

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE

DRAFT
du
RAPPORT FINAL

**ANALYSE SITUATIONNELLE DES PROGRAMMES DE SANTE
DE LA REPRODUCTION**

OCTOBRE 1998

I- INTRODUCTION

a) Rappel historique

La planification familiale est très récente en Guinée. Elle a été introduite pour la première fois en 1983 dans trois points de prestations de services de santé de la capitale: les CHU de Donka et de Ignace Deen et le centre de santé de Coronthie. Ce fut alors le point de départ des initiatives en faveur de la PF, telles que la création de cliniques modèles par l'AGBEF en 1984. En 1988, la République de Guinée a commencé à mettre en place un programme de soins de santé primaires visant en premier la santé maternelle et infantile. Ce programme, en l'espace de quelques années, a fait des progrès remarquables en augmentant l'accessibilité et l'utilisation des services élémentaires de protection de la mère et de l'enfant. La planification familiale a été introduite plus tardivement dans ce programme en 1991, mais a connu une évolution très rapide avec un accroissement constant de la disponibilité des services. En juin 1994, une politique de santé maternelle et infantile a été élaborée dont les principes s'inspirent de ceux de la politique nationale sanitaire et de la politique de la population de 1992. L'application de la politique sanitaire à travers le programme PEV/SSP/ME et le programme de SMI/PF a permis l'ouverture d'environ 335 centres de santé dans le pays. Cependant, plusieurs indicateurs de santé de la Guinée sont parmi les plus préoccupants du monde (USAID, Rapport Evaluation 1994). En effet, le taux de mortalité infantile est de 136 pour mille naissances. Le statut nutritionnel des femmes et des enfants apparaît comme étant très critique bien qu'aucune enquête ne permette d'avoir des indicateurs fiables. Les maladies diarrhéiques sont les causes de 9% de décès d'enfants de moins de 1 an et représentent 15% des consultations médicales. Par contre le taux de couverture vaccinale a connu un accroissement important puisqu'il est passé de 3% en 1987 à 62% en 1996. Le taux de prévalance de séropositivité au VIH est estimé à environ 1,8%. Le taux de mortalité maternelle (560 à Conakry et 800 dans les régions pour 100 000 naissances) est parmi les plus élevées de la sous-région et constitue une préoccupation du Gouvernement Guinéen. Aussi le taux de prévalance contraceptive reste bas avec 2% malgré la forte demande potentielle en services de planification familiale (EDS, 1992).

C'est dans ce cadre que la mission de USAID/Guinée a eu à financer en 1990 un programme d'intégration de la planification dans les soins de santé primaires (FAMPOP) dans deux régions naturelles du pays. Pour une meilleure coordination, l'USAID travaille en étroite collaboration avec le FNUAP qui apporte son soutien financier aux deux autres régions. Evidemment, tout le programme est piloté et co-financé par le Gouvernement Guinéen. Outre les activités du secteur public, l'AGBEF une ONG nationale créée en 1984 et affiliée à l'IPPF, dispose aujourd'hui de cinq cliniques dans le pays. Cependant, force est de constater que les services offerts dans les structures de santé restent encore peu utilisés.

b) Justification de l'étude

Au courant de l'année 1997, le Ministère de la Santé a initié en collaboration avec l'USAID/Guinée un programme quinquennal "Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST/SIDA (PRISM). La disponibilité de données complètes et fiables sur les différents sous systèmes cliniques est importante pour une planification et une évaluation effective du programme de Santé. La présente étude servira d'enquête pré-intervention pour évaluer la situation initiale. Des indicateurs clés permettront de mesurer l'impact des activités du programme; l'étude fournira des

informations actuelles pouvant contribuer à formuler les interventions et serviront à l'identification des thèmes prioritaires en matière de recherche opérationnelle.

c) Objectifs de l'étude

L'objectif à long terme de l'étude est d'apporter une assistance au Ministère de la Santé dans la planification de l'amélioration des services de santé de la reproduction.

Les objectifs immédiats sont au nombre de quatre :

- Evaluer la qualité et le fonctionnement des services de santé de la reproduction ;
- Fournir des informations de base aux activités de "PRISM " ;
- Fournir des indicateurs de base de la qualité des services et de la capacité de fonctionnement des sous systèmes afin de pouvoir évaluer les performances des programmes ;
- Identifier des actions pertinentes en matière de stratégies d'intervention et de recherche opérationnelle.

III. METHODOLOGIE

a) Cadre conceptuel

La bonne gestion des programmes de santé, qui constitue un défi pour les responsables africains, nécessite une connaissance suffisante des différentes composantes du système de prestation de services de santé qui sont : le personnel, les infrastructures et leur équipement, et l'offre des services.

Le développement et l'évolution de la méthodologie des études d'Analyse Situationnelle viennent du besoin des responsables de programmes de planification familiale d'obtenir des informations sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services offerts par leurs programmes. D'une manière générale, une Analyse Situationnelle cherche à évaluer la capacité fonctionnelle qu'ont les structures de santé à offrir des services de qualité. C'est une étude diagnostique des forces et des faiblesses des composantes d'un programme de santé et de la qualité des soins, à partir d'un échantillon représentatif des PPS. Initialement conçue pour la planification familiale, elle a été adaptée au besoin des autres programmes de santé de la reproduction d'un pareil outil d'évaluation.

La première Analyse Situationnelle a été exécutée en 1989 au Kenya par le Population Council. Dès lors cette méthodologie a été améliorée, adaptée et utilisée dans plusieurs pays d'Afrique, d'Amérique Latine, d'Asie et du Moyen Orient. L'approche d'Analyse Situationnelle permet de réunir "rapidement " des informations sur les différentes composantes du programme et les problèmes qui lui sont liés.

b) Echantillonnage

Il existe trois unités de sondage dans l'étude : le Point de Prestation de Service (PPS), le personnel du PPS et les client(e)s venant au PPS. Neuf sources de données sont rassemblées dans le cadre de l'étude. Pour chaque type de données, des instruments ont été mis au point. L'information a été collectée à partir des sources suivantes :

- L'inventaire des installations disponibles et des services offerts dans les PPS ;
- L'observation de l'interaction entre la cliente et le prestataire de services de PF ;
- L'observation de l'interaction entre la cliente et le prestataire de soins prénatale ;
- L'observation de l'interaction entre la cliente et le prestataire de soins post natal ;
- L'observation de l'interaction entre la cliente et le prestataire de soins MST/SIDA ;
- L'observation de l'interaction entre l'enfant malade et le prestataire des soins pour la survie de l'enfant ;
- Les interviews avec les prestataires de services de SR ;
- Les interviews avec les clientes venues pour soins de santé maternelle et Infantile et ;
- Les interviews avec les clientes venues pour planification familiale.

L'étude a porté sur tous les PPS offrant des services de planification familiale fonctionnels sur le territoire guinéen. En plus un certain nombre de structures de santé non intégrées en PF mais offrant les autres services de SMI ont été rajoutés (voir tableau 1)

Tous les prestataires de service présents le jour de la visite ont été interviewés. Toutes les clientes de planification familiale ont été interrogées et un échantillonnage des clientes venues pour soins prénatales, postnatales et MST/SIDA. Un échantillonnage d'enfants malades a été également observé et leurs accompagnants interviewés.

c) Activités de l'étude

1. Phase préparatoire

La préparation de l'enquête comprend plusieurs activités.

- **La création d'un comité technique** a été faite pour suivre l'évolution des activités de l'étude. Le rôle de ce comité était de s'assurer de la qualité technique et scientifique de l'étude en:
 - approuvant les principaux documents de l'étude tels que les questionnaires de collecte des données, le plan d'échantillonnage et le calendrier détaillé des activités, les rapports préliminaires et final de l'étude;
 - assistant aux réunions importantes organisées dans le cadre de l'exécution des activités, le plan d'analyse et la définition des grands axes des recommandations;
 - assurant le suivi de l'application des recommandations issues du séminaire de diffusion.
- **La révision des questionnaires** a été faite par les membres de ces comités au mois de mars. Il s'agissait d'adapter les questionnaires proposés par le Population Council aux spécificités des programmes de santé.
- **L'identification des sites de l'étude** au niveau de toutes les régions administratives. Plusieurs mécanismes ont permis d'informer les IRS et les DPS de la tenue prochaine de l'enquête et de mettre à jour les listes des PPS offrant la PF fonctionnels dans chaque région. Ces informations ont permis d'élaborer un calendrier de tournée pour la collecte des données.

2. Organisation de la collecte des données

- **Formation.** Elle s'est déroulée au mois d'avril/mai et a duré 15 jours. La formation a été assurée par 7 personnes (3 du Ministère de la Santé, le coordonnateur de l'étude, 2 du Population Council et 1 représentant de BASICS). Il s'agissait essentiellement d'apprendre à 32 personnes à

se familiariser et à maîtriser les questionnaires et à maîtriser le protocole d'organisation de la collecte.

- **Profil et tâches du personnel de collecte.** La collecte a été effectuée par 30 personnes réparties en 8 équipes. Chaque équipe était composée d'un superviseur (médecin), de deux agents de santé et d'une enquêtrice.

Le superviseur est chargé de faire l'inventaire des installations et en cas d'affluence d'assister l'observatrice ou l'enquêtrice. Il coordonne aussi le travail de l'équipe, informe les responsables locaux et s'assure de la logistique et du bon déroulement du travail.

Les agents de santé assurent les observations des interactions entre les prestataires et les client(e)s/patients et les interviews des prestataires de service.

L'enquêtrice est responsable de l'interview des clientes PF et SMI à la sortie de la consultation.

- **Tournée de collecte.** Elle a eu lieu du 19 mai au 15 juillet dans toutes les régions administratives de la Guinée. Les questionnaires ont été contrôlés à plusieurs niveaux:
 - sur le terrain tous les jours par toute l'équipe de collecte;
 - par le personnel d'encadrement chargé de la supervision;
 - lors des réunions de mise en commun.

IV. RESULTATS

A- PRESENTATION GLOBALE DE L'ECHANTILLON

1. Distribution de l'échantillon de l'étude

Dans le cadre de l'analyse situationnelle de la Guinée, toutes les régions naturelles ont été couvertes. Au total, 251 structures de santé ont été visitées dont la majorité se trouvent en Guinée Forestière (31%).

A Conakry, la capitale, tous les Points de Prestations de Services (PPS) ont été couverts. Selon la région administrative, N'Zérékoré compte le plus grand nombre de PPS visités au cours de cette étude. Cette inégalité s'explique par la répartition géographique des PPS qui est très variable et surtout par l'intégration différentielle de la PF dans les PPS selon la région.

Tableau No 2 : Répartition de l'échantillon de l'étude

Région Naturelle	Nombre de Préfectures	Nombre de PPS	Nombre d'observations PF	Nombre d'interviews PF	Nombre d'interviews SMI	Nombre d'interviews de prestataires
Conakry	1	23	37	36	171	97
Basse Guinée	8	42	23	23	229	98
Moyenne Guinée	10	50	52	52	255	98
Haute Guinée	8	58	64	36	350	114
Guinée Forestière	7	78	131	79	419	176
TOTAL	34	251	307	226	1424	583
Région Administrative						
Conakry	1	23	37	36	171	97
Boké	5	24	9	9	117	45
Kindia	5	26	18	18	151	66
Mamou	3	15	7	7	78	27
Labé	5	27	41	40	139	58
Faranah	4	33	40	20	206	83
Kankan	5	39	43	16	222	75
N'Zérékoré	6	64	112	80	340	132
TOTAL	34	251	307	226	1424	583

Tableau No 3 : Nombre d'observations SMI

Région Naturelle	Consultation Périnatales	Consultation Post natale	Consultation MST/Sida	Consultation Enfant malade
Conakry	72	1	20	117
Basse Guinée	114	4	28	185
Moyenne Guinée	114	8	34	146
Haute Guinée	155	20	54	211
Guinée Forestière	251	34	82	295
TOTAL	706	67	218	954

La majorité des PPS visités (83%) sont des centres de santé. D'autres types de PPS ont été également visités: les CHU de Donka et de Ignace Deen à Conakry, les hôpitaux (régionaux, préfectoraux et d'entreprise), les cliniques de l'AGBEF et de Banankoro. La plupart de ces structures de santé (97%) relèvent du secteur public et sont en milieu rural (58,5%).

1.2 Profil des clientes PF et SMI

a) Caractéristiques des clientes PF et SMI

Les clientes SMI sont relativement plus jeunes que les clientes de PF. L'âge moyen des clientes de SMI et de PF est de 25 ans. L'étude montre également que 96% des clientes de SMI sont mariées contre 76,5% des clientes de PF. Il s'agit en général de mariage monogamique avec cependant une forte proportion de polygames (plus de 35% des clientes). La proportion de femmes scolarisées est de 39% pour les clientes de PF et de 22% pour les clientes de SMI. La majorité des clientes de PF scolarisées ont le niveau secondaire. Elles sont presque toutes des croyantes (91%) et pratiquent pour la plupart la religion musulmane (76%).

Tableau No 4: Indicateurs de fécondité chez les clientes SMI et PF

Caractéristiques	Cientes PF	Cientes SMI
Nombre d'enfants	Pourcentage (n = 222)	Pourcentage (n = 1410)
0	11	15
1 - 3	33	60
4 - 6	45	21
7 et +	11	4
Nombre moyen/médian	(4 enfants)	(2 enfants)
Minimum/Maximum	0/12	0/12
Allaitement		
Oui	14	36
Age dernier né		
	(n = 199)	(n = 1378)
< 6 mois	5.5	25.7
7 - 18 mois	9	24
19 - 24 mois	19.6	10.7
25 - 36 mois	33.2	21.5
37 mois et +	32.7	18.1
Age moyen/médian	(35 mois/31 mois)	(27 mois/21 mois)
Désir d'enfants supplémentaires		
	(n = 222)	(n = 1422)
Oui	40	73.5
Non	56	16.2
Dieu/Mari/Indécise	4	10.3
Délai souhaité		
	(n = 88)	(n = 1152)
< 1 an	4.5	33.2
1 - 2 ans	22.7	7.6
Plus de 2 ans	36.4	27.8
Autre	29.5	20
NSP	6.8	11.5

b) Indicateurs de fécondité chez les clientes SMI et PF

Les indicateurs de fécondité montrent que celle-ci est plus élevée chez les clientes de PF. En moyenne les clientes de PF ont 4 enfants contre une moyenne de 2 enfants chez les clientes de SMI. Ce nombre moyen d'enfants par femme est inférieur à la moyenne nationale qui est de 5,7 enfants par femme (EDS, 1192). L'on constate cependant qu'il y a près de 12% de clientes de PF qui ont plus de 6 enfants (le maximum étant de 12 enfants). Parmi les clientes de PF, 14% allaitent. Chez les clientes de SMI, environ une sur trois allaite et l'âge médian du dernier enfant-né est de 21 mois.

L'analyse montre aussi une certaine volonté de limiter les naissances chez les clientes de PF. En effet, une cliente de PF sur deux ne désire plus d'enfants. Par contre seulement 16% des clientes de SMI ne souhaitent plus d'enfants. Ce constat pourrait s'expliquer par la fécondité différentielle et la relative jeunesse des clientes de SMI. Parmi les clientes qui désirent avoir des enfants, 36% des clientes de PF et 28% des clientes de SMI souhaitent attendre plus de deux ans avant d'avoir le prochain enfant. L'on constate cependant qu'une cliente de SMI sur

trois souhaite avoir son prochain enfant dans moins d'un an.

c) Opinion et utilisation de la contraception par les clientes de PF et de SMI

Deux clientes de SMI sur trois approuvent les couples qui utilisent une méthode de planification familiale pour éviter ou espacer une grossesse. Peu de clientes de SMI sont au courant de la disponibilité de méthodes de PF au PPS (18%). Parmi les clientes de SMI, seulement 3% utilisent actuellement une méthode de contraception avec leur conjoint. Les méthodes contraceptives actuellement utilisées sont la Pilule (72%), l'injectable (16,3%), la PF naturelle (7%) et la MAMA (4,7%).

La majorité des clientes de PF (63%) ont déjà discuté de PF avec leur partenaire. Les principales méthodes de PF utilisées sont la pilule et l'injectable et cela quel que soit le statut de la cliente (nouvelle ou ancienne). Ce sont les méthodes pratiquées par plus de 80% des clientes de PF.

1.3 Profil des Prestataires de Services

Comme le recommande l'analyse situationnelle, tous les prestataires de services de santé de la reproduction présents le jour de l'enquête ont été interviewés soit 583 agents. Ces prestataires de services de santé de la reproduction viennent de tous les 251 PPS visités au cours de l'enquête.

Tableau No 5 Caractéristiques socio démographiques des prestataires de service

Age	Femmes n=339	Hommes n=244
Moins de 30 ans	5,3	3,7
30 – 39	36,6	35,6
40 – 49	54,9	54,6
50 ans et +	3,2	6,1
Age moyen/médian	40,2 ans/41 ans	40,9 ans/41 ans
Minimum/Maximum	23/52	20/59
Situation matrimoniale	(n = 339)	(n = 244)
Marié (e) monogame	48,1	58,2
Marié (e) Polygame	37,5	34,0
Celibataire/Jamais marié	3,0	6,6
Divorcé /Veuf(ve)/séparé(e)	11,5	1,2
Pratique Contraceptive	(n = 339)	(n = 244)
Oui	45,1	65,2
Méthode utilisée par le prestataire/partenaire	(n = 153)	(n = 159)
Pilule	26,8	27,0
DIU	5,9	1,3
Injectable	26,1	18,2
Préservatif	17,0	49,1
Spermicides	6,5	6,3
C.C.V	3,3	0,6
Méthode naturelle	22,2	14,5
MAMA	2,6	2,5

Le tableau n° 7 résume les principales caractéristiques socio-économiques des prestataires de services de la santé de la reproduction. En majorité, ce sont des femmes (58%). Ce personnel est âgé de 41 ans en moyenne. Il s'agit généralement de personnes mariées (88%). Parmi les personnes mariées, en moyenne 36% sont polygames soit plus d'un prestataire sur trois. Environ, 45% des prestataires femmes et 65% des hommes utilisent une méthode de contraception. Les méthodes de PF qu'ils pratiquent le plus sont le préservatif (33%), la pilule (27%), l'injectable (22%) et la méthode naturelle (18%).

B. ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SR/PF

L'accessibilité aux services comprend l'accessibilité en terme de services offerts,

l'accessibilité géographique et l'accessibilité financière.

Tableau No 6 Disponibilité des services dans les PPS

Services offerts	Pourcentage de PPS (n=251)
1- Planification familiale	89,2
2- IEC/PF	87,6
3- SR/PF hommes	60,2
4- SR/PF adolescents	68,5
5- Consultation stérilité/infécondité	48,2
6- Accouchements	89,2
7- Consultation prénatale	92
8- Consultation post natale	92,4
9- Soins post abortum	69,7
10- Vaccination	84,9
11- Surveillance nutritionnelle. Et pondérale	77,7
12- Récupération nutritionnelle	43,0
13- IEC/nutrition	80,9
14- Conseils allaitement maternel	94,8
15- Lutte contre les maladies diarrhéiques	97,6
16- Infection Respiratoire Aigue	97,2
17- Paludisme enfant	97,6
18- IEC VIH/Sida	81,3
19- Tests VIH/Sida	11,6
20- IEC MST autres que Sida	94,0
21- Diagnostic MST autre que Sida	89,6
22- Traitement MST	92

a) Accessibilité en terme de services offerts

La majorité des PPS disposent de la plupart des services. En dehors des services de SR/PF hommes et adolescents, des tests de VIH/SIDA, de nutrition, de soins post abortum et de consultation pour stérilité, tous les autres services sont habituellement disponibles dans plus de 80% des PPS.

b) Accessibilité géographique

En se référant aux interviews des clientes de SMI, il faut en moyenne 47 mn pour arriver au PPS fréquenté. La durée médiane nécessaire pour se rendre à ce PPS est de 30 mn et la durée maximale est de 60 mn. Ces résultats montrent que malgré les énormes efforts consentis pour rendre les services de santé les plus proches possibles de la population, ceux-ci restent encore difficilement accessibles du moins géographiquement surtout pour certains districts enclavés.

c) Heure d'ouverture et durée de fonctionnement

Environ 29% des PPS ont débuté les prestations de service à l'heure. Les autres PPS ont accusé des retards dans le début des prestations des services allant de moins de 30 mn à plus d'une heure. Plus d'une heure de retard a été observée dans 15% des PPS. Un tel retard a été constaté dans des hôpitaux (21%), dans des centres de santé (14%) et dans une clinique AGBEF. Il est évident qu'un tel retard aurait pour conséquence de limiter l'accès des populations aux services surtout de PF.

c) Coût des services

Les coûts des services calculés à partir des données d'interviews varient considérablement selon le type de PPS. La consultation pour la PF coûte au maximum 1000FG à l'AGBEF et 5000FG dans le secteur public. Quant aux produits de PF, leurs prix varient considérablement selon le type de PPS. Le prix maximum de la pilule (20 000 FG) a été enregistré à l'hôpital Ignace Deen. Pour ce qui concerne les centres de santé, c'est surtout en milieu urbain qu'il y a une surtarification des produits de PF. La pilule est parfois vendue à plus 5000 FG dans certains centres de santé notamment à Conakry, Koundara, Mali, Beyla et Macenta.

En moyenne les coûts des services varient selon le type de clients. La consultation coûte en moyenne 1148 FG pour une cliente de PF, 933 FG pour une cliente de SMI et 433 FG pour un enfant malade.

Les coûts médians de la consultation sont respectivement de 1000 FG, 600 FG et 200 FG pour les clients de PF, de SMI et pour enfant malade.

L'étude a montré que même la majorité des clientes de PF (80%) et de SMI (74%) ont trouvé les tarifs acceptables. Cependant, plus des 3% des clientes de PF et 7% des clientes de SMI pensent que ces tarifs sont chers.

La surtarification de produits de PF pourrait être un facteur limitant l'accès des populations pauvres aux services de PF. En principe, les produits contraceptifs sont subventionnés par les bailleurs de fonds et devraient être vendus à des prix homologués.

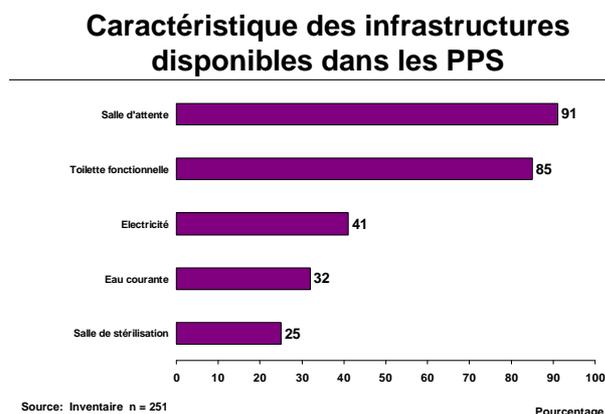
C- CAPACITE FONCTIONNELLE

Il s'agit dans cette section de déterminer la capacité fonctionnelle des PPS à fournir des services de qualité aux clients. Cette évaluation portera sur la disponibilité des infrastructures, matériels et équipements, l'expérience et la formation du personnel, la disponibilité du matériel et des activités d'IEC, la disponibilité de contraceptifs, la tenue des statistiques et rapports d'activités dans les PPS, la gestion et la supervision.

1. Infrastructure, matériel et équipement

a) Infrastructure

Dans le cadre de cette étude, les infrastructures ont été évaluées sur la base de l'existence d'une salle d'attente, d'une salle de consultation isolée, d'une salle de stérilisation, d'une toilette fonctionnelle et de la disponibilité de l'eau et de l'électricité.

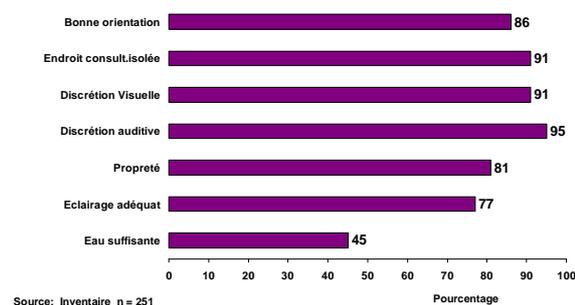


contre 62% en milieu urbain. L'électricité est encore moins disponible en milieu rural (27% des PPS ruraux et 62% des PPS urbains).

En ce qui concerne la consultation, celle-ci se déroule dans un endroit isolé dans 91% des

Il existe une salle d'attente dans 91% des PPS de la Guinée. L'on trouve suffisamment de sièges dans seulement 61% des PPS. Des toilettes fonctionnelles ou des latrines existent dans 84,5% des PPS. La disponibilité de l'eau en quantité suffisante n'est pas une chose courante dans tous les PPS. En effet, sur 251 PPS visités, seuls 113 soit moins que la moitié disposaient d'une quantité d'eau suffisante pour les activités du PPS. La situation est plus préoccupante en milieu rural où l'on ne trouve que 35% de PPS pourvus de quantités suffisantes d'eau

Caractéristique des lieux d'examen

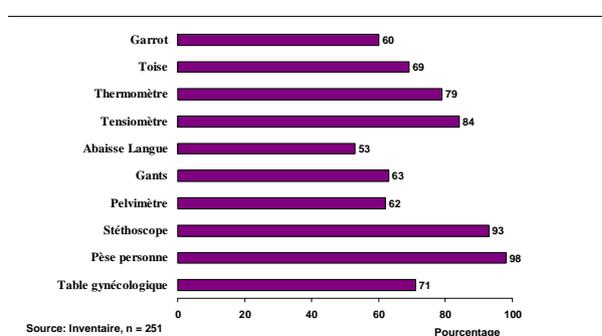


PPS avec une discrétion auditive et visuelle dans plus de 90% des structures de santé visitées. Environ 80% des PPS disposent de locaux propres et 3 PPS sur 4 ont un éclairage adéquat.

b) Equipement

Un minimum d'équipement est nécessaire dans un PPS pour que les prestations puissent être faites. Les tables gynécologiques manquent dans 29,5% de PPS. Seulement 84% des PPS disposent d'un tensiomètre ou d'une armoire. Près de 27% et 19% des PPS manquent de gants et de spéculum tous modèles confondus. Parmi les PPS qui offrent le DIU comme méthode de PF, environ 56% et 44% des PPS ruraux et urbains n'ont pas un seul KIT/DIU.

Proportion des PPS disposant des matériels techniques suivants



Selon le type de PPS, les centres de santé sont les moins pourvus en table gynécologique (seulement 66% des PPS), en gants et en KIT/DIU. Pour ce qui concerne le matériel de PF, les cliniques de l'AGBEF semblent les mieux servies. Par contre, selon la région, la situation varie en fonction de l'équipement considéré. Cependant, il est étonnant de constater que les régions administratives de Kankan et de N'Zérékoré sont celles qui

manquent le plus de certains matériels importants pour des prestations de services dans le domaine de la santé reproductive. Par exemple, Seuls respectivement 36% et 54% des PPS de ces deux régions ont une table gynécologique contre une moyenne nationale de 70,5%. A Kankan, seulement 8% des PPS ont un KIT/DIU complet et 82% des PPS de cette région manquent totalement de gants.

Le matériel technique pour nourrissons manque cruellement dans presque tous les PPS de la Guinée. A Mamou, par exemple, près de 9 PPS sur 10 ne disposent pas de marteau à réflexes. Tout comme à Labé, 93% des PPS de Mamou n'ont pas d'extracteur de mucosités.

En général, le matériel de démonstration nutritionnelle n'est pas disponible dans les structures de santé. Dans la région de Labé, il n'y a pas un seul matériel de démonstration nutritionnelle. A Mamou et à Kankan, la situation est très critique dans ce domaine.

Les données de l'analyse situationnelle relatives à l'équipement minimum nécessaire dans un PPS indiquent que la majorité des PPS est loin des normes requises.

2. Expérience et formation des prestataires de services dans les PPS

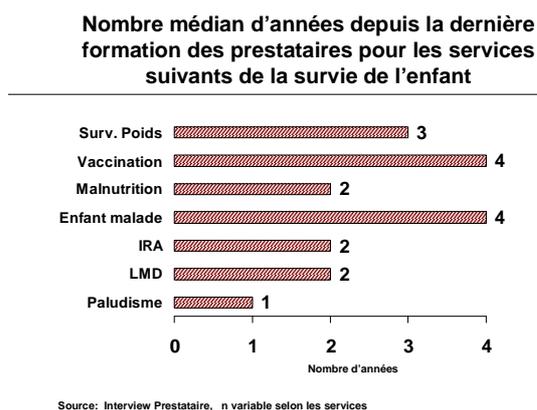
a) Nombre et type de personnel

Les données tirées du questionnaire inventaire montrent que 69% des PPS visitées n'ont pas de Médecin titulaire. L'on trouve moins de sages-femmes, de techniciens de santé et d'infirmiers que d'agents technique de santé (ATS). Environ 1 PPS sur deux n'a pas de Sage-femme alors que seulement 2% des PPS manquent d'agents techniques de santé.

Si les effectifs des prestataires titulaires recensés au cours de cette analyse situationnelle étaient répartis en fonction du nombre de PPS, l'on aurait pu trouver en moyenne dans chaque PPS, 1 médecin, 1 sage-femme, 2 infirmiers et 5 ATS. Cependant, la répartition actuelle montre des disparités liées au milieu (urbain ou rural). L'on trouve en moyenne près de 5 Médecins par PPS à Conakry, contre 3 dans les autres villes et 0,2 en milieu rural. La situation est presque identique pour les sages-femmes: il y a près de 7 sages-femmes titulaires par PPS à Conakry contre 1 par PPS dans les villes de l'intérieur et 0,3 dans les sous-préfectures. Evidemment, ces résultats qui montrent des disparités entre les villes et le milieu rural méritent d'être examinées en fonction de la pyramide sanitaire.

b) Expérience et formation du personnel

- Expérience



D'après les données du questionnaire d'interview des prestataires de services de SR/PF, les expériences des prestataires dans le PPS actuel remontent en moyenne à 6 ans. Il y a environ 17% des prestataires de SR/PF qui ont moins d'une année de pratique dans leur PPS actuel.

Le nombre d'années de services passées par le prestataire dans un PPS est un indicateur de la mobilité de celui-ci. Cet indicateur varie selon

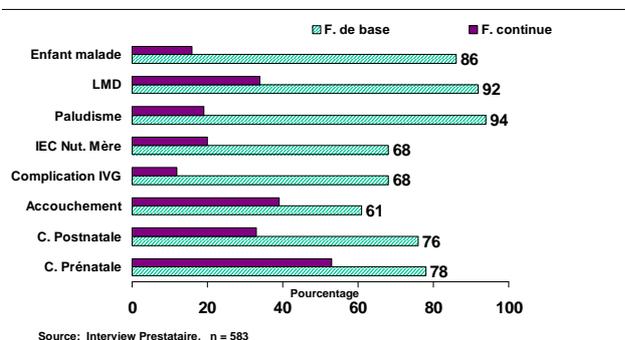
qu'il s'agit d'un PPS urbain ou rural. Il est de 4 ans en milieu rural et de 8 ans en milieu urbain. Environ 14% du personnel de la SR/PF des villes ont plus de 15 ans d'expérience dans leur PPS actuel contre seulement 3% en milieu rural. Au niveau national, en moyenne 8% des prestataires n'ont pas été mutés depuis plus de 15ans.

Selon la région administrative, il y a une nette différence entre Conakry et les autres villes. En moyenne, les prestataires de Conakry ont passé 10 ans dans leur PPS actuel contre 7 ans à Kankan; 6 ans à Mamou, Faranah et Boké; 5 ans à Kindia et Labé et 4 ans à N'Zérékoré.

Le pourcentage du personnel qui offre des services de PF est de 69%. Presque tous (97,5%) ont effectivement fournis des services de PF au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. Les principales méthodes fournies sont la pilule (91%) et l'injectable (91%) comme le graphique ci-après.

- Formation

Proportion des prestataires ayant reçu une formation de base ou continue pour les services suivants de la santé maternelle

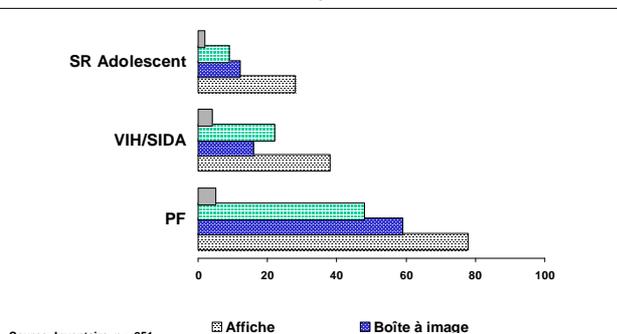


interviewés ont été recyclés en consultation stérilité et en prise en charge des complications d'avortement. En moyenne ce recyclage remonte à 2, 3 ou 4 ans selon le sujet.

3. Activités et Matériel d'IEC

L'IEC est une composante essentielle de tout programme de SR/PF. C'est un volet important pour l'utilisation des services de la santé de la reproduction par les populations guinéennes.

Répartition des PPS selon le matériel IEC disponible par type de service



MST/Sida. Par contre, l'on ne trouve des affiches sur la CPN ou le postnatal que dans 16% des PPS. L'on trouve également des dépliants et des boîtes à image dans quelque PPS surtout sur la PF ou les MST, mais presque pas de matériel audio-visuel (moins de 6% des PPS).

Il est aussi intéressant d'indiquer qu'une causerie éducative a eu lieu le jour de l'enquête dans 21% des PPS intégrés en SR/PF. Dans 12% des PPS intégrés il y a eu une causerie éducative sur la PF. Mais, c'est seulement dans 8% des PPS qui offrent des services de PF qu'il y a eu une causerie sur la PF avec un planning écrit le jour de la visite.

Des panneaux ou des signes visibles annonçant la PF existent dans 71% des PPS intégrés. Ces signes ou panneaux sont visibles à l'intérieur seulement dans 37% des PPS. Dans 12% des PPS, ce signe est visible seulement à l'extérieur du bâtiment. Les PPS qui ont signes visibles à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du bâtiment font 21% des structures de santé intégrées. Les PPS qui offrent

L'analyse Situationnelle des services dans les PPS montre qu'en moyenne, il y a 12 ou 16 ans depuis que les prestataires actuels ont reçus leur formation. La formation de base en technologie contraceptive et sur les MST/Sida datent en moyenne de 12 ans alors que les autres formations datent de 16 ans. Depuis lors, beaucoup de prestataires ont bénéficié de formation continue notamment en technologie contraceptive et en CPN (en moyenne 1 prestataire sur deux). Par contre, moins que 15% des prestataires

L'inventaire du matériel IEC disponible dans les PPS indique que le matériel IEC est relativement rare dans les PPS. En général, les affiches sont les plus utilisées et les autres matériels sont très rares ou presque inexistant (cas du matériel audio-visuel).

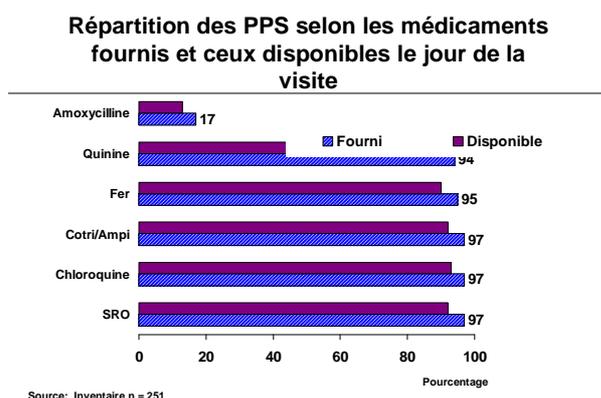
Selon les activités menées dans les PPS, la PF et les MST/sida sont celles qui bénéficient le plus de matériel IEC. Environ 4 PPS sur 5 ont des affiches sur la PF et plus de 30% des PPS ont des affiches sur les

des services de PF et qui n'ont pas de signes visibles indiquant la PF sont à la fois en milieu rural (32% des PPS ruraux) et en milieu urbain (24% des PPS urbains). Selon le type de PPS, il faut signaler qu'aucun des deux hôpitaux d'entreprise visités n'a un signe visible sur la PF tout comme 27% des centres de santé et une clinique AGBEF sur 5.

Des études antérieures notamment l'analyse situationnelle du Sénégal de 1994 indique une divergence d'opinion sur l'opportunité de mettre des panneaux indiquant un PPS qui offre de la PF. D'après cette étude, la raison avancée par les personnes qui sont contre, est que les femmes souhaitent garder l'anonymat, ce qui serait d'ailleurs l'une des principales raisons de ne pas fréquenter le PPS le plus proche. En Guinée, sur 15% des clientes de PF qui ne fréquentent pas le PPS le plus proche d'elles, seulement 3% ont déclaré que la principale raison est le désir de garder l'anonymat. La recommandation faite à ce sujet au Sénégal est valable pour la Guinée: cette question devrait faire l'objet d'une recherche opérationnelle.

4. Disponibilité des produits et logistique

- **Disponibilité des produits**



En général les produits contraceptifs étaient disponibles dans la majorité des PPS intégrés dans la majorité des PPS intégrés le jour de l'enquête. En effet, la pilule et le préservatif étaient disponibles dans 97% des PPS. Les autres contraceptifs à savoir le spermicide, le DIU et l'injectable l'étaient dans respectivement 94%, 90% et 89,5% des cas. Cette indisponibilité des deux principaux contraceptifs que sont la pilule et l'injectable a été enregistrée dans des hôpitaux tout comme dans des centres de santé. La pilule était absente dans 3% des centres de santé intégrés et l'injectable dans 10% de ces centres.

Quant aux produits de survie de l'enfant, c'est essentiellement l'amoxicilline, les sels de quinine et la vitamine A qui manquaient dans respectivement 24%, 10% et 19% des PPS. Evidemment, la vitamine A et l'amoxicilline ne sont habituellement fournis que par respectivement 17% et 13% des PPS visités.

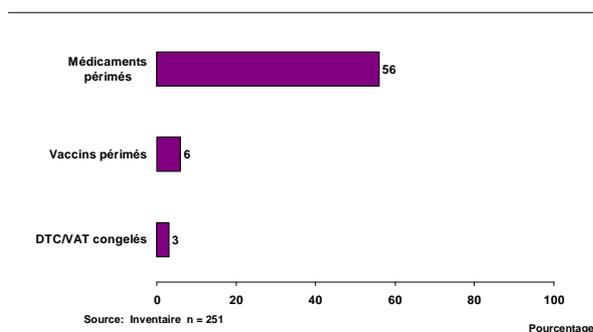
- **Conditions de stockage**

Dans 84% des PPS offrant la PF, les produits contraceptifs sont stockés d'une manière appropriée. Ce qui signifie que ces produits sont à l'abri du soleil, de la pluie et qu'ils sont protégés contre les rats et les animaux nuisibles et qu'ils ne sont pas soumis à une forte chaleur ou humidité. Les vaccins et autres médicaments pour la survie de l'enfant sont stockés d'une manière appropriée dans plus de 80% des PPS. Les médicaments pour les MST le sont dans seulement 77% des PPS.

Au cours de cette étude, il était aussi question de demander s'il existe un inventaire écrit de produits contraceptifs et de survie de l'enfant. Cet inventaire est surtout fait pour les maladies de l'enfant (96% des PPS). Il existe un inventaire écrit des contraceptifs reçus dans seulement 88% des PPS

intégrés en PF. Pour les vaccins et les médicaments contre les MST, il y a un inventaire dans respectivement 84% et 81% des PPS visités.

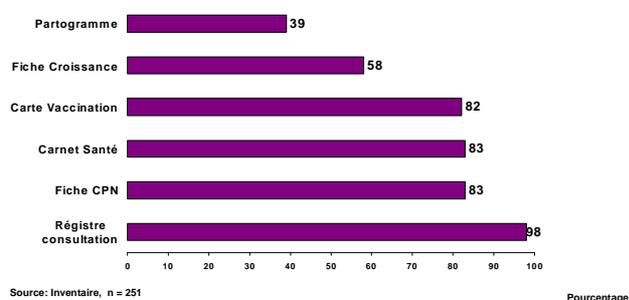
Proportion des PPS où il existe des vaccins et médicaments périmés



disponibles (14% des PPS) et enfin il y a des PPS qui ont un seuil de pré-rupture non défini (14%). Les autres PPS font leurs commandes à plus d'un mois de la rupture (2 mois, 3 mois ou autres). Il y a un sérieux besoin d'harmonisation dans la définition de ce seuil.

5. Statistiques et rapports d'activités

Proportion des PPS disposant des supports suivants pour le SNIS



(95%), allaitement maternel (94%). Par contre, seulement 70% des PPS ont leur registre de PF bien tenu. Il y a donc beaucoup plus d'insuffisances dans la tenue des registres de PF que de ceux de la SMI.

L'analyse situationnelle montre que les PPS envoient effectivement leurs rapports des statistiques mensuelles des activités à un superviseur ou à une unité supérieure (99% des PPS). Environ 88% de ces PPS ont envoyé leur dernier rapport moins de deux mois avant l'enquête. Parmi ces PPS, seuls 37% ont eu un feed-back sur leur rapport. L'absence de feed-back sur la qualité des rapports et surtout sur l'utilisation qui en faite pourrait décourager les prestataires dans la tenue des statistiques et dans l'élaboration de ces rapports. Les prestataires de services pensent que ces données pourraient servir fondamentalement à trois choses: évaluer/planifier/décider, améliorer la performance du PPS et à la surveillance épidémiologique (suivi des maladies).

En outre, dans les 224 PPS du pays qui offrent des services de PF, 85% ont déclaré avoir un système de commande de nouvelles provisions de contraceptifs; 60% de ces PPS font leur commande quand leur seuil d'alerte est atteint et 4% des PPS ne le font que lorsque le stock est épuisé. Ce seuil d'alerte varie d'un PPS à un autre. Les prestataires l'estiment parfois à travers le nombre de mois et généralement à 1 mois de la rupture (28% des PPS). Il y a des PPS qui raisonnent en terme de quantités de médicaments encore

Presque tous les PPS visités (99,6%) enregistrent quotidiennement les activités de SMI/PF. Mais très peu de PPS (4%) font un enregistrement journalier commun des activités de SMI/PF. Les PPS qui enregistrent tous les jours leurs activités de SMI/PF et qui le font séparément représentent 42% des PPS visités. Les autres, la majorité des PPS (53%) ne font des enregistrements que pour certaines activités. Les registres qui sont presque tous en bon état, sont ceux relatifs à la survie de l'enfant: IRA et paludisme

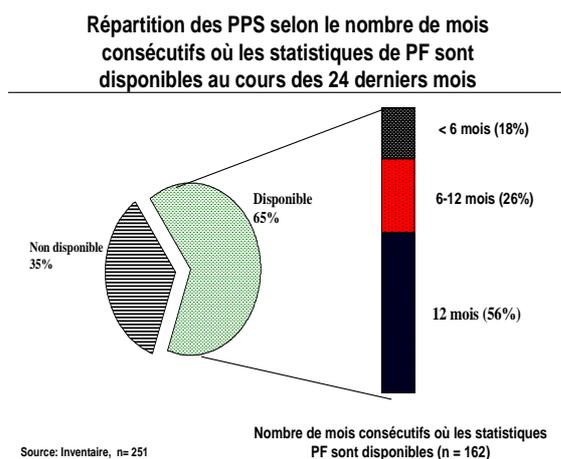
6. Performance dans les PPS

Pour évaluer la performance des PPS, les registres et les cahiers ont servi de base au recueil de statistiques sur le nombre de clients servis d'une manière continue sur une période de 12 mois au courant des 24 derniers mois. Dans le cas où le PPS ne dispose pas de statistiques continues sur 12 mois, les statistiques de la période de disponibilité des données la plus longue ont été recueillies.

Les données tirées de l'inventaire des PPS montrent que la tenue des statistiques sur les activités de PF n'est pas systématique dans tous les PPS. Sur les 251 PPS, seulement 100 (40%) disposent de statistiques sur une période de 12 mois consécutifs. Pour les autres PPS (60%), les données sont disponibles sur des périodes variées:

- 65 PPS ne disposent d'aucune statistique (26% des PPS visités);
- 10 PPS ont des statistiques de moins de 3 mois (4%);
- 8 PPS en ont de 3 à 6 mois et
- 50 en ont sur une période allant de 6 à 11 mois.

Parmi les facteurs qui peuvent influencer sur la disponibilité des statistiques, figurent la localité, le type de formation sanitaire et la région.



* Selon la localité, les résultats montrent qu'en milieu urbain 45% des PPS disposent de statistiques sur une période de 12 mois consécutifs contre 39% des PPS du milieu rural;

* Selon le type de PPS, les centres de santé comptent la proportion la plus importante de PPS disposant de statistiques sur 12 mois consécutifs (43%) comparativement aux hôpitaux (26%) et aux cliniques AGBEF (1/5);

* Selon la région, la situation est relativement meilleure à Faranah (73% de PPS disposent de statistiques sur 12 mois consécutifs) et Kankan (61%). Par contre, il y a beaucoup moins de PPS avec des statistiques régulières à Conakry (43%), N'Zérékoré (36%), Kindia (27%) et Labé (26%). Dans les autres régions administratives, la situation est très préoccupante: Boké (17%) et Mamou (13%).

Les données recueillies dans les registres et autres documents statistiques des PPS, sous réserve de leur fiabilité, permettent de constater la faible utilisation des services de PF. En moyenne un PPS de la Guinée qui offre habituellement des services de PF n'enregistre que 86 clientes sur 12 mois (le nombre médian est de 47 nouvelles clientes). Le nombre moyen d'anciennes clientes par PPS est de 240 (le nombre médian étant égal à 91). Selon la région, la moyenne varie considérablement comme l'indique le tableau suivant. Conakry est la région qui enregistre le nombre moyen de clientes nouvelles comme anciennes le plus élevé. Pour ce qui concerne spécifiquement les nouvelles clientes, en dehors de Conakry, les régions administratives situées en Haute Guinée et en Guinée Forestière sont celles qui ont enregistré beaucoup plus de nouvelles clientes (au dessus de la

moyenne). Par contre, s'agissant des anciennes clientes seules deux régions ont plus de clientes que la moyenne nationale.

Selon le secteur, les statistiques recueillies pour l'AGBEF montrent un nombre élevé de clientes nouvelles et anciennes (nettement au dessus de la moyenne nationale). Quel que soit le secteur considéré, l'on constate un écart assez important entre le nombre d'anciennes et de nouvelles clientes. Ce constat est également valable lorsqu'on observe les données selon le type de localité. Evidemment, le milieu urbain enregistre beaucoup plus de nouvelles clientes de PF (131 en moyenne par PPS par an) que le milieu rural (53 par an).

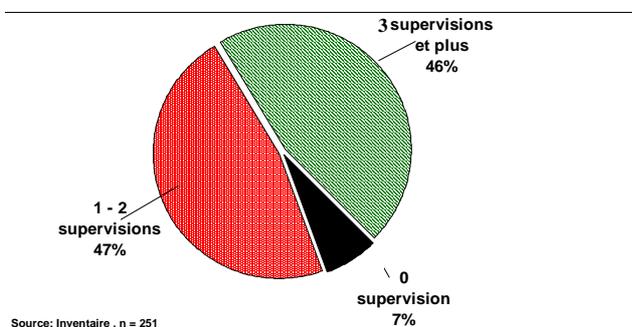
Comparativement à la PF, un nombre relativement plus important de clients ont été enregistrés dans le cadre des soins prénatal et de la lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD). En moyenne, l'on enregistre 669 nouvelles clientes et 724 nouveaux clients respectivement pour les soins prénatal et la LMD.

Les données sur le nombre de clientes PF permettent d'évaluer les activités et l'état d'avancement du Programme de PF, de déterminer les besoins et d'établir des priorités d'action. Pour ce qui concerne le cas spécifique de la Guinée, il est important de préciser que ces données auraient pu être plus fiables si toutes les clientes de PF étaient reçues dans les structures de santé. Malheureusement pour les statistiques, il a été signalé par le personnel de collecte que beaucoup de clientes de PF sont plutôt reçues à domicile par le prestataire responsable de la PF. Il semble que ces pour des raisons de confidentialité d'une part mais aussi et surtout pour des raisons pécuniaires au bénéfice des prestataires. A cette cause de sous-évaluation des données sur la PF, il faut ajouter les besoins de formation et de motivation du personnel de santé sur le SNIS.

7. Gestion et supervision

Environ 3 PPS sur 10 collectent des données pour le suivi et l'évaluation. La plupart des PPS reçoivent de la supervision régulièrement. En effet, 92% des PPS ont reçu au moins une supervision au cours des trois derniers mois. En moyenne ces PPS reçoivent 2 supervisions par mois. Au cours de ces supervisions certaines activités sont souvent accomplies.

Répartition des PPS (unités SR) selon le nombre de supervisions reçues lors des 3 derniers mois



L'on constate que les principales activités menées lors de la supervision sont l'observation du service de SMI (76%) et celle des soins dispensés dans les différents services (75%). En moyenne seulement 1 PPS sur 2 a reçu une supervision relative à la PF au cours de la toute dernière supervision.

Tous les PPS intégrés en SR/PF ont été systématiquement inclus dans l'échantillon. Or, il se trouve que les régions de la Haute Guinée et de la Guinée Forestière, qui bénéficient de l'appui de l'USAID et des ONG

qui évoluent dans le domaine de la SR/PF, sont celles qui comptent le plus de PPS intégrés. Dans les autres régions, le nombre de PPS inclus dans l'échantillon est au moins égal au double de PPS qui font de la PF.

6. ORGANISATION APPROPRIÉE DES SERVICES

Les activités de PF dans les PPS comprennent la fourniture des méthodes contraceptives et l'IEC. Elles englobent également son intégration aux autres services de santé et l'amélioration de l'accès à ces services. Ces activités seront évaluées du point de vue de l'intégration des services, de l'accessibilité à ces services et de la performance dans les PPS.

L'un des objectifs primordiaux du Ministère de la Santé est d'intégrer la planification familiale dans les soins de santé primaires. Les centres de santé sont les PPS qui doivent en priorité fournir les services de PF. A ce jour, 335 centres de santé sont fonctionnels. La PF est déjà intégrée dans environ 56% de ces centres. Dans le cadre de la présente étude, au total 224 structures de santé qui offrent des services de planification familiale ont été visitées. Il s'agit en fait de toutes les structures qui offrent des services de PF en dehors des cliniques privées et des postes de santé.

L'intégration des services a porté sur l'examen des différents types d'activités menées dans les PPS, sur le nombre de jours dans la semaine et le nombre d'heures de fonctionnement par jour.

Les données recueillies à travers le questionnaire inventaire permettent de constater que la PF est offerte avec les consultations prénatales et postnatales, les services de vaccination, les accouchements, les services curatifs et les causeries éducatives en matière de santé dans bon nombre de PPS. Tous ces services sont offerts pendant six jours par semaine dans plus d'un PPS sur deux. Conformément aux textes de loi en vigueur, la durée moyenne de fonctionnement des PPS par jour est de 8 heures et la durée médiane est de 7heures par jour.

L'observation de l'interaction prestataires-clientes PF révèle que pendant la consultation PF, les autres problèmes de santé ne sont presque jamais abordés. Quand cela arrive, ils abordent des questions liées au VIH/Sida (11% des observations), aux MST (15%), à l'avortement (7%) et à l'éducation sexuelle (7%). Un autre indicateur du niveau d'intégration des services est la proportion de clientes SMI qui ont vu ou entendu quelque chose en rapport avec la PF dans le PPS le jour de leur visite. En effet, seulement 20% des clientes de SMI ont déclaré avoir vu ou entendu quelque chose sur la PF. Parmi elles, une cliente sur deux a vu une affiche sur la PF. Celles qui ont vu des échantillons de contraceptifs, qui ont assisté à des causeries éducatives ou qui ont entendu quelque chose sur la PF représentent respectivement 36%, 25% et 16% de ces clientes. Très peu d'entre elles (5%) ont vu un dépliant, une boîte à image ou une brochure sur la PF.