PN-ABK-802

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

12-16 novembre 1991

Lomé, Togo

Compte-rendu

Rapporteur: Mr. Joanny Kaboré, INTRAH Consultant

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

November 12-16, 1991

Lomé, Togo

Submitted By: Mr. Joanny Kaboré, INTRAH Consultant

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

TABLE DES MATIERES

		PAGE
	RESUME EXECUTIF	i
	LISTE DES ABBREVIATIONS	iii
I.	BUT DU TAC	1
II.	REALISATIONS	1
III.	HISTORIQUE	2
IV.	DESCRIPTION DES ACTIVITES	2
V.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	8

ANNEXES

A. Liste des participants

B. Objectifs du TAC

C. Calendrier des activites

D. Attentes des participants

E. Resultats du questionnaire d'appreciation pour participants

F. Liste des documents de reference

G. Allocutions d'ouverture
- directeur régional d'INTRAH
- la directrice de l'USAID
- ministre de la santé et de la population

H. Taches: Programme de formation en planification familiale

I. Situation de la décentralisation des services de SMI/PF au Burkina Faso, au Rwanda, au Cameroon et en Guinée

J. Exposé sur le PEV au Togo

K. Présentations des pays
- Benin
- Burkina Faso
- Cameroon
- Guinée
- Niger

RESUME EXECUTIF

Du 12 au 16 Novembre 1991, s'est tenue à Lomé, la quatrième réunion du Comité Technique Consultatif Francophone.

Le thème choisi pour cette réunion est : "La décentralisation de la formation dans le contexte de la décentralisation des services de Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale (SMI/PF)".

Les objectifs globaux poursuivis étaient :

1. Arriver à un consensus sur le concept de la Décentralisation des services dans le contexte de soins de santé primaires.

2. Etablir un lien entre les services décentralisés et la formation décentralisée.

3. Identifier et analyser les pré-requis pour une décentralisation réussie.

4. Proposer des approches et procédures pour planifier et exécuter un système décentralisé.

La documentation, les exposés des débats et les travaux de groupe ont cerné successivement trois grands thèmes.

Les thèmes traités étaient : le concept de décentralisation, la décentralisation des services de santé (SMI/PF), la décentralisation des formations en PF.

L'ouverture officielle était marquée par le discours du Dr James Lea, Directeur d'INTRAH, celui de Monsieur Pape Gaye, Directeur Régional d'INTRAH pour l'Afrique Francophone, celui de Mme Sarah Clark, Directrice de l'USAID/TOGO et enfin celui du Ministre de la Population et de la Santé du Togo, Dr. IHOU Ekoudé David.

La facilitation a été assurée par une équipe de INTRAH/Lomé et de INTRAH/Chapel Hill, Mr. Joanny Kaboré, Consultant d'INTRAH et du Dr. Malonga Miatudila de la Banque Mondiale.

Les principales réalisations de la réunion étaient les suivantes :

- Les participants ont proposé une définition opératoire de la décentralisation.

- Ils ont matérialisé le quoi dans le décentralisation des services de SMI/PF et de la formation.

- Les participants ont été acquis au fait que le pourquoi de la décentralisation en général est très complexe, que la décentralisation des services de SMI/PF et celle de la formation sont liées et sont des conditions indispensables à l'amélioration rapide de la qualité des soins.

- Les participants ont souligné avec force la nécessité pour tous les pays participants d'élaborer et d'utiliser des documents de politiques, standards et de protocoles de services comme base pour initier ou améliorer la décentralisation des services de SMI/PF et la formation en PF.

- Sur le comment planifier et exécuter les décentralisation, les participants sont unanimes qu'en la matière il n'y a pas de recette et que néanmoins, la démarche doit être systématique sur la base d'une connaissance approfondie de l'environnement gestionnaire des services de santé nationaux.

Les participants ont unanimement recommandé qu'un document de Politique des services de SMI/PF soit développé dans chaque pays pour orienter la décentralisation.

LISTE DES ABREVIATIONS

SMI/PF	Santé Maternelle et Infantile/Planification familiale
TAC	Technical Advisory Committee.
CCT	Comité Consultatif Technique.
RBF	Recensement des Besoins de Formation.
COTs	Critical Operating Tasks.
SMATs	Strategic management Tasks.
DPSP	Document de Politiques, Standards et Protocoles.
QAP	Questionnaire d'Appréciation pour Participants.

I. BUT DU TAC

Ce comité consultatif technique avait pour but d'une part d'établir les liens entre services décentralisés et formations décentralisées et d'autre part permettra d'identifier les facteurs à considérer lors de la préparation et de l'exécution de la décentralisation des formations. Sa finalité était de rendre les participants capable d'utiliser une approche systématique dans le domaine de la décentralisation des formations en planification familiale.

II. REALISATIONS

A l'actif de ce TAC on peut résumer les réalisations majeures de la façon suivante :

- Vingt (19) participants de huit pays ont pu échanger leurs expériences sur la décentralisation des services de SMI/PF et de la formation.

- Les participants étaient majoritairement des directeurs centraux des services de santé familiale avec leurs coordonnateurs de projets. Le reste était des directeurs centraux de formation professionnelle et des coordonnateurs ou directeurs d'étude de formations continues ou de base: voir annexe A

- Les participants ont proposé une définition opératoire de la décentralisation.

- Ils ont matérialisé le quoi dans le décentralisation des services de SMI/PF et de la formation.

- Les participants ont été acquis au fait que le pourquoi de la décentralisation en général est très complexe, que la décentralisation des services de SMI/PF et celle de la formation sont liées et sont des conditions indispensables à l'amélioration rapide de la qualité des soins.

- Les participants ont souligné avec force la nécessité pour tous les pays participants d'élaborer et d'utiliser des documents de politiques, standards et de protocoles de services comme base pour initier ou améliorer la décentralisation des services de SMI/PF et la formation en PF.

- Sur le comment planifier et exécuter les décentralisation, les participants sont unanimes qu'en la matière il n'y a pas de recette et que néanmoins, la démarche doit être systématique sur la base d'une connaissance approfondie de l'environnement gestionnaire des services de santé nationaux.

- Sur tous ces sujets les participants ont tiré des leçon et formulé des recommandations à leur propre endroit, à celui de INTRAH et ceux de leurs gouvernement.

- A la fin du séminaire, la session de consultation par pays a permis aux uns de réajuster leurs plans de travaux et aux autres d'INTRAH des projets d'assistance technique. Voir en annexe K les fiches de projet d'utilisation des acquis du TAC du Bénin, de la Guinée et au Niger.

- Enfin les résultats du questionnaire d'appréciation pour participants. Le taux de satisfaction général est de 90,6% voir annexe E

III. HISTORIQUE

Depuis l'ouverture de son bureau régional pour l'Afrique Occidentale et Centrale (WCA) à Abidjan, INTRAH a organisé trois TAC.

La première a eu lieu à Abidjan en septembre 1987 et avait eu pour but de discuter avec des personnalités francophones chargées de la formation des agents de santé communautaires et le personnel paramédical des besoins régionaux de formation et des approches de formation. La deuxième rencontre a eu lieu au Burkina Faso et portait sur l'évaluation. La troisième à Lomé en juillet 1989 voulait examiner les résultats du PAC IIA, les tendances et les conditions d'organisation des services de SMI/PF ainsi que les formations en PF. Il avait permis à INTRAH de mettre l'accent sur l'assistance technique au pays pour le développement de document de politiques de standards et de protocoles.

Le thème du présent TAC trouve son origine dans l'expérience de bon nombre de pays dans de décentralisation des services de SMI/PF et l'orientation de certains vers la décentralisation des formations en PF.

IV. DESCRIPTION DES ACTIVITES

A. Préparation

De manière informelle, la préparation de ce TAC a commencé avec une série de réunions tenues à Chapel Hill entre Mme Lynn Knauff, Directrice Adjointe de INTRAH à Chapel Hill, Mr Pape Gaye, Mlle Maureen Corbett, Dr Aliou Boly et Dr Malonga Miatudila.

De manière informelle le groupe de travail composé de Mr Pape Gaye, Dr Boly Aliou, Mr Joanny Kabore, Mme Hounzah et Mlle Maureen Corbett se sont retrouvés progressivement

du 7 au 9 novembre et ont établi le projet de calendrier des activités. La présence du Dr Malonga Miatudila le lundi 11 novembre 1991 a permis d'aboutir à l'essentiel du guide des formateurs. Toute fois il a été arrêté que les facilitateurs se retrouveront tous les soirs pendant la phase d'exécution pour adapter le guide des facilitateurs.

Au total il a été établi que le TAC aura six (6) module :

1 L'orientation des participants.

2 Le concept de décentralisation.

3 La décentralisation des services.

4 La décentralisation des formations.

5 La consultation par pays.

6 l'évaluation de TAC.

Pour le calendrier des activités voir annexe C.

B. Exécution

En raison de la présence de la majorité des participants et pour permettre de gagner un peu de temps, le module orientation a commencé le lundi 11 novembre de 17h à 18h par une session sur les informations administratives et logistiques et le recensement des besoins de formation par le remplissage d'un questionnaire.

L'ouverture officielle a eu lieu le mardi de 8h30 à 10h30 et a comporté en un discours du Dr Jim Lea le Directeur de INTRAH, celui du directeur régional de INTRAH Mr Pape Gaye, celui du ministre de la santé le Dr IHOU Ekoudé David, l'ensemble des discours se trouve en annexe G.

La session sur les attentes des participants, les buts, les objectifs, le calendrier et les normes du séminaire ont eu lieu de 10h45 à 12h. La méthode a combiné un exposé et des lancements d'idées. le contenu se trouve en annexe B et D

C'est le lieu de dire que les attentes des participants et les résultats du RBF n'ont pas amené de modifications au bilan du séminaire.

- S'accorder sur un même entendement du concept de décentralisation;
- Appréhender les causes de la décentralisation;
- Caractériser les modèles de décentralisation.

L'objectif global était :

Définir le concept de décentralisation, discuter des raisons de la décentralisation et identifier les différents types de décentralisation.

Un travail de groupe suivi d'une mise en commun a permis aux participants d'arrêter la définition de la décentralisation comme suit :

"Un transfert d'une partie plus ou moins importante d'autorité et de responsabilité d'un niveau plus central à un niveau plus périphérique".

Une deuxième étape a consisté à colliger des descriptions de services décentralisés de divers pays et a en faire l'analyse pour en sortir les types de décentralisation, des causes des décentralisations qui se résument comme suit :

TYPES DE DECENTRALISATION

- DECENTRALISATION GEOGRAPHIQUE
- DECENTRALISATION FONCTIONNELLE
- DECONCENTRATION

  Verticale
  Intégrée
- DEVOLUTION
- DELEGATION
- PRIVATISATION

RAISONS DE LA DECENTRALISATION

- Surcharge
- Pour contourner les lourdeurs administratives
- Garantir la qualité des prestations
- Diminuer les coûts
- Améliorer l'efficacité de la gestion
- Approcher les centres de décision
- Améliorer l'accessibilité aux services
- Encourager la participation de la communauté
- Favoriser la collaboration intersectorielle
- Favoriser la transparence
- Besoins de prendre en compte la spécificité de la région
- Problème de coûts
- Rapidité pour disposer des agents formés
- Besoins d'autonomie, d'être responsable (finances, personnel)

- Besoins d'améliorer la supervision
- Economie du temps
- Améliorer l'efficience

RAISONS QUI NOUS FONT HESITER A TRANSFERER

- Manque de confiance
- Peur de perdre le pouvoir
- Conflit de compétences (subalterne plus compétent)
- Perte des avantages matériels
- Mauvais répartition des tâches
- Problèmes ethniques
- Problèmes de ressources humaines

Module 3 : La décentralisation des services de santé

La décentralisation des services de santé était le centre des débats du mercredi 13 novembre (J2). Il a été abordé en deux sessions; la décentralisation du PEV Togo qui se voulait une introduction à la décentralisation des services de SMI/PF qui devait permettre une analyse approfondie de la part des participants.

Le module avait pour objectifs globaux :

- S'accorder sur les éléments de décentralisation des services de SMI/PF.

- Appréhender les problèmes de ressources humaines en matière de PF.

- La session sur la décentralisation du PEV Togo avait pour objectifs spécifiques .

  - Décrire le système de santé du Togo

  - Identifier les causes de la décentralisation du PEV Togo.

  - Déterminer le modèle de décentralisation du PEV Togo.

  - Identifier et caractériser les éléments décentralisés.

  - Faire ressortir les leçons apprises dans cette décentralisation.

La méthode était un exposé fait par le responsable national du PEV Togo suivi d'une analyse en plénière des informations en rapport avec les objectifs spécifiques: l'exercice a permis d'enrichir le concept de décentralisation par les faits suivants :

Ce sont des fonctions ou tâches qui sont décentralisées

Ce sont les tâches opérationnelles qui sont les plus souvent décentralisées (SCOTs).

Les tâches les moins décentralisées sont les tâches stratégiques managériales (SMATs).

les tâches décentralisées ont pu être regroupées en 9 familles. Le contenu de l'exposé sur le PEV Togo se trouve en annexe J.

La session sur la décentralisation des services de PMI/PF avait pour objectifs spécifiques :

- Identifier les causes de la décentralisation des services de SMI/PF.

- Analyser les éléments décentralisés (niveau de décentralisation - relation avec le niveau central.)

- Caractériser les éléments décentralisés

- Analyser les problèmes rencontrés et plus particulièrement ceux relatifs au ressources humaines dans la PF.

Après un panel sur la décentralisation des services de SMI/PF au Burkina Faso, au Cameroun, en Guinée et au Rwanda, les participants se sont mis en deux groupes pour analyser de la manière la plus profonde possible d'état de la décentralisation des services de SMI dans les quatres pays. Les résultats du dit travail se trouve en annexe I sous le titre "Situation de la décentralisation..."

En plénière, l'analyse faite de ces résultats a permis de tirer quelques conclusions du présent rapport. En annexe K on pourra voir le contenu des exposés de la Guinée et du Burkina Faso sur la décentralisation des services.

Module 4 : **La décentralisation des formations en PF**

Ce module avait pour objectifs globaux :

- Justifier la nécessité d'utiliser une approche systématique dans le domaine de la décentralisation des formations.

- Faire le lien entre service, formation décentralisée et document de politiques, standards et protocoles (DPSP).

Le module a été exécuté en 3 sessions.

La première : la décentralisation des formations, le cas du Burkina Faso avait pour objectifs spécifiques :

- Identifier les tâches liées aux programmes de formation.

- Identifier les conditions liées à l'exécution des tâches dans un programme de formation en PF.

Après un exposé fait par l'équipe des Burkinabés et les clarifications qui ont suivi, il a été établi en plénière une liste de tâches relatives a un programme de formation en PF. Le contenu de l'exposé du Burkina et la liste des tâches se trouve en annexe K et H .
La suite de l'exercice a consisté en un travail de groupe qui avait pour tâches : "Etudier le cas du Burkina, proposer et Justifier à quel niveau du système de santé vous décentraliseriez chacune des tâches relatives à la formation clinique des prestataires". La mise en commun a surtout démontré la nécessité de délimiter finement les tâches par rapport aux différents niveaux du système.

La deuxième session : Le document de politique, standards et protocoles avait pour objectifs spécifiques :

- Définir les termes politiques, standards, protocoles et plan de services.

- Justifier l'élaboration d'un DPSP.

- Décrire la démarche d'élaboration d'un DPSP.

- Décrire les composantes d'un DPSP en PF.

- Décrire l'impact attendu d'un DPSP.

Deux exposés ont permis d'atteindre ces objectifs. Le premier se rapportait aux définitions; il a été appuyé par le glossaire des termes utilisés par INTRAH en la matière. Le deuxième exposé a porté sur l'expérience du Cameroun dans d'élaboration de son document de politiques, standards et protocoles en SMI/PF. Le résumé de l'exposé se trouve en annexe K .

La troisième session: DPSP liens avec la qualité des services et la décentralisation des formations en PF avait pour objectifs spécifiques :

- Identifier les contenus et les conditions pour un impact optimal du DPSP sur la qualité des services et la décentralisation de la formation en PF.

Un exposé soutenu par plusieurs schémas a aidé à l'atteinte de l'objectif.

A la fin de cette séance, un exercice consistant à rassembler toutes les leçons apprises au cours du séminaire a été fait puis les participants ont été invités à se retrouver en deux groupes pour proposer des recommandations générales au regard des leçons apprises. Ce module sur la décentralisation des formations avait occupé tout l'avant-midi du vendredi tandis que l'après-midi a été consacré aux consultations par pays avec l'équipe du bureau régional de Lomé et Mlle Maureen Corbett.

L'évaluation du séminaire a été faite de manière continue avec les où en sommes-nous du début de chaque journée néanmoins un QAP a été appliqué le samedi matin après la distribution des drafts des résultats des travaux du séminaire à tous les participants et avant la clôture officielle.

V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

A la fin du TAC les participants ont consigné les conclusions suivantes :

- Les causes de décentralisation sont très complexes.
- La décentralisation est un processus très complexe.
- Dans la préparation d'une décentralisation toutes les tâches critiques doivent être finement analysées et disséquées.
- Le document de politiques, standards et protocoles peut être utilisé pour améliorer les décentralisations existantes ou en cours.
- Une bonne connaissance de l'environnement gestionnaire du système de santé est un préalable à la décentralisation des services.
- Le document de PSP est une bonne base pour la planification de la décentralisation des services.
- Beaucoup de tâches peuvent être décentralisées dans le domaine de la formation en PF si on se réfère à un document de PSP.
- Le document de PSP permet de rendre opérationnels les documents de politiques nationales de santé utilisées sur le terrain.

- Le document de PSP permet de garantir une homogénéité dans le partage des responsabilités de la formation et des services.

- Le document de PSP doit être disponible à tous les niveaux du système de santé.

En fonction de ce qui précède, les participants ont fait les recommandations suivantes :

a) Aux gouvernements des pays participants au TAC, ils recommandent :

1. L'élaboration le plus tôt possible d'un document de PSP en SMI/PF là où cela n'existe pas.

2. La demande d'assistance technique en cas de besoin aux agences compétentes pour l'élaboration des documents de PSP.

3. L'utilisation du document de PSP comme document de base et la mise en oeuvre des moyens nécessaires pour une décentralisation rationnelle des services et de la formation.

4. L'élaboration de stratégie de décentralisation des services et de la formation :

   a) Mise en place d'une équipe centrale et périphérique de formation.

   b) L'élaboration d'un instrument de supervision.

   c) L'application effective des mécanismes de supervision.

   d) L'actualisation des supports de supervision et de formation.

5. La mise en oeuvre des moyens nécessaires en vue de la décentralisation des services intégrés de SMI/PF et de la formation en SMI/PF. :

b) A INTRAH, ils recommandent le maintien du TAC annuel en vue de favoriser les échanges d'expérience.

c) Aux participants du TAC, ils recommandent la stimulation des autorités pour l'élaboration et la mise en application des documents de politiques, standards et protocoles en SMI/PF.

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
	EXECUTIVE SUMMARY	i
	LIST OF ABBREVIATIONS	iii
I.	PURPOSE OF THE MEETING	1
II.	ACCOMPLISHMENTS	1
III.	BACKGROUND	2
IV.	DESCRIPTION OF ACTIVITIES	3
V.	CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	8

APPENDICES

A. List of Participants

B. TAC Objectives

C. Schedule of Activities

D. Participant Expectations

E. Results of Participant Reaction Questionnaire

F. List of Reference Documents

G. Welcome Addresses

- INTRAH Regional Director
- USAID Director
- Minister of Health and Population

H. Tasks: Family Planning Training Program

I. Situation of MCH/FP Service Decentralization in Burkina Faso, Rwanda, Cameroon and Guinée

J. Presentation on Togo EPI

K. Country Presentations

- Benin
- Burkina Faso
- Cameroon
- Guinée
- Niger

EXECUTIVE SUMMARY

The fourth Francophone Africa Technical Advisory Committee (TAC) meeting was held in Lomé, Togo, November 12-16, 1991.

The theme of the TAC meeting was the decentralization of training within the context of decentralization of health services. The purpose was to establish awareness about the linkage between decentralized services and decentralized training, and to identify factors that must be considered before decentralized training is undertaken and while it is being implemented.

The meeting was facilitated by INTRAH staff from Lomé and Chapel Hill, INTRAH Consultant Mr. Joanny Kaboré and Dr. Malonga Miatudila from the World Bank, and was attended by 18 persons from 8 countries: Benin (1), Burkina Faso (4), Cameroon (2), Côte d'Ivoire (2), Guinea (1), Niger (1), Rwanda (1) and Togo (6) and a USAID/Togo representative. The participants, who were nominated by USAID missions in collaboration with host countries, were directors of MCH/FP, heads of FP services, heads of supervision and evaluation and provincial-level MCH/FP service directors and service providers.

Participants accomplished the following:

- developed an operational definition of decentralization;
- identified elements to be considered in decentralization of MCH/FP services and training;
- recognized that MCH/FP service and training decentralization are linked and are essential for rapid improvement of service quality;
- agreed that although there is no one way to plan and implement decentralization, the process is systematic and must be based on a detailed knowledge of the managerial environment of national health services; and

- formulated recommendations for INTRAH, themselves and their governments.

Participants recommended that a MCH/FP Service Policy document be developed in each country as a guide for decentralization.

Official opening speeches were made by Dr. James Lea, INTRAH Director; Mr. Pape Gaye, INTRAH Regional Director for Francophone Africa; Mrs. Sarah Clark, USAID/Togo Director; and Dr. Ihou Ekoudé David, Minister of Health and Population in Togo.

LIST OF ABBREVIATIONS

COTs	Critical Operating Tasks
PSPD	Policy, Standards, and Protocols Document
SMATs	Strategic Managerial Tasks
TAC	Technical Advisory Committee

I. PURPOSE OF THE MEETING

The purpose of the TAC meeting was to establish awareness about the linkage between decentralized services and decentralized training, and to identify factors that must be considered before decentralized training is undertaken and while it is being implemented.

Goal

To enable participants to think about and plan for decentralized training in a systematic way with service decentralization as a context.

Overall Objectives

- Develop a common understanding of the concept of decentralization of services within primary health care, and identify positive and negative consequences that have been observed and experienced by TAC members.
- Relate and link the experiences and observations of decentralized services to decentralized training: what can be expected?
- Identify and analyze prerequisites for successful decentralized training.
- Propose approaches and means to develop and implement a decentralized training system.

II. ACCOMPLISHMENTS

A. The fourth annual Francophone TAC meeting was attended by 18 members from 8 countries, including directors of MCH/FP, heads of FP services, heads of supervision and evaluation and provincial-level MCH/FP service directors and service providers. Members recognized that decentralized MCH/FP services and training decentralization are linked and the linkage is an essential condition to rapid improvement of service quality.

B. Members developed an operational definition of decentralization and identified elements to be considered in decentralization of MCH/FP services and training.

C. Members agreed that although there is no one way for planning and implementing decentralization, the process must be systematic and based on a detailed knowledge of the managerial environment of national health services.

D. Members formulated recommendations for INTRAH, themselves and their governments. Some members revised their workplans and others requested technical assistance from INTRAH (see Benin, Guinée and Niger TAC results utilization project sheet in Appendix K).

III. BACKGROUND

The INTRAH Technical Advisory Committee was established during PAC IIa as a replacement for the Regional Advisory Group of PAC I. Since the opening of a regional office in francophone Africa, three francophone TAC meetings have been held. TAC members who attended these meetings have included heads of MCH/FP divisions, executive directors of family planning associations, training project directors and/or coordinators and other participants selected according to the theme and focus of the meetings (see September/October 1987, September 1988 and July 1989, PAC IIa TAC meeting reports and proceedings).

Previous TAC meetings have resulted in guidance and directives from country representatives on their training and technical assistance needs and in more responsive INTRAH assistance. These meetings also provided TAC members with increased knowledge and comprehension in certain technical areas, such as: human resource management for FP services; training needs assessment; evaluation of FP training and service providers; and the importance of national FP service

policy, standards and protocols in the preparation, training and evaluation of MCH/FP service providers and service quality improvement.

The theme of the current TAC meeting originated from many countries' experiences in MCH/FP service decentralization and a few countries' attempts and plans to decentralize FP training.

IV. DESCRIPTION OF ACTIVITIES

A. Preparation

Preparation began with a series of meetings in Chapel Hill with Ms. Lynn Knauff, INTRAH Deputy Director; Ms. Maureen Corbett, INTRAH Program Officer; Mr. Pape Gaye, INTRAH Regional Director for Francophone Africa; Dr. Aliou Boly, INTRAH Francophone Training and Training Materials Officer; and Dr. Malonga Miatudila from the World Bank.

The planning group (Mr. Gaye, Dr. Boly, Ms. Corbett and INTRAH Consultants Mr. Joanny Kaboré and Mrs. Noelie Hounzah) met in Lomé November 7-9 to plan the agenda. Dr. Miatudila's attendance on November 11 allowed for the completion of planning.

It was decided that the TAC meeting would have six parts (see agenda in Appendix C):

Participant Orientation
Concept of Decentralization
Health Services Decentralization
FP Training Decentralization
Country Consultation
TAC Meeting Evaluation

B. Implementation

Part 1: Participant Orientation

Because most participants were present and in order to save time, the orientation began on Monday, November 11, from 5 to 8 pm, with a session on administrative

and logistical information, and a needs assessment conducted through a questionnaire.

The official opening took place on Tuesday, November 12, from 9:30 to 10:30 am. Dr. James Lea, INTRAH Director, Mr. Gaye, and Dr. Ihou Ekoudé David, the Minister of Health and Population, made opening speeches (see Appendix G).

Members' expectations, seminar goals, objectives, agenda and group norms were discussed. Expectations and needs assessment results did not require any modifications to the meeting agenda.

Part 2: Concept of Decentralization

Objectives were: to define the decentralization concept, discuss reasons for decentralization and identify different types of decentralization.

Group work followed by sharing in plenary resulted in the following definition of decentralization: "A transfer of a more or less important part of authority and responsibility from a central level to a peripheral level."

Next, different types and causes of decentralization were identified:

Types of decentralization

- Geographic decentralization
- Functional decentralization
- Decentralization of authority (types)
  - vertical
  - integrated
- Devolution
- Delegation
- Privatization

Reasons to Decentralize

- Overload
- Avoid administrative slackness
- Improve service quality
- Reduce costs and resolve cost problems
- Improve managerial efficiency
- Move near decision-making centers
- Improve access to services
- Encourage community participation
- Foster intersectoral collaboration
- Foster openness
- Manage regional specificity
- Rapidity in trained personnel deployment
- Need for autonomy, being responsible (finance, personnel)
- Improve supervision
- Save time
- Improve service effectiveness

Reasons Why we are Reluctant to Decentralize

- Lack of confidence
- Fear of losing power
- Competence conflict (a more competent subordinate)
- Loss of material advantages
- Ethnic problems
- Human resource problems
- Division of responsibilities may result in central level having the most unpleasant tasks

Part 3: Health Service Decentralization

There were two sessions: one on the Togo EPI decentralization and one on MCH/FP services decentralization.

Overall objectives were to:

- agree on the elements of MCH/FP service decentralization; and
- identify FP human resource problems.

The Togo EPI decentralization presentation included:

- a description of the health system in Togo;
- identification of the causes of Togo EPI decentralization;

- identification and characterization of decentralized elements; and
- lessons learned from the decentralization experience.

The Togo EPI National Director highlighted:

- Functions and tasks are the elements to be decentralized, and operational tasks are often those to be decentralized (SCOTs).
- Tasks which are less decentralized are strategic managerial tasks (SMATs).
- Decentralized tasks were classified in 9 categories.

The presentation on Togo EPI is in Appendix J.

The specific objectives of the MCH/FP services decentralization session were to:

- identify the causes for MCH/FP service decentralization;
- review decentralized elements (level of decentralization - relationship with the central level);
- characterize decentralized elements; and
- review problems involved, especially those concerning human resources in FP.

Following a panel discussion on MCH/FP service decentralization in Burkina Faso, Cameroon, Guinea, and Rwanda, participants were divided into two groups to review in detail the status of MCH/FP service decentralization in the four countries. The results of the group work are in Appendix I under the title "Situation de la décentralisation des services de SMI/PF au Burkina Faso, au Rwanda, au Cameroun et en Guinée." Guinée and Burkina Faso country presentations are in Appendix K.

Part 4: FP Training Decentralization

The overall objectives of this module were to:

- justify the need to use a systematic approach to training decentralization; and
- establish a linkage between decentralized service and training, and between decentralization and a policy, standards and protocols document (PSPD).

The agenda was carried out in 3 sessions. The first session addressed training decentralization using Burkina Faso as an example. Specific objectives were to:

- identify tasks involved in decentralization of training; and
- identify conditions for task implementation.

After a presentation by the Burkina Faso team, a list of FP training program-related tasks was created (see Appendices 10 and 11).

Small groups were asked to study the case of Burkina and propose and justify the level of the health system at which each task relating to providers' clinical training should be decentralized. The results demonstrated the need for precise task delimitations according to the different levels in the system.

In the second session, the specific objectives were to:

- define the terms service policy, standards, protocols, and plan;
- justify the development of policy, standards, protocols and plan document (PSPD);
- describe the PSPD development method;
- describe the major components of PSPD in FP; and
- describe the expected impact of PSPD.

These objectives were met through two presentations: the first presented definitions, based on the INTRAH glossary of terms, and the second described the development of the Cameroon MCH/FP policy, standards and protocols (see Appendix K).

In the third session, the objective was to identify the contents and conditions for an optimal impact of PSPD on the quality of FP service and training decentralization.

The objective was achieved with a presentation highlighted by several illustrations.

At the end of this session, an exercise was held to review lessons learned during the meeting, and participants were divided into two groups to make general recommendations in light of the lessons learned.

Part 5: Country Consultation

The afternoon was devoted to country consultations with the Lomé Regional Office and Ms. Corbett.

Part 6: TAC Meeting Evaluation

Daily reviews were conducted. A participant reaction questionnaire was administered.

V. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Conclusions

By the end of the TAC meeting, members came to the following conclusions:

- The reasons to decentralize are varied, and decentralization is a very complex process.
- During planning for decentralization, critical tasks must be reviewed and analyzed in detail.

- A policy, standards, and protocols document can be used to improve the guidance for existing or ongoing decentralization.

- Good knowledge of the health system's managerial environment is a prerequisite to service decentralization.

- A PSPD is a good basis for service decentralization planning.

- Many tasks can be decentralized in the FP training field by referring to a PSPD.

- A PSPD can assist in making national health policy documents more operational at the field level.

- A PSPD can help ensure homogeneity in the distribution of training and service responsibilities.

- A PSPD must be available at all levels of the health system.

Recommendations

1. Members recommended the following to their governments:

   a. A MCH/FP PSPD should be developed promptly where they do not exist.

   b. Requests should be made to appropriate agencies for technical assistance for the development of PSPDs.

   c. A PSPD should be used as a basic document for implementation of service and training decentralization.

   d. Service and training decentralization strategy development should include:

      - Establishment of central and peripheral training teams.

      - Development of a supervision instrument.

      - Actual application of supervision mechanisms.

   e. Implementation of the necessary means to decentralize integrated MCH/FP services and training should be made.

2. To INTRAH, members recommended maintaining annual TAC meetings in order to foster sharing of experience.

3. To each other, members recommended they urge authorities to develop and implement MCH/FP policy, standards and protocols documents in their countries.

APPENDIX A

Liste des participants

(List of Participants)

APPENDIX A

REUNION ANNUELLE DU COMITE CONSULTATIF 1991 LOME/TOGO

LISTE DES MEMBRES

PAYS	NOM/PRENOM	FONCTIONS/ORGANISMES	ADRESSES		
			B.P. VILLE	TELEPHONE	TELEX TELEFAX
Bénin	1 Dr Suzane Zomahoun	Médecin projet Bien-Etre Familial	BP 04-0887 Cotonou	30-12-51	
Burkina Faso	2 Dr Bakouan Didier	Directeur de la Santé de la Famille, Ministère de la Santé Action Sociale et de la Famille	BP 7241	30-68-64	
	3 Mme Sebgo Pascaline	Coordonnatrice des projets PF à la DSF	BP 7002 Ouagadougou	S 30-68-64 D 30-44-85	
	4 Mr Bihoun Hounza	Directeur DFP Ministère de la Santé Action Sociale et de la Famille	BP Ouagadougou	S 30-68-74 D 31-19-09	
	5 Mr Kpodar Vitalien	Chef de Service de la Formation Continue à la DFP	BP 7002 Ouagadougou	S 30-68-74	
	6 Mr Kaboré Joanny	Consultant INTRAH	01 BP 3022	D 30-04-53	
Côte d'Ivoire	7 Mme Marie Madeleine Ouédraogo	Sage-femme AIBF	Abidjan	S 25-22-43 D 36-09-56	

PAYS	NOM/PRENOM	FONCTIONS/ORGANISMES	ADRESSES		
			B.P. VILLE	TELEPHONE	TELEX TELEFAX
Côte d'Ivoire	8 Dr Kouadio Yao Alexis	Médecin chef PMI Bassam	14 BP 288 Abidjan 14	S 30-13-61 21-22-91	
Niger	9 Mme Laouli Salamatou	Chef de division des prestations de service Ministère Affaires Sociales Population et Condition Féminine	Niamey	72-26-31	
Rwanda	10 Mr Nsegimana Léon	Chef de division SMI/PF	Kigali	S 07-48-66	
Cameroun	11 Dr Awasum David	Directeur Santé Familiale et Mentale. Ministère de la Santé Publique	Yaoundé	B 23-52-25 D 23-20-43	
	12 Mr Mbofung Lucas	Coordonnateur du projet de Formation INTRAH/DSFM	Yaoundé		
Guinée	13 Dr. Khalil Condé	Coordonnateur adjoint du projet Gui/MCH/001 SMI/PF	BP 585 Conakry	44-23-26	
Togo	14 Agbéa Pierre Bassou	Médecin Superviseur	Lomé	B 21-20-14 D 21-63-34	
	15 Mme Antou Ayassou	Monitrice principale Ecole des Sage-Femmes	Lomé	21-46-70	
	16 Dr. Agounké Worou	Médecin chef Hôpital Kpalimé	Kpalimé	41-00-51	
	17 Aboubakari Abdoulaye	Chirurgien CHR	Dapaong BP 57	70-81-16	

PAYS	NOM/PRENOM	FONCTIONS/ORGANISMES	ADRESSES		
			B.P. VILLE	TELEPHONE	TELEX TELEFAX
Togo	18 Mme Noëlie Hounzah	Coordonnatrice des projets INTRAH	Lomé	21-40-59	
	19 Mr Koudaya Nyédzy	Directeur Exécutif ATBEF	BP 4056 Lomé	21-41-93	
	20 Mme Emilie E. Mensah	Division M.C. ATBEF	BP 4056 Lomé	21-41-93	
	21 Dr Aliou Boly	Chargé de Formation et du Materiel de formation d'INTRAH	Lomé	21-40-59	
	22 Mr Bongwélé Onanga	Spécialiste en évaluation INTRAH	Lomé	21-40-59	
	23 Mr Pape Gaye	Directeur Régional INTRAH	Lomé	21-40-59	
	24 Dr. Manuel Pina	Responsable Clinique - INTRAH	Lomé		
Etats Unis d'Amerique	25 Dr Jim Lea	Directeur INTFAH	Chapel Hill		
	26 Dr Malonga Miatudila	Public Health Specialist; World Bank	AFTPN 1818H Street NW, DC 20433	B (202) 473-4093 D (301) 564-9063	
	27 Mlle Corbett Maureen	Chargée des projets INTRAH	Chapel Hill		

APPENDIX B

Objectifs du TAC

(TAC Objectives)

APPENDIX B

OBJECTIFS DU TAC

Objectifs globaux :

1 Arriver à un consensus sur le concept de la décentralisation des services dans le contexte des Soins de Santé Primaires.

2 Etablir un lien entre les services décentralisés et la formation décentralisée.

3 Identifier et analyser les pré-requis pour une décentralisation réussie.

4 Proposer les approches et procédures pour planifier et exécuter un système de décentralisation.

Objectifs spécifiques :

Quelques uns de ces objectifs sont :

1 Examiner les facteurs pouvant empêcher ou promouvoir les services de santé et la formation décentralisée et identifier les résultats positifs et négatifs de la décentralisation.

2 Examiner les rôles et responsabilités des équipes centrales et équipes décentralisées de formation et la relation souhaitée entre les deux.

3 Examiner les supports et l'assistance technique à apporter aux équipes décentralisées.

4 Examiner le système de feed-back entre le niveau central et les systèmes décentralisés et faire des recommandations pour améliorer la communication entre les deux.

5 Identifier le rôle et l'impact de la politique, standards et protocoles des services sur la formation et les services décentralisés.

6 Identifier les domaines d'assistance technique d'INTRAH pour la planification, l'organisation, l'exécution et l'évaluation de la formation décentralisée.

APPENDIX C

Calendrier des activites

(Schedule of Activities)

APPENDIX C

CALENDRIER DES ACTIVITES

Lundi 11 Nov. 1991

Module 1 : Orientation des participants

17h00 - 18h00

session a) :
- Administration
- Logistique
- FIB
- RBF

Mardi 12 Nov. 1991

8h30 - 10h30	session b) :	Ouverture officielle
10h30 - 10h45		Pause
10h45 - 12h00	session c) :	- Attentes - Buts et objectifs - Calendrier - Normes

Module 2 : Concept de décentralisation

14h30 - 15h30	session a) :	Définition (travaux de groupe)
15h30 - 16h00	session b) :	Plénière sur la définition Pourquoi la décentralisation (plénière)
16h00 - 16h15		Pause
16h15 - 17h30	session c) :	Les types de décentralisation (plénière)

MERCREDI 13 Nov. 1991

8h30 - 8h45	Où en sommes-nous?

Module 3 : La décentralisation des services de santé

Session a) :	Organisation du PEV Togo
8h45 - 10h45	Exposé
10h45 - 11h00	Pause
11h00 - 12h45	Discussion (SMATs, COTs)
Session b) :	La décentralisation des services de SMI/PF
14H30 6 16H00	Panel (Burkina, Guinée, Rwanda, Cameroun)
13h00 - 16h15	Pause
16h15 - 17h30	Travaux de groupe; (niveau de décentralisation par pays.)

Jeudi 14 Nov. 1991

8h30 - 9h30	Où en sommes-nous?
	Commentaire sur une cassette vidéo de la Banque Mondiale

Module 4 : La décentralisation des formations en PF

Session a) :	Cas du Burkina Faso
9h30 - 10h30	Exposé, clarification
10h30 - 10h45	Pause
10h45 - 12h00	Travaux de groupe
14h30	Mise en commun Leçon apprise
Session b) :	Politiques, standards, protocoles et plan de service (définition)

Vendredi 15 Nov. 1991

Session c) : PSP Liens avec les services et la décentralisation de la formation.

Liens entre DPS, services et formations décentralisées .

Exposé

Leçons apprises.

Travaux de groupes sur les recommandations générales.

Mise en commun des recommandations générales.

Module 5 : Consultation par pays.

APPENDIX D

Attentes des participants

(Participant Expectations)

APPENDIX D

ATTENTES DES PARTICIPANTS

- Définir des critères d'une formation décentralisée de qualité adaptés aux objectifs des programmes de santé et au système de santé.

- La décentralisation - Pourquoi ?
  Préciser quelles sont les conditions de la décentralisation et conditions d'une formation décentralisée.

- Identifier les contributions attendues de la politique et Standards de service de PF à la décentralisation des services de la formation en PF.

- Qualité des services qui implique la formation de Prestataires compétents et motives.

- Part du gouvernement et celle des ONG dans la décentralisation.

  Objectifs de cette décentralisation par rapport aux autres secteurs de santé pour qu'elle soit totale.

- Discuter des avantages et inconvénients de la formation décentralisée et de la formation centralisée.

- Faire un choix, soit pour la formation centralisée soit pour la formation décentralisée à la lumière du point (1).

- Elaborer un plan d'exécution en rapport avec le concept retenu.

- Standardisation de la formation dans la décentralisation.

- Gestion des ressources dans la décentralisation.

- Stratégie de décentralisation de la formation en PF clinique.

- Comment planifier une décentralisation ?

  Profiter de l'expérience des autres pays dans ce domaine.

- Une définition opératoire de la formation décentralisée.

- Facteurs à considérer dans la planification de la formation décentralisée.

- Rôles et responsabilités (autorité) de l'Equipe centrale de formateurs par rapport à ceux de l'équipe décentralisée.

- Rapport coût/qualité de la formation décentralisée (probabilité supérieure ou égale à).

- Comment maintenir la qualité des services dans la décentralisation.

- Facteurs à considérer <u>avant</u>
  . Disponibilité suffisante des formateurs
  . Formateurs bien qualifiés
  . La demande (clientèle)
  . Structures adéquates
  . Les matériels
  . Financement continu

- Aborder les problèmes de supervision (mécanismes entre les services décentralisée et la formation décentralisée. De même entre le niveau central et les services décentralisée.

- Aborder le problème de la décentralisation des moyens surtout financiers.

- Pouvoir de décision des équipes décentralisées par rapport au niveau central.

- Autonomie de gestion financière par rapport au niveau central.

- Avoir des notions d'intégration de la PF aux structures de SSPs partant desquelles la décentralisation est possible.

- Comment la formation peut aider à l'augmentation du nombre de consultants en PF.

- Problèmes posés par la formation décentralisée.

APPENDIX E

Resultats du questionnaire d'appreciation pour participants

(Results of Participant Reaction Questionnaire)

APPENDIX E

RESULTATS DU QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION POUR PARTICIPANTS

Les réponses au questionnaire d'appréciation pour participants font ressortir un taux moyen de satisfaction de 90.6% qui se décompose comme suit :

- Clarté et atteinte des objectifs	91,5%
- Equilibre entre le travail demandé et le temps	87,3%
- Pertinence des thèmes	92,6%
- Conditions matérielles et d'organisation	92,6%
- Efficacité des formateurs	89,4%

En détail l'utilité des thèmes traités a été appréciée positivement aux taux suivants :

- Concept de décentralisation	95,7%
- Décentralisation du PEV Togo	52,6%
- Décentralisation des services de SMI/PF	94,7%
- Décentralisation de la formation: Cas du Burkina Faso	83.1%
- Document de politiques, standards et protocoles (définition, processus, composantes, attentes.)	96.8%
- Document de politiques, standards et protocoles, relation avec la qualité des services et la décentralisation des formations.	95,7%

S'agissant de l'utilité des documents de travail distribués ils sont aussi appréciés positivement et respectivement à 85.2% pour l'extrait du document de l'OMS sur la décentralisation des services de santé et à 94.7% pour le glossaire des termes de INTRAH sur la politique, les standards et les protocoles.

Les suggestions pour l'amélioration de ce type d'activité à l'avenir se concentrent sur l'utilisation d'exemples et d'applications plus réalistes et sur la prévision de plus de temps.

APPENDIX F

Liste des documents de reference

(List of Reference Documents)

APPENDIX F

LISTE DES DOCUMENTS DE REFERENCE

1 Historique de la décentralisation: concepts et problèmes, Anne Mills. OMS décentralisation des systèmes de santé. Genève 1991 P. 11-45.

2 Leçons et expérience: J.P. Vaughan: OMS. Décentralisation des systèmes de santé . Genève 1991 P. 159-174.

3 Décentralisation des services de santé au Botswana. Edward T. Magana: OMS. Décentralisation des systèmes de santé. Genève 1991 P. 51-62.

4 Décentralisation: Moses N. Kinggundu. Managing organisation in developing countries P. 228-255.

APPENDIX G

Allocutions d'ouverture

- directeur régional d'INTRAH
- la directrice de l'USAID
- ministre de la santé et de la population

(Welcome Addresses)

- INTRAH Regional Director
- USAID Director
- Minister of Health and Population

Discours du Directeur Régional d'INTRAH à la cérémonie officielle d'ouverture

Monsieur le Ministre de la Santé et Population

Madame le Représentant Permanent de l'USAID au TOGO

Messieurs et Mesdames les représentants des Agences de Coopération de l'USAID et des Organismes internationaux

Chers participants

Au nom du Bureau Régional d'INTRAH pour l'Afrique Francophone et Lusophone et de tous mes collègues j'aimerais vous souhaiter la bienvenue au TOGO et à la Réunion du Comité Consultatif Technique d'INTRAH.

Mon intervention ce matin comportera trois parties principales. Je voudrais dans un premier temps donner l'historique de la Réunion du Comité Technique Consultatif. La deuxième partie de mon discours sera axée sur les raisons qui nous ont poussés à choisir la "décentralisation de la formation en PF" comme thème de la Réunion de cette année. Je clôturerai avec quelques mots sur les caractéristiques de notre rencontre de cette année.

La réunion du Comité Consultatif Technique (TAC) d'INTRAH qui sera ouverte toute à l'heure est la première dans le cadre de PAC IIb et la quatrième rencontre depuis que INTRAH a ouvert un bureau pour l'Afrique francophone et Lusophone.

Le Comité Technique Consultatif (communément appelé le TAC) a été établi pendant le PAC IIa en remplacement du Groupe Régional Consultatif du PACI.

Depuis l'ouverture du bureau régional pour l'Afrique Francophone trois réunions ont été organisées : la première à Abidjan en 1987, la seconde à Ouagadougou en 1988 et la dernière en 1989 à Lomé.

Les réunions passées du TAC ont permis aux membres du Comité de guider INTRAH dans le choix des formes d'assistance technique offertes et ont permis à notre institution d'avoir des interventions plus pertinentes. Elles ont également permis à INTRAH l'organisation d'ateliers sur des thèmes importants tels que : la Gestion des Ressources Humaines pour la PF, le Recensement des besoins en formation, l'Evaluation de la formation et des prestataires de services et l'importance de la Politique Nationale de services, standards et protocoles dans préparation, la formation et l'évaluation des prestataires de service de PF.

La Réunion du TAC Francophone de 1991 mettra l'accent sur la décentralisation de la formation à cause de l'intérêt croissant à la Formation en Cascade qui accompagne la Décentralisation pierre angulaire des Soins de Santé Primaire.

POURQUOI LA DECENTRALISATION DE LA FORMATION COMME THEME

Durant les recensements de besoins menés par INTRAH dans les différents pays, plusieurs responsables de services et de formation ont sollicité l'assistance technique d'INTRAH pour la décentralisation de leur programme de formation en PF. Nous avions aussi remarqué que plusieurs pays se sont déjà lancés dans la formation décentralisée sans planification préalable et sans nécessairement voir la relation entre la formation décentralisée et les services décentralisés ni comment maintenir la qualité de la formation dans un système décentralisé.

Durant le PACIIa d'INTRAH a eu des expériences dans la formation décentralisée au Zaïre, au Rwanda, au Mali, ici au Togo, au Niger, et en Côte d'Ivoire. Les suivis et évaluation de performance des prestataires et d'autres observations ont montré que l'application des acquis de la formation était souvent limitée par les pauvres conditions dans lesquelles les services de PF étaient offerts et par le fait que la formation et la décentralisation des services n'étaient pas étroitement liées. Parmi les autres facteurs qui empêchaient une décentralisation réussie de la formation il y avait :

- l'ambiguïté à propos de la relation entre les équipes centrales et les équipes décentralisées et les aspects liés aux responsabilités et autorité pour la prise de décision.
- Nombre insuffisant de formateurs dans les équipes décentralisées ou manque de spécialités dans les équipes
- Supervision irrégulière et manque de support technique aux équipes décentralisées
- nombre insuffisant de clientes pour les stage pratique de PF clinique.

Problème de logistiques et problèmes de sélection des participants

- Sites inadéquats pour la formation et manque de matériels didactiques
- Manque de support financier pour les formateurs et les stagiaires

Bien que ces problèmes aient été également observés dans les systèmes de formation centralisés, leur étendue et impact étaient plus grandes quand la formation était décentralisée.

La formation centralisée est souvent perçue comme étan plus coûteuse, prenant plus de temps et créant de problème d'absence du personnel de Santé de son poste pendant d longues périodes. A l'inverse la formation décentralisée es vue comme étant moins coûteuse, plus courte, et pouvant s faire à proximité du prestataire de service pour éviter le longs déplacements. Mais l'identification des problèmes résoudre et des actions à mener pour une décentralisatio réussie de la formation est rarement faite.

La Réunion se propose de partir des expériences de participants , du staff d'INTRAH et des personnes ressource dont le Dr. Miatudila de la Banque Mondiale qui a été l'un de pionniers de la PF au Zaïre.....

Cette année les participants à notre Réunion viennent d Burkina Faso, du Cameroun , du Rwanda et du Togo du Niger d la Cote d'Ivoire et de la Guinée . Nous regrettons l'absenc des représentants du Zaïre, de Madagascar et du Cap- ver Nous avons la chance de compter parmi nos participants de Directeurs de SMI/PF, des Directeurs de Formation e Responsables de service de PF ainsi que des prestataires de service.

DISCOURS DU REPRESENTANT PERMANENT DE L'USAID A L'OUVERTURE OFFICIELLE DE LA REUNION DU COMITE CONSULTATIF TECHNIQUE D'INTRAH

Monsieur le Ministre de la Santé et Population

Messieurs les Représentants des Agences de Coopération de l'USAID et des Organismes Internationaux

Honorables invités, chers participants et chers Amis.

Comme vous le savez l'Agence pour le Développement International attache une importance particulière aux activités de Population et de Planification Familiale qui selon nous, sont une nécessité absolue pour tout programme de développement efficace.

L'intérêt que porte le Bureau de l'USAID au TOGO sur les activités de population et de santé s'est concrétisé en deux façons : premièrement avec l'installation dans les deux dernières années à Lomé, de plusieurs de nos Agences de Coopération. C'est ainsi que les projets INTRAH, SEATS, OPTIONS, SOMARC et plus récemment AVSC et PATHFINDER ont ouvert leurs bureaux régionaux à Lomé. Nous sommes également heureux de constater que le nombre d'agences qui désirent s'installer au TOGO ne cesse de s'accroître. Ceci est un témoignage du caractère attrayant de Lomé et du support continu qu'apporte le Gouvernement TOGOLAIS aux activités de Santé et Population .

47

Deuxièmement, la santé est une priorité dans le programme l'USAID au Togo et nous venons de signer le 30 Septembre 199 un accord de subvention d'un projet bilatéral d'un monta total de 15, 5 millions de dollars. Le Projet consistera une assistance au Gouvernement Togolais afin d'améliorer prestation des services de planification familiale et d soins maternels et infantiles. Pour réaliser cet objectif, Projet comportera les quatre volets suivants : 1) Améliore la gestion du Ministère de la Santé et de la Population, étendre le programme de recouvrement des coûts en matière d santé publique et de planification familiale : 2) Renforce l'intégration et la décentralisation des prestations de services en matière de santé publique et de planificati familiale : 3) Promouvoir la collaboration entre l secteurs public et privé en matière de santé publique et d planification familiale : 4) Etendre et renforcer l prestations des services du secteur privé en matière de san et de planification familiale. Nous sommes fiers et c'es un plaisir pour moi de participer au développement de Lom comme centre régional des activités de Population et Santé e tenons à remercier ici les autorités, notamment celles d Ministère des Affaires Etrangères et du Ministère de la Sant et Population qui continuent de nous apporter leur soutien.

Vous comprendrez donc que c'est avec un réel plaisir qu nous nous joignons à nos collègues du Ministère de la Santé e Population pour vous accueillir à cette rencontre organisée par INTRAH un de nos partenaires dans l'exécution de notre projet de Santé Familiale (PSF2) avec le gouvernement Togolais. INTRAH est l'agence spécialisée dans la formation du personnel paramédical et ses actions dans la sous-région sont déjà connues par la plupart d'entre vous.

Le thème dont vous aurez à débattre lors de la rencontre: "**La Décentralisation de la Formation dans le contexte de la Décentralisation des Services de SMI/PF**" rentre dans nos priorités qui sont de rendre les services de Planification Familiale disponibles et accessibles à tous.

Nous sommes sûrs que vos débats aboutiront à des recommandations concrètes sur les voies et moyens à adopter dans nos programmes respectifs pour que nos efforts atteignent les couches les plus reculées de la population.

Nous vous souhaitons beaucoup de succès dans vos travaux et espérons que votre séjour dans la capitale Togolaise sera des plus agréables.

Je vous remercie.

mam:wpf:(aidrep):intrah:11/12/91

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

REPUBLIQUE TOGOLAISE
TRAVAIL-LIBERTE-PATRIE

****

REUNION ANNUELLE DU COMITE CONSULTATIF TECHNIQUE (TAC) DU PROGRAMME INTERNATIONAL POUR LA FORMATION EN MATIERE DE SANTE (INTRAH)

LOME, les 12 - 16 Novembre 1991

DISCOURS D'OUVERTURE PRONONCE PAR SON EXCELLENCE DOCTEUR DAVID B. EKOUDE IHOU MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

Lomé le 12 novembre 1991

- Madame le Représentant de l'USAID au TOGO ;

- Monsieur le Directeur Régional de INTRAH ;

- Mesdames et Messieurs les Membres du TAC ;
- Honorables Invités ;

- Mesdames et Messieurs les Participants ;

Lomé, la Capitale du TOGO, s'honore d'abriter, une nouvelle fois la réunion de votre Conseil Consultatif Technique, après celle du mois de Juillet 1989.

Je saisis l'occasion qui m'est ainsi offerte pour souhaiter au nom du Gouvernement de Transition la plus cordiale et la plus chaleureuse bienvenue sur la "**Terre de nos Aïeux**".

La présente réunion annuelle du Comité Consultatif Technique du Programme International pour la Formation en Matière de Santé, consacrée à "La décentralisation

.../...

de la Formation dans le contexte de la décentralisation des services de Santé Maternelle et Infantile (Planification Familiale - SMI/PF) est également une excellente opportunité pour saluer la coïncidence de nos préoccupations relatives au processus de décentralisation.

En d'autres termes je voudrais d'une part marquer la satisfaction du Ministère de la Santé et de la Population pour la qualité du travail qu'effectue INTRAH et d'autre part féliciter les responsables de ce Programme, qui fidèles à leur philosophie pragmatique d'animation pédagogique, ont eu l'initiative d'organiser autour du thème retenu, ce rendez-vous du donner et du recevoir.

Mesdames et Messieurs ;

Dans quelques instants et pour quelques cinq (5) jours vous allez vous "saisir" du concept de décentralisation des services et de la formation à travers quatre (4) objectifs généraux.

.../...

Comme chacun le sait le Gouvernement Togolais vient de se lancer dans le processus de décentralisation et étudie avec grande attention la Déclaration Mondiale en faveur de la Survie, de la Protection et du Développement de l'Enfant en vue d'en dégager des plans d'action plus opérationnels.

Vous conviendrez alors avec moi que des propositions d'approches et de procédures pour planifier et exécuter un système de décentralisation sont de nature à asseoir les nouvelles structures chargées d'animer la gestion décentralisée.

De notre côté nous faisons la promotion des équipes préfectorales de formateurs. Elles ont acquis une certaine compétence en Techniques de communication. Il y a lieu de les initier à être des équipes polyvalentes capables de concevoir et de gérer des programmes diversifiés, de formation.

.../...

Mesdames et Messieurs ;

La problématique de la décentralisation est posée ; la surmortalité materno - infantile dans les Pays en voie de développement interpelle à l'action, à une action de mise en oeuvre d'une politique cohérente de Population dont le soubassement est la Santé de la Mère et de l'Enfant.

Dans ce contexte, tout effort présumé apporter un plus à la qualité de la formation, à la qualité des prestations de soins bref à la qualité de la gestion des services, devra être encouragé. En cela nous y voyons une façon de relever le defi qui consiste à offrir la Santé à tous les Citoyens d'un Pays et le rendez-vous de l'an 2000 n'est pas loin.

Nous sommes donc sensibles à la démarche visant la décentralisation et tentons d'évaluer les obstacles qui peuvent entraver la recherche de la qualité des prestations

.../...

qu'offriront les nouvelles structures décentralisées de formation.

Ce n'est plus un mystère pour personne que dans les Pays en voie de développement durement frappés par ailleurs par l'effritement des pouvoirs d'achat, les services de SMI/PF sont très peu fréquentés d'un bout à l'autre de la chaîne des activités.

Dès lors l'évaluation des besoins étant faite et INTRAH y a consacré quelques TAC, et le type de formation étant défini, il restera à élucider l'épineux problème de l'encadrement pratique des apprenants dans ces structures " **régionales** " en vue de mettre sur le marché de l'emploi des ressources humaines compétentes et qualifiées.

Assurément, pour ceux qui connaissent le souci des pédagogues ici rassemblés de faire offrir une meilleure qualité de vie à la Mère et à l'Enfant Africains, il n'y a pas de doute que de cette rencontre sorte une bonne stratégie de mise en oeuvre du processus de décentralisation.

.../...

Au nom du Gouvernement de Transition je voudrais assurer tous les participants qu'ils trouveront le calme et la sérénité nécessaires à la bonne tenue de la présente réunion.

Je voudrais aussi souhaiter pleins succès à vos travaux et inviter, peine inutile certainement, les uns et les autres, à une prise de conscience plus aiguë des problèmes qui secouent le continent Africain en ce début des années 90.

C'est sur cette invitation et sur ce souhait que je déclare ouverte la réunion annuelle du Comité Consultatif Technique (TAC) consacrée à " **La décentralisation de la formation dans le contexte de la décentralisation des services de Santé Maternelle et Infantile / Planification Familiale SMI/PF** ".

.../...

- Vive le Programme International pour la Formation en Matière de Santé (INTRAH) ;

- Vive la Coopération Internationale au Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant ;

- Vive le Renouveau Démocratique ;

Je vous remercie de votre aimable attention.

APPENDIX H

Taches: Programme de formation en planification familiale

(Tasks: Family Planning Training Program)

APPENDIX H

PROGRAMME DE FORMATION EN PF

TACHES

- Recensement des besoins en formation.
- Elaboration d'un projet de formation (but, Objectifs, activités, budget, plan d'exécution).
- Recherche de fonds.
- Elaboration, production et distribution de matériel de formation.
- Choix de sites de formation théorique.
- Choix de sites de stages.
- Choix de formateurs/personnes ressources.
- Définition des critères de choix de participants.
- Choix de participants.
- Accueil et orientation des stagiaires.
- Facilitation de l'apprentissage.

  a) formation clinique sans stage pratique en DIU.
  b) formation clinique avec stage en pose de DIU.
  c) formation en IEC/PF.
  d) formation en gestion.

- Organisation de stage seulement.
- Evaluation formative de la formation.
- Evaluation sommative.
- Administration de la session de formation.
- Elaboration du rapport.
- Acquisition du matériel/equipement.

APPENDIX I

Situation de la décentralisation des services de SMI/PF au Burkina Faso, au Rwanda, au Cameroon et en Guinée

(Situation of MCH/FP Service Decentralization in Burkina Faso, Rwanda, Cameroon and Guinée)

APPENDIX I

Situation de la Décentralisation des Services de SMI/PF au Burkina Faso, au Rwanda, au Cameroun et en Guinée

FONCTIONS	BURKINA C	BURKINA R	BURKINA P	RWANDA C	RWANDA R	RWANDA P
Législation	3			3		
Obtention des Recettes/Financement	3	2	1	3	0	1
Elaboration de la politique	3	1	0	3	2	0
Réglementation	3	2	0	3	2	0
Planification et Affectation Ressources	3	2	1	3	2	0
Gestion						
- Personnel	3	2	1	3	2	1
- Attribution du budget et Contrôle des dépenses	3	1	0	3	1	0
- Approvisionnement	3	3	2	3	3	1
- Entretien	2	3	1	2	3	3
Collaboration intersectorielle	2	3	2	3	2	2
Collaboration entre organismes	3	2	0	3	1	1
Formation						
- Recensement des besoins	3	3	0	3	3	1
- Elaboration des programmes	3	1	0	3	0	0
- Budget	3	2	0	3	2	0
- Choix des participants	0	3	2	0	3	0
- Choix des formateurs	1	3	0	2	3	0
- Choix des sites de formation	2	3	0	2	3	0
- Qui exécute ?	2	3	0	2	3	0
- Qui Evalue ?	3	0	0	1	3	0
Supervision	3	3	1	2	3	0
Participation communautaire	1	2	3	0	0	2

C Central
R Régional
P Périphérique

1 = *
2 = **
3 = **

FONCTIONS	CAMEROUN	GUINEE
Législation	C3	C33
Obtention des Recettes/Financement	C3 I3 P3	C3 I2
Elaboration de la politique	C3	C3
Réglementation	C3 I3 P3	C3 I3
Planification et Affectation Ressources		
- Planification	C3 I2 P1	C3 I2
- Aff. Ress.	C3	C3
Gestion		
- Personnel	C3 I2 P2	C3 I2
- Attribution du budget	C3	C3
- Contrôle des dépenses	C1 I2 P3	C1 I2
- Approvisionnement	C3	C3
- Entretien	C3 I2 P1	C3 I2 P
Collaboration intersectorielle	C3 I3 P3	C3 I3 P
Collaboration entre organismes	C3 I2 P3	C3 I2 P
Formation		
- Recensement des besoins	C3	C3 I2 P
- Elaboration des programmes	C3 I1	C3 I1 P
- Elaboration plan Form.	C3 I1	C3 I1 P
- Budget	C3	C3 I1 P2
- Choix des participants	C3 I1	C1 I2 P3
- Choix des formateurs	C3	C3 I2
- Choix des sites de formation	C3	C1 I2 P2
- Qui exécute ?	C3 I1	C3 I1 P2
- Qui Evalue ?	C3 I1	C3 I1 P2
Supervision		
Participation communautaire		

C : Central I : Intermediaire P : Périphérique

1 = * 2 = ** 3 = ***

APPENDIX J

Exposé sur le PEV au Togo

(Presentation on Togo EPI)

APPENDIX J

Exposé sur le PEV au Togo

Le PEP a vu le jour en 1979 et son exécution en 1980.

Il a été décidé que le programme sera débuté dans les régions les plus éloignées.

Depuis 1984, nous avons fait une programmation sanitaire pour une décentralisation du système de Santé au Togo sur la demande de l'OMS qui a envoyé des consultants.

Le PEP a donc commencé en 1980 par la région nord du pays et en 1984 on pouvait parler du PEP au Togo parce que toutes les régions ont été couvertes.
Ce programme a été élaboré grâce à la éradication de la variole et la communauté sanitaire internationale a décidé de procéder au PEP pour voir s'il n'y a pas possibilité d'éradiquer certaines épidémies.

Le Togo suivait les standards de l'OMS pour appliquer le PEP jusqu'en 1985. Le PEP est évalué chaque année et l'évaluation montrait qu'il n'y avait pas d'amélioration jusqu'à ce qu'on décrète l'année 1986 "année de vaccination pour l'Afrique" à Lusaka.

QUESTIONS

Est-ce qu'il y a des agents spécifiquement chargés de la vaccination au niveau des régions et des préfectures ?

Il y a une équipe dans les préfectures et il y a un responsable dans les centres et ce responsable rédigé un rapport

Est-ce que la vaccination entre dans le système d'information sanitaire au Togo

La division de l'épidémiologie a été la 1ere à s'informatiser et à donner un rapport sur les activités du Ministère de la Santé durant l'année écoulée et le PEP figure dans ce rapport.

Le PEP est informatisé et chaque préfecture fait un rapport de son action vaccinale chaque mois et il y a une synthèse chaque trimestre qui montre les chiffres de chaque préfecture (et cela figure dans le rapport du CIS - système informatique des données du PEP - de l'OMS) et tous les rapports sont adressés au niveau central.

Le rôle des niveaux locaux en matière de planification et en matière de supervision.

La planification devrait partir des niveaux périphériques vers le niveau central à cause des mouvements de population et pour la Répartition des vaccins. Mais c'est difficile et c'est le contraire puisque les chiffres sont donnés à partir du niveau central.

Pour la supervision, chaque médecin chef devait sortir une fois par mois, (visiter chaque dispensaire) pour visiter son centre et chaque directeur régional une fois par trimestre et au niveau central, deux fois par an. C'est théorique.

Les Equipes prefectorales de vaccination sont-elles formées ? quels sont les systèmes de formation ?

Comment la chaine de froid se maintient elle des la réception du médicament jusqu'à la périphérie ?

- 1. Pour la bonne marche du PEP, il faut 4 conditions

- Calendrier des vaccination
- Chaîne de froid
- le matériel de stérilisation
- Erreurs de vaccination

Voici le programme de formation

Au niveau préfectoral, il y a un comité préfectoral de mobilisation et le Comité Technique pour l'Action Vaccination Togo. Des guides d'Information et d'Education ont été envoyés avec des moyens financiers pour que les médecins forment eux-mêmes leur personnel pour la vaccination (Guide de Vaccinations). Et il a été décidé d'avoir des équipes préfectorales de formation qui sont formés en matière de IEC pour aider en cas de nécessité.

- 2. Les agents réceptionnent les vaccins à l'aéroport, il les stockent et après pour la périphérie, on utilise les boites isothermes, des accumulateurs de froids, des pains de glace et le transporteur sait qu'il faut que le vaccin arrive à temps et le récepteur averti prend ses dispositions pour pouvoir réceptionner et placer les vaccins dans les bonnes conditions. Il n'y a pas de problèmes de convoi jusqu'à maintenant puisque le Togo est petit. Il est prévu l'utilisation des fiches 3M pour le contrôle de température dans les moments à venir.

Quelle a été la participation communautaire ?

Les médecins ont essayé de sensibiliser les chefs de village sur le bien fondé de l'AVT et petit à petit, d'autres préfectures ont commencé à s'intéresser (avec l'aide des mobilisateurs volontaires)

Nomination du Directeur Régional de la Santé

Rien n'est encore opérationnel

APPENDIX K

Présentations des pays

(Country Presentations)

- Benin
- Burkina Faso
- Cameroon
- Guinée
- Niger

FICHE DE PROJET PAR PAYS D'UTILISATION DES ACQUIS DU C.C.T. SUR LA DECENTRALISATION DES FORMATIONS EN PF

PROJET DU BENIN

ACTIVITE A MENER

1. Compte rendu du C.C.T. aux autorités du Ministère.
2. Etude du plan actuel de décentralisation des services et de la formation en PF, sinon proposer son élaboration.
3. Constitution d'un comité chargé d'élaborer le document P.S.P.
4. Elaboration du document P.S.P.
5. Révision de la décentralisation existante.
6. Application de la décentralisation.
7. Evaluation

ACTIVITE	PERIODE	QUI COORDONNE LE PROCESSUS ?	AVEC QUI ?	L'ASSISTANCE D'INTRAH EST-ELLE NECESSAIRE A LA REALISATION DE L'ACTIVITE	
				OUI	NON
1	18-11-91 au 23-11-91	Dr Suzane ZOMAHOUN	Seule		+
2	15-12-91 au 31-12-91	M.S.P.	Directeur PBEF DSP, CNBPF, autres projets chargés de PF		+
3	31-12-91	M.S.P.	"		+
4	Janvier 1992	M.S.P.	"	+	
5	Février 1992	M.S.P.	"		
6	A partir de Mars 1992	M.S.P.	"	+	
7	Septembre 1992	M.S.P.	Directeur de PBEF	+	

ABREVIATIONS

MSP	:	Ministère de la Santé Publique
PBEF	:	Projet Bien-Etre Familial
DPS	:	Directeur Provincial de la Santé
CNBPF	:	Comité National Béninois pour la Promotion de la Famille

LA DECENTRALISATION AU BURKINA FASO

LE SYSTEME DE SANTE

LA S M I / P F

LA JUSTIFICATION DE LA DECENTRALISATION

.Contexte politique favorable : Rapprocher l administration des administres entrainant une division administrative du pays en 30 provinces ,200 dispensaires et en 7 500 secteurs et villages

.Le departement de la sante de l action sociale et de la famille a suivi le mouvement general de decentralisation .

Dans le cas particulier de la SMI PF

.Rapprocher les services des beneficiaires (accessibilite)

.Augmenter la couverture sanitaire en SMI PF

.Promouvoir la collaboration intersectorielle (Action sociale administration generale ...)

.Amelioration de la qualite des services

NATURE DE LA DECENTRALISATION AU BURKINA

Partant du contexte general,le ministere de la sante , de l action sociale et de la famille a proceder a une decentralisation de deux types:

-Une decentralisation fonctionnelle de type verticale par la creation de 12 directions centrales et techniques et de 13 directions et services rattaches

-Une decentralisation geographique de type integre avec 30 directions provinciales de la sante , de l action sociale et de la famille organisees en services et en bureaux . Ces directions sont en relation directe avec le MSASF et en relation avec le Haut Commissaire et les autres services .

EXPRIENCE DU BURKINA FAS

EN MATIERE DE DECENTRALISATION DE LA FORMATION

73

EXPERIENCE DU BUKINA FASO EN MATIERE DE DECENTRALISATION DE LA FORMATION

I) FACTEURS QUI FAVORISENT LA DECENTRALISATION

1) La volonte politique clairement exprimee pour la mise en place de structures fonctionnelles de gestion decentralisee
ex: 30 Directions Provinciales de la sante de l'Action Sociale et de la Famille (Organisation et mission)

2) L'existance des equipes nationales et provinciales de formation

3) L'existance d'un document de politique et de standards de services

4) L'existance de Curricula de formation et d'une documentation adequate

5) La mise en place d'un bon systeme de supervision

6) Le suivi et l'evaluation des formations.

7) La planification de facon synchrone de la formation du personnel et de l'extension des services de prestations

8) La mise en place d'un bon mecanisme de gestion de l'ensemble du programme avec des rencontres de concertations et de coordination

9) L'existance en quantite et en qualite des ressources humaines et financieres

II) LE PROCESSUS SUIVI POUR LA DECENTRALISATION

A) DE LA FORMATION EN GENERAL

1) Analyse des besoins de formation

2) Mise sur pied de l'equipe nationale de formateurs

3) Elaboration de documents de formation

4) Formation des equipes provinciales de formateurs

5) Formation des prestataires de services

B). DE LA FORMATION EN PANIFICATION FAMILIALE

1) Analyse des besoins en formation

2) Mise sur pied d'une equipe nationale (centrale) de formateurs en PF

3) Developpement de curriculum de formation en PF

4) Renforcement des competences des membres de l'equipe provinciale formation

5) Formation des prestataires de services

6) Integration du module de PF dans les ecoles de formation professinnelle du Ministere de la Sante de l'Action Sociale et de la Famille:

.Ecoles : (ENSP , E.S.S.)

.Formation des enseignants permanents

.Developpement de curriculum

. Integration de l'enseignement de la PF dans la formation de base

7) Suivi-Evaluation des agents formes

8) Recyclage

III) RESULTATS OBTENUS

A) FORMATION EN GENERAL

. .Chaque Direction Provinciale dispose en moyenne de six formateurs.Leur formation etait axee essentiellement sur la pedagogie.Ainsi armes du cadre methodologique . les formateurs dispensent des contenus techniques specifiques au fur et a mesure des necessites

B) FORMATION EN PLANIFICATION FAMILIALE

.Developpement de la capacite de formation sur place

.Developpement d'une expertise nationale pour l'elaboration des curricula de formation

.Augmentation du nombre d'agents formes :

De 1987 a 1989 au total: 249 agents de sante ont ete formes en technique de Planification familiale

120 agents sociaux formes en IEC/PF

117 agents de sante et sociaux formes en supervision

contre 24 agents formes au total entre 1984 et 1987

. Reduction notable des couts de formation. La formation sur place au BURKINA revient a 110 000 Frs CFA / agent forme contre 3 a 5 millions de francs CFA par agent forme a l'etranger.

. Extension acceleree des services de prestations. Environ 1% des formations sanitaires assuraient les prestations de services de PF en 1985. quatre ans apres ce taux est passe a 45.8 %

. Frequentation accrue des services de sante par les populations. La prevalence contraceptive est passee de 0.3% en 1985 a 6.6% en 1989

. les series de formation ont redonne confiance aux agents de sante et renforce l'esprit d'equipe et de collaboration interdisciplinaire.

VI) PROBLEMES RENCONTRES DANS LA DECENTRALISATION

1) Mobilité des formateurs necessitant des formations complementaires periodiques

2) Non disponibilite ou insufisance de terrains de stage adequat pour la PF clinique

V) ROLE ET RESPONSABILITES DES EQUIPES DE FORMATION

A). EQUIPE CENTRALE

- Recenser les besoins de formation

- Elaborer les documents de formation (curricula) et veiller a leur revision periodique

- Former les equipes provinciales de formations

- Appuyer les equipes provinciales de formation (appui technique et fourniture de materiel de formation)

- Assurer le suivi, la supervision et l'evaluation des equipes provinciales.

B) EQUIPES PROVINCIALES

- Planifier, organiser et executer la formation/recyclage des agents

- Superviser les agents

- Fournir les plans de formations provinciales à l'equipe centrale

RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LA COMMUNICATION ENTRE LES DEUX

- EQUIPES

1) Supervision systematique des equipes provinciales par l'equip centrale

2) Systeme fonctionnel de feed back entre les equipes centrale et provinciale

3) Introduction d'un plan d'evaluation dans les projets de formatio

--------ooOoo--------

Expérience du Burkina Faso en matière de décentralisation de la formation

1. **AVANT ALMA ATA**

La formation et le recyclage du personnel de la Santé étaient faits par une équipe de la direction de la formation professionnelle autour des thèmes ayant trait aux maladies transmissibles (Rougeole, Méningites Choléra, etc...).

2 **APRES ALMA ATA**

La nécessité d'informer tous les agents par rapport au concept des Soins de Santé Primaire a été vite ressentie.

Pour faire face à ce besoin d'information, l'équipe de la DFP s'est vue agrandie en associant les membres d'autres directions centrales.

Bien que l'équipe s'était agrandie, elle ne pouvait former tous les agents dans les provinces en un temps relativement court. C'est ainsi qu'est née l'idée de la décentralisation de la formation/recyclage. Pour ce faire, on a formé l'équipe centrale des formateurs datant de 1984.

3. **A PARTIR DE 1985 - 1986**

Six agents par province ont été choisis pour subir la formation des formateurs. Cette formation était essentiellement pédagogique.

Profil des Formateurs

- Médecins
- Pharmaciens
- Infirmiers d'état
- Sages femmes d'état
- Assistants d'assainissement

Ceux-ci constituent l'équipe provinciale des formateurs.

Armée de la pédagogie, elle dispense les contenus spécifiques à chaque domaine (ESP, supervision, PEV, SMI/PF...).

Best Avail[illegible] Document

4. ROLES, RESPONSABILITES DES EQUIPES DE FORMATION

A L'équipe centrale

- Recenser les besoins de formation
- Elaborer les documents de formation et veiller à leur révision périodique
- Former/recycler les équipes provinciales
- Appuyer les équipes provinciales de formation (appui technique et fourniture du matériel de formation
- Assurer le suivi, la supervision et l'évaluation des équipes provinciales

B L'Equipe Provinciale

- Planifier, organiser et exécuter les formations/recyclages des agents
- Superviser les agents
- Fournir les plans de formation provinciale à l'équipe centrale

5. FORMATION EN PF

1 Analyse des besoins de formation

2 Mise sur pied d'une équipe centrale de PF

3 Développement du curriculum de formation en PF

4 Renforcement des compétences de l'équipe provinciale de formation

5 Formation des prestataires de services.

6 Intégration du module de PF dans les écoles de formation professionnelle du MSASF (Ministère de la Sante de l'Action Sociale et de la Famille.

- Ecoles (ENSF, FSS (ESSSA)
- Formation des enseignants permanents
- Développement du curriculum (120 agents sociaux formés en IEC/PF)
  (117 agents de Santé et agents sociaux formés en supervision)
  contre 24 agents formés au total en 1984 - 1987.

Best Available Document

- Reduction notables des couts de formation sur place au BF. En effet un agent formé sur place revient à 110.000 FCFA contre 3 à 4 millions à l'etranger

- Extension des services des prestations. Environ 1 % des formations sanitaires assuraient les prestations en PF en 1985. Quatre ans après, ce taux est passe à 45

- Fréquentation accrue des services de Santé par les populations. La prévalence contraceptives est de 0.3 % à 6.6 % en 1989.

- Les séries de formation ont donne confiance aux agents de Santé et renforce l'esprit de collaboration interdisciplinaire

Best Available Document

DEUXIEME PHASE PROJET INTRAH

- Recensement des besoins
- Elaboration du projet

I. BUT DU PROJET

Conformement à la politique de décentralisation de la formation du MSASF, le but du projet consistera à développer dans trois ans, les capacités et les compétences en formation dans 15 provinces à planifier, à gérer, à mener et à évaluer les formations en SMI/PF en vue d'augmenter de renforcer la qualité, la quantite et l'accessibilite des services dans au moins 85 centres.

II. OBJECTIFS DU PROJET

1. Améliorer les compétences des équipes provinciales de formateurs des sites du projet à assurer les formation en SMI/PF des prestataires et encadreurs de stage. (Identifier les besoins, planifier les formations, mener/exécuter les formations, suivre et évaluer les formations).

2. Renforcer les compétences de l'équipe nationale de formateurs de PF en tant que personnes ressources en SMI/PF à la disposition des équipes provinciales de formateurs.

3. Fournir et/ou Développer des guides pour la formation et la prestation des services de SMI/PF.

4. Augmenter/améliorer la performance des prestataires de service de SMI/PF dans les 85 sites du projet.

5. Développer des terrains de stage pratique de SMI/PF dans cinq provinces.

6. Assurer l'appui financier pour les activités de supervision et l'appui administratif au projet.

Best Available Document

25 objectifs Opérationnels ont été élaborés et concernent les actions suivantes à mener :

1. Former des formateurs provinciaux pour complement d'effectif

2. Recycler les formateurs provinciaux formés depuis plus de 3 ans.

3. Former les membres des équipes provinciales de formateurs en évaluation des formations.

4. Renforcer les compétences des membres de l équipe nationale de formateurs en PF --- personnes ressources.

5. Elaborer un curriculum de recyclage en SMI pour médecins, sages femmes et infirmiers et un autre pour les Accoucheuses Auxiliaires et matrones.

6. Mettre les curricula de SMI et PF à la disposition des équipes provinciales de formateurs.

7. Distribuer des formathèques aux provinces et au niveau central (Bibliothèque, sites de terrains de stage).

8. Elaborer un document de politiques et standards de services.

9. Former des encadreurs de terrain des stage.

10. Former les prestataires de services.

Autres

- Atelier de démarrage du projet
- Voyage d'étude
- Suivi des participants
- Revue annuelle du projet
- Fourniture de fonds pour la supervision

Best Available Document

EXPERIENCE DU CAMEROUN EN MATIERE D'ELABORATION DU DOCUMENT POLITIQUE ET STANDARDS EN PF

1. POURQUOI DEVELOPPER LES POLITIQUES ET STANDARDS

i) Absence totale de ce document.

ii) Existence des documents non adaptés à la situation réelle du pays.

iii) Manque d'uniformité des documents existants (IEC, collecte de données, etc).

iv) Cadre institutionnel mal defini ---> confusion totale et competition entre les départements etc...

v) L'utilisation d'une personne sous qualifiée pour la prestation des services.

vi) Evaluation inappropriée par manque d'un cadre de référence.

vii) Message de PF non uniformisé etc.

2. COMMENT DEVELOPPER UNE POLITIQUE ET STANDARDS

i) Assurer les documents au pays

- Définition des concepts
  - SSP
  - SMI/PF
  - Politique sanitaire
  - PF

ii) Séminaires/Pays préparatoires
pour répondre aux questions suivantes :
- Politique

- Pourquoi les services PF au pays ?
- Qui en sont les bénéficiaires ? c.a.d. ses services PF sont pourquoi ?
- Qui doivent offrir ces services ?
- Où ces services peuvent-ils être organisés ?
- Les services doivent se dérouler, et à quel rythme?
- Les services doivent se dérouler dans quelles conditions :
  * Où ?
  * Quand ?
  * Avec quels moyens ?

iii) Exploiter plusieurs sources d'informations au pays pour répondre à ces questions.

Exemple

a) Le plan sanitaire, plan de développement, décrets, discours politiques.

b) des individus impliqués dans les différentes activités en matière de santé, politique, population, de développement, d'éducation etc.

NB : La politique des services de PF est définie en tenant compte de l'organisation des SSP dans le pays.

3. DEFINIR LE CONTENU DU DOCUMENT DE POLITIQUE ET STANDARDS

- En répondant aux questions 2 (ii) ci-dessus :

  - Selon le concept de PF au pays, on arrive à donner les grandes orientations sur les thèmes spécifiques

    Exemple

    - IEC/PF
    - EDUCATION A LA VIE FAMILIALE
    - CONTRACEPTION
    - INFERTILITE/INFECONDITE - MST/SIDA
    - ETC (Formation, supervision, gestion logistique, système de collecte des données pour le suivi et l'évaluation des services PF, système de référence).

  - Ce document définie aussi les standards de services de PF:

    * Ils disent en quoi consistent ces services

    * Ils spécifient le niveau minimum acceptable des performances et attentes pour chaque domaine d'actions à mener pour réaliser les services.

    * Ils déterminant les qualifications requises pour les individus qui doivent offrir les services.

    * Ils déterminant les éléments de quantité et de qualité des services offerts.

4. QUELS SONT LES IMPACTS

Le document AIDERA les directions techniques MSP :

- à utiliser les personnels qualifiés pour la prestation des services à chaque niveau du système sanitaire.

- à faire une évaluation appropriée selon un cadre de référence.

- à définir les besoins et les objectifs qualitatifs et quantitatifs en matière des services.

- à développer des messages de PF uniformisés dans le pays.

- à assurer une coordination des activités menés dans le pays par les différents intervenants (Agences et Institutions Nationales et Etrangères) en matière de PF dans le pays.

Egalement :

- Aider les prestataires des services au niveau du terrain. à mieux situer leurs activités et les responsabilités.

- Aider les responsables centraux et régionaux ---> mise en oeuvre de la décentralisation.

Exposé sur la Décentralisation des Services en Guinée

GUINEE

Présentation

I/ Justification et Définition du Problème

a/ Statut de santé de populations

b/ Evaluation du système de santé

II/ Politique Nationale de Santé

III/ STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME

a/ Organigrammes

b/ Programmes

I/ JUSTIFICATION ET DEFINITION DU PROBLEME

- Projet SMI/PF exécute en Guinée depuis 1982
- 1ere phase a été de 5 ans de 1982 -1987
- La SMI/PF constitue une priorité dans la politique Sanitaire Nationale.

A. Statut de Santé des Populations

L'analyse des principaux Indicateurs montre que :

Mauvais état de santé de la population malgré le peu de fiabilité a accorder aux données :

- Taux MI > a 150 % Naissances vivantes
- Taux N ~ 280.000 enfants/an
- Taux MI avant 1 an 50.000 enfants/an

Selon les estimations de la Banque Mondiale

- Taux MI avant 5 ans 80 a 10.000 enfants/an

Causes : Combinaison de (6) six maladies pouvant être eviter par la vaccination, ainsi que le paludisme, les maladies diarrhéiques et la malnutrition.

B. **Evaluation du Système de Santé**

Réalisée en 1985 par la Banque Mondiale et en Avril - Mai 1986 par une équipe conjointe :
- Techniciens Guinéens
- Consultants de l'OMS, USAID, CIE et l'UNICEF

Résultats

1. Insuffisance du personnel de Santé :
   - Mauvaise Répartition
   - Manque de certaines catégories professionnelles.

2. Pénurie permanente de Médicaments Essentiels et de petit Matériel de soins.

3. Infrastructures Médiocres :
   - Manque de maintenance du Matériel lourd spécifique et non spécifique.

4. Carence grave dans le support logistique :
   - Communication
   - Moyens de transport et carburants
   - Approvisionnement général

5. Manque d'organisation spécifique des problèmes de gestion Administrative des formations sanitaires.

6. Séparation du préventif de ce qui est curatif (gaspillage des Ressources à l'échelon rural).

7. Faible fréquentation des centres :
   - 3 a 16 consultations par jour pour 10 a 18.000 habitants.

C. **POLITIQUE NATIONALE DE SANTE**

Basée essentiellement sur la stratégie de SSP qui vise à :

1. Intégration des activités à tous les niveaux comme moyens efficaces.

2. L'adaptation des structures administratives et techniques du secteur de Santé pour assurer:

   - une fonction de Recueil des donnes et d'information favorable à la surveillance de l'état sanitaire de la communauté et l'évaluation des résultats de l'application des programmes.

   - une fonction de gestion assurant
     . la planification locale
     . la mise en oeuvre des Actions arrêtées
     . la gestion locale

- une fonction sélective : Formation et recyclage des Agents de Santé.

- Une fonction logistique permettant d'assurer au Niveau local :
  - l'Approvisionnement
  - l'entretien courant des infrastructures, du matériel et des équipements
  - le transport

- Une fonction de Recherche : orientée vers les solutions pratiques des problèmes de santes des communautés locales.

3. **Système Base sur le Principe de Décentralisation**

- la participation sociale grâce aux conseils de district et quartier.
- personnel de Santé formé aux modalités de participation avec ces conseils.
- population sensibilisée aux besoins de participer au recouvrement des coûts (paiement des traitements fournis).
- les Représentants de la Communauté participent au contrôle de la gestion des structures de base du système de Santé.

4. **Efforts centres sur :**

- la Formation en gestion
- le recyclage du personnel
- la supervision, le suivi, l'évaluation et mise en place d'un système logistique.

UNITE STRATEGIQUE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

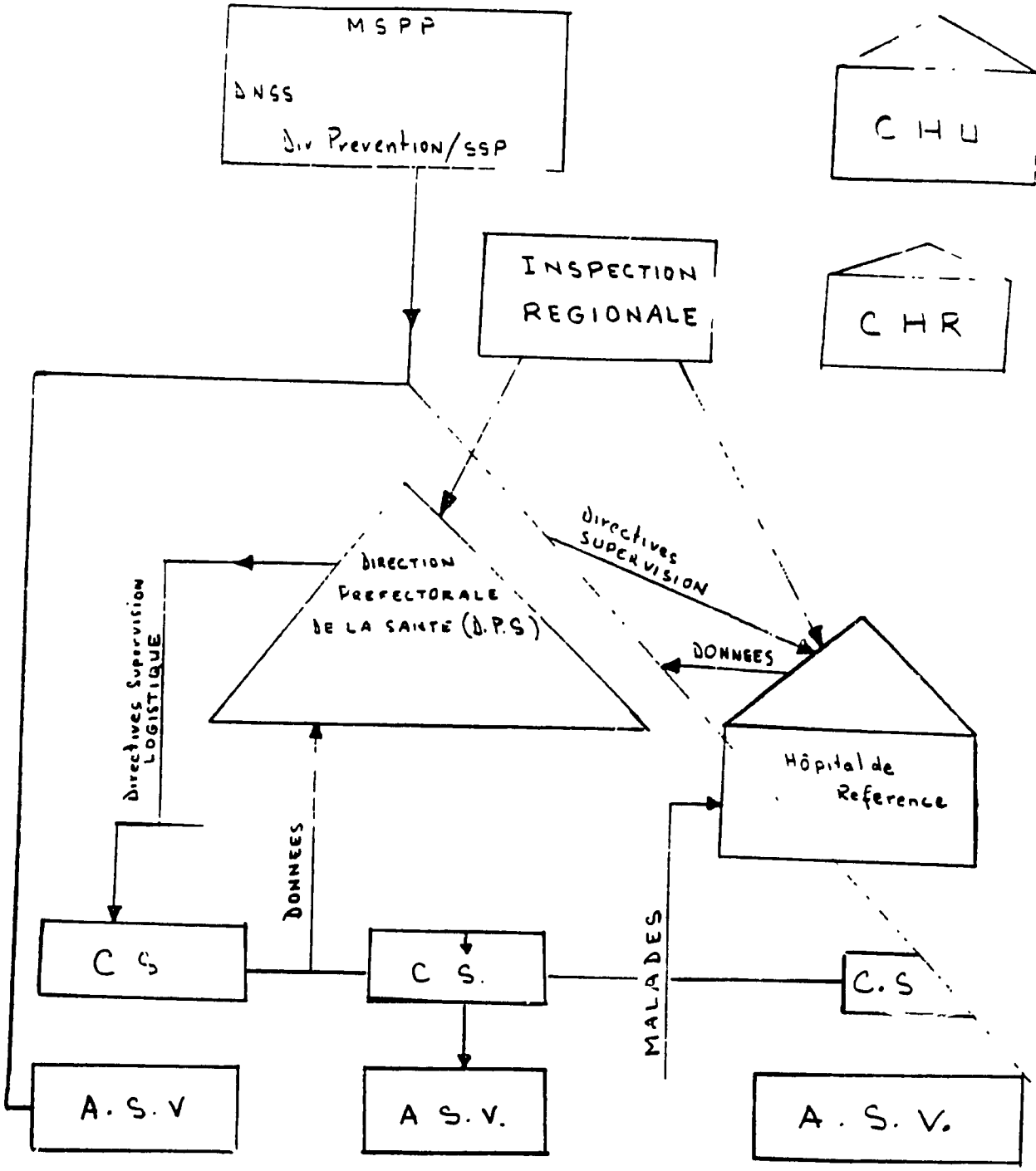
Se compose de :

- L'ensemble des centres de Santé urbains et ruraux dans une préfecture et de l'Hôpital préfectoral servant de centre de référence pour les malades graves.

Cette Décentralisation exige :

- La responsabilisation rigoureuse des DPS qui doivent faire preuve d'autorité et d'initiative sur leur Unité stratégique dans les limites de la politique du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

4- STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME



LEGENDE

M S P.P.	Ministere de La Santé Publique de La Population
D.N.S.S	Direction Nationale des Services de Santé
C S.	: Centre de Santé
A.S.V.	Agent de Santé Village
C.H.U.	Centre hospitalier universitaire
C.H.R.	Centre hospitalier Regional

LE CENTRE DE SANTE DANS LA STRATEGIE DES SSP

Rôle :

protéger la Santé par une action de Médecine préventive et l'Education aux attitudes d'Hygiène Individuelle et Collective

Principes

- qu'ils soient urbains ou ruraux, développent les mêmes programmes
- les programmes donnent la priorité aux soins préventifs et l'Education pour la Santé
- Les chefs des postes sont responsables du bon déroulement des programmes et ils prennent part à ceux-ci.

Profil Général

Les soins doivent répondre aux besoins :

a) d'une quantité de population
b) d'un type social culturel déterminé
c) dont la pathologie est connue

Moyens

a) Un personnel de Soins, d'administration et entretien

b) un matériel qui doit être renouvelé et un approvisionnement continu en médicaments

c) une infrastructure meublée et équipée

Les patients du Centre de Santé

a) doivent être reçus, ecoulés, examinés, traités et éduqués.

b) par un personnel formé et qui ne soit sous-employé quantitativement ni qualitativement.

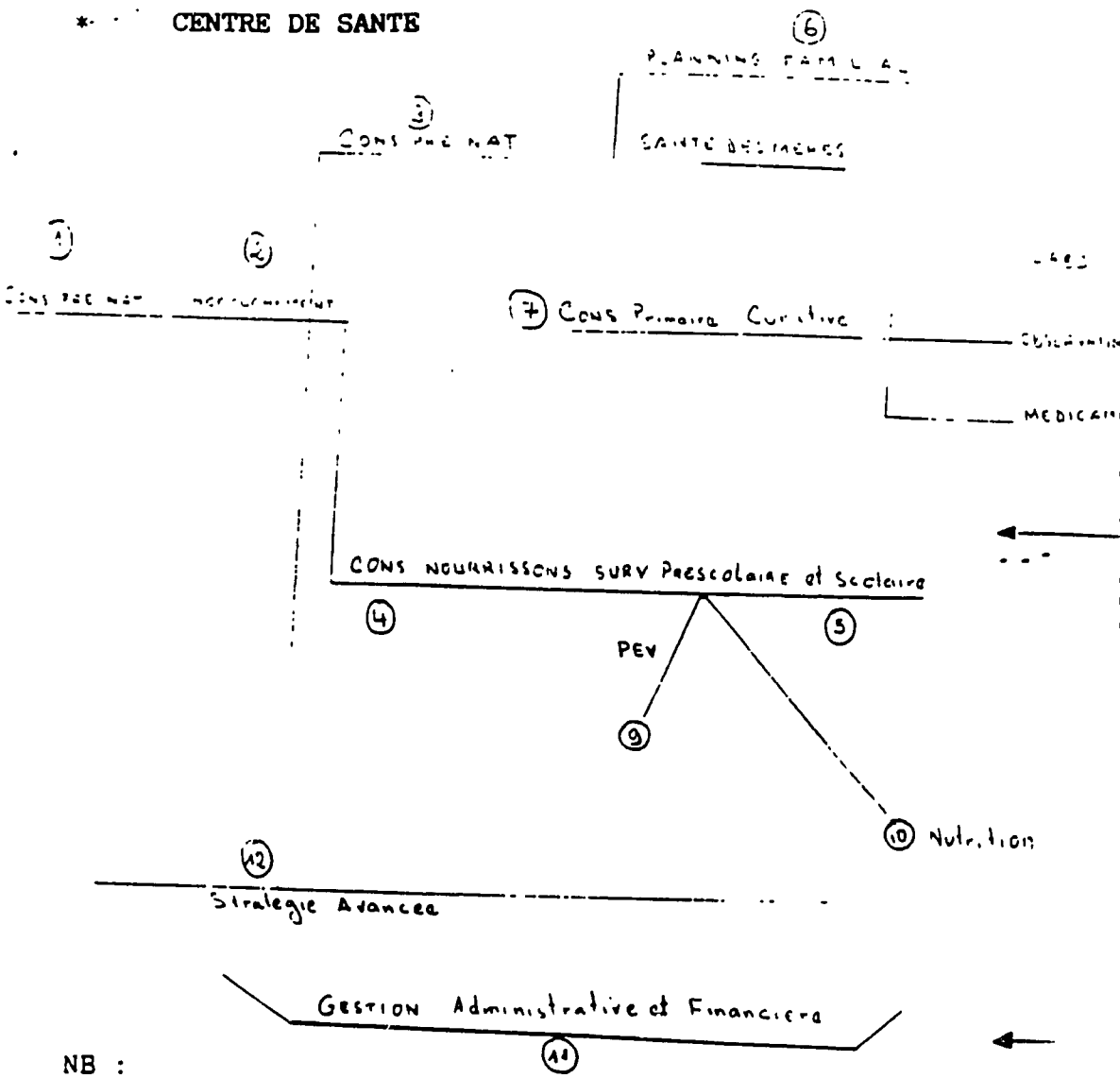
c) un personnel qui travaille dans une infrastructure qui respire elle-même l'Hygiène générale et la propreté.

Cette Règle de 3 X 3 est la base de la Réussite.

PROGRAMME

Dans l'optique d'une prise en charge de la Sante depuis sa conception les programmes se presentent comme suit :

* **CENTRE DE SANTE**



NB :

- Parmi ces Activités, les unes sont programmées et ont lieu une à deux fois par semaine au centre (1), (4), (9) (10), les autres se tiennent à la demande (3), (2), (5), (7).

- L'EPS doit être présenté à toutes les activités y compris celles de la condition Féminine

- La Décentralisation de ces Activités permet de rentabiliser les espaces disponibles, le personnel et le materiel.

- Chaque activite ayant sa specificité, est décrite quant à l'objectif, les tâches et les moyens requis pour les réaliser.

REPUBLIQUE DE GUINEE

FICHE DE PROJET PAR PAYS

N°	OBJECTIFS/ACTIVITES	PERIODE DU...AU	QUI COORDONNE LE PROCESSUS ?	AVEC QUI DANS LE PROCESSUS ?	ASSISTANCE INTRAH OUI	NON
1	Augmenter le nombre d'acceptantes de methodes de contraception de 1,5 à 2% et le nombre d'utilisatrices à 2,5%					
	- Formation des quatre Superviseurs Nationaux du programme PEV/SSP/ME	1er trim. 1992	la section SMI/PF du MSPP	le projet FNUAP	[X]	[ ]
2	Améliorer les competences du Personnel des centres intégrés en Gestion Prestation et Qualite des services					
	a) **A l'étranger** Formation de 2 formateurs en PF du niveau central	1er trim. 1992	la section SMI/PF du MSPP	le projet FNUAP	[X]	[ ]
	b) **Formation locale** - Atelier de formation de la politique nationale en SMI/PF	Decembre 1991	FNUAP/OMS/ Gouvernement	section SMI/PF	[X]	[ ]

N°	OBJECTIFS/ACTIVITES	PERIODE DU...AU	QUI COORDONNE LE PROCESSUS ?	AVEC QUI DANS LE PROCESSUS ?	ASSISTANCE INTRAH	
					OUI	NON
	- Séminaire sur la Technologie contra-ceptive à l'intention de 28 chefs de centres et 10 DPS	1er semes. 1992	le projet FNUAP	la section SMI/PF du MSPP	[X]	[ ]
	- Développement de l'IEC au niveau des centres de la communauté en vue d'une gestion améliorée des activités	1er trim. 1992	PSI/AID	le projet SMI-PF/FNUAP	[XX]	[ ]

Niger .

MAS/PF
Direction de la Planification Familiale
Bureau Formation

STRATEGIES DE DECENTRALISATION DE LA FORMATION DES AGENTS EN PF (1991 - 1995)

Introduction

Vu le nombre important des agents à former encore en PF, et compte tenu de la mobilité des agents déjà formés, laquelle entrave la poursuite des activités, une décentralisation de cette activité devient de plus en plus pressante. Pour cela le Bureau Formation/DPF propose :

1) La formation des formateurs régionaux

- 1 formateur en clinique PF
- 1 formateur en IEC/ PF
- 1 formateur en logistique (gestion)

Deux sessions de formation des formateurs sont prévues à cet effet en 1991 (Juillet et Octobre).

2) Sélection des formateurs

Il serait souhaitable que les personnes choisies pour devenir formateurs soient des agents disponibles, intéressés et fixes (acceptant de rester au moin. 3 ans dans le Département). Ils devront avoir suivi une formation initiale dans le domaine pour lequel ils seront appellés à assurer la formation du personnel périphérique. La stratégie d'avoir des formateurs polyvalents serait à mettre en exécution dans un deuxième temps pour compenser le problème de la mobilité du personnel.

3) La formation des agents au niveau des zones à forte densité

3.1 La formation initiale

Les formateurs régionaux auront à élaborer chaque année le plan d'action budgétisé (avec les responsables régionaux de la santé DDS - Coordonnateur SMI/PF), à partir de l'année 1992.

Une fois les plans d'action acceptés par la DPF, les formations seront programmées par "Centre inter-régional". Pour cela les départements seront regroupés ainsi :

- Groupe I : Niamey + Département de Tillabery
- Groupe II Dosso + Tahoua + Agadez
- Groupe III Maradi + Zinder + Diffa.

Ce regroupement impliquera que :

- Les formateurs pour chaque volet d'un centre inter-régior auront à se rencontrer pour harmoniser les plans d'action formation préparer au niveau des départements. I prendraient des décisions de logistiques ensemble.
- Les formateurs seront regroupés par discipline (Clinique IEC-Gestion).
- Les 3 formateurs d'une des disciplines assureront formation du personnel des Départements inclus dans "Centre Inter-régional" par rotation, Département apr Département. Ainsi chaque formateur aura l'occasion mettre en pratique 2 à 3 fois ses compétences en formati dans l'année.
- Au début un encadreur-conseiller du niveau centr participera aux sessions avec les formateurs. Une fo "rodés", les derniers organiseront seuls leurs formations

(N.B.: L'encadrement des formateurs lors des sessions initial peut être assurée au besoin par des consultants avisés sur curriculum et les méthodes d'enseignements préconisées par DPF).

3.2 Formation sur le tas

Compte tenu du besoin présent d'étendre les activités PF niveau des DR, il a été préconisé lors des 2 journées de trava avec les coordonnateurs SMI/PF et sage-femmes de supervisi d'envisager la formation sur le tas pour les infirmiers de DR q n'ont pas eu une formation initiale.

Cette formation serait faite au niveau du département:

- Avec un cours théorique de 2 à 3 jours sur les méthodes

- La pratique dans un centre de PMI pendant une à deux semaines

3.3 Expérimentation des agents de santé villageois dans la distribu condoms et réapprovisionnement en

4. Financement

Toutes ces activités de formations pourront trouver des sources de financement, si elles sont justifiées (plan d'act budgétisé, et choix pertinant des agents à former - servant d des zones à forte densité de population).

WPS1/TRAINING2/STRATEGI.PF/SZLL

le 24 avril, 1991

NIGER

FICHE DE PROJET PAR PAYS D'UTILISATION DES ACQUIS DU CCT SUR LA DECENTRALISATION DES FORMATIONS EN PF

ACTIVITE	PERIODE	QUI COORDONNE LE PROCESSUS ?	AVEC QUI DANS LE PAYS ?	L'ASSISTANCE D'INTRAH EST-ELLE NECESSAIRE A LA REALISATION DE L'ACTIVITE	
				OUI	NON
1 Formation des formateurs du niveau régional (équipes)	en cours	Bureau de la formation LPF	- MSP - CNSF		X
2 Elaboration de la politique/S/P de services	Janvier 92	DPF Division Prestation Services	USAID, Banque Mondiale, FNUAP + responsables nationaux aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	X	
3 Finalisation Document P/S/P	Février 92	"	"	X	
4 Dissémination Document P/S/P	Mars 92	"	"	X	

8

ACTIVITE	PERIODE	QUI COORDONNE LE PROCESSUS ?	AVEC QUI DANS LE PAYS ?	L'ASSISTANCE D'INTRAH EST-ELLE NECESSAIRE A LA REALISATION DE L'ACTIVITE	
				OUI	NON
5 Evaluation impact document politique/S/P	Juillet 93	"	"	X	
6 Introduction de la PF dans le curriculum de formation des écoles de santé et faculté de méde ine	Déjà fait	DPF	DFEPS/MSP + Responsables d'écoles		X
	92	DPF	Université		X
7 Introduction de PF dans le programme de formation des agents de santé villageois	91 - 92 A débuté	DPF + DES/MSP	Formateurs régionaux		X