

Programme de santé - Evaluation continue 2024-2026

Note de capitalisation en Guinée

Version 15 Septembre 2026

Rédigée en février 2026 par Bénédicte Fontant, responsable de programme santé à Kankan, avec l'appui d'Agathe Rébéna, cheffe de secteur

Question évaluative 2 : Quelles leçons tirer de l'expérience de soutien auprès des RECO (Relais Communautaires) et Postes de Santé (PS) et des sensibilisations dans la communauté dans les communes de Tintioulen et Mamouroudou ?

Cette capitalisation couvre la période de janvier 2022 à décembre 2025.

Table des matières

Signification des abréviations utilisées.....	1
1. Introduction et objectifs	2
2. Stratégie initiale du programme	2
3. Analyse des principaux indicateurs d'impact et de résultat du programme	5
4. Volet d'appui aux Relais Communautaires	9
5. Volet d'appui aux Postes de Santé.....	13
6. Volet animation	17
7. Matrice SWOT	19
8. Recommandations.....	20
9. Annexes	24

Signification des abréviations utilisées

ASC	Agent de Santé Communautaire	IRA	Infection respiratoire aiguë
ATS	Agent Technique de Santé	IRS	Inspection Régionale de la Santé
CCS	Chef de Centre de Santé	MILDA	Moustiquaire imprégnées d'insecticide à longue durée d'action
CPN	Consultation Pré Natale	MMR	Commune rurale de Mamouroudou
CPP	Consultation Post Partum	M&P	Enquête mortalité et pratiques (réalisée par Inter Aide)
CPS	Chef de Poste de Santé	PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
CR	Commune rurale	PS	Poste de Santé
CS	Centre de Santé	PEV	Programme élargi de vaccination
DPS	Direction préfectorale de la Santé	PTF	Partenaire Technique Financier
DNSCMT	Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle	RECO	Relais Communautaire
EM5	Enfant de moins de 5 ans	SONUB	Soins néonataux d'urgence de base
GBD	Commune rurale de Gbérédou-Baranama	TDR	Test de diagnostic rapide (pour dépister le paludisme)
HMN	Hors mort-nés	TMM5	Taux de mortalité de moins de 5 ans
IA	Inter Aide	TTO	Commune rurale de Tintioulen
IC	Indice de consultation		

1. Introduction et objectifs

Depuis 2017, les équipes du siège d'Inter Aide ont mené des missions exploratoires en Guinée afin de définir si un engagement pérenne était utile et envisageable en partenariat avec les autorités nationales et locales. A l'issue des différentes visites, c'est la région de Kankan qui a été désignée comme présentant les caractéristiques les plus favorables à un appui d'Inter Aide, avec des indicateurs en matière de santé infantile et d'accès à l'eau, hygiène et assainissement parmi les plus faibles du territoire national.

Depuis 2022, Inter Aide déploie donc dans la Préfecture de Kankan (voir [annexe 1](#) : cartographie), un programme de santé communautaire visant à réduire la mortalité infanto-juvénile. Initialement lancé dans la CR de Tintioulén en mai 2022, puis étendu à Mamouroudou en décembre 2022 (voir [annexe 2](#) : présentation des 2 communes), le projet a connu une première phase d'expansion en janvier 2025 avec son implantation à Gbérédou-Baranama. Le travail dans ces 2 premières communes a été envisagé comme un projet pilote, avec de nombreuses actions de suivi-évaluation, dans le but de définir une stratégie appropriée à un nouveau contexte, sur la base des objectifs et de l'expertise d'Inter Aide. Il était ensuite prévu d'effectuer ce travail d'analyse pour capitaliser sur les quatre premières années d'intervention (janvier 2022 – décembre 2025) dans les 2 premières CR. Ce travail a été intégré au processus d'évaluation continue initié sur l'ensemble des projets de santé d'Inter Aide entre 2024 et 2026.

Cette étude vise donc à :

- Analyser les succès, échecs, leçons apprises et éventuelles contradictions dans les indicateurs de suivi du programme pour faire ressortir des questionnements ;
- Évaluer l'impact du programme généré par la stratégie mise en œuvre ;
- Proposer des recommandations pour ajuster la stratégie et optimiser les prochaines phases.

L'objectif est ainsi de tirer des enseignements concrets pour renforcer l'impact du programme. Il faut préciser que le projet n'a pas attendu de faire cette analyse pour proposer des premiers ajustements stratégiques que nous partagerons aussi dans cette note.

La méthodologie employée repose sur l'analyse de données quantitatives, issues des enquêtes menées par Inter Aide et des indicateurs collectés, complétée par des ateliers en équipe et avec le partenaire de mise en œuvre AUDICO, visant à recueillir des perspectives qualitatives.

NB : Les ateliers menés avec les équipes Inter Aide et AUDICO en Guinée ont permis de faire remonter des ressentis, des analyses et des propositions d'améliorations. Les plus percutantes et importantes ont été intégrées dans ce rapport, mais nous avons fait le choix de ne pas toutes les mentionner pour aller à l'essentiel. Les restitutions de ces ateliers sont consultables sur demande.

2. Stratégie initiale du programme

Avant d'analyser l'impact du programme et d'entrer dans le détail des activités menées, il est crucial de comprendre la stratégie initiale qui sous-tend l'intervention d'Inter Aide. L'objectif général de tous les programmes de santé communautaire de l'ONG est de réduire la mortalité infanto-juvénile en zones rurales. Un diagnostic précis, réalisé en 2021, a permis de cibler une approche prioritaire par rapport au contexte guinéen : améliorer l'accès aux soins pour les enfants de moins de 5 ans, en se concentrant sur les trois maladies les plus fréquentes chez cette population : le paludisme, les diarrhées et les infections respiratoires aiguës (IRA).

Avant de bien appréhender la stratégie, il est nécessaire de faire un focus sur la politique nationale de santé communautaire en Guinée. Depuis 2018, celle-ci s'articule autour de trois acteurs principaux¹ :

¹ Source : Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2023-2027



- Les RECO (Relais Communautaires) sont des villageois sélectionnés par les maires pour servir leur communauté. Après une formation initiale de 15 jours, ils doivent assumer un large éventail de responsabilités : maîtriser la PCIMNE (Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant), effectuer des sensibilisations, détecter des cas de malnutrition, assurer le suivi des références, promouvoir le planning familial et la vaccination, participer au recensement, surveiller les maladies à déclaration obligatoire, faire du rapportage, etc. Bien que les RECO doivent idéalement être lettrés (capables de parler et écrire en français) et résidents dans leur village d'affectation, la réalité est souvent différente. Dans plusieurs villages, aucun volontaire lettré n'était disponible. Dans ces cas, des RECO lettrés mais non-résidents ont souvent été recrutés, ce qui peut pénaliser fortement l'accès aux soins. Un RECO intervient pour une zone de 650 habitants. Il est prévu que le RECO ne soit pas bénévole et qu'il reçoive donc une prime.
- Les ASC (Agents de Santé Communautaire) : Chargés de superviser jusqu'à 10 RECO, ces Agents Techniques de Santé (ATS), ayant une formation initiale de 2 ans, doivent passer 80% de leur temps dans les communautés pour appuyer les RECO et 20% au Centre de Santé. Ils sont également responsables de la compilation des rapports mensuels des activités des RECO. Il est prévu que l'ASC ne soit pas bénévole et qu'il reçoive donc une prime.
- Les CCS (Chefs de Centre de Santé) : En tant que chefs de file de la santé communautaire en zones rurales, ils valident et transmettent les rapports d'activités des RECO lors des réunions mensuelles et leur fournissent les intrants nécessaires (TDR, traitements antipaludéens, etc.). Dans les zones rurales, ils ont souvent la qualification d'ATS ou infirmiers.

Le Ministère de la Santé guinéen a choisi en 2019, lors de la mise en place de la politique santé communautaire, d'assurer une rémunération fixe des RECO et ASC, sans aucun plan de financement pérenne et avec une coordination difficile des partenaires financiers. Ces derniers se sont engagés sur de courtes durées et ne tiennent pas forcément leurs promesses, c'est le cas de la Banque Mondiale qui couvre la région de Kankan. La politique nationale de santé communautaire prévoit une rémunération mensuelle égale au SMIC guinéen : 550 000 Francs Guinéens (GNF), soit environ 55 €, pour les RECO et 1 200 000 GNF pour les ASC, soit environ 120 €. Dans la Région de Kankan, l'accompagnement des RECO après la première formation prise en charge par les partenaires (avril 2021) n'a pas eu lieu, faute de partenaires techniques qui ont souhaité travailler à cela. Inter Aide n'a jamais cru en cette politique de financement ni réaliste ni durable, et a donc souhaité intervenir que sur le plan technique et non financier. L'ONG a toujours encouragé les RECO à travailler pour leur communauté, peu importe les indemnités reçues, en promouvant le bénévolat.

En parallèle de ce système-là, les Postes de Santé (PS), bien plus anciens, jouent aussi un rôle essentiel dans les zones rurales isolées, bien que leur fonctionnement ne soit pas détaillé dans la politique nationale de santé communautaire. Contrairement aux RECO et ASC, les PS ne bénéficient pas du même niveau d'appui financier et technique. La plupart des Chefs de Poste de Santé (CPS), souvent bénévoles et avec un statut ATS ou infirmier, gèrent des structures fonctionnant sur le principe du recouvrement des coûts, ce qui entraîne des pratiques de sur-prescription et de sur-tarification. Malgré ces limites, les PS restent très appréciés par les communautés, surtout dans les zones où l'accès au Centre de Santé (CS) est difficile. Leur fréquentation

varie cependant en fonction de la confiance des villageois envers ces structures. Les bâtiments des PS, souvent construits par les communautés (ou diasporas) ou parfois par l'ANAFIC² ou les PTF, sont généralement en mauvais état et sous-équipés. Les PS sont souvent construits sans concertation préalable avec les autorités sanitaires et sans respecter les critères établis par le Ministère de la Santé, ce qui peut entraîner des PS non nécessaires qui seront peu fréquentés. La répartition des PS est donc très aléatoire, mais souvent les plus grands et moyens villages ont leurs PS. On distingue les PS reconnus par la DPS (et donc intégrés dans les données de santé nationale) de ceux qui ne le sont pas.

Dans les zones rurales de Guinée, les RECO et les PS représentent les deux maillons les plus proches des communautés pour la prise en charge des enfants malades. Les CS, chefs de file de la santé communautaire dans les communes rurales, ne constituent pas une priorité pour Inter Aide, car ils bénéficient déjà d'un appui structurel plus solide (personnel soignant qualifié mis à disposition par des PTF comme la Banque Mondiale, meilleurs équipements, etc.). En revanche, les PS, souvent négligés et laissés sans soutien, souffrent d'un manque criant de renforcement. C'est pourquoi Inter Aide a d'abord ciblé son action sur les RECO et les PS, afin de combler ce vide et d'améliorer l'accès aux soins de proximité pour les populations rurales.

Pour améliorer l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans, le projet a donc adopté une stratégie d'intervention en deux temps :

- 1. Appuyer la mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire en accompagnant techniquement les RECO dans la maîtrise progressive de leurs activités, avec un focus sur la PCIMNE**
- 2. Appuyer les équipes des PS dans la prise en charge des enfants, malgré la complexité de leur fonctionnement (recouvrement des coûts, sur-prescription)**

L'ambition à long terme est de comparer l'efficacité, l'efficience et la pérennité de ces deux niveaux du système de santé (RECO et PS) pour améliorer l'accès et la qualité de la prise en charge des maladies des enfants, avec la possibilité de recentrer les efforts sur le modèle le plus performant.

À ce stade actuel, l'appui aux CPS sur la PCIMNE n'a pas encore débuté, en raison de sa complexité. Cependant, une stratégie est déjà définie, et des activités préparatoires (définition des indicateurs, enquêtes ménages...) ont été lancées en vue du lancement prochain de la formation PCIMNE pour les chefs de postes de Tintioulou courant 2026.

En attendant, un premier appui a été initié auprès des PS sur un sujet prioritaire selon les chefs de centres et la DPS : le renforcement des compétences des CPS en santé maternelle (accouchement, réanimation du nouveau-né, suivi post-partum). Ce travail sur la santé maternelle impacte la santé de la mère et peut contribuer également à la réduction de la mortalité néonatale, ce qui peut faire diminuer la mortalité infanto-juvénile.

En parallèle du renforcement de l'offre de soins à travers l'accompagnement des RECO et des PS, Inter Aide, **via son partenaire AUDICO (ONG guinéenne locale)**, a mis en place des sensibilisations communautaires pour encourager les ménages à :

- 1. Améliorer les comportements de recours aux soins** (aller faire soigner son enfant malade chez le RECO ou au PS, santé maternelle, vaccination).
- 2. Adopter de meilleures pratiques préventives des principales maladies** (lutte contre le paludisme et les diarrhées).

Ces deux volets complémentaires – renforcement du système de soins et sensibilisation communautaire – forment le cœur de la stratégie d'Inter Aide, combinant une approche curative et préventive pour maximiser l'impact sur la santé des enfants.

Dans chaque commune rurale où Inter Aide intervient, le processus a donc suivi cette chronologie :

1. Accompagnement des RECO pour la maîtrise de la PCIMNE

² ANAFIC : Agence Nationale de Financement des Collectivités dont les fonds proviennent surtout de taxes minières et des PTF

2. Mise en place de séances de sensibilisation au sein des communautés, en partenariat avec l'ONG AUDICO
3. Renforcement des Postes de Santé pour la maîtrise des soins néonataux d'urgence de base (SONUB), initié plus tardivement

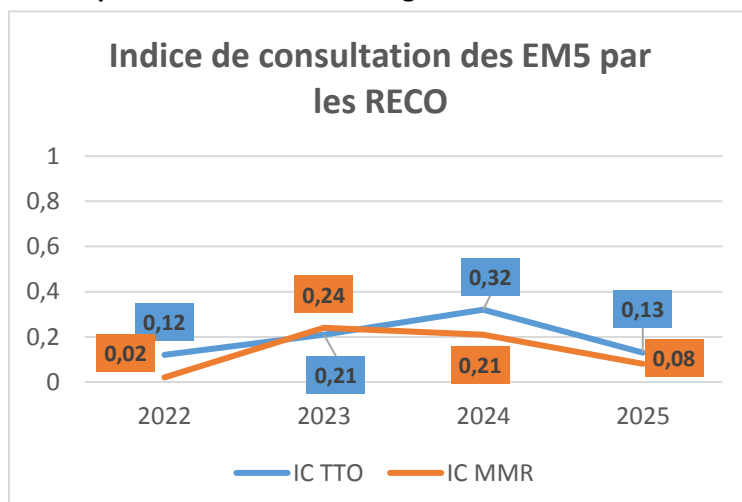
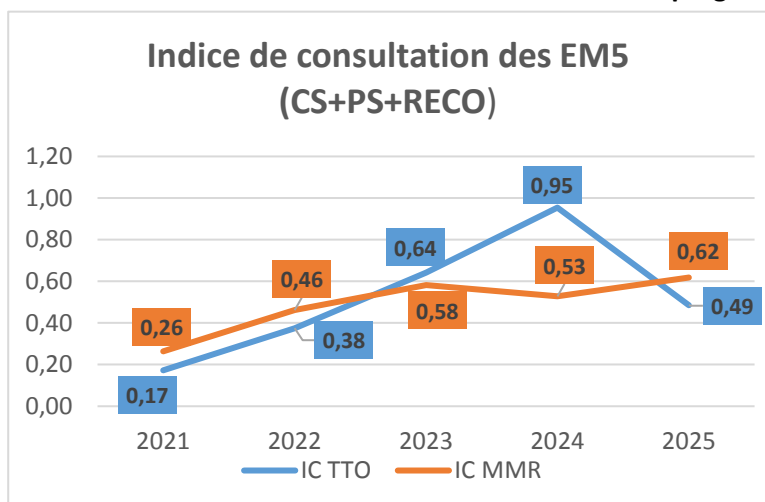
Le diagramme des activités, en [annexe 3](#), illustre la chronologie détaillée des interventions dans les deux communes concernées.

3. Analyse des principaux indicateurs d'impact et de résultat du programme

L'objectif central du programme est d'améliorer durablement la santé des populations rurales isolées, en particulier celle des enfants de moins de 5 ans. Trois indicateurs clés ont été retenus pour mesurer cet impact : la diminution du taux de mortalité infanto-juvénile, l'augmentation de l'indice de consultation des enfants de moins de 5 ans (EM5), et l'accroissement des accouchements en structures de santé (PS/CS). Bien que ce dernier indicateur ne fût pas partie des objectifs initiaux, l'orientation du projet vers un renforcement de la santé maternelle a mis en lumière son utilité. Il s'avère désormais indispensable pour mesurer l'impact du projet. L'analyse de ces indicateurs révèle des progrès significatifs, mais aussi des défis persistants.

Il faut préciser que toutes les évolutions de données présentées dans ce document ont été validées grâce à un test statistique et sont significatives ; les intervalles de confiance et les p_{value} (issues de test χ^2) se trouvent dans les données en annexes, le cas échéant.

- **Indice de consultation des EM5 : une progression marquée mais récemment fragilisée**

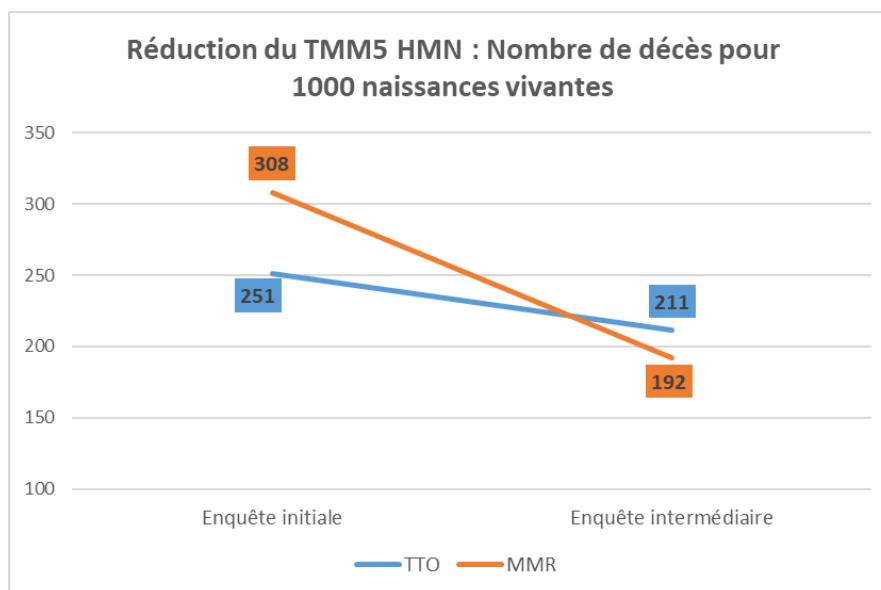


Évolution entre 2021 et 2025 :

- **Tintioulén** : L'indice de consultation des EM5 a été multiplié par plus de 5, atteignant presque 1 consultation annuelle par EM5 en moyenne en 2024, ce qui témoigne d'un accès aux soins considérablement amélioré. Cependant, depuis 2025, cet indice de consultation a fortement diminué, à cause d'une baisse drastique du nombre de consultations tant dans le CS et les PS que chez les RECO (nombre de consultations diminué de moitié entre 2024 et 2025).
- **Mamouroudou** : L'indice a doublé, avec une progression plus modérée mais notable. En 2025, le nombre de consultations dans le CS et les PS a fortement et étonnamment augmenté, alors que celui chez les RECO a diminué de plus de la moitié, permettant tout de même une légère hausse de l'indice de consultation.

Le programme a eu un impact fort durant ses deux premières années (2023-2024), particulièrement à Tintioulén, où l'accès aux soins est devenu plus acceptable. Cependant, en 2025, le volume de consultations par les RECO a chuté drastiquement dans les deux communes, revenant à des niveaux comparables à ceux de 2022. Cette baisse est directement liée à la démotivation des RECO, que nous expliciterons plus tard.

- **Taux de mortalité des EM5 hors mort-nés (HMN)³ : une réduction significative et encourageante, cohérente avec l'évolution de l'accès aux soins (indice de consultation EM5) jusqu'à fin 2024** (cf. détails des données en [annexe 4](#))



Evolution de la mortalité après 2 à 2,5 ans d'intervention⁴ :

- **Tintioulen** : Baisse de 16% du taux de mortalité infanto-juvénile hors mort-nés, passant de 251 à 211 décès pour 1 000 naissances vivantes. De plus, la proportion des décès dus aux 3 maladies a significativement baissé (de 59% à 43%), ce qui est très encourageant, puisque le projet vise directement à diminuer les décès liés aux 3 maladies (paludisme, diarrhée, IRA). Concernant la proportion de décès néonataux, il n'y a pas eu de baisse, c'est d'ailleurs passé de 18% à 25%, mais ce n'est pas significatif.
- **Mamouroudou** : Baisse de 38% passant de 308 à 192 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le taux initial était extrêmement élevé, en partie en raison d'une épidémie de rougeole⁵. En comparant l'évolution des décès sans les cas de rougeole, la baisse est tout de même de 33% et reste significative. La proportion des décès par rougeole a diminué (de 27% à 19%) mais la proportion de mortalité néonatale a augmenté (de 5% à 16%). Il faut tout de même préciser que la proportion de mortalité néonatale initiale à 5% était particulièrement basse et donc peu réaliste. Par ailleurs, la différence n'est pas suffisamment significative en terme de statistique pour observer une évolution de la proportion des 3 maladies.

Dans les 2 CR, la proportion de décès par mort-nés n'a pas diminué significativement, tout comme pour les décès néonataux, comme nous l'avons vu ci-dessus. Ceci indique qu'on ne peut pas encore montrer un impact du travail d'accompagnement dans les PS sur la réduction de la mortalité néonatale et des mort-nés.

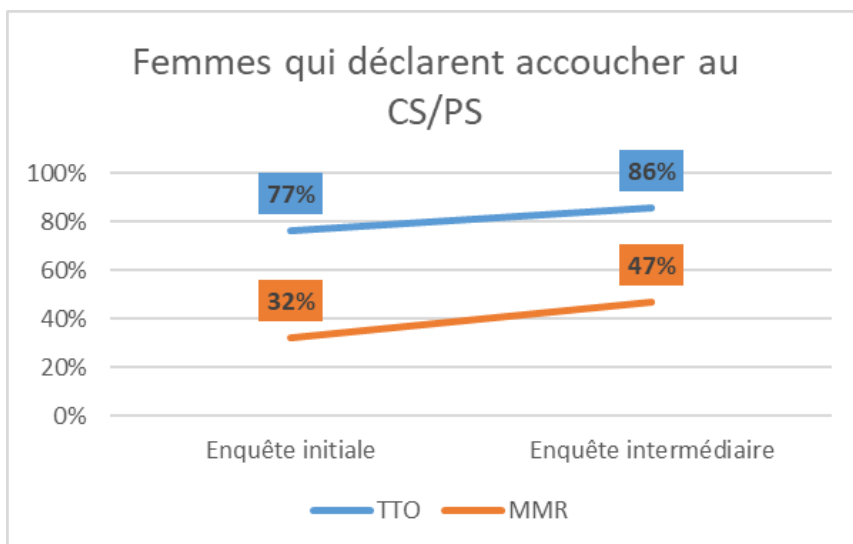
Enfin, nous avons comparé les taux de mortalité infantile entre les villages ayant un PS et les villages sans, ainsi qu'entre les villages ayant un RECO résident et les villages sans : il n'y a pas de différence de mortalité selon cette caractéristique (mais il est possible que notre échantillon devienne trop faible pour mesurer des différences).

³ D'après l'Enquête démographique et de santé (EDS V) de 2018, le taux de mortalité infanto-juvénile est de 135 décès pour 1 000 naissances vivantes dans la région de Kankan ; elle est celle avec le taux le plus élevé ; la moyenne nationale est de 111 décès pour 1 000 naissances vivantes. Les taux calculés par les enquêtes internes M&P d'Inter Aide sont encore plus élevés.

⁴ Les enquêtes intermédiaires ont été réalisées 2 ans après le démarrage des activités (volet RECO) à Tintioulen (2024) et 2 ans et demi après à Mamouroudou (2025).

⁵ Enquête initiale Mamouroudou 2022 : 82 décès liés à la rougeole, soit 2^{ème} cause de mortalité après le paludisme.

- **Accouchements en structures de santé : une progression contrastée**



Evolution du pourcentage de femmes déclarant accoucher en CS/PS lors des enquêtes M&P⁶ :

- Tintioulou : Augmentation de 12%, montrant une amélioration modérée, mais un taux d'accouchement à domicile (14%) relativement faible⁷.
- Mamouroudou : Augmentation de 46%⁸, bien plus significative, mais 53% des accouchements continuent de se dérouler à domicile, un chiffre toujours trop élevé.

Les conclusions préliminaires indiquent donc que ce programme a un impact positif avéré sur la santé des enfants et des femmes. Cependant, les résultats demeurent insuffisants, et témoignent d'une fragilité des acquis. Les efforts doivent se poursuivre pour la construction d'un système de santé pleinement accessible et durable garantissant la bonne santé des enfants et des femmes. Les problèmes de financement et de motivation des RECO menacent les acquis, tandis que l'accouchement à domicile reste un enjeu majeur à Mamouroudou. Pour consolider ces avancées, il est essentiel d'identifier les points forts et les difficultés spécifiques à chaque activité, afin d'ajuster les stratégies et renforcer la pérennité des résultats.

- **Indicateurs de résultats pour suivre l'évolution des pratiques dans les ménages**

Pour évaluer l'efficacité des actions de sensibilisation au sein de la communauté et du renforcement de l'offre de soins, des **enquêtes de pratiques**⁹ ont eu lieu lors des enquêtes de mortalité. Celles-ci, basées sur l'observation des pratiques d'hygiène et de soins d'un ménage sur deux, permettent de comparer les comportements avant intervention et au bout de 2 à 2,5 ans de projet.

Les résultats révèlent des progrès contrastés selon les communes (données détaillées en [annexe 5](#)) :

- À Tintioulou :
 - ✓ Légère amélioration des pratiques d'hygiène
 - ✓ Diminution de la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans
 - ✓ Augmentation des accouchements en structures de santé et de la couverture CPN 1
 - ✗ Diminution de l'utilisation des moustiquaires dans les familles et pour les enfants
 - ✗ Stagnation dans l'accès aux soins pour les enfants malades
 - ✗ Recours toujours très faible aux RECO (2 % contre 52 % pour les postes de santé)

⁶ P_{value} = 0 pour ces évolutions d'accouchement

⁷ D'après l'EDS V de 2018, 53% des accouchements ont eu lieu dans un établissement de santé (moyenne nationale). 52% des naissances de la Région de Kankan ont eu lieu dans un établissement de santé. Mais 40% des naissances en milieu rural ont lieu dans un établissement de santé.

⁸ P_{value} = 0

⁹ Actuellement, ces enquêtes de pratiques ont lieu en même temps que les enquêtes de mortalité.

➤ À Mamouroudou :

- ✓ Amélioration marquée des pratiques d'hygiène (utilisation des latrines, lavage des mains)
- ✓ Augmentation du nombre d'enfants dormant sous MILDA
- ✓ Diminution de la prévalence de la diarrhée chez les EM5
- ✓ Augmentation des accouchements en structures et de la couverture CPN 1
- ✗ Diminution de l'accès aux soins pour les EM5
- ✗ Absence totale de recours aux RECO

En bilan de ces enquêtes de pratiques, certains changements de comportement sont visibles mais c'est inégal et pas suffisamment satisfaisant :

- Les accouchements en structures de santé et les pratiques d'hygiène s'améliorent significativement (cependant, le lavage des mains au savon ou à la cendre est encore loin d'être acquis : uniquement 27% le pratiquent).
- L'accès aux soins pour les enfants malades stagne, voire régresse à Mamouroudou. D'après cette enquête, lorsque les enfants sont malades, le recours aux soins ne se fait quasiment jamais par les RECO.
- Mamouroudou, partant d'un niveau de pratiques plus bas, montre des progrès encourageants, mais avec des résultats absolus très faibles.

Par ailleurs, une **enquête sur les connaissances**, moins prioritaire et essentielle, a aussi eu lieu, entre 2023 et 2024, avant la nouvelle stratégie d'animation : un questionnaire a été mené avant et après les interventions (1 à 5 mois après) auprès de ménages sélectionnés aléatoirement dans les 2 CR pour évaluer leurs connaissances sur les sujets de sensibilisation¹⁰. Cela a permis de vérifier si les sensibilisations avaient bien eu lieu et que les messages étaient compris par la population.

Les résultats montrent (données détaillées en [annexe 6](#)) :

- Une amélioration des connaissances sur la prévention du paludisme et les pratiques d'hygiène (à l'exception de l'utilisation des latrines et du traitement de l'eau). De plus, la majorité des ménages sait désormais qu'il faut se rendre « immédiatement » en structure de santé ou chez le RECO après le début des symptômes.
- Des lacunes persistantes :
 - Moins de ménages connaissent les lieux de recours aux soins en cas de symptômes.
 - Le rôle des RECO dans la prise en charge des enfants de moins de 5 ans reste peu connu.

Ces résultats mettent en évidence une incohérence entre les résultats obtenus : un écart frappant apparaît entre les données de consultation des enfants de moins de cinq ans remontées par le système de santé (CS/PS/RECO) et les enquêtes réalisées par Inter Aide auprès des familles. Bien que l'indice de consultation chez les RECO ait fortement progressé, notamment à Tintioulén, l'enquête intermédiaire à TTO (mai 2024) a révélé que seulement 2 % des enfants malades se rendent chez un RECO (et même 0 % à Mamouroudou). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette contradiction : les données rapportées par les RECO sont-elles falsifiées ? Leur activité est-elle réellement effective ? Les communautés distinguent-elles clairement les RECO des autres acteurs de santé (CS, PS) ? Ou bien les RECO ont-ils été confrontés à des ruptures de stock de médicaments ou une baisse de motivation lors des enquêtes de pratiques, ce qui aurait pu biaiser les résultats ? En effet, l'enquête interroge les enfants malades uniquement sur les 15 jours précédant l'entretien. On peut donc comparer avec les données rapportées par les RECO sur ces périodes d'enquête : à Tintioulén, en mai et juin 2024, les RECO ont fait respectivement 121 et 161 consultations alors que la moyenne des autres mois de l'année est à 188 consultations. A Mamouroudou, les RECO ont fait seulement 7 consultations en juin 2025, alors que la moyenne des autres mois de l'année est à 33 consultations. De plus, 3 RECO,

¹⁰ Cette enquête a concerné 600 ménages (400 à TTO et 200 à MMR) et a eu lieu entre décembre 2022 et octobre 2024.

parmi les plus actifs, étaient sollicités comme enquêteurs. Cela peut donc donner quelques éléments d'explication de ces incohérences, surtout à Mamouroudou.

4. Volet d'appui aux Relais Communautaires

Les activités d'appui aux Relais Communautaires (RECO) menées par Inter Aide sont les suivantes :

- Formation initiale des ASC/RECO à la PCIMNE
- Installation des RECO, avec dotation en outils et intrants
- Supervision formative des RECO
- Appui aux réunions mensuelles des RECO au CS, y compris pour la commande des médicaments
- Formation des RECO en techniques de sensibilisation
- Stage pratique des RECO au CS (depuis 2024)
- Formation des ASC et des agents du Centre de Santé (depuis le premier semestre 2025)
- Supervision conjointe avec la DPS
- Appui des ASC en carburant pour la supervision (depuis le S2 2024)

Les données chiffrées principales sur ces activités se trouvent en [annexe 7](#).

a. Ce qui contribue à la réussite du projet

L'objectif de ce volet est de renforcer les compétences des RECO, principalement sur la PCIMNE, afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour les enfants malades, et aussi dans un second temps, les accompagner pour qu'ils effectuent des sensibilisations dans la communauté. L'efficacité de cet accompagnement des RECO repose sur une approche pratique, régulière et adaptée, combinant formation ciblée, supervision formative et outils simplifiés. Cette méthodologie a permis d'atteindre des résultats significatifs, notamment en matière de prise en charge des enfants de moins de 5 ans.

- **Les piliers de la pédagogie d'accompagnement des RECO mise en œuvre :**
 - Formation initiale ciblée et pragmatique : La formation initiale, recentrée sur la prise en charge des enfants de moins de 5 ans (plutôt que sur l'ensemble des activités de la politique nationale de santé communautaire qui est très ambitieuse), a été révisée en 2025, dans le cadre de l'extension à Gbérédou-Baranama, pour intégrer davantage de simulations de consultations. Cette approche s'aligne sur la logique de travail des RECO¹¹, renforçant ainsi son efficacité.
 - Supervision formative et pratique : Depuis 2024, la supervision, intéressante mais trop théorique, s'est recentrée de plus en plus vers de la pratique concrète des soins :
 - Observation systématique des consultations (EM5) et des sensibilisations effectuées par les RECO ;
 - Continuer la revue des outils, le contrôle des stocks et les enquêtes auprès des ménages bénéficiaires ;
 - Résultat : Un niveau de compétence relativement élevé chez les RECO, avec 85 % de maîtrise à TTO et 83 % à MMR en 2025.
 - Stages pratiques au Centre de Santé : Ces stages permettent un suivi collaboratif entre les RECO, les agents de santé et les ASC, via des consultations (ou simulations) pour améliorer la qualité de la prise en charge par les RECO, en impliquant l'ensemble des parties prenantes.
 - Suivi mensuel rigoureux : La participation active et quasi systématique d'Inter Aide aux réunions mensuelles garantit la cohérence des données entre les outils des RECO et les rapports, assurant un reporting relativement fiable.

¹¹ La logique de consultation pour les RECO est la suivante : recherche de symptômes, recherche de signes de dangers (s'il y en a, ils réfèrent), le diagnostic, le traitement et les conseils.

➤ Outils simplifiés et adaptés :

- Registres PCIMNE et rapports mensuels allégés, privilégiant la qualité à l'exhaustivité des indicateurs nationaux ;
- Outils spécifiques pour les RECO illettrés (registre PCIMNE adapté...), à développer davantage.

• **Facteur clé de réussite :**

Inter Aide a fait le choix de se positionner uniquement en appui technique et non financier. L'un des principaux atouts de cette approche réside dans l'engagement d'une équipe terrain compétente, alliant bienveillance et exigence, qui fait un accompagnement de proximité auprès des RECO. Les accompagnateurs IA ont su établir un lien de confiance avec les RECO, ainsi qu'avec les autorités et leaders locaux. **Ce travail a permis aux RECO de jouer un rôle central dans la prise en charge des enfants, avec des résultats encourageants jusqu'en 2024 : un tiers des consultations des enfants dans les 2 communes rurales sont assurées par les RECO** (33% à Tintioulén, 40% à Mamouroudou).

Ces chiffres démontrent que les RECO sont devenus des acteurs incontournables pour l'accès aux soins de proximité dans les CR, notamment pour les cas suspects de paludisme, diarrhée et infections respiratoires aiguës (IRA).

• **Progrès significatifs chez les ASC :**

Depuis mi-2024, le projet a renforcé l'implication des ASC de manière significative, notamment grâce à l'organisation de stages pratiques des RECO au Centre de Santé (avril-juin 2024 à Tintioulén ; juin 2025 à Mamouroudou). Ces stages ont permis aux ASC et aux agents du Centre de Santé de :

- Mieux comprendre les activités des RECO et maîtriser les protocoles de prises en charge ;
- S'approprier la pédagogie d'Inter Aide pour l'accompagnement des RECO ;
- Mener, pour les ASC, certaines supervisions en autonomie, sans l'appui direct d'Inter Aide.

Supervisions des RECO par ASC uniquement		
Année	TTO	MMR
S2 2024	18%	46%
S1 2025	17%	53%
S2 2025	0%	33%

Dans le cadre de la mise en place de la politique nationale telle qu'elle est actuellement, cette étape d'implication des ASC est indispensable pour assurer la gestion des RECO à long terme et ainsi la pérennité des résultats.

Cependant, les ASC, tout comme les RECO, sont confrontés à une instabilité de leurs contrats et financements, ce qui entrave leur engagement à long terme. Pour pallier cela, il est essentiel d'impliquer davantage les équipes des Centres de Santé dans le suivi des RECO. Ainsi, début 2025, à Gbérédou-Baranama, une formation initiale de deux jours a été mise en place pour les ASC et certains agents du Centre de Santé (Chef de Centre, Agent PEV, Agent point de vente) avant la formation des RECO. Cette formation couvre les rôles des RECO/ASC/agents du CS, les outils des RECO, leur supervision, ainsi que la tenue des réunions mensuelles des RECO au Centre de Santé, y compris la gestion des commandes de médicaments.

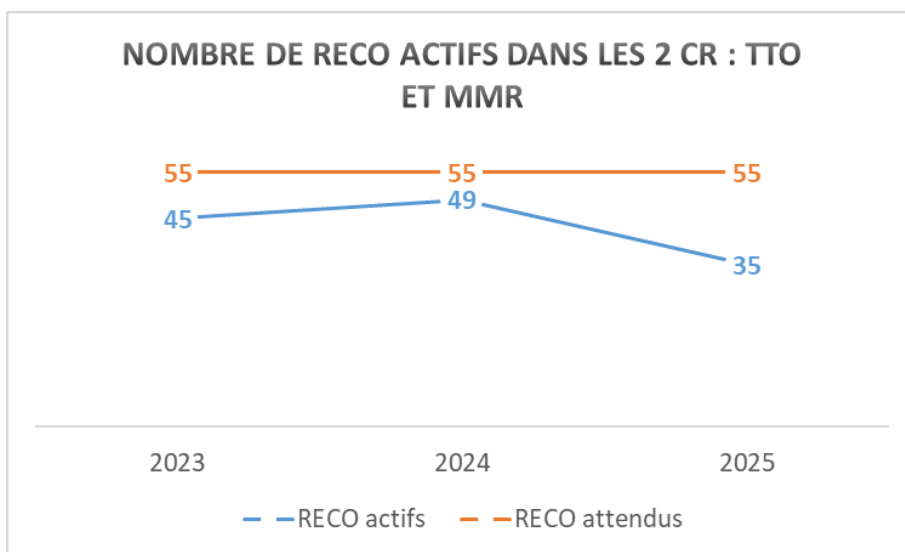
À Mamouroudou et Tintioulén, une formation simplifiée a été dispensée, car les ASC et les agents du Centre de Santé avaient déjà commencé à collaborer avec les RECO. Malgré ces avancées, l'implication des Centres de Santé pourrait encore être renforcée, car elle se limite souvent à la réunion mensuelle des RECO au Centre de Santé qui n'est pas toujours correctement bien menée.

b. Limites et défis persistants

L'accompagnement des RECO se heurte aussi à des défis majeurs, parmi lesquels certaines barrières externes échappent à l'influence directe d'Inter Aide. Une distinction s'impose entre les obstacles structurels, sur lesquels l'organisation n'a que peu de prise, et les difficultés internes, où des marges de manœuvre existent pour améliorer l'efficacité des interventions.

- **Barrières externes avec peu de marge de manœuvre :**

- Irrégularités dans la contractualisation et le paiement des RECO et ASC : Le principal obstacle au travail des RECO reste la gestion difficile des contrats et la non régularité dans les paiements par l'Etat Guinéen et les partenaires techniques et financiers (PTF). Ainsi, malgré un appui financier initial d'un an de la Banque mondiale, les versements se sont étalés sur une période prolongée (2022 à juin 2024), et la nouvelle phase de financement (2025-2027), bien que promise, n'a toujours pas été mise en œuvre début 2026. Les RECO se retrouvent ainsi dans une situation de précarité persistante : promesses de contrats non honorées, retards de paiement récurrents, et versements d'arriérés en bloc, suivis de nouvelles longues périodes sans rémunération. Depuis juillet 2024, les ASC et RECO des communes rurales de Kankan ne bénéficient plus d'aucun soutien financier. Cette instabilité a entraîné, dès début 2025, une démotivation généralisée parmi les RECO de TTO et MMR, se traduisant par une baisse de leur implication dans le suivi des enfants malades, leur participation aux réunions mensuelles et leur acceptation des supervisions formatives. Cette démotivation se serait amplifiée par le fait que les RECO des autres communes de la Préfecture de Kankan ont été contractualisés et payés alors qu'ils ne travaillaient pas. Bien que la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle (DNSCMT) évoque régulièrement un système de paiement par les communes (ANAFIC), cette solution reste, à ce stade, peu crédible. En 2025, la démotivation est telle qu'on constate une médiane à 12 consultations EM5 par RECO pour le premier semestre (soit 2 consultations par mois par RECO), allant de 1 à 70 consultations par RECO. A Mamouroudou, c'est encore pire, la médiane pour le premier semestre 2025 se situe à 7 consultations par RECO (soit 1 consultation par mois). On revient à un niveau de consultations identique au tout début de l'appui d'Inter Aide.



Malgré un pic de travail des RECO en 2024, on constate une baisse importante du nombre de RECO actifs depuis 2025¹².

- Faible implication des acteurs de la santé communautaire :
 - **DPS** : Peu engagée dans la préparation et l'animation des formations, la supervision conjointe des activités (peu de motivation à sortir sur le terrain avec IA et peu de retours ou conseils donnés par rapport aux activités vues) ainsi que la résolution des problèmes signalés par IA (exemple : réticence d'un chef de CS à approvisionner ses RECO). L'équipe IA a une bonne maîtrise des activités du RECO mais cela ne semble pas être le cas pour la DPS.
 - **Chefs de Centre** : Manque de leadership des CCS et de soutien aux activités des RECO. Pourtant, bien que les Centres de Santé aient vu leurs activités augmenter (accouchements, CPN,

¹² Un RECO est considéré actif lorsqu'il a fait quelques consultations et a participé à minimum 3 réunions mensuelles de RECO dans l'année.

vaccination), un désintérêt, voire une méfiance persistante envers les RECO subsiste, particulièrement à Mamouroudou où le Chef de Centre fait de la rétention de médicaments. Les RECO sont peu valorisés, par exemple ils sont peu recrutés lors des campagnes de vaccination, ce qui pourrait indiquer une perception de concurrence par les Centres de Santé envers ces acteurs.

- **ASC** : Surchargés au CS ou au PS, ils peinent à consacrer du temps à l'accompagnement des RECO sur le terrain, surtout à TTO. De plus, ils sont démotivés par l'absence des primes promises.
- Situation non adaptée de RECO non-résidents qui s'impliquent beaucoup moins dans les activités et qui sont moins reconnus par la communauté, à savoir que 60% des RECO à TTO sont actuellement non-résidents (versus 6% à Mamouroudou). Ainsi, pour l'extension du programme à Gbérédou-Baranama, IA a insisté auprès de la DPS, de la commune et du CS pour que l'ensemble des RECO soit résident, ce qui est bien le cas actuellement et est une première victoire. Après les premières années de programme, nous voyons bien que le critère de résidence est nettement plus important que celui d'être lettré, ce qui n'était pas la vision initiale des autorités sanitaires. Ce plaidoyer remonté par Inter Aide a été entendu au niveau DNSCMT, DPS et communes.
- Perturbations liées aux campagnes nationales : Le calendrier dense des campagnes ponctuelles (vaccination, etc.) perturbe régulièrement les activités de routine des RECO et des CS, pénalisant l'accès aux soins pour les EM5.
- **Difficultés internes avec marges de manœuvre :**
 - Essoufflement dans la supervision : Après trois ans de supervisions régulières pour les RECO de TTO et deux ans et demi pour ceux de MMR, une lassitude s'installe. Malgré un espacement des supervisions pour les RECO les plus performants (mis en place à la suite du stage pratique), leur refus de participer s'accroît. Par exemple, seulement 37 % des RECO de TTO ont été supervisés plus de deux fois au cours du premier semestre 2025. La question du rythme des supervisions RECO nécessite donc une adaptation. Bien que les ressources humaines actuelles¹³ permettent d'assurer une supervision quasi mensuelle de l'ensemble des RECO dans les trois communes rurales, cette fréquence ne correspond plus forcément aux besoins du terrain. À Mamouroudou et Tintioulen, certains RECO ont atteint un niveau de compétences satisfaisant, d'autres montrent des signes évidents de lassitude après plusieurs années d'accompagnement et beaucoup ne sont plus motivés pour travailler. Plutôt que de maintenir un rythme soutenu de supervisions, parfois motivé pour « occuper » les accompagnateurs, il est essentiel de repenser cette approche. « Forcer » des supervisions pour des RECO déjà autonomes ou démotivés n'a pas de sens et peut même nuire à leur engagement. De plus, cela engendre pour l'équipe des négociations difficiles et une résistance croissante de la part des RECO. Il est donc crucial de redéfinir le rythme des supervisions en fonction du niveau et de la motivation de chaque RECO, afin de cibler ceux qui en ont réellement besoin. Parallèlement, il serait pertinent d'identifier de nouvelles tâches où l'équipe pourrait apporter une réelle valeur ajoutée, plutôt que de perpétuer un système devenu inefficace.
 - Problématiques autour des réunions mensuelles des RECO au CS :
 - **Gestion des données** : Peu d'autonomie des ASC et des agents des CS dans la vérification de la concordance des données entre registres de consultations et rapports mensuels, car pendant longtemps l'équipe IA a fait ce travail à leur place. Depuis mi-2024, les équipes associent plus les ASC à cette tâche, mais c'est loin encore d'être acquis et c'est peu pérenne vu la démotivation des ASC par rapport au manque de versement des primes. Les ASC ont des

¹³ Il y a entre 3 et 4 accompagnateurs/trices ASC/RECO dans l'équipe Inter Aide.

difficultés à vérifier la concordance des données : manque de motivation pour cette tâche ?
difficultés de compréhension ? manque d'esprit critique ?

- **Gestion problématique des intrants** : Difficultés persistantes des CS dans l'approvisionnement des RECO, à cause de ruptures fréquentes en médicaments, de la mauvaise gestion des stocks ou d'un manque de volonté. Cependant, on constate des améliorations en 2025. Ces problématiques sont essentiellement présentes à Mamouroudou. L'outil d'aide à la commande proposé par IA en 2025, qui tient compte des stocks du RECO et de sa consommation moyenne mensuelle, semble trop complexe pour les agents et ne tient pas compte des ruptures de stock. Il n'est pas maîtrisé par les ASC et les agents du CS. Nous pourrions envisager une solution simplifiée.

Pourcentage de mois où les RECO ont pu commander des intrants palu			
	Année	TTO	MMR
AL Nourisson	2023	43%	50%
	2024	80%	30%
	2025	91%	60%
AL Petit Enfant	2023	57%	57%
	2024	80%	30%
	2025	100%	80%

- **Préparation et animation** : Faible implication des ASC et des agents des CS dans l'élaboration de l'ordre du jour de la réunion, des plannings de supervision ou l'amélioration des compétences des RECO sur les sujets lacunaires, car pendant longtemps l'équipe IA a fait ce travail à leur place. En bref, la réunion n'est pas préparée par le CS, elle est improvisée. Il n'y a pas d'horaires fixes, les RECO viennent donc quand ils le peuvent et cela perd en efficacité. Certains se lassent de venir, peut-être aussi à cause de ce manque de rigueur.

Pourcentage de participation des RECO à la réunion mensuelle au Centre de Santé		
	TTO	MMR
Année		
2023	64%	78%
2024	72%	67%
2025	38%	51%

- **Présence fluctuante des RECO** : Leur participation irrégulière et de moins en moins importante aux réunions mensuelles, depuis 2025, entraîne un défaut de réalisation des rapports, compromettant l'exhaustivité des données de consultations remontées.

➤ Qualité des interventions :

- **Qualité et pertinence des sensibilisations** : Les RECO tendent à répéter les mêmes messages (MILDA, prévention des diarrhées) sans adapter leurs interventions aux besoins spécifiques des ménages (ex: absence de sensibilisation ciblée pour les femmes enceintes sur la CPN).
- **Erreurs dans la prise en charge pour certains RECO** : Des lacunes dans la prise en charge ont été identifiées chez certains RECO lors des stages pratiques et consultations. Parmi les comportements problématiques observés, on retrouve une prescription excessive d'antibiotiques pour les IRA (alors que les RECO devraient conseiller des tisanes pour les toux simples) ; réalisations inadéquates des TDR et des posologies mal adaptées. Grâce à l'accompagnement renforcé de l'équipe Inter Aide, une amélioration progressive de ces pratiques a pu être constatée.

5. Volet d'appui aux Postes de Santé

Comme nous l'avons vu en introduction, une autre manière d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour les EM5 prévue dans la stratégie du projet est de renforcer les compétences des Postes de Santé (PS) en termes de PCIMNE. Cependant, puisqu'il s'agit d'un sujet complexe, et que la Cheffe de Centre de Tintioulou nous a suggéré d'abord d'améliorer les compétences des Chefs de Postes (CPS) sur les thématiques liées à l'accouchement, les activités d'appui aux PS ont donc été les suivantes pour l'instant :

- Observation dans les PS et focus-group avec les CPS
- Formation des PS en Soins néonataux d'urgence de base (SONUB)
- Dotation en matériels liés à la formation SONUB pour les PS, en deux temps

- Sensibilisation de la communauté sur la thématique accouchement et post-partum
- Supervision formative des agents des PS
- Participation ponctuelle à la réunion mensuelle des PS (surtout de l'observation)
- Supervision conjointe avec la sage-femme formatrice de la DPS

Les données chiffrées principales sur ces activités se trouvent en [annexe 8](#).

a. Ce qui contribue à la réussite du projet

L'accompagnement des postes de santé (PS) est proche de la méthodologie déployée pour les RECO, combinant formation ciblée, dotation en équipements et supervision formative. Cette approche, concrète et adaptée aux réalités du terrain, a démontré son efficacité à travers plusieurs leviers :

- Formation SONUB de qualité et adaptée : Assurée par une sage-femme formatrice compétente et engagée de la DPS, la formation répond à un besoin urgent des CPS. Les thèmes abordés — hygiène, gestion des accouchements et utilisation du partogramme, soins post-partum, réanimation du nouveau-né et signes de danger — sont pratiques et directement applicables, renforçant ainsi les compétences des équipes.
- Dotation progressive et mobilisation communautaire : Les équipements sont fournis en deux temps, avec un montage sur place pour en assurer l'utilisation optimale. Une sensibilisation communautaire accompagne cette dotation, encourageant les accouchements en structure et les consultations post-partum.
- Supervision formative : Les supervisions, désormais plus opérationnelles, incluent la revue des outils, l'observation des consultations post-partum (c'est un très bon moyen d'améliorer les compétences des CPS sur des compétences plus générales comme l'observation de leurs patientes, l'examen clinique, la délivrance de conseils adaptés...) et la vérification de l'utilisation du matériel. Une enquête ménage a été mise en place au second semestre 2025 pour évaluer la qualité de la prise en charge des femmes ayant accouché.
- Participation de la sage-femme formatrice de la DPS à la supervision : Cette dernière a participé activement à quelques supervisions conjointes, apportant une expertise technique précieuse. Elle nous a ainsi suggéré d'accompagner les CPS dans la mise en place de consultations post-partum à 6 jours et 6 semaines. Celles-ci sont désormais évalués de manière quasi systématique lors des supervisions.

Cet accompagnement a eu les impacts positifs suivants :

- Une augmentation du nombre d'accouchements dans les structures de santé, rapportés par les femmes (cf. graphique dans la partie [3. Analyse des principaux indicateurs d'impact](#)). Concernant le nombre d'accouchements rapportés par les PS et CS, cela a fortement augmenté à Mamouroudou (plus de 50%), ce qui est cohérent et cela a très légèrement diminué à Tintioulen, ce qui est moins cohérent avec les données de l'enquête (voir [annexe 9](#)) ;
- La mise en place d'un suivi post-partum (surtout à 6 jours et un peu à 6 semaines), une avancée majeure car inexistant avant intervention IA (voir [annexe 10](#)) ;
- Une amélioration des connaissances des CPS sur la thématique de l'accouchement dans les 2 CR, avec un niveau plus élevé à Tintioulen (voir [annexe 11](#)). A noter que l'appui aux PS de Mamouroudou a débuté un an après ceux de Tintioulen.

b. Limites et défis persistants

Malgré une amélioration de l'accès aux accouchements aux postes de santé, plusieurs obstacles entravent l'évaluation de leur qualité et la pérennité des résultats.

- **Des lacunes dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins :**

- Manque de données directes sur la qualité des accouchements : L'équipe IA n'a observé que 6 accouchements depuis le début du programme, ce qui rend impossible d'évaluer l'impact réel du programme sur la qualité des accouchements et la réanimation des nouveau-nés. Certes, on constate une progression des connaissances des CPS et ils bénéficient d'un équipement plus adapté, mais on ne peut actuellement évaluer si le matériel est correctement utilisé et si les connaissances et compétences nouvellement acquises sont appliquées pendant l'accouchement.
- Présence dominante des matrones : Les matrones jouent un rôle prépondérant, même dans les PS (voir [annexe 12](#)), en effet :
 - **À Tintioulen** (enquête M&P 2024) :
 - 71 % des accouchements en PS impliquent une matrone.
 - **18 % des accouchements en PS sont assistés uniquement par une matrone, sans intervention du CPS.**
 - Ainsi, seulement 21 % des accouchements en PS sont réalisés par le CPS seul.
 - 60 % des accouchements à domicile sont assurés par les matrones (principalement celles qui ne sont pas reliées aux PS).
 - **66 % des accouchements totaux sont assistés par des matrones, contre 54 % par les CPS.**
 - **À Mamouroudou** (enquête M&P 2025) :
 - 47 % des accouchements totaux sont assistés par des matrones, contre 21 % par les CPS.

Malgré les efforts concentrés de l'équipe IA sur les Postes de Santé, **ce sont les matrones qui restent les principales actrices des accouchements** dans les deux communes. Lors des supervisions dans les PS, nous profitons donc souvent de l'occasion pour sensibiliser les matrones qui y travaillent sur des sujets clés : les conseils à donner aux mamans sur l'allaitement, les soins essentiels à apporter au nouveau-né, ainsi que l'importance d'encourager activement les femmes à se rendre aux consultations post-partum. Mais cet appui est-il suffisant ? Il faut savoir que les matrones non rattachées aux PS ne bénéficient pas encore d'un accompagnement dans le cadre de ce projet.

Au global, **l'impact qualitatif de cet appui aux PS reste difficile à mesurer avec précision**. Néanmoins, on observe une amélioration marquée des connaissances des CPS et un meilleur équipement des Postes de Santé pour la prise en charge des accouchements. Une avancée notable est l'augmentation significative des accouchements en structures de santé, probablement due à la combinaison des sensibilisations communautaires et du renforcement des soins autour de la thématique de l'accouchement.

Cependant, malgré ces progrès, les matrones restent les principales actrices des accouchements, alors qu'elles bénéficient d'un soutien limité, voire inexistant lorsqu'elles ne sont pas liées aux PS. De plus, le projet se concentre actuellement sur l'amélioration des accouchements et du suivi post-partum grâce à la formation SONUB demandée par les CS et la DPS. Mais ne faudrait-il pas élargir cet appui aux consultations prénatales (CPN) pour couvrir plus largement la santé maternelle ?

Par ailleurs, si l'on souhaite impliquer davantage les Centres de Santé (CS) dans la gestion et le suivi des PS, un renforcement technique supplémentaire serait-il nécessaire ? Les sages-femmes des CS ont déjà été intégrées à la formation SONUB, et les CS de Tintioulen et Mamouroudou ont reçu des équipements pour s'aligner sur ceux des PS. Mais est-ce suffisant ? Ne faudrait-il pas aussi superviser les sages-femmes des CS pour garantir une qualité optimale des soins ? Ces questions méritent une réflexion approfondie.

- **Barrières externes difficiles à surmonter :**

- Système de santé guinéen complexe : Inter Aide a fait le choix d'accompagner uniquement les PS reconnus par la DPS pour des raisons de cohérence et pour s'assurer que le PS est durable. Il faut

savoir qu'il existe aussi des PS non reconnus (5 dans la CR de TTO et 2 à MMR) qui restent donc en marge de ce système d'accompagnement.

- Le partogramme, un outil sous-utilisé : Bien que légalement obligatoire, le partogramme est souvent rempli a posteriori avec des données falsifiées¹⁴, plutôt que d'être utilisé comme un outil de suivi des accouchements qui permet notamment de savoir quand référer. L'investissement d'IA sur le remplissage des partogrammes a-t-il vraiment amélioré la qualité des accouchements ? N'est-ce-pas du temps perdu à accompagner les équipes à bien remplir leurs partogrammes alors qu'il n'est pas utilisé correctement ?
- Sous-déclaration des décès maternels et des mort-nés : Les CPS ne déclarent pas les décès maternels ou les mort-nés par crainte de sanctions de la part des échelons supérieurs (CS et DPS). Les revues de décès maternels organisées par la DPS, perçues comme punitives, découragent la transparence. Il est donc impossible d'évaluer une éventuelle réduction des décès maternels, puisqu'IA ne fait pas ses propres enquêtes sur ce type de données (pas réalisable car échantillon de population des communes trop petit).
- Pas d'impact mesuré de cet appui sur la réduction des décès des enfants : Comme nous l'avons vu ci-dessus, actuellement à travers nos enquêtes, nous ne constatons pas de réduction de décès néo-nataux et mort-nés.
- Turn-over des CPS formés : Certains CPS, une fois formés, sont mutés ou licenciés, ce qui limite la pérennité des compétences acquises au sein des PS visés.
- **Difficultés internes avec des marges de manœuvre et des sujets à éclaircir** :
 - Faible implication des centres de santé (CS) : Les CS ne participent presque jamais aux supervisions des PS, alors que la Cheffe de Centre du CS de TTO était demandeuse de la formation SONUB. Leur désintérêt affaiblit le renforcement des connaissances sur le long terme. Pourtant, les CS ont aussi une mission de gestionnaire des PS. A Mamouroudou, cela peut s'expliquer par un manque de personnel qualifié au CS (cela fait plusieurs mois qu'il n'y a plus de sages-femmes titulaires au CS).
 - Rôle limité d'Inter Aide dans les réunions mensuelles des PS : Très peu d'appui à la collecte de données fiables ou au recyclage des connaissances. Il faut réfléchir comment mieux exploiter ces réunions pour consolider les acquis ou alors décider de ne pas y intervenir.
 - Problématiques liées à la dotation en équipements :
 - La dotation est focalisée sur des équipements durables. Cependant, quelques consommables (principalement gants et chlore) ont été dotés en quantité limitée pour initier des bonnes pratiques d'hygiène suite à la formation. Nous constatons que lorsque les stocks sont épuisés, ceux-ci ne sont pas renouvelés par les CPS et qu'ils attendent souvent que cela vienne d'Inter Aide. En dotant en consommables, ne crée-t-on donc pas une dépendance ? Pour les CPS, qui disent avoir du mal à vivre de leurs activités, leur priorité n'est clairement pas l'acquisition de matériels pour le respect de l'hygiène.
 - Manque de suivi des équipements défectueux : ils ne sont pas réparés ou remplacés par les CPS. Faut-il s'impliquer dans du renouvellement en cas d'équipements défectueux ?
 - Faible taux de références des PS vers les CS, dans le cas de signes de dangers :
 - Seulement 15 femmes référées depuis le début du projet (dont 7 par le même PS d'Ourembaya) et d'après nos bases de données, aucun nouveau-né présentant des signes de danger n'a été référé.

¹⁴ Nous avons même déjà observé des agents du CS faire de faux partogrammes pour avoir les bons chiffres de partogrammes, en vue du monitoring semestriel de la DPS.

- Les CPS savent-ils reconnaître les signes de danger ? Utilisent-ils réellement les partogrammes pendant l'accouchement pour suivre l'évolution de celui-ci et référer si besoin ? Les familles acceptent-elles les références ? Ont-elles les moyens de s'y rendre ? Comment transférer dans de bonnes conditions une femme en travail, notamment lorsque les PS sont très éloignés du CS ou de l'hôpital de Kankan ? C'est un sujet à approfondir pour comprendre et lever ces blocages.

6. Volet animation

En complément du renforcement des RECO et des postes de santé, Inter Aide a lancé des activités de sensibilisation auprès de la communauté pour améliorer les pratiques de prévention et de recours aux soins.

1. Première phase (septembre 2022– septembre 2024) à TTO et MMR : une sensibilisation collective

- Cibles : Ménages sensibilisés en petit ou grand groupe sur 3 mois (1 mois par thème : paludisme, diarrhée, recours aux soins), avec clôture par une sensibilisation de masse communautaire (dances, quizz et sketches thématiques) pour ancrer les messages.
- Limites : Approche générale ne correspondant pas forcément aux besoins des ménages, sans suivi individualisé ni constatation directe des changements de comportement.

2. Nouvelle stratégie (depuis janvier 2025) à TTO, MMR et GBD : un accompagnement personnalisé avec suivi

- Visites à domicile :
 - Diagnostic des pratiques et observations dans chaque ménage ;
 - Sensibilisations sur-mesure (7 thématiques possibles : MILDA, assainissement, lavage des mains, hygiène de l'eau, vaccination enfants, CPN & accouchement, recherche de soins) et recommandations adaptées, en fonction des observations ;
 - Suivi régulier (3 à 4 visites par ménage étalées sur 7 mois).
- Clôture par une sensibilisation de masse communautaire pour ancrer les messages.

Ces activités sont réalisées, depuis le début, **par les animateurs de l'ONG AUDICO** et sont supervisées par Inter Aide.

Depuis 2025, Inter Aide a donc adopté une nouvelle stratégie de sensibilisation plus exigeante fondée sur un suivi individualisé et une présence quasi constante sur le terrain. Cette amélioration méthodologique a eu lieu suite aux résultats de l'enquête M&P de TTO en 2024, où nous avons constaté qu'il y avait peu d'évolutions positives dans le changement de comportement. Il nous a donc semblé pertinent d'améliorer la stratégie avec une approche plus adaptée aux besoins et aux réalités des ménages, incluant un suivi personnalisé.

Les animateurs, désormais installés dans les communes rurales, y travaillent en immersion pendant environ trois semaines, ce qui leur permet d'intervenir dès le matin tôt pour des séances auprès des ménages, et parfois sensibiliser dans la soirée après la fin des travaux champêtres. Le dialogue avec les ménages devient plus concret : après une observation fine de leur environnement, les animateurs ciblent les thématiques prioritaires – par exemple : recherche de soins, vaccination des enfants de moins de 2 ans, ou suivi des femmes enceintes (CPN/accouchement) – et proposent des solutions immédiates (montrer comment suspendre une MILDA non utilisée) et des recommandations. Entre chaque visite, les animateurs évaluent les progrès et identifient les obstacles persistants, pour un accompagnement toujours plus précis. Ensuite, les animations de masse de fin de cycle, très appréciées, renforcent l'appropriation des messages, d'autant que les sketches sont joués par les habitants eux-mêmes.

L'efficacité de cette nouvelle stratégie sera étudiée lors des prochaines enquêtes de M&P. A Gbérédou-Baranama, l'effet bénéfique de la stratégie d'animation a déjà été relevé par les agents du Centre de Santé qui constatent depuis 2025 une augmentation du nombre d'enfants vaccinés et de femmes se rendant aux CPN.

Cependant, cette approche rencontre plusieurs obstacles, tant externes qu'internes :

- Résistance des maris : Malgré les efforts des animateurs, les hommes, souvent décideurs financiers et logistiques, ne sont soit pas disponibles (travaux champêtres...) ou bien ils refusent de participer aux sensibilisations, estimant que « la santé est l'affaire des femmes ». C'est un frein majeur car leur adhésion est cruciale pour le transport des patients et le financement des soins.
- Manque de moustiquaires imprégnées : La campagne 2025 de distribution de MILDA a été entachée de pénuries récurrentes et de soupçons de détournements massifs, privant de nombreux ménages de MILDA malgré les messages de prévention diffusés.
- Ruptures de stock dans les CS/PS : Les animateurs orientent les femmes enceintes vers les structures de santé pour récupérer carnets de santé et MILDA, mais ces derniers, sous-approvisionnés, ne peuvent souvent répondre à la demande, ce qui décrédibilise les sensibilisations et mine la confiance dans les messages transmis.
- Faible implication des RECO : A priori, peu connus des communautés et peu associés aux actions d'AUDICO, ils n'apportent aucun appui dans le suivi des recommandations auprès des ménages.
- Comportements ancrés difficiles à changer : Certaines pratiques (lavage des mains sans cendres ni savon, consommation d'eau non traitée) résistent malgré les sensibilisations, nécessitant des stratégies plus ciblées et beaucoup de temps pour changer les pratiques.
- Turn-over élevé chez les animateurs d'AUDICO : Le recrutement de profils parfois surqualifiés ou déconnectés de la vie rurale — et donc moins stables — a généré une instabilité dans les équipes, affectant la continuité et l'efficacité des actions sur le terrain.

Avant de passer aux recommandations, un dernier point doit être mentionné : **une inégalité criante apparaît dans le recours aux soins entre les villages dotés de Centres ou Postes de Santé et ceux qui en sont dépourvus**. À Tintioulén, en 2024, les villages avec CS/PS affichent un taux de 76 % de recherche de soins modernes et 96 % d'accouchements sûrs, contre respectivement 53 % et 65 % dans les villages non équipés (tableau en [annexe 13](#))¹⁵. Cette disparité pose une question cruciale : comment améliorer l'accès aux soins dans ces zones défavorisées ? Ce défi, déjà identifié par l'équipe locale à travers le processus d'évaluation continue, mériterait une attention immédiate pour remédier davantage aux inégalités de recours aux soins.

¹⁵ A Mamouroudou, on ne constate pas d'inégalités sur les accouchements sûrs entre les villages avec PS et les villages avec CS. Pour la recherche de soins, c'est un peu plus faible dans les villages sans PS/CS.

7. Matrice SWOT

FORCES	FAIBLESSES
• Expertise IA en conduite de programme de santé communautaire en zones rurales • Compétences et investissement de l'équipe locale • Adaptation continue de la stratégie sur la base de l'évolution du contexte et des leçons apprises • Ancrage communautaire solide : présence active et relation de confiance établie avec les acteurs locaux de la santé • Lien avec les autorités sanitaires à différents échelons (CS, DPS, DNSCMT) • Impact mesurable : réduction significative du taux de mortalité infanto-juvénile en deux ans à TTO et MMR • Méthodologie RECO efficace sur le renforcement de compétences : formation ciblée et orientée sur la pratique, supervision formative et outils adaptés, avec des résultats concrets sur l'augmentation des consultations pour les enfants de moins de 5 ans, uniquement lorsque les RECO sont motivés • Autonomisation progressive des ASC : meilleure implication des ASC dans la gestion des supervisions et réunions mensuelles des RECO • Progrès en santé maternelle : augmentation des accouchements en structures sanitaires et des consultations post-partum (inexistantes avant le projet), amélioration des connaissances des CPS et des conditions d'accouchement • Stratégies variées de renforcement de l'offre de soins, en appuyant à la fois les PS et les RECO, pour étudier ce qui fonctionne le mieux	• Transfert de compétences incomplet dans la gestion des RECO : l'accompagnement des réunions mensuelles des RECO reste peu maîtrisé, et leur participation aux réunions et à la collecte d'indicateurs diminue. De plus, les équipes des CS (hors ASC) ne sont pas impliquées dans la supervision des RECO. • Déséquilibre dans l'appui aux structures : les consultations des EM5 se font majoritairement dans les PS (57 % à TTO, 41 % à MMR selon enquêtes intermédiaires), mais aucun d'appui est apporté à ces structures sur la PCIMNE pour l'instant (en cours d'élaboration) • Manque de données sur la qualité des accouchements : peu d'observations directes, empêchant une évaluation précise de l'amélioration des accouchements • Méconnaissance du rôle des RECO : Les communautés ne les identifient pas clairement comme des acteurs de santé (cf. enquêtes de connaissances et pratiques) • Inégalités de recours aux soins : Dans les villages sans PS, 52% des accouchements ont lieu à domicile contre 16% dans les villages avec PS (enquête TTO de 2024)
OPPORTUNITES	MENACES
• Travailler uniquement avec les RECO volontaires, motivés et résidents, avec la nécessité de convaincre communes, CS, DPS et DNSCMT • Développer des outils adaptés pour les RECO illettrés : souvent plus motivés et moins exigeants, leur accompagnement peut être renforcé grâce à des outils adaptés • Revoir les supervisions des RECO : après deux ans de programme, adapter le rythme et les méthodes pour éviter la lassitude et rester efficace et efficient • Améliorer les techniques de sensibilisation des RECO, en s'appuyant sur les animateurs AUDICO • Élargir l'appui à la PCIMNE : accélérer son déploiement au niveau des Postes de Santé • Approfondir l'accompagnement sur la santé maternelle, en appuyant les matrones dans tous les villages et en mettant en place des observations plus systématiques dans les PS (en complément des supervisions classiques) • Maîtriser la chaîne d'approvisionnement : analyser les ruptures de stocks d'intrants antipaludéens pour anticiper et alerter • Transférer les tâches de gestion des RECO et PS menées par IA au CS (supervision, correction et remontée des données, conduite de la réunion mensuelle, appui à l'approvisionnement...) • Mieux comprendre les besoins : multiplier les échanges informels avec les communautés pour éclairer les indicateurs et affiner les stratégies • Renforcer l'implication des CS et DPS : malgré les résistances, leur intégration est essentielle pour la pérennité • Valoriser les réussites et difficultés : remonter systématiquement les retours d'expérience aux instances nationales et locales (DNSCMT, IRS, DPS, CS/Communes) et auprès des communautés et bénéficiaires directs • Etudier la place de la médecine traditionnelle dans le parcours de soins	• Financement de la politique nationale de santé communautaire non réaliste : contractualisation et paiements très instables, dépendants actuellement des PTF (Banque Mondiale à Kankan). L'appui promis par l'ANAFIC n'est toujours pas effectif, rendant leur travail précaire et entraînant une baisse de motivation et un manque de durabilité des RECO et ASC • Gestion défaillante des intrants : ruptures de stocks fréquentes au niveau des CS, particulièrement à Mamouroudou, pénalisant les RECO • Priorités divergentes des autorités sanitaires (DPS/DNSCMT) : la consultation des enfants malades n'est pas leur priorité (focus sur vaccination et CPN) • Faible appui technique de la DPS et manque de leadership : peu d'implication dans le renforcement des acteurs communautaires (supervisions sans accompagnement concret) • RECO non-résidents : présence irrégulière à TTO limitant l'accès aux soins dans certains villages • Marginalisation des PS : peu soutenus par la politique nationale (fonctionnement basé sur le recouvrement des coûts, avec du personnel quasi uniquement bénévole et peu d'appui financier/technique). Ce sont pourtant des structures très appréciées de la communauté. • Rôle flou des matrones : actrices majeures des accouchements, mais peu intégrées dans les stratégies d'accompagnement • Données peu fiables : sous-déclaration des décès maternels et mort-nés par crainte de sanctions et manque de rigueur des acteurs dans la remontée des données en général (contradictions fréquentes) • Manque de leadership des CCS : peut freiner la progression des résultats du projet • Faible implication des hommes : malgré leur rôle clé dans l'accès aux soins (décisions financières et logistiques), ils ne s'impliquent pas dans le parcours de soins de leur famille (peu présents aux sensibilisations et peu d'accompagnement de leurs familles dans les structures de santé).

8. Recommandations

À l'issue de ce travail, voici les recommandations clés pour orienter les prochaines étapes du programme, en tenant compte des leçons apprises et des défis identifiés au cours de ces trois premières années et demi de programme.

a. Appui aux RECO

Bien que la méthodologie d'appui aux RECO par Inter Aide ait prouvé son efficacité pour augmenter l'accès aux soins de manière temporaire, **la motivation des RECO est de plus en plus compromise en raison des problèmes récurrents liés à leurs contrats et à leurs rémunérations**. Face à cette situation, deux options stratégiques se dégagent.

- **Option 1. Poursuivre l'appui aux RECO, mais uniquement pour ceux qui sont bénévoles et engagés**
Pour mettre en place cette nouvelle stratégie de volontariat des RECO, il est essentiel de :
 - Cibler uniquement les RECO prêts à s'investir sur une base bénévole, en mobilisant le soutien des communes, et des responsables aux niveaux CS, DPS et DNSCMT, et en formalisant des accords avec ces acteurs ;
 - Exiger une lettre d'engagement de la part des RECO sélectionnés, garantissant leur implication au service de leur communauté ;
 - Réserver l'appui d'Inter Aide uniquement aux RECO motivés, tout en attribuant les éventuels financements à venir (Banque Mondiale ou ANAFIC) comme un bonus et non comme une condition. Inter Aide devra plaider pour que seuls les RECO ayant effectivement travaillé soient rémunérés, et non sur la base de listes préétablies ;
 - Pour remplacer les RECO non volontaires, privilégier des profils résidents, motivés et ancrés dans leur communauté, même s'ils ne sont pas lettrés, plutôt que des RECO extérieurs surqualifiés ; encourager la présence de femmes RECO, notamment des matrones ;
 - Former ces nouveaux RECO sur la PCIMNE, en s'appuyant sur la méthodologie « pratique » développée à Gbérédou-Baranama ;
 - Organiser des stages pratiques réguliers au CS (1 fois par an ?) pour impliquer les agents du CS, renforcer les compétences de tous les RECO, créer une cohésion entre eux et leur offrir une petite prise en charge financière de la part d'Inter Aide ;
 - Maintenir une petite prime mensuelle de 60 000 GNF (6 €), uniquement pour les RECO qui ont travaillé et qui sont présents à la réunion mensuelle ;
 - Alléger la charge de travail des RECO en recentrant leurs activités sur les consultations, tout en insistant moins sur les sensibilisations (déjà bien assurées par les animateurs AUDICO) ;
 - Repenser la supervision Inter Aide pour éviter la lassitude et maximiser l'impact :
 - Adapter la fréquence et l'objectif de la supervision en fonction du niveau du RECO :
 - Montée en compétences (phase initiale)
 - Contrôle et motivation (phase ultérieure)
 - Varier les lieux de supervision : éviter les rencontres systématiques chez le RECO et privilégier des échanges dans différents endroits du village pour évaluer leur intégration communautaire ;
 - Renforcer les enquêtes ménages : vérifier la prise en charge des enfants malades (même en cas d'annulation de supervision, en interrogeant les familles ou les personnes ressources du village) ;
 - Recueillir des retours spontanés sur la perception du RECO et les barrières d'accès aux soins.

- Assurer un transfert progressif des compétences :
 - Former les agents des CS à gérer de manière autonome et durable les réunions mensuelles des RECO, ainsi que la collecte et l'analyse des indicateurs ;
 - En l'absence d'ASC bénévoles, impliquer ponctuellement les agents du CS dans la supervision des RECO, en collaboration avec IA.

- **Option 2. Suspendre l'appui aux RECO tant que leur situation administrative n'est pas éclaircie et stabilisée à long terme**

Cela signifierait attendre une décision gouvernementale claire : soit le retour des RECO à un statut bénévole, soit la mise en place d'un soutien régulier et pérenne par les communes (via l'ANAFIC par exemple). Cependant, cette option entraînerait une perte des investissements réalisés dans la formation et l'accompagnement des RECO (alors que certains seraient prêts à continuer à travailler de manière bénévole) et une nécessité de déployer une autre stratégie pour améliorer l'accès aux soins, tout en réorganisant l'équipe.

Quelle que soit la stratégie retenue, le projet doit aussi accélérer la mise en œuvre de l'appui PCIMNE dans les PS, afin de tenter de continuer à améliorer la prise en charge des enfants malades et la qualité des consultations.

- ➔ **Décision retenue : option 1, poursuivre l'appui aux RECO, mais uniquement pour ceux qui sont prêts à agir de manière bénévole et engagée.** Depuis le 1^{er} semestre 2026, l'équipe met en place des stratégies pour redynamiser cet appui aux RECO. Nous nous laissons jusqu'au 1^{er} semestre 2027 pour voir si ces résultats sont fructueux. Dans le cas où cela ne marcherait pas, nous suspendrons l'appui aux RECO tant que leur situation administrative n'est pas éclaircie et stabilisée à long terme (option 2).

b. Appui aux Postes de Santé (PS) en santé maternelle

L'appui aux Postes de Santé (PS) en santé maternelle est très apprécié par les communautés et les autorités sanitaires, et les résultats obtenus sont encourageants :

- Augmentation des accouchements en structures de santé et des consultations post-partum
- Amélioration des connaissances des CPS et meilleur équipement des PS

Cependant, l'impact réel sur la réduction des décès maternels, de la mortalité néonatale et du nombre de mort-nés reste difficile à évaluer, ainsi que sur l'amélioration qualitative des accouchements, notamment en raison du faible nombre d'accouchements observés directement. Deux options stratégiques se dégagent donc.

- **Option 1. Poursuivre et approfondir l'engagement en santé maternelle, en élargissant l'approche**
 - Intégrer les matrones dans le dispositif d'appui : les matrones, qui réalisent 66 % des accouchements à Tintioulén (et 47 % à Mamouroudou), jouent un rôle central, mais restent peu encadrées par la politique nationale de santé communautaire. On peut proposer un projet pilote pour les former et les accompagner sur des thématiques clés comme les signes de danger, la référence et l'hygiène, en particulier dans les villages sans PS. Ces activités seraient différentes selon les villages : entre les matrones affectées à un PS et celles qui travaillent dans des villages sans PS.
 - Remplacer les supervisions classiques par des journées d'observation dans tous les PS de Tintioulén et Mamouroudou. Ces journées permettraient :
 - D'observer le travail des CPS, de leurs suppléants et des matrones directement sur le terrain : consultation post-partum, consultation enfants malades, accouchement, stratégie avancée... ;
 - De former en temps réel sur des thématiques variées : hygiène, examen clinique, conseils aux patients, remplissage des outils... ;
 - De recueillir des observations précieuses, même en l'absence d'accouchements ;
 - D'élargir l'appui aux soins liés aux enfants malades, en plus de la santé maternelle (transition avec l'accompagnement PCIMNE à venir) ;

- De réaliser des enquêtes ménages pour identifier les difficultés liées à l'accouchement et affiner l'accompagnement. Ces enquêtes pourraient être réalisées pour tout type d'accouchement, y compris pour les accouchements à domicile non relevés dans le registre accouchement du PS, notamment dans les villages sans PS.

Cependant, il est possible que ces observations soient difficiles à effectuer, étant donné la fréquentation faible de certains PS. Pour les supervisions à Mamouroudou, il faudrait continuer à insister sur les connaissances théoriques, le remplissage des outils, car c'est loin d'être acquis, en insistant pour avoir systématiquement l'observation d'une consultation post-partum et en limitant l'accompagnement sur la réalisation des partogrammes.

- Renforcer la collaboration avec les Centres de Santé et la DPS : encourager des supervisions et observations conjointes avec les acteurs institutionnels pour renforcer la cohérence et la pérennité des actions ;
- Réfléchir sur l'intégration d'un appui sur la tenue des consultations prénatales (CPN), dans un objectif d'accompagner globalement la santé maternelle.
- **Option 2. Arrêter progressivement l'appui en santé maternelle dans les PS de TTO et MMR**
Si cet appui n'est pas considéré comme une priorité, ou en raison des difficultés à en mesurer l'impact, il serait possible de recentrer l'appui aux PS uniquement sur la PCIMNE, plus alignée avec les objectifs initiaux du programme.
- ➔ **Décision retenue : option 1, continuer l'engagement d'Inter Aide à intervenir en santé maternelle,** en essayant d'élargir l'approche, en mettant en place les préconisations proposées.

c. Animations dans la communauté

Les sensibilisations communautaires restent un levier essentiel pour améliorer la fréquentation des structures de santé et promouvoir les pratiques de prévention. La nouvelle stratégie, plus personnalisée et ciblée, montre des signes encourageants, bien que son impact définitif ne sera évalué que lors des prochaines enquêtes de pratiques. Quelques axes d'amélioration peuvent être mis en œuvre dès maintenant pour en renforcer l'efficacité :

- Renforcer les messages clés et adapter les thématiques :
 - Insister sur le recours aux soins : les résultats des enquêtes soulignent la nécessité de renforcer les messages incitant les ménages à consulter les structures de santé. Dans les villages où le RECO est actif, il est nécessaire de renforcer la promotion du RECO.
 - Promouvoir les consultations post-partum : intégrer systématiquement cette thématique dans les sensibilisations sur les CPN et l'accouchement pour en accroître l'adoption
 - Encourager la mise en place et l'utilisation des MILDA : une attention particulière doit être portée sur ce sujet, notamment pour les familles et les enfants, en raison des lacunes persistantes observées.
 - Lavage des mains : rendre les sensibilisations plus efficaces en adaptant les messages et les méthodes
 - Automédication : ajouter un volet sur les dangers de l'automédication dans le thème "recherche de soins"
 - Allaitement maternel exclusif : comme suggéré par la DNSCMT lors de sa supervision en janvier 2025, intégrer cette thématique dans les sensibilisations
- Faire témoigner des mamans ayant adopté de bonnes pratiques pour inspirer les autres ménages.
- Impliquer les animateurs d'AUDICO : leur participation dans l'accompagnement et le suivi des RECO motivés permettrait d'assurer une meilleure continuité et un impact renforcé des sensibilisations.

- Revoir les profils des animateurs pour les futurs recrutements : privilégier des personnes expérimentées en santé communautaire, issues des villages et incluant davantage de femmes, pour réduire le turn-over et mieux répondre aux réalités locales.
- Renforcer la coordination et la communication entre les volets appui au système de santé et animation pour éviter les messages contradictoires (ex. : encourager les villageois à consulter un RECO non motivé).
- Cibler spécifiquement les hommes : mettre en place des sensibilisations adaptées pour les hommes, afin de favoriser leur implication dans la santé familiale, étant donné leur rôle clé dans les décisions liées aux soins.

À Tintioulen et Mamouroudou, tous les villages ont déjà bénéficié de sensibilisations avec l'ancienne stratégie. Depuis début 2025, certains villages de ces deux communes ont été ciblés avec la nouvelle stratégie : à Tintioulen, les villages aux pratiques les moins satisfaisantes (selon l'enquête M&P 2024), et à Mamouroudou, les villages sans RECO. Puisque le changement de comportement est un processus long, les sensibilisations peuvent se poursuivre dans ces communes en attendant une nouvelle extension du programme.

À Gbérédou-Baranama, il reste de nombreux villages qui n'ont pas encore été sensibilisés, puisque cette activité a démarré en 2025.

d. Extension du programme :

Pour l'extension du programme, il est prioritaire de clarifier les orientations stratégiques avant toute décision, notamment la mise en place de la nouvelle stratégie RECO volontaire. Un diagnostic territorial réalisé en 2024 a identifié les prochaines communes cibles : Gbérédou-Baranama (déjà lancé), Sabadou-Baranama, Boula et Moribaya. Cependant, ces choix pourraient évoluer en fonction de la nouvelle stratégie d'appui aux RECO et de la motivation des parties prenantes. Analyser dans quelques mois l'expérience menée à Gbérédou-Baranama permettra aussi d'évaluer si l'implication des RECO aux profils différents (résidents et souvent illettrés), ainsi que celle des CS et des ASC dès le début du déploiement, a amélioré l'efficacité des interventions ou non. Il est donc préconisé de mettre en stand-by l'extension du programme dans de nouvelles zones, au moins pendant l'année 2026.

9. Annexes

[Annexe 1](#) : Cartographie du programme de santé communautaire Inter Aide dans la Préfecture de Kankan

[Annexe 2](#) : Présentation des deux premières communes d'intervention (Tintioulen et Mamouroudou)

[Annexe 3](#) : Diagramme des activités de santé communautaire entre 2022 et 2025

[Annexe 4](#) : Evolution de la mortalité materno-infantile à Tintioulen et Mamouroudou (enquêtes Inter Aide)

[Annexe 5](#) : Evolution des pratiques à Tintioulen et Mamouroudou (enquêtes Inter Aide)

[Annexe 6](#) : Evolution des Connaissances AVANT et APRES sensibilisations dans la communauté à Tintioulen et Mamouroudou (enquêtes Inter Aide)

[Annexe 7](#) : Données principales des activités des RECO de 2022 à 2025 dans les 2 premières CR

[Annexe 8](#) : Données principales des activités d'appui au PS de 2023 à 2025 dans les 2 premières CR

[Annexe 9](#) : Nombre annuel d'accouchements au CS/PS (données CS/PS)

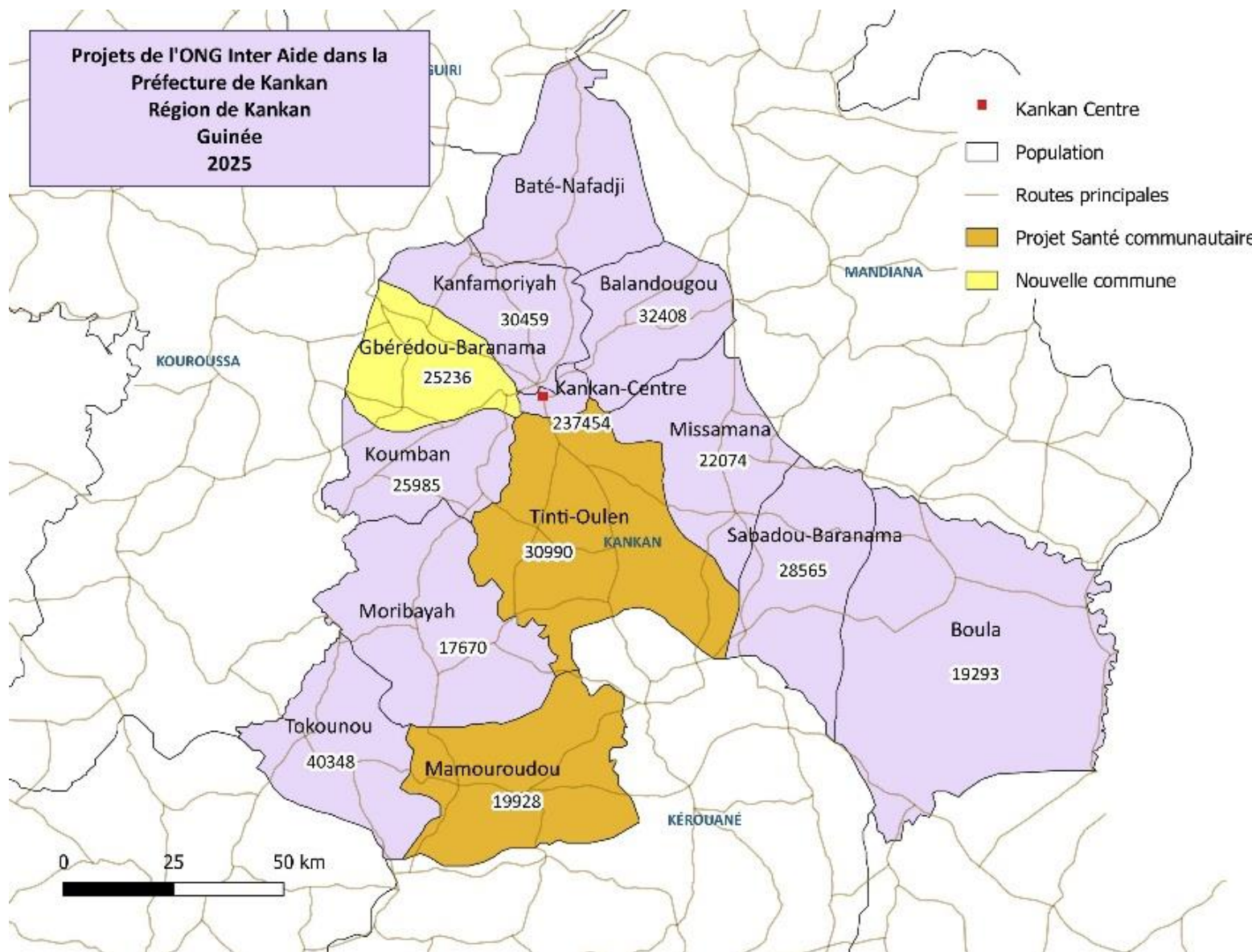
[Annexe 10](#) : Pourcentage de consultations post-partum par rapport au nombre d'accouchement dans les PS de TTO et MMR (source : données PS)

[Annexe 11](#) : Note moyenne de la performance des CPS en SONUB (calculée lors de la supervision effectuée par Inter Aide)

[Annexe 12](#) : Données sur les accompagnements pendant l'accouchement à TTO et MMR, selon les enquêtes intermédiaires IA

[Annexe 13](#) : Comparaison accès aux soins dans les villages avec CS/PS et les villages sans CS/PS à Tintioulen et Mamouroudou

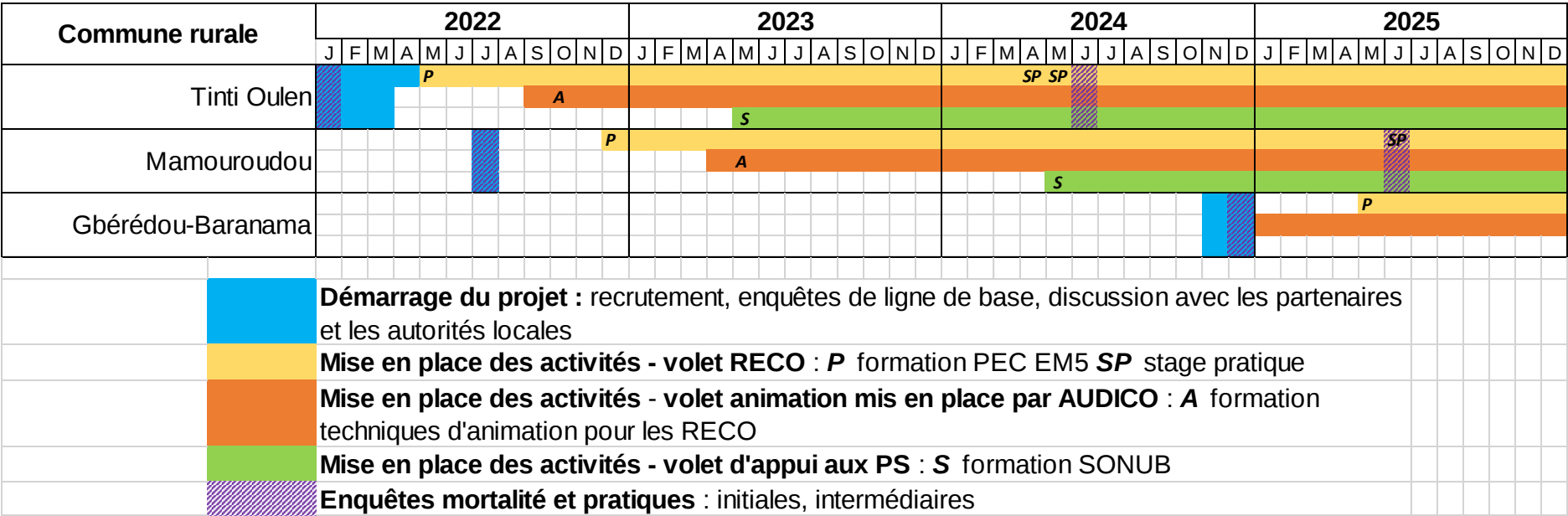
Annexe 1 : Cartographie du programme de santé communautaire Inter Aide dans la Préfecture de Kankan



Annexe 2 : Présentation des trois premières communes d'intervention :

	Tintioulen	Mamouroudou	Gbérédou-Baranama
Début des activités	Mai 2022	Décembre 2022	Janvier 2025
Population	29 796 (05/2024)	21 477 (06/2025)	25 236 (12/2026)
RECO	31 (dont quatre femmes)	19 (tous des hommes)	32 (dont deux femmes)
ASC	3 (tous des femmes)	2 (tous des hommes)	3 (2 hommes, 1 femme)
Poste de santé intégré (reconnu)	11	4	7
Poste de santé non reconnu	4	4	0
Secteurs	32	48	32
Distance de Kankan	Entre 20 min et 1h30	Minimum 4h et jusqu'à 7h	Entre 15 min et 1h45

Annexe 3 : Diagramme des activités du programme santé communautaire entre 2022 et 2025



Annexe 5 : Evolution des pratiques à Tintioulen et Mamouroudou (enquêtes Inter Aide)

Données issues des enquêtes de Pratiques comparatives à Tintioulen et Mamouroudou								
Indicateurs	Enquête1 2022	Enquête2 2024	Evolution en points	Statistique	Enquête1 2022	Enquête2 2025	Evolution en points	Statistique
	TINTIOULEN				MAMOUROUDOU			
Utilisation de latrine	93%	95%	+ 2%	Favorable pvalue = 0,01	78%	97%	+ 20%	Favorable p-value = 0
Latrine non partagée	50%	57%	+ 7%	Favorable pvalue = 0	19%	18%	-1%	Non significatif (pvalue>0,05)
Lavage des mains avec savon/cendre	23%	27%	+ 4%	Favorable pvalue = 0	6%	28%	+ 22%	Favorable p-value = 0
Familles utilisant au moins une moustiquaire	50%	42%	- 8%	Défavorable pvalue = 0	68%	62%	-6%	Défavorable pvalue = 0
EM5 dormant sous moustiquaire	44%	37%	- 7%	Défavorable pvalue = 0	42%	55%	+ 13%	Favorable p-value = 0
Prévalence fièvre chez EM5 ces 2 dernières semaines	7%	4%	- 3%	Favorable p-value = 0	13%	12%	-1%	Non significatif (pvalue>0,05)
Prévalence diarrhée chez EM5 ces 2 dernières semaines	2%	2%	0%	Non significatif (pvalue>0,05)	3%	1%	-2%	Favorable p-value = 0
EM5 malades ayant été emmenés vers Hôpital, CS, PS ou RECO	71%	67%	-4%	Non significatif (pvalue>0,05)	64%	54%	-10%	Défavorable pvalue = 0,01
Dont PS	53%	52%	-1%	Non significatif (pvalue>0,05)	33%	41%	+ 8%	Favorable pvalue = 0,04
Dont ASC/RECO	0%	2%	+ 2%	Non significatif (pvalue>0,05)	3%	0%	-3%	Défavorable pvalue = 0
EM5 malades ayant été emmenés vers Hôpital, CS, PS ou RECO en moins de 24h	19%	20%	+1%	Non significatif (pvalue>0,05)	26%	21%	-5%	Non significatif (pvalue>0,05)
Femmes ayant accouché dans une structure moderne (Hôpital, CS ou PS)	77%	86%	+ 9%	Favorable p-value = 0	32%	47%	+ 15%	Favorable p-value = 0
Femmes ayant accouché avec au moins 1 CPN	92%	97%	+ 5%	Favorable p-value = 0	89%	95%	+ 7%	Favorable p-value = 0
Femmes ayant accouché avec au moins 4 CPN	55%	45%	-10%	Défavorable pvalue = 0	31%	32%	+ 2%	Non significatif (pvalue>0,05)
Femmes en âge de procréer qui ne veulent pas d'enfants immédiatement	14%	3%	-11%	Défavorable pvalue = 0	32%	38%	+ 7%	Favorable p-value = 0
Femmes utilisant un moyen de contraception moderne	14%	21%	+ 7%	Non significatif (pvalue>0,05)	17%	3%	-14%	Défavorable pvalue = 0

Annexe 6 : Evolution des Connaissances AVANT et APRES sensibilisations dans la communauté à Tintioulén et Mamouroudou (enquêtes Inter Aide)

Enquête de connaissance AVANT et APRES intervention à Tintioulén et Mamouroudou		AVANT				APRES				DIFFERENCE	
		TTO (n=400)		MMR (n=201)		TTO (n=400)		MMR (n=201)		TTO	MMR
		NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	%	%
Prévention paludisme	Transmission du paludisme par la piqure de moustique	222	56%	71	36%	321	80%	166	83%	25%	47%
	Transmission du paludisme par la piqure de moustique uniquement	174	44%	57	29%	315	79%	157	78%	35%	50%
	MILDA comme moyen de prévention	214	54%	67	34%	342	86%	168	84%	32%	50%
	Assainissement comme moyen de prévention	44	11%	43	22%	267	67%	119	59%	56%	38%
	MILDA et assainissement comme moyen de prévention uniquement	17	4%	24	12%	194	49%	101	50%	44%	38%
	Fièvre comme principal signe du paludisme	270	68%	139	70%	323	81%	146	73%	13%	3%
Hygiène	Prévention de la diarrhée par le lavage des mains à l'eau	9	2%	4	1%	164	41%	94	47%	39%	45%
	Au savon	8	2%	3	2%	135	34%	88	44%	32%	42%
	Par le lavage des aliments	54	14%	34	17%	197	49%	112	56%	36%	39%
Accès aux soins	Se rendre chez le RECO en cas de symptômes	10	3%	2	1%	78	20%	74	37%	17%	36%
	Se rendre chez le RECO dès le début des symptômes (tout de suite)	56	14%	43	22%	307	77%	181	90%	63%	69%
	Rôle du RECO : sensibilisation des familles	13	3%	12	6%	164	41%	79	39%	38%	33%
	Rôle du RECO : PEC des EM5	258	65%	84	42%	256	64%	129	64%	-	22%
MOYENNE DE LE NOTE (/20)		AVANT	APRES	PROGRESSION							
Tintioulén		4,13	7,9	91%							
Mamouroudou		3,67	8,39	129%							

Annexe 7 : Données principales des activités des RECO de 2022 à 2025 dans les 2 premières CR

Données principales des activités du volet RECO de 2022 à 2025 dans les 2 CR		
	TTO	MMR
Nb de RECO formés à la PCIMNE	38	25
Nb de RECO formés aux techniques de sensibilisation	28	22
Nb de RECO ayant participé à un stage pratique au CS	32	18
Nb total de supervisions de RECO (par IA et/ou ASC)	684	402
Nb moyen de supervisions par RECO	23	21
Nb de réunions mensuelles de RECO au CS	39	34
Nb de consultations EM5 réalisées par les RECO	5 258	2 370
Nb de sensibilisations réalisées par les RECO	9 723	5 116

Annexe 8 : Données principales des activités d'appui au PS de 2023 à 2025 dans les 2 premières CR

Données principales des activités du volet PS de 2023 à 2025		
	TTO	MMR
Nombre ce CPS et suppléants formés à SONUB	18	6
Nombre de PS dotés en matériels accouchement	11	6
Nombre total de supervisions de PS	207	59
Nombre moyen de supervisions par PS	19	10
Nombre de supervisions conjointes PS avec la DPS	4	0

Annexe 9 : Nombre annuel d'accouchements au CS/PS (données CS/PS)

Année	TTO	MMR
2022	972	430
2023	841	399
2024	934	663
2025	1021	848
25 vs 22	5%	97%
25 vs 24	9%	28%

Annexe 10 : Pourcentage de consultations post-partum par rapport au nombre d'accouchement dans les PS de TTO et MMR (source : données PS)

Consultations post-partum dans les PS				
	TTO		MMR	
Année	CPP J6	CPP S6	CPP J6	CPP S6
2024	71%	19%	22%	4%
2025	51%	12%	57%	6%
Progression	-28%	-37%	159%	50%

Annexe 11 : Note moyenne de la performance des CPS en SONUB (calculée lors de la supervision effectuée par Inter Aide)

NB : La note de supervision des PS est construite à partir des 4 parties qui la composent : revue des outils du PS (dont partogramme), connaissances du CPS (pas en systématique), préparation de la salle d'accouchement et du matériel disponible, observation d'une consultation post-partum (mis en place depuis le S2 2024).

Note moyenne de la performance des CPS en SONUB (supervision)		
	TTO	MMR
2023	67%	
2024	72%	48%
2025	79%	59%
Progression	18%	22%

Annexe 12 : Données sur les accompagnements pendant l'accouchement à TTO et MMR, selon les enquêtes intermédiaires IA

	Accouchement au PS											A DOMICILE					TOTAL				
Accompagnement pdt l'accouchement	CPS	Matrone	Dont les 2	CPS seul	Matrone seule	Total Accouchement PS	% CPS	% Matrone	% CPS + matrone	%CPS seul	% matrone seule	CPS	Matrone seule	Total Accouchement	% CPS	% Matrone seule	CPS	Matrone	Total Accouchement	% CPS	% Matrone
TTO juin 2024	348	337	251	97	86	472	74%	71%	53%	21%	18%	2	57	95	2%	60%	357	433	658	54%	66%
MMR juin 2025	65	9	6	59	3	88	74%	10%	7%	67%	3%	1	137	170	1%	81%	67	150	321	21%	47%

Annexe 13 : Comparaison accès aux soins dans les villages avec CS/PS et les villages sans CS/PS

DONNES TINTIOULEN ENQUÊTE INTERMEDIAIRE JUIN 2024	Villages avec CS et PS	Villages sans PS et CS	Différence
Proportion des enfants malades avec recherche de soins modernes (RECO, PS, CS, Hôpital)	76%	53%	-23%
Proportion des accouchements en structures de santé (PS, CS, Hôpital)	96%	65%	-31%
DONNES MAMOUROUDOU ENQUÊTE INTERMEDIAIRE JUIN 2025	Villages avec CS et PS	Villages sans PS et CS	Différence
Proportion des enfants malades avec recherche de soins modernes (RECO, PS, CS, Hôpital)	62%	50%	-12%
Proportion des accouchements en structures de santé (PS, CS, Hôpital)	44%	48%	+4%