







## RESUME

L'étude vise à mesurer l'impact des formations effectuées sur l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des patients atteints de VIH/SIDA à Abidjan (1994-1995).

En termes spécifiques, il s'agit de:

- évaluer les stratégies de formation et la pertinence du choix des sujets à former par rapport aux objectifs du PNLS et aux besoins ;
- décrire le devenir des sujets formés ;
- évaluer les connaissances acquises, deux ans après la formation ;
- mesurer l'amélioration quantitative et qualitative du dépistage, de la prise en charge et du suivi, en ambulatoire ;
- évaluer l'impact de la formation dans la FSU et auprès des malades.

Au Niveau Méthodologique, l'étude combine les approches qualitative et quantitative.

Sur le plan qualitatif, des entretiens semi-directifs sont réalisés avec les catégories de partenaires de la formation : (formateurs, personnels formés, autres personnels de santé, Directeurs communaux, bénéficiaires).

Sur le plan quantitatif, une évaluation des activités des FSU sur la base de fiches techniques d'enquête est faite (nombre de tests, nombre de sujets dépistés, nombre de sujets malades, nombre de sujets pris en charge et suivis, niveau de connaissances résiduelles).

L'étude s'est déroulée du 16 juin au 30 juillet 1997 dans les FSU d'Abidjan sélectionnées par le comité de pilotage .

Au niveau des stratégies de formation, l'initiative de la formation a été prise et l'identification des besoins faites par le PNLS et le PSA. La mise en place de la formation a nécessité le recours à des formateurs qualifiés; mais l'absence de responsable pédagogique chargé de la coordination de la formation a posé problème. Le programme de formation, dans son contenu, couvre tous les aspects de la prise en charge, mais la multidisciplinarité n'a pu être possible faute d'une définition concertée des objectifs pédagogiques.

Les méthodes de formateurs combinent la formation théorique, les stages pratiques et le suivi. Les stages pratiques et le suivi sont jugés insuffisants par les personnels formés.

La formation des personnels de santé a globalement abouti à un échec quant à ses effets sur la prise en charge des malades du Sida. L'impact de la formation sur les activités de dépistage, de prise en charge et de suivi dans les FSU, est faible. Les agents formés ont été généralement affectés dans les FSU; mais les connaissances résiduelles sont retombées au niveau du pré-test; la non utilisation de celles-ci dans le contexte de la prise en charge en est la cause.

Des tests et des dépistages ont été réalisés dans certaines FSU et des cas de Sida notifiés; mais l'on ne dispose pas de données sur la prise en charge et le suivi. Le constat suggère que l'activité de prise en charge n'a pas été régulière.

Que faire pour améliorer la décentralisation de la prise en charge?

Il faut:

- Entreprendre une politique globale de décentralisation de la prise en charge, avec ses trois composantes;
- Programmer une formation sur la base de l'analyse des besoins de formation des personnels de santé;
- Mettre en place un comité de pilotage et une équipe de coordination pédagogique;
- Concevoir les outils d'évaluation au départ de la formation, au niveau interne et externe;
- Créer des cellules fonctionnelles avec tous les éléments techniques et assurer le suivi des personnels formés.

# CHAPITRE I : APPROCHE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

## I - LE CONTEXTE DE L'EVALUATION

L'épidémie du Sida se fait jour en 1985 et suscite une réponse socio-politique à travers la création du Programme National de Lutte contre le Sida en 1987. Avec l'Appui de l'OMS, des stratégies de prévention sont mises en oeuvre sur la base des données épidémiologiques et socio-comportementales.

Malgré les campagnes de sensibilisation, le nombre de cas de Sida ne cesse d'augmenter de façon exponentielle, passant de 14655 cas en 1993 à 31963 cas en 1995. Il devenait alors urgent d'élaborer de nouvelles réponses sociales, de nouvelles priorités telles que la limitation de l'impact de l'épidémie et la décentralisation de la prise en charge des malades du Sida, des formations spécialisées vers les formations sanitaires courantes.

La stratégie de décentralisation de la prise en charge requiert la mise en place de trois outils fondamentaux:

- La formation des personnels de santé à la pathologie du Sida;
- La mise à disposition de réactifs sérologiques pour le diagnostic du Sida;
- La disponibilité de médicaments essentiels pour le traitement des maladies opportunistes.

Le volet formation fait l'objet de la présente étude d'évaluation. L'objectif final de cette formation est de parvenir à la décentralisation de la prise en charge et du suivi des malades atteints du Sida par la création de cellules de prise en charge dans les formations sanitaires courantes (FSU).

Pour atteindre cet objectif, les activités de formation se sont déroulées de façon progressive de 1992 à 1996, suivant une méthodologie précise.

En 1992, une information des personnels de santé des FSU des communes d'Abidjan est réalisée. Des séances de sensibilisation de l'ensemble des personnels de santé des 10 formations sanitaires d'Abidjan sont organisées en juin et juillet 1992, avec l'équipe de l'USAC du CHU de Treichville et le PNLS.

Les objectifs de ces séances sont:

- \* Informer les personnels de santé de la propagation de la maladie et leur communiquer des données de séroprévalence.
- \* Former les personnels de santé sur les signes d'alerte de la maladie, sur le lien entre Tuberculose - Sida et sur la définition de Bangui, sur la stratégie biologique et les sites diagnostiques sérologiques possibles (à l'époque les laboratoires des 3 CHU de la ville et l'Institut Pasteur de CI).
- \* Les sensibiliser aux notions de pretest, d'annonce du résultat, de confidentialité et de suivi.
- \* Les situer sur les attributions respectives des médecins, assistants sociaux et infirmiers vis-à-vis de la prise en charge d'un malade.

En 1994-1995, est organisée la formation des personnels de santé des FSU des communes d'Abidjan et des 3 FSUCOM (Sagbé, Toit Rouge et Anonkoua Kouté).

A la fin de cette formation, le personnel formé devait être capable de constituer des équipes de prise en charge médicale et psychosociale des patients (dénommées cellule de prise en charge) au niveau de la consultation ambulatoire de médecine adulte et pédiatrique dans chaque FSU des 10 communes de la ville.

La formation comportait un double aspect théorique et pratique:

- Au niveau théorique le programme de formation élaboré avec l'équipe de formateurs des unités spécialisées porte sur les aspects cliniques (diffusion des algorithmes de traitement des infections opportunistes), biologiques (diffusion de la stratégie diagnostique sérologique rapide), éthiques et déontologiques (interventions d'un Juriste et de membres séropositifs de l'association Lumière Action), sur la Tuberculose, les MST, les aspects pédiatriques, gynécologiques et obstétriques. Des supports pédagogiques (documentation) sont communiqués aux participants afin de renforcer les effets de la formation<sup>(1)</sup>

---

(<sup>1</sup>) Les documents de travail disponibles sur la problématique de la prise en charge du VIH/Sida.

- Le virus de l'immunodéficience humaine.
- La transmission du VIH et de VHB dans les établissements sanitaires
- SIDA: les faits, l'Esoir (L. Montagnier)
- Guide pour le conseil dans l'infection à VIH et le Sida (OMS, SIDA, Série 8)
- Séminaire/Atelier sur la définition de la stratégie nationale de diagnostic biologique des séroconversion à VIH et la supervision des laboratoires d'analyses médicales (Bingerville, Mai, 1994)

- Au niveau pratique, on distingue les séances de jeux de rôle et les stages pratiques. En ce qui concerne les jeux de rôle, une grande partie du temps leur est consacré pendant la période de formation théorique. Il s'agit de simuler la préparation des patients au prélèvement sérologique, à l'annonce de la séropositivité, aux exigences du soutien psychosocial et au suivi de malades et de leurs familles.

Ces jeux de rôle sont concrétisés lors des stages de mise en situation de pretest et d'annonce de la séropositivité dont le but est de familiariser le personnel de ces équipes à la préparation des patients au test sérologique et à l'annonce du résultat sérologique sur les sites de prise en charge opérationnels et spécialisés de la ville d'Abidjan: CIPS, CNTS, USAC, le CASM ou le CAT d'Adjamé...

Enfin une équipe de suivi composée d'un représentant du PNLS, de la DR Sud et d'un formateur, allait sur le terrain à la consultation du dispensaire et au laboratoire veiller à la mise en place de l'équipe de prise en charge des malades du Sida sur chaque site des 10 communes.

Les difficultés de mise en place des services sont nombreux, et diverses :

- \* manque de place sur le site pour respecter l'intimité des entretiens ;
- \* manque de temps à consacrer aux malades du Sida ;
- \* absence de médicaments essentiels au prix PSP ;
- \* manque de collaboration entre médecins et assistants sociaux ;
- \* absence d'incitation pécuniaire pour faire ce travail ;
- \* non soutien de l'administration de la formation sanitaire au niveau des moyens (enveloppes, fiche de suivi, etc.) ;
- \* non respect de la confidentialité au laboratoire ou au dispensaire, ce qui n'incite pas les malades à revenir et ne facilite pas la fidélisation des patients.

La formation concerne les personnes disposées à suivre les malades du Sida au niveau de leur site (équipe médecin, infirmier et assistant social). Ces personnels sont sélectionnés en fonction de leur motivation, de leur intérêt et de

---

- Prévention du Sida; guide à l'usage des responsables de programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale

II - Le Sida et la Santé Maternelle et infantile (OMS, 1990)

- Algorithmes pour la médecine (PNLS)

- Guide pour la prise en charge par les services infirmiers des porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (OMS - Série3)



leur qualification (médecin, infirmier, etc..) de façon à créer un équilibre médico-social dans l'équipe. Une dizaine de personnes sont formées par site. La durée de la formation est de 4 jours.

Au total 84 personnes ont été formées. Compte tenu de l'importance de cette formation pour le dépistage et la prise en charge des patients atteints du VIH/SIDA, il est nécessaire d'évaluer son impact sur l'amélioration des services.

## **II - OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **1. OBJECTIF GENERAL**

Mesurer l'impact des formations effectuées sur l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des patients atteints de VIH/SIDA à Abidjan.

### **2. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- évaluer les stratégies de formation et la pertinence du choix des sujets à former par rapport aux objectifs du PNLIS et aux besoins ;
- décrire le devenir des sujets formés ;
- évaluer les connaissances acquises, deux ans après la formation ;
- mesurer l'amélioration quantitative et qualitative du dépistage, de la prise en charge et du suivi, en ambulatoire ;
- évaluer l'impact de la formation dans la FSU et auprès des malades.

### **3. HYPOTHESE**

Si la formation des personnels de santé à la pathologie du Sida a réussi, elle devrait avoir un impact sur l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des patients.

### III - APPROCHE METHODOLOGIQUE

#### I - LES METHODES DE RECHERCHE

L'étude combine les approches qualitative et quantitative.

Au niveau qualitatif, des entretiens semi-directifs sont réalisés avec cinq catégories de partenaires de la formation :

- Premièrement, les formateurs, pour recueillir des informations sur le contexte, les objectifs, les méthodes, les prérequis, le déroulement, le plan et les perspectives de la formation ;
- Deuxièmement, les personnels formés, pour avoir leurs avis sur le contexte, les objectifs, les méthodes, les prérequis, le déroulement, le bilan et les perspectives de la formation.
- Troisièmement, les autres personnels de santé non formés, pour s'enquérir des activités de prise en charge dans la FSU, de leurs relations avec les personnels formés, de leur attitude à l'égard de ce type de formation et de l'amélioration du suivi.
- Quatrièmement, les Directeurs communaux, pour appréhender leur niveau d'implication dans l'identification des besoins de formation et la mise en oeuvre de la formation.
- Enfin, cinquièmement, les bénéficiaires, pour évaluer l'amélioration qualitative et quantitative des services en tant qu'effet de la formation.

Au niveau quantitatif, trois évaluations sont réalisées :

- Une évaluation des activités des FSU en termes de :
  - nombre de tests réalisés en 1995-96 ;
  - nombre de sujets dépistés auxquels on a annoncé les résultats ;
  - nombre de sujets suivis: nombre de malades revus, périodicité du suivi, taux de déperdition ;
- évaluation des connaissances résiduelles des sujets formés, à l'aide d'une épreuve pédagogique ;

- connaissance épidémiologique, biologique, clinique et thérapeutique ;
- connaissance des algorithmes de prise en charge ;
- analyse de l'organisation des services de prise en charge (fiche d'enquête en annexe) ;
- implantation de la cellule de prise en charge: locaux, matériels disponibles, personnels affectés ;
- approvisionnement en réactifs de laboratoire ;
- approvisionnement en fiches de suivi ;
- circuit du malade, organisation de l'anonymat, confidentialité ;
- obstacles rencontrés: matériels, humains...

## 2. LES INSTRUMENTS DE RECHERCHE

Au niveau de l'approche qualitative, des guides d'entretiens mis au point par l'équipe de chercheurs et celle de décideurs ont été appliqués à chaque groupe de partenaires de la formation.

Au niveau de l'approche quantitative, des fiches d'enquête adaptées soit à l'inventaire des activités, soit à l'évaluation des connaissances ou à la description des services ont été élaborées.

## 3. ÉCHANTILLON

(84) L'ensemble des personnels formés est inclus dans l'échantillon. Pour les formateurs seront retenus les membres de l'équipe de prise en charge (5 personnes), les animateurs et coordinateurs des formations (5 personnes), les personnels de la DR sud et de PSA (4 personnes), un échantillon des équipes ayant participé à la formation (USAC, CASM, CIPS, CAT d'Adjamé, Lumière Action) (6 personnes) et un échantillon des intervenants des cours théoriques (3 personnes)

Concernant les autres personnels des FSU, un échantillon de 16 personnes sera tiré au sort (1 infirmier, 1 sage femme par FSU). Pour les malades un échantillon de 32 personnes sera tiré au sort (4 par FSU)

L'échantillon final sera donc constitué de:

- 44 personnels formés
- 23 formateurs
- 16 autres personnels
- 32 malades suivis

soit un total de 115 personnes.

#### **4 - LES SITES DE L'ETUDE**

Sont intégrées à l'échantillon, les Formations Sanitaires urbaines retenues par le comité de pilotage, là où il n'y a pas d'essai clinique en cours : Marcory, Abobo-Nord, Koumassi, Treichville; Cocody-Nord, Port-Bouet, Attécoubé, Locojoro.

Ces formations représentent 50% des FSU d'Abidjan et regroupent 66% des personnels formés (47/71). Elles sont donc représentatives des FSU et des personnels formés.

L'enquête s'est déroulée du 16 Juin au 30 Juillet 1997.

## CHAPITRE II - LES RÉSULTATS

### I - LES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

L'échantillon comporte quatre composantes : les formateurs, les personnels de santé formés, les autres personnels et les bénéficiaires.

#### 1. LES FORMATEURS

L'enquête a permis de toucher:

- 2 Professeurs
- 6 Médecins
- 2 Assistantes sociales

Ces formateurs relèvent de l'USAC, du PNLIS, de RETROCI, et du service des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville.

#### 2. LES PERSONNELS FORMES

Comment les personnels formés se répartissent-ils dans les formations sanitaires d'Abidjan ?

Tableau 1 : Distribution des personnels formés dans les FSU

	Distribution des personnels formés dans les FSU			
	Présents	Absents	Retraités	Total
Abobo-Nord	3	2		3
Attécoubé				
Locodjro	5	4		9
Cocody-Nord	3	1	1	5
Koumassi	3	2		5
Marcory	4	1	2	7
Port-Bouet	6	2		8
Treichville	5	3		8
Total	29	15	03	47

- Vingt neuf personnels formés ont été touchés par l'enquête dont 8 médecins, 12 infirmiers, 5 sages-femmes et 4 assistantes sociales.

- Quinze sujets formés étaient absents au moment de l'enquête pour plusieurs raisons : stage à l'étranger, médecins mis en disponibilité, congés de maternité et raisons diverses.

- Trois personnes formées sont déjà à la retraite.

L'âge du personnel formé tourne autour de 42 ans. Il est constitué de 12 hommes et 17 femmes.

L'ancienneté moyenne dans la profession avoisine 17 ans et l'ancienneté sur le site, 7 ans. Parmi le personnel formé (n=29), 17 appartiennent à une cellule, même si celle-ci ne fonctionne pas toujours. Comment les formés ont-ils été recrutés ? 11 déclarent s'être portés volontaires pour accroître leurs compétences dans le domaine de la prise en charge des malades du Sida ; 18 ont été proposés par le chef de service et ont accepté la formation pour les mêmes raisons.

Les avantages attendus de la formation sont essentiellement la qualification et la promotion professionnelles. Cette qualification est d'autant plus nécessaire que 20 apprenants sur 29 ne s'étaient jamais occupés de Sida avant la formation ; ils exerçaient dans leurs domaines particuliers (médecine, services sociaux, services spécialisés). Les 9 apprenants qui s'occupaient de Sida avant la formation de 1994 ont aussi participé à d'autres formations en 1991 et 1992 et reçu une documentation appropriée sur le Sida, les algorithmes de traitement des infections opportunistes, la prise en charge médicale et psychosociale des malades, la transmission mère-enfant du VIH, l'IEC, le counselling.

### 3. LES AUTRES PERSONNELS

Vingt cinq (25) autres personnels non formés ont été touchés par l'enquête: 6 médecins, 3 assistantes sociales, 7 sages-femmes, 9 infirmiers d'état.

Les personnels non formés (8 hommes et 17 femmes) ont en moyenne 40 ans. Ils se composent de 6 médecins, 9 infirmiers d'état, 7 sages-femmes et 3 assistantes sociales. Leur ancienneté moyenne dans la fonction est de 16 ans, et, sur le site, de 5 ans.

Parmi ces personnes, 18 agents auraient souhaité être formés pour développer des compétences dans la prise en charge des malades du Sida. Seulement 7 agents ne souhaiteraient pas de formation à cause des occupations multiples (tuberculose) et du niveau d'information actuel jugé satisfaisant (j'ai déjà des documents).

Les personnels non formés ne savent pas comment les formés ont été sélectionnés (n=12) ou affirment qu'ils ont été désignés par les supérieurs hiérarchiques (n=10), ou se sont portés volontaires (n=3). Ils pensent que le mode

de désignation n'a aucun effet sur le fonctionnement du service (n=14) ou qu'ils ne perçoivent pas son effet (n=10).

#### **4. LES BENEFICIAIRES**

Au niveau des bénéficiaires (malades suivis), malgré les passages répétés des enquêteurs dans les FSU, aucun malade suivi n'a pu être enquêté. Les raisons invoquées par les personnels formés mentionnent soit l'absence de cellule de prise en charge (4/7), soit son non fonctionnement, lorsqu'elle existe (3/7). Les malades préfèrent alors se rendre à l'USAC.

## **II - LES STRATÉGIES DE FORMATION**

### **1. L'INITIATIVE DE LA FORMATION ET L'IDENTIFICATION DES BESOINS**

L'initiative de la formation a été prise par le PNLS et le PSA sur la base des contraintes professionnelles qu'impose la mise en place des cellules de prise en charge dans les FSU d'Abidjan. Les Directeurs Régionaux et Communaux de santé n'y ont pas participé de façon formelle dans le cadre d'un comité de pilotage du projet de formation chargé de la conception et du suivi de celui-ci.

L'identification des besoins de formation a également été faite par le PNLS et le PSA ; la méthode d'identification reste implicite, de même que l'analyse des tâches nouvelles.

### **2. LA MISE EN PLACE DE LA FORMATION**

Comment les programmes de formation ont-ils été mis en place ?

De l'avis des formateurs, quelques réunions ont été organisées au PNLS pour donner des informations d'ordre général sur la formation. Mais les formateurs ne se sont pas constitués en une véritable équipe pédagogique dotée de responsabilités précises en termes de :

- . définition du profil d'entrée et de sortie des personnels de santé
- . définition des programmes
- . définition des types d'intervention
- . définition des types d'évaluation

- . choix et contrôle des formateurs
- . information sur les conditions de travail

Aucun responsable scientifique et pédagogique n'a été désigné pour coordonner et superviser les activités de formation. Aussi, les formateurs ont-ils participé à la formation de façon individuelle, pour certains (40%) sans avoir été informés des objectifs de la formation :

*« On m'a tout simplement demandé d'intervenir sur l'épidémiologie ; j'étais une personne ressource ; je ne me souviens plus de cette initiative ».*

- D'autres considèrent la formation comme une sensibilisation du personnel médical et para-médical devant amener ceux-ci à s'impliquer davantage dans le processus de décentralisation ; or, une formation atteint le niveau des compétences et diffère en ce sens de la sensibilisation.

La plupart des formateurs (70%) sont intervenus sans avoir une idée précise des prérequis des apprenants, ce qui pose problème au niveau pédagogique, la programmation d'un enseignement dépendant des connaissances antérieures.

### 3. LE PROGRAMME DE FORMATION

Le contenu du programme de formation couvre tous les aspects de la prise en charge ; mais l'absence de coordination pédagogique a entraîné une définition individuelle des contenus. Dans ces conditions, la multidisciplinarité ne pouvait fonctionner réellement, faute d'un consensus sur les objectifs de formation et d'une harmonisation des contenus au niveau de l'équipe pédagogique. La multidisciplinarité suppose nécessairement un centre de coordination des activités pédagogiques.

### 4. LES METHODES DE FORMATION

Les méthodes de formation combinent la formation théorique en cours magistral, les stages pratiques et le suivi dans les FSU.

Les formateurs dans leur ensemble reconnaissent avoir assuré la formation théorique de façon satisfaisante, et pour certains (7), encadré les stages pratiques en termes de :



- jeu de rôle où l'agent prépare le patient au test, annonce le résultat et tente de réaliser un soutien psychosocial :

- participation au prétest, à l'annonce et au conseil dans les structures spécialisées (CIPS, USAC, CASM, CAT d'Adjamé...).

En revanche, le suivi n'a pas toujours été effectif, compte tenu de l'inexistence d'une coordination pédagogique chargée de réaliser sa programmation au niveau des formateurs. Même si des fiches de suivi permettent d'harmoniser les procédures, aucune évaluation de cet aspect de la formation n'a pu être signalée.

## 5. LE BILAN ET LES PERSPECTIVES DE LA FORMATION

Aucun formateur n'a une idée objective du bilan de la formation en termes de rendement interne (évaluation des formations théorique, pratique et du suivi) et de rendement externe (efficacité de la prise en charge des malades du Sida).

Outre la formation, la prise en charge de ces patients dans les cellules implique la disponibilité de réactifs sérologiques pour le diagnostic du Sida et de médicaments essentiels pour le traitement des maladies opportunistes. Faute d'une mise en oeuvre effective de cette politique globale de prise en charge, les effets de la formation ne pouvaient être que nuls comme l'indiquent la quasi totalité des formateurs :

*« Le résultat théorique est positif ; mais les cellules n'ont pas effectivement été mises en place dans toutes les formations sanitaires ; et même là où elles existent, elles ne fonctionnent pas, faute de moyens : test, médicaments, véhicules pour les déplacements au cours du suivi... »*

La formation des personnels de santé, cuvée 1994, a globalement abouti à un échec quant à ses effets sur l'amélioration quantitative et qualitative de la prise en charge des malades du Sida. Ce constat amène les formateurs à formuler plusieurs suggestions :

- Situer la formation dans la politique globale de prise en charge des patients du Sida.
- Créer un cadre de coordination des activités pédagogiques à même de superviser la formation quant à son organisation et à son évaluation.

- Associer tous les partenaires de la lutte contre le Sida (Décideurs, médecins., autres personnels médical et para-médical) à la mise en place de la formation (initiative, conception, suivi...).

### **III. IMPACT DE LA FORMATION SUR LES PERSONNELS FORMES ET LES AUTRES PERSONNELS.**

Quelles appréciations les personnels formés donnent-ils de la formation ?  
Comment les personnels non formés vivent-ils l'interaction avec les personnels formés quant aux bénéfiques de la formation ?

#### **1. L'IMPACT PERÇU PAR LES FORMES**

Dans l'ensemble, les apprenants donnent une appréciation favorable de la formation dispensée aux niveaux théorique et pratique, et défavorable au niveau du suivi.

##### **1.1. La formation théorique**

La moitié des médecins (4/8) jugent la formation théorique insuffisante dans la mesure où elle aborde généralement des prérequis. Quant au personnel para-médical, il estime le temps de formation trop court et l'apprentissage, massé: un contenu varié et dense est dispensé en un temps bref (4 jours), alors qu'il aurait fallu le faire en deux semaines. Les compétences acquises sont bonnes dans l'ensemble, mais les assistantes sociales les considèrent insuffisantes compte tenu de leur prérequis ; ici se pose le problème de l'homogénéité des niveaux de formation des différents personnels.

Tous les apprenants déclarent que les formateurs maîtrisent les thèmes abordés ; le personnel de Lumière-Action a fait preuve de beaucoup de courage ; mais il reste limité sur le plan théorique.

La presque totalité des apprenants (28/29) affirment qu'ils ont acquis des connaissances médicales suffisantes leur permettant de suspecter le diagnostic du Sida sur certains signes d'appels cliniques.

Ils ont reçu le guide des algorithmes de traitement des infections opportunistes (21/29) et l'utilisent rarement (9/29) à propos de l'adulte, la femme ou l'enfant. La majorité ne l'utilisent pas (20/29), faute de cellules et de malades.

Les apprenants pensent qu'il faut faire pratiquer deux tests sérologiques (18/29) ou un seul (9/29) lorsque la personne est symptomatique d'une part, et d'autre part, 2 tests (14/29) ou un test (9/29) ou 0 test (6/29), lorsque la personne est asymptomatique.

Les réponses données en moyenne ici (2 tests symptomatiques et 2 tests asymptomatiques) ne tiennent pas compte du coût des tests sérologiques, coût en fonction duquel, l'OMS propose un seul test pour le sujet symptomatique.

De manière générale, la formation théorique a donné aux formés les connaissances nécessaires (28/29) pour faire de la sensibilisation sur le Sida et les MST dans les FSU.

## 2. LA FORMATION PRATIQUE

La formation a été bonne dans l'ensemble. Elle a permis aux stagiaires d'acquérir des compétences médicales et psychosociales avec la participation au prétest et à l'annonce. Les apprenants ont souligné la bonne prestation des encadreurs, regretté l'absence de Lumière-Action et suggèrent l'augmentation de la durée du stage ; car le stage apporte les éléments nécessaires pour évoquer le diagnostic avec le patient et faire le prétest (25/29). Il convient donc de renforcer la formation sur le prétest et sa pratique, et de mettre en place des cellules fonctionnelles pour l'application et l'actualisation des acquis.

La formation pratique a permis à la majorité de faire l'annonce (20/29) à partir des éléments de préparation psychologique acquis, de l'approche du malade apprise dans les jeux de rôle et en situation réelle, et de la maîtrise de la peur. La formation a permis aux personnels de savoir prodiguer des conseils aux patients (avoir des rapports protégés, avoir une alimentation saine, se faire suivre à l'hôpital, se confier au Seigneur...).

L'annonce du statut sérologique est considérée comme l'affaire de l'assistante sociale d'abord (11/29), ensuite du médecin (9/29), enfin de tout le monde (5/29). La moitié des médecins (4/8) désigne l'assistante sociale comme la personne ressource la plus habilitée pour faire l'annonce.

La prise en charge est considérée par tout le monde comme un travail d'équipe (n=29). Les activités de prise en charge peuvent être intégrées aux activités ambulatoires des FSU (24/29).

En définitive, la formation pratique a développé les compétences médicales (25/29) et psychosociales (27/29) des personnels de santé.

### 3. LE SUIVI DES STAGIAIRES

Le suivi a été le maillon le plus faible de la formation, car pour les médecins (6/8), il n'a pas toujours été effectif. Là où le suivi a existé, il a été inefficace compte tenu de l'absence de cellule de prise en charge fonctionnelle disposant de réactifs sérologiques et de médicaments essentiels.

Le suivi aurait permis au formateur de se rendre compte des acquis de la formation par l'observation des comportements des stagiaires et l'organisation des séances de discussion avec ceux-ci, afin de partager les expériences et donner des conseils. Aussi, la période de suivi des stagiaires représente-t-il le moment d'installation définitive des compétences.

L'insuffisance du suivi est telle que les autres personnels non formés (n=25) déclarent n'avoir pas bénéficié de l'expérience des collègues formés (n=22). Certains se demandent même si la formation a fait acquérir des compétences à ces derniers, puisqu'aucun parmi eux ne l'évoque au cours des échanges :

*« Dans nos conversations avec les collègues formés, on n'a jamais échangé sur la formation reçue. L'absence de cellule de prise en charge en est peut-être la cause : si la cellule fonctionnait, on aurait certainement travaillé en équipe avec les formés ; on se serait frotté à eux au cours des séances de prise en charge des malades et de leur suivi ; leur expérience nous aurait profité à ce moment là... ».*

L'insuffisance du suivi et la non création des cellules de prise en charge constituent des limites à l'expression des compétences acquises et à leur diffusion.

### 4. LES SUGGESTIONS POUR AMELIORER LA FORMATION

Les formés font plusieurs recommandations en vue de l'amélioration de la formation :

- Revoir les contenus de la formation en fonction des prérequis des apprenants. Cette suggestion est surtout faite par les médecins qui souhaitent acquérir des connaissances approfondies sur le Sida.
- Sélectionner les formateurs sur la base de compétences précises. Ce fut le cas dans l'ensemble, malgré quelques ratés.



## IV - IMPACT DE LA FORMATION SUR LES ACTIVITES DE DEPISTAGE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DANS LES FSU.

L'examen de l'impact de la stratégie de formation sur les activités des FSU prendra en compte les aspects suivants : d'abord le **devenir** des agents formés en termes d'**intégration** dans les services appropriés et de **connaissances résiduelles** ; ensuite le **dépistage** sous le double rapport quantitatif et qualitatif (nombre de tests par an) et qualitatif (respect de l'anonymat et de la confidentialité) ; enfin la **prise en charge** (annonce de la sérologie, soutien psychosocial et médical) et le **suivi** du malade.

### 1. LE DEVENIR DES PERSONNELS DE SANTE

#### 1.1. L'intégration dans les services appropriés

Les personnels formés sont-ils affectés dans les FSU sélectionnées dans le cadre de la prise en charge ? Les activités de prise en charge se font-elles convenablement ?

A la première question, il faut répondre par l'affirmative ; en effet, dans l'ensemble, les personnels formés se retrouvent dans les FSU prévues. On déplore cependant trois départs à la retraite qu'on aurait pu éviter si l'âge des stagiaires avaient été contrôlé lors du recrutement.

A la seconde question relative aux activités de prise en charge, on doit répondre par la négative, dans la mesure où les cellules de prise en charge ne fonctionnent pas normalement dans la quasi totalité des FSU. Marcory représente l'exception en la matière. En effet, il y avait dans cet établissement une équipe pluridisciplinaire (comprenant un médecin, un technicien de laboratoire et un assistant social) pour la prise en charge des malades, avec possibilité de dépistage, d'annonce, de suivi, le tout garantissant l'anonymat et la confidentialité.

Comment s'explique le déficit de la prise en charge ailleurs ?

Il s'agit d'abord d'un problème d'organisation. Une certaine conception des rapports hiérarchiques perturbe le fonctionnement des services à travers les mutations dans le plus pur style autoritaire : nous en voulons pour preuve la mutation de la responsable du laboratoire de Marcory ; depuis son départ pour

Treichville où elle ne s'occupe pas d'analyses biologiques (ce pour quoi elle a pourtant bénéficié d'une formation spéciale), il n'y a plus d'activités de dépistage et a fortiori, de prise en charge et de suivi. D'après les informations reçues, les autorités sanitaires refusent de reconsidérer la décision d'affectation, pénalisant et paralysant ainsi le site opérationnel.

Il s'agit ensuite d'un problème de moyens matériels. En effet, les médicaments pour la prise en charge médicale et les moyens de déplacement (visite à domicile) n'étaient pas toujours disponibles au moment de l'enquête quantitative. Seul deux FSU disposaient encore de réactifs (Marcory, Port-Bouet). Dans les autres, les stocks étaient soit périmés, soit épuisés. Cette situation de pénurie est aussi à l'origine de la démotivation des personnels de santé.

## 1.2. Les connaissances résiduelles

Quel est le niveau des connaissances résiduelles ?

**Tableau 2 : Connaissances résiduelles**

Agents	N	Moyennes	Minima - Maxima
Assistants sociaux	4	10,5	5,5 - 14
Sages-femmes	5	11,5	8,5 - 17,5
Infirmières d'État	12	12,4	9 - 16
Médecins	8	15,9	14 - 19,5
Total	29	12,95	

Les connaissances résiduelles sont à priori bonnes (mg = 12,95) et s'ordonnent de façon descendante des médecins (15,9) aux assistants sociales (10,5), en passant par les infirmiers (12,4) et les sages-femmes (11,5).

Il faut noter que les connaissances éthiques sont excellentes ; mais les assistants sociaux montrent de sérieuses lacunes dans les connaissances biologiques, ce qui n'a rien de surprenant, ni de gênant quand on sait que leur responsabilité est surtout engagée au niveau du soutien psychologique ou éthique.

**Tableau 3 : Les connaissances au pré-test et au post-test**

Agents	N	Moyennes	
		Pré-test	Post-test
Assistants sociaux	20	10,55	14,65
Sages-femmes	12	10,75	14,92
Infirmières d'État	20	12,10	16,10
Médecins	19	15,63	18,42
Total	71	12,38	16,1

Si l'on compare les moyennes, deux ans après la formation, à celles obtenues au post-test à la fin de la formation (mg = 16,1, dont 18,42 pour les médecins, 16,10 pour les infirmiers, 14,92 pour les sages-femmes et 14,65 pour les assistantes sociales), on se rend compte que les performances des personnels sanitaires formés ont regressé jusqu'au niveau du pré-test (mg = 12,38, dont 15,63 pour les médecins, 12,10 pour les infirmiers, 10,75 pour les sages-femmes et 10,55 pour les assistantes sociales).

Les progrès réalisés au post-test se sont donc dégradés, faute d'entretien dans les cellules de prise en charge du reste, peu fonctionnelles.

## 2. LE DEPISTAGE

Les données recueillies sur le dépistage sont disparates pour deux raisons :

- d'une part, la non disponibilité des registres pour des raisons techniques ou de confidentialité, bien que l'enquêteur fut médecin.
- d'autre part, la non disponibilité des chefs de services qui gèrent les informations sanitaires.

Ces contraintes n'ont pas permis à l'enquêteur d'avoir accès aux données sur le dépistage et le suivi dans toutes les FSU sélectionnées à l'exception de Marcory et Port-Bouet.

**Tableau 4 : Tests, dépistage et suivi (1995-1996)**

	Tests		Dépistage		Suivi	
	95	96	95	96	95	96
Marcory	4	25	4	23	-	-
Port-Bouet	48	54	48	54	48	43







## CHAPITRE III - DISCUSSIONS - RECOMMANDATIONS

Au regard d'une situation épidémiologique du VIH/Sida de plus en plus préoccupante en Côte d'Ivoire, qui a motivé en 1994, la mise en oeuvre d'une stratégie de formation à la prise en charge du fléau, quelles conclusions peut-on dégager de la présente enquête d'évaluation ? Peut-on parler d'un **échec** ? Et dans l'affirmative, comment s'explique-t-il ? Quels en sont les **conséquences** pratiques et quelles **solutions** alternatives s'imposent dans les mois qui viennent ? Le présent chapitre se propose de répondre à ces questions en commençant par la mise en évidence des faits saillants de l'évaluation.

### I. DISCUSSION : UN BILAN GLOBALEMENT NEGATIF ?

D'un bout à l'autre de l'initiative, c'est-à-dire, en amont (phase de conception) comme en aval (phase d'exécution-suivi) de la stratégie de formation, le constat qui s'impose à l'observation est celui d'un échec total : on est en présence d'un bilan négatif, associé à des problèmes d'ordre organisationnel ou pédagogique, matériel et financier.

#### I. LES LIMITES DE LA COORDINATION PEDAGOGIQUE

Y avait-il un comité de pilotage du Projet ? Existait-il une équipe pédagogique qui en assurait la coordination en termes de supervision des activités de formation ? La récente mission d'évaluation a cherché en vain d'identifier les responsables techniques d'une si importante initiative qu'est la formation à la prise en charge de VIH/Sida. Certes, le Ministère de la Santé est l'instigateur principal du projet entièrement financé par la Coopération Française et exécuté par le PNLS; mais au sein dudit PNLS, aucun acte officiel ne semble avoir été pris pour confier la gestion du Projet à un technicien, sur la base de ses compétences scientifique et pédagogiques, et de termes de références décrivant formellement les résultats attendus ainsi que le profil des intervenants, de sorte que les rares bonnes volontés qui ont fait figure de « *coordonnateurs* » ait sous les yeux ou entre les mains un fil conducteur.

## 2. LE CARACTERE FRUSTRANT ET INADEQUAT DU RECRUTEMENT

La plupart des stagiaires ont été choisis par les chefs de service non pas toujours sur une base objective ou de compétence, mais plutôt sur une base affective ; il s'ensuit que l'**autorité** l'a emporté de loin sur la **technicité** et la **vocation** ; c'est d'autant plus vrai que nombre de gens sont partis à la retraite (aussitôt formés).

## 3. LA FAIBLESSE DE LA COORDINATION PEDAGOGIQUE

La faiblesse de la coordination pédagogique a entraîné la faiblesse du niveau d'information des formateurs et des personnels formés par rapport aux exigences de la décentralisation et de la prise en charge du VIH. Ni les formateurs, ni les formés, ne savaient ce qu'on était en droit d'attendre réellement d'eux, en tant qu'individus et en tant qu'équipes constituées ou à constituer. Il est significatif de noter que les formateurs n'ont tenu **aucune séance de concertation pédagogique** qui eût pu montrer le caractère intégré et fédérateur de l'entreprise ; les formateurs sont souvent intervenus en ordre dispersé, personne n'ayant **rien exigé d'eux**, ne serait-ce que le plan descriptif (1-2 pages) de leur cours.

## 4. LA FAIBLESSE DU SUIVI DE LA FORMATION

Les formateurs sont rarement intervenus sur le terrain dans le cadre de l'évaluation pratique et du réajustement des connaissances et des compétences des apprenants. Or cet encadrement est nécessaire pour la prise en compte des contraintes dans les formations futures.

## 5. UN RENDEMENT EXTERNE FAIBLE

Sur sept (7) FSU identifiées comme sites de prise en charge, une seule (Marcory) a été jugée opérationnelle au sens où l'entendent les responsables centraux de la prise en charge (Juin 1996). Mais lors d'un récent passage des évaluateurs (décembre 1997), il a été constaté que cette cellule n'était plus fonctionnelle, suite à un grave malentendu entre la base et le sommet du Ministère de la Santé (la Direction des Ressources Humaines). C'est que la hiérarchie place et déplace les agents sans tenir compte des nécessités du terrain, perturbant ainsi la mise en oeuvre d'un Projet qui aura mobilisé d'importantes ressources financières et matérielles. Outre ce problème psychologique ou

organisationnel, il a été constaté une réelle déperdition des connaissances, associée à une absence de cellule où l'on eût tenté d'utiliser celles-ci: le constat le plus consternant est qu'**aucun bénéficiaire** (PVIIH) n'a pu être identifié au cours de la présente enquête, en vue d'un témoignage concret sur les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être des personnels formés.

Un tel échec était inévitable dans la mesure où la formation ne s'inscrivait pas dans une vision globale et intégrée des choses. Il a été dit que la formation à la prise en charge est un tout, qu'un site est dit opérationnel lorsque l'équipe formée évoque le diagnostic avec le malade et fait le test ; lorsque la sérologie est faite correctement et pratiquée sur place avec un laboratoire approvisionné en tests rapides ; lorsque le résultat est communiqué au patient et les règles de la confidentialité respectées ; lorsque les infections opportunistes sont traitées sur place, entraînant une relation de confiance entre le prestataire et son patient. Or, les maillons de cette chaîne n'ont pu être mis en place sur le terrain, en termes de dépendance mutuelle entre l'aspect médical et l'aspect psychologique du processus, d'approvisionnement des FSU en réactifs et en médicaments. En l'absence d'une « *stratégie globale de prise en charge clairement définie, opérationnelle et préalablement diffusée* », on ne pouvait assurer le suivi de l'opération. A titre d'exemple, la politique nationale d'approvisionnement en réactifs, sans quoi il n'y a ni continuité, ni accessibilité du diagnostic sérologique, n'a été mise en place qu'en 1997. Sans la mise en oeuvre de celle-ci, les personnels formés et mutés dans les services ne pouvaient faire du dépistage et de la prise en charge. Dans ces conditions, l'échec était prévisible; son analyse doit aider à mieux organiser les actions futures.

## II. RECOMMANDATIONS

En se fondant sur le bilan-diagnostic ci-dessus établi, on peut mettre en avant cinq (5) propositions ou solutions alternatives, que les décideurs devraient prendre en compte s'ils tiennent à relever le défi de la prise en charge du VIH/Sida. Il s'agit de :

## **1. ENTREPRENDRE UNE POLITIQUE GLOBALE DE DECENTRALISATION DE LA PRISE EN CHARGE, AVEC SES TROIS COMPOSANTES**

La formation, la disponibilité des réactifs, la disponibilité des médicaments essentiels ; si ce principe n'est pas respecté, on aboutira au même échec. Mais comme le pays en matière de politique de prise en charge du VIH/Sida accuse déjà un retard considérable, il faudra prendre des mesures d'urgence exceptionnelles dans les mois à venir.

## **2. PROGRAMMER UNE FORMATION SUR LA BASE DE L'ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE**

Au lieu de former toutes les catégories de professionnels de la santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et assistants sociaux) dans une espèce de tronc commun pour toutes les disciplines, il serait plus judicieux d'opérer à l'avenir quelques cloisonnements. En effet, les disciplines communes sont l'éthique et la déontologie, tandis que les questions concernant la biologie (tests de dépistage) n'intéressent qu'indirectement les assistants sociaux, par exemple.

## **3. METTRE EN PLACE UN COMITE DE PILOTAGE ET UNE EQUIPE DE COORDINATION PEDAGOGIQUE**

Le comité de pilotage comprendrait les décideurs du PNLS et les membres du comité de coordination pédagogique; quant à ce dernier, il aura pour rôle essentiel de gérer l'opération de telle sorte que l'on évite les redondances, les insuffisances des cours ainsi que le manque de dialogue à trois niveaux : entre les décideurs et les formateurs, entre les formateurs eux-mêmes ; entre ces derniers et les formés.

## **4. CONCEVOIR LES OUTILS D'EVALUATION AU DEPART DE LA FORMATION, AVEC UNE DOUBLE EVALUATION INTERNE ET EXTERNE DES SAVOIRS, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ETRE**

Avec de tels outils préalablement conçus et définis, l'objectivité de l'évaluation est garantie ; en l'absence de critères d'appréciation, le risque de justification a posteriori de n'importe quelle situation est grand. L'évaluation interne est indispensable tout comme l'évaluation externe, pour mesurer l'impact de la formation.



## CONCLUSION : PERSPECTIVES

Le bilan de la formation des personnels de santé pour l'année 1994-1995 est globalement négatif. Néanmoins, les efforts de formation se sont poursuivis en 1996-1997 dans les régions sanitaires de Côte d'Ivoire en général et dans les FSU d'Abidjan en particulier, soutenus par la Mission de Coopération Française.

Si la formation de 1994-1995 (théorie et pratique) était une formation générale sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les FSU des communes d'Abidjan, on peut considérer celle de 1996-1997 (théorie et pratique) comme une formation spécifique, parce que centrée sur le dépistage volontaire des femmes enceintes. Au total, 328 Agents ont bénéficié de cette formation (1996-1997) dont 63 Médecins, 61 Infirmiers, 234 Sages-femmes, 19 Assistants sociaux, 2 Techniciens de laboratoires et 9 Autres (éducateurs préscolaires, professeurs de biologie, éducateurs d'internat, informaticien, chirurgien dentiste, aides-soignantes).

Si l'évaluation de la formation (1994-1995) avait été faite à la fin de l'année 95, les recommandations auraient permis d'améliorer la formation 1996-1997. Quel sera l'impact de cette nouvelle formation sur la prise en charge précoce des femmes enceintes? La question restera posée tant que la politique globale de prise en charge (formation, disponibilité en réactifs sérologiques, disponibilité en médicaments essentiels) ne sera pas intégralement appliquée.

Dans quelques FSU de l'échantillon, le nombre de tests réalisés s'est accru en 1997 (n= 350 à Koumassi, n=38 à Marcory, n=160 à Port-Bouet), ce qui traduit une amélioration de la disponibilité en réactifs sur ces sites. Malheureusement on dispose pas d'informations statistiques sur la prise en charge.

L'effort de décentralisation de la prise en charge des malades du Sida dans les formations sanitaires régulières constitue une démarche louable; mais si les ressources financières et matérielles actuelles ne permettent pas de généraliser cette activité à l'ensemble des FSU d'Abidjan, il est possible de mettre en oeuvre une expérience pilote sur des sites particuliers dont l'évaluation pourrait inspirer les programmations futures.

Dans cette perspective, l'expérience pilote de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/Sida prévue pour l'année 1998 dans Cinq FSU d'Abidjan (Port-Bouet, Abobo Sud, Maternité Adjame Centre, Yopougon, PMI Cocody) sera fort instructive. Le Comité de Pilotage devra intégrer dans ce projet, les contraintes de l'évaluation finale en termes de rendements interne et externe.



## BIBLIOGRAPHIE

- Le virus de l'immunodéficience humaine.
- La transmission du VIH et de VHB dans les établissements sanitaires
- SIDA: les faits, l'Esoir (L. Montagnier)
- Guide pour le conseil dans l'infection à VIH et le Sida (OMS, SIDA, Série 8)
- Séminaire/Atelier sur la définition de la stratégie national de diagnostic biologique des séroconversion à VIH et la supervision des laboratoires d'analyses médicales (Bingerville, Mai, 1994)
- Prévention du Sida; guide à l'usage des responsables de programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale
- Le Sida et la Santé Maternelle et infantile (OMS, 1990)
- Algorithmes pour la médecine (PNLS)
- Guide pour la prise en charge par les services infirmiers des porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (OMS - Série3)
- Rapport sur Dépistage et Conseil dans l'infection à VIH, Atelier de Bobo Dioulasso, 10 - 14 Mars 1997 (Doc Dominique KEROUEDAN).
- Rapport sur Activités de formation des personnels de santé à la prise en charge des malades du Sida (PNLS/MST/TUB, Période 1992-1996).

ANNEXES

**ANNEXE 1**

**GUIDE D'ENTRETIEN AVEC  
LES PERSONNELS FORMES**

**SECTION 1 : IDENTIFICATION**

- Q.101 Age : Quel âge avez-vous ?
- Q.102 Sexe (Masculin, Féminin).
- Q.103 Profession : Quelle est votre profession ?
- Q.104 Quelle est votre ancienneté dans la fonction.
- Q.105 Quelle est votre ancienneté sur le site.
- Q.106 Appartenez-vous à une cellule de prise en charge.

**SECTION 2 : LE CONTEXTE DE LA FORMATION.**

- Q201. Etiez-vous volontaire pour cette formation ?      **1. Oui      2. Non**
- Q.202. Justifiez votre réponse.
- Q.203. Etiez-vous volontaire pour la prise en charge médicale et psychosociale du Sida?      **1. Oui      2. Non**
- Q.204 Justifiez votre réponse.
- Q.205 Quels avantages personnels attendiez-vous de cette formation (promotion professionnelle, qualifications, compétences particulières etc.) ?

### SECTION 3 : EXPERIENCES ANTERIEURES A LA FORMATION.

- Q.301 Vous occupiez-vous des malades du Sida avant la formation ?  
1. Oui 2. Non
- Q.302 Si non, que faisiez-vous avant cette formation ?
- Q.303 Avez-vous participé à la formation théorique organisée à l'INSP (1991) ou sur votre site de travail (1992) avant celle de l'USAC ?  
1. Oui 2. Non
- Q.304 Si oui, avez-vous reçu une documentation ? 1. Oui 2. Non
- Q.305 Si oui, quelle documentation avez-vous reçu ?

### SECTION 4 : LA FORMATION.

Q.401 Quelle est votre appréciation générale de la formation s'agissant de :

Q.401.1 La formation théorique.

- Objectifs de la formation
- Méthodes de formation (durée, rythme, ambiance, assiduité, progrès.....)
- Contenu (connaissances théoriques et pratiques).
- Compétences acquises
- Prestations des formateurs
- Prestation du personnel de Lumière-Action ?

Q.401.2. Les stages pratiques.

- Objectifs de la formation
- Méthodes de formation (durée, rythme, ambiance, assiduité, progrès.....)
- Contenu (pratiques).

- Compétences acquises
- Prestations des formateurs
- Prestation du personnel de Lumière-Action ?

**Q.401.3 Suivi dans le centre.**

- Objectifs du suivi
- Méthodes de suivi(observations, discussion avec les stagiaires...)
- Compétences acquises
- Prestations des formateurs
- Prestation du personnel de Lumière-Action ?

**SECTION 5 : UTILISATION DES ACQUIS DE LA FORMATION A LA PRISE EN CHARGE DES MALADES ATTEINTS DU SIDA**

Q.501 Avez-vous les connaissances médicales suffisantes pour suspecter le diagnostic de Sida sur certains signes d'appel cliniques? 1. Oui 2. Non

Q.502 Avez-vous reçu le guide des algorithmes de traitement des infections opportunistes lors de la formation? 1. Oui 2. Non

Q.503 Utilisez-vous le guide des algorithmes de traitement des infections opportunistes qui vous a été distribué pour traiter les infections opportunistes de l'adulte et de l'enfant? 1. Oui 2. Non

Q.504 Si oui lesquels ?

- adulte
- femme
- enfant

Q.505 - Sinon, pourquoi?

Q.506 Combien de tests sérologiques faites-vous pratiquer si la personne est symptomatique?

Q.507 Combien de tests sérologiques faites-vous pratiquer si la personne est asymptomatique?

Q.508 Cette formation vous a-t-elle donné assez d'éléments pour évoquer le diagnostic avec le patient et le préparer au prélèvement sanguin pour faire le test sérologique avec son consentement (faites-vous le pretest?) ? 1. Oui 2. Non

Q.509 Si oui la formation vous a-t-elle aidé à cela? 1. Oui 2. Non

q.510 Sinon comment pourrait-elle être améliorée ?

Q.511 Avez-vous déjà annoncé à un malade atteint de Sida son résultat sérologique? 1. Oui 2. Non

Q.512 Si oui en quoi la formation vous a-t-elle aidé à cela?

Q.513 Sinon quelles sont vos difficultés?

Q.514 Quels sont les conseils que vous donnez à vos patients atteints de Sida?

Q.515 Qui de l'équipe de la formation sanitaire est selon vous la personne la plus indiquée pour faire cette annonce et donner ces conseils?

Q.516 Avez-vous sollicité les membres de l'association de personne vivant avec le VIH, Lumière Action, qui avaient participé avec vous à la formation à l'USAC, pour vous aider à mener vos activités de prise en charge à la FSU? **1. Oui** **2. Non**

Q.517 Si oui avez-vous été satisfait de cette collaboration ? **1. Oui** **2. Non**

Q.518 Sinon pourquoi?

Q.519 Pensez-vous que la prise en charge du Sida est un travail d'équipe ou préférez-vous être seul à prendre en charge ces malades à votre consultation?

Q.520 Peut-on intégrer les activités de prise en charge des malades du Sida avec les autres activités ambulatoires de la formation sanitaire? **1. Oui** **2. Non**

Q.521 La formation vous a-t-elle été utile pour faire de la sensibilisation sur le Sida et les MST à la formation sanitaire? **1. Oui** **2. Non**

## SECTION 6 :LES PERSPECTIVES.

- Q.601 La formation vous a-t-elle donné les compétences (savoir-faire) nécessaires à la prise en charge médicale et psychosociale du Sida ? 1. Oui 2. Non
- Q.602 Si oui, les quelles par exemple ?
- Q.603 Si non, quelles compétences pensiez-vous tirer de cette formation ?
- Q.604 La formation vous-a-t-elle donnée les savoir-être (comportements) nécessaires à la prise en charge psychologique du Sida ? 1. Oui 2. Non
- Q.605 Si oui, les quels par exemple ?
- Q.606 Si non, quelles compétences pensiez-vous tirer de cette formation ?
- Q.607 Dans tous les cas, que faire pour améliorer la formation (contenu, durée, méthode etc.) ?

## SECTION 7 : LE TEST





## SECTION 4 : LES METHODES DE FORMATION

Q.401. Quelles sont les différentes méthodes de formation que vous avez mises en oeuvre pour réaliser ces objectifs:

- Au niveau de l'enseignement théorique,

- Au niveau des stages,

- Au niveau du suivi.

## SECTION 5 : LES PREREQUIS DE LA FORMATION.

Q.4.1 Avez-vous une idée sur les prérequis des stagiaires avant la formation proposée (Pré-test) ? 1. Oui 2. Non

## SECTION 6 : Le déroulement de la formation.

Q.601 Quelle est votre appréciation générale de la formation s'agissant de :

Q.601.1 La formation théorique.

- Objectifs de la formation
- Méthodes de formation (durée, rythme, ambiance, assiduité, progrès.....)
- Contenu (connaissances théoriques et pratiques).
- Compétences acquises
- Prestations des formateurs
- Prestation du personnel de Lumière-Action ?

**Q.601.2. Les stages pratiques.**

- Objectifs de la formation
- Méthodes de formation (durée, rythme, ambiance, assiduité, progrès.....)
- Contenu (pratiques).
- Compétences acquises
- Prestations des formateurs
- Prestation du personnel de Lumière-Action ?

**Q.601.3 Suivi dans le centre.**

- Objectifs du suivi
- Méthodes de suivi (observations, discussion avec les stagiaires...)
- Compétences acquises
- Prestations des formateurs
- Prestation du personnel de Lumière-Action ?

**SECTION 7 : LE BILAN DE LA FORMATION.**

- Q.701. Quels sont à votre avis les résultats obtenus en termes de savoir, de savoir-faire et de savoir-être?

**SECTION 8 : LES PERSPECTIVES.**

- Q.801 Quelles critiques pouvez-vous formuler à propos de cette formation ?
- Q.802 Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer les formation ultérieures ?

## ANNEXE 3

### GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTRES PERSONNELS DU CENTRE DE SANTÉ

#### SECTION 1 : IDENTIFICATION.

- Q.101 Age : Quel âge avez-vous ?
- Q.102 Sexe (Masculin, Féminin).
- Q.103 Profession : Quelle est votre profession ?
- Q.104 Quelle est votre ancienneté dans la fonction.
- Q.105 Quelle est votre ancienneté dans la formation

#### SECTION 2 : QUESTIONS DIVERSES.

- Q.201. Suite à la formation de vos collègues à la prise en charge du VIH/SIDA, auriez-vous souhaité être formé ? 1. Oui 2. Non
- Q.202 Justifier votre réponse.
- Q.203 Comment les participants ont ils été désignés ?
- Q.204 Quel effet le mode de désignation a-t-il eu sur le fonctionnement du service ?



**ANNEXE 4**

**GUIDE D'ENTRETIEN AVEC  
LES BÉNÉFICIAIRES**

**SECTION 1 : IDENTIFICATION.**

- Q.101     Age : Quel âge avez-vous ?
- Q.102     Sexe (Masculin, Féminin).
- Q.103     Profession : Quelle est votre profession ?
- Q.104     Quel est votre niveau d'instruction ?
- Q.105     Dans quelle commune résidez-vous ?
- Q.106     Quelle est votre religion ?
- Q.107     Quelle est votre fourchette de revenu ?

**SECTION 2 : QUESTIONS CLEES.**

- Q.201     Pour quelle raison êtes-vous venu dans ce centre ?
- Q.202     Depuis quand fréquentez-vous ce centre ?

Q.203 Où vous a-t-on annoncé le résultat du test SIDA ?

Q.204 Qui a fait l'annonce et comment ?

Q.205 Quelles sont les personnes qui s'occupent de vous dans ce centre ( médecin, infirmier, assistant social, sage-femme etc.) ?

- Equipe ?
- ou une seule personne ?
- ou les deux ?

Q.206 Que pensez-vous de l'accueil et des soins dans ce centre ?

Q.207 Est-ce qu'on vous donne des médicaments dans ce centre quand vous êtes malades pour un jour ou pour toute la durée du traitement ?

1. Oui , pour un jour
2. Oui , pour toute la durée du traitement
3. Non

Q.208 Si non que faites-vous ?

Q.210 Pensez-vous que la confidentialité est garantie ?      1. Oui      2. Non

Q.211 Si non pourquoi ?

Q.212 Quels sont les conseils qu'on vous a donné au centre ?

Q.213 Avez-vous modifié votre comportement à risque à la suite de ces conseils (hygiène corporelle, hygiène alimentaire, préservatifs, ménage, conduite personnelle, soins, etc.) ?  
1. **Oui**      2. **Non**

Q.214 Comment ?

Q.215 Quels sont vos souhaits quant à l'amélioration des services dispensés dans les formations sanitaires ?





- Q.206 Si non, l'auriez-vous souhaité ? 1. Oui 2. Non
- Q.207 Quels sont les sites communaux de prise en charge ?
- Q.208 Etes-vous d'accord pour intégrer la prise en charge dans tous les services ?  
1. Oui 2. Non
- Q.209 Suivez-vous les activités de ces centres ? 1. Oui 2. Non
- Q.210. Avez-vous des suggestions à faire concernant la formation initiale du personnel de santé ?
- Q.210 Avez-vous des suggestions à faire concernant la formation continue du personnel de santé ?

## ANNEXE 6

### FORMATION DU PERSONNEL DE SANTE A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS INFECTES PAR VIH

Personnel : MD  SF  IF  AS   
Cochez la case correspondant à la réponse choisie

---

1 Que veut dire le mot :

VIH =

SIDA =

2 Le VIH est un rétrovirus qui se transmet du sujet infecté au sujet sain par :

- voie sanguine     voie sexuelle     transmission mère enfant  
 voie digestive     voie respiratoire

3 La découverte d'une séropositivité asymptomatique doit être annoncée après confirmation par un deuxième test (Elisa, Western Blot, Autre)

- oui                       non                       ne sait pas

4 L'immunodépression par le VIH favorise l'implantation ou majore le pouvoir pathogène du ou des germes suivants :

- Strongyloïdes stercalis (anguillule)                       Cryptosporidies  
 Toxoplasma gondii     Pneumocystis carinii  
 Plasmodium falciparum     Mycobacterium tuberculosis  
 Sarcoptes scabiei (gale)     Cryptococcus neoformans

Salmonelle non typhique

**5 La séropositivité du nouveau né et du nourrisson est toujours synonyme de l'infection à VIH :**

oui

non

ne sait pas

**6 retenez la ou les propositions exactes : le risque de contamination du personnel de santé par le VIH :**

n'existe pas

existe

est faible

est élevé

peut-être évité

est une fatalité

**7 L'annonce de la séropositivité est indispensable dans la prise en charge du malade. Mais pour la ou les raisons suivante(s), elle n'est pas toujours faite par la majorité du personnel :**

risque de suicide (malade)

agression immédiate du malade

angoisse du personnel

peur du personnel

manque de formation du personnel

manque de temps du personnel

considérations religieuses

**8 Retenez la ou les bonnes réponse(s) : un sujet séropositif doit être :**

licencié de son travail ou exclu de son école

Isolé totalement des autres membres de sa famille

Célibataire à vie

dispensé d'une assurance maladie

évacué dans son pays d'origine s'il n'est pas ivoirien

**9 Un sujet séropositif asymptomatique doit être hospitalisé dans le service de :**

Médecin

PPH

Maladies infectieuses

Réanimation

Dermatologie

Gynécologie

Suivi en ambulatoire par son médecin traitant

### 3 Sujets dépistés

	95				96			
	nombre de sujets dépistés				nombre de sujets dépistés			
	sujets malades		sujets asymptom.		sujets malades		sujets asymptom.	
Nombre	tests +	annonces	tests +	annonces	tests +	annonces	tests +	annonces
janvier								
février								
mars								
avril								
mai								
juin								
juillet								
août								
septembre								
octobre								
novembre								
décembre								

### 4 Sujets suivis

	95		96	
	nombre de sujets suivis		nombre de sujets suivis	
	nouveaux sujets	anciens sujets	nouveaux sujets	anciens sujets
janvier				
février				
mars				
avril				
mai				
juin				
juillet				
août				
septembre				
octobre				
novembre				
décembre				

4 Laboratoire (au jour de l'enquête)

	simpli red		HIV check		autres	
	valides	périmés	valides	périmés	valides	périmés
tests						

Evolution des stocks

	95			96		
	stocks			stocks		
	HIV check simpli-red	autres simpli-red	autres	HIV check simpli-red	autres simpli-red	autres
janvier						
février						
mars						
avril						
mai						
juin						
juillet						
août						
septembre						
octobre						
novembre						
décembre						

date dernière commande				
registres	nombre	type		
		résultats anonymés	noms et numéros	autres
comment est assuré l'anonymat ?				

## 5 Médicaments

(présence au jour de l'enquête)

ac acetyl salicylique		fansidar		Nystatine drag ou ovule	
Amino 4 quinoléine		fer		pamoate de pyrantel	
Amoxicilline		folate		paracétamol	
Ampicilline		Fluoroquinolone		pénicilline	
Benzathine peni		Fungizone		Quinine inj	
benzoate de benzyl		kétoconazole		tétracycline	
Bicarbonate		lopéramide		Thiabendazole	
Chloramphénicol		Mectisan		triclocarban	
Cotrimoxazole		métronidazole		soluté réhyd. IV	

### Evolution du stock certains produits traceurs

	95						96					
	stocks (notés sur registres)						stocks (notés sur registres)					
	cotrimoxazole	fansidar	soluté IV	fluoro Quinol	lopéramide	kétoco nazole	cotrimoxazole	fansidar	soluté IV	fluoro Quinol	lopéramide	kétoco nazole
janvier												
février												
mars												
avril												
mai												
juin												
juillet												
août												
septembre												
octobre												
novembre												
décembre												



