

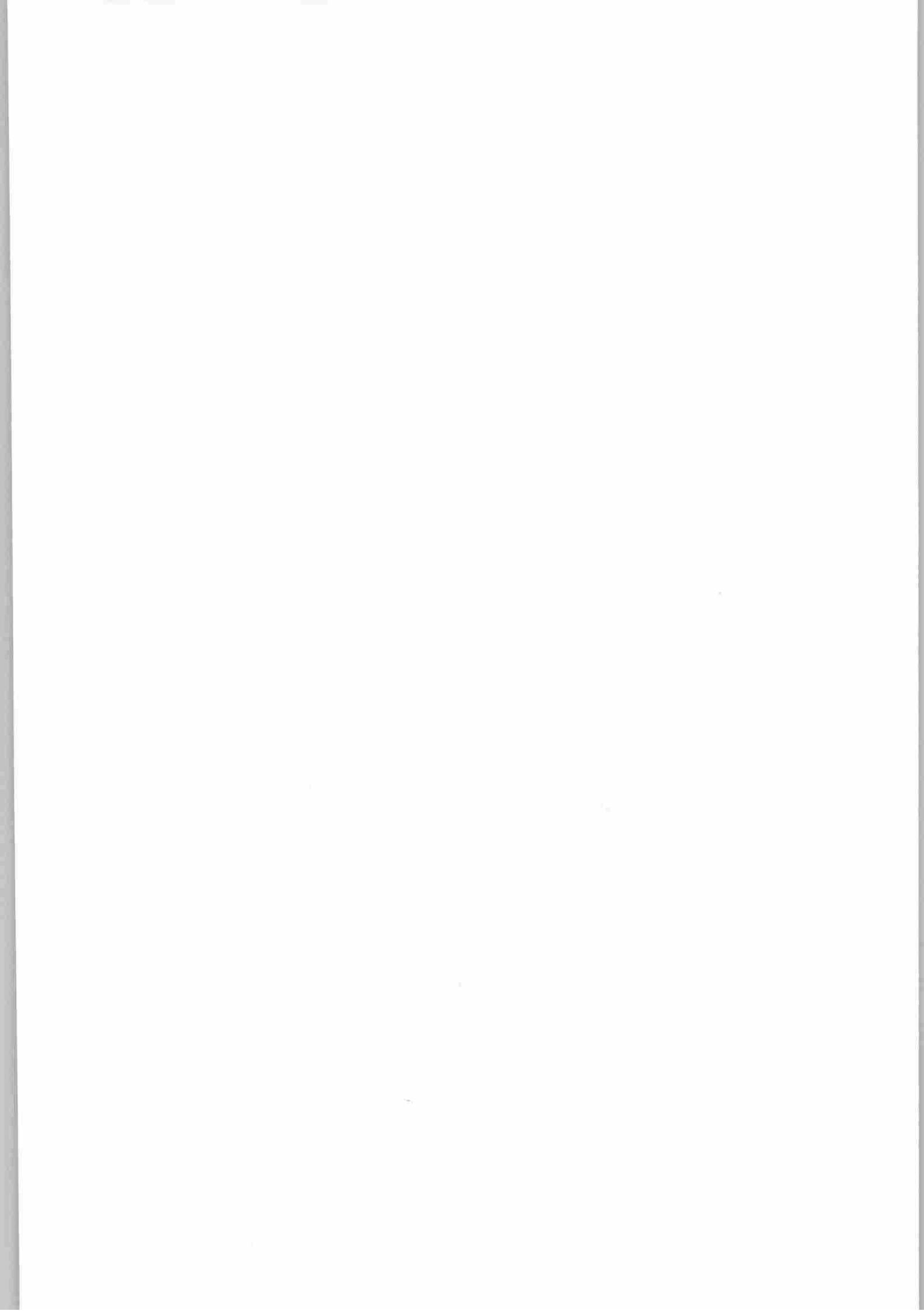
le99

CENTRE D'ETUDES ET DE  
RECHERCHE SUR LA POPULATION  
POUR LE DEVELOPPEMENT



Working paper





Nº 17 - Agosto 1994

## Projet de recherche opérationnelle en matière d'études diagnostiques

## Synthèse des travaux de recherche

Fara Guédel Mbodji\*  
et Baba Traoré\*\*

\* Démographe, Division des Opérations (DOP), du Cerpod;

\*\* Démographe, Chef de la Division des Opérations du Cerpod.

Ce texte est le fruit d'une recherche entreprise dans le cadre d'un projet conjoint du Cerpod et du Population Council/Projet de recherches opérationnelles et d'assistance technique en Afrique (RO/AT). Trois études nationales ont été menées au Cameroun par Lucas Mbofung et Marie-Claire Leukeng, au Sénégal par Fernanda Ramos et Georges Ki-Zerbo et au Togo par Kuakuvi Gbenyon, Jeannine K. Agounké, Akossou Agbodan et Dodzi Sokpor. Le présent document est une synthèse des ces trois études nationales.

## GENERALITES

Les trois études dont les résultats sont présentés dans ce rapport s'inscrivent dans le cadre d'un projet de recherche opérationnelle initié conjointement par le Cerpod et la RO/AT du Bureau régional du Population Council pour l'Afrique de l'ouest et du centre. Conçu en priorité au profit des programmes de santé maternelle et infantile et de planification familiale (SMI/PF), le projet vise à accroître les capacités de ces institutions à mener des études diagnostiques. Celles-ci sont définies comme des techniques de recherche visant entre autres à mieux cerner les problèmes qui entravent le fonctionnement des programmes de santé.

Le projet vient de boucler sa première phase qui couvre la période allant d'octobre 1990 à juin 1992, soit une durée de 21 mois. Elle a été entièrement financée par l'Agence américaine pour le Développement international pour un montant de 159,764 dollars, non inclus les coûts de réalisation des études.

L'appui du projet aux programmes de SMI/PF s'articule autour de la formation des chercheurs et de l'assistance technique qui leur est fournie dans la réalisation des études. Après avoir décrit les principales activités menées au cours de la période, le rapport fait la synthèse des résultats issus de la recherche. Pour chaque étude, cette synthèse sera précédée d'une partie introductory incluant les objectifs, la méthodologie et les difficultés rencontrées. En annexe du document, figurent les protocoles des études.

## FORMATION DES CHERCHEURS

Un atelier de formation a eu lieu dans les locaux du Centre Régional d'Energie Solaire (CRES) de Bamako du 22 avril au 03 mai 1991. Il a regroupé 15 participants venus de six pays: Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal et Togo.

La formation avait pour objectifs d'initier les participants aux techniques d'études diagnostiques et de les assister dans l'élaboration de protocoles de recherche. Les participants ont été sélectionnés par équipe de deux chercheurs et sur la base de la pertinence des thèmes proposés. Ainsi, ont été traitées durant l'atelier les huit propositions de recherche<sup>1</sup> suivantes portant soit sur la planification familiale, soit sur le SIDA:

1. Etude des obstacles à l'acceptabilité des méthodes contraceptives modernes dans la ville de Cotonou
2. Etude sur la qualité des services offerts en matière de planning familial dans les villes de Yaoundé et Douala

1 Une proposition de recherche a été traitée par un participant.

3. Recherche sur les obstacles à la planification familiale en milieu urbain: Cas de la ville d'Abidjan

4. Connaissance, attitudes et pratiques des adolescents sur le Sida dans le District de Bamako

5. Etude des connaissances, attitudes et comportements des adolescents sur les risques de grossesses précoces et non désirées dans le District de Bamako

6. Qualité des services de planification familiale dans le District de Bamako

7. Identification des obstacles à un counseling efficace des patients VIH séropositifs et de leur entourage au Sénégal: Cas de la clinique des maladies infectieuses, CHU de Fann, Dakar

8. Evaluation des activités du Centre d'Information et de Conseil des Jeunes de Notsé, Togo.

La méthode pédagogique a alterné des séances plénières faites d'exposés et d'échanges d'expérience et des travaux de groupe qui ont permis à chaque équipe, sous la supervision des membres de l'encadrement<sup>2</sup>, d'écrire son protocole de recherche suivant un plan commun comportant 12 parties:

1. Sommaire
2. Historique
3. Exposé d'un problème de recherche
4. Justification de l'étude
5. Objectifs
6. Questions de recherche
7. Définitions opérationnelles
8. Conception de l'étude
9. Plan de collecte et analyse des données
10. Dissémination et utilisation des résultats
11. Plan d'activités et calendrier
12. Ressources

A la fin de l'atelier, des questionnaires ont été administrés aux participants en vue d'évaluer l'impact de la formation et ses aspects organisationnels. Les résultats de cette évaluation font l'objet d'un document distinct.

Les activités complémentaires à celles de l'atelier ont porté sur la sélection des protocoles et l'élaboration du guide de formation sur les techniques de recherche opérationnelle en matière d'études diagnostiques.

---

<sup>2</sup> Baba Traré et Fara Mbodji du CERPOD ;  
Claire Viadro, Diouratié Sanogo et Dale Huntington de la RO/AT.

Sur la base de la pertinence, la faisabilité et le budget, les propositions de recherche des équipes du Cameroun, du Togo et du Sénégal ont été sélectionnées par l'encadrement technique et financées par l'USAID pour un coût unitaire n'excédant pas dix mille dollars.

Le guide de formation qui vient d'être publié est une reliure des canevas de présentation ayant servi de support aux exposés faits pendant l'atelier.

#### **ASSISTANCE TECHNIQUE AUX CHERCHEURS**

Au titre de l'exécution des trois études, le Cerpod a apporté une assistance régulière aux chercheurs. Ainsi, plusieurs missions ont été effectuées par le staff de la DPF à des dates tenant compte de l'état d'avancement des activités.

La première série de visites a coïncidé avec les travaux préparatoires et a permis aux chercheurs d'affiner les instruments de collecte et la méthodologie, de parfaire l'organisation de la collecte et de mettre à jour le plan d'activités.

Les missions subséquentes, survenues pendant les opérations de collecte, s'étaient fixé pour objectif de contrôler la conformité des méthodes et instructions de collecte et d'ébaucher des plans d'analyse.

Les dernières visites ont marqué la fin de l'assistance technique avec la participation aux séminaires de présentation des résultats des études.

L'appui du Cerpod a été renforcé par des interventions des cadres de la RO/AT qui, à travers leurs activités régionales, ont périodiquement visité les sites des études.

# **ETUDE SUR LA QUALITE DES SERVICES OFFERTS EN MATIERE DE PLANNING FAMILIAL DANS LES VILLES DE YAOUNDE ET DOUALA**

---

## **CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

Avec une population estimée à 12 millions d'habitants, un taux d'accroissement de 2,7% par an et un indice synthétique de fécondité de 6,3 enfants par femme, le Cameroun connaît, à l'instar de la plupart des pays en développement, une évolution démographique rapide affectant les efforts de développement économique et social du pays.<sup>3</sup>

Afin de renverser la tendance démographique et contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, les pouvoirs publics ont mis en place un programme national de SMI/PF exécuté par la Direction de la Santé Familiale et Mentale (DSFM). Ce programme devrait permettre entre autres d'accroître le taux de prévalence de la contraception qui demeure encore faible (moins de 3%).

C'est à ce titre que la présente étude qui est la première du genre a été menée en vue de mesurer la qualité des prestations de service en tant que facteur influant sur le niveau de prévalence contraceptive (voir travaux de J. Bruce<sup>4</sup>).

## **OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **Objectif à long terme**

L'étude vise à obtenir des informations susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité des services offerts dans les centres de SMI/PF pour le bien-être de la mère et de l'enfant.

### **Objectifs spécifiques**

(a) Fournir des informations sur la qualité des services offerts en planification familiale dans les centres de santé;

(b) Fournir des informations qualitatives sur la perception des prestataires et des clientes vis-à-vis des services de planification familiale.

---

3 Les données sont tirées des résultats du deuxième recensement général de la population de 1987.

4 Judith Bruce, "Eléments de la qualité des soins : un schéma simple" Travaux et Documents N°1 - Juin 1990

## METHODOLOGIE

Trois méthodes d'investigation ont été utilisées: l'observation, les interviews individuelles structurées et l'inventaire du matériel. Elles ont donné lieu à des instruments de collecte distincts.

Le guide d'observation porte sur les éléments suivants:

- la façon dont l'accueil est organisé et l'existence de facilités connexes  
(places assises, toilettes ...);
- la rapports interpersonnels entre prestataires et clientes;
- les capacités des prestataires à guider les clientes pour un choix informé des méthodes;
- la compétence technique des prestataires.

Des formulaires structurés ont été administrés aux nouvelles et anciennes clientes ainsi qu'aux prestataires. Elles devaient permettre d'explorer les opinions et attitudes des clientes et les capacités des prestataires à fournir les services requis. Des suggestions pour l'amélioration des services en matière de planification familiale ont été aussi collectées auprès des clientes et des prestataires.

Le dernier support de données devait déterminer la nature et le volume du matériel utilisé au moment de l'étude et permettre de juger de son adéquation en fonction d'une liste standard.

## POPULATION ENQUETEE

Les villes de Douala et Yaoundé qui sont les principales agglomérations du pays ont constitué les sites de l'étude. Deux centres de santé ont été choisis dans chaque ville, soit d'une part la PMI de Déido, et d'autre part le CHU et la PMI de Nkolndong. Vingt clientes ont été recrutées à la volée dans chaque centre, tandis que le nombre de prestataires observés et enquêtés est respectivement de 15 et 25, les quotas par centre variant de 2 à 8 prestataires selon l'importance des effectifs. Le tableau 1.1 donne la distribution du nombre de clientes et des catégories de personnels observées ou interrogées.

Tableau 1 . 1 : Distribution de la population de l'étude

VILLE	Centre de santé	Clientes inter.	Prest. observés	Prest. inter.
Douala	PMI Centrale	20	7	8
	PMI Déido	20	2	3
Yaoundé	CHU	20	4	8
	PMI Nkolndongo	20	2	2
	TOTAL	80	15	25

#### **COLLECTE ET DIFFICULTES RENCONTREES**

La collecte s'est déroulée du 17 février au 13 mars 1992. Les opérations de terrain ont été menées par les deux chercheurs de l'étude. Des magnétophones ont été utilisés à l'occasion pour l'enregistrement des interviews. Contrairement aux prévisions, les clientes approchées pendant l'interrogatoire ont fait montre d'une disponibilité remarquable. En effet, quelque cinq femmes seulement ont refusé de répondre aux enquêteurs pour diverses raisons. Une autre contrainte mineure est imputable aux horaires de consultations qui ont amené les enquêteurs à opérer à mi-temps.

#### **EXPLOITATION ET ANALYSE DES DONNEES**

Les données issues des interviews structurées ont fait l'objet d'un traitement informatique de la part d'un consultant qui a sorti l'ensemble des tableaux de base.

L'analyse de ces résultats et ceux obtenus à partir de la transcription des informations de l'observation a été le fait des chercheurs.

#### **RESULTATS DE L'ETUDE**

##### *Les conditions d'accueil*

Il ressort de l'observation que les procédures d'accueil des clientes sont harmonisées au niveau des centres de santé visités, exception faite du CHU de Yaoundé. L'itinéraire des clientes de planning familial s'établit comme suit: (i) dépôt de la carte de rendez-vous au bureau des entrées, (ii) participation aux causeries thématiques organisées dans la salle d'attente, et (iii) entretien avec la prestataire pour le counseling, la consultation ou le traitement. Après les prestations, la cliente règle sa note et quitte le centre munie de son carnet.

Au CHU, les clientes s'acquittent des frais de prestation un jour avant la consultation. Les activités d'éducation n'y sont pas pratiquées de façon systématique. En lieu et place, les clientes reçoivent une fiche d'information sur la méthode choisie.

Il a été constaté l'existence d'une salle d'attente et de places assises en nombre suffisant dans l'ensemble des centres. Par contre, la PMI Centrale de Douala et celle de Nkolndongo ne disposent pas de toilettes fonctionnelles. Le temps d'attente peut atteindre deux heures et trente minutes. Ces délais pourraient être réduits dans les centres concernés en réaménageant les plages de visites de sorte qu'un nombre sélectif de jours soient exclusivement consacrés aux consultations de planification familiale.

Les imperfections ainsi décelées au niveau de la réception et des commodités sont source de gêne pour les clientes.

#### *Les rapports interpersonnels*

Au total, 15 prestataires ont été observés sur les relations d'interface avec les clientes. Parmi eux, 11 ont échangé des salutations cordiales avec les clientes. Une prestataire s'est particulièrement distinguée par ses propos désobligeants vis-à-vis des clientes. L'intimité avec la cliente a été assurée dans 9 cas.

En vue de déterminer la gamme de méthodes à présenter aux nouvelles clientes pour un choix informé, la plupart des prestataires remplissent d'abord les fiches d'admission en vue de cerner les intentions reproductives des clientes et leur attitude concernant l'espacement des naissances. Cette pratique, selon eux, a l'avantage d'identifier les méthodes contraceptives à présenter aux clientes.

De l'avis des observateurs, les explications données aux clientes sur les méthodes contraceptives disponibles l'ont été de manière compréhensible.

Les clientes ont été associées à la prise de décision quant au choix de la méthode prescrite. Sur 15 observations, le choix a été opéré sur la base d'une concertation pour 11 cas, tandis que 4 clientes ont unilatéralement pris option (Tableau 1.2).

**Tableau 1.2: Niveau de participation des clientes dans le choix des méthodes contraceptives**

Prise de décision	nombre de cas
Décision de la prestataire	0
Décision de la cliente	4
Décision influencée par la prestataire	6
Décision influencée par la cliente	5
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

#### *La compétence technique des prestataires*

La compétence technique des prestataires a été appréciée à travers les capacités de ceux-ci à se conformer aux séquences de gestes qui précédent la prescription des contraceptifs. La nécessaire observance des quatre éléments suivants a retenu l'attention des chercheurs: le passé obstétrical, la pesée, l'examen pelvien et la mesure de la tension artérielle. A ce titre, 14 prestataires ont notifié les antécédents obstétricaux et pesé la cliente. Onze prestataires ont procédé à l'examen pelvien et 8 ont relevé la tension artérielle. Comme on le verra plus loin, cette dernière contre-performance est due à l'absence de tensiomètre de service dans certains centres de santé. Comme palliatif, du matériel personnel est souvent utilisé.

#### *Attitudes et opinions des clientes*

Pour une meilleure compréhension des attitudes et opinions des femmes dans le domaine de la planification familiale, les caractéristiques de la population interviewée ont été collectées.

L'âge moyen des 80 acceptrices enquêtées est de 29,5 ans, la plage des âges étant comprise entre 17 et 49 ans. L'échantillon est essentiellement composé de femmes mariées (65%) suivies des célibataires (21,3%) et des autres états matrimoniaux qui représentent 15% environ. La parité par femme varie entre 1 et 10 enfants. Seulement 3,8% des clientes n'ont pas fréquenté l'école, alors que 58,8% ont atteint le niveau primaire. Avec 92,5%, soit 60% de catholiques et 32,5% de protestantes, les chrétiennes sont largement majoritaires.

Interrogées sur leurs intentions en matière de contraception, 31,3% des clientes veulent espacer leurs naissances et 26,3% limiter leur fécondité. Les motivations invoquées sont généralement d'ordre économique et sanitaire.

Pour 35 clientes (44%), les centres de santé constituent la première source d'information en matière de planification familiale (Tableau 1.3). Ce résultat est corroboré par les déclarations des prestataires dont la plupart attestent avoir parlé du planning familial au cours des consultations de SMI. Si la contribution des médias s'avère faible, la communication privée (amies, parents, etc.) constitue une importante source d'information.

La proximité du lieu de résidence explique pour une large part la préférence accordée au centre de santé d'inscription. A un degré moindre, les conseils du mari ont prévalu.

La plupart des clientes déclarent être satisfaites des services reçus en dépit des griefs formulés (temps d'attente jugé long, coûts de prestation relativement élevés pouvant atteindre 5500 FCFA au CHU). A preuve, 75 d'entre elles sont disposées à recommander le centre de santé qu'elles fréquentent à d'autres personnes. Ces résultats confirment l'idée selon laquelle la qualité des services n'est pas appréciée de la même manière par les clientes et les gestionnaires.

Tableau 1.3. Sources d'information des clientes en PF

Sources d'information	nombre de clients
Ami(e)	13
Epoux (se)	8
Parent / Voisin	13
Radio / TV	8
Journal	0
Services de santé	38
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>

#### *Profil et besoins des prestataires*

Le personnel prestataire inclut des sages-femmes, des infirmières et médecins généralistes. Dans certains centres de santé, des aides-infirmières sont mises à contribution dans des secteurs autres que la consultation et la prescription des contraceptifs. Les prestataires interviewés semblent peu expérimentés: 19 d'entre eux ont moins de quatre ans d'exercice. Ils ont manifesté le besoin d'être formés ou recyclés. Les disciplines ciblées concernent la logistique, la gestion, la pratique clinique, l'IEC/counseling et le système d'information.

Les prestataires ont souligné le rôle négatif que jouent les idées préconçues et les rumeurs dans leurs rapports avec les clientes. En outre, ils ont préconisé le renforcement du système d'information pour une gestion efficiente de la clientèle.

### **Niveau des équipements disponibles**

La politique du Cameroun en matière de planification familiale a retenu une liste de 35 types de matériel standard. Aucun des centres étudiés ne dispose de plus de la moitié des équipements. En dehors du CHU, un besoin de tensiomètre est ressenti dans tous les centres étudiés, ce qui constitue un sérieux problème sachant que la pression artérielle est une donnée importante dans la fourniture des contraceptifs prescriptibles.

### **RECOMMANDATIONS**

- Le personnel de PF, notamment ceux qui prescrivent les méthodes doivent posséder la formation requise;
- Les services existants doivent répondre aux besoins des activités de PF;
- Le système logistique doit être révisé en vue d'éviter les ruptures de stocks;
- Une supervision régulière doit être menée au niveau des centres de santé afin d'améliorer les prestations de service;
- Rendre disponible le matériel standard de PF;
- Un matériel éducatif adéquat doit être disponible au niveau des centres de planification familiale;
- Les centres de planification familiale doivent s'organiser de manière à pouvoir satisfaire les besoins des élèves.

## ***IDENTIFICATION DES OBSTACLES AU COUNSELING DES PATIENTS VIH SEROPOSITIFS ET DE LEUR ENTOURAGE:***

### ***Cas de la Clinique des Maladies Infectieuses***

---

#### ***CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE***

L'épidémie de l'infection à VIH s'est révélée au Sénégal en 1986 et constitue depuis lors un problème de santé publique. Les études séro-épidémiologiques ont permis de mettre en évidence l'existence de deux types de virus VIH1 et VIH2 pouvant occasionner des infections simultanées. L'association de l'infection avec les migrations a été par ailleurs observée.

La nécessité de la prise en charge de la surveillance, la prévention et le contrôle de l'épidémie a présidé à la création du Comité national pluridisciplinaire de Prévention du Sida (CNPS) dont le service de référence est la Clinique des Maladies infectieuses du CHU de Fann. La Clinique accueille aussi des patients souffrant de maladies endémiques et épidémiques. Parmi les structures mises en place au sein du CNPS, le groupe «clinique-counseling» installé au CHU de Fann notifie les cas et prend en charge les patients au plan technique, thérapeutique et psycho-social.

Compte tenu du nombre croissant de cas de Sida et de l'insuffisance du plateau technique, la prise en charge quotidienne de l'infection à VIH pose des problèmes aigus au personnel, d'autant que la maladie est à l'heure actuelle incurable et contaminante.

Après six années de pratique, une évaluation du counseling s'avérait nécessaire dans la perspective d'identifier les problèmes pour une amélioration des prestations de service.

#### ***OBJECTIFS DE L'ETUDE***

Le but de l'étude est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients VIH séropositifs.

#### **Objectifs spécifiques**

- Décrire le contenu et la procédure du counseling tel qu'il se

pratique;

- Evaluer les besoins en counseling des patients séropositifs et de leur entourage;
  - Evaluer le degré de soutien de l'entourage vis-à-vis du patient;
- 
- Evaluer les contraintes et besoins des prestataires dans leur pratique du counseling;
  - Contribuer à l'élaboration d'un guide de counseling.

#### **METHODOLOGIE**

La méthodologie s'appuie sur les techniques qualitatives pour la collecte et l'analyse des données. Deux méthodes d'investigation ont été utilisées. Des groupes de discussion dirigée ont été séparément organisés à l'adresse des médecins, infirmiers, internes et assistants sociaux. Les interviews individuelles non structurées concernent les malades, les séropositifs asymptomatiques et les membres de leur entourage.

Le canevas élaboré pour les groupes de discussion aborde les connaissances théoriques, la formation préalable, la pratique, l'expérience et l'auto-évaluation en matière de counseling. Les interviews en profondeur portent sur les caractéristiques individuelles des enquêtés, les attentes et les besoins.

#### **ECHANTILLONNAGE**

Les patients VIH ont été recrutés par choix raisonné en tenant compte du sexe ratio d'une femme pour trois hommes prévalant dans le service. Au total, 10 sidéens et 5 séropositifs ont été interrogés. Cinq personnes ont été sélectionnées dans l'entourage des patients, tandis que l'ensemble des catégories du personnel a participé aux discussions de groupe. Les tableaux 2.1 à 2.4 donnent la distribution de l'échantillon des différentes populations cibles et leurs caractéristiques.

Tableau 2.1: Caractéristiques de l'échantillon des sidéens

Sexe	Age	Ethnie	Etude	Prof.	Sit.	Nbre mat.	Nbre époux	Nbre Enf.
F	20	Wolof	NS	Bonne	V	2		0
H	43	Wolof	NS	Entrep.	M	2		1
F	32	Wolof	S	Sans	V	2		2
H	36	Lébou	S.	Prost.	D	-		2
H	30	Wolof	Coran	Commerce	C	-		0
H	41	Etrang.	Sup	Etudiant	D	1		2
H	56	Socé	Coran	Taximan	M	1		7
H	57	Wolof	P	Mécan.	M	1		9
F	30	Socé	P	Ouvrière	V	-		2
H	36	Touc.	S	Commerce	M	1		2

Tableau 2.2: Caractéristiques des séropositifs

Sexe	Age	Ethnie	Etude	Prof.	Sit.	Nbre mat.	Nbre époux	Nbre Enf.	R
H	35	Lébou	S	Sans	C	-	2		(1)
H	56	Soninké	P	Commerce	M	1	10		(2)
H	38	Soninké	P	Commerce	M	1	4		(3)
H	51	Touc.	S	Tech. sup	M	2	12		(4)
H	44	Sarakh.	S	Marin	M	2	7		(5)

ETUDE: NS = sans instruction; P = primaire; S = secondaire;  
Sup. = supérieur

R:

- (1) Sans emploi, n'a informé personne (aurait une pratique sexuelle non protégée)
- (2) N'a informé personne, sa femme et son dernier enfant sont infectés; tous trois sous AZT
- (3) N'a informé personne (pense éventuellement informer sa femme)
- (4) A informé sa famille et ses amis; sa femme l'a abandonné, n'étant pas elle-même, selon le patient, informée de sa séropositivité
- (5) N'a informé personne

Tableau 2.3: Caractéristiques des membres de l'entourage

Sexe	Age	Ethnie	Etude	Prof.	Sit.	Nbre mat.	Nbre époux	Nbre Enf.	Lien
F(1)	60	Wolof	Coran	Sans	V	0	3	GM	
F(2)	50	Wolof	NS	Ménangère	M	ND	5	Mère	
H(3)	33	Mossi	Sup	Médecin	C	-	0	Ami	
F(4)	39	Maure	P	Ménagère	M	ND	7	Ep.	
H(5)	65	Wolof	S	Retraité	ND	-	ND	Oncle	

- (1) Une grand-mère qui accompagne sa petite fille séropositive et dont la maman sidéenne est décédée
- (2) Une mère qui accompagne sa fille sidéenne
- (3) Un ami qui soutient une veuve de sidéen décédé, qui elle-même séropositive
- (4) Femme séropositive qui accompagne son mari sidéen; l'un de leur 6 enfants est séropositif
- (5) Oncle paternel d'une patiente sidéenne

Tableau 2.4: Personnels ayant participé aux groupes de discussion

Médecin	Médecin	Médecin	Assistant sociaux
3 hommes	8 hommes	4 hommes	2 hommes
2 femmes	1 femmes	3 femmes	2 femmes

## **COLLECTE ET DIFFICULTES RENCONTREES**

La collecte menée au sein du CHU a duré un mois. Elle a été l'œuvre d'une contractuelle qui s'est associée un assistant social du service. Un animateur et un secrétaire ont été nécessaires pour les groupes de discussion au cours desquels des magnétophones ont été utilisés.

La confidentialité, l'anonymat et le consentement des patients ont constitué des contraintes pour l'étude. Ainsi, ceux n'ayant pas été informés de leur séropositivité ont été exclus. Sur 15 patients contactés, 5 n'ont pas accepté de se soumettre au questionnement. En outre, des séropositifs identifiés sur les listes de consultation externe n'ont pu être retrouvés. D'autres patients n'ont pas accepté qu'on interroge leurs parents, d'où une difficulté pour recruter les membres de l'entourage.

## **EXPLOITATION ET ANALYSE DES DONNEES**

Le dépouillement des données s'est fait par transcription des interviews et groupes de discussion effectuée par la consultante. Un regroupement des réponses par questions de recherche a été opéré. Une étude des tendances dominantes et franches a suivi. L'analyse des données dégage les tendances majeures.

## **RESULTATS DE L'ETUDE**

### ***Le counseling tel qu'il est pratiqué***

Le counseling tel que pratiqué au CHU de Fann est perçu par les prestataires comme une prise en charge avant, pendant et après l'annonce faite au patient. L'information du patient devient dès lors une étape critique dans le processus de prise en charge. Elle est vécue avec appréhension par les prestataires et avec inquiétude par les patients. La gestion de cette charge émotionnelle constitue un problème important.

Au plan de la division du travail, l'annonce concerne davantage les médecins assistants, rôle que leur attribuent volontiers les autres prestataires afin de se désengager de cette responsabilité.

Même si le principe d'informer le patient est partagé par les prestataires, le choix du moment et de l'approche paraît fondamental. L'annonce peut être directe ou faite par le biais des parents. Dans le premier cas, la préparation prend en compte l'état de santé du patient et sa capacité à supporter l'information. La dimension religieuse entre souvent en ligne de compte dans la mesure où, semble-t-il, les croyants supportent mieux. Il n'existe donc pas

de consensus quant à la manière de faire l'annonce: «chacun selon sa sensibilité».

Dès l'annonce, les patients réagissent différemment. Il y a ceux qui gardent leur calme et ceux dont le désespoir les pousse à des tentatives de suicide.

Les activités de suivi semblent moins angoissantes, quoique des malades disparaissent après l'annonce, ce qui constitue un danger pour les populations. Le suivi s'opère de façon informelle et à la demande. Les domaines d'intervention s'articulent autour de l'offre de soins, du soutien psychologique, des conseils et de la prévention. Les analphabètes semblent poser problème car n'assimilant pas les explications données.

### ***Connaissances et aptitudes du personnel***

Les connaissances sont définies en fonction de la formation et/ou l'information reçues en matière de counseling. Les aptitudes se réfèrent aux comportements et à la qualité du personnel à faire le counseling.

Les prestataires ont déclaré ne pas être en mesure de donner une définition précise du counseling, même s'ils sont capables d'en décrire le contenu pratique. Des discussions, il est apparu que leur compréhension du concept renvoie à la nécessité d'apporter un soutien moral et psychologique aux patients, ainsi qu'à leur éducation.

Dans l'ensemble, les prestataires reconnaissent leurs lacunes au niveau théorique et éprouvent tous un sentiment d'insatisfaction quant à leur pratique du counseling.

### ***Attentes des patients VIH en matière de counseling***

Le tableau 2.5 donne un résumé des attentes des patients. La confidentialité ou le désir de cacher l'état du patient est la principale préoccupation aussi bien pour les sidéens que les séropositifs. De multiples raisons sont invoquées parmi lesquelles le souci d'éviter des réactions hostiles au sein de la communauté et par voie de conséquence, la crainte d'être rejeté. En effet, pour plusieurs patients, le sida est perçu comme une maladie honteuse découlant de pratiques sexuelles faites de libertinage. Aussi les patients expriment-ils le besoin d'une plus grande compréhension de la part de la famille et du voisinage.

Chez les sidéens, l'accès aux médicaments donc le désir de guérir constitue le deuxième besoin. Parmi ceux-ci, on distingue les anciens malades qui semblent avoir

Les préoccupations économiques et financières arrivent en troisième position, la plupart des malades étant issus de milieux modestes. Il n'est pas rare que le personnel de santé soit sollicité par les patients pour faire face à de menues dépenses.

Des considérations métaphysiques sont souvent avancées en tant que facteur explicatif du mal et en tant que soutien. La religion devient alors un refuge pour ceux qui sont atteints. Un réconfort additionnel est également recherché auprès des enfants qui constituent pour la plupart des patients un élément de continuité et de soutien.

Tableau 2.5: Attentes des patients

MALADES	SEROPOSITIFS
<ul style="list-style-type: none"><li>- Confidentialité</li><li>- Désir d'intégration dans la société</li><li>- Accès aux médicaments (espoir de trouver un remède)</li><li>- Besoins économiques (indépendance)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Confidentialité</li><li>- Espoir de découvrir un médicament</li><li>- Préoccupation d'autonomie financière</li></ul>

## *Attitudes et comportements de l'entourage*

Dans l'ensemble, les membres de l'entourage les plus proches (mère, conjoint, oncle) acceptent la maladie en invoquant en premier lieu le fatalisme religieux, tandis que d'autres mettent en avant des sentiments d'affection. La sollicitude et la compréhension sous-tendent les comportements des parents.

Comme les malades, les parents ont le souci de garder secret l'état de santé du patient. Cette attitude est assortie de la possibilité d'en parler exceptionnellement à des personnes extérieures à la famille et de participer à la sensibilisation des populations.

Contrairement au milieu parental, les patients sont parfois l'objet de rejet, voire de mise en quarantaine, si ce ne sont des quolibets de la part des autres membres de l'entourage.

## ***RECOMMANDATIONS***

Cette étude permet de formuler des recommandations en vue d'améliorer la qualité des services de counseling offerts:

- Formaliser et systématiser les activités du counseling pour une plus grande efficacité;
- Cette formalisation devra se faire en amont par le développement de curricula de formation dans les écoles;
- Approfondir la réflexion pour réorganiser les services en fonction de l'activité du counseling;
- Aménager des lieux appropriés pour le counseling;
- Formaliser un système de référence entre la Clinique et les autres services pour permettre aux patients d'obtenir des prestations diligentées;
- Etablir des standards de suivi clinique, biologique, psychologique et social des patients en fonction des possibilités du service;

- Associer les patients aux événements intellectuels ou récréatifs marquant les activités du CNPS;
- Rendre accessible le groupe consultatif éthique et juridique pour les problèmes touchant à la réinsertion socio-professionnelle;
- Considérer l'aspect familial du problème SIDA et particulièrement le devenir des enfants dans les échanges avec les séropositifs;
- Responsabiliser et intéresser certains séropositifs aptes à apporter leur concours au processus du counseling.

## ***REVUE DIAGNOSTIQUE DES ACTIVITES DU CENTRE D'INFORMATION ET DE CONSEIL DE NOTSE***

---

### ***CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE***

Le Centre d'Information et de Conseil des Jeunes (CICJ) ci-dessous dénommé Centre a été créé en 1988 dans la ville de Notsé. Il s'agit d'un projet pilote d'éducation à la vie familiale initié par l'Association togolaise du Bien-être familial (ATBEF) pour amener la jeunesse à adopter un comportement sexuel responsable et contribuer à la réduction de l'incidence des maladies sexuellement transmissibles.

Deux animateurs sont chargés de conduire les activités du Centre qui sont principalement axées sur la projection de films, l'organisation de conférences-débats et de causeries thématiques, ainsi que la mise à disposition de documentation. Les clients du Centre peuvent être référés à la motivatrice de terrain pour l'obtention de contraceptifs non prescriptibles et à l'hôpital de Notsé où une sage-femme et un assistant médical ont été formés et équipés pour offrir des services de planification familiale, y compris la fourniture de contraceptifs prescriptibles (pilules, injectables, DIU).

A travers cette étude, les activités du Centre font l'objet d'une première analyse situationnelle.

### ***OBJECTIFS***

L'objectif à long terme de l'étude est de fournir à l'ATBEF et aux autres organismes publics et privés intervenant dans le domaine de la planification familiale des informations susceptibles d'améliorer les prestations de service offerts aux jeunes.

L'objectif immédiat est de procéder à l'évaluation des activités du Centre.

## **METHODOLOGIE**

Les méthodes de recherche qualitative suivantes ont été utilisées:

- Revue documentaire;
- Observation structurée;
- Groupes de discussion dirigée;
- Interviews en profondeur;

L'examen et l'analyse de la documentation disponible a permis d'obtenir des informations quantitatives et qualitatives relatives aux performances du Centre. En outre, les documents de base ont en partie servi de support au recrutement de l'échantillon.

L'observation a porté sur l'accueil, les rapports interpersonnels et le déroulement des activités.

En vue d'explorer la perception que les jeunes se font du Centre, ceux-ci ont été subdivisés en quatre groupes: les clients scolaires, les clients non-scolaires, les non-clients scolaires et les non-clients non-scolaires. A l'intérieur de chaque groupe, les garçons ont été distingués des filles. Ainsi, la distribution catégorielle de la population des jeunes a donné lieu à huit groupes de discussion.

Les interviews en profondeur ont été menées auprès des deux animateurs du Centre et des trois prestataires de service (motivatrice, sage-femme et assistant médical) pour recueillir leurs opinions et suggestions dans le sens d'une amélioration du fonctionnement du Centre.

Conformément à la méthodologie, différents instruments de collecte ont été élaborés et prétestés.

## **ECHANTILLONNAGE**

Outre la documentation existante au Centre, des listes de jeunes établies au niveau des établissements d'enseignement secondaire et au niveau des ateliers et centres professionnels du secteur informel (couture, coiffure, garage, etc.) ont constitué la base de sélection de l'échantillon. Chaque groupe de discussion a vu la participation de huit à dix jeunes âgés de 15 à 30 ans.

## **COLLECTE ET DIFFICULTES RENCONTREES**

La collecte des données a eu lieu du 15 au 20 mars 1992 sous la direction d'un consultant. Y ont en outre participé des cadres de l'ATBEF. Toutes les discussions ont été enregistrées sur bandes magnétiques. Il faut signaler qu'aucune difficulté majeure n'a été constatée.

## **EXPLOITATION ET ANALYSE DES DONNEES**

L'information enregistrée a été intégralement transcrise. L'exploitation des questionnaires d'interview, au nombre de cinq, n'a pas nécessité le recours à l'informatique. Un dépouillement manuel a simplement suffi.

## **RESULTATS DE L'ETUDE**

### ***Structures d'accueil et fonctionnement du Centre***

Les séances d'observation et la revue documentaire ont permis d'identifier quelques problèmes liés au mode de fonctionnement du Centre.

Placé au rez-de-chaussée d'un bâtiment délabré qui abrite à l'étage le commissariat de police de la ville et situé à proximité d'un centre d'animation culturelle, le local du Centre n'offre pas un environnement propice à ses activités. Au plan didactique, la documentation et le matériel demeurent insuffisants et mal gérés. Par exemple, le Centre n'est pas doté de film de 16 mm et ne dispose que de deux cassettes vidéo. Malgré ces contraintes, la clientèle ne cesse de croître. Le nombre de visiteurs dont 60% environ s'adonnent à la lecture est passé de 124 en 1989 à 795 en 1991. En outre, les animateurs sont crédités d'un bon comportement, faisant preuve de dynamisme et d'esprit d'initiative.

### ***La perception des jeunes***

Il est ressorti des groupes de discussion que la plupart des jeunes non-clients ignorent les activités du Centre. Quant aux clients, ils reconnaissent l'utilité du Centre mais critiquent l'emplacement et l'insuffisance du matériel. Dans l'ensemble, ils jugent l'accueil «bon» et les animateurs «aimables».

En plus de leur propre perception, les jeunes ont rapporté les opinions qu'ils attribuent aux autres couches de la population. Concernant les parents, les avis divergent. Pour certains, les parents trouvent que le Centre est utile, tandis que pour d'autres le Centre est perçu comme un lieu de dépravation. A contrario, les enseignants semblent favorables à l'existence du Centre puisque certains le recommandent aux élèves.

Comme stratégie d'extension de la couverture des activités du Centre, les clients scolaires ont suggéré la tenue de séances d'animation au sein des établissements scolaires.

### ***La perception des animateurs***

Les déclarations des animateurs confirment l'état de dégradation et de sous-équipement du Centre, ainsi que les critiques relatives à l'emplacement du local.

L'absence de plan de carrière (les animateurs sont des contractuels), un encadrement peu soutenu et l'insuffisance des connaissances scientifiques et de culture générale en matière de planification familiale sont autant de facteurs d'insatisfaction soulevés par les animateurs. Une autre limitation dans la gestion du Centre réside dans le fait qu'aucun acte officiel ne précise qui des deux animateurs est le responsable du Centre.

De l'avis du personnel, les clients d'âges adultes n'apprécient pas d'être référés vers les centres de santé et pencheraient plutôt pour l'ouverture d'une clinique au sein du Centre.

### ***La perception des prestataires***

Les prestataires reconnaissent l'utilité du Centre en ce sens qu'il permet de décongestionner les formations sanitaires. Néanmoins, ils prônent un renforcement des activités du Centre vu la persistance des cas d'avortements dans les centres de santé.

## *Recommandations*

- Etudier la possibilité de disposer de locaux fonctionnels dans un environnement approprié;
- Réorganiser le Centre en définissant les responsabilités et la répartition des taches;
- Renforcer le matériel et le fonds documentaire du Centre;
- Doter le Centre de films en nombre suffisant et ne visionner que ceux qui sont la propriété de l'ATBEF;
- Développer un système d'information et logistique capable de rendre compte des activités;
- Systématiser les séances d'animation dans les établissements scolaires et structures de jeunes;
- Assurer un encadrement et un suivi réguliers des activités;
- Recycler le personnel de façon périodique;
- Initier des activités génératrices de revenus afin d'accroître les moyens du centre.

