test

- seront fait au niveau des Prefecteurs, la semaine du 22 au 26 juillet (ou pendant la formation des AS, s'ils sont formés pendant cette période)

La Division des Taches

Le Programme Radiophonique

Développement des scripts : M. Mamadou KOUYATE
Revue des scripts : Kim SEIFERT, Guillaume BAKADI et Amiata KABA
Finalisation des scripts: Amiata KABA et Mamadou KOUYATE
Répétition et Enregistrement : M. Amirou CONTE et son équipe
Diffusion : La Radio Rurale de Kankan et Faranah

Le matériel de support

Développement du matériel de support (draft) : Kim SEIFERT
Finalisation du matériel de support : l'Équipe a Kankan
Photocopies du matériel de support : l'Équipe a Kankan

L'Inscription des Participants et Distribution des Matériels

Les Préfectures du projet PRISM seront divisées entre : Guillaume BAKADI, Amiata KABA, Mohamed CISSE, et Denise KABA

ANNEXE XII

PRISM/JHU/CCP

CAMPAGNE SMI: GUIDE DE CONSULTATION POPULAIRE SUR LES PROBLEMES DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

- OBJECTIFS:**
- (1) Initier un dialogue communautaire pouvant aboutir à une action collective visant l'augmentation de la couverture vaccinale et la réduction de la mortalité maternelle en Haute Guinée
 - (2) Identifier les groupes et associations pouvant être utilisés comme fer de lance de la campagne
 - (3) Préparer la communauté au lancement de la campagne sous le signe du nouveau partenariat entre agents de santé et population

PROCEDURES

- **Etape 1: Identifier et préparer les facilitateurs.** Ils devront être bien informés de la procédure. Deux à trois facilitateurs suffisent. Il serait idéal si un représentant du ministère fait partie de l'équipe de facilitation
- **Etape 2: Informer la population de l'arrivée de l'équipe de facilitation et négocier sur la date qui convient bien pour la population afin d'assurer une mobilisation tout azimut.** Veuillez que les femmes seront très bien représentées à la rencontre
- **Etape 3: Le jour de la réunion communautaire**
 - Remercier la population d'être présent au rendez-vous
 - Se présenter en disant que nous sommes une équipe du ministère de la santé travaillant avec le projet PRISM pour appuyer les centres de santé à mieux servir la population
- **Etape 4: Introduire l'objet du jour de la réunion**
 - Informez la population que la couverture vaccinale en Haute Guinée en général et dans leur sous préfecture en particulier est basse alors qu'il y a toujours le vaccin au centre de santé et beaucoup de femmes accouchent seules sans aide avec tous les risques

- Demander aux participants si eux-mêmes ont la perception similaire comme nous et quelles sont les raisons de cette faible fréquentation des centres de santé?
- Laisser les participants répondre et prendre notes.
- **Etape 5: Les solutions à la portée de la population**
 - De tous problèmes énumérés, demander aux participants quelles solutions elles proposent pour les surmonter? Ces solutions sont celles qu'elles mêmes peuvent mettre en marche là ou elles habitent.
 - Prendre note
 - Rappeler aux participants les grandes lignes de leur engagement pour la solution aux problèmes de vaccination et de maternité sans risque
 - Parler aussi des autres interventions qui vont soutenir les solutions adoptées par les participants.
- **Etape 6: Réintroduction des pairs éducateurs à la communauté**
 - Profiter de l'événement pour demander à la population si elle connaît les jeunes et le travail qu'ils font. Certainement qu'ils vont dire oui.
 - Informer la population qu'en dehors de leur travail de sensibilisation sur les IST, ces jeunes seront bientôt rappelés pour être formés en santé maternelle et infantile
 - Leur remettre leur cadeau devant la communauté (dans notre cas, c'est la lampe tempête donnée pour leur permettre de tenir les séances la nuit surtout en cette période d'activité champêtre intense).
- **Etape 7: Identifier les noms de toutes les associations et groupements de femmes (seres) pouvant être utilisés comme canal de mobilisation des femmes**
- **Etape 7: Elaborer le rapport de la réunion communautaire**

Ce qu'il faut éviter

- Demander à la population d'énumérer tous les problèmes de santé auxquels elle est exposée. Là vous risquez de dévier de l'essentiel qui est la vaccination et la maternité sans risque
- Faire des promesses utopiques à la population

ANNEXE XIII

LEADERSHIP DIALOGUE MEETING
April 10-11 and 16-17, 2002

Ministry of Public Health/PRISM
Guinea

Jana Glenn Ntumba
April 20, 2002

Management Sciences for Health
Management and Leadership Development Project
Cooperative Agreement Number HRN-A-00-00-00014-00

TABLE OF CONTENTS

- A. Background
- B. Objectives
- C. Results
- D. Stories of Impact
- E. Recommendations and Next Steps

Appendices

- 1. Scope of Work
- 2. Participant List
- 3. Adaptation of Dialogue Workshop Model
- 4. Current Leadership Practices
- 5. Evolution of Thinking about Leadership and Management
- 6. Leadership and Management Framework
- 7. Challenges facing the MSP
- 8. Leadership Practices Needed to Face Challenges and Priorities for Leadership Development
- 9. Leadership Development Program Design
- 10. Self-Evaluation of Leadership Practices
- 11. Evaluation of Team Leader's Leadership Practices
- 12. Next Steps, Synthesis, and Evaluation of Dialogue Meetings

ABSTRACT

M&L Project consultant, Jana Glenn Ntumba, traveled to Conakry, Guinea to design a Leadership Development Program with key leaders from the Guinean Ministry of Public Health. A Leadership Dialogue was conducted to facilitate stakeholder involvement in and ownership of the design of the program. In collaboration with two Guinean facilitators – Dr. Namadou Keita of PRISM and Dr. Oumar Diakite of MSP Kankan – Mrs. Ntumba adapted the generic Leadership Dialog design and conducted two Leadership Dialog Meetings for a total of 21 leader-participants from the MSP. Participants included 8 regional directors, 6 national program directors, political, economic, and international advisors to the Minister of Health as well as his cabinet chief, the director of health for the city of Conakry, the inspector general, and the secretary general.

Through the meetings, leader-participants identified current MSP practices as they relate to the eight functions in the M&L framework: *management*: plan, organize, implement, evaluate; *leadership*: scan, focus, align and mobilize, inspire (Appendix 4) and challenges facing the MSP in the following areas: human resource development, essential drugs, disease control, financial resources, quality of services, community participation, equipment and infrastructure, referral system, information/communication, decentralization, coordination, research, private illegal medical practices (Appendix 7). Based on this analysis, they determined the leadership practices required to deal with current challenges (Appendix 8), defined priorities for the leadership program (Appendix 8), and drafted the overall program design (Appendix 9).

The overall program design will include three one-week modules separated by 2 months of practical application in the field. During the 2 months of PA, the Guinean facilitators will conduct follow-up visits and organize activities according to the needs of the leader-participants.

Initial discussions were held about options for monitoring progress and evaluating impact. Participants agreed to a 360 degree evaluation process and began by filling out a self-evaluation of their own leadership practices (Appendix 10).

Leader-participants were very enthusiastic about the leadership dialog meeting, the conceptual framework which shows how management and leadership are complementary, the participatory approach used, and the productivity it engendered. They felt it was important to share what they had learned with their staffs upon returning to their posts. Therefore PRISM agreed to provide each leader-participant with a "kit" (Appendix 12) including a power point presentation on the M&L framework, copies of the documents produced by the group, and the Team Leader Evaluation Forms.

The group decided to schedule the first module of the course in one month. In preparation, the facilitator team will:

- initiate discussions with the M&L team in Boston about how to integrate the framework into the course design,
- do initial design work by the team on Module 1 via e-mail, and
- make decisions with the M&L team in Boston about evaluation strategies.

Leadership Dialog Guinea
Jana Glenn Ntumba
April 20, 2002

A. Background

As early as 1999, Alain Joyal, Director of the PRISM Project in Guinea expressed an interest in initiating a leadership development program with the Ministry of Public Health in Guinea. The MSP is very positive in general about MSH's training approaches and products. Training in Team Management for health center directors was so well received that it was expanded first to include district level managers and then to regional level managers and hospital senior managers. MSH brings something that other organizations don't bring. The training we do changes people personally. This is what is unique about MSH training.

The leadership capacity of managers at all levels of the health system in Guinea has become very critical as the MSP has been actively decentralizing over the past few years. Weak leadership is recognized by MSP senior staff as a major cause of dysfunction in the decentralized health system that needs to be addressed effectively. Decentralization in Guinea is very weak and has suffered from a lack of vision and leadership. There are problems at all levels, especially for regional directors. At the central level, people say the system is decentralized. However, people at the regional level are afraid to take the initiative in making decisions.

Team Management and decentralization management were recognized during the Guinean Primary Health Care Program (PEV/SSP/ME) 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 MOH senior staff during the review. The program has been accepted as a priority activity into the 2002 work plan of the PEV/SSP/ME.

B. Objectives

The principle objective of the trip was to design a Leadership Development Program with key leaders in the Guinean Ministry of Public Health (Appendix 1). A Leadership Dialogue was planned to facilitate stakeholder involvement in and ownership of the design of the program.

C. Results

Leadership Dialogue Meetings held: Two Leadership Dialogue Meetings were held with a total of 21 leaders from the Ministry of Public Health, 13 from the central level and 8 regional directors (Appendix 2). The two meetings of two days each were held over a period of two weeks (April 10-11 and April 16-17, 2002). The group was separated into two groups at the

request of the Secretary General in order to assure adequate coverage of Ministry activities at all times. The generic M&L Leadership Dialogue was adapted by the facilitator team and a facilitator guide developed (Appendix 3).

N.B. Results described below are presented in the Appendices in the form of tables with one column for each dialogue meeting. There was a plenary session at the end of the second LD meeting which was attended by some of the participants who attended the first meeting. However there was not adequate time to synthesize the results of the entire group into a joint list.

Current Leadership Practices identified: Current leadership practices of the Ministry of Public Health were identified through a step by step process involving individual reflection, small group work, and large group discussion (Appendix 4). A presentation about the evolution of thinking about leadership and management (Appendix 5) provided a broad overview of 20th century thinking as background. A power point presentation on the conceptual framework (Appendix 6) stimulated thinking and discussion about gaps in current leadership practices.

Challenges facing the Ministry of Public Health identified: Participants developed an extensive list of current challenges the Ministry of Public Health is facing (Appendix 7). The challenges identified concern different levels of the health system - from large-scale environmental issues and health system issues to organizational, work group, and individual issues.

Leadership Practices Required to Deal with Challenges determined: Based on the list of challenges identified, participants determined the key leadership practices needed to deal with these challenges (Appendix 8).

Priorities for Leadership Development Program Defined: A comparison of those practices needed with those currently existing allowed the participants to define leadership practices that need to be developed or strengthened if the MSP is to achieve its desired results (Appendix 8). Priorities for leadership development (Appendix 8) were agreed upon by the group.

Overall Design of the Leadership Development Program Drafted: The overall design of the Leadership Development Program is completed, including a three module course, the development of action plans, two month of practice in the work place, monitoring and evaluation activities (Appendix 9). A date and venue have been set for the first module of the course.

Initial Plans for Monitoring and Evaluation have been Discussed: Initial plans for evaluation have been made. Self-Evaluation and Team Leader Evaluation Forms have been adapted from the Self Evaluation in The Manager (Appendix 10 and 11).

Program Owned by All Stakeholders: Enthusiasm for the program has been developed in the group of MSP leaders who are to be involved. A sense of agreement and ownership exists. One remaining question is whether or not the Secretary General of the MSP will accept that all participants be absent from their posts at the same time to attend the course.

D. Stories of Impact

The leadership dialogue meetings were extremely successful. What seemed rather ordinary to the facilitator team – a simple participative workshop/meeting – was met with such enthusiasm it was surprising. The methodology used was, in the words of one leader-participant, “shocking”. (This was said in a positive way.) A great number of leader-participants have already experienced what Lewin calls an “unfreezing” experience. The synthesis discussion at the end of the first dialogue meeting revealed to what extent the meeting had impacted those present (Appendix 12). People left the meeting feeling they had already learned some important things about leadership and management and that they would already be making changes in their way of working as soon as they went back to work.

E. Recommendations and Next Steps

Given the enthusiasm expressed by the leader-participants in the Dialogue Meeting, it is recommended that the first module of the course be held as soon as possible. The group has agreed to be available for the course in one month.

Next steps include:

- discussions with the M&L team in Boston about how to integrate the framework into the course design,
- initial design work by the team on Module 1 via e-mail, and
- discussions with the M&L team in Boston about possible evaluation strategies.

APPENDICES

APPENDIX 1
SCOPE OF WORK

Scope of Work

Jana Ntumba
Management and Leadership Program
Management Sciences for Health

- Activity Code:** A2 GNCP1D1 90XXSH
- Period of Performance:** March 23, 2002 – March 30, 2002
- Level of Effort:** 8 days
- Technical Supervisor:** Joan Galer, Director Leadership Development
AdCo/SPA: Amanda Ip, Senior Program Assistant
- Objective:** Design a Leadership Development Program for key leaders from the Guinean Ministry of Health
- Activities:**
- 1) Conduct 2 day dialogue with key stakeholders from the Ministry of Health to create a shared vision and organizational outcomes of the Leadership Development Program
 - 2) Plan Leadership-Development Activities for first six months
- Deliverables:**
1. Report of 2-day Dialogue (including agenda, methodology, participant list, overall results, and next steps)
 2. Plan/Outline of six month Leadership-Development Program
 3. Travel Expense Form (TEF)

APPENDIX 2
PARTICIPANT LIST

**PROGRAMME DE RENFORCEMENT
DES CAPACITES EN LEADERSHIP DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
MSP/PRISM/MSH**

**Réunions de dialogue
Hôtel Camayenne
Du 10-11 et du 16-17 avril 2002**

Liste des leaders-participants

PARTICIPANTS	FONCTIONS	Tel/e-mail	SIGNATURE
1. Dr Momo CAMARA	Secrétaire Général		
2. Dr Mahi BARRY	D N S P		
3. Dr Harirata BAH	D N L P		
4. Dr Yéro Boye CAMARA	Conseiller Politique		
5. Dr Sidiki DIAKITE	I G S		
6. Dr Abdourahamane SHERIF	C R PEV/SSP/ME		
7. Dr Ousmane SOW	D R S BOKE		
8. Dr Robert CAMARA	D R S Mamou		
9. Dr Camille SOUMAH	D R S Kindia		
10. Dr Kalifa BANGOURA	D R S N'Zérékoré		
11. Dr Boubacar SALL	S S E I		
12. Dr Gbanassé POGBA	Chef Cabinet-MSP		
13. Dr Bademba BARRY	Conseiller Juridique		
14. Dr Sékou CONDE	DNEH-MSP		
15. Dr Fatoumata KEITA	DAAF-MSP		
16. Dr Alpha Oumar BARRY	DRS Kankan		
17. Dr Fatou Sikhé CAMARA	DRSVCO		
18. M.Aly KAMANO	Resp.CSF		
19. Dr Joanna AUSTIN	Conseillère /Coopération		
20. Dr Mohamed TOUNKARA	DRS Faranah		
21. Dr Djouhé BARRY	DRS Labé		

APPENDIX 3
FACILITATORS' GUIDE

**PROGRAMME DE RENFORCEMENT
DES CAPACITES EN LEADERSHIP
DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**Réunions de dialogue sur le leadership
Hôtel Camayenne
du 10-11 et du 16 au 17 avril 2002**

GUIDE DES FACILITATEURS

Objectifs	Durée	Déroulement des activités	Personne Responsable	Matériels didactiques
	30'	Ouverture Présentation du contexte de l'intervention Introduction de l'équipe de facilitateurs Introductions des participants Attentes Objectifs, résultats attendus, ordre du jour Normes	Alain Alain Alain Jana Jana Oumar Namoudou	Flipchart avec : Nom, prénom, fonction, petit nom, qualité appréciée, aliment préféré Tentes de table Flipchart, marqueurs, tape
Pause Café				
1. Identifier les pratiques courantes de leadership au MSP	10'	Activité 1 : Pratiques courantes des leaders Etape a : Réflexion individuelle Le facilitateur demande aux participants de réfléchir sur des leaders qu'ils connaissent ou qu'ils ont connu dans le contexte de leur travail et d'écrire les pratiques de ce leader sur les cartes (papier bristol).	Oumar	Papier Bristol d'une couleur
	10'	<i>Note au facilitateurs : Il faut insister sur l'importance d'être concret (par exemple : « il se réunit brièvement chaque semaine avec chaque membre de son staff » au lieu de « il communique bien. »</i>		
	30'	Etape b : Travail de groupe Le facilitateur divise le groupe en sous-groupes. Il demande aux participants de 1) partager les résultats de leur réflexion à tour de rôle en lisant leurs cartes et 2) regrouper les pratiques donner un nom à chaque catégorie sur le papier bristol (d'une autre couleur).	Oumar	Flipchart avec instructions pour le travail de groupe
	30'	Etape c : Discussion en Plénière Le facilitateur demande aux participants de placer les différentes catégories de cartes sur le flipchart qui les semble le mieux approprié. (Les cartes pour lesquelles on ne trouve pas de place doivent être placées sur le 9eme flipchart)	Oumar	Papier bristol d'une deuxième couleur
	30'	Le facilitateur demande aux volontaires de lire à haute voix les pratiques sur chaque flipchart. Une fois terminé, il encourage le groupe à chercher ou mettre les cartes qui sont sur le neuvième flipchart.		8 Flipcharts avec les fonctions de leadership écrites en haut de la page. Neuvième flipchart vide.
	30'	<i>Note aux facilitateurs : Il faut demander au secrétaire de saisir les présentations au fur et à mesure.</i>	Fatou	Masking tape (déjà préparé) Ordinateur, imprimante
	30'	Etape d : Autoévaluation des pratiques de leadership Le facilitateur introduit les concepts d'apprentissage continu et développement professionnel à travers le cycle d'incompétence. Il administre le questionnaire d'autoévaluation des pratiques de leadership.	Namoudou	Auto-Evaluations
2. Clarifier le cadre conceptuel de leadership et de management	15'	Activité 2 : Cadre conceptuel de leadership Etape a : Mini exposé sur l'évolution de la pensée sur le leadership et le management	Jana	Diapositives, In-Focus Document « Le Management Volume 10 »
	30'	Etape b : Présentation du cadre conceptuel. Le facilitateur présent le cadre conceptuel de leadership et management en faisant le lien avec les travaux de groupe.	Namoudou Oumar	
	15'	Etape c : Réajustement des cartes par fonction Le facilitateur demande aux participants (par sous-groupe) de réajuster le placement des cartes sur les flipcharts en tenant compte du cadre conceptuel et d'intégrer les cartes du neuvième flipchart.	Jana Fatou	Photocopies des diapos sur l'évolution de la pensée sur le leadership et le cadre conceptuel Ordinateur, imprimante
DEJEUNER				
3. Identifier les		Activité 3 : Les défis existants auxquels le MSH est confronté		

244

Objectifs	Durée	Déroulé de l'activité	Responsable	Matériel
défis auxquels les leaders du MSP sont confrontés dans la situation actuelle	15'	<i>Etape a : Réflexion individuelle</i> Le facilitateur demande à chaque participant de réfléchir aux défis auxquels le MSP est confrontés et de les noter sur bloc note.	Jana	Blocs notes
	30'	<i>Etape b : Travail de groupe</i> Le facilitateur demande aux participants de 1) se mettre en sous groupes, 2) choisir un rapporteur de groupe, 3) partager les idées de chacun, 4) les regrouper, et 5) les mettre sur flipchart. <i>Note aux facilitateurs : Il faut demander aux groupes de se limiter aux questions de clarification sur les idées partagées.</i>		Flipcharts Marquers Masking Tape
	45'	<i>Etape C : Discussion en plénière</i> Le rapporteur de chaque groupe présente les résultats du travail. Le facilitateur avec les participants regroupent les idées semblables et en fait la synthèse. <i>Note aux facilitateurs : Il faut demander au secrétaire de saisir les présentations de groupes au fur et à mesure.</i>	Namoudou Fatou	Flipcharts Marquers
	15'	<u>Synthèse et évaluation de la journée (30 minutes)</u> Qu'est-ce qui vous a frappé le plus ? Quelle partie de la journée était très pertinent pour votre travail ? Comment est-ce que la réflexion d'aujourd'hui va vous influencer dans votre travail ? A travers cette discussion, est-ce que tu as eu des idées sur ce que tu aimerais faire ?	Oumar	Flipcharts Marquers Masking Tape

JOURNEE 2				
Objectif	Durée	Déroulement des activités	Personne responsable	Matériel didactiques
4- Déterminer les pratiques de leadership requises et prioritaires pour faire face à ces défis	30'	<p>Activité 4 : Pratiques requises</p> <p><i>Etape a : Réflexion individuelle</i> Le facilitateur demande aux participants de répondre à la question suivante : Quelle sont des pratiques de leadership requises pour faire face aux défis ? Ils notent leurs réponses sur cartes (papier bristol d'une 2eme couleur).</p> <p><i>Note aux facilitateurs : Il faut dire aux participants de se référer aux liste de défis sans les traiter individuellement.</i></p>	Namoudou	<p>Liste de défis Papier bristol Marquers</p> <p>Deuxième série de flipcharts par fonction (placés juste à côté du même flipchart de la vieille)</p>
	60'	<p><i>Etape b : Travaux de groupe</i></p> <p>Le facilitateur demande aux participants de partager leurs idées. Ensuite, ils regroupent les pratiques selon les huit fonctions du cadre conceptuel. Ils enlèvent les cartes ayant les mêmes idées. Les membres du groupe affichent les pratiques sur les flipcharts appropriés.</p> <p><i>Note aux facilitateurs : Il faut demander au secrétaire de saisir les présentations de groupes au fur et à mesure.</i></p>		
	15'	<p>Pause Café</p>		
	60'	<p><i>Etape c : En plénière</i></p> <p>1. Lequel des flipcharts a le plus de cartes ? Lequel a le moins ? 2. Qu'est-ce qui vous frappe en regardant les flipcharts ? 3. Qu'est-ce qui vous intimide ? Qu'est-ce qui vous inquiète ? vous impressionne ? 4. Parmi ces pratiques requises lesquelles appliquez-vous souvent ? Lesquelles faites-vous bien ? Lesquelles vous ne faites pas bien ? Lesquelles vous ne faites pas du tout ? Pourquoi faites-vous certaines pratiques bien et d'autres mal ? 5. Etant donné vos pratiques courantes et les pratiques requises par vos défis, quel ordre de priorité donnez-vous aux fonctions de leadership à renforcer lors du programme ?</p>		
5- Identifier les éléments d'un programme de renforcement des	15'	<p>Activité 5 : Eléments d'un programme de renforcement des capacités en leadership</p> <p><i>Etape a :</i> Après avoir fait une Introduction au sujet de ce qui est requise pour développer les capacités de leadership. (Voir CCL Handbook – référence au défis, soutien, feedback), les facilitateurs présentent leur proposition et demande les réactions, les amendements, et les suggestions du groupe.</p>	Jana	Flipcharts

		1h30	<p><u>SYNTHESE GENERALE DES DEUX REUNIONS DE DIALOGUE</u></p> <p>Présentation des résultats des deux réunions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonctions requises de chaque réunion - Priorités requises de chaque réunion - Consensus sur le programme (dates) - Prochaines étapes <p>Conditions de réussite du programme</p> <p><u>Discours de clôture</u></p> <p>Directeur du Projet PRISM Secrétaire Général du MSP</p>	<p>Secrétaire Général = Modérateur</p> <p>Représentants des deux équipes</p> <p>Jana Namoudou</p> <p>Oumar</p>	<p>Kits pour chaque leader-participant comprenant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La liste des leaders-participants - La liste des pratiques courantes - Les présentations sur diapositives du cadre conceptuel et de l'évolution de la pensée sur le leadership - La liste des défis existants - La liste des pratiques requises pour faire face aux défis - La description du programme de renforcement des capacités en leadership - Les évaluations du leader par les membres de son équipe, par ses collègues du même niveau hiérarchique, et par ses supérieurs.
--	--	------	--	---	---

APPENDIX 4
CURRENT LEADERSHIP PRACTICES

APPENDIX 5

EVOLUTION OF THINKING ABOUT LEADERSHIP AND MANAGEMENT

**PROGRAM DE RENFORCEMENT
DES CAPACITES DE LEADERSHIP DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
MSP/PRISM/MSH**

Réunions de dialogue sur le Leadership
Hôtel Camayenne
du 10-11 et du 16-17 avril 2002

**L'EVOLUTION DE LA PENSEE
SUR LE LEADERSHIP ET LE MANAGEMENT**
Un résumé bref

THEORIE DES GRANDS HOMMES

a facilité l'étude des style de leadership/management
(comment ces leaders célèbres conduisaient les hommes
en accomplissant leurs fonctions)

↓

THEORIE CLASSIQUE

- 3 Styles de leadership
- autocratique
 - démocratique
 - laisser faire

↓

études sur les effets des 3 styles

- | | | |
|---------------|---|--------------------------------------|
| autocratique | → | agressivité |
| | → | apathie |
| démocratique | → | participation à la prise de décision |
| | → | esprit d'équipe |
| laisser faire | → | manque de confiance |
| | → | absence des objectifs |

Un leader n'est pas forcément un manager
(et vice versa)

DIFFERENCE ENTRE LEADER ET MANAGER

Leader : a la capacité d'influencer et d'orienter les actes et les comportements des autres dans une direction voulue

Manager : réunit et mobilise les ressources humaines et matérielles/financières afin de réaliser des objectifs dans la manière la plus efficace/efficiente

↓

résultats ont amené d'autres chercheurs à faire des enquêtes

↓

CONCLUSION

Deux dimensions principales des comportements managériaux :

- la tâche
- les relations humaines

↓

THESE DU STYLE IDEAL

Style démocratique

Type participatif

↓

encore des études sur ce thème

RESULTAT

les pensées vis à vis ces deux dimensions ont évoluées

Notion de 81 combinaisons des deux dimensions
en assignant 9 degrés à chacune des deux dimensions

études ont amené à des nouvelles conclusions



IL N'Y A PAS DE STYLE IDEAL

le style de leadership doit s'adapter à la situation

le choix du style est fait en fonction

- forces du manager
- forces du subordonné
- forces de la situation



la pensée a encore évoluée



LEADERSHIP SITUATIONNEL

le choix du style dépend de la « maturité » du subordonné

- maturité
- confiance vis à vis une tâche donnée
 - compétence vis à vis une tâche donnée

CONCLUSION

LES DIRIGEANTS ADAPTABLES REUSSISSENT

Certaines des plus récentes idées sur le leadership et le management se trouvent a la page 4 du document « Former les responsables qui soient des leaders ». Les références se trouvent à la page 30 du même document.

APPENDIX 6 LEADERSHIP AND MANAGEMENT FRAMEWORK

Cadre des résultats de leadership et de gestion pour le responsable :
Permettre aux organisations et aux programmes de parvenir à des résultats durables dans des conditions complexes

<p align="center">LEADERSHIP</p> <p align="center"><i>Aligne l'organisation interne sur les conditions externes, et les intérêts personnels sur la mission de l'organisation</i></p>	<p align="center">GESTION</p> <p align="center"><i>Aligne les parties internes de l'organisation</i></p>
<p>Examiner le contexte</p> <p><i>Résultat organisationnel : L'organisation obtient une vue d'ensemble, fondée sur des connaissances constamment mises à jour, des tendances qui existent dans son environnement externe et interne.</i></p> <p>Concentrer l'attention</p> <p><i>Résultat organisationnel : L'organisation a une mission, une stratégie et des priorités bien comprises qui servent à guider le travail dans l'organisation toute entière.</i></p> <p>Aligner/Mobiliser</p> <p><i>Résultat organisationnel : Les groupes de travail dans l'organisation toute entière ont des plans qui sont alignés pour appuyer la stratégie de l'organisation et les ressources suffisantes pour les mener à bien.</i></p> <p>Etre une source d'inspiration</p> <p><i>Résultat organisationnel : Le personnel à tous les échelons s'engage à réaliser la mission de l'organisation et à apprendre et innover constamment.</i></p>	<p>Planifier</p> <p><i>Résultat organisationnel : Les résultats de l'organisation sont définis, ses ressources sont attribuées et un plan opérationnel est établi.</i></p> <p>Organiser</p> <p><i>Résultat organisationnel : L'organisation dispose de structures, de systèmes et de processus fonctionnels pour mener à bien des opérations efficaces. Les membres du personnel sont organisés et conscients des attentes et des responsabilités de leurs postes.</i></p> <p>Mettre en oeuvre</p> <p><i>Résultat organisationnel : Les activités organisationnelles sont menées à bien de façon efficace et effective.</i></p> <p>Suivre et Evaluer</p> <p><i>Résultat organisationnel : L'organisation obtient une information sur le progrès des réalisations et des résultats, et applique les connaissances et le principe d'une formation permanente.</i></p>

**Mener des groupes de travail et des organisations à des résultats :
Pratiques-clés de leadership à l'intention des responsables**

Fonctions	Pratiques	Résultat principal
Examiner le contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Vous connaître vous-même et connaître vos valeurs, vos qualités et vos faiblesses. • Connaître les aspirations et les intérêts des autres membres de votre groupe de travail. • Identifier les besoins des clients, les partenaires et les concurrents ainsi que les défis organisationnels. • Être conscient des réglementations gouvernementales et des conditions sociales, politiques et de terrain. • Reconnaître les tendances-clés dans votre environnement. 	Le groupe de travail bénéficie d'une vue d'ensemble des tendances dans son environnement externe et interne, fondée sur des connaissances constamment mises à jour.
Concentrer l'attention	<ul style="list-style-type: none"> • Concentrer l'attention du groupe de travail sur les défis essentiels. • Définir ensemble le but/la mission du groupe de travail par rapport à la mission de l'organisation. • Faire participer le groupe à la réflexion stratégique. • Identifier les priorités. 	Le groupe de travail a une mission, une stratégie et des priorités qui sont bien comprises et utilisées pour orienter son travail.
Aligner/ Mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'harmonie entre la mission, la stratégie, la structure, les systèmes et les activités quotidiennes. • Coordonner les objectifs de l'organisation avec ceux du groupe de travail et de chaque individu. • Créer et animer des équipes là où cela est nécessaire. • Lier les récompenses et la reconnaissance aux objectifs. • Mobiliser les ressources externes et internes. 	Les membres du groupe de travail ont des plans qui sont alignés pour appuyer la stratégie du groupe de travail, ainsi que la motivation et les ressources suffisantes pour les mener à bien.
Être une source d'inspiration	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'intégrité dans les interactions. • Manifester sa confiance envers tous les membres du personnel. • Fournir des défis clairs, un feedback et un appui au personnel. • Encourager la créativité, l'innovation et l'envie d'apprendre. 	Les membres du groupe de travail s'engagent à remplir la mission du groupe et à apprendre et innover constamment. Ils utilisent pleinement leurs capacités.

APPENDIX 7

CHALLENGES FACING THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

**PROGRAMME DE RENFORCEMENT
DES CAPACITES EN LEADERSHIP DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
MSP/PRISM/MSH**

**Réunions de dialogue sur le Leadership
Hôtel Camayenne
Du 10-11 et du 16-17 avril 2002**

Dans un contexte socio-économique et environnement caractérisé par l'absence de ressources financières pauvreté extrême des populations et une réduction constante des ressources financières

DEFS	Réunion de dialogue 1 (10-11 avril 2002)	Réunion de dialogue 2 (16-17 avril 2002)
1. Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment rendre disponibles à tous les niveaux des personnels qualifiés et motivés en effectif suffisant pour faire face aux problèmes de santé de la reproduction ? ◆ Comment assurer la prise en charge du personnel et leur famille dans un contexte d'absence de sécurité sociale pour les fonctionnaires ? ◆ Comment lutter contre les maladies émergentes et réémergentes dans un contexte de centralisation et de concentration des programmes et projets ? ◆ Comment concilier les intérêts des ressources et ceux de l'organisation ? ◆ Comment parvenir à une supervision réellement intégrée et efficace 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Manque d'humanisme médical (non-respect du Code de Déontologie médicale, non-respect de l'Ethique professionnelle) ◆ Insuffisance de qualification professionnelle du personnel ◆ Mauvaise gestion des ressources : Humaines, matérielle et manque de motivation du personnel ◆ Comment améliorer la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé : répartition géographique ; renforcement des compétences ; moralisation de l'exercice de la profession (médical/paramédicale) ◆ Développement des ressources humaines (plan carrière, formation, motivation, description de poste) ◆ Confinance entre les malades et le personnel de santé (Respect de la Déontologie médicale) ◆ Comment améliorer le circuit de l'information à travers la pyramide sanitaire (public et privé)

233

2.Médicaments essentiels		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment assurer la disponibilité, l'accessibilité et l'assurance, qualité du Médicament essentiel aux populations ◆ Disponibilité des médicaments ◆
3. Lutte contre la maladie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment maîtriser les maladies endémiques émergentes ? ◆ Comment lutter contre les maladies émergentes et réémergentes ? 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Recrudescence des pathologies endémiques et épidémiques (Palu, Sida, tuberculose, etc.) ◆ Comment instaurer une culture de lutte intégrée contre la maladie : épidémies, IST/SIDA, maladies endémiques et lésions courantes ◆ Maîtrise des épidémies ◆ Propagation des ist :sida et Prise en charge correcte.
4. Culture de lutte intégrée contre la maladie		
5.Financement du secteur de la santé		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment améliorer le financement du Secteur de la Santé ?
6.Qualités des services		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Qualité des services ◆ Faible utilisation des Services
7. Participation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment passer de la manipulation communautaire à la responsabilisation ◆ Comment amener les équipes de santé et communauté au changement des comportements en faveur des actions sanitaires ? 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment améliorer la participation communautaire ?

259

<p>8. Equipements et infrastructures sanitaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment rendre fonctionnel et viable les différentes structures sanitaires construites sans tenir compte de la carte sanitaire de la région ? ◆ Comment assurer la maintenance des équipements ? ◆ Comment concilier les prix d'achat actuel des médicaments essentiels les tarifs appliqués et la pauvreté de la population ? ◆ Comment assurer l'équipement et la maintenance des infrastructures existantes dans le contexte de maintenance des ressources et de mauvaise gestion ? 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment améliorer et maintenir les équipements et infrastructures sanitaires ?
<p>9. Système de référence et contre référence</p>		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment améliorer le système de référence et de contre référence ?
<p>10. Information/Communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment assurer la complémentarité des sous secteurs publics et privés ? ◆ Comment faire en sorte qu'il ait une véritable ouverture d'esprit des responsables de la santé ? ◆ Comment instaurer une véritable communication entre les différents niveaux afin de parvenir à des différentes décisions concertées ? ◆ Comment améliorer le circuit des informations à l'extérieur du système ? 	

<p>11. Décentralisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment assurer une véritable décentralisation des services de santé ? ◆ Comment parvenir à une responsabilisation effective des différentes structures et au niveau de la communauté ? ◆ Comment améliorer la disponibilité, la gestion des ressources à tous les niveaux de la population ? ◆ Comment assurer la complémentarité des sous secteurs publics et privés ? ◆ Comment parvenir à rendre opérationnel le district sanitaire ? ◆ Comment instaurer une véritable communication entre les différents niveaux afin de parvenir à des différentes décisions concertées ? ◆ Comment instaurer une structure de contrôle des services de santé ? 	
<p>12. Coordination</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment parvenir à une coordination/gestion ? ◆ Comment faire en sorte qu'il ait une véritable ouverture d'esprit des responsables de la santé ? 	
<p>13. Recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment arriver à développer les activités de recherche ? 	
<p>14. Médecine privée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment lutter contre la médecine illégale et de la pharmacie ? 	
<p>15. Catégorie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment protéger l'exercice des professions de la santé ? 	

9/2

APPENDIX 8

**LEADERSHIP PRACTICES REQUIRED TO FACE MSP CHALLENGES
AND
PRIORITIES FOR LEADERSHIP DEVELOPMENT**

**PROGRAMME DE RENFORCEMENT
DES CAPACITES EN LEADERSHIP DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
MSP/PRISM/MSH**

**Réunions de dialogue sur le Leadership
Hôtel Camayenne
Du 10-11 et du 16 - 17 avril 2002**

Pratiques requises de Leadership pour faire face aux défis du MSP

<i>Fonction de leadership</i>	<i>Réunion de dialogue 1 (10-11 avril 2002)</i>	<i>Réunion de dialogue 2 (16-17 avril)</i>
SCRUTER	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la structure et fonctionnement de l'organisation • Evaluer les relations entre les acteurs • Evaluer les problèmes de santé de la population • Identifier les partenaires (réels et potentiels) • Organiser les visites de terrain pour identifier les forces, les faiblesses et les opportunités • Analyser les rapports d'activités et faire la retro-information • Etudier les intérêts des différents acteurs • Identifier les opportunités et contraintes de l'organisation <p><i>* Se font de façon informelle</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Il écoute attentivement ses collaborateurs et ses subordonnés ◆ La culture de la confiance ne soi et aux autres ◆ La culture de l'auto-évaluation ◆ Il s'auto-évalue régulièrement pour connaître les faiblesses liées à sa compétence ◆ Ecoute ses collaborateurs ◆ Identifie les priorités à atteindre ◆ Connaître les intérêts, aspirations des uns et des autres vis à vis de l'organisation <p><i>* Se fait le plus souvent très bien</i></p> <p align="right">Priorité 8</p>

264

Fonction de Leadership	<i>Réunion de dialogue 1 (10-11 avril 2002)</i>	<i>Réunion de dialogue 2 (16-17 avril 2002)</i>
<i>FOCALISER</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Focaliser les membres de l'équipe et les communautés sur les priorités de l'organisation • Sélectionner les défis prioritaires par consensus • Définir par consensus les grands axes de solution des défis aux problèmes prioritaires • Provoquer une compréhension commune de la mission d'organisation pour tous les acteurs • Etablir les relations fonctionnelles appropriées entre les structures de santé selon la vision des districts sanitaires • Orienter les membres de l'équipe vers une vision clairement définie <p>* Communication au niveau national</p> <p>* <i>Maintenir ce qui a commencé et aller jusqu'à tous les niveaux</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Il définit avec ses collaborateurs la mission et la vision de leur organisation <p>* <i>Ne se font pas souvent, pas bien</i></p> <p><i>Priorité 2</i></p>

265

<i>Fonction de leadership</i>	<i>Réunion de dialogue 1 (10-11 avril 2002)</i>	<i>Reunion de dialogue 2 (16-17 avril 2002)</i>
ALIGNER ET MOBILISER	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les membres de l'équipe (supervision, sanction sanitaire, feed-back) • Organiser une fête annuelle pour récompenser les travailleurs • Doit être à l'écoute des membres de l'équipe leur faire confiance pour améliorer les performances • Négocier les objectifs de l'organisation en tenant compte des acteurs • Doter les structures de l'organisation en ressources nécessaires à l'accomplissement de leur mission • Se baser sur la compétence des collaborateurs pour toute autorité • Prendre des décisions consensuelles • Mettre en place un système de motivation orientée vers la performance des acteurs (résultats) • Déléguer les fonctions responsables • Responsabiliser les collaborateurs • Négocier les résultats à atteindre en fonction des objectifs • Mettre en place un système de gestion des profits de carrière <p><i>* Tout est à améliorer * D'autres à initier</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Il fait la promotion du travail en équipe ◆ Il fait participer ses collaborateurs aux prises de décision ◆ Il élabore des contacts objectifs ◆ Mobiliser les ressources nécessaires pour l'accomplissement de la mission ◆ Développer le travail d'équipe pour atteindre les objectifs ◆ Elaborer un contrat d'objectif <p><i>* Difficultés de mobilisation des ressources</i></p> <p style="text-align: right;">Priorité 3</p>

266

Fonction de leadership	Réunion de dialogue 1 (10-11 avril 2002)	Réunion de dialogue 2 (16-17 avril 2002)
INSPIRER	<ul style="list-style-type: none"> • Doit être intègre , honnête, transparent, rigoureux, habile et communicatif • Donner un bon modèle d'engagement • Faire preuve de confiance entre les membres de l'équipe • Doit susciter la créativité et l'innovation (Equipe de supervision et équipe de réflexion) • Avoir des capacités de négocier des conditions d'épanouissement de l'organisation <p><i>* A améliorer à tous les niveaux</i></p> <p><i>* Le déficit est important</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Il sert de modèle pour les autres ◆ Il crée un environnement de travail qui privilégie la créativité, l'innovation et l'apprentissage continu dans son service ◆ Il doit consacrer l'essentiel de ses activités à inculquer au personnel le principe du respect de la vie humaine ◆ Il lance des défis et crée un climat de travail adéquat ◆ Avec son personnel, il doit faire preuve d'intégrité ◆ Améliore la qualité en assurant la formation continue de son personnel <p><i>* Pose de réels problèmes</i></p> <p style="text-align: right;">Priorité 1</p>

967

<i>Fonction de Management</i>	<i>Réunion de dialogue 1 (10-11 avril 2002)</i>	<i>Réunion de dialogue 2 (16-17 avril 2002)</i>
<i>PLANIFIER</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier les activités sur la base d'informations fiables • Mettre en place pour chaque niveau un plan de formation continue des personnel de santé • Estimer et allouer les ressources nécessaires pour les activités • Identifier les actions à mettre en œuvre continuellement • Organiser un atelier de planification opérationnelle à chaque une fois • Négocier des résultats à atteindre • Mettre en place un système efficace d'assainissement et des distribution des médicaments, équipements et matériels <p><i>* C'est pas excellent mais ça se fait</i> <i>* le déficit n'est pas important</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'estimation correcte des besoins • Il planifie avec réalisme • Il élabore une planification avec son personnel • Il doit établir un planning de travail cohérent et adéquat pour la résolution et le suivi des activités du service <p><i>* C'est fait le plus souvent très bien</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Priorité 7</i></p>

268

<i>Fonction de Management</i>	<i>Réunion de dialogue 1 (10-11 avril 2002)</i>	<i>Réunion de dialogue 2 (16-17 avril 2002)</i>
<p>ORGANISER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser le travail d'équipe (réunion ; staff, retro-information) description postes et tâches • Tenir régulièrement les instances de coordination (CTRS, CTC, CTPS ,staff hebdomadaire et mensuel) • Mettre en place et former une équipe cadre de district sanitaire • Faire des réunions régulières • Définir les rôles et responsabilités des acteurs • Elaborer un règlement interne de l'organisation et l'appliquer • Organiser une mutuelle des travailleurs • Définir résumés et procédures dans l'organisation • Définir les relations internes et externes entre les acteurs • Développer un système de référence et contre référence entre les structures <p>* <i>C'est fait, mais pas complètement</i> * <i>Déficit moyen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des travaux d'équipe afin de faire participer tous les membres à la prise de décision • Il doit être transparent dans ses décisions et dans sa gestion quotidienne • Il doit ouvrir pour la formation du personnel médical et paramédical pour assurer de meilleures prestations • La culture de la délégation du pouvoir et de la transparence • Le partage de l'information avec les collaborateurs, supérieurs et subordonnés • Il doit s'assurer de l'utilisation rationnelle, efficace et efficiente des ressources matérielles et financières à sa disposition • Il doit appliquer la sanction appropriée à chaque situation (positive et négative) <p>* <i>Ne se fait pas bien</i></p> <p style="text-align: right;">Priorité 4</p>

267

<i>Fonction de Management</i>	<i>Réunion de dialogue 1 (10-11 avril 2002)</i>	<i>Réunion de dialogue 2 (16-17 avril 2002)</i>
<i>EXECUTER</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer constamment les compétences de l'équipe afin d'augmenter la productivité • Déléguer les tâches • Mettre en place des outils de gestion à tous les niveaux <p><i>* A tous les niveaux il y a exécution</i> <i>* Mais pas à 100 % car les ressources sont insuffisantes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonne la mise en œuvre des activités • Il organise la formation continue et adaptée du personnel du service • Le leader doit promouvoir les mutuelles de santé pour la prise en charge des coûts des ME et soins <p><i>* Se fait très bien (quand il y a des ressources)</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Priorité 6</i></p>

270

<i>Fonction de Management</i>	<i>Réunion de dialogue 1 (10-11 avril 2002)</i>	<i>Réunion de dialogue 2 (16-17 avril 2002)</i>
<i>EVALUER</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer périodiquement les activités de l'équipe • Se remettre en question pour améliorer les performances de l'équipe • Mettre en place un système de suivi et évaluation du fonctionnement du service • Assurer le suivi et contrôle (tableaux de bord) <p>* <i>A améliorer</i> * <i>Déficit moyen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fait le suivi et l'évaluation des actions entreprises • Il évalue régulièrement • Il doit faire de la recherche un outil indispensable de promotion de la santé <p>* <i>Se fait, mais pas bien</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Priorité 5</i></p>

APPENDIX 9

LEADERSHIP DEVELOPMENT PROGRAM DESIGN

**PROGRAMME DE RENFORCEMENT DES CAPACITES EN LEADERSHIP DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
MSP / PRISM / MSH
(A partir d'avril 2002)**

Durée	2 jours	1 mois	1 semaine	2 mois	1 semaine	2 mois	1 semaine	6 mois	1 an
Éléments du programme	REUNIONS DE DIALOGUE		MODULE 1	Pratique sur le terrain	MODULE 2	Pratique sur le terrain	MODULE 3	Pratique sur le terrain	Pratique sur le terrain
Plans	PROGRAMME ENTIER		PLAN D'ACTION		PLAN D'ACTION		PLAN D'ACTION		
Suivi / Evaluation	<p><u>Pendant les deux jours et le mois suivant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-évaluation - Restitution de la réunion - Evaluation faite par son équipe - Evaluation faite par ses collègues de même niveau hiérarchique - Evaluation faite par son supérieur 		<p><u>Après 1 mois :</u></p> <p>Activités de suivi</p> <p>Et</p> <p>Soutien des autres leaders</p>		<p><u>Après 1 mois :</u></p> <p>Activités de suivi</p> <p>Et</p> <p>Soutien des autres leaders</p>	<p><u>Après 1 mois :</u></p> <p>Activités de suivi</p> <p>Et</p> <p>Soutien des autres leaders</p>	<p><u>Pendant les 6 mois :</u></p> <p>Atelier de suivi Et Soutien des autres leaders</p> <p><u>A la fin des 6 mois :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-évaluation - Evaluation faite par son équipe - Evaluation faite par ses collègues de même niveau hiérarchique - Evaluation faite par son supérieur 	<p><u>Pendant les 6 mois :</u></p> <p>Atelier de suivi Et Soutien des autres leaders</p> <p><u>A la fin des 6 mois :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-évaluation - Evaluation faite par son équipe - Evaluation faite par ses collègues de même niveau hiérarchique - Evaluation faite par son supérieur 	

APPENDIX 10 SELF-EVALUATION OF LEADERSHIP PRACTICES

APPENDIX 11
EVALUATION OF TEAM LEADER'S PRACTICES

PROGRAMME DE RENFORCEMENT DES CAPACITES EN LEADERSHIP
DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

EVALUATION DES PRATIQUES DE LEADERSHIP D'UN CHEF D'EQUIPE

MSP / PRISM / MSH
Conakry, République de Guinée
A partir d'avril 2002

Appliquer les pratiques de leadership : Comment le Chef d'équipe fait ?

Votre Chef manifeste un désir de s'améliorer davantage dans ses pratiques de leadership. Il souhaiterait votre contribution à ce processus. Veuillez remplir en toute objectivité et sans état d'âme, ce questionnaire pour identifier les pratiques de leadership qu'il utilise déjà quotidiennement dans son travail et les pratiques qu'il pourrait développer davantage.

- Donnez une note de 1 à 5 à chaque pratique, tel qu'indiqué ci-dessous.
- Totalisez ensuite vos notes et divisez le total par cinq pour obtenir la note moyenne pour chaque fonction, (Examiner le contexte, Concentrer l'attention, Aligner/Mobiliser, et Etre une source d'inspiration). Souvenez-vous que les notes ne sont que des estimations approximatives du niveau de pratique.

Echelle de notation

1 2 3 4 5

Il le fais rarement ←-----Il le fais parfois-----→ Il le fais souvent

PRATIQUES DE LEADERSHIP		Au début du programme
Scruter (Examiner le contexte)		
1	Il cherche l'information à partir de sources fiables pour identifier les tendances dans l'organisation et dans l'environnement externe, en particulier les tendances relatives aux besoins des clients.	
2	Il parle avec des collègues qui travaillent dans d'autres organisations de ce qu'ils font.	
3	Il va sur le terrain pour découvrir les conditions de travail et les besoins des clients au niveau local.	
4	Il parle de leurs aptitudes, de leurs motivations et de leurs défis aux membres de son groupe de travail.	
5	Il réfléchit à ses propres aptitudes, motivations et défis.	
<i>Note pour l'examen du contexte</i>		
Focaliser (Concentrer l'attention)		
1	Il connaît et il communique la mission, les objectifs-clés, les stratégies et les défis essentiels de son organisation.	
2	Il collabore avec son groupe de travail pour utiliser la stratégie de l'organisation afin de définir leurs objectifs et leurs défis.	
3	Il peint un tableau positif de l'avenir à l'intention du groupe de travail.	
4	Il fait participer son groupe de travail à l'établissement de priorités claires pour répondre aux besoins des clients.	
5	Il discute avec son groupe de travail, et avec chaque membre, de la façon dont leurs actions s'harmonisent avec les priorités et les objectifs de l'organisation.	
<i>Note pour la concentration de l'attention</i>		
Aligner/Mobiliser		
1	Il s'assure que les systèmes, les structures, les tâches et le travail d'équipe soient alignés sur les objectifs et les stratégies.	
2	Il communique clairement les attentes au personnel et il le tient responsable des résultats.	
3	Il fournit au personnel les ressources dont il a besoin pour effectuer son travail, dans la mesure du possible.	
4	Il apprend ce qui est important pour son personnel et comment le motiver à utiliser ses capacités.	
5	Il remercie et il récompense le personnel lorsque ce dernier atteint les objectifs.	
<i>Note pour l'alignement/mobilisation</i>		

278

PRATIQUES DE LEADERSHIP		Au début du programme
Inspirer (Etre une source d'inspiration)		
1	Il écoute attentivement les autres, même lorsqu'ils ne sont pas d'accord avec lui, et il encourage les idées nouvelles et les innovations.	
2	Il pose des défis clairs à son groupe de travail.	
3	Il fournit un feedback aux membres du personnel à partir de ses observations et de celles d'autres personnes pour qu'ils améliorent leur conscience d'eux-mêmes.	
4	Il apporte un appui aux autres en reconnaissant leurs contributions et en exprimant sa confiance en leurs aptitudes.	
5	Il reste intègre et il fait preuve de transparence dans l'information qu'il partage et dans les décisions qu'il prend.	
		<i>Note pour l'inspiration</i>

MERCI DE VOTRE CONTRIBUTION.

279

APPENDIX 12

PROCHAINES ETAPES, SYNTHESE, ET EVALUATION

PROCHAINES ETAPES

Restitution de la réunion de dialogue

- ◆ Explication
- ◆ Résultats et distribution de documents*
- ◆ Evaluation du leader par les membres de l'équipe

PRISM fournira un « kit » à chaque leader-participant comprenant :

- La liste des leaders-participants
- La liste des pratiques courantes
- Les présentations sur diapositives du cadre conceptuel et de l'évolution de la pensée sur le leadership
- La liste des défis existants
- La liste des pratiques requises pour faire face aux défis
- La description du programme de renforcement des capacités en leadership
- Les évaluations du leader par les membres de son équipe, par ses collègues du même niveau hiérarchique, et par ses supérieurs .

SYNTHESE

Qu'est-ce qui vous a frappé le plus ?

La méthodologie participative
La participation effective
La recherche permanente du consensus
La patience de l'approche et la productivité
L'intérêt collectif
La planification du programme

Qu'est-ce qui ne vous a pas plu ?

Qu'est-ce qui était totalement nouveau pour vous ?

Le cadre conceptuel du leadership et du management
Savoir qu'il y a une complémentarité entre le leadership et le management

A quel moment vous vous êtes rendu compte que vous connaissiez plus sur le leadership que vous ne le pensiez ?

Après la visualisation du cadre conceptuel
En faisant les pratiques requises

Quelle est l'importance/la pertinence de ce que nous avons fait pendant la réunion pour la mission/les objectifs/la tâche du MSP ?

Point de départ d'un changement positif
Déclat pour une remise en question pour le changement positif

Comment votre pensée a changé (s'il y a eu changement) au sujet de leadership, management, performance ?

Prise de conscience (Exemple : la présence des cadres à la réunion)

Quel était l'élément clé dans ce changement ?

Comment votre présence à cette réunion va-t-elle changer ce que vous ferez quand vous rentrerez au travail ?

Préparation de la réunion de restitution

Quel est votre rôle particulier dans l'assurance de la mise en application de nos bonnes intentions ?

Participation pour la suite du programme

Qu'est-ce qu'il faut d'autre ?

Faire en sorte qu'il y ait continuité

Elargir l'éventail et faire que tout le monde va dans le même sens

Révision des objectifs et les résultats désirés

Objectifs et résultats atteints

Sentiments des leaders-participants à la réunion

A l'aise

Confiant

Rassuré