



Program for International Training in Health
The University of North Carolina at Chapel Hill
School of Medicine
CB# 8100, 208 North Columbia Street
Chapel Hill, North Carolina 27514 U.S.A.

TROISIEME REUNION ANNUELLE DU COMITE CONSULTATIF
TECHNIQUE POUR L'AFRIQUE FRANCOPHONE

REPORT OF THE PROCEEDINGS OF THE THIRD ANNUAL FRANCOPHONE
AFRICA TECHNICAL ADVISORY COMMITTEE MEETING

July 10-13, 1989

Lome, Togo

Rapporteurs: Mr. Pape Gaye, Directeur INTRAH/WCA
Mr. Bongwele Onanga, Consultant INTRAH

TROISIEME REUNION ANNUELLE*
DU
COMITE CONSULTATIF TECHNIQUE POUR L'AFRIQUE FRANCOPHONE

10-13 juillet 1989

Lomé, Togo

Compte-rendu

Rapporteurs: Mr. Pape Gaye, Directeur INTRAH/WCA
Mr. Bongwele Onanga, Consultant INTRAH

REPORT OF THE PROCEEDINGS OF THE
THIRD ANNUAL FRANCOPHONE AFRICA
TECHNICAL ADVISORY COMMITTEE MEETING

July 10-13, 1989

Lomé, Togo

Submitted by: Mr. Pape Gaye, INTRAH/WCA Director
Mr. Bongwele Onanga, INTRAH Consultant

*The text of this report includes the French version followed by the English translation

TABLE DES MATIERES

	PAGE
LISTE DES ABBREVIATIONS	
RESUME EXECUTIF	i
I. BUT DU VOYAGE	1
II. REALISATIONS	2
III. HISTORIQUE	3
IV. DESCRIPTION DES ACTIVITES	4
V. CONSTATS, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	8

APPENDICES

A.	Liste des membres du CCT 1989
B.1	Emploi du temps
B.2	Buts et objectifs
C.1	Questionnaire de recensement des besoins
C.2	Besoins en assistance technique
D.	Les attentes des membres
E.	Mandat d'INTRAH
F.	Présentations des Pays
G.	Texte sur le cas du Maroc
H.	Constats de travaux de groupe
H.1	De la définition opérationnelle de l'intégration
H.2	Constats sur les relations FB/FC/S
H.3	Relations entre les politiques des services l'évaluation/supervision; commentaires
H.4	Eléments identifiés pour chaque pays
I.	Recommandations
J.	"Renforcement des relations entre les systemes et services de formation en Afrique sub-Saharienne," présenté par Pauline Muhuhu, Directrice INTRAH/ESA au Conseil National pour la santé dans le monde, juin 1988 (traduction française)
K.	Discours d'ouverture
K.1	Directeur de Cabinet
K.2	Mr. Fape Gaye, Directeur INTRAH/WCA
K.3	Cable de Dr. James Lea, Directeur INTRAH
L.	Article du Journal

LISTE DES ABBREVIATIONS

CTO	Cognizant Technical Officer
ESA	East and Southern Africa
FB	Formation de base (Pre-Service Training)
FC	Formation continue (In-Service Training)
FPA	Family Planning Association (Association de Planification Familiale)
HPNO	Health, Population, Nutrition Officer (Responsable en Santé, Population et Nutrition)
MS	Ministère de la Santé (Ministry of Health)
MSH	Management Sciences for Health
MSP/AS/CF	Ministère de la Santé Publique, Affaires Sociales et Condition Feminine (Ministry of Health, Social Affairs and Condition of Women)
NAP	Niveau Acceptable de Performance (Acceptable Level of Performance)
PAC	Paramédical, Auxiliary and Community Health Workers (Paramédicaux, Auxiliaires et Agents de Santé Communautaire)
QAP	Questionnaire d'Appréciation pour Participants (Participant Reaction Form)
S	Service
SMI/PF	Santé maternelle et infantile/Planning familial (Maternal Child Health and Family Planning)
ST/POP	Science and Technology/Population (AID/Washington)
TAC	Technical Advisory Committee (Comité Consultatif Technique)
VDMS	Visite à Domicile de Motivation Systématique (Home visit project in Morocco)
WCA	West and Central Africa (Afrique Occidentale et Centrale)

RESUME EXECUTIF

Du 10 au 13 Juillet 1989 s'est tenue à Lomé la troisième Réunion du Comité Technique Consultatif Francophone.

L'objet de la réunion était de passer en revue les réalisations et leçons tirées du PAC IIA et d'utiliser ces résultats comme données de base pour la préparation des programmes futurs, favorisant la création de services intégrés de SMI/PF et de formation basée sur le développement d'une politique nationale des services, l'établissement de protocoles et normes des méthodes contraceptives. Le but de la réunion était aussi de revoir le mandat d'INTRAH, l'envergure de ses activités et d'élaborer une approche individuelle, pour développer un projet et préparer des plans pour chaque pays, en vue d'entamer le processus de développement d'une politique des services.

La Réunion a été facilitée par le personnel du INTRAH/WCA et INTRAH/Chapel Hill. Elle a réuni 17 membres venant de 9 pays. Les catégories professionnelles représentées incluent des Directeurs de SMI, Directeurs exécutifs du FPA, Directeurs et Coordinateurs de formation de base et formation continue.

Les membres de cinq pays ont échangé leurs vues sur les résultats de projets financés par INTRAH, en insistant sur les leçons tirées et les recommandations pour l'avenir. Ils ont aussi examiné le rôle capital des politiques nationales en matière de standards des services, protocoles et méthodes, afin de diriger la préparation et l'exécution de la formation, la supervision et l'évaluation des prestataires des services de PF. Les membres ont aussi

proposé une définition opérationnelle des services intégrés de SMI/PF, et ont discuté de leurs implications pour la formation.

La réunion a recommandé de développer une politique des services, standards et protocoles à la phase première de PAC IIB pour les activités dans les pays.

Les membres du TAC initièrent la préparation des plans d'exécution à cet effet.

Eu égard aux ressources humaines assez limitées des pays, et du fait que nombreux membres du TAC sont aussi membres du TAC d'autres organisations, la recommandation suivante fut faite à INTRAH: d'examiner la possibilité d'organiser des TAC conjoints avec d'autres organismes financés par ST/POP.

Mr. Mark Wentling, Représentant de l'USAID à Lomé et Mr. Paul Ehmer, HPNO, étaient présents à la cérémonie d'ouverture du TAC.

Mr. Pape Gaye, Directeur Régional d'INTRAH/WCA a fait un compte rendu à Mr. Ehmer avant de quitter le Togo.

I. BUT DU VOYAGE

Le but de la réunion du TAC de 1989 était de passer en revue les réalisations du PAC IIA, les leçons tirées, et d'utiliser les résultats comme base pour la préparation des programmes futurs, qui favoriseraient l'intégration des services de SMI/PF et des formations basées sur des politiques élaborées et adoptées au plan national, concernant les standards et protocoles des services, et les méthodes contraceptives disponibles.

A cet effet, les objectifs et buts suivants ont été établis.

But:

- Revue des réalisations et leçons tirées par les pays choisis.
- Définition d'une approche de développement de projet de formation axée vers la préparation des prestataires pour répondre aux besoins communautaires en matière de service intégrés de SMI/PF de qualité, accessibles à tous.

Objectifs:

- Revue du mandat d'INTRAH, envergure de l'activité et approches au développement de projet.
- Présentation des constats et recommandations des suivis et revue finales des projets PAC IIA.
- Identification des éléments clés pour la mise sur pied d'une formation durable en matière de services intégrés de SMI/PF.
- Identification des éléments des SMI pouvant être intégrés dans la formation de PF.
- Discussion sur le degré et l'envergure de l'intégration de ces éléments de SMI.
- Préparation des plans d'action pour chaque pays en vue d'élaborer une politique des services des standards de services et des méthodes protocoles (fiches techniques des méthodes de contraception).

II. REALISATIONS

- A. La 3e Réunion Annuelle du TAC pour l'Afrique Francophone a réuni 17 membres de 9 pays, y compris des Infirmiers, Sages-femmes, Médecins, Assistants sociaux, Directeurs, Educateurs. Les membres ont examiné les rôles importants des politiques nationales en matière de services, standards de services, et méthodes et protocoles pour diriger la préparation, la performance, la formation, la supervision et l'évaluation des prestataires des services de PF.

Les membres du TAC ont aussi discuté de la nécessité d'intégrer la PF au système de prestation des soins de SMI existants et leurs implications pour la formation.

- B. Les résultats sommaires du suivi et des revues finales effectuées au Burkina Faso, au Niger, au Rwanda, au Togo au Zaïre ont été présentés en insistant sur les objectifs, les réalisations, les conclusions et recommandations pour PAC IIB.
- C. Par le biais des travaux en petits groupes, brainstorming et l'étude de cas du Maroc, des définitions opérationnelles ont été préparées par les membres du TAC concernant:
- L'intégration des services de SMI/PF
 - Les politiques des services
 - Les standards des services
 - Les méthodes et protocoles
- D. A l'issue des travaux, la Réunion du TAC a conclu que l'existence de politiques explicites des services et l'établissement de relations très fortes entre la FB/FC/S étaient des conditions indispensables pour obtenir une intégration des services de SMI/PF de qualité. Les relations entre l'évaluation/la supervision et les politiques des services ont aussi été étudiées.

- E. Chaque pays a préparé un plan initial pour faciliter le processus de développement des politiques des services et établir les standards des services et les protocoles méthode. Les plans incluait le bilan de la situation actuelle avec chaque type de document à l'appui, l'identification des ressources disponibles et la formulation des besoins futurs en matière d'assistance technique.

III. HISTORIQUE

Depuis l'ouverture de son Bureau Régional pour l'Afrique Occidentale et Centrale (WCA) à Abidjan, INTRAH a organisé deux Réunions du TAC. La Réunion d'Abidjan en septembre 1987 a permis pour la première fois à INTRAH de réunir des personnalités francophones chargées de la formation des agents de santé communautaire, et le personnel paramédical et auxiliaires, pour discuter des besoins individuels des pays en matière de formation régionale et les approches de formation. La deuxième rencontre à Ouagadougou, Burkina Faso, fut organisée en Septembre 1988 et a porté sur l'évaluation.

Afin de guider INTRAH à l'avenir, pour les suivis et revues finales, chaque pays avait développé un plan d'action pour la conduite de ces activités, notamment l'identification de ressources dans les pays. Il fut décidé que les résultats des revues finales et des plans d'action de la 1ere année suivant PAC IIA seraient présentés à un TAC final à Kigali au Rwanda. Du fait des contraintes budgétaires, le lieu choisi pour la tenue de la réunion finale du TAC fut Lomé. Au cours de l'année écoulée, plusieurs pays ont demandé une assistance technique supplémentaire d'INTRAH et les contrats furent amendés en conséquence suite à ces demandes.

Au moment de la réunion, les revues finales n'avaient été conduites que dans trois pays. Cependant, les suivis

avaient été faits et les données suffisantes qui avaient été collectées dans chacun des pays reflétaient bien les tendances suivantes:

La formation en matière de PF en Afrique francophone s'est produite en l'absence de toute politique nationale des services, standards et protocoles des services pour des méthodes contraceptives disponibles et autorisées.

Il devient aussi clair que l'ensemble des pays francophones avait choisi de se concentrer sur l'intégration de la SMI/PF plutôt que sur les programmes verticaux de PF.

La présente réunion du TAC fut donc programmée avec tous ces facteurs à l'esprit.

A cause de la fête musulmane, la durée de la réunion fut réduite à 3½ jours.

IV. DESCRIPTION DES ACTIVITES

A. Preparation

La préparation de la 3e réunion annuelle du TAC a débuté en avril 1989 lors de la visite du Directeur Régional d'INTRAH/WCA à Chapel Hill.

Une séance de brainstorming fut organisée avec le Directeur Adjoint d'INTRAH, la Responsable des Programmes et le Spécialiste en Evaluation. Les constats de cette séance constituèrent la base de la proposition à INTRAH/CTO à Washington. D'autres réunions furent tenues à Abidjan avec le reste du personnel d'INTRAH/WCA et l'on procéda à un échange de vues pendant la réunion de coordination entre les BR/WCA et ESA à Nairobi en juin 1989. Entre temps, un questionnaire de recensement des besoins (voir Annexe C.1) fut élaboré et envoyé aux membres du TAC avant la réunion.

La semaine précédant la réunion, les représentants de Chapel Hill ont rejoint le personnel d'INTRAH/Abidjan pour mettre au point le programme y compris:

- la fixation de l'emploi du temps;
- la préparation des buts et objectifs;
- la préparation des présentations des pays; et
- la préparation du matériel.

Le Coordinateur Résident d'INTRAH à Lomé a assuré la supervision pour toute la préparation logistique.

B. La Réunion

Dans cette partie nous donnerons le compte rendu journalier des réunions, y compris les procédés utilisés. Les productions de groupes et résultats des plénières figurent dans la section Annexes H du présent rapport. Le programme de la réunion, les buts et objectifs sont à l'annexe B.1 et B.2.

Jour 1

Les questions administratives et logistiques furent examinées avant l'ouverture officielle, présidé par le Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales et Condition Féminine (Annexe K.1 copie du discours).

Les résultats des questionnaires de recensement des besoins furent communiqués et les autres attentes des participants relevées (voir Annexe D) en plénière. A cause des limites de temps, les participants furent encouragés à échanger leurs points de vue en dehors des séances. Le reste de la journée consistait en 2 activités principales:

- Revue du mandat d'INTRAH, envergure des activités et approches de développement de projets par la Responsable des projets et le Directeur Régional d'INTRAH (voir Annexe E).

- Présentation des programmes d'INTRAH dans 5 pays: Burkina Faso, Niger, Rwanda, Togo et Zaire. Les membres du personnel d'INTRAH qui ont revu les réalisations du projet, les leçons apprises et les recommandations pour ces pays. Ils ont travaillé comme facilitateurs pour préparer les présentations qui furent ensuite faites par les représentants de chacun des pays membres (voir Annexe F).

Pendant la phase préparatoire, on souligna que les leçons tirées et les recommandations faites reflétaient non seulement les points de vue d'INTRAH, mais aussi celles des institutions du pays hôte.

Jour 2

A débuté avec une revue du jour 1 et une introduction sur l'importance des politiques des services, standards des services et protocoles guidant la formation et la prestations des services. Les relations entre la disponibilité, l'accessibilité des services intégrés de SMI/PF de qualité, et les politiques des services furent soulignés. En plénière et en petits groupes, les membres du TAC ont préparé des définitions opérationnelles des politiques des services, standards des services, protocoles des méthodes et l'intégration.

Une courte présentation des relations entre le FB/FC/S fut donnée et des exemples concrets du Zaire et du Burkina furent cités.

L'exposé de Mme Muhuhu sur les relations entre FB/FC/S fut distribué comme instrument de référence.

Pour démontrer la notion d'intégration de la PF dans la SMI, deux participants Zairois qui revenaient juste du voyage d'étude (financé par INTRAH) au Maroc ont fait un exposé (Annexe G) sur leur expérience. (Le Dr.

Zarouf du MS Marocain, invité, n'a pu assister à la réunion en raison d'un changement de dernière minute dans son programme.)

Après avoir atteint un consensus sur les termes politiques des services, standards des services, protocoles et des relations FB/FC/S, des séances de travail en petits groupes ont été faites l'après midi. Le but de ces séances était de commencer à examiner les aspects opérationnels du développement de la politique des services et des relations entre FB/FC/S. Pour diriger les travaux en petits groupes, les facilitateurs avaient préparé une liste des questions.

Jour 3

Les résultats des travaux en petits groupes furent présentés en plénière (voir Annexe H.1, H.2, H.3, H.4) et suivis de discussions.

Un résumé soulignant les relations entre politiques des services, standards des services et protocoles, et l'évaluation supervision était présenté et discuté en plénière. Le reste de la journée fut consacré à la préparation des plans d'exécution pour les différents pays, en vue d'entamer le processus de développement des politiques des services.

Il fut demandé aux participants de faire un bilan de la situation qui prévaut dans leur politique des services, et de donner à INTRAH des directives sur comment de tels documents pourraient être développés.

Les participants Togolais ont échangé leurs plans en plénière.

La dernière activité du jour a consisté à formuler des recommandations pour l'avenir. Vu que de nombreuses recommandations liées au contenu du TAC avaient été

faites tout au long de la réunion, il fut demandé aux participants de se concentrer sur l'aspect organisation du TAC. Le QAP d'INTRAH fut distribué.

Jour 4

Une séance de 2 heures fut conduite au cours de laquelle les résultats du QAP ont été divulgués et furent suivis de commentaires dans un cadre non officiel par les membres du TAC et facilitateurs. La réunion fut officiellement cloturée par le Dr. Salami, Directeur SMI du MSP/AS/CF.

Les participants se rendirent à l'aéroport de Lomé à 10 heures du matin.

V. CONSTATS, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS (voir les autres recommandations en Annexe I)

1. Constats/Conclusions

Dans la plupart des pays francophones représentés au TAC, la formation en PF pendant le PAC IIA a été faite en l'absence de politiques nationales, des standards de services, et protocoles pour les méthodes. Cela a conduit à des difficultés pour fixer un NAP et a eu pour conséquence, un manque d'uniformité dans les systèmes de supervision, lorsque plusieurs institutions travaillent dans le domaine de la PF dans un même pays. En effet, plusieurs pays ont tendance à se concentrer seulement sur les tâches administratives pendant la supervision.

Si les pays doivent atteindre l'auto-suffisance en matière de formation, cette déficience devra être corrigée.

Recommandations

Le TAC Francophone de 1989 recommande que le développement des politiques de services, standards de services et protocoles des méthodes soit une des principales priorités du PAC IIB dans la phase transitoire. Les membres du TAC commenceront à collecter une documentation concernant les politiques de services de SMI/PF de leurs pays.

2. Constats/Conclusions

L'exécution des projets de PAC II a été empêchée par manque de compréhension des buts et objectifs. Un manque d'engagement du personnel technique dans la phase de développement et des différences en matière d'attente entre INTRAH et les institutions des pays hôtes furent constatés.

De nombreux problèmes venaient du changement de personnel et de l'absence de conditions préalables, mais auraient pu être évités si les buts et attentes avaient été clarifiés avant de commencer la mise en application.

Recommandations

Un atelier de démarrage de projet doit être organisé dans chaque pays après la phase de développement du projet. Un tel atelier devrait voir la participation de tous les exécutants, de même que celle des superviseurs et représentants de l'USAID.

3. Constats/Conclusions

Les membres du TAC ont décidé à l'unanimité que l'intégration de la PF dans la SMI est un élément crucial et une priorité pour leurs pays. Il fut aussi admis que le but final de la formation est d'offrir des services qualitativement et quantitativement suffisants à la communauté.

Le groupe a cependant décidé que la manière dont l'intégration se ferait dépendrait réellement de chaque pays, mais l'essentiel est que les prestataires apprennent à "penser" en terme d'intégration.

Recommandations

Chaque pays devrait préparer son propre plan d'intégration de la PF dans la SMI. Ce plan devrait être pris en compte pendant la phase de développement de projet.

4. Constats/Conclusions

La notion des relations entre FB/FC/S était méconnue de la plupart des membres du TAC. Les représentants des pays pour lesquels ces rapports

existaient arrivaient sans peine à comprendre le concept, mais la différence entre l'intégration et les relations n'est pas toujours bien claire pour de nombreux membres.

Recommandations

Un atelier sur les relations entre FB/FC/S devrait être organisé dans la 1ère phase de PAC IIB pour sensibiliser les responsables de SMI/PF sur leur importance.

5. Constats/Conclusions

Le TAC cette année a vu la participation de Hauts Responsables, y compris 3 Directeurs de SMI, 3 Directeurs de FPA et 4 Directeurs de Formation rehaussant ainsi le niveau des discussions et par conséquent renforçant ainsi l'adhésion aux recommandations. Les membres du TAC ont demandé s'il serait possible de faire des réunions conjointes de TAC à l'avenir avec d'autres organisations comme MSH, du fait que la majorité des membres sont les mêmes.

Recommandations

INTRAH doit envisager la possibilité d'organiser des réunions conjointes du TAC avec d'autres organisations de ST/POP.

TABLE OF CONTENTS

	<u>PAGE</u>
LIST OF ABBREVIATIONS	
SUMMARY	i
I. PURPOSE OF TRIP	1
II. ACCOMPLISHMENTS	1
III. BACKGROUND	2
IV. DESCRIPTION OF ACTIVITIES	4
V. FINDINGS, CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	8

APPENDICES

A.	1989 Francophone Technical Advisory Committee Members
B.1	TAC Meeting Agenda
B.2	Goals and Objectives
C.1	Needs Assessment Questionnaire
C.2	Technical Assistance Needs as Expressed by TAC Members
D.	Expectations of TAC Members
E.	INTRAH's Mandate
F.	Country Presentations
G.	Case Study: Morocco's National FP Program
H.	Results of Small Group Work
H.1	Operational Definition of Integration
H.2	PST/IST/S Training Linkages
H.3	Linkages Between Service Policies and Evaluation/Supervision Systems
H.4	Elements Identified by Country to Facilitate Development of a Service Policy, Service Standards and Method Protocols
I.	TAC Members' Recommendations
J.	"Strengthening Linkages Between Training and Service Systems in Sub-Saharan Africa," Presented by Miss Pauline Muhuhu, INTRAH/ESA Director, at NCIH Conference, June 1988 (French translation)
K.	Speeches and Opening Addresses
K.1	Cabinet Minister of MOH/SA/CW
K.2	Mr. Pape Gaye, INTRAH/WCA Director
K.3	Cable to TAC Members from Dr. James Lea, INTRAH Director
L.	Press Coverage

LIST OF ABBREVIATIONS

CTO	Cognizant Technical Officer
FPA	Family Planning Association
GOT	Government of Togo
HPNO	Health/Population/Nutrition Officer
IST	In-Service Training
MOH	Ministry of Health
PRQ	Participant Reaction Questionnaire
PST	Pre-Service Training
S	Service
TAC	Technical Advisory Committee
VDMS	Visite à Domicile de Motivation Systématique (Home Visit Project in Morocco)

SUMMARY

The third Francophone Africa Technical Advisory Committee (TAC) meeting was held in Lomé, Togo, July 10-13, 1989.

The purpose of the meeting was to review PAC-IIA achievements and lessons learned and determine implications for individual country designs and regional training needs in the next five years. The theme which emerged was the role played by program directives -- a national policy, service standards and method protocols -- in guiding the preparation, training, supervision and evaluation of FP service providers working in an integrated FP/MCH service delivery system. The meeting also aimed at reviewing INTRAH's mandate, scope of work and approach to training and FP program development and preparing individual country plans in order to begin the process of developing program directives.

The meeting was facilitated by INTRAH staff from Abidjan and Chapel Hill and was attended by 17 members from 9 Francophone countries: Burkina Faso (2), Chad (1), Côte d'Ivoire (1), Mali (1), Niger (2), Rwanda (1), Togo (5), Senegal (1), and Zaire (3). Professional categories represented included maternal and child health directors, family planning association executive directors, and pre-service and in-service training directors and coordinators.

TAC members from five countries shared the results of INTRAH-assisted projects, focusing on lessons learned and recommendations for the future. They carefully examined the important role of a national service policy, service standards and method protocols in guiding the preparation, training, supervision and evaluation of FP service providers.

Members also proposed an operational definition of integrated MCH/FP services and discussed implications for training.

TAC members recommended that development of a service policy, standards and protocols take place in the first phase of PAC-IIB in-country activities. Preliminary implementation plans were prepared, by country, for that purpose.

The pool of trained and experienced key FP personnel are limited in most Francophone countries. As a result, many TAC members are also members of other cooperating agencies' (CAs) advisory committees. To facilitate work among CAs and limit the number of advisory meetings the same people are invited to attend, a recommendation was made that INTRAH study the possibility of organizing a joint TAC meeting with other ST/POP centrally funded agencies.

USAID/Togo representative Mr. Mark Wentling and HPNO Paul Ehmer attended the opening ceremony of the TAC and INTRAH/WCA Director Pape Gaye debriefed with Mr. Ehmer prior to leaving Togo.

I. PURPOSE OF TRIP

The purpose of the 1989 TAC was to review PAC-IIA accomplishments and lessons learned and determine implications for individual country designs and regional training needs in the next five years.

Goals and objectives were established as follows:

Goals

- Review accomplishments and lessons learned during PAC-IIA in selected countries.
- Outline an approach to training project development geared toward preparing service providers to respond to the community's needs for accessible, quality, integrated MCH/FP services.

Objectives

- Review INTRAH's mandate, scope of work and approach to training and FP program development.
- Present results and recommendations from follow-ups and final reviews of PAC-IIA projects.
- Identify key elements which can contribute to establishing integrated MCH/FP services.
- Identify MCH elements that can be integrated into family planning training.
- Discuss the degree and extent of integration of those MCH elements.
- Prepare individual country action plans for the preparation of a family planning service policy, service standards and method protocols.

II. ACCOMPLISHMENTS

- A. The third annual Francophone TAC meeting was attended by 17 members from 9 countries including nurses, midwives, physicians, social workers, managers and educators. Members examined the important roles of a national service policy, service standards and method protocols in guiding the preparation, training,

supervision and evaluation of FP service providers. Members also discussed the necessity to integrate FP into existing MCH service delivery systems and the implications of integration for training.

- B. Summary results of follow-up and final reviews conducted in Burkina Faso, Niger, Rwanda, Togo and Zaire were presented and discussed, focusing on objectives, accomplishments, lessons learned and recommendations for PAC-IIB.
- C. Through small group work, brainstorming and a case study of the Morocco National FP program TAC members prepared operational definitions for the following:
 - Integrated MCH/FP services
 - Service policy
 - Service standards
 - Method protocols
- D. TAC members concluded that the existence of explicit program directives and strong linkages between PST/IST/S were indispensable for the provision of quality integrated MCH/FP services. The relationship between evaluation/supervision and program directives was also analyzed.
- E. Each country prepared a preliminary plan for facilitating the process of developing a service policy, service standards and method protocols. The plans included an assessment of existing relevant documentation, identification of other available resources and formulation of projected needs for technical assistance.

III. BACKGROUND

Since the 1985 opening of the INTRAH/WCA office in Abidjan, INTRAH had conducted two Francophone TAC meetings. The Abidjan TAC meeting in September/October 1987 (see Trip

Report #0-374 and the Report on the Proceedings of the First Annual INTRAH Francophone TAC) provided INTRAH with the first opportunity to assemble Francophone professionals responsible for the training of paramedical, auxiliary and community workers to discuss individual country needs, regional training needs and training approaches. The second meeting in Ouagadougou, Burkina Faso (see Report on the Proceedings of the Second Annual INTRAH Francophone TAC) was held in September 1988 and focused on evaluation. To guide INTRAH for the final reviews of PAC-IIA projects, TAC members from each country developed an action plan which included the identification of in-country resources. 1988 TAC members recommended that the 1989 TAC meeting be held in Rwanda.

Because of budgetary constraints, the venue of the third TAC meeting was changed to Lomé. Furthermore, during the last year, several countries had requested additional assistance from INTRAH and contracts were amended to accommodate those requests. At the time the third TAC meeting took place, final reviews had been conducted in only three countries. However, follow-ups were completed and enough data collected from each country to be able to identify certain trends. Among these is the fact that FP training in Francophone Africa has occurred in the absence of national service policies, service standards and protocols for available and sanctioned contraceptive methods. Although integration of FP within a MCH/FP framework is the governmental policy of all countries represented, integration has not yet become operational. The current TAC meeting was, therefore, planned with these factors in mind.

The TAC meeting was shortened to 3½ days to accommodate the Muslim holidays.

IV. DESCRIPTION OF ACTIVITIES

A. Preparation

Preparations for the third annual Francophone TAC meeting began in April 1989 during the INTRAH/WCA Director's visit to Chapel Hill. Results of a brainstorming session held with the INTRAH Deputy Director, Program Officer, and Evaluation Specialist formed the basis for the proposal submitted to the INTRAH CTO at A.I.D./Washington.

Additional plenary sessions were held in Abidjan with the INTRAH/WCA staff and ideas were exchanged during the May/June 1989 annual Regional Coordination meeting between INTRAH/WCA and INTRAH/ESA offices (see Trip Report #0-261). A needs assessment questionnaire (see Appendix C.1) was also prepared and sent to TAC members prior to the meeting.

The week prior to the TAC meeting representatives from INTRAH/Chapel Hill joined the INTRAH/WCA staff in Abidjan to finalize the program including:

- finalization of agenda;
- clarification of purpose, goals and objectives;
- preparation of country presentations; and
- preparation of hand-outs and other materials.

The INTRAH Resident Technical Advisor in Togo supervised all meeting logistics.

B. The Meeting

This section will give a daily account of the meeting, including methodology. Group productions and results from plenary sessions are included in Appendix H of this report. The meeting agenda and goals and objectives are found in Appendices B.1 and B.2, respectively.

Day 1

Administrative and logistic issues were completed prior to the official opening of the TAC meeting, presided by the Cabinet Director of the Minister of Health, Social Affairs and Condition of Women (see Appendix K.1 for text of speech). The opening ceremony was also attended by representatives from USAID/Togo, other USAID-assisted health projects and GOT ministries.

Results of needs assessment questionnaires, including TAC members' expectations, were presented to the TAC members in plenary. TAC members were encouraged to hold informal discussions outside of scheduled sessions as a result of the meeting's shortened duration.

INTRAH's mandate, scope of work and approach to project development were reviewed by the INTRAH/CH Program Officer and the INTRAH/WCA Director (see Appendix E). Presentations of the INTRAH-assisted projects in Burkina Faso, Niger, Rwanda, Togo and Zaire were also reviewed and discussed. INTRAH staff members had prepared project summaries, including major accomplishments, lessons learned and recommendations. These summaries were reviewed with country representatives, who then presented them to the larger group. The presentations emphasized that the lessons learned and recommendations reflected views of both INTRAH and the host country institutions (see Appendix F).

Day 2

The day began with a review of Day 1 and an introduction to the role of service policies, service standards and method protocols in guiding training and service delivery. The link between the availability and accessibility of quality integrated MCH/FP services

and service policies, service standards and method protocols was emphasized/highlighted.

In plenary and in small groups the TAC members prepared operational definitions of a service policy, service standards, method protocols and integration. A short presentation on PST/IST/S linkages was given, using Zaire and Burkina Faso as examples. The French translation of a PST/IST/S linkages paper presented at the NCIH Conference in June 1988 by INTRAH/ESA Director Pauline Muhuhu was distributed as background reading material (see Appendix J).

To illustrate the concept of FP/MCH integration two Zairian TAC members who had recently participated in an INTRAH-sponsored study tour to Morocco (see Trip Report #0-260), gave a presentation (Appendix G) on their experience. (Dr. Zarouf from the Moroccan MOPH was invited to the TAC but could not attend due to last minute scheduling conflicts).

Following group consensus on what constituted a service policy, service standards, method protocols and integrated MCH/FP services, small group work sessions were conducted in the afternoon to examine operational aspects involved in the development of program directives and PST/IST/S linkages. To guide the small group work the facilitators had prepared a list of questions.

Day 3

Results of small group work were presented for discussion during plenary (Appendices H.1, H.2, H.3, H.4). In response to the TAC members' question about the relationship between service policies, service standards and method protocols and supervision/

evaluation, an overview highlighting the links was presented.

The rest of the day was devoted to the preparation of individual country plans to develop program directives. Participants were asked to assess the existence of service policy, service standards and method protocols documents in their individual countries and to develop recommendations for technical assistance needs. A questionnaire was prepared to assist the participants in the identification of elements necessary to develop program directives. The Togolese participants shared their plan in plenary.

The final activity of the day was to generate recommendations for future TAC meetings (see Appendix I). Since many recommendations relating to the content of the TAC had been made throughout the meeting, participants were asked to concentrate on the organizational aspects of the TAC. An idea for one theme proposed for a 1990 TAC (should INTRAH be PAC-IIB contractor) is training materials.

INTRAH Participant Reaction Questionnaires (PRQ) were distributed.

Day 4

A two-hour session was conducted during which results of the PRQs were shared and informal comments were made by facilitators and TAC members. The meeting was formally closed by Dr. Salami, MCH Director of the Togolese MOH. Participants departed for Lomé airport at 10:00 am.

V. FINDINGS, CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

(See additional recommendations in Appendix H)

1. Findings/Conclusions

FP training during PAC-IIA was conducted in the absence of nationally prepared service policies, services standards and method protocols in the Francophone countries represented at the TAC. As a result, difficulties have been encountered in establishing acceptable levels of performance and in the lack of uniformity in supervision systems when several institutions work in family planning in the same country.

If Francophone Africa countries are to reach self sufficiency in FP training this deficiency needs to be corrected.

Recommendations

The development of national FP service policies, service standards and method protocols should be a first priority in PAC-IIB. Between now and the beginning of PAC-IIB, TAC members will begin to collect documentation relevant to the development of MCH/FP program directives in their countries.

2. Findings/Conclusions

PAC-IIA project implementation was hindered by a lack of clear understanding of goals and objectives, lack of involvement of technical personnel in the project development phase and differences in the expectations of INTRAH and of host country institutions.

Many of the problems were due to personnel changes and the absence of conditions precedent. Some problems could have been avoided if goals and expectations had been clarified prior to project implementation.

Recommendations

A project start-up workshop should be organized in every country following project development. Such a workshop should be attended by host country project implementers.

3. Findings/Conclusions

TAC members unanimously agreed that integration of FP into MCH is crucial and is a priority in their countries. There was also a recognition that the ultimate goal of training is to offer quality MCH/FP services in sufficient quantity to the community. The group decided however that the process of integration depended on each country. What was important was that FP service providers be taught to "think" in an integrated way.

Recommendations

Each country should prepare its own plan for integrating FP into MCH. This plan should be taken into consideration during PAC-IIB project development.

4. Findings/Conclusions

The notion of PST/IST/S linkages was new to the majority of TAC members. Representatives from those countries where linkages exist (Burkina Faso and Zaire) easily understand the concept but the differences between integration and linkages is still not clear to many TAC members.

Recommendations

A PST/IST/S linkages workshop should be conducted early in PAC-IIB to orient MCH/FP senior personnel to the importance of PST/IST/S linkages.

5. Findings/Conclusions

This year's TAC was attended by senior level officials including 3 MCH directors, 3 FPA directors and 4 training directors. Subsequently the level of discussion was high and commitment to recommendations made was strong. TAC members inquired about the possibility of conducting joint TAC meetings in the future with other cooperating agencies, e.g., MSH. Many of the TAC members serve on the advisory committees of other CAs.

Recommendations

The participant profile of the 1989 TAC members should be maintained for future TAC meetings. INTRAH should study the possibility of organizing TAC meetings jointly with other ST/POP agencies.

APPENDIX A

1989 Francophone Technical Advisory Committee Members
(Liste des membres du CCT 1989)

REUNION ANNUELLE DU COMITE CONSULTATIF TECHNIQUE 1989 LOME/TOGO

LJSTE DE MEMBRES

PAYS	NOM/PRENOMS	FONCTIONS/ORGANISME	ADRESSES		
			BP/VILLE	N° TELEPHONE	TELEX/TELEFAX
BURKINA FASO	1. ILOUDO Franceline	Responsable du Service SUM/Direction de la Santé de la Famille - Ministère de la Santé Publique et l'Administration Sociale	B.P. 7247 OUAGADOUGOU	30.68.64	
	2. KABORE Barthélémy	Enseignant à l'ENSP	BP.P 7002 OUAGADOUGOU		
COTE D'IVOIRE	3. KOUELOU-TIE-Yvette	Directeur Exécutif Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial(AJBEF)	01 B.P. 5315 ABIDJAN	37.25.77	23930 23827 CABJNE - CI
MALJ	4. KEITA OUMOU Kata	Responsable des Programmes de Formation à la Division Formation de la DNPFS à Koulouba (Mali)	Direction Nationale de la Planification à la Socio-Sanitaire Koulouba (Mali)	28.48.38	
NIGER	5. MAIDOUKA-HALJMA	Directrice de la Planification Familiale au UAS/CF	B.P. 623 NIAMEY	72.26.31	
	6. MARIKO Souleymane	Responsable de Formation à la Direction de P.F. Ministère des Affaires Sociales et C.F. Niamey Niger	B.P. 623 NIAMEY	72.26.31	

PAYS	NOM/PRENOMS	FONCTIONS/ORGANISME	ADRESSES		
			BP/VILLE	N° TELEPHONE	TELEX/TELEFAX
RWANDA	7. KAMANZI Castule	Chef de la S/Section Formation à Pro- grammes scolaires à l'Office National de la Population "ONAPO"	B.P. 914 KIGALI	84513	
SENEGAL	8. ADAMA Diop	Secrétaire Exécutif ASBEF	B.P. 6084 DAKAR	25.76.02	
TCHAD	9. DJIKOLOUM Ngarbeul	Médecin de la Pré- fecture Sanitaire de la Tandjilé	LAI TCHAD		
TOGO	10. TCHALLA Tanté	Assistante Sociale Direction Générale des Affaires Sociales	B.P. 1247 LOME (Togo)	21.52.79 21.48.79	
	11. HODONOU Kossi Assogba	Médecin-Chef Maternité de CHU Université du Bénin	B.P. 8016 LOME (Togo)	Sce 21.25.01 Dom 21.04.24	
	12. SALAMI Latifou	Directeur UPC/DME Direction Générale Santé Publique	B.P. 336 LOME (Togo)	Sce 21.2014 Dom 21.63.44	
	13. MENSAH Kwasi	Directeur Exécutif ATBEF	B.P. 4056 LOME (Togo)	Scc 21.41.93 Dom.21.64.00	
	14. MENSAH Enyonam	Chef D.M.C. ATBEF	B.P. 4056 LOME (Togo)	Sce 21.41.93 Dom.21.37.54	

PAYS	NOM/PRENOMS	FONCTIONS/ORGANISME	ADRESSES		
			BP/VILLE	N° TELEPHONE	TELEX/TELEFAX
ZAIRE	15. SHAMP A. Mabudi	Chargé de la Formation à l'AZBEF N.D.	B.P. 15313 KINSHASA		ZR 21536
	16. MANDU-EKASI	Chef de Division chargée du Programme de Formation au Département de la Santé	B.P. 90 KINSHASA 14		
	17. CHIRWISA Chirhamolekwa	Directeur du Projet des Services des Naissances dési- rables (PSND)	B.P. 100 KINSHASA XIV Zaïre	Voir USAID KINSHASA	Idem
	18. BONGWEVE Onanga	Consultant INTRAH	B.P. 336 KINSHASA 23		21356 ZR
TOGO	19. MUTOMBO Yatshita	Coordonnateur INTRAH résident au Togo	Centre OMS B.P. 917 LOME (Togo)	See 21.08.23 Dom.21.18.12	
ETATS-UNIS	20. CONSTANCE Newman	Spécialiste en Evaluation INTRAH Chapel Hill	208 N. Columbia St. Chapel Hill, N.C. 27510 USA	(919) 966-56-36	919 966 6816
	21. MAUREEN Corbett	Chargé des Programmes des Pays Francophones			

PAYS	NOM/PRENOMS	FONCTIONS/ORGANISME	ADRESSES		
			BP/VILLE	N° TELEPHONE	TELEX/TELEFAX
COTE D'IVOIRE	23. PENDA N'Diaye Seck	Coordonnatrice des Projets Régionaux ABIDJAN	INTRAH 06 R.P. 1036 Abidjan 06 C.J.		
	24. DJARIATOU Thiam	Coordonnatrice Régionale de la Formation ABIDJAN	INTRAH 06 b.p. 1036 ABIDJAN 06	41.37.90	

25. Pape ~~A~~ Gaye

Directeur Regional INTRAH
INTRAH/WCA
06 BP 1036

(B) 41 .37 .89

(D) 41 .51 .88

APPENDIX B.1

TAC Meeting Agenda
(Emploi du temps)

REUNION DU TAC FRANCOPHONE 1989
Emploi du temps

LUNDI 10 juillet	MARDI 11 juillet	MERCREDI 12 juillet	JEUDI 13 juillet
8h00 - 9h00 Introduction et logistique	8h00 - 9h00 Introduction <i>aux</i> <i>éléments</i> favorisant une intégration	8h00 - 10h00 Présentation des travaux de groupe	8h00 - 9h00 Evaluation du TAC
9h00 - 10h30 Ouverture officielle	de SMI/PF (<i>Dev. de</i> <i>zones à la F3/Fc/s</i>)	10h00 - 10h15 PAUSE	- Clôture
10h30 - 12h00 Résultats, attentes, objectifs, programme	9h00 - 10h00 Cas du Maroc: Présentation et discussion	10h15 - 12h00 Présentation (suite) et synthèse	VOYAGES
	10h00 - 10h15 PAUSE		
	10h15 - 11h00 Synthèse		
	11h00 - 12h00 Concept d'inté- gration: défini- tion opérationnelle		
12h00 - 14h00 DEJEUNER	12h00 - 14h30 DEJEUNER	12h00 - 14h30 DEJEUNER	
14h00 - 15h30 Mandat INTRAH	14h30 - 16h00 Travaux de groupe: Implications de l'intégration de	14h30 - 16h00 Domaines priori- taires d'A.T.	
15h30 - 15h45 PAUSE	SMI dans la forma- tion en PF	16h00 - 16h15 PAUSE	
15h45 - 16h30 Préparation aux présentations	16h00 - 16h15 PAUSE	16h15 - 18h00 Présentations et synthèse	
16h30 - 18h00 Présentations (6 pays)	16h15 - 18h00 Travaux de groupe (suite)	Recommandations du TAC 1989 - Administration Q.A.P.	
Synthèse	Synthèse		

APPENDIX B.2

Goals and Objectives
(Buts et objectifs)

BUTS ET OBJECTIFS DE LA REUNION DU COMITE CONSULTATIF TECHNIQUE

(T A C 1989)

BUTS

- . Passer en revue les réalisations et les leçons apprises dans l'exécution du projet INTRAH dans les différents pays.
- . Tracer les grandes lignes de l'approche de développement des projets de formation du personnel des services intégrés de SMI/PF.

OBJECTIFS

1. Présenter le mandat d'INTRAH et son approche dans le développement des projets de formation.
2. Présenter les résultats et recommandations de (s) suivi (s) et revue finale des projets réalisés dans le cadre de PAC II.
3. Identifier les éléments pouvant contribuer au développement des services intégrés de SMI/PF.
4. Identifier les éléments de SMI pouvant être intégrés dans la formation en P.F.
5. Discuter du degré d'intégration des éléments identifiés.
6. Dégager les domaines prioritaires d'assistance technique pour chaque pays compte tenu des éléments discutés.

APPENDIX C.1

Needs Assessment Questionnaire
(Questionnaire de recensement des besoins)

**Programme International pour la Formation en Matière de Santé
Program for International Training in Health**

The University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine
Faculté de Médecine , Université de la Caroline du Nord

Villa SIPHO 45
à côté de la Poste
Quartier Deux Plateaux

Bureau Régional pour
l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale
06 BP 1036 Abidjan 06, Côte d'Ivoire
Téléphone : (225) 41.37.90
Télex : 23555 ou 23493
Fax : (225) 44.00.50

Cher Membre du TAC

Nous sommes heureux que vous soyez parmi nous du 10 au 13
Juillet prochain pour la dernière réunion TAC avant la fin du
contrat INTRAH pour le projet PAC II A.

Nous avons préparé ce questionnaire compte tenu de l'accent
que nous voulons placer sur le développement des institutions
pouvant avoir un rôle déterminant dans la formation en SMI/PF.

Prière remplir le questionnaire et le remettre à un des
organiseurs dès votre arrivée à Lomé.

Nous vous prions aussi de bien vouloir apporter avec vous des
exemples de matériels, curricula, plans de travail... de votre
pays.

Nous vous souhaitons bon voyage à Lomé.

REUNION DU COMITE CONSULTATIF TECHNIQUE

I N T R A H

LOME 10 - 13 JUILLET 1989

Questionnaire

1. Recenser ci-après les institutions dans votre pays qui peuvent contribuer à la promotion de la planification familiale.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Parmi ces institutions lesquelles pensez-vous ont besoin d'une Assistance Technique pour aboutir à une auto-suffisance en matière de formation ?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Dans quelle mesure ces institutions pourront elles contribuer au développement de l'auto-suffisance en matière de formation au plan national ?

4. Décrivez de façon concrète comment vous concevez l'Assistance Technique souhaitée (compte tenu de l'expérience que vous avez avec INTRAH).

5. Compte tenu des résultats de votre expérience avec INTRAH et de vos besoins aussi bien en formation de base (Ecoles de Fomation) qu'en formation continue, quelles activités principales planifieriez vous pour les cinq (5) prochaines années par ordre de priorité ?

- a _____
- b _____
- c _____
- d _____
- e _____
- f _____
- g _____

6. Commentaires ou suggestions à INTRAH pour la réunion, du TAC :

APPENDIX C.2

Technical Assistance Needs as Expressed by TAC Members
(Besoins en assistance technique)

BESOINS D'ASSISTANCE TECHNIQUE EXPRIMES PAR
LES MEMBRES DU TAC

(données de la question N° 5
du questionnaire de recensement de besoins)

1. Recyclage des enseignants
2. Equipement des écoles sélectionnées (en matériel didactique)
3. Renforcer la supervision de l'intégration (de la P.F. aux écoles)
4. Suivi des élèves
5. Voyage d'étude de longue durée
6. Recyclage des évaluateurs
7. Formation clinique du personnel
8. Formation en supervision
9. Formation en management
10. Développement de matériels didactiques
11. Renforcement du noyau national de formateurs
12. Implantation d'un centre régional de formation
13. Formation en techniques d'encadrement
14. Formation d'une équipe d'évaluation au niveau des régions
15. Equipement de bibliothèque
16. Production du matériel audio-visuel
17. Intégration de la PF dans la Faculté de Médecine
18. Assistance technique dans l'élaboration des protocoles des services
19. Assistance technique dans le suivi de formateurs

APPENDIX D

Expectations of TAC Members
(Les attentes des membres)

ATTENTES MEMBRES C.C.T. 89

- (1)- Passer en revue les besoins en formation conformément aux exigences du programme global de P/F.
- (2)- Insister sur les besoins de formation de prestataires de services et d'évaluateurs.
- (3)- Ce que devierdra INTRAH s'il ne gagne pas le contrat.
- (4)- Processus d'intégration de P/F dans la formation de base.
- (5)- Leçons tirées et perspectives d'avenir.
- (6)- Comment convaincre les décideurs de la nécessité de P/F.
- (7)- Comment éviter la déperdition des agents formés en P/F ?
- (8)- Suivi de formateurs formés par INTRAH au Niger, ainsi que la seconde génération.
- (9)- INTRAH prévoit-il la formation de l'ECF au Mali en évaluation et supervision ?
- (10)- Comment s'assurer que les conditions matérielles de travail sont réunies après la formation ?
- (11)- Intégration de la P/F dans les activités traditionnelles de (la) S.S.P. (mise en place, suivi, élaboration de matériel de supervision ...).
- (12)- Ressources humaines et autres disponibles en matière de P/F au sein des pays du C.C.T.
- (13)- Expériences des autres pays en matière de politique de services de P/F.

~~2~~

Savoir l'expérience des autres pays en matière de supervision P/F et comment INTRAH compte la renforcer.

- (15)- Débats francs pour des recommandations précises.
- (16)- Définition d'un programme d'intervention INTRAH dans les pays et le cadre de collaboration.
- (17)- Expérience d'un pays qui a élaboré les normes d'intégration des activités de P/F dans SMI.
- (18)- Exemple d'un pays auto-suffisant en matière de formation.

RESUME : ATTENTES

- * LECONS APPRISES ET PERSPECTIVES D'AVENIR :
1 - 2 - 3 - 5 - 7 - 8 et 10
9 - 12 - 14 - 18.
- * PROBLEMES AYANT TRAIT A L'INTEGRATION
4 - 11 - 16 - 17
- * POLITIQUE DE SERVICE : 6 - 13.

SUGGESTIONS DES PARTICIPANTS
POUR LA REUNION TAC.

- * Passer en revue les activités réalisées par INTRAH et tirer des leçons pour le futur.

- * Examiner les besoins non satisfaits pour chaque pays.

- * Susciter des débats sur les échanges d'expériences entre les pays.

- * Mettre l'accent sur les orientations futures en matière d'intervention d'INTRAH.

APPENDIX E

INTRAH's Mandate
(Mandat d'INTRAH)

LE MANDAT D'INTRAH

Cette année il y a eu plusieurs membres du Comité Consultatif Technique qui participent à cette réunion pour la première fois. Pour cela, il serait utile de savoir plus sur INTRAH. Je présenterai INTRAH aux nouveaux membres et ensuite j'apporterai des informations supplémentaires aux anciens membres.

Le programme international de formation en matière de la santé, INTRAH a commencé en 1979 avec le financement du bureau de population de l'agence internationale de développement. Depuis 10 ans - dans 2 contrats de 5 ans le travail d'intrah a été localisé sur le développement des capacités et la confiance dans les pays à élaborer, à organiser, à gérer, à exécuter et à évaluer la formation. Cette formation devrait être dirigée vers l'extension et la disponibilité des services de qualité de planning familial.

Depuis 5 ans, INTRAH a servi des pays de l'Afrique, au Sud du Sahara et des pays de l'Asie, et a contribué à la formation de plus que 30,000 personnel - de ces personnels formés avec l'assistance d'INTRAH, 99% ont été formés dans les pays où ils travaillent et ils habitent.

Comment autant de travail est fait ? Nous croyons que c'est la qualité et la dédication du staff d'INTRAH et les gens avec qui nous travaillons dans les pays. Le conseil et les idées des membres du comité consultatif technique de l'Afrique et de l'Asie nous ont aussi beaucoup aidés. Le bureau régional d'INTRAH abidjan pour l'Afrique francophone a l'équivalence à Nairobi. Ce bureau de Nairobi sert les pays anglophones. Le bureau à Chapel Hill sert le programme en Asie et a des responsabilités globales pour la gestion des programmes, la documentation et des activités administratives et financières à Chapel Hill, il y a plusieurs spécialistes techniques en évaluation, en matériaux de formation et en services de Planning Familial clinique.

Au mois de septembre, le contrat entre INTRAH et AID prend fin. Nous sommes en train d'élaborer un nouveau projet pour les 5 prochaines années. Nous voudrions être guidés par vos idées, vos suggestions et vos recommandations pendant cette réunion. Si c'est INTRAH qui gagne le prochain contrat - ça serait très bien - mais même si ce n'est pas INTRAH qui travaille dans la région de l'Afrique au Sud de Sahara, ce qui est important c'est que vous, les responsables des programmes en Planning Familial - que vous soyez clairs sur ce que vous voulez - quels sont vos besoins, quel est l'assistance qui va vous aider à renforcer et à améliorer les services sur le terrain.

Nous, à INTRAH, voudrions être à votre service - le rôle le plus important de l'assistance. Ce que nous vous demandons pendant cette réunion, c'est d'aider, et de guider les efforts d'assistance dans la région et dans vos pays.

Les domaines prioritaires pour INTRAH dans le développement des projets de formation à l'avenir sont basés sur le travail réalisé et les leçons apprises depuis 10 ans quand INTRAH a commencé. Pendant le premier contrat de 5 ans, on a localisé les efforts sur la formation des prestataires - les infirmiers, les sages-femmes, les auxiliaires et les superviseurs. On s'est rendu compte qu'il fallait développer les ressources humaines. Pendant le deuxième contrat un suivi du premier contrat - on a localisé des efforts et des ressources sur l'amélioration et le développement des compétences des institutions nationales - les institutions locales à planifier, gérer, prester, superviser et évaluer la formation du personnel. Ceci constitue une réponse au besoin d'institutionnaliser ces compétences afin d'amener les pays progressivement à l'auto-suffisance en matière de la formation en SMI Planning Familial.

Au niveau de chaque pays et chaque institution, il faut recenser les besoins et déterminer les prioritaires spécifiques. Nous, INTRAH, suggérons les domaines prioritaires pour l'assistance, et nous encourageons de les explorer et les discuter pendant cette réunion.

- . Mettre l'accent sur la qualité des services de SMI/PF. La qualité des services est aussi à l'acceptation et l'utilisation continue des méthodes d'espacement des naissances.
- . Les services de qualité doivent émerger des politiques des services et les normes de services bien claires. Ils doivent être soutenus par un système régulier de supervision dirigé vers la résolution des problèmes sur le terrain.
- . Identifier les éléments importants de l'intégration SMI/PF au niveau de la formation d'abord, pour aboutir ensuite aux services de qualité intégrés sur le terrain.
- . Renforcer la préparation des prestataires des services de SMI/PF au niveau de la formation de base pour éviter le besoin de rattraper les prestataires en cours d'emploi.

Le but commun de tous ces domaines prioritaires est d'améliorer et d'étendre la qualité et la quantité des services de SMI/PF sur le terrain.

APPENDIX F

Country Presentations
(Présentations des Pays)

ANNEXE E

PRESENTATION DES PAYS

- * BURKINA FASO
- * NIGER
- * RWANDA
- * TOGO
- * ZAIRE / PSND - 6ème Direction
- * ZAIRE / AZBEF

BURKINA FASO

OBJECTIFS DE DEPART	OBJECTIFS REVISES	REALISATIONS PRINCIPALES	LECONS APPRISES	RECOMMANDATIONS (à l'intention d'INTRAH)
1. Développer un no- yau national de 20 formateurs (10 Santé, 10 Social) (* la capacité nationale).	1. Développer une équipe de 18 mem- bres (10 Santé, 8 Essor).	1. 18 formateurs for- més (TOT/IEC/Clini- que/Gestion (Voyage d'études).	1. La réduction du nombre de participants et la prépa- ration des terrains de stages ont abouti à une meilleure atteinte des ob- jectifs de stage pratique.	1. La politique de P/F devrait être définie de façon explicite, et être élaborée avec la collabo- ration des différents secteurs impliqués (gouvernement, secteur privé, ...).
2. Former 165 pres- tataires de services en P/F clinique.	2. Assurer la forma- tion d'environ 130 prestataires.	2. Formation en éva- luation de 6 na- tionaux.	2. Des efforts ont été faits pour compenser l'absence de politique de services clairement établis, (volon- té politique poussée, adop- tion des normes fixées par les experts, avis des ex- perts nationaux).	2. La stratégie de formation clini- que développée au niveau central devrait être suivie pour la décentralisation de la formation.
3. Mise en place d'une stratégie d'évaluation (collecte des données de base, suivi et revue fi- nale).	3. Formation de 15 encadreurs de stage pratique.	3. 108 prestataires formés en P/F clinique.	3. La P/F ne se développe pas de la même manière dans tous les secteurs par man- que de définition claire de la politique de services de P/F.	3. Avant le démarrage d'un prochain projet, un atelier devrait être organisé avec la participation de tous les partenaires. Un tel atelier pourrait permettre de clarifier les attentes des différentes parties, préciser les objectifs et les rôles de chacun.
4. Intégrer la P/F dans le curriculum de 2 écoles profession- nelles (Bobo- Ouaga) (ENSP).	4. Former les ensei- gnants de l'ENSP en P/F clinique.	4. 15 encadreurs for- més dont environ 10 sont fonctionnels.	4. Sur le terrain, la complé- mentarité (collaboration) des actions des différentes catégories de personnel ne s'est pas exprimée selon les attentes (ex: agents sociaux; agents médicaux). Les presta- taires n'ont pas conscience qu'ils visent le même objec- tif (satisfaire les besoins de la communauté en matière de P/F.	4. Prévoir le recyclage des agents déjà formés.
	5. Financement des activités de su- pervision + Assistance techni- que pendant un atelier mené par MSH.	5. 17 enseignants de l'ENSP formés en P/F clinique.	5. Le Développement de la stratégie de formation a tenu compte des éléments très importants tels que : l'existence d'un curricu- lum, d'une équipe nationa- le de formateurs et d'en- cadreurs, et des conditions adéquates. Ceci a favorisé la collaboration entre la formation de base, la for- mation continue et les services.	5. Renforcer l'équipe nationale de formateurs.
		6. Intégration de la P/F dans le curricu- lum de 3 écoles (Bobo-Ouaga-Ouahi- guya).		6. Suivi des enseignants formés à l'ENSP.
		7. Visite de supervi- sion par la DSF (toutes les 12 pro- vinces).		7. Assurer la formation des évaluateurs aux écoles pro- fessionnelles.
		8. Les liens entre la formation de base et la formation conti- nue ont été renfor- cés.		8. Intégrer la P/F dans les facul- tés de médecine.
				9. Créer un centre régional de formation de P/F.

OBJECTIFS DE DEPART	OBJECTIFS REVISES	REALISATIONS PRINCIPALES	LEÇONS APPRISSES	RECOMMANDATIONS (à l'intention d'INTRAH)
<p>1. Mettre en place une stratégie de formation.</p> <p>2. Développer un curriculum standard.</p> <p>3. Former 50 prestataires de services à Zinder et à Maradi en vue de décentraliser des services de PF.</p>	<p>1. Finaliser le curriculum en se basant sur les résultats des suivis.</p> <p>2. Former 25 prestataires supplémentaires à Tahoua.</p> <p>3. Assurer une formation de base en formation pour 13 agents de MSP/AS/CF.</p>	<p>1. 4 évaluateurs formés dont 1 fonctionnel.</p> <p>2. 74 prestataires formés en PF clinique sans pose de DIU (Zinder, Maradi et Tahoua).</p> <p>3. Curriculum PF standard développé avec la participation des nationaux.</p> <p>4. 13 agents formés en Formation des Formateurs de base (au niveau national).</p>	<p>1. Les critères d'évaluation retenus pendant les suivis n'étaient pas fixés avant le suivi (les normes techniques officielles préétablies).</p> <p>2. Pendant la formation PF, les apprenants n'ont pas eu assez de pratique pour des raisons de faiblesse de la demande et de conditions de travail non-satisfaisantes.</p> <p>3. Le développement d'un curriculum standard est un processus continu qui nécessite plusieurs étapes (développer, tester et corriger).</p> <p>4. La notion de l'équipe nationale de formateurs n'était pas comprise de la même manière par INTRAH et le MSP.</p> <p>5. La participation d'un responsable de haut niveau a permis l'adoption des méthodes participatives de formation préconisées par INTRAH.</p>	<p>1. La nouvelle loi (1988) devrait être utilisée comme point de départ pour la préparation de la politique de services incluant les normes techniques.</p> <p>2. La stratégie de décentralisation de la formation et des services doit tenir compte de la demande en PF et les conditions sur le terrain.</p> <p>3. Avant d'entamer les activités du nouveau projet bilatéral INTRAH, le MSP et l'USAID doivent avoir la même compréhension de la notion de "l'équipe nationale" de formation. Une fois que la notion est comprise, la stratégie de formation devrait être révisée en conséquence.</p> <p>4. Les responsables impliqués dans l'exécution du projet devraient être sensibilisés aux approches de formation. Ceci pourrait se faire dans le cadre d'un atelier de démarrage.</p> <p>5. Le suivi des formateurs formés.</p> <p>6. Former les encadreurs de stage pratique.</p> <p>7. Former les évaluateurs (au niveau central et département).</p>

OBJECTIFS DE DEPART	OBJECTIFS REVISES	REALISATIONS PRINCIPALES	LECONS APPRISES	RECOMMANDATIONS (à l'intention d'INTRAH)
<p>1. Développement d'un curriculum pour la formation.</p> <p>2. Formation clinique de 200 prestataires de service.</p> <p>3. Mise en place d'une stratégie d'évaluation. (y compris formation de 3 personnes).</p> <p>4. Formation d'une équipe nationale de formateurs (12 personnes).</p> <p>5. a)- Développement d'un curriculum en P/F pour les écoles secondaires. b)- Formation de 192 enseignants du secondaire.</p> <p>7. Formation en gestion de 36 agents de l'ONAPO.</p> <p>8. Formation en E.V.F. pour les prestataires.</p> <p>- Développement d'un curriculum en E.V.F. pour les prestataires de service.</p> <p>- Formation des prestataires de service.</p> <p>9. Voyage d'étude.</p>	<p>1. Développement de la capacité de l'ONAPO à prêter les services de PF.</p> <p>2. Développer la capacité de l'ONAPO à assurer la formation en matière de population et de P/F.</p> <p>3. Développer la capacité de l'ONAPO à gérer les programmes de P/F.</p> <p>4. Intégrer les programmes de P/F et population dans le programme scolaire.</p>	<p>1. 88 cliniciens formés (dont 80% pratiquent).</p> <p>2. Un noyau de formateurs formés (18 personnes) dont des infirmiers et des médecins.</p> <p>3. 13 personnes formées en gestion des programmes de P/F.</p> <p>4. Développement d'un guide pour la formation en E.V.F. utilisé pour la formation des enseignants.</p> <p>5. 130 enseignants sensibilisés en population et P/F.</p> <p>6. 3 membres de l'ONAPO en voyage d'étude au Kenya.</p> <p>7. Un guide de supervision développé.</p> <p>8. Curriculum pour la formation des prestataires développés.</p> <p>9. Une stratégie d'évaluation a été mise en place.</p>	<p>1. Formation et Evaluation ont été menées en l'absence de protocoles de services et standards pré-établis.</p> <p>Ceci a créé des difficultés quant à l'utilisation de curricula appropriés et la définition des niveaux acceptables de performances.</p> <p>2. Certaines activités planifiées n'étaient pas réalisées ; elles ont été réorientées compte tenu des besoins du pays.</p> <p>3. La stratégie d'intégration de P/F et population a posé quelques problèmes parce que toutes les institutions intéressées n'étaient pas impliquées.</p> <p>4. Le concept d'équipe nationale de formateurs n'était pas compris de la même façon par ONAPO et INTRAH.</p> <p>5. Le document sur les de supervision clinique n'était pas systématiquement utilisé, parce que le ministère de la santé n'était pas impliqué.</p>	<p>1. L'ONAPO devrait développer les protocoles et normes de services standards.</p> <p>2. La collaboration avec les autres institutions nationales devrait être renforcée surtout pour la stratégie d'intégration de la PF dans les services socio-éducatifs.</p> <p>3. Un atelier de démarrage du projet doit être mené pour clarifier les objectifs et préciser les attentes des différentes parties.</p>

OBJECTIFS DE DEPART	OBJECTIFS REVISES	REALISATIONS PRINCIPALES	LEÇONS APPRISSES	RECOMMANDATIONS (à l'intention d'INTRAH)
<p>1. Sensibiliser les cadres des 27 centres du PISF-II.</p> <p>2. Inventorier les 27 centres et déterminer les besoins en formation.</p> <p>3. Mettre en place une stratégie de formation :</p> <p>a) Développement de curricula clinique, gestion et IEC.</p> <p>b) Formation de formateurs Niveau National et Régional.</p> <p>c) Formation des prestataires de services.</p>	<p>1. Utiliser le Séminaire National comme moyen d'analyser les problèmes liés à l'exécution du Programme National.</p> <p>2. Ajouter un volet évaluation à la stratégie de formation.</p> <p>3. Développement d'une politique des prestations des services.</p>	<p>1. Inventaire des 27 sites a été réalisé.</p> <p>2. 3 curricula développés dont 2 testés.</p> <p>3. 37 Formateurs formés dont 9 au niveau central et 28 au niveau régional.</p> <p>4. 9 encadreurs de stage ont été formés.</p> <p>5. 14 agents I.E.C. formés.</p> <p>6. 15 prestataires de services cliniques formés.</p> <p>7. Un Séminaire National a regroupé les 27 responsables des centres.</p> <p>8. Un Suivi a été réalisé atteignant 50% des agents formés.</p> <p>9. Les supports de gestion ont été développés conformément aux recommandations du Séminaire National.</p>	<p>1. L'insuffisance des ressources humaines et la multitude de projets sous la DME n'ont pas permis une exécution du projet dans les délais requis. La nomination d'un coordonnateur résident s'est avéré nécessaire pour prêter une assistance au PNBEF.</p> <p>2. L'absence d'une politique nationale de services de PF a été à la base de certaines contraintes dans l'exécution des activités (contraintes d'ordre juridiques, manque de normes de référence).</p> <p>3. 100% des agents d'IEC sont opérationnels. -12% des cliniciens attendent d'être équipés pour être opérationnels dès les mois à venir. -La majorité des formateurs ne sont pas encore opérationnels en raison du retard de la programmation des activités du P.N.B.E.F.</p> <p>4. Au moment de l'élaboration du projet, l'identification des besoins en formation n'était pas appropriée et il y a eu nécessité d'un réajustement dans les affectations du personnel formé.</p> <p>5. Organiser des séminaires régionaux après le séminaire national.</p>	<p>1. Le développement des projets futurs devra être accompagné du renforcement des ressources pour les gérer.</p> <p>2. La politique des services et normes qui vont être développées doivent être ventilées au niveau des 27 centres et servir de référence pour le développement des fiches techniques.</p> <p>3. La sélection des agents devra tenir compte des conditions de travail après leur formation.</p> <p>4. Un système de supervision devra être mis en place.</p>

OBJECTIFS DE DEPART	OBJECTIFS REVISES	REALISATIONS PRINCIPALES (Projetées & Inattendues)	LEÇONS APPRISSES	RECOMMANDATIONS (A l'intention d'INTRAH)
<p>1. Augmenter la capacité du PSND à former les prestataires des services des N.D. :</p> <p>a) Révision du curriculum de base et des normes de performance clinique.</p> <p>b) Formation des formateurs (15).</p> <p>c) Recycler les prestataires formés.</p> <p>2. Améliorer la capacité à gérer et à superviser les activités des N.D.</p> <p>3. Améliorer la bibliothèque de référence en N.D. du P.S.N.D., AZBEF et SANRU.</p> <p>4. Faciliter l'intégration des N.D. dans les écoles A2 & A3.</p> <p>5. Mettre en place une stratégie d'évaluation de la formation.</p>	<p>1.</p> <p>a) Développer un curriculum de base clinique en N.D.</p> <p>b) Former 15 formateurs supplémentaires.</p> <p>2. Renforcer la capacité à superviser au niveau de chaque institution : (P.S.N.D. & 6ème Direction).</p>	<p>1. Equipe de formateurs formés dans les 3 centres de formation du P.S.N.D. (23 opérationnels).</p> <p>a) Curriculum de base des N.D. développé et utilisé par PSND & AZBEF.</p> <p>2. Un guide de supervision a été élaboré et adapté au niveau du PSND.</p> <p>3. L'activité d'amélioration de la bibliothèque n'a pas été réalisée.</p> <p>4. Le processus d'intégration a été entamé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le module a été développé, - 33% des écoles autorisées ont intégré, - 57 (sur 100 prévues) enseignants ont été formés sur l'utilisation du module. <p>5. 4 évaluateurs ont été formés (2 opérationnels au PSND et 2 opérationnels à la 6ème Direction).</p>	<p>1. La coordination d'un tel projet s'est avérée plus complexe que prévue. Ceci peut expliquer la non-réalisation de quelques objectifs.</p> <p>2. La stratégie d'intégration aux écoles A2 & A3 n'a pas été analysée.</p> <p>3. Il y a l'interdépendance entre les systèmes (formation de base/ formation continue et services).</p> <p>4. La stratégie de développer un système de supervision n'était pas basée sur une analyse détaillée des besoins.</p> <p>5. Le nombre d'évaluateurs n'était pas suffisant compte tenu de la décentralisation de la formation, de l'étendue des activités de formation, et du pays.</p> <p>6. Le guide de supervision élaboré met plutôt l'accent sur les aspects administratifs que sur les aspects techniques de la prestation des services des N.D.</p> <p>7. Contraintes non suffisamment étudiées.</p> <p>8. Les techniciens n'ont pas été associés à la discussion du projet pour la VIè Direction.</p>	<p>1. Si un projet est développé qui a la même envergure que celui-ci, il faudrait envisager la mise en place d'un bureau de coordination.</p> <p>2. La stratégie d'intégration doit être révisée en tenant compte de l'interdépendance des différents systèmes (formation de base/ formation continue et services).</p> <p>3. Un recensement des besoins devrait être mené au niveau national qui identifie les différents niveaux de supervision des activités.</p> <p>4. Le nombre des évaluateurs nationaux devrait être augmenté en tenant compte de la décentralisation de la formation.</p> <p>5. Un guide de supervision devrait être élaboré, basé sur la politique des services de N.D.</p>

OBJECTIFS DE DEPART	OBJECTIFS REVISES	REALISATIONS PRINCIPALES	LECONS APPRISES	RECOMMANDATIONS (à l'intention d'INTRAH)
1. Augmenter la capacité de l'AZBEF à former des formateurs.	1. Former 80 prestataires.	1. 79 prestataires formés dont 93% sont en service.	1. Dans un champ d'action réduit, l'atteinte des objectifs du projet était plus aisée.	1. La même stratégie de développement de projet devra être adoptée en mettant l'accent sur la politique de service.
2. Former 100 prestataires de services dans les zones non desservies par le PSND et SANRU.	2. Inventorier les sites avant les 3 dernières sessions et développer les critères de sélection.	2. 31 nouvelles unités des N.D. opérationnelles grâce aux prestataires formés.	2. L'inventaire des sites et le développement des critères de sélection ont abouti à un meilleur choix de participants.	2. Un suivi de superviseurs régionaux devra être mené afin de déterminer l'application des principes de supervision quantitative sur le terrain.
3. Former : - 8 superviseurs - 2 évaluateurs	3. Mener un atelier de supervision quantitative pour 15 agents régionaux de l'association.	3. 14 superviseurs régionaux ont été formés et ont développé un guide et des outils de supervision quantitative.	3. L'existence d'un curriculum et de personnes ressources a permis à l'AZBEF de se concentrer aux autres objectifs de la formation.	3. La pratique de mener certaines activités ensemble (AZBEF-PSND-6ème Dir.-SANRU) devra continuer.
4. Mettre en place une stratégie d'évaluation.	4. Mettre en place une stratégie d'évaluation.	4. 2 membres de l'AZBEF ont été formés en tant que formateurs dont 1 est opérationnel.		
5. Organiser une bibliothèque de référence.		5. 2 <u>évaluateurs</u> formés et opérationnels.		
		6. 2 responsables de l'AZBEF ont effectué un voyage d'étude.		

APPENDIX G

Case Study: Morocco's National FP Program
(Texte sur le cas du Maroc)

UNE ETUDE DE CAS SUR LE MAROC

Quelques éléments des services intégrés SMI/PF (Mabudi-A-SHAMPS et Mandu EKASI)

Le Maroc occupe la partie Nord-Est de l'Afrique. Il est séparé de l'Europe par le Détroit de Gibraltar.

La population marocaine est en grande partie musulmane Sunite de souche Arabo-Berbère. La minorité juive représente environ 10 000 personnes. La plupart des résidents étrangers sont Français ou Espagnols.

L'Arabe est la langue officielle et nationale. Le français prédomine en tant que deuxième langue surtout dans l'administration et le commerce. L'espagnol est surtout usité dans le nord du pays.

Le système éducatif marocain s'est répandu depuis 1956. L'éducation est gratuite et obligatoire pour l'école primaire.

Le Maroc est riche en ressources naturelles et humaines. Ses principales ressources sont surtout agricoles. Il existe une série d'usines dont les chaînes de montage des véhicules et d'autres appareils. Certaines usines fabriquent des produits pharmaceutiques et d'autres des objets sous licence.

La politique sanitaire marocaine est initiée par le ministère de la Santé Publique ; lequel ministère comprend deux grandes directions. Il s'agit de la Direction des Affaires Techniques et de la Direction des Affaires Administratives. Parmi les activités sanitaires menées dans le pays, la P.F occupe une place importante. Celle-ci est intégrée à différents niveaux.

Au niveau du ministère, il y a une Division de la Population où se fait la conception des programmes de SMI/PF pour l'ensemble du pays.

Dans chaque province, il y a un hôpital spécialisé qui prend en charge les soins spécialisés en matière de PF. Nous citons à titre d'exemple la ligature des trompes. Dans les secteurs, on trouve les Centres de Santé qui offrent presque tous les soins de base. C'est à ce niveau qu'on trouve les infirmiers itinérants qui travaillent dans le cadre du programme de Visites à Domicile de Motivation Systématique. (V.D.M.S.).

La planification familiale au Maroc remonte aux années 1965. Le décret Royal encourageant la PF a été signé à cette date. Le groupe cible visé par le Programme de PF est constitué de femmes en âge de procréer. L'âge requis se situe entre 15 et 49 ans. Actuellement, la prévalence est estimée à 40 % et 45 % des femmes en âge de procréer soit 3.000.000 de femmes suivent une des méthodes contraceptives.

Avant 1976, le Maroc avait lancé un programme de distribution communautaire dans les milieux urbains et ruraux. Mais, celui-ci n'avait pas eu du succès à cause de certains problèmes rencontrés surtout dans le milieu urbain. La plupart des couples contactés dans le milieu urbain répondaient qu'ils avaient un médecin privé. De retour dans leur foyer, certaines distributrices avaient des problèmes avec leur mari du fait que dans l'exercice de leur fonction, il leur arrivait d'entrer en contact avec certaines personnes célibataires.

Face à cette situation, les autorités marocaines avaient décidé de suspendre l'activité dans le milieu urbain et de la continuer dans le milieu rural.

En 1976, le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de la coopération internationale (en particulier l'aide de l'A.I.D.), conçut un projet pilote de recherche opérationnelle en planification familiale dans la province médicale de Marrakech. Ce projet s'y est déroulé de 1977 à 1980. Il s'agissait, de l'utilisation programmée et intensive du potentiel humain et de l'infrastructure de la santé publique d'une province, de renforcer les activités de planification familiale. Ce projet fut intitulé : Projet de visite à domicile de motivation systématique "VDMS". Ce projet complètement évalué, toucha près de 150 000 femmes en âge de procréer et 60 % des femmes visitées ont accepté une méthode contraceptive. Il se dégagait également la nécessité de satisfaire les besoins des populations en soins de santé de base.

Aussi, en plus des prestations en planification familiale, un "paquet" d'actions en soins de santé de base devait pouvoir être fourni aux populations dans le cadre d'un nouveau programme VDMS. Ce programme bénéficiera à quatre (4) provinces dès la fin de l'année 1981. En 1986, il sera étendu à sept (7) provinces et à huit (8) préfectures couvrant ainsi 74 % de la population totale du Royaume. Ce programme VDMS dénommé "nouvelle formule" est basé sur des prestations en planification familiale, protection de la santé de la mère et de l'enfant et soins courants. Il est constitué par un paquet d'actions comportant les prestations ponctuelles suivantes :

- Dépistage des cas de malnutrition infantile protéino-calorique en vue de leur prise en charge par des formations sanitaires, ambulatoires ou hospitalières.

- Dépistage des diarrhées infantiles et fourniture pour leur traitement de sels de réhydratation orale (S.R.O.).

- Dépistage et orientation des enfants non ou incorrectement vaccinés aux formations sanitaires concernées pour le rattrapage vaccinal.

- Lutte contre l'anémie ferriprive par la délivrance pour les femmes enceintes et allaitantes de comprimés, de sel, de fer et d'acide folique.

- Fourniture de la pilule et autres moyens contraceptifs.

- Prestation de soins courants.

L'infirmier itinérant ou visiteur chargé d'assurer ces services collecte les données sur une fiche VDMS régulièrement exploitée.

L'ensemble du programme VDMS est fondé sur la motivation systématique et l'éducation sanitaire, et l'infirmier itinérant ou visiteur consolide toutes ces activités par la communication interpersonnelle.

L'infirmier itinérant dispose d'une aire géographique ou il mène les activités de santé. A partir d'un horaire des visites établi par le major du secteur médical, l'agent VDMS effectue des visites à travers les différentes localités. Au départ, il a une carte de chaque localité, le nombre des maisons, leur localisation et leur numéro. Toutes ces informations lui facilitent les visites.

FORMATION DE BASE ET FORMATION CONTINUE

Le Maroc organise une formation intégrée pour le personnel paramédical oeuvrant dans ses structures sanitaires de base et dans son programme V.D.M.S.

Il existe trois niveaux de formation du personnel paramédical :

- Le 1er niveau** : prépare au diplôme d'adjoint de santé breveté appelé communément auxiliaire sanitaire (infirmier diplômé)
- Le 2e niveau** : prépare aux diplômes d'adjoints de santé diplômé d'Etat. C'est à ce niveau que sont formés les infirmiers d'Etat polyvalents.
- Le 3e niveau** : prépare aux diplômes des adjoints de santé diplômés d'Etat spécialistes. Cette catégorie est formée à l'école des cadres et comporte plusieurs spécialités. L'accès à l'école des ASDE est ouvert sur concours aux ASDE de toutes les options.

Le programme de formation comprend un enseignement théorique, pratique et des stages dont le S.M.I/P.F. occupent une place considérable.

INTEGRATION DU PF DANS LA FORMATION DE BASE ET CONTINUE DES PARAMEDICAUX

Il existe un module de PF intégré dans le programme de formation de base du personnel paramédical des niveaux 1 et 2.

Un recyclage est organisé au niveau 3 en atelier de cinq (5) jours avec beaucoup d'études de cas, beaucoup de pratique. Pour être jugé performant d'étudiant doit pouvoir insérer au moins 10 DIU. Le module du niveau 1 et 2 comporte quatre (4) unités.

Unité 1 : parle de la politique et philosophie marocaine en matière de PF. (Cette matière est donnée aux adjoints de santé brevetés ou auxiliaires de santé et aux adjoints de santé diplômés d'Etat de toutes les options).

Unité 2 : parle des méthodes préparant les prestations du PF. Cette partie est réservée à l'option infirmière des 2 niveaux.)

Unité 3 : parle des méthodes contraceptives du PF (sans insertion de DIU).

Unité 4 : I.E.C. en PF (toutes les techniciens de santé).

L'enseignement est théorique et pratique. Les élèves sont suivis en stage non seulement par les encadreurs de l'école mais également par le personnel du service. Il existe une collaboration étroite entre l'école et le service en ce qui concerne la formation pratique des élèves en PF.

INTEGRATION DES SERVICES DE S.M.I./P.F.

Les services sont organisés de façon à permettre à la mère de recevoir lors de son passage au Centre de santé, tous les soins dont elle et son bébé ont besoin.

Le programme V.D.M.S. facilite le contact "service et population" et le personnel est préparé par la formation de base et continue à répondre efficacement aux besoins des collectivités, familles et individus.

C'est une expérience très enrichissante mais un peu coûteuse pour nos pays en voie de développement, à cause des moyens matériels et équipement qu'implique le programme V.D.M.S.

APPENDIX H

Results of Small Group Work
(Constats de travaux de groupe)

APPENDIX H.1

Operational Definition of Integration
(De la définition opérationnelle de l'intégration)

T R A V A U X D E G R O U P E

T A C H E

- Donner une définition opérationnelle du concept "Intégration" dans le cadre de la SMI/PF.

G R O U P E S

GROUPE 1

Mme MENSAH
Dr. SALAMI
Mr. KAMANZI
Mme KOUE-LOU
Dr. MAIDOUKA

GROUPE 2

Mr. MANDU
Dr. HODONOU
Mme ILBOUDO
Mr. MARICO
Mme ADAMA
Mme OUMOU

GROUPE 3

Mr. KABORE
Mme CHIRWISA
Mr. SHAMP
Dr. NGARBEUL
Mr. MENSAH
Mme TCHALLA

G R O U P E 1

DEFINITION

Possibilité pour chaque personne de recevoir sur place tous les services de SMI quotidiennement :

- * Unité de structures
- * Personnel
- * Système de gestion
 - . Gestion stock
 - . Recueil de données
- * Supervision
- * Formation

G R O U P E II

ELEMENTS DU CONCEPT D'INTEGRATION

- * Existence d'une structure qui offre des services de SMI/PF.
- * Existence d'un personnel formé et polyvalent pour prester ces services.
- * Existence de soins adéquats.

* Existence d'un bon système de gestion

- Ressources humaines
- Ressources matérielles
- Ressources financières
- Produits médico-pharmaceutiques.

* Existence d'un système favorisant la participation communautaire.

G R O U P E III

INTEGRATION

Définition opératoire

A/ Au niveau de la base

- 1)- Regroupement de tous les services au même endroit.
- 3) Disponibilité de tous les services à tout moment.
- 4)- Accessibilité de tous les services : géographique, financière, culturelle.
- 5)- Standardisation des outils de collecte des données.

B/- Au niveau intermédiaire

- 1)- Standardisation des instruments de supervision.
- 2)- Structure de coordination fonctionnelle.

C/- Au niveau central

- 1)- Concertation entre les responsables.
- 2)- Coordination au niveau des structures.
- 3)- Mise en place d'un système d'organisation cohérent.

APPENDIX H.2

PST/IST/S Training Linkages
(Constats sur les relations FB/FC/S)

- a)- Définition opératoire de "Politique de Services - Normes /Standard et Protocole" par les membres.
- b)- Résultats des travaux de groupe sur le développement des services et sur les liens entre FB/FC/S.
- c)- Questionnaire utilisé pour réaliser les travaux de groupe.

a)

DONNEES DES MEMBRES DU TAC A PROPOS DE POLITIQUE
DES SERVICES - NORME/STANDARD - PROTOCOLE

POLITIQUE DES SERVICES

- But
- Objectifs
- Stratégie
- Disponibilité
- Autorisation d'exécution
- Accessibilité
(Groupe cible)
- Ressources

^R
NORMES / STANDARDS

- Conditions acceptables
(qui, quels matériels)
- Contenu / Activités
- Description des services
- Par qui
- Qualité
- Grandes lignes des étapes

PROTOCOLES

- Gestes
- Séquences - étape
- Procédures
- Procédé
- Résultats

TRAVAUX DE GROUPE

SUR :

GROUPE I

DEVELOPPEMENT DE POLITIQUE DE P/F/NORMES DE
SERVICE ET PROTOCOLES

GROUPE II ET GROUPE III

FORMATION DE BASE-FORMATION CONTINUE ET SERVICES

TRAVAIL DU GROUPE I

DEVELOPPEMENT DE POLITIQUE DES SERVICES DE PF

Question 1

Responsables de la formation

- Du programme SMI/PF
- Directeur de la formation
- Directeur des écoles de Base
- Directeur Formation continue.

Responsables des Services techniques

- Médecins-Chefs
- Les surveillants techniques
- Les prestataires des services expérimentés

ORGANISMES INTERNATIONAUX - ONG

Questions 2

a)- Qui

- Ecoles de Médecins
- Ecoles de Formation Professionnelle
- Ecole de Base
 - . (Centre de Formation continue
 - . (Centre d'encadrement pratique
- DIVISION SOINS ONG - ORGANISME INTERNATIONAUX
- Division de la Formation
- Division de la Mère et Enfant

b)- Pourquoi ?

Maintien de liens permanents entre institutions de formation et utilisateurs et vice versa

Question 3

- a) En définissant les normes de travail
(Groupe cible + des activités
(Profil du travail)
- b) En définissant les indications quantifiables
- c) En définissant les protocoles d'utilisation des méthodes contraceptives
- d) En élaborant un document contenant la description des postes et des tâches.

Question 4

a)- Apport d'expertise technique

- . Analyse des tâches
- . Réunion de concertation

- Elaboration des documents de budget
- Intégration des éléments du curriculum dans les formations de base et dans les formations continues - Renforcement des services.

GROUPE II

Formation de Base/Formation Continue/Services

Question 1 : Implications (1)

1. Révision des curricula avec la participation des services.
 - 1.1 Par une redéfinition des tâches
 - 1.2 Par un renforcement/aménagement des programmes de formation.
2. Formation et recyclage des enseignants en PF et en technique de formation.
3. Acquisition du matériel didactique.
4. Choix et aménagement des terrains de stage.
5. Dotation des services en matériels et produits.

Redéfinition des tâches

Insister sur les consultations post-natales pendant la formation de base et les stages pratiques chez les professionnels.

Equipement et matériel pour les autres activités

Question 2 : Eléments de SMI.

- Consultations pré-natales
- Consultations de nourrissons
- Consultations post-natales
- Vaccination
- S.R.O.
- Soins aux enfants malades
- Récupération nutritionnelle
- Visite à domicile.

Comment ? : Par l'I.E.C. à chaque niveau.

Santé reproduction
(Santé préconceptionnelle)

M.S.T.

E.V.F.

Question 3 : Rôle / Système

1. F.B. : Faire acquérir des compétences de base en SMI/PF
2. F.C. : Corriger, compléter ou rappeler les connaissances de base.

Nouvelle technologie

3. Services :

- Permettre la formation pratique et l'application des connaissances
- Identifier les insuffisances des agents formés.

Question 4 : Renforcement des liens

- 1) Réunion de concertation
- 2) Implication des encadreurs de stage dans la formulation des objectifs de formation et de stage.
- 3) Supervision des agents formés par les formateurs et personnels de santé
- 4) Feed-back entre les trois systèmes
 - Les listes standards devront inclure le matériel pour les autres activités SMI.
 - Organisation de l'unité de SMI/PF (en formation des services disponibles)
 - Recherche méthodologique sur la transmission des compétences et les approches pratiques.

GROUPE 3

5. ROLE DE LA SUPERVISION ET DE L'EVALUATION DANS FB/FC/S

a) Supervision

- Corriger les imperfections auprès des personnes formées.
- Encourager le personnel à améliorer les performances.
- Utilisation rationnelle des produits et entretien du matériel.
- Disponibilité des produits et du matériel.
- Améliorer les conditions du travail et du système de communication.
- Identification des déficiences des performances importantes et détermination des besoins d'apprentissage.

IMPORTANT

Mise sur pied d'une structure fonctionnelle de coordination au niveau central en matière de supervision et d'évaluation entre les 3 systèmes.

b) Rôle de l'évaluation

- Déterminer les écarts entre la formation de base et les prestations de services. Ces écarts peuvent dicter les besoins en FB/FC/Recyclages.

6) a) Evaluation de l'adéquation entre le programme de formation et les tâches proposées dans la politique des services.

- b) - Comparaison entre les objectifs éducationnels et les tâches proposées dans la politique de services.
- Passer en revue les activités de formation prévues au début ou pendant la formation pour réviser le curriculum.

7) Rôle de donateurs et agences internationaux

- Accepter un cadre fonctionnel de concertation regroupant les donateurs, les agences internationaux et les cadres locaux en vue d'avoir une même compréhension des principes d'intégration.
- Mener des actions complémentaires en tenant compte des besoins réels exprimés par la population.
- Communiquer les informations récentes sur l'intégration aux pays hôtes.
- S'engager à respecter les lois en vigueur dans le pays.

- 8)-
- Faire fonctionner les organes de concertation et de coordination.
 - Jouer le rôle de catalyseur.
 - Partager les expériences entre les pays.
 - Participer aux financements des activités ayant trait à la formation.
 - Avoir le rôle de conseiller auprès des organismes chargés de la formation.
 - Fournir l'assistance nécessaire selon les besoins en formation.
 - L'aide doit être intégrée.
 - Uniformiser la formation en la confiant à un nombre restreint d'organismes en vue d'établir le feed-back.
 - Formation des évaluateurs dans les 3 systèmes.

c)

QUESTIONS POUR LE TRAVAIL DE GROUPE

Développement de politique de services ("normes" de services et fiches techniques des méthodes de contraception) (un groupe)

1. Qui doit être impliqué dans le processus de développement de cette politique ?
2. Quelles institutions doivent être impliquées et pourquoi ?
3. Comment la politique de services facilite-t-elle l'évaluation des services de SMI/PF :
 - performance des agents (y compris conditions de travail)
 - objectifs du programme
 - activités
 - existence des fonctions post-formation
4. Quel est le rôle que doivent jouer les agences internationales de formation dans la préparation de cette politique ?

Formation de Base/Formation Continue/Services (FB/FC/S) (deux groupes)

1. Quels sont les implications de l'intégration SMI/PF dans le développement des curricula ?
2. Quels sont les éléments de SMI pouvant être intégrés dans la formation en PF et comment ?
3. Quel est le rôle de chaque système dans la formation des prestataires de services SMI/PF ?
4. Comment faciliter le renforcement des liens entre les trois systèmes ?
5. Quel est le rôle de l'évaluation et de la supervision dans le renforcement des liens entre les trois systèmes ?
6. Comment peut-on s'assurer que les curricula reflètent les tâches proposées dans la politique de services ?
7. Quel est le rôle que doivent jouer les donateurs et agences internationaux dans l'intégration ?
8. Quels sont les rôles des organismes internationaux dans le renforcement des liens FB/FC/S ?

APPENDIX H.3

**Linkages Between Service Policies
and Evaluation/Supervision Systems**

**(Relations entre les politiques des services
l'évaluation/supervision; commentaires)**

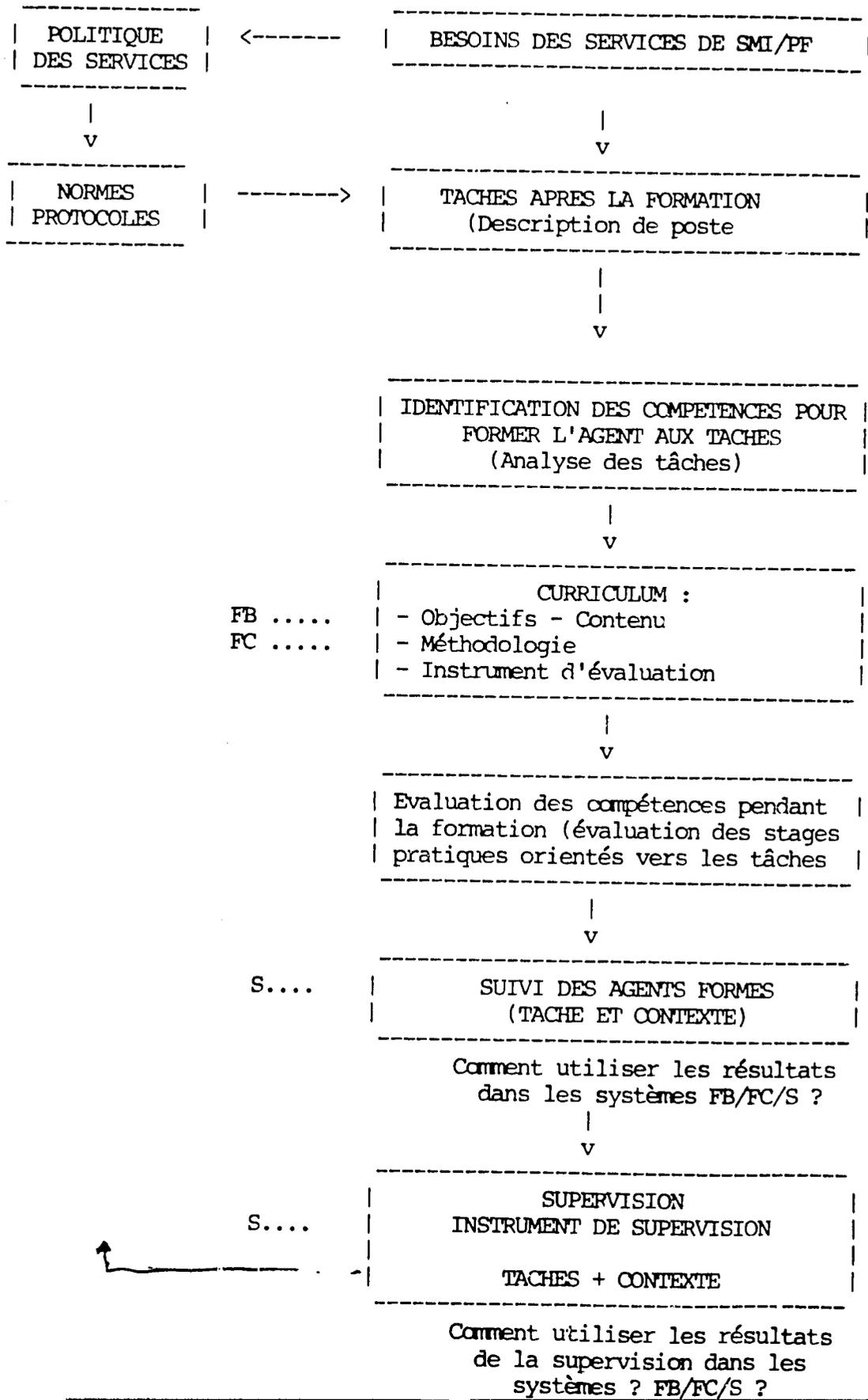
LIENS ENTRE LA POLITIQUE DE SERVICE ET
L'EVALUATION / LA SUPERVISION.

a)- C o m m e n t a i r e s

b)- S c h é m a.

b)- SCHEMA

LIENS ENTRE LA POLITIQUE DES SERVICES
L'EVALUATION / SUPERVISION



BREFS COMMENTAIRES SUR LES LIENS ENTRE LA POLITIQUE DES SERVICES/NORME/PROTOCOLE ET L'EVALUATION/SUPERVISION

1. Le développement de politiques des services de PF (incluant les normes et protocoles) répond aux besoins des services identifiés dans le pays. Il facilite l'identification des tâches que le prestataire doit exécuter après sa formation (fonction post-formation).
2. Une fois que l'on a défini les tâches ou les fonctions post-formation, l'identification des compétences en formation de l'agent peut suivre par une analyse de tâche (ou autre technique).

FORMATION DE BASE/FORMATION CONTINUE

3. Elaborer des curricula de formation incluant les objectifs, le contenu... et les INSTRUMENTS d'EVALUATION des COMPETENCES. Les instruments doivent refléter les tâches (quoi et comment) CRITIQUES.

Evaluer les compétences des participants pendant la formation (stage pratique). Cette évaluation sera basée sur des compétences essentielles et ne s'occupera pas en détail du contexte.

SERVICE

4. Le suivi des agents sur le terrain. Il est préférable d'utiliser les mêmes instruments utilisés lors des stages pratiques mais les enrichir en ajoutant les éléments du contexte (conditions matérielles) que l'on peut retrouver dans le document de politique de suivi.

SUPERVISION

5. Elle porte sur toutes les tâches et tient compte des éléments du contexte en rapport étroit avec les tâches. Les instruments de supervision portent sur toutes les tâches (plus vastes que les instruments de suivi) en rapport avec les différents services décrits dans la politique de suivi.

QUESTIONS DE REFLEXION

1. Comment les résultats de l'évaluation de compétences pendant la formation peuvent-ils être utiles lors des suivis des agents ?
2. Comment les résultats de suivi peuvent-ils être utilisés au niveau de FB/FC/S

3. Comment les résultats de supervision peuvent-ils être utilisés au niveau de trois systèmes ?
4. Comment les résultats de supervision peuvent-ils influencer sur les politiques de service ?
5. Que peut-on conclure de l'efficacité de l'évaluation et de la supervision en l'absence d'une politique de service bien définie ?

APPENDIX H.4

**Elements Identified by Country to Facilitate
Development of a Service Policy,
Service Standards and Method Protocols
(Éléments identifiés pour chaque pays)**

Cote d'Ivoire (suite)

- c) Le document de politique de services sera utilisé par :
- les responsables des écoles de formation professionnelle de santé
 - les responsables de l'INSP
 - Toutes les ONG travaillant dans la SMI
 - Les Directeurs Régionaux de la Santé et des Affaires Sociales
 - Les évaluateurs
 - les superviseurs
 - les prestataires de services (Médecins-Chefs, surveillants de services, Majors ...)

NORMES

- Dirigeants des écoles de formation de santé
 - . Doyen de la faculté de médecine
 - . Directeur ENJSF et S/Directeurs
 - . Directeur de INFS
- Directeur de l'INSP
- Directeurs Régionaux de la Santé
- Directeurs Régionaux des Affaires Sociales
- Médecins-Chefs de secteur de santé rurale
- Médecins-Chefs des PMI
- Médecins-chefs des services de gynéco-obstétrique des 3 CHU
- Responsable de l'ATBEF
- Les surveillants des services de PMI

interviennent dans l'élaboration et la diffusion du document.

- Les Superviseurs et Evalueurs
- Les prestataires de services

utiliseront le document sur le terrain.

PROTOCOLES

Les mêmes personnes ci-dessus plus les prestataires techniques.

II. L'ASSISTANCE TECHNIQUE NECESSAIRE POUR LES 5 ANNEES A VENIR

- Développement de politique de services
- Formation du personnel de services intégrés de SMI/PF
- Développement de curricula de formation
 - . base
 - . continue
- Développement d'une équipe d'évaluateurs et de superviseurs
- Renforcement du suivi des formateurs sur le terrain.

a)- Eléments identifiés par pays pour faciliter l'élaboration des services et d'assistance technique sollicitée :

- Burkina Faso
- Cote d'Ivoire
- Mali
- Niger
- Sénégal
- Tchad
- Togo
- Rwanda
- Zaire

b)- Questionnaire utilisé pour identifier ces éléments.

BURKINA FASO

I. POLITIQUE DE SERVICE

1.1 Existence d'une Politique de Service en SMI/PF

- Oui
- Programme national de SMI/PF
 - Plan d'Action de Planification Familiale
 - La PSN (Programmation Sanitaire Nationale)

1.1.1 A quels niveaux peut-on trouver ces documents ?

- dans toutes les Directions Centrales du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
- dans les Directions Provinciales de la Santé et de l'Action Sociale
- Projet d'Education en Matière de Population (EMP)
- ABBEF - Association pour la Promotion de la Santé provinciale (APSF)

1.1.2 Qui utilisent ces documents ?

- Directeurs centraux du Ministère
- Directeurs provinciaux
- Partenaires impliqués dans les activités de SMI/PF
 - . UNICEF
 - . FNUAP
 - . OMS
 - . Associations /ABBEF - APSF)
 - . SVA/GTZ.

1.2 Types d'activités dans lesquelles nous souhaitons une assistance technique pour les prochaines années : Néant pour le point I

II. NORMES/STANDARDS

2.1 Existence de Normes/Standards

Oui :

- Fiches de recueil de données SMI/PF
- Fiches de Supervision en SMI/PF
- Description des tâches par formation sanitaire
- Description des tâches par catégorie professionnelle
- Conditions de travail

Non pour les Normes qualitatives

2.2 Niveaux où on peut les trouver

- Formations sanitaires où sont menées les activités de SMI/PF on trouve -> a
- DSF, on peut trouver -> a, b, c, d, e
- ENSP, on peut trouver -> c et e
- Au niveau des Directions -> a, b, c, d, e - provinciales de la santé

2.3 Qui utilisent ces documents

- Prestataires Services de SMI/PF -> a
- DSF : Superviseurs du niveau central -> b, c, d, e
- ENSP : c, d, e
- Directions provinciales (certaines) -> a, b, c, d, e
- Formations sanitaires concernées

dfb

- 2.4 Qui est impliqué dans leur réalisation et pour quelles activités ?
- Les superviseurs de la DSF et les enseignants de l'ENSP - la DEP pour l'analyse des tâches et l'élaboration des documents
 - Les Directeurs centraux et provinciaux pour les réunions de concertation en vue de l'adoption des documents après amendement
 - Les ONG et Organismes internationaux pour un appui financier et technique.
- 2.2 Autres activités prioritaires dans lesquelles nous souhaitons une Assistance Technique pour les 5 années à venir
- Elaboration des normes qualitatives et éventuellement la révision des normes existantes
 - Réunions de concertation
 - Impression des documents et leurs intégration de leurs systèmes.

3. Protocole

3.1 Existence de protocole

OUI pour la supervision

prescription de la pilule

3.2 1 niveau où on trouve ce document

D.S.F.

3.2.1. Qui est impliqué dans la réalisation des autres protocoles ?

- Evalueurs de la DSF - Protocole de suivi
- Formateurs de l'ENSP et ESSSA - CRDS
- Certains responsables des formations sanitaires (SMI/PF)
- DFP (Direction de la formation professionnelle)
- Cellule Nationale d'Evaluation des projets sanitaires.

Pour l'élaboration des documents des protocoles de suivi, d'évaluation et de prestations de services dans les structures

+ les Directions centrales et provinciales pour les réunions de concertation en vue de l'amendement et l'adoption des protocoles, les ONG et organismes internationaux et autres associations pour une assistance financière et/ou technique.

3.3. Les types d'activités dans lesquelles nous souhaitons une assistance technique pour les 5 prochaines années

- Elaboration de protocoles pour l'évaluation, le suivi et les prestations de services.
- Réunions de concertation (séminaires) pour amender et adopter le document.
- Intégration des protocoles dans la pratique quotidienne (recherche d'une stratégie adaptée).

3.4. Qui utilisera les documents

- Evalueurs,
- Superviseurs et,
- Les Responsables du suivi = Formateurs.

COTE D'IVOIRE

a) Politique de services / Les normes et les protocoles sont inexistantes

b) Activités

- 1) . Réunion de concertation pour recenser les besoins
. Analyse de ces besoins
. Définition des objectifs et stratégies
- 2) Elaboration des documents
- 3) Diffusion du document pour utilisation.

Personnes impliquées

Activités (1)

- Sous-Directeur de la PMI
- Directeur de la Protection Sociale
- Responsable de l'ordre des médecins
- Les dirigeants des écoles de formations professionnelles de santé
- Doyen de la Faculté de Médecine
- Directeur de l'E.N.J.J.S.F.
- Les Sous-Directeurs de la section S.F et section infirmiers
- Directeur de l'INFS
- Secrétaires généraux syndicats de base
- Médecin S.F., Inf. Trav. Soc.
- Médecins-Chefs des services de gynéco-Obstétrique des 3 CHU
- Directeurs Régionaux de la santé
- Directeur de l'INSP
- Responsable de l'ATBEF
- Organisation Internationale / OMS, PNUAP, INTRAH

Activités (2)

- Représentants de l'ordre des médecins
- Doyen de la Faculté de Médecine
- Directeurs de l'ENJSF
- Directeurs de l'INFS
- Directeurs de l'INSP
- Sous-Directeurs des sections S.F. et Infirmiers
- Directeurs régionaux de la santé
- Directeurs de la Protection Sociale
- Représentants ATBEF.

Activité (3)

- Dirigeants des écoles de formation professionnelle de la santé
- Directeurs Régionaux de la santé
- Médecins-Chefs des PMI
- Directeurs Régionaux des Affaires Sociales

MALI

- I. a) Existe-t-il une politique de services dans notre pays ?
Non.
- b) Si non, qui doit être impliqué dans sa réalisation pour et pour quelles activités ?

Les services impliqués sont les suivants :

- 1) Direction Nationale de la Planification et de la Formation Socio-sanitaire
- Le Chef de la Division Formation
 - Le Chef de la section des programmes de formations
 - Le Chef de la section Perfectionnement et Spécialisation
 - Les moniteurs et monitrices de la section infirmière et sage-femme
- 2) Direction Nationale de la Santé
- DCA
 - Chef de la Division Santé Familiale
 - Les responsables des différentes sections de la DSF
 - Un responsable de la rehydratation orale
 - Les majors des services de gynéco-obstétrique, les maîtresses, les sages-femmes PMI/Maternité et gynéco.
 - Un responsable de l'AMPPF
 - Directeurs des Ecoles de formation de base (ESS, EFDC...)
- 3) Un représentant de la Direction nationale Service des Affaires Sociales
- 4) Un représentant de la Division de l'Epidémiologie et de la Prévention
- 5) Un représentant du comité SIDA
- 6) Un démographe (Ministère du Plan)
- 7) ONG
- c) Qui utilisera après la production ?
- Les différentes Directions citées haut
 - Les Formateurs nationaux
 - Les formateurs des différentes Ecoles de formation de base
 - Les encadreurs au niveau des services

II. Enumérez par ordre de priorité les autres types d'activités dans lesquelles vous souhaitez AT pour les 5 prochaines années

- Révision du cursus des Ecoles de Formation.

N I G E R

a) Politique de Services

1)- Existe-t-il une politique de services dans votre pays ?

OUI | |

NON | |

Si Oui, à quel niveau peut-on trouver ce document ?

Au niveau de la Direction de la Planification Familiale et celle de la SMI + un plan d'action de P.F.

Qui utilise ce document ? La DSMI, la P.F. mais devrait être utilisé par :

- les écoles de formation
- les services : DFEPS, DES, DAS.

2) - Enumérez par ordre de priorité les autres types d'activités dans lesquelles vous souhaitez une A.T.

Un conseiller pour l'analyse des documents existants sur la politique de service afin de voir s'il répondait aux critères définis. Dans le cas échéant nous aider à élaborer cette politique dans les normes.

b) Normes

1) - Il existe une ébauche des normes élaborée au niveau du Centre de SF et des guides de prescription

ce document se trouve au niveau CNSF et à la DPF.

n'est pas encore mis en exécution car non finalisé et non discuté mais doit être utilisé par :

- les formateurs, les encadreurs de stages
- les évaluateurs / superviseurs
- les services
- le responsable du bureau de suivi des activités au MCF/AS

2) Aide pour finaliser les normes le plutôt possible :

c) Protocoles

1) Existe-t-il des protocoles ?

Oui ()

a) DPF, CNSF, au niveau des chefs-lieu de département. (DDS) à la direction de formation et dans 5 écoles de formation + faculté de médecine (pour donner leur avis).

Niger (suite)

- c) Qui doit utiliser ce document ?
- Les formateurs
 - Les encadreurs
 - Les superviseurs
 - Les évaluateurs
 - Les services
 - Les agents.
- 2) a) Aide pour la finalisation des protocoles élaborés mais envoyés pour avis aux différents services concernés.
- b) Aide à l'élaboration de guide d'évaluation et de supervision.

SENEGAL

(A)- POLITIQUE DE SERVICE

1. Existe-t-il une politique de service dans votre pays ?

(x) Oui

Au niveau Direction de l'Hygiène et de la Protection sanitaire (DHPS).

Qui utilise ce document (s'il existe) ou qui l'utilisera après sa production ?

1. Les responsables centraux du MSP chargés SMI/PF
2. Les agents médicaux, paramédicaux et auxiliaires travaillant dans les structures du SMI/PF
3. Les formateurs de tous niveaux.

II. Enumérez par ordre de priorité les autres types d'activités dans lesquelles vous souhaitez une A.T. pour les 5 prochaines années.

- 1) Formation du personnel dirigeant de l'ASBEF dans la formation du personnel de santé venant en stage à ASBEF.
- 2) Eriger ASBEF en Centre de Formation théorique et pratique de PF.
- 3) Eriger ASBEF en Centre de Formation en EVF pour les jeunes

(B)- NORMES/PROTOCOLE

Question I

Oui | | Non | | Pas sûr | |

- a) Au niveau de la D.H.P.S.
- b)
 1. Techniques de santé en fonction au niveau central.
 2. Techniciens de santé au niveau local.

Activités

Pour 1 - pour le suivi, la supervision et l'évaluation des activités des praticiens.

Pour 2 - pour l'exercice des soins, la supervision et l'évaluation des projets

c) Utilisateurs

- Techniciens de santé
- Auxiliaires de santé

Sénégal (suite)

II. ASSISTANCE TECHNIQUE

1. Formation du personnel clinique de l'ASBEF dans la formation des personnes de santé venant en stage à l'ASBEF.
2. Eriger ASBEF en Centre de Formation théorique et pratique en PF.
3. Eriger ASBEF en Centre de Formation en EVF.

TCHAD

1. Existe-t-il une politique des services dans votre pays ?

Oui () Non ()

Au hasard, il existe une tendance de politique nationale de la PF.

a) Si oui, à quel niveau peut-on trouver ce document ?

- Ce document ne se trouve nulle part.

b) Si non, qui doit-être impliqué dans sa réalisation et pour quelles activités ?

- | | |
|--|--------------------|
| 1) Ministère de la Santé Publique | *(DSSP |
| 2) Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine | (DENSPSS
(DFPES |
| 3) Ministère de l'Education Nationale | (BSPE |
| 4) Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique | (BSPE
(DMPSR |
| 5) Ministère de l'Information et de l'Orientation Civique | |
| 6) Ministère de la Justice
USAID, = INTRAH, FPIA)
FNUAP | |

Pour quelles activités

- Réunion de concertation et de coordination pour l'élaboration de la politique des services (Comité Technique National)
- Pour le démarrage des activités S.M.I./PF
- Définir la stratégie à adopter à tous les niveaux (Central, Intermédiaire, Opérationnel)
- Activités de la formulation de la politique de services.

c) Qui utilise ce document ? (S'il existe qui l'utilisera après la production ?

- 1) Ecole Nationale de la Santé Publique et du Service Social
- 2) Noyaux de formateurs nationaux
- 3) Tous les services médicaux et para-médicaux (choix d'une zone pilote).

Tchad (suite)

II/. Enumérer par ordre de priorité les autres types d'activités dans lesquelles vous souhaitez une assistance technique pour les 5 prochaines années :

- Mise sur pied d'un programme national de SMI/PF
- Recensement de besoins en matériel de SMI/PF
- Etablir une politique de services
- Définir les normes
- Production éventuelle de protocoles (formation, supervision et évaluation)
- Equipement en produits contraceptifs et en matériel pour la prestation des services.

* Ministère de la Santé Publique

- DSSP : Direction de Soins de Santé Primaires.
- DMPSR : Direction de la Médecine Préventive et Santé Rurale.
- DENSPSS : Direction de l'Ecole Nationale de la Santé Publique et du Service Social.
- DFPES : Direction de la Formation Professionnelle et de l'Éducation pour la Santé.
- BSPE : Bureau des Statistiques, Planification des Etudes.

TOGO

Question 1 : Non.

Mais des textes existent dans divers services.

- Les personnes impliquées dans la réalisation sont :

1) La politique de service

- . Direction Générale de la Santé : Directeur GI S.P.
- . Division de la Mère et de l'Enfant : Directeur
- . Les écoles de formation
 - a) Faculté de Médecine
 - b) Ecole des Assistants Médicaux
 - c) Ecole de Sages-Femmes
 - d) Ecole des Para-médicaux
 - e) Ecole de formation sociale
 - f) Service national de l'Education pour la Santé
- . Direction Générale de la Condition Féminine et des Affaires Sociales
 - L'ordre des médecins
 - Syndicat
 - Responsables des cliniques privées
 - Les ONG (Catwel, voisins mondiaux)
 - Les juristes

NORMES

- . Division Mère Enfant : Directeur
- . Le Chef personnel
- . Le Chef de bureau des soins infirmiers : Directeur
- . Direction des Affaires Sociales et de la Condition Féminine
- . Responsables des centres de PMI
- . Les Médecins-Chefs des services de gynécologie
- . Les Médecins des écoles de Base.

PROTOCOLE

- . Responsable de la formation au niveau de la Division de la Mère et l'Enfant
- . Responsable de la supervision et de l'évaluation au niveau de la Division M.E.
- . Responsables des programmes S.M.I./PF
- . Responsable de cours S.M.I./PF des écoles de formation
- . Prestataires techniques de PF.
- . Les médecins-Chefs de gynécologie
- . Les ONG

Togo (suite)

Personnes qui doivent utiliser les documents

- 1) Tous ceux ont participé à l'élaboration du document.
- 2) Au niveau des Unités de soins : les normes et les protocoles
- 3) Les personnes qui donnent les soins
 - Au niveau des services : les prestataires

Comment : Politique de service

- Séminaire de sensibilisation
- Séminaire atelier (Normes
- Réunion technique (Protocoles

Les autres types d'activités

- . Rechercher les documents en vue d'élaboration de politique de service

Normes

Protocole

Analyse de besoin pour la mise en place d'une stratégie d'intégration de PMI/PF.

RWANDA

(KAMANZI CASTULE)

- I. a) Au Rwanda, la politique des services de PF est définie. Nous avons 4 sources principales :
- 1) Les discours-programme du Chef de l'Etat et ses autres déclarations officielles
 - 2) Les plans quinquennaux de développement
 - 3) Les textes régissant l'ONAPO
 - 4) L'arrêté ministériel du Ministre de la Santé en mars 1988 portant organisation des services de santé
- b) Ce qui reste à élaborer, ce sont les normes et les protocoles de services de PF.
L'élaboration de ces documents impliquerait :
- 1) Le Ministère de la Santé ; du Cabinet au Centre de Santé (Prestataires)
 - 2) L'ONAPO
 - 3) L'ARBEF
 - 4) Les Ecoles médicales
 - 5) La Faculté de Médecine
- c) Utilisateurs des normes et protocoles
- 1) Prestataires
 - 2) Superviseurs
 - 3) Formateurs au niveau des écoles
 - 4) Formateurs au niveau des recyclages
 - 5) Evalueurs
 - 6) Bayeurs de fonds
 - 7) Consultants

II. DOMAINES PRIORITAIRES D'AT

- 1) Etablir les standards et les protocoles des services de PF
- 2) Continuer le programme de formation en PF clinique
- 3) Former les encadreurs de stages
- 4) Formation des formateurs spécialisés
 - . en IEC
 - . en PF clinique
 - . en gestion des services de PF.
5. Formation des enseignants
6. Elaboration des outils didactiques pour les enseignants
7. Formation en IEC y compris l'élaboration des aides audio-visuelles
8. Formation en évaluation et supervision des programmes de PF.

ZAIRE

Question 1

I. Politique de service

- 1.1 Il n'existe pas au Zaïre une politique de service mais des documents éparcés.
- 1.2 Les organismes impliqués dans la réalisation d'une politique de service sont les suivants

F.B. : 6^e Direction + Représentants des écoles
AZBEF
PSND.

F.C. : 1) FONAMES
2) 6^eme Direction
3) SANRU
4) AZBEF
5) S.P.T. (Santé Pour Tous)
6) PSND
7) BOM (Bureau des Oeuvres Médicales)
8) P.M.T. (Buprof) (Protection de la Mère en Travail)
9) Quelques Entreprises publiques
10) C.E.F.D. (Centre d'Encadrement de la femme pour le Développement)
11) FONDEFEC (Fondation pour le Développement et Famille)
12) CONDIF (Condition Féminine et Famille)
13) 5^eme Direction

Service : AZEBF - FONAMES
- Santé Pour Tous

PSND
6^eme Direction - SANRU
(+ Représentant des terrains de stage)

Tous les organismes qui s'occupent de S.M.I./PF devront utiliser ce document.

II. NORMES/STANDARD

Protocole

Tous les organismes ayant participé à l'élaboration de la politique de service devront également prendre part à l'élaboration des normes, standard et protocole.

Zaire (suite)

Question 2

Nous avons besoin d'assistance technique d'INTRAH pour :

- 1) l'analyse des besoins
- 2) l'organisation d'un séminaire de sensibilisation de tous les organismes sur l'importance de la définition d'une politique de service, des normes, standard et protocole
- 3) la réalisation de ces documents
- 4) continuer l'intégration
- 5) faciliter la réorganisation d'une table ronde avec d'autres bailleurs des fonds.

QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION DES ELEMENTS POUR ELABORER
LA POLITIQUE DES SERVICES - LES NORMES / STANDARDS - LES PROTOCOLES

I. Existe-t-il une politique de service dans votre pays ?

- des normes/standards de services dans votre pays ?
- des protocoles de services ?

Oui | | Non | |

a) Si oui, à quel niveau peut-on trouver ce document ?

b) Si non, qui doit être impliqué dans sa réalisation et pour
quelles activités ?

1. _____
2. _____
3. _____

c) Qui utilise ce document (s'il existe) ou qui l'utilisera après
la production ?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

II. Enumérez par ordre de priorité les autres types d'activités pour
lesquelles vous souhaitez une assistance technique pour les 5
prochaines années.

APPENDIX I

TAC Members' Recommendations
(Recommandations)

RECOMMANDATIONS

T.A.C

USAID

Reconduire Mandat INTRAH

INTRAH

- Restructurer Bureau
- Renforcer équipe
- Poursuivre tenue TAC dans différents pays
- TAC 1990 au Niger
- Prise en charge d'au moins 3 membres par pays.

- * Prévoir plus de temps pour passer en revue tous les pays
- * Bien choisir le moment de la tenue du TAC
- * Promouvoir les recherches sur les méthodologies de la formation et,
 - Inviter les membres au TAC au moins deux mois à l'avance en précisant les thèmes à discuter
 - Désigner des membres permanents du TAC selon la fonction et les faire accompagner d'un second selon le thème retenu.
- Retenir pour TAC 1990, l'un des thèmes ci-après :
 - . Développement de matériels,
 - . Recensement - Analyse des besoins.

APPENDIX J

"Strengthening Linkages Between Training and Service
Systems in Sub-Saharan Africa", Presented by
Miss Pauline Muhuhu, INTRAH/ESA Director,
at NCIH Conference, June 1968
(French Translation)

("Renforcement des relations entre les systemes et services
de formation en Afrique sub-Saharienne," presenté par
Pauline Muhuhu, Directrice INTRAH/ESA au Conseil
National pour la santé dans le monde, juin 1968)
(traduction française)

EXPOSE PRESENTE AU CONSEIL
NATIONAL POUR LA S. ANTE DANS LE
MONDE (JUN 1980)

RENFORCEMENT DES RELATIONS
ENTRE LES SYSTEMES ET SERVICES
DE FORMATION EN AFRIQUE
SUB-SAHARIENNE

PAULINE MUHUHU

PROGRAMME INTRAH
UNIVERSITE DE CAROLINE DU NORD
A CHAPEL HILL

P.O BOX 55699
NAIROBI - KENYA

105

INTRODUCTION

La prestation de Soins de Santé Primaire nécessite un changement dans la manière dont les Agents sont préparés à procurer, superviser et gérer les soins de Santé.

Le personnel paramédical (infirmiers Sage-femmes) bien que traditionnellement préparé à procurer des soins en milieu hospitalier constitue la pierre angulaire du système de Soins de Santé Primaire. Pour témoigner du changement dans l'accroissement des rôles et responsabilités en matière de Soins de Santé Primaire, les Ecoles d'Infirmiers commencent réorienter leurs facultés et curricula. Cet effort est rendu d'autant plus difficile par les restrictions politiques sur les prestations des soins; le temps consacré à reviser les curricula et la procédure pour obtenir leur approbation.

Pendant huit (8) années de soutien de l'AID en matière d'assistance à la formation en Afrique, le Programme INTRAH a reconnu la différence existant entre les politiques des services de SMI/PF et la formation des personnels chargés de la prestation des services. La PF est reconnue comme étant une composante intégrante des soins de Santé Maternelle et Infantile.

Cependant, les nouveaux diplômés sont très mal préparés à procurer cet important service après la formation de base (PST). Par conséquent, les programmes de recyclage (IST) sont toujours préoccupés à combler les lacunes accumulées pendant la formation de base des Infirmiers. Cette approche tend à être coûteuse en terme de temps, pour les formateurs et les encadreurs et consomme les rares ressources financières et techniques disponibles.

Des relations solides entre le PST et IST et les systèmes de prestations des soins paraissent donc comme étant fondamentales pour permettre l'intégration de la PF dans les curricula de PST et pour diminuer les répétitions/double emploi, entre le PST et IST en vue de faciliter la mobilisation adéquate d'un personnel préparé à procurer les services de Planification Familiale.

INTREGRATION

Les tentatives ont été faites pour intégrer la PF dans les curricula de formation de base (PST) par l'inclusion de modules de PF dans les curricula déjà existants. Toutefois, les diplômés des programmes de formation de base (PST) manquent d'une façon intégrée de penser et d'agir pendant la prestation des services de SMI/PF. L'intégration est un mode de penser et d'agir qui au niveau des prestations de service se reflète dans l'incorporation de tous les aspects du service de SMI/PF à chaque occasion, et quelque soit le motif de la visite de la cliente. Les exemples incluent les études de cas par le biais d'une reconnaissance des mères et familles à haut risque et par le biais des prestations avant, pendant ou après l'accouchement de toute la gamme des soins de santé, éducation, conseil référence et/ou administration des méthodes

contraceptives appropriées. Les diplômés en PST habitués à un curriculum intégré devraient être en mesure de réaliser cela dans n'importe quel lieu de travail. Pour que l'agent diplômé agisse de la sorte, l'intégration des concepts pratiques et approches doit se refléter dans son éducation.

Le curriculum doit être si varié que l'accent portera beaucoup plus sur l'individu et la famille que des sujets isolés. Parce que le service de PF est une composante fondamentale des SSP, il devra donc être présenté en tant que fil de trame des curricula de PST. L'Université (faculté) devra être préparée à relever les nouveaux défis que représentent la préparation d'un personnel orienté vers la procuration des Soins de Santé Primaire.

RELATIONS

Le PST/IST et les relations existant entre les systèmes de prestation de soins sont perçus comme étant des relations officielles de travail entre un programme et un autre, entre un élément et un autre, entre une unité et l'autre, un système et un autre au sein d'un ensemble de valeurs.

D'autre part, des relations efficaces entre PST et IST assurent que les deux (2) systèmes dispensent des formations suivant le même type de standards et que le IST se greffe au PST et qu'il y a une représentation active pendant le développement des curricula, revues et révisions. Ce qui réduit les répétitions inutiles d'efforts de formation entre les deux (2) systèmes. Ces deux systèmes préparent le personnel à satisfaire les besoins des services et devront donc avoir constamment des intrants du système de service pour assurer que leur diplômés pourront satisfaire les exigences et standards des services. Le personnel du service sert d'encadreur clinique aux étudiants et doit être en collaboration étroite avec les deux systèmes de formation, pour assurer que les standards pratiques sont uniformes et seront préservés. Au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux besoins en service, le système de prestation de soins doit consulter les programmes de IST afin que les deux (2) systèmes satisfassent mutuellement les besoins, dans les meilleurs délais.

Pour permettre à l'IST de jouer pleinement son rôle de compétence et mise à jour, sur la base des nouvelles technologies et dispenser des cours de recyclages et mise à jour, les cours de formation pratique et la prestation des services devraient prendre conscience des écarts naturels de connaissances et compétences et prévoir de combler (conjointement) ces lacunes.

Quelles sont les différences et les ressemblances entre l'intégration et les relations ? Elles visent toutes l'objectif à long terme de la réalisation des concepts de soins de Santé Primaire avec pour cible principale le client et la communauté. En matière de réalisation du concept, ce sont les programmes qui doivent être manipulés et non le consommateur de soins de santé. En matière d'intégration les

rôles conjoints des services sont primordiaux, les rôles individuels sont secondaires. Un effort inter-disciplinaire.

Il doit exister des relations solides entre les systèmes concernés, pour assurer une meilleure efficacité de d'intégration. Les relations rendent l'intégration possible et permettent à l'IST de consolider les efforts du PST en autorisant aux deux (2) systèmes de satisfaire continuellement les besoins accrus des services, elles rendent ainsi la préparation du personnel adapté à la prestation des services. Les relations regroupent les systèmes de formation pour en accentuer les rôles conjoints tout en préservant l'intégralité des rôles spécifiques.

Les liens permettent la verticalité des systèmes tout en leur assurant une certaine perméabilité. Les liens supposent que les rôles individuels sont primordiaux et les rôles conjoints comme étant secondaires.

L'intégration survient lorsqu'il existe des liens tenus. L'intégration et les relations sont interdépendants et sont combinés mais, ces relations sont essentielles pour promouvoir une intégration véritable.

EFFORTS D'ASSOCIATION DES PRESTATIONS DE SOINS DE BASE

La nécessité d'établir des relations entre au moins deux (2) éléments parmi les 3 systèmes a été reconnu et favorisé par INTRAH depuis PAC I (formation et prestation au sein du service) ainsi qu'entre les services cliniques et les services Communautaires. Le travail d'INTRAH a généralement été axé sur les infirmières et sage-femmes oeuvrant dans les systèmes puisque ces deux groupes sont très nombreux dans les services de prestation de soins de SMI/PF en Afrique.

En 1987, INTRAH entrepris de faire une enquête sur les possibilités de combiner les trois systèmes. PST, programmes d'enseignement des infirmières et sage-femmes, IST et la formation en cours de service ou d'éducation permanente qui a recyclé et rafraîchi leurs connaissances et compétences et, le système du service dans lequel ils fonctionnent. Un consultant d'INTRAH du Bureau Régional à Nairobi a assisté à des conférences à Brazzaville, Londres et en Suisse, pour garantir si les confédérations professionnelles et organismes internationaux étaient ou seraient engagés dans l'effort potentiel d'association. INTRAH s'est embarqué dans le projet intitulé "Projet d'Association PST/IST/S" en Afrique Anglophone, une fois qu'il a identifié un intérêt mais aucun plan ou projet en cours.

La phase initiale comporte trois étapes : la première après un échange de correspondance entre le pays hôte et la représentation de l'USAID, une visite dans le pays est faite en vue d'interroger les responsables des services paramédicaux (infirmiers, sage-femmes) des trois systèmes et au sein des secteurs privés, publics et ONG. Une révision de curricula est effectuée et les responsables politiques et autres officiels sont interviewés. Ces interviews procurent le contenu des études de cas dont on se sert dans la 3e phase.

La deuxième étape est l'étape de recensement des besoins effectuée par l'administration d'un questionnaire aux infirmières et sage-femmes en matière d'éducation, formation et prestation de services. Le recensement des besoins ne procure pas seulement des informations de qualité sur le statut des relations mais accentue la prise de conscience des enquêtes sur les relations.

La troisième phase consiste à organiser un atelier dans le pays, pour les participants des trois systèmes dans lesquels des études de cas constituent le cadre d'identification des questions de relations. Après quoi, les relations inter-états seront identifiées et un plan d'action pour les résoudre sera développé.

Jusqu'à ce jour, INTRAH a dirigé les étapes 1, 2 et 3 au Kenya et au Botswana. La Sierra Leone est sur le point de s'engager dans la 3e phase.

Les ateliers et séminaires ont produit une longue série de questions diverses et complexes sur les rapports et les différences. Leur impact sur les services et la formation sont les recommandations visant à renforcer et ou développer et des relations et combler les lacunes. Les recommandations ont été favorablement accueillies dans les Ministères de la Santé. En particulier au Kenya, la division des soins infirmiers a déjà mobilisé le Conseil Infirmier du Kenya afin qu'il élabore un plan National d'action et de développement des relations PST/IST/S. Alors qu'on assiste à la conception d'un plan National, les participants au séminaire et à l'atelier ont entamé des démarches au niveau local afin d'identifier les questions de relation et mécanismes en vue de les résoudre au niveau local.

Une étape capitale du processus fut l'engagement du personnel PST/IST et service pendant la récente révision du curriculum de base des Infirmiers Agréés de la Communauté pour laquelle le groupe Medex a procuré son assistance technique afin de renforcer la composante Soins de Santé Primaire.

Pour le Kenya, les étapes suivantes dépendent des relations avec le plan National d'action alors qu'au Botswana, on envisage d'examiner les questions de relations de façon plus complète. Les Principales Stratégies de renforcement des relations au Kenya et au Botswana sont les suivantes :

- Un recensement des besoins à l'échelle Nationale impliquant les besoins en service de planification familiale, un inventaire du personnel procurant actuellement des soins de PF et la préparation. Les domaines des compétences et écarts des connaissances, envergure des services de Planification Familiale et exploitation des relations existant entre les services de Santé Communautaire ou cliniques.

- A partir des constats du recensement, déterminer les compétences de Planification Familiale nécessaires aux diplômés de PST à partir des programmes de base et programmes intermédiaires.

- Déterminer les besoins en formation auxquels il faut s'attaquer au plan National ou local.

- Renforcer la délivrance des services et la formation par l'instauration d'un environnement standard de Planification Familiale, créer un comité Directeur, de préférence au sein même de ce corps ayant pour obligation légitime le respect des standards des services, établir et exécuter des évaluations d'impact de la formation, développer le personnel en fonction des besoins locaux et développer les compétences d'encadrement.

CONSTATS

1. Au stade initial, il y avait une confusion entre les relations et l'intégration, l'inclusion des modules de PF dans les curricula existants était mis en équation avec l'intégration tout court. La confusion était visible chez les agents de santé tout comme chez les organismes donateurs. Il fallut à INTRAH l'expérimentation par les membres du comité consultatif technique par le biais d'un atelier d'étude de cas, pour faciliter une bonne compréhension du concept. C'est à travers ce groupe que le Botswana, le Kenya, la Sierra Leone, la Somalie, la Tanzanie, l'Ouganda et le Zimbabwe ont exprimé leur intérêt d'accroître les services de SMI/PF en renforçant les relations existant entre les trois systèmes.
2. Un double emploi/répétition inutile du domaine couvert par le sujet se produit au sein des programmes éducatifs des institutions, établissements de formation de base, et même dans les départements.
Cette répétition se retrouve aussi lorsque l'on compare les curricula de formation de base et ceux du recyclage, une situation qui relève d'un symptôme de manque d'intégration et manque de relation ayant des conséquences néfastes en particulier à cette époque d'austérité financière.
La planification conjointe des curricula et la participation mutuelle à la formation et à l'enseignement sembleraient être des moyens tout à fait faciles de corriger ces problèmes.
3. De nombreux formateurs (IST) et faculté de formation de base (PST) ne sont pas habitués au travail auquel le personnel para médical (élèves infirmiers, sage-femmes) a été préparé cela produit un étudiant mal formé et un gaspillage des rares ressources. Les superviseurs des services expriment leur insatisfaction des résultats des nouveaux diplômés mais oublient de percevoir le rôle qu'ils doivent eux même jouer en influençant les changements à apporter dans les curricula et reorienter les perceptions de la faculté.
4. Les superviseurs insatisfaits et le personnel de santé oeuvrant côte à côte avec les nouveaux diplômés connaissent leurs lacunes mais ne savent pas toujours quelles sont leurs compétences. Il existe une très faible communication entre l'institut de formation et le

prestataire de service qui se souvient uniquement à travers sa propre expérience et non par la révision récente ou les lectures qu'il a faites du curriculum existant. Si par exemple, la PF est un sujet nouvellement introduit dans les programmes de formation de base et que les nouveaux diplômés sont assez compétents pour procurer des services, il n'y aurait aucun moyen pour les superviseurs et le personnel des services cliniques d'en savoir quelque chose. Par conséquent, les compétences et connaissances demeurent inexploitées car un nouveau diplômé ne serait pas susceptible d'initier les services de PF tout seul. A moins qu'un recensement des besoins en formation ne soit fait, il y a de fortes chances pour que ce nouveau diplômé et ses collègues des services cliniques non formés ne soit pas reformé pendant un programme de recyclage, ce qui revient à un autre gaspillage des rares ressources humaines.

5. Les résultats sur le tas de la formation de base (PST), et les programmes de recyclage, sont très souvent non évalués ce qui résulte principalement à un manque de répartition de responsabilités clairement définies. Qui est mieux placé et préparé à évaluer le degré auquel un programme éducatif satisfait la demande et le contexte du travail dans lequel les nouvellement diplômés seront affectés ? de même qui devrait évaluer, l'impact du recyclage sur l'amélioration des performances ? Voilà des occasions manquées qui s'avèrent coûteuses et relèvent des problèmes symptomatiques des relations de bases.

Malgré le caractère restreint de l'expérience acquise par le projet sur les rapports entre la formation de base, recyclage et service (PST/IST/S) plusieurs leçons ont été tirées.

Tout d'abord, le recensement des besoins qui initialement était considéré d'importance uniquement pour celui qui recense, s'est révélé comme une expérience éducative suscitant la prise de conscience des collègues des pays hôtes qui prennent part aux interviews. Leur participation et l'utilisation des données qu'ils produisent créent un sentiment d'appartenance au projet et aux solutions qui en découlent. Nous avons également appris qu'un accent particulier doit porter sur la direction d'un responsable en chef des soins infirmiers, condition essentielle au démarrage d'un projet pendant la phase d'exécution, et pour encourager et stimuler une action qui conduira au changement.

Il résulte aussi que le changement dans un système affecte le status des autres systèmes : par exemple lorsque un changement politique est annoncé par le Ministère de la Santé, comme cela s'est produit concernant les services de PF à condition que le système du service en question ne réagisse positivement, il y aura une série inévitable et interminable de cours de recyclage pour compenser les lacunes de la préparation de base des agents de Santé alors que la faculté reste insatisfaite et peut être pourra manifester avec condescendance qu'elle n'est pas concernée par le changement.

Il existe aussi des pressions et tensions, une insatisfaction et un désespoir, une situation décrite comme démoralisante. En effet, qui ne serait pas démoralisé d'être placé dans un emploi pour lequel il n'est pas préparé ou d'être obligé de superviser des personnes qui sont toujours mal préparées à satisfaire les exigences, les objectifs et la demande des services.

Nous sommes persuadés que la production de résultats durables sera mieux favorisée par le système de PST que par le système de recyclage (IST) pas seulement parce que les programmes éducatifs sont plus longs en durée et ont un support essentiel de financement des pays hôtes alors que le recyclage quant à lui dépend en général du financement d'un donateur et de ce fait, les formateurs ne disposent ni de la sécurité de l'emploi ni du statut de la faculté (institution) d'enseignement. Le système de formation de base (PST) est chargé de communiquer des valeurs (notions) de base de la profession qu'il enseigne de même qu'il transmet les connaissances et compétences pour satisfaire les standards de la profession. Alors que les valeurs de base pourraient ne pas beaucoup changer, les dilemmes éthiques qui en émergent (qui va vivre qui va péir) devront être examinés avec beaucoup plus de soins dans le curriculum. La nécessité d'un changement radical est mieux remarqué dans les mandats, orientés vers les soins Santé Primaire et Communautaire qui requièrent que la PST (formation de base) s'adresse aux communautés, afin de réorienter l'enseignement des facultés, créer un curriculum basé sur les réalités et travailler en collaboration avec les prestataires sur les expériences d'acquisition des connaissances sur le terrain par les étudiants.

Pendant ces procédures, les liens seront renforcés entre les deux systèmes permettant ainsi au recyclage de remplir les fonctions de mise à jour et rafraichissement des connaissances, renforcement et stimulation des professionnels en service et agents de santé auxiliaires, tout en aidant les organisations à préparer le personnel à satisfaire les exigences des nouveaux objectifs et buts par l'application de nouvelles techniques et la mise en oeuvre d'une nouvelle approche au programme.

Enfin puis-je réitérer que l'intégration n'est pas synonyme de relation, ce sujet est une fois de plus abordé parce que des activités pouvant promouvoir l'intégration telles que, l'inclusion des concepts et méthodes d'espacement des naissances dans les composantes des soins néo-natal et post natal du curriculum des sage-femmes pourrait ne pas promouvoir les relations. Autrement dit, bien que la sage-femme diplômée puisse conseiller et procurer des services de PF, le système de service auquel elle est affectée peut ne pas être informé de sa compétence car il n'existe pas de relation entre l'établissement de formation de base et le système du service. Ainsi, les individus peuvent avoir une perspective intégrée comme résultante d'un programme de formation mais en l'absence d'un système de relations, cette perspective demeure inexploitée et impraticable.

APPENDIX K

Speeches and Opening Addresses
(Discours d'ouverture)

APPENDIX K.1

Cabinet Minister of MOH/SA/CW
(Directeur de Cabinet)

DISCOURS DU DIRECTEUR DE CABINET (MONSIEUR BINI KILIM)
REPRESENTANT LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE,
DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA CONDITION FEMMINE

L'OCCASION DE L'OUVERTURE DE LA REUNION DU COMITE
CONSULTATIF TECHNIQUE DU PROGRAMME INTERNATIONAL
POUR LA FORMATION EN MATIERE DE SANTE

(LOME, LE 10 JUILLET 1989)

.....

- Messieurs les Membres du Bureau Politique et du Comité Central ,
- Messieurs les Députés à l'Assemblée Nationale
- Monsieur le Représentant du Directeur de USAID
- Monsieur le Directeur Régional INTRAH/ABIDJAN,
- Mesdames et Messieurs les Participants

Le Ministre de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine, le Professeur Aïssah AGBETPA, aurait bien voulu présider personnellement avec plaisir, l'ouverture de cette importante réunion, compte tenu du prix qu'il attache aux problèmes de santé dont le volet Santé Maternelle et infantile constitue une étape des plus délicates, dans le processus de soins donnés aux malades. Mais, empêché par ses multiples et lourdes responsabilités, il m'a fait l'insigne honneur, en me demandant de le représenter à vos assises. C'est donc avec joie que je vous apporte son salut confraternel et ses souhaits de plein succès à vos travaux dont nous espérons des conclusions satisfaisantes.

Le choix de notre capitale Lomé, comme lieu indiqué de votre réunion honore tout le peuple Togolais en général et le corps médical en particulier; et c'est avec fierté que je voudrais exprimer au nom du Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine mes sentiments de gratitude aux organisateurs de cette rencontre. Je tiens à remercier aussi tous les participants ici présents pour avoir bien voulu faire le déplacement de Lomé. Je souhaite à tous et à chacun la plus cordiale bienvenue au Togo et un bon séjour à Lomé où je vous invite à vous sentir comme chez vous car comme vous le savez, le Togo, grâce au Président-Fondateur du RPT, le Général Gnassingbé EYADEMA est devenu depuis plus de 22 ans une terre d'asile, un pays de paix, d'union et de solidarité agissante où circulent librement les biens et les personnes de toute nationalité.

Mesdames et Messieurs,

L'Afrique ayant le triste privilège de présenter le taux le plus élevé ~~monde~~ ^{dans le monde} de mortalité et de morbidité maternelle et infantiles, les problèmes de formation initiale et continue, de l'information et des rencontres d'échanges d'expériences du personnel médical^y sont plus que préoccupants et méritent qu'on les étudie avec beaucoup d'attention.

C'est pourquoi nous saluons l'initiative prise par les Responsables du Programme International pour la Formation en matière de Santé, d'organiser ce rendez-vous du donner et de recevoir qui permettra aux représentants d'une dizaine de pays d'Afrique Francophone de :

- Passer en revue le programme de formation en matière de Santé Maternelle et Infantile ;

- Identifier au niveau national des institutions capables de réaliser pour nos pays une autosuffisance en matière de formation des prestataires des services de Planification Familiale dans les domaines de l'Information, de l'Education, de la Communication, des Services Cliniques, de la Gestion et de l'Evaluation;

- Recenser les contraintes liées au fonctionnement de ces institutions et proposer des solutions adéquates permettant de les surmonter.

- Elaborer ou du moins ébaucher un plan d'assistance technique en vue de rendre ces institutions plus opérationnelles.

C'est ici l'occasion pour nous Togolais d'exprimer aussi par ma modeste personne, nos vives et sincères félicitations au Bureau Régional d'INTRAH et à son Etat-Major pour le dévouement et les multiples sacrifices consentis pour la série de formations en planification familiale réalisée au Togo et qui concerne plus précisément :

- La formation des gestionnaires superviseurs de Planification Familiale ;

- La formation des évaluateurs de Programme de Planification Familiale ;

- La formation des encadreurs de stage de Planification Familiale ;

- La formation des cliniciens de Planification Familiale ;

- La formation des agents d'information, d'éducation et de communication des Centres Médico-Sociaux ;

- Le séminaire national des responsables de cliniques de Planification Familiale.

Eu égard au taux encore particulièrement élevés de la mortalité infantilo-maternelle engendrés par des causes souvent évitables, nous pensons que l'Agent responsable de la Santé maternelle et infantile doit être plus que quiconque, à la hauteur de sa tâche, et constamment animé par le souci de mieux faire chaque jour, pour assurer la santé des enfants et éviter qu'une femme perde la vie en voulant donner la vie.

C'est pourquoi, les efforts tendant à développer les structures pouvant assurer une formation bien faite, des recyclages périodiques et des formations permanentes du personnel de la Santé, doivent être poursuivis et encouragés par chacun de nos pays afin de consolider la qualité des soins et services indispensables à la promotion de la santé et permettre à tous et à chacun, d'atteindre l'objectif international de la Santé pour Tous d'ici l'An 2000.

Mesdames et Messieurs les participants,

Tout en émettant le vœu que votre séjour parmi vos frères et soeurs Togolais puisse être agréable, et que vos travaux se déroulent dans la paix, dans la tranquillité et dans un climat d'entente confraternelle, je déclare au nom du Ministre de la Santé Publique, ouverte la réunion du Comité Consultatif Technique du Programme International pour la Formation en matière de Santé.

Vive le Programme International pour la Formation en matière de Santé,

Vive les Institutions Nationales de Formation médicale,

Vive La Santé Maternelle et Infantile,

Pour que Vive la Santé pour Tous d'ici l'An 2000.

Je vous remercie.

121

APPENDIX K.2

Mr. Pape Gaye, INTRAH/WCA Director
(Mr. Pape Gaye, Directeur INTRAH/WCA)

DISCOURS DU DIRECTEUR REGIONAL
D'INTRAH/WCA A L'OUVERTURE DE LA
REUNION TAC 1989

LOME le 10 Juillet 1989

- Monsieur le Représentant du Ministre de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine,
- Monsieur le Représentant de l'USAID Togo,
- Honorables invités,
- Chers collègues.

Au nom du Dr. James Lea, Directeur de INTRAH en Caroline du Nord et de mes autres collègues à Chapel Hill, je voudrais remercier tous les membres du TAC qui ont bien voulu accepter notre invitation et venir assister à nos travaux. Travaux de réflexion certes mais que nous espérons aboutiront à des recommandations concrètes sur comment améliorer la formation du personnel de Santé en SMI/PF.

Mais puisque la plupart d'entre vous participez pour la première fois à la réunion TAC, laissez moi vous rappeler le but de cette réunion qui est de "permettre à INTRAH de s'inspirer des recommandations des membres pour améliorer ses programmes sur le terrain".

Chaque année dans chacune des régions où travaille l'INTRAH:

- a) - Afrique Francophone
- b) - Afrique Anglophone
- c) - Asie

de pareils réunions regroupe les professionnels de la Santé comme nous pour discuter, analyser et résoudre des problèmes liés à la formation des paramédicaux et auxiliaires de Santé en matière de Planning Familial.

L'année dernière à Ouagadougou un accent particulier était placé sur la planification des activités de revue finale et d'évaluation de la performance, des connaissances et des conditions de travail des agents formés avec la collaboration d'INTRAH entre 1984 - 1989.

Depuis Décembre 1988 des suivis, revues finales et évaluations ont été menées dans la quasi totalité des dix (10) pays ici représentés.

Les résultats de ces activités d'évaluation nous ont montré que les actions d'INTRAH ont eu un impact positif dans plusieurs pays notamment :

- La décentralisation des activités de PF au Niger
- Le début du processus d'intégration de la PF dans le cursus des Ecoles Professionnelles de Santé a été entamé au Zaïre, au Burkina Faso.

- En Cote d'Ivoire et au Togo, un nombre important de prestataires cliniques et sociaux ont été formés qui ont démarré les activités de sensibilisation des populations.

De façon générale, ces évaluations ont montré que la formation était presque immédiatement suivie d'une recrudescence des activités de PF.

Malheureusement, les évaluations ont aussi montré qu'il y avait des lacunes très importantes dans certains domaines.

- Demande faible pour supporter les formations spécialisées telles que la pause de DIU.
- La formation s'est faite en l'absence de politique de service bien définie.
- Le choix des participants n'était pas toujours judicieux.
- Il y a toujours un grand nombre de formés qui retournent dans des structures pas suffisamment équipées et adéquates et qui désapprennent par manque de pratique.

Vu le mandat d'INTRAH qui est d'aider les pays à atteindre l'auto-suffisance en matière de formation, vous pourrez comprendre l'intérêt que nous portons au TAC qui nous donne l'occasion de nous pencher sur ces problèmes et pour leur trouver des solutions adéquates.

La réunion de cette année est aussi la dernière du projet de 5 ans entre l'Université de la Caroline du Nord et l'USAID Washington puisque ce projet prendra fin le 30 Septembre 1989.

L'INTRAH espère signer un nouveau contrat de 5 ans et s'est déjà inspiré de vos suggestions pour dégager les grandes orientations pour le prochain contrat. Nous sommes particulièrement ravis d'avoir avec nous les hauts responsables de la SMI/PF que vous êtes parce que c'est vous qui nous aiderez à mieux vous aider.

Les quatre (4) jours que nous passerons ensemble nous donnerons l'occasion aux uns et aux autres de préciser nos approches au développement des projets, clarifier nos attentes et dégager les domaines prioritaires d'Assistance Technique pour les prochaines années.

Avant de terminer, je voudrais dire quelques mots sur le choix du site de notre réunion de cette année. En effet à l'issue de la réunion de 1988 les participants avaient opté pour le Rwanda comme site de la réunion de 1989. Malheureusement pour des raisons de contraintes budgétaires

125

nous n'avons pu nous rendre à Kigali. Nous sommes néanmoins très ravis du choix de Lomé qui nous intéresse à plus d'un titre.

Comme vous le savez le Togo vient d'être couronné par le FNUAP pour les efforts consentis par son gouvernement en matière de population. Notre organisme a depuis Décembre 1988 désigné un Coordinateur Résident et nos rapports avec la Division Mère et Enfant sont exemplaires. C'est donc avec joie que nous retrouvons votre beau pays.

Enfin je voudrais une fois de plus inviter les membres de notre T.A.C à ne ménager aucun effort lors des prochains trois (3) jours pour que nous puissions atteindre nos objectifs.

Je vous remercie.

APPENDIX K.3

Dr. Lea's Cable to TAC Members
(Cable de Dr. James Lea, Directeur INTRAH)

●
5347 H2F TG

10 JUL 1989 20:34 .COMITE DE CONSEILS TECHNIQUES D'INTRAH
HOTEL DEUX FEVRIER/LOME
TELEX: 9865347

A/S DE HR. PAPE GAYE

1. JE VOUS ENVOIE MES SALUTATIONS ET MEILLEURS
VOEUX ALORS QUE VOUS COMMENCEZ LA REUNION DU COMITE
DE CONSEILS TECHNIQUES POUR L'AFRIQUE CENTRALE ET
DE L'OUEST. DE NOUVEAU LES CIRCONSTANCES NE
PRIVENT DU PRIVILEGE DE VOUS REJOINDRE. BIEN
ENTENDU, INTRAH EST BIEN REPRESENTE PAR MES
COLLEGUES, DE LA MEME MANIERE QUE LES PROGRAMMES
DE PLANIFICATION FAMILIALE LES PLUS EFFICACES ET
LES PLUS VIGOUREUX SONT BIEN REPRESENTES PAR VOUS
TOUS.

2. J'OFFRE AU GOUVERNEMENT DU TOGO A L'OCCASION
DE LA DERNIERE REUNION DE CE COMITE DE CONSEILS
PENDANT LE PAC IIA LA SINCERE GRATITUDE D'INTRAH
POUR LES BIENVEILLANCES ACCORDEES AU COMITE DE
CONSEILS ET A INTRAH. A CHACUN DES MEMBRES DU
COMITE, J'OFFRE MON APPRECIATION POUR VOS
NOMBREUSES CONTRIBUTIONS AU PROGRAMME, VOTRE
ENTHOUSIASME EXTRAORDINAIRE, ET VOTRE DEVOUEMENT
A NOTRE TRADITION D'EXCELLENCE. JE VOUS SOUHAITE
BEAUCOUP DE SUCCES DANS VOS DELIBERATIONS DE CETTE
SEMAINE, ET J'ESPERE QUE NOUS AURONS L'OCCASION DE
CONTINUER NOS RAPPORTS DE COLLABORATION.

JAMES W. LEA, DIRECTEUR/INTRAH

●
5347 H2F TG....

REPLY TO UB 3772242

128

APPENDIX L

Press Coverage
(Article du Journal)

PROGRAMME INTERNATIONAL POUR LA FORMATION EN MATIERE DE SANTE

La réunion annuelle ouverte à Lomé

La réunion annuelle du comité consultatif technique du Programme international pour la formation en matière de Santé ou Program for International Training in Health (INTRAH), s'est ouverte hier matin à l'hôtel 2 Février à Lomé.

Cette rencontre, organisée conjointement par l'INTRAH et le ministère de la Santé publique, des Affaires sociales et de la Condition féminine à l'invitation des responsables de Santé venus du Burkina Faso, de Côte d'Ivoire, du Mali, du Niger, du Rwanda, du Tchad, du

le directeur de cabinet au ministère de la Santé publique, des Affaires sociales et de la Condition féminine, M. Bini Kilim a exprimé ses félicitations au bureau régional de l'INTRAH pour le dévouement et les multiples sacrifices consentis pour la série de formations en planification familiale réalisée au Togo. Eu égard au taux encore particulièrement élevé de la mortalité infantilo-maternelle engendré par des causes souvent évitables, il a estimé que l'agent responsable de la santé maternelle et infantile doit être, plus que quiconque, à la hauteur de sa tâche, et constamment

éviter qu'une femme perde la vie en voulant donner la vie.

M. Bini Kilim a souhaité que les efforts tendant à développer les structures pouvant assurer une formation bien faite, des recyclages périodiques et des formations permanentes du personnel de la Santé, se poursuivent et soient encouragés par chacun de nos pays ; ceci, afin de consolider la qualité des soins et services indispensables à la promotion de la santé, et permettre à tous et à chacun, d'atteindre l'objectif international de la « Santé pour tous d'ici l'An 2000 ».



Une vue des délégués en séance de travail peu après l'ouverture de la réunion annuelle du Programme international pour la formation en matière de santé

Zaire et du Togo, aura à passer en revue le programme de formation en matière de santé maternelle et infantile ; elle aura également à identifier au niveau national des institutions capables de réaliser pour nos pays, une autosuffisance en matière de formation des prestations des services de planification familiale dans les domaines de l'information, de l'éducation, de la communication, des services cliniques, de la gestion et de l'évaluation.

En ouvrant la rencontre,

animé du souci de mieux faire chaque jour, pour assurer la santé des enfants et

Les travaux prendront fin le 13 juillet prochain. (ATOP)