

5. APERÇU GLOBAL DU VOLET GHANA

5.1 Synthèse des résultats et leçons apprises

◆ *Activités visant les PS*

Le plus important succès de *Sida 2-Ghana* est d'avoir mis sur pied un programme de prise en charge des PS. Un grand défi en matière de visibilité a été levé au cours des 5 dernières années. En effet, le Volet est passé d'une approche de profil bas pour ses activités visant les PS, exigée par le MOH (*Ministry of Health*) en 1996, à une approche d'ouverture et d'expansion demandée par le même MOH vers la fin de *Sida 2*. Ce programme, qui était au départ orienté vers la fourniture de services préventifs et curatifs visant le contrôle des IST et du VIH/SIDA, s'est progressivement enrichi des aspects promotionnels d'*empowerment* des femmes. À la fin de *Sida 2*, le programme fonctionne dans cinq régions sanitaires sur les 10 que compte le pays.

Au tout début, une analyse de la situation de la prostitution avait été faite. Elle fut suivie par un recensement des *seaters* et par la collecte des renseignements sociodémographiques relatifs à cette catégorie de PS. Ensuite, les PS mobiles ou *roamers* ont été à leur tour rejointes. L'expérience du Volet *Ghana* a été documentée et une large distribution en a été assurée¹. Les activités communautaires visant les PS ont été essentiellement exécutées par 5 infirmières communautaires et 12 paires éducatrices (PE). De janvier 1997 à mars 2001, les infirmières communautaires ont réalisé 33 630 visites à domicile pendant lesquelles elles ont donné l'éducation sanitaire sur les IST, la santé de la reproduction et sur d'autres sujets sanitaires. Elles ont référé 4 188 PS aux cliniques PS. De leur côté, les PE ont rejoint 15 349 PS *roamers*. Ensemble, les responsables des cliniques, les infirmières communautaires et les PE ont vendu 2 909 702 condoms aux PS et à leurs clients. Les autres activités organisées pour les PS pendant cette période sont : 67 rencontres de groupes, 29 rencontres avec les *leaders* des communautés, plus de 1 186 séances de projection de films et de diapositives, 161 932 pamphlets d'IEC distribués, etc.

Dans les sept *Sex Workers Friendly Clinics*, 1 473 PS *seaters* et 2 750 PS *roamers* ont été vues en première visite de dépistage actif des IST. 4 181 PS connues par le programme ont été référées par les CHN pour des plaintes (la plupart du temps compatibles avec une IST) qui nécessitaient une évaluation clinique. Des enquêtes de prévalence du VIH et des IST chez les PS ont été menées par le Volet et ont donné les résultats suivants : taux de prévalence VIH de 77 % chez les *seaters* et 23 % chez les *roamers* en 1999 vs 74 % et 27 % respectivement en 1997. Les données pour les autres IST étaient : gonorrhée, 30 % en 1999 vs 32 % en 1997; chlamydiae, 13 % en 1999 vs 10 % en 1997 et ulcères génitaux, 6 % en 1999 vs 10 % en 1997. On constate donc que la prévalence du VIH parmi les PS s'est stabilisée.

Le Volet a opté pour le traitement présomptif et systématique de la gonorrhée chez les femmes reçues en visite de dépistage actif avec 500 mg de ciprofloxacine. Bien évidemment, les cliniques IST/PS ont offert le *counselling* VIH pré-test, post-test et de suivi aux client/es qui en avaient besoin. Les PS ayant développé le sida étaient prises en charge avec du cotrimoxazole en prophylaxie des infections opportunistes. Il convient de signaler que les PS obtenaient également du personnel des cliniques de l'assistance sociopsychologique et quand il le fallait, les services d'autres institutions appropriées étaient requis pour

¹ KHONDE, N, A.C. ASAMOAH. *Organisation de la prostitution féminine au Ghana et programme d'intervention de Sida 2*, Décembre 1999.

elles. L'intervention auprès des PS à Accra a été évaluée selon deux modèles mathématiques (*Avert* et *Sexwork*) et les résultats de cette modélisation ont suggéré que la stabilité de la prévalence du VIH dans la ville est en partie liée à l'intervention auprès des PS².

◆ *Autres activités*

Un deuxième axe d'intervention a été le renforcement de la prise en charge des IST pour la population en général, à travers les pharmacies privées et les structures de santé. Le Volet *Ghana* a financé en 1997 une étude qui a montré que plus de 90 % des patient/es avec IST consultent dans une pharmacie en première intention. Les résultats de cette étude menée par le *Health Research Unit*³ ont permis de mettre sur pied un programme d'information/formation des pharmaciennes sur la prise en charge syndromique des IST; 361 pharmaciens et 203 pharmaciennes (plus de 80 % des pharmaciennes communautaires œuvrant dans le pays) ont suivi les séances organisées par le Volet en collaboration avec le NACP, le MOH et la *Ghana Pharmaceutical Society*. Le programme a été évalué une année après son démarrage et a démontré une amélioration significative dans les pratiques de prescription des pharmaciennes, essentiellement dans la prise en charge de l'écoulement urétral⁴.

Dans les 82 unités d'intervention (UI) appuyées (structures de santé gouvernementales), il a été démontré qu'en général un faible nombre de cas de IST y sont traités. Le Volet y a renforcé la qualité de la prise en charge des IST. Ceci s'est manifesté dans la plupart des UI par une croissance dans le nombre global de cas IST rapportés, résultat d'une plus grande fréquentation de ces centres suite à l'amélioration des soins offerts et à la présence des médicaments. Il va sans dire que l'amélioration progressive du système de surveillance de base a beaucoup contribué à une meilleure connaissance du phénomène. Le MOH a reconnu la contribution du Volet *Ghana* dans la surveillance de base IST puisque ailleurs, en dehors des zones appuyées par le Volet, les statistiques des cas IST traités sont restées rudimentaires. En outre, là où des initiatives APCOM ont été organisées, les OR ont joué un rôle important dans la mobilisation des patients à consulter dans les UI. Le rapport du Volet « Suivi-monitoring » paru en septembre 2000, a démontré la bonne qualité des données de la surveillance de base du Volet *Ghana* lors de son enquête de contrôle de qualité : 99 % vs 93 % de traitements syndromiques efficaces respectivement selon les données de la surveillance de base et celles des registres. Les médicaments IST étaient généralement disponibles dans les UI enquêtées.

Le Volet a également mis sur pied un programme de sensibilisation des *chemical sellers* sur la prévention des IST et du VIH/SIDA. Ces derniers ne sont pas des pharmaciens mais la loi les autorise à vendre de petits médicaments de base (aspirine, paracetamol, etc), des produits d'hygiène et de beauté. En réalité, ils vendent aussi des antibiotiques. Le Volet a exploité leur présence dans les quartiers comme agents de santé communautaires pour qu'à la suite d'une journée d'information/formation appropriée, ils soient amenés à jouer un rôle plus efficace dans la prévention des IST, dans la promotion de l'usage des condoms

² GOMEZ, M. et D. REINHARZ. *Évaluation d'une intervention visant à réduire l'infection par le VIH au Ghana. Simulation des effets attendus. Rapport présenté au Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement (CCISD)*, Novembre 1999.

³ HEALTH RESEARCH UNIT, MINISTRY OF HEALTH. *Pharmacy outlets survey : STD management*. Accra, Septembre 1996.

⁴ CRC-CUSE. *Evaluation of the quality of treatment of urethral discharge and of genital ulcers offered by pharmacists of Accra and Tema*. Accra, Décembre 1998.

⁵ MAYHEW, S, N. KHONDE, J. PEPIN et S. ADJEI. *The role of pharmacists in the management of sexually transmitted infections. Policy issues and options for Ghana. Health Policy and Planning 2000*, p. 152-160.

et dans la mobilisation des patient/es IST à recourir aux soins de qualité offerts dans les structures de santé. Au total, 1 105 *chemical sellers* ont été formés dans quatre régions du pays.

Les activités de type communautaire ont été organisées en collaboration avec des OR parmi lesquels on retient l'Hôpital St-Martin et le district sanitaire de Manya Krobo, en *Eastern Region*. Plus de 808 PVVIH/SIDA y ont été suivis pendant la Phase *Sida 2*. Les 2 OR ont également sensibilisé et éduqué plusieurs groupes vulnérables de la population sur la prévention des IST et du VIH/SIDA ainsi que sur la prise en charge des personnes malades. L'expérience de l'Hôpital St-Martin pendant la période 1997 à 1998 a été documentée. Une mise à jour est en cours.

5.2 Rendement du Volet

5.2.1 Résultats reliés à la prise en charge des IST dans les services de santé

Le Volet a appuyé au total 106 UI parmi lesquelles 24 ont été abandonnées étant donné que le nombre de cas IST vus par trimestre dans ces centres était inférieur à 5. Les données du Ghana, pour la période allant de janvier 1997 à mars 2001, ont montré que 26 024 patient/es (hommes : 24 %; femmes : 76 %) avaient été pris en charge pour divers syndromes IST et que les pertes vaginales constituaient 44 % de tous les syndromes rapportés, suivis du syndrome inflammatoire pelvien (26 %) puis de l'écoulement urétral (16 %). Les cas d'ulcère génital ont été plutôt rares (6 %) tandis que tous les autres diagnostics ainsi que les contacts constituaient 8 % de tous les syndromes. Les UI ont été plus fréquentées par les femmes que par les hommes. Cette prépondérance des consultations féminines peut s'expliquer dans le cas du Ghana par la présence des services visant les PS. Le tableau suivant présente les cas IST par syndrome :

Tableau 1 : Les cas IST par syndrome

	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	TOTAL	%
Écoulement urétral	624	872	1 150	1 630	4 276	16 %
Ulcère génital	236	267	461	720	1 684	6 %
Pertes vaginales	1 368	2 495	3 045	4 439	11 347	44 %
Syndrome inflammatoire pelvien	1 130	1 615	1 570	2 415	6 730	26 %
Autres diagnostics	516	428	599	444	1 987	8 %
Total	3 874	5 677	6 825	9 648	26 024	100 %

Lorsqu'on regarde l'évolution du nombre de patient/es IST par an, on note que ce nombre a augmenté d'année en année pendant *Sida 2*. Ceci correspond à l'augmentation parallèle des UI après chaque année. Signalons enfin que le Volet *Ghana* a organisé l'enquête IP6/IP7 en 1997 qui a montré les taux suivants : 51 % pour l'IP6 et 63 % pour l'IP7. Une deuxième mesure prévue à la fin 2000 n'a pu avoir lieu puisque pendant la même période le ministère de la Santé faisait cette enquête à l'échelle nationale.

Le Volet *Ghana*, en collaboration avec le MOH, a réussi à ouvrir 7 cliniques IST/PS situées dans 5 régions du pays. Ces cliniques ont enregistré 3 334 visites pour des plaintes IST et 3 366 visites pour d'autres plaintes non-IST. Au total, 5 064 PS ont été vues en visite de dépistage actif. Parmi elles, 35 % étaient des *seaters* et le reste des *roamers*. Il faut noter que les PS ont également sensibilisé leurs clients réguliers parmi lesquels plusieurs contacts ont été vus dans les cliniques IST/PS. Les infirmières communautaires ont rendu 33 630 visites à domicile chez les PS *seaters*. On peut évaluer à 60 % le nombre moyen de PS visitées à domicile six fois ou plus par an.

5.2.2 Résultats reliés à la formation des agents de santé et des organismes-relais et à la disponibilité des médicaments essentiels

Le Volet *Ghana* a été très proactif dans la formation/information des travailleurs de la santé. Les grandes catégories du personnel qui ont bénéficié de cette activité du Projet sont : les médecins (208), les pharmaciens (564), les *chemical sellers* (1,165), les infirmier/ères et assistant/es médicaux/les (364). Le Projet a également formé 89 enseignants des écoles d'infirmier/ères et 280 étudiant/es finalistes des facultés de médecine et de pharmacie.

La disponibilité permanente des médicaments IST dans les UI a été réussie dans les cliniques IST/PS. La gestion des médicaments s'est faite selon la politique de recouvrement des coûts sauf lors des examens de dépistage actif et pour les rares PS (les jeunes adolescentes le plus souvent) qui ne pouvaient pas payer. Dans toutes les autres UI appuyées par le Volet, les médicaments IST étaient à peine visibles dans les UI au début de *Sida 2*. Les médicaments IST ont été repris dans le nouveau EDL (*Essential Drugs List*). Le Conseiller Technique 2000 avait reconnu le bon système national d'approvisionnement et de distribution de médicaments au Ghana. Ce système est complété par son ouverture au service privé. Le Volet a appuyé les UI en leur offrant une dotation initiale en médicaments IST. Il a gardé des contacts étroits avec les magasins centraux (*Central Medical Stores*) et aussi avec les grands distributeurs de médicaments. Entre 1997 et 1998, une fois par trimestre, le Volet a fourni aux UI une liste contenant les principaux fournisseurs des molécules IST, et les prix correspondants. La collaboration entre le Volet et la *Ghana Pharmaceutical Society* a, de son côté, amélioré aussi bien la disponibilité des médicaments IST dans les officines que leur utilisation à ce niveau. Ailleurs dans les UI, la plupart des molécules sont devenues présentes et les ruptures des stocks moins fréquentes.

5.2.3 Résultats reliés aux activités d'appui communautaire

34 microréalisations ont été appuyées par le Volet *Ghana* pendant *Sida 2*.

➤ Les groupes à risques rejoints par les OR dans le cadre des MR ont accès aux moyens de prévention et en font usage

Plus de 66 259 personnes (hommes et femmes) ont été touchées par les OR ainsi que par les équipes des cliniques IST/PS. Les messages véhiculés ont surtout porté sur la prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA. Selon les circonstances, et répondant à la demande des groupes-cibles, d'autres messages sanitaires ont été développés, par exemple : les naissances désirables, l'hygiène, la nutrition, la malaria, etc. Dans le souci du Volet de réussir une prise en charge globale des PS, une attention particulière a été portée aux activités d'*empowerment* des PS. Le Volet et ses OR ont mené une campagne agressive de promotion de l'usage du condom masculin et du condom féminin. Un total de 2 909 702 condoms masculins et 5 500 condoms féminins ont été ainsi vendus aux PS, à leurs clients et à d'autres catégories du public. Dans les communautés de *seaters* par exemple, la disponibilité du condom est estimée à plus de 98 % en tout temps. Les PS ont développé des méthodes pour dénicher les contrevenant/es à la règle **NO CONDOM NO SEX**. La circulation depuis l'an 2000 du condom féminin a, depuis, réduit sensiblement le nombre des réfractaires. En effet, un client qui refuse de porter le condom n'est plus éconduit de force et humilié; la femme s'arrange pour porter un condom féminin que le client, généralement sous contrôle de l'alcool, n'apercevra pas.

➤ Les capacités des organismes-relais à planifier, réaliser et organiser des activités IEC sensibles au genre sont améliorées

L'encadrement des OR a été assuré par la RACOM et par les autres responsables du Volet. En dehors des visites de supervision des OR par le personnel du Volet, on retiendra aussi les sessions formelles de

formation/information organisées par le Volet pour les responsables des OR. Les capacités des OR ont été renforcées à telle enseigne qu'après la fermeture des MR, plusieurs OR ont réussi à obtenir de d'autres organismes d'appui des crédits plusieurs fois supérieurs à ce que nous leur avons offerts. C'est le cas des OR YPEP, *Presbyterian Youth* et *Philip Foundation*. Ces 3 ONG ont gardé de très bonnes relations avec le Volet auquel ils font appel toutes les fois qu'ils ont besoin d'un appui technique spécialisé. En ce qui concerne les activités GED, on a pu remarquer la participation importante des femmes dans les activités IEC et aussi la présence significative des hommes. Dans le territoire Krobo par exemple, un effort particulier a été fourni pour rejoindre les PVSIDA de sexe féminin afin de les assister devant la tendance habituelle de les voir abandonnées à leur sort. Ailleurs, dans les zones où des services pour PS fonctionnent, le succès de ces services a été possible grâce à l'engagement permanent des femmes PS elles-mêmes et aussi, grâce à la contribution positive de leurs *boyfriends*, des *landlords* des communautés de *seaters*, des protecteurs et de quelques travailleurs d'hôtels, de bars et de *night-clubs*.

➤ **Les clientèles cibles participent à la prévention et à la prise en charge des MST/SIDA**

Une particularité importante du Volet *Ghana* est d'avoir travaillé de près avec des OR parmi lesquels plusieurs avaient déjà dans leur mandat des activités préventives et curatives que le Volet a renforcées afin d'augmenter leur efficacité et leur efficacité. Le bénéfice de cette approche est important dans la mesure où la continuité des actions de lutte contre les IST est ici rendue plus favorable. On ne peut que s'émerveiller devant le nombre de PS mobilisées vers les cliniques IST/PS et le nombre de PVVIH/SIDA suivies. L'augmentation significative des cas IST vus dans les autres UI en est une autre preuve. En effet, de l'avis des infirmières responsables des cliniques IST/PS, toute campagne de sensibilisation IST visant un groupe donné était aussitôt suivie d'un plus grand nombre de nouveaux consultants IST dans leurs centres des soins respectifs. Cette prise de conscience progressive des clientèles cibles à recourir aux soins de santé de qualité s'est manifestée concomitamment avec une réponse massive à l'usage du condom. Plus d'un million de condoms étaient vendus par nos équipes en l'an 2000, soit une quantité supérieure à celle des trois années précédentes.

5.2.4 Résultats reliés à la gestion des UI, à la rétroinformation et à la circulation de l'information

Le système de gestion des structures sanitaires du réseau public se fait à l'interne par la direction de chaque unité. Cependant, les comptables qui y travaillent sont recrutés et gérés par le ministère des Finances. Chaque année, des auditeurs internes des échelons supérieurs du MOH et des auditeurs externes du département de l'audit central font le tour pour une contre-vérification. Il n'y a donc pas eu de création de comités de gestion des UI comme c'est le cas dans les pays francophones. La gestion des médicaments est généralement bien faite dans le pays et le personnel y a été à maintes reprises formé en conséquence. Durant les sessions de formation du Volet *Ghana*, la composante gestion des médicaments a toujours été un des chapitres de formation. Le Volet *Ghana* a maintenu depuis le départ la rétroinformation vers les UI au rythme de une correspondance officielle par trimestre. Bien évidemment, lors des visites de supervision un *feedback* direct était également donné aux prestataires ainsi qu'aux responsables. Ceci a permis de raffermir nos liens avec les UI et partant, d'agrandir notre image de marque vis-à-vis des autorités des districts et des régions sanitaires. De même, le Volet *Ghana* a requis la participation active des autorités sanitaires locales à tous les niveaux de son action sanitaire, depuis la planification jusqu'à la restitution des résultats atteints. La visibilité des activités du Volet a été obtenue grâce à l'usage de plusieurs stratégies qui, toutes, se sont révélées fort concluantes : l'utilisation des bulletins de liaison, la participation aux émissions radiodiffusées et télévisées, l'usage de l'Internet (ex. AFAIDS), et la documentation écrite des expériences du Volet. Des publications scientifiques déjà parues ou sous presse sont également disponibles. À un niveau plus opérationnel, les groupes avec lesquels le Volet a travaillé ont été associés de très près à l'organisation des activités : PS, PVSIDA, jeunes, etc. Enfin, le Volet a eu plusieurs fois l'occasion de partager ses expériences lors de conférences internationales, ateliers scientifiques et autres plate-formes, internes ou pas, au Projet.

5.3 Gestion et coordination du Volet

Le Volet *Ghana* peut se féliciter d'avoir réussi à fonctionner non pas comme un projet extérieur au MOH, mais comme un vrai projet d'appui à celui-ci. Quelques trois mois après son démarrage, le Volet *Ghana* a convaincu les autorités du MOH pour que ses bureaux soient ouverts au sein des édifices du MOH. Pour assurer ses activités, le Volet a obtenu du MOH du personnel en détachement commis à plein temps. Plus tard, d'autres personnels du MOH ont offert partiellement leurs services au Volet. Les grandes décisions de l'organisation du travail terrain ont été sanctionnées par le Comité conjoint qui, chaque année, en définissait la politique puis, de façon plus pratique, par le Sous-comité technique qui s'est réuni presque à chaque trimestre. Il est vrai que les membres du SCT n'étaient pas toujours tous présents aux rencontres. On peut néanmoins reconnaître la bonne volonté et la contribution particulière de la majorité d'entre eux. Leur apport a certainement aidé à éviter des situations de blocage et à réaliser les conditions critiques du Projet. Nous avons évoqué dans d'autres paragraphes de ce rapport les bonnes relations de travail avec le NACP et les autorités régionales et de districts dans l'organisation des activités-terrain, i.e. les formations, la surveillance de base, etc. Signalons, pour terminer l'appui sous diverses formes, que le Volet a reçu de l'ambassade du Canada, du bureau régional (y compris les volets techniques) et des autres Volets-pays. La réussite de *Sida 2* au Ghana a été rendue possible grâce aux apports des uns et des autres.

5.4 Partenaires, bailleurs de fonds et environnement politique

Le système national de santé du Ghana est dans un processus de réforme qui a commencé depuis 1993. Cette réforme vise essentiellement à rapprocher les dirigeants des dirigés, et à offrir à ces derniers un accès plus grand aux services et aux soins. Pour y parvenir, le gouvernement a, entre autres, choisi de renforcer sa coopération avec ses partenaires. Le Volet a participé à plusieurs rencontres du MOH sur les IST et VIH/SIDA et sur bien d'autres sujets de politique sanitaire. Depuis 1998, la lutte contre le sida au Ghana a connu un grand essor. Le Ghana a accueilli l'équipe de l'ONUSIDA chargée de l' *International Partnership against AIDS in Africa*. L'équipe, lors de son passage à Accra, a visité notre programme PS. Le Volet a soutenu la réponse de district dans la lutte contre le sida (*District Response Initiative*) et pris part dans la mobilisation des autorités traditionnelles et des responsables religieux dans la lutte. Le Volet a participé :

- aux rencontres du *Technical Working Group on HIV-AIDS* et il assure depuis février 2000 la présidence du Sous-comité chargé des IST et des PS;
- aux rencontres du *Theme Group on HIV-AIDS*;
- aux rencontres de *Ghanet*, qui est un consortium d'ONG et d'associations travaillant dans les IST et le sida;
- au processus de l'analyse de la situation du VIH/SIDA, l'analyse de la réponse et l'élaboration du Plan National de lutte;
- à l'atelier sur le développement d'un plan d'action intégré de lutte contre le VIH/SIDA.

On retiendra aussi les nombreux contacts du personnel du Projet avec les secteurs aussi variés que la police nationale et l'armée nationale, les autorités des districts, les autorités traditionnelles, les églises, etc. Ces contacts ont certes favorisé le déroulement des activités du Volet. Des initiatives conjointes ont également été menées, par exemple, avec :

- le service de santé de la police et FHI (*Family Health International*) : sessions de sensibilisation des inspecteurs de police à Kumasi et à Sekondi-Takoradi, formation des prestataires des soins, IEC pour adolescent/es, etc;
- le service de santé de l'armée en Ashanti Region : sessions de sensibilisation des militaires (hommes de troupes et officiers) de Kumasi;
- le service de santé de l'armée du Salut : production de matériel IEC, production d'un vidéo sur le sida, formation du personnel, prise en charge de jeunes filles-mères de la rue, recrutées parmi les *roamers*;
- l'ONUSIDA : analyse de la situation de la prostitution des jeunes filles au Ghana;
- l'ONG PPAG (*Planned Parenthood Association in Ghana*) : IEC visant divers groupes de jeunes, mobilisation des chefs traditionnels et des responsables religieux, approvisionnement en condoms de marque *144*;
- le *Ghana Social Marketing Foundation* : approvisionnement en condoms *Champion* et *Panther*.

5.5 Contraintes et difficultés rencontrées

Des efforts importants ont été développés par l'équipe du Volet pour faire accepter officiellement que les PS constituent un groupe prioritaire, d'où la nécessité d'un programme de contrôle du VIH les ciblant. L'absence d'une législation autorisant la prostitution et les attitudes négatives du public sur cette question ont souvent été évoquées par les services de police pour sévir dans le milieu de la prostitution. Le Volet a réussi à s'associer avec la police nationale et deux forums sur le contrôle des IST et du VIH/SIDA ont été organisés à Accra et à Kumasi. Les rencontres de suivi, faites par l'équipe du Volet, ont permis d'offrir aux PS un climat de travail plus serein. Pourtant, les jeunes PS *roamers* des quartiers pauvres continueront encore longtemps de souffrir des injustices et autres violences de leurs pseudo-protecteurs qui peuvent en tout temps les dépouiller de leur maigre rançon. La capacité de ces filles à payer pour les soins IST est demeurée faible.

Le programme de formation des prestataires des soins a connu quelques difficultés chaque fois qu'il fallait organiser des sessions pour les médecins. Ces derniers étaient souvent peu disponibles. Cette attitude a toujours été déplorée par les autorités régionales qui dans ce cas ne disposent pas de moyens efficaces pour sévir sur les récalcitrants. Presque toutes nos UI étaient des institutions de l'État. La surveillance de base IST du Projet y a été introduite avec beaucoup de difficultés. Le pays n'a pas jusqu'ici réussi à changer ses vieux outils de collecte d'informations qui ne tiennent pas compte des diagnostics syndromiques. Le processus pour y parvenir a été initié mais il est lent et le restera probablement encore pendant quelques années. Enfin, les grèves du personnel médical et paramédical ont d'une façon ou d'une autre constitué un frein à la motivation indispensable des prestataires pour un programme IST efficace.

Le Volet a travaillé avec quelques OR qui ont produit un excellent travail d'IEC et de promotion d'attitudes favorables à la santé. La durée, parfois très courte des MR (6 mois par exemple), ne pouvait, hélas, favoriser des changements de comportement durables chez les populations visées. Enfin, des initiatives interpays ont été tentées entre les Volets Ghana et Côte d'Ivoire qui visaient le rapatriement des PS ghanéennes vivant à Bouaké et qui, pour des raisons de mauvaise santé, désiraient retourner dans leur village d'origine. Très peu de clientes au retour (moins de 5 en 24 mois) ont été recensées.

Liste du personnel du Volet Ghana

Sur le terrain :

Nom & Prénom	Fonction	Période
KHONDE, Nzambi	Coordonnateur National	18/03/96 au 30/06/01
DEKADJEVI, Alphonse	Comptable	22/04/96 au 30/06/01
DARKO, Joseph	Chauffeur	30/04/96 au 30/06/97
EDOUKOU, Adèle	Secrétaire	06/06/96 au 30/06/01
ASAMOAH-ADU, Comfort	Adjoint au CN	26/06/96 au 30/06/01
KENNEDY, Samuel	Laborantin	28/06/96 au 31/12/99
MENSAH, Joyce	Infirmière communautaire	28/06/96 au 30/06/01
HOMIAH, Susuana	Infirmière communautaire	28/06/96 au 26/02/99
ADAMS, Issah	Gardien	01/07/96 au 30/06/01
ABIRAM, Maxwell	Chauffeur	25/11/96 au 30/06/01
ARYEE-D, Comfort	Infirmière responsable clinique PS	01/04/97 au 30/06/01

AVORKLIYAH, Margaret	Infirmière responsable clinique PS	01/04/97 au 31/03/00
BONNEY, Samuel	Chauffeur	01/06/97 au 31/03/98
OPOKU, Kwame	RACOM	02/09/97 au 30/09/98
ABIRAM, Enoch	Gardien	18/10/97 au 30/06/99
ADOBEA, Gladys	Pair éducatrice	12/22/98 au 30/06/01
ISSIFU, Salamatu	Pair éducatrice	13/03/98 au 30/06/01
DANSO, Ebenezer	Chauffeur	03/04/98 au 30/06/01
AWUSI, Mary	Pair éducatrice	17/04/98 au 30/06/01
MANU, Janet	Pair éducatrice	17/04/98 au 30/06/01
SOMIAH, Kate	RACOM	28/09/98 au 30/06/01
AGYARKO-POKU, Thomas	Représentant local à Kumasi	04/11/98 au 30/06/01
OWUSU, Judith	Secrétaire à Kumasi	02/11/98 au 30/06/01
ODURAA, Margaret	Infirmière communautaire	02/11/98 au 30/06/01
FRIMPONG, Cynthia	Infirmière communautaire	02/11/98 au 30/06/01
ADU-BOHEN, Elizabeth	Infirmière responsable clinique PS	02/11/98 au 30/06/01
YEBOAH, Eva	Infirmière responsable clinique PS	01/12/98 au 30/06/01
KWABENA, Issah	Chauffeur à Kumasi	31/12/98 au 30/06/01
AMOAH, Clara	Assistante infirmière	01/02/99 au 30/06/01
AMPEM, Ernest	Gardien	01/02/99 au 30/06/01
MAHAMA, Abdul	Chauffeur	06/04/99 au 30/06/01
SERVAH, Mary	Pair éducatrice	22/04/99 au 30/06/01

Nom & Prénom	Fonction	Période
IDDRISU, Sadia	Pair éducatrice	22/04/99 au 30/06/01
MANU, Jane	Pair éducatrice	01/06/99 au 30/06/01
ALHASSAN, Anetu	Pair éducatrice	01/06/99 au 31/07/00
NYABA, Comfort	Pair éducatrice	01/06/99 au 30/06/01
YAKUBU, Alhadji	Gardien	07/07/99 au 30/06/01
AGYEMANG, Jacqueline	Pair éducatrice	01/08/99 au 31/03/01
DANQUAH, Herodia	Infirmière communautaire	01/09/99 au 30/06/01
BASHIRU, Habiba	Pair éducatrice	01/02/00 au 30/06/01
AWUAH, Charity	Infirmière responsable clinique PS	01/04/00 au 30/06/01
NANI, Rose	Infirmière communautaire	01/04/00 au 30/06/01
KPELLY, Victoria	Infirmière responsable clinique PS	01/04/00 au 30/06/01
PESSEH, Esther	Infirmière responsable clinique PS	01/04/00 au 30/06/01
TUTU, Victoria	Infirmière responsable clinique PS	01/04/00 au 30/06/01
YUSSIF, Mariama	Pair éducatrice	01/09/00 au 30/06/01
OBENG, Comfort	Assistante responsable clinique PS	01/10/00 au 30/06/01

Au Canada :

Nom & Prénom	Fonction	Observations
PÉPIN, Jacques	Directeur de volet	15/12/95 au 30/06/01
DUMAIS, Maurice	Chargé de volet	15/12/95 au 30/06/01
DUMAIS, Maurice	Responsable administratif	15/12/95 au 30/06/01
KANDU, Lucie	Secrétaire	15/12/95 au 30/06/01