|  |
| --- |
| C:\Users\toshiba.PC-DATAMANAGER\Desktop\Mission_Actualisation_Données_Base_PSRF-2015\Dossier_Consultance\gizlogo-de.jpgMinistère de la Santé PubliqueRépublique de Guinée*Travail – Justice - Solidarité* |
| Rapport du Consultant |
| MISSION DE COLLECTE DES DONNEES SUR LES INDICATEURS DE L’OFFRE PSRF DANS LES REGIONS DE FARANH, KINDIA, LABE ET MAMOU EXERCICE 2015 |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Dr. Souleymane CAMARA, SNIS, Ministère de la Santé, Guinée** |
| **14.03.2016** |

TABLE DES MATIERES

[1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION 2](#_Toc445734090)

[2. OBJECTIFS DE LA MISSION 3](#_Toc445734091)

[2.1. Objectif général 3](#_Toc445734092)

[2.2. Objectifs spécifiques 3](#_Toc445734093)

[3. RESULTATS ATTENDUS 3](#_Toc445734094)

[4. APPROCHE METHODOLOGIQUE 4](#_Toc445734095)

[5. DONNEES GENERALES SUR LES REGIONS VISITEES 4](#_Toc445734096)

[6. RESULTATS OBTENUS 6](#_Toc445734097)

[6.1. Approche méthodologique pour le calcul des couvertures 6](#_Toc445734098)

[6.2. Présentation des résultats de la collecte 6](#_Toc445734099)

[6.2.1. Couple Année de Protection (CAP) 8](#_Toc445734100)

[6.2.2. Taux d'accouchements assistés 9](#_Toc445734101)

[6.2.3. Nombre de femmes enceintes avec 3 CPN dont une au 9ème mois 10](#_Toc445734102)

[6.2.4. Taux d’utilisation des structures de santé 11](#_Toc445734103)

[6.2.5. Taux de premières utilisatrices de la planification familiale (PF) 12](#_Toc445734104)

[7. LES CONSTATS ET LEÇONS TIREES 13](#_Toc445734105)

[8. REMERCIEMENTS 17](#_Toc445734106)

[9. ANNEXES 18](#_Toc445734107)

[9.1. Liste des cadres et agents rencontrés 18](#_Toc445734108)

FIGURES ET TABLEAUX

[Tableau 1 : Situation du personnel de santé dans les structures sanitaires des quatre régions – 2015 (Source : Rapports CTRS – 1ère Session 2015). 4](#_Toc445733977)

[Tableau 2 : Situation des infrastructures sanitaires dans les quatre régions – 2015 (Source : Rapports CTRS – 1ère Session 2015). 5](#_Toc445733978)

[Tableau 3 : Situation de la complétude des rapports SNIS par préfecture et par région en 2015 7](#_Toc445733979)

[Tableau 4: Répartition des couples année de protection (CAP) par méthode contraceptive et par région en 2015 8](#_Toc445733980)

[Tableau 5: Répartition des taux d’accouchement assistés des structures sanitaires par préfecture et par région en 2015 9](#_Toc445733981)

[Tableau 6: Nombre de CPN 3 réalisés par préfecture et par région 2015 10](#_Toc445733982)

[Tableau 7: Taux d’utilisation des services en consultation curative par préfecture et par région en 2015 11](#_Toc445733983)

[Tableau 8: Taux de premières utilisatrices en PF par préfecture et par régions en 2015 12](#_Toc445733984)

[Tableau 9 : Analyse situationnelle comparée des différentes DRS visitées 15](#_Toc445733985)

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La coopération allemande pour le développement (GIZ), en partenariat avec le Ministère de la santé dans le cadre des accords de coopération entre le Gouvernement Guinéen et l’Allemagne, développe depuis le mois de mai 2015 un programme de santé reproductive et familiale dans les régions de Mamou, Labé et Faranah.

L'objectif du programme est d’amener, la population dans les régions d’intervention du projet à utiliser de façon croissante les services de santé reproductive.

En guise de rappel, le développement d'un système du suivi et évaluation pour le PSRF aligné sur celui du système national est dans sa phase de finalisation et sera mis en place au début de cette année. Ce système facilitera la transmission de données à travers la pyramide sanitaire (district – région - niveau national).

Dans l’optique d’actualiser les valeurs des différents indicateurs du PSRF, en attendant le démarrage effectif de ce nouveau système de suivi et évaluation, une mission conjointe Ministère de la Santé et Programme Santé Reproductive et Familiale doit se rendre dans les régions sanitaires traditionnelles d’intervention y comprise celle de Kindia nouvellement intégrée (Faranah, Labé, Mamou et Kindia) pour réaliser la collecte active des données provenant des différentes structures pour l’année 2015.

Les résultats de cette collecte serviront d’outils de planification et d’intervention guidée de manière à obtenir une efficience tant dans la mobilisation que dans l’utilisation des ressources.

Pour y parvenir, deux cadres dont un épidémiologiste gestionnaire des données statistiques sanitaires au BSD/SNIS du Ministère de la Santé et un spécialiste en suivi et évaluation à la GIZ sont désignés pour se rendre dans les zones ciblées.

1. OBJECTIFS DE LA MISSION
	1. Objectif général

Collecter les données relatives aux indicateurs du programme (PSRF) produites au cours de l’année 2015 à partir des rapports mensuels du SNIS dans les régions de Faranah, Kindia, Labé et Mamou. Ces données permettront de renseigner les indicateurs sur les accouchements assistés, les utilisatrices des méthodes PF et l’utilisation du partogramme et de définir les valeurs de base des nouveaux indicateurs dans l’offre PSRF révisé (Couple-année de protection et CPC).

* 1. Objectifs spécifiques
1. Collecter les données relatives aux accouchements assistés offerts par les formations sanitaires publiques par préfecture et par région ;
2. Collecter les données relatives à l’utilisation de la PF (premières utilisatrices et couple-année de protection) au niveau des formations sanitaires publiques par région;
3. Collecter les données relatives au taux d’utilisation des services de médecine curative (premier contact) au niveau des formations sanitaires par préfecture et par région.
4. RESULTATS ATTENDUS

Au terme de la mission, les indicateurs ci-dessous seront renseignés pour 2015 :

1. Le nombre d’accouchements assistés par type de structure sanitaire, par district et par région est collecté ;
2. Le nombre des premières utilisatrices PF par type de structure sanitaire, par préfecture et par région est collecté ;
3. Le nombre de couple protégé utilisant un moyen de contraception (couple-année de protection) par type de structure sanitaire, par préfecture et par région est collecté ;
4. Le nombre des premiers contacts en services de médecine curative (CPC) par préfecture et par région est collecté ;
5. Des échanges avec les DRS sur 1) la réalité de petits projets d’amélioration de la qualité, 2) des activités transfrontalières dans les districts frontaliers et 3) la fonctionnalité des comités de santé (COSA) dans les districts sont effectuées.
6. APPROCHE METHODOLOGIQUE

La mission s’est déroulée essentiellement dans les locaux des Directions Régionales de la santé ciblées qui servent pour zones d’intervention du partenaire GIZ. Sur la base d’un agenda de travail axé sur quatre (04) principales étapes qui sont :

1. Prise de contact avec les responsables des structures concernées : présentation des objectifs, la méthodologie de travail et les résultats attendus de la mission aux équipes cadres des quatre (04) DRS;
2. Collecte des données : la mission collecté les données relatives aux différents indicateurs concernés en utilisant les rapports mensuels des DPS (données fournies par les centres de santé), des hôpitaux et les rapports des Comités techniques régionaux de la santé ;
3. Saisie des données : suite à l’exploitation des outils de collecte, les données ont été encodées dans les canevas de collecte élaborés à cet effet et ensuite saisies dans les bases de données Excel pour la compilation automatique. Les différents taux des indicateurs ont été générés suite à ce processus.
4. Réunion de débriefing avec les responsables impliqués : à la fin de la collecte des données, la mission a partagé les résultats obtenus suite au dépouillement des rapports mis à sa disposition. Ces résultats ont été présentés sous forme tabulaire en ce qui concerne les données statistiques alors que les observations qui en ont découlé ont été logées dans un canevas d’analyse opérationnelle pour actions.
5. DONNEES GENERALES SUR LES REGIONS VISITEES

La population totale des quatre régions est estimée à 4 359 660 habitants soit plus de 40% de la population totale du pays selon le dernier recensement général de la population et de l’habitat (RGPH\_2014).

La situation d’ensemble des ressources disponibles se présente comme suit :

Tableau  : Situation du personnel de santé dans les structures sanitaires des quatre régions – 2015 (Source : Rapports CTRS – 1ère Session 2015).

| **Catégorie professionnel** | **Faranah** | **Kindia** | **Labé** | **Mamou** |  **Total**  | **Total Général** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DPS** | **Hôp** | **DPS** | **Hôp** | **DPS** | **Hôp** | **DPS** | **Hôp** | **DPS** | **Hôp** |
| Médecin | 6 | 20 | 65 | 66 | 7 | 22 | 11 | 21 | 89 | 129 | **218** |
| Pharmacien | 1 | 7 | 20 | 13 | 1 | 4 | 0 | 3 | 22 | 27 | **49** |
| Biologiste | 0 | 5 | 28 | 21 | 1 | 5 | 8 | 10 | 37 | 41 | **78** |
| Chirurgien-dent | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | **3** |
| Technicien labo | 0 | 7 | 26 | 11 | 0 | 2 | 7 | 4 | 33 | 24 | **57** |
| Sage-femme | 1 | 30 | 50 | 25 | 0 | 10 | 7 | 4 | 58 | 69 | **127** |
| Aide de santé/IDE | 4 | 49 | 119 | 42 | 12 | 36 | 29 | 11 | 164 | 138 | **302** |
| ATS | 132 | 45 | 372 | 108 | 182 | 95 | 222 | 37 | 908 | 285 | **1 193** |
| Technicien radio | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | **4** |
| Préparat. pharm | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | **5** |
| TSP | 0 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 6 | 2 | **8** |
| Techni. odonto | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | **3** |
| Maintenanciers | 0 | 2 | 0 | 5 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 10 | **10** |
| Matrone  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 3 | 7 | 3 | **10** |
| Contractuels perm/temporaires | 46 | 174 | 6 | 2 | 122 | 300 | 1 | 0 | 175 | 476 | **651** |
| Contractuels locaux | - | - | 92 | 16 | - | - | 57 | 0 | 149 | 16 | **165** |
| Agents administ. | 3 | 4 | 1 | 6 | 3 | 2 | 2 | 3 | 9 | 15 | **24** |
| Hygiène/chauffeurs | - | - | 3 | 5 | - | - | 3 | 47 | 6 | 52 | **58** |

Ce tableau vient confirmer les disparités et inégalités de répartition géographiques du personnel de santé dans nos régions. Sur 218 médecins, 131 se trouvent dans la région de Kindia soit plus de 60% contre seulement 26 médecins à Faranah soit 12%.

En plus, 50% des médecins qui figurent dans la liste du personnel de santé de la DRS de Kindia se trouvent au niveau des DPS et centres de santé soit 65 médecins.

Quant aux pharmaciens, sur un total de 49, ils sont 33 à Kindia soit 67% contre 3 et 5 respectivement à Mamou et à Labé (6 et 10%).

Ces disparités numériques entre les régions semblent favoriser la région géographiquement plus proche de la capitale Conakry.

Tableau  : Situation des infrastructures sanitaires dans les quatre régions – 2015 (Source : Rapports CTRS – 1ère Session 2015).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Infrastructure sanitaire** | **Faranah**  | **Kindia**  | **Labé**  | **Mamou**  | **Total**  |
| Postes de santé fonctionnels | 130 | 158 | 230 | 140 | **658** |
| Centre de santé | 47 | 51 | 58 | 41 | **197** |
| Hôpital préfectoral/CMC | 3 | 5 | 4 | 2 | **14** |
| Hôpital régional | 1 | 1 | 1 | 1 | **4** |
| Pharmacie privée | 3 | 41 | 10 | 7 | **61** |
| Clinique confessionnelle | 1 | 6 | 1 | 3 | **11** |
| Cabinet médicaux de soins | 3 | 195 | 4 | 7 | **209** |
| Centre de santé associatif | 0 | 0 | 5 | 1 | **6** |

Sur environ 930 postes de santé existants en Guinée, plus de 70% se trouvent au niveau des quatre régions visitées contre 48% pour les centres de santé et pour les mêmes régions.

Les hôpitaux préfectoraux et Centres médicaux communaux totalisent 14 soit 45% pour l’ensemble du pays.

1. RESULTATS OBTENUS
	1. Approche méthodologique pour le calcul des couvertures

Sur la base des chiffres populationnels tirés du dernier recensement général des populations et habitat (RGPH\_2014), les populations cibles des différents déterminants ont été calculées en utilisant bien entendu les coefficients spécifiques à chaque déterminant (PF, CPN, CPC et CPN 3).

Dans le souci de minimiser les erreurs d’enregistrement des données d’une part, d’harmoniser les modes de calcul des indicateurs à tous les niveaux de l’autre, un travail de correction et d’ajustement a été opéré sur les données compilées avant l’utilisation du facteur de conversion pour chaque méthode retenue dans le cadre de la détermination du couple – année de protection (C.A.P).

En outre, d’autres anomalies d’enregistrement des données PF comme l’absence des variables « quantités vendues » par méthodes alors que les nombres de nouveaux utilisateurs existent et souvent importants ont fait l’objet de corrections sur le tas en vue de faciliter la collecte.

* 1. Présentation des résultats de la collecte

Les données collectées ont été examinées, discutées en présence des agents chargés des statistiques et parfois lorsque cela était possible, avec les prestataires et collecteurs eux – mêmes des établissements de soins avant de les intégrer dans le masque conçu à cet effet.

Ces échanges ont considérablement contribué à faciliter la compréhension des méthodes de notification des données dans les canevas SNIS surtout dans les volets planification familiale.

1. Les limites et contraintes :

L’interférence de certaines activités d’envergure nationale avec cette mission (JNV\_Polio 1er Tour, Evaluation du fonds Muskoka) a sensiblement impacté négativement le déroulement normal de la mission ;

La durée du séjour par région également (2,5 jours) ne peut pas permettre une plus large exploitation des outils et organiser des échanges approfondis avec le terrain ;

Le niveau insuffisant en gestion des données statistiques et à l’utilisation des outils NTIC chez la plupart des agents et cadres impliqués dans le SNIS représente un véritable goulot pour l’obtention des données de qualité.

1. – les avantages :

En plus de son caractère de contrôle et d’évaluation, cette mission a contribué de manière significative à rehausser le niveau de perception des agents et décideurs sur l’importance des données de bonne qualité.

Tableau  : Situation de la complétude des rapports SNIS par préfecture et par région en 2015

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Faranah** | **Kindia** | **Labé** | **Mamou** |
| **Préfecture**  | **DPS** | **Hôp** | **Préfecture** | **DPS** | **Hôp** | **Préfecture** | **DPS** | **Hôp** | **Préfecture** | **DPS** | **Hôp** |
| Dabola | 11 | 12 | Coyah | 9 | 10 | Koubia | 12 | 12 | Dalaba | 12 | 12 |
| Dinguiraye | 11 | 12 | Dubréka | 12 | 12 | Labé | 12 | 12 | Mamou | 12 | 12 |
| Faranah | 12 | 12 | Forécariah | 12 | 11 | Lélouma | 12 | 12 | Pita | 12 | 12 |
| Kissidougou | 12 | 11 | Kindia | 12 | 12 | Mali | 12 | 12 |
| Télimelé | 9 | 9 | Tougué | 12 | 12 |
| **Total** | 46 | 47 |  | 54 | 54 |  | 60 | 60 |  | 36 | 36 |
| **Complétude** | **97%** | **90%** | **100%** | **100%** |

Sur un total de 408 rapports attendus, nous avons pu colliger 393 soit 96% de complétude « relative ». Aussi, l’examen du contenu desdits rapports a permis d’identifier d’importants problèmes de cohérence, d’exhaustivité, d’exactitude et de logique dans les données compilées. Ce qui n’est pas sans conséquence sur la détermination des valeurs de nos différents indicateurs retenus pour cette activité notamment le couple année de protection (C.A.P).

Les résultats obtenus par la mission sont présentés ci-dessous indicateur par indicateur ci-dessous.

* + 1. Couple Année de Protection (CAP)

Le tableau N° 4 ci-dessous montre la répartition de couple années de protection (CAP) par méthode de planification familiale et par région en 2015. La CAP est calculé en multipliant la quantité vendue ou distribué gratuitement (QVD) de chaque méthode par son facteur de conversion (FC). *Couple année de protection (CAP) = quantité vendue ou distribué gratuitement (QVD) X Facteur de conversion (FC)*

Par rapport aux facteurs de conversion appliqués dans le calcul de CAP, la mission se référé à des ONGs fortement impliqués dans la mise en œuvre des services de planification familiale dans le structures sanitaires en Guinée, particulièrement l’AGBEF et l’USAID.

Tableau : Répartition des couples année de protection (CAP) par méthode contraceptive et par région en 2015

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Méthodes PF** | **Facteur de Conversion** | **Faranah** | **Kindia** | **Labé** | **Mamou** |
| **Quantités Distribuées/ Vendues** | **CAP** | **Proportion Population Protégée (58 245)** | **Quantités Distribuées/ Vendues** | **CAP** | **Proportion Population Protégée (96 587)** | **Quantités Distribuées/ Vendues** | **CAP** | **Proportion Population Protégée (61 517)** | **Quantités Distribuées/ Vendues** | **CAP** | **Proportion Population Protégée (45 231)** |
| Condom (pièces) | **0,01** | 88 039 | *880* | *1,5%* | 44 520 | *445* | *0,5%* | 210 044 | *2 100* | *3,4%* | 43 659 | *437* | *1,0%* |
| Dépo provera (Doses) | **0,25** | 15 423 | *3 856* | *6,6%* | 9 199 | *2 300* | *2,4%* | 16 347 | *4 087* | *6,6%* | 7 466 | *1 867* | *4,1%* |
| DIU (pièces) | **4,6** | 749 | *3 445* | *5,9%* | 1 244 | *5 722* | *5,9%* | 1 520 | *6 992* | *11,4%* | 205 | *943* | *2,1%* |
| Implant (Jadelle) | **3,8** | 417 | *1 585* | *2,7%* | 581 | *2 208* | *2,3%* | 302 | *1 148* | *1,9%* | 121 | *460* | *1,0%* |
| Ligature de trompe | **10** | 6 | *60* | *0,1%* | 0 | *0* | *0,0%* | 0 | *0* | *0,0%* | 0 | *0* | *0,0%* |
| Lo femenal (plaquettes) | **0,067** | 24 328 | *1 630* | *2,8%* | 9 054 | *607* | *0,6%* | 20 823 | *1 395* | *2,3%* | 7 076 | *474* | *1,0%* |
| MAMA | **0,25** | 13 | *3* | *0,0%* | 236 | *59* | *0,1%* | 6 | *2* | *0,0%* | 0 | *0* | *0,0%* |
| Microgynon | **0,067** | 177 | *12* | *0,0%* | 35 | *2* | *0,0%* | 52 | *3* | *0,0%* | 137 | *9* | *0,0%* |
| Ovrette (plaquettes) | **0,067** | 8 414 | *564* | *1,0%* | 3 445 | *231* | *0,2%* | 8 065 | *540* | *0,9%* | 2 642 | *177* | *0,4%* |
| Spermicide (ovules) | **0,007** | 928 | *6* | *0,0%* | 734 | *5* | *0,0%* | 1 352 | *9* | *0,0%* | 84 | *1* | *0,0%* |

Selon ce tableau deux méthodes se dégagent du lot, il s’agit du DIU et Dépo provera qui sont relativement plus dispensées et ce dans toutes les régions. Quant aux autres méthodes (MAMA, Spermicides, Microgynon et ligature des trompes), leur sous-utilisation pourrait s’expliquer soit par la rupture prolongée (non disponibles) ou par la fréquence des effets secondaires indésirables rapportés.

* + 1. Taux d'accouchements assistés

Le tableau N° 5 ci-dessous présent la répartition par préfecture et par région des taux d’accouchements assistés en 2015. Le taux d’accouchements assistés (TAA) dans les structures sanitaires est obtenu en rapportant le nombre d’accouchements assistés (NA) dans les structures sanitaires au nombre d’accouchements attendus (NAA).

 Le nombre d’accouchements attendus est obtenu en multipliant le taux brut de natalité par la population total.

Tableau : Répartition des taux d’accouchement assistés des structures sanitaires par préfecture et par région en 2015

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Région** | **Préfecture** | **Population 2014** | **Population 2015** | **FAP** | **Accouchements assistés 2015** | **Taux d'accouchements assistés 2015** | **Taux d'accouchements assistés 2014** |
| **Faranah** | Dabola | 181 137 | 186 752 | 8 404 | 3 609 | 43% |  |
| Dinguiraye | 196 469 | 202 560 | 9 115 | 4 002 | 44% |  |
| Faranah | 280 170 | 288 855 | 12 998 | 3 662 | 28% |  |
| Kissidougou | 283 778 | 292 575 | 13 166 | 6 501 | 49% |  |
| **Total Faranah** | **941 554** | **970 742** | **43 683** | **17 774** | **41%** | **49%** |
| **Kindia** | Coyah | 263 861 | 272 041 | 12 242 | 6 254 | 51% |  |
| Dubréka | 330 548 | 340 795 | 15 336 | 3 377 | 22% |  |
| Forécariah | 242 942 | 250 473 | 11 271 | 3 807 | 34% |  |
| Kindia | 439 614 | 453 242 | 20 396 | 7 516 | 37% |  |
| Télimelé | 284 409 | 293 226 | 13 195 | 2 453 | 19% |  |
| **Total Kindia** | **1 561 374** | **1 609 777** | **72 440** | **23 407** | **32%** | **38%** |
| **Labé** | Koubia | 100 170 | 103 275 | 4 647 | 3 460 | 74% |  |
| Labé | 318 938 | 328 825 | 14 797 | 5 580 | 38% |  |
| Lélouma | 163 069 | 168 124 | 7 566 | 3 832 | 51% |  |
| Mali | 288 001 | 296 929 | 13 362 | 7 113 | 53% |  |
| Tougué | 124 280 | 128 133 | 5 766 | 1 964 | 34% |  |
| **Total Labé** | **994 458** | **1 025 286** | **46 138** | **21 949** | **48%** | **53%** |
| **Mamou** | Dalaba | 133 677 | 137 821 | 6 202 | 1 681 | 27% |  |
| Mamou | 318 981 | 328 869 | 14 799 | 5 770 | 39% |  |
| Pita | 278 530 | 287 164 | 12 922 | 3 995 | 31% |  |
| **Total Mamou** | **731 188** | **753 855** | **33 923** | **11 446** | **34%** | **34%** |
| **Total général** | **4 228 574** | **4 359 660** | **196 185** | **74 576** | **38%** |  |

*NB : FAP signifie femme en âge de procréer.*

Il ressort de ce tableau une diminution des taux d’accouchements assistés dans toutes les régions exceptée la région de Mamou ou l’on a observé une allure stationnaire au cours des deux périodes comparées (2014 – 2015).

A noter également qu’aucune région n’a pu atteindre la moitié de la population cible attendue (50%). Seule la région de Labé la moins touchée par l’épidémie de la maladie à virus Ebola, a enregistré le taux le plus élevé (48%).

Cette situation pourrait s’expliquer par les grandes réticences engendrées par la survenue de l’épidémie d’Ebola qui à son tour a entrainé une baisse significative de la fréquentation / utilisation des services de santé.

* + 1. Nombre de femmes enceintes avec 3 CPN dont une au 9ème mois

Cet indicateur est obtenu par la simple addition de nombre des femmes enceintes qui ont fait 3 consultations prénatale (CPN) dont une au 9ème mois enregistrée par les structures sanitaires. Le tableau N° 6 ci-dessous montre le nombre de CPN 3 réalisés dans les structures sanitaires par préfecture et par région en 2015.

Tableau : Nombre de CPN 3 réalisés par préfecture et par région 2015

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Région** | **Préfecture** | **Population 2015** | **Population cible** | **Nombre de femmes enceintes avec 3 CPN dont une au 9ème mois** | **Couverture en CPN 3** |
| Faranah | Dabola | 186 752 | 8 404 | 6 746 | 80% |
| Dinguiraye | 202 560 | 9 115 | 6 740 | 74% |
| Faranah | 288 855 | 12 998 | 6 819 | 52% |
| Kissidougou | 292 575 | 13 166 | 11 086 | 84% |
| **Total Faranah** | **970 742** | **43 683** | **31 391** | **72%** |
| Kindia | Coyah | 272 041 | 12 242 | 7 725 | 63% |
| Dubréka | 340 795 | 15 336 | 5 756 | 38% |
| Forécariah | 250 473 | 11 271 | 6 351 | 56% |
| Kindia | 453 242 | 20 396 | 17 399 | 85% |
| Télimili | 293 226 | 13 195 | 7 350 | 56% |
| **Total Kindia** | **1 609 777** | **72 440** | **44 581** | **62%** |
| Labé | Koubia | 103 275 | 4 647 | 4 304 | 93% |
| Labé | 328 825 | 14 797 | 11 992 | 81% |
| Lélouma | 168 124 | 7 566 | 7 247 | 96% |
| Mali | 296 929 | 13 362 | 10 098 | 76% |
| Tougué | 128 133 | 5 766 | 4 796 | 83% |
| **Total Labé** | **1 025 286** | **46 138** | **38 437** | **83%** |
| Mamou | Dalaba | 137 821 | 6 202 | 5 028 | 81% |
| Mamou | 328 869 | 14 799 | 12 206 | 82% |
| Pita | 287 164 | 12 922 | 12 270 | 95% |
| **Total Mamou** | **753 855** | **33 923** | **29 504** | **87%** |
| **Total général** | **4 359 660** | **196 185** | **143 913** | **73%** |

Bien que les couvertures en CPN\_3 ne sont pas des meilleures, notons que les régions de Mamou et de Labé présentent des couvertures relativement satisfaisantes (supérieures à 80%). Quant à la région de Kindia avec 62%, il apparait utile d’accorder plus d’attention en vue de renforcer les activités de santé reproductive dans cette région. D’autre part, cette couverture peut être due à l’insuffisance de complétude des rapports SNIS.

* + 1. Taux d’utilisation des structures de santé

Cet indicateur est obtenu en rapportant le nombre de premiers contacts en consultation curative au nombre total de la population couverte.

Le tableau N° 7 ci-après présent le taux d’utilisation des structures de santé par préfecture et par région en 2015.

Tableau : Taux d’utilisation des services en consultation curative par préfecture et par région en 2015

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Région** | **Préfecture** | **Population 2014** | **Population 2015** | **Premiers contacts Consultation Curative** | **Taux d'utilisation des services** |
| **Faranah** | Dabola | 181 137 | 186 752 | 58 212 | 31% |
| Dinguiraye | 196 469 | 202 560 | 50 508 | 25% |
| Faranah | 280 170 | 288 855 | 49 816 | 17% |
| Kissidougou | 283 778 | 292 575 | 117 158 | 40% |
| **Total Faranah** | **941 554** | **970 742** | **275 694** | **28%** |
| **Kindia** | Coyah | 263 861 | 272 041 | 56 519 | 21% |
| Dubréka | 330 548 | 340 795 | 43 609 | 13% |
| Forécariah | 242 942 | 250 473 | 50 932 | 20% |
| Kindia | 439 614 | 453 242 | 81 556 | 18% |
| Télimélé | 284 409 | 293 226 | 47 346 | 16% |
| **Total Kindia** | **1 561 374** | **1 609 777** | **279 962** | **17%** |
| **Labé** | Koubia | 100 170 | 103 275 | 30 756 | 30% |
| Labé | 318 938 | 328 825 | 126 477 | 38% |
| Lélouma | 163 069 | 168 124 | 60 505 | 36% |
| Mali | 288 001 | 296 929 | 67 933 | 23% |
| Tougué | 124 280 | 128 133 | 43 140 | 34% |
| **Total Labé** | **994 458** | **1 025 286** | **328 811** | **32%** |
| **Mamou** | Dalaba | 133 677 | 137 821 | 50 763 | 37% |
| Mamou | 318 981 | 328 869 | 98 520 | 30% |
| Pita | 278 530 | 287 164 | 66 301 | 23% |
| **Total Mamou** | **731 188** | **753 855** | **215 584** | **29%** |
| **Total général** | **4 228 574** | **4 359 660** | **1 100 051** | **25%** |

De l’examen de ce tableau, on note 25% pour l’ensemble des quatre régions visitées avec le minimum et le maximum de couvertures obtenues respectivement par Kindia (17%) et Labé (32%).

Encore une fois, la région de Kindia a été plus touchée que les autres régions par la maladie à virus Ebola ce qui justifie ce faible taux de couvertures sanitaires.

* + 1. Taux de premières utilisatrices de la planification familiale (PF)

Cet indicateur est obtenu en rapportant le nombre de premières utilisatrices des méthodes modernes en PF (sans les préservatifs) au nombre total des femmes en âge procréer.

Le tableau N° 8 ci-après présent le taux de premières utilisatrices en PF par préfecture et par région en 2015.

Tableau : Taux de premières utilisatrices en PF par préfecture et par régions en 2015

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Région** | **Préfecture** | **Population 2014** | **Population 2015** | **Population cible PF** | **Nouvelles Utilisatrices PF** | **Taux 1ère utilisatrices PF 2015** | **Taux 1ère utilisatrices PF 2014** |
| **Faranah** | Dabola | 181 137 | 186 752 | 11 205 | 1 228 | 11% |  |
| Dinguiraye | 196 469 | 202 560 | 12 154 | 4 454 | 37% |  |
| Faranah | 280 170 | 288 855 | 17 331 | 1 678 | 10% |  |
| Kissidougou | 283 778 | 292 575 | 17 555 | 5 351 | 30% |  |
| **Total Faranah** | **941 554** | **970 742** | **58 245** | **12 711** | **22%** | **23%** |
| **Kindia** | Coyah | 263 861 | 272 041 | 16 322 | 719 | 4% |  |
| Dubréka | 330 548 | 340 795 | 20 448 | 1 326 | 6% |  |
| Forécariah | 242 942 | 250 473 | 15 028 | 1 078 | 7% |  |
| Kindia | 439 614 | 453 242 | 27 195 | 3 594 | 13% |  |
| Télimélé | 284 409 | 293 226 | 17 594 | 2 431 | 14% |  |
| **Total Kindia** | **1 561 374** | **1 609 777** | **96 587** | **9 148** | **9%** | **10%** |
| **Labé** | Koubia | 100 170 | 103 275 | 6 197 | 4 402 | 71% |  |
| Labé | 318 938 | 328 825 | 19 730 | 3 740 | 19% |  |
| Lélouma | 163 069 | 168 124 | 10 087 | 3 070 | 30% |  |
| Mali | 288 001 | 296 929 | 17 816 | 4 211 | 24% |  |
| Tougué | 124 280 | 128 133 | 7 688 | 2 527 | 33% |  |
| **Total Labé** | **994 458** | **1 025 286** | **61 517** | **17 950** | **29%** | **29%** |
| **Mamou** | Dalaba | 133 677 | 137 821 | 8 269 | 1 805 | 22% |  |
| Mamou | 318 981 | 328 869 | 19 732 | 2 428 | 12% |  |
| Pita | 278 530 | 287 164 | 17 230 | 2 559 | 15% |  |
| **Total Mamou** | **731 188** | **753 855** | **45 231** | **6 792** | **15%** | **23%** |
| **Total général** | **4 228 574** | **4 359 660** | **261 580** | **46 601** | **18%** | **21%** |

Ce tableau montre aussi une baisse du taux d’utilisation des services de planification familiale dans toutes les trois régions exceptée la région de Labé. Cette diminution est plus marquée à Mamou qu’ailleurs. Retenons que la complétude des rapports SNIS et la mauvaise qualité de remplissage sont entre autres facteurs explicatifs de la situation observée.

1. LES CONSTATS ET LEÇONS TIREES

Ces constats sont le résultat des échanges entre la mission et les personnes ressources rencontrées dans les structures visitées, il s’agit essentiellement des directeurs régionaux de la santé, des points focaux chargés des statistiques sanitaires, les médecins chargés de la prévention et lutte contre la maladie, les membres des équipes régionales d’alertes et de riposte contre Ebola (E.R.A.R.E) et certains représentants d’agences et institutions nationales et internationales.

Pour faciliter la compréhension des problèmes à la fois structurels et conjoncturels des différentes DRS, nous avons organisé par piliers au nombre de quatre essentiellement.

1. *Sur le plan institutionnel et organisationnel* :

Du fait de la faible perception par les responsables et décideurs des structures sanitaires visitées de la culture de l’utilisation des données pour actions, il n’existe quasiment aucun mécanisme visant à améliorer la production statistique.

En outre, l’absence du plan détaillé de description des postes et des taches par agent et par section doublée de l’insuffisance de l’ameublement (pourvoir en personnel les différents postes prévus) de la plupart des cadres organiques sont de nature à rendre problématique la gestion des données statistiques.

Aussi le non-respect des directives techniques nationales en matière production et soumission des rapports périodiques (date et circuit de transmission, analyse et interprétation des données avant transmission etc.) ne favorise pas une promptitude et une complétude satisfaisantes des informations disponibles au niveau intermédiaire qu’est la direction régionale.

C’est le lieu de noter que les taux de complétude des rapports logés dans le tableau ne reflètent aucunement les réalités locales car ils sont obtenus grâce à l’arrivée de la mission sur le terrain dont l’implication a fortement contribué à la fourniture des rapports soit par internet ou par déplacement expresse des directeurs des hôpitaux vers la DRS.

1. *Sur le plan matériel et financier :*

L’environnement de travail dans lequel évoluent les agents chargés statistiques n’offre pas suffisamment de plénitude et de facilité pour l’accomplissement de leur mission.

Les intrants (papier rame, fournitures de bureau, imprimantes, photocopieur etc.) n’existent quasiment pas. Les kits informatiques sont obsolètes, les sources d’énergie sont inconstantes et insuffisantes.

Les infrastructures abritant les structures régionales (DRS) sont exiguës particulièrement à Mamou si bien que trois cadres se retrouvent dans un même local (médecin chargé de maladie, de l’hygiène et de la formation/planification et statistique)

L’absence de financement des activités statistiques au niveau des DRS/ DPS et hôpitaux (primes de motivation, supervision etc.) est un goulot important à lever si l’on veut obtenir des données de qualité.

1. *Sur le plan humain* :

L’insuffisance marquée d’un potentiel humain qualifié dédié au travail statistique reste l’un des défis majeurs à relever pour atteindre la performance souhaitée.

On note une grande réticence chez les agents de santé pour l’exercice de la fonction du chargé statistique. Généralement, on fait appel aux agents déjà retraités ou en pré retraite pour combler le vide, les jeunes recrues étant hostiles à cause du caractère non générateur de revenu hors salaire de la fonction. Cette situation met certains directeurs d’hôpitaux et DPS de facto chargé des statistiques (hôpital Koubia et DPS de Lélouma par exemple).

1. Sur le plan logistique :

En plus des attentes consignées dans les termes de références, la mission a fait la présentation d’une application destinée à la gestion informatisée des données de routine. Cet outil proposé par le partenaire GIZ, a pour but de contribuer à l’amélioration de la gestion des données statistiques dans les structures (saisie, analyse, interprétation, diffusion et stockage des données).

Cette présentation a suscité un réel intérêt au niveau des responsables des districts qui, du coup ont exprimé non seulement leur satisfaction mais aussi exigé la mise à disposition immédiate de l’outil dénommé **Ra**pport **S**tatistique **S**anitaire **Info**rmatisé « **RASSinfo** ».

Dans la région de Labé, la mission a assisté aux préparatifs des activités de riposte contre une flambée épidémique de rougeole dans le Secteur Pathéya, District Lonna Sous-préfecture de Parawole, Préfecture de Lélouma pour des fins d’investigation. Cette activité a été mise en œuvre par l’équipe régionale des alertes et de riposte contre les épidémies (**E.R.A.R.E**).

Egalement, d’autres activités de renforcement de la surveillance des maladies à potentiel épidémique ont été réalisées pendant le séjour de la mission. C’est le cas de l’investigation des alertes sur les cas suspects de méningite dans les préfectures de la ceinture méningée qui sont Koubia, Mali et Tougué.

Faut – il signaler aussi l’existence de plusieurs institutions nationales et internationales qui évoluent sur le terrain dans le cadre de l’amélioration de l’état de santé des populations. Parmi celles – ci, on peut citer entre autres « ***DynaM »*** spécialisée dans la promotion des activités de santé à travers les mutuelles de santé (Région de Mamou),

Quant à la fonctionnalité des Comités de Santé, le constat d’ensemble révèle un vide en termes d’activités réalisées sur la base d’un plan de travail préalablement établi et ce dans toutes les DRS.

Toutefois, avec la survenue de l’épidémie de la maladie à virus Ebola, de grandes opportunités ont été offertes aux régions et districts en termes de formation, d’équipements, de renforcement des capacités institutionnelles, de leadership et de management etc… ce qui a sensiblement contribué à l’amélioration des méthodes de gestions des données sanitaires beaucoup plus axée sur les données de l’épidémie d’Ebola que sur les données de routine SNIS.

Tableau  : Analyse situationnelle comparée des différentes DRS visitées

| Région sanitaire | Points forts | Points faibles | Menaces | Recommandations |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Faranah  | * Existence d’un chargé statistique à temps plein
* Existence des moyens logistiques roulants en quantité et en qualité (opportunité : ERARE avec Expertise France suite Ebola)
 | * Insuffisance de la qualité des données (Promptitude, exhaustivité, exactitude, cohérence et logique) ;
* Absence d’analyse formalisée des données/rapports ;
* Mauvais remplissage des outils ;
* Agent chargé statistique peu compétent et non motivé ;
* Archivage des données peu satisfaisant ;
* Insuffisance d’équipements informatiques (ordinateurs, internet) ;
* Insuffisance de leadership et management sur fond d’absence de l’esprit d’équipe.
 | * Personnel vieillissant et insuffisant;
 | Evaluer les besoins pour une dotation exhaustive de chaque structure et par préfecture en termes de :* Formation
* Equipements NTIC ;
* Supervision
* Voyage d’études
* Contractualiser avec les jeunes médecins et autres ATS,AS
 |
| Labé  | * Existence d’un chargé statistique à temps plein
* Existence des moyens logistiques roulants en quantité et en qualité (opportunité : ERARE avec Expertise France suite Ebola)
 | * Insuffisance de la qualité des données (Promptitude, exhaustivité, exactitude, cohérence et logique) ;
* Absence d’analyse formalisée des données/rapports ;
* Mauvais remplissage des outils ;
* Agent chargée statistique peu compétente et non motivée ;
* Archivage des données peu satisfaisant ;
* insuffisance d’équipements informatiques (ordinateurs, internet) ;
* Insuffisance de leadership et management
 | * Instabilité et vieillissement du personnel
 | Evaluer les besoins pour une dotation exhaustive de chaque structure et par préfecture en termes de :* Formation
* Equipements NTIC ;
* Supervision
* Voyage d’études

Contractualiser avec les jeunes médecins et autres ATS, AS |
| Mamou  | * Existence d’un leadership et management adaptés
 | * Insuffisance de locaux appropriés;
* Insuffisance d’archivage et de gestion des données ;
* Absence d’un agent chargé des statistiques à plein temps et compétent ;
* Faible exhaustivité des données rapportées dans le canevas SNIS ;
* Insuffisance du personnel prévu par le cadre organique (le SAF entre autres)
 | Personnel vieillissant, instabilité administrative des agents | * Faire plaidoyers pour contractualiser avec les agents jeunes et les former pour être dédiés à la gestion des données (DRS);
* Mettre en place un mécanisme d’incitation au travail statistique (primes, supervision formative, voyage d’étude etc)
 |
| Kindia  | * Existence d’une équipe cadre motivée ;
* Plusieurs partenaires d’appui (opportunités)
 | * Faible complétude des rapports et insuffisance de l’exhaustivité des données ;
* Insuffisance de la qualité des données (Incohérence et mauvais remplissage des rapports etc.) ;
* Absence d’analyse des données pour actions
 | * Non-respect des procédures de gestion des ressources humaines (instabilité personnel)
* Vieillissement
 | * Mettre en place un système de promotion de la compétence ;
* Créer un mécanisme d’incitation au travail statistique ;
* Institutionnaliser des réunions mensuelles d’analyse des données et veiller à l’application des mesures qui y seront retenues
 |

1. RECOMMANDATIONS GENERALES

# Au regard de tout ce qui précède, le renforcement des capacités et les compétences des agents dévient la priorité des priorités si l’on veut contribuer à l’amélioration de la qualité des données statistiques de routine. C’est en cela que nous suggérons les points d’action suivants :

* La mise en place d’une application pour la gestion informatisée des données générées dans les formations sanitaires notamment le logiciel **RASS\_Info** dont la convivialité et la simplicité ont été bien appréciées par les gestionnaires des districts sanitaires visités.
* La supervision facilitante des agents chargés des statistiques avec toutes les mesures d’accompagnement pour rendre aisé et attractif le travail statistique ;
1. REMERCIEMENTS

Au regard de ce qui précède et tenant compte de la qualité de l’accueil nettement meilleure réservée partout où la mission est passée par les autorités sanitaires, nous adressons les vifs et sincères remerciements à toutes et tous qui ont consacré leur temps pour faciliter l’accomplissement de cette mission.

Que Messieurs les Directeurs régionaux de la santé et les membres de leurs équipes cadres trouvent ici notre reconnaissance pour la grande disponibilité manifestée pendant toute la durée de la mission.

Aussi, pour la constance et la consistance de l’assistance aux efforts du Ministère de la Santé dans l’amélioration de l’état de santé des populations guinéennes, la mission remercie la Coopération Allemande GIZ et lui encourage à poursuivre cette importante assistance.

Enfin, les mêmes remerciements s’adressent à **Son Excellence M. le Président Alpha** **Condé** et son Gouvernement pour la grande attention accordée aux problèmes de santé des populations.

1. ANNEXES
	1. Liste des cadres et agents rencontrés

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénom et Nom | Titre/fonction | Région administrative (DRS) | Contacts |
| Dr Maurice GOA | DRS | Faranah | 622 35 07 88 |
| Dr Lansana Condé | MCM/ Coordi ERARE | Faranah | 622 46 50 70 |
| Issa Kouroumah | Chargé stat | Faranah | 664 55 64 56 |
| Dr Mamadou Kouyaté | DRS | Mamou | 622 35 07 82 |
| Dr Mamadou Sow | MCM/ Coordi ERARE | Mamou | 622 93 13 34 |
| Dr Yémaré Camara | Chargé stat/planif/formation | Mamou | 655 46 41 90 |
| Dr Houdy Barry | DRS | Labé | 622 42 91 49 |
| Dr Tounkourouma Baldé | MCM/Coordi ERARE | Labé | 622 25 23 85 |
| Rachidatou Diallo | Chargée statistique | Labé | 628 06 21 45 |
| Dr Fakourou Dansoko | DRS | Kindia | 622 94 17 56 |
| Dr Mikiry Camara | MCM/Coordi ERARE | Kindia | 622 08 88 03 |
| Dr Abdoulaye Barry | Chargé statistique | Kindia | 622 93 13 68 |