

PN-ABS650

FRAC VI - L'INSTITUTIONNALISATION DE  
LA SUPERVISION DES PROGRAMMES DE  
PLANIFICATION FAMILIALE

TUNISIE, NOVEMBRE-DÉCEMBRE 1993

Sylvia Vriesendorp  
Bula-Bula LieLie  
Ralph Stone  
Claire Madden

**FAMILY PLANNING MANAGEMENT DEVELOPMENT**

Project No.: 936-3055  
Contract No.: DPE-3055-C-00-0051-00  
Task Order No.: 1700-AFFRC

## TABLE DE MATIÈRES

I.	SOMMAIRE EXECUTIF .....	1
II.	INTRODUCTION .....	4
III.	HISTOIRE DU FRAC .....	4
IV.	FRAC VI: THEME, BUT ET OBJECTIFS .....	6
V.	METHODOLOGIE .....	6
VI.	EMPLOI DU TEMPS .....	7
VII.	SYNTHESE DES TRAVAUX .....	8
VIII.	EVALUATION DU FRAC .....	14
IX.	ANNEXES .....	15
A.	LISTE DE PARTICIPANTS, OBSERVATEURS et ENCADREURS .....	16
B.	PROGRAMME FRAC VI - TUNISIE .....	22
C.	MATERIEL DISTRIBUE .....	25
D.	CARACTERISTIQUES ESSENTIELLES DE LA SUPERVISION INSTITUTIONNALISEE .....	36
E.	ENCHAINEMENT DES CAUSES DE NON- INSTITUTIONNALISATION DE LA SUPERVISION .....	37
F.	ETUDE DE CAS "FRACESIE" ET ANALYSE .....	38
G.	SYNTHESE DES VISITES SUR LE TERRAIN .....	52
H.	SYNTHESE DES AVANTAGES DES REUNIONS FRAC .....	53
I.	PLANS D'ACTION DETAILLES .....	54
J.	DEPOUILLEMENT QUESTIONNAIRE EVALUATION .....	65
K.	BIBLIOGRAPHIE .....	68
L.	RAPPORTS DE PRESSE .....	69

## Remerciements

La VI<sup>ème</sup> réunion du Comité FRAC (Francophone Regional Advisory Committee) n'aurait pu avoir lieu que grâce à l'aide chaleureuse et efficace de l'Office National de la Famille et de la Population qui était notre hôte. Nous remercions tout le personnel de l'Office et du Ministère de la Santé Publique qui ont contribué leur temps, leurs patience avec toutes nos questions, et leurs enthousiasme et qui ont donc contribué largement au succès de cette rencontre. Nous voulons également remercier le gouvernement tunisien pour l'accueil chaleureux accordé aux participants et aux encadreurs.

Sans l'aide financière de l'USAID, les six rencontres annuelles du FRAC n'auront pas pu être réalisées. Nous remercions les responsables de l'USAID à Washington et dans les pays d'où viennent les participants qui nous soutiennent dans nos efforts d'améliorer les programmes de planification familiale dans le monde francophone à travers le mécanisme du FRAC.

## I. SOMMAIRE EXECUTIF

Il s'est tenu du 21 novembre au 2 décembre 1993 en Tunisie la sixième réunion du Comité Consultatif Régional Francophone (en abrégé FRAC: Francophone Regional Advisory Committee) qui a regroupé des cadres supérieurs des pays francophones d'Afrique et de Haïti qui gèrent des programmes de planification familiale (PF) et des soins maternels et infantiles (PF/SMI). Cette réunion du FRAC est la sixième du genre organisée par MSH après une première réunion en 1987 à Boston, celle du Maroc tenue en 1988 qui a traité l'intégration, celle de Dakar sur la participation communautaire, celle de Boston en 1991 dont le sujet était la qualité de services en PF/SMI, et celle de 1992 au Rwanda sur la décentralisation.

Elle a regroupé 26 participants et 2 observateurs (de l'IPPF/Haïti et du Centre d'Etudes sur la Famille Africaine - CEFA) venus de 12 pays francophones d'Afrique et de Haïti. La structure technique d'accueil de ce sixième FRAC était l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) en Tunisie.

Le but poursuivi par le FRAC VI est d'amener les participants à améliorer la gestion de leurs programmes. L'objectif général de cette rencontre était d'identifier et examiner les stratégies et les modalités pour institutionnaliser la supervision. Ainsi dix jours durant, les membres participants ont eu à réfléchir sur ce thème très pertinent et concret de l'institutionnalisation de la supervision. L'importance de ce thème se justifie par la préoccupation actuelle de différents responsables des structures sanitaires de renforcer et consolider les acquis de leurs programmes à travers une supervision efficace des activités sur le terrain. Pour mener à bien cette réflexion, une série d'activités déployées a permis d'atteindre les objectifs spécifiques fixés.

### DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS

Le déroulement des activités a connu trois phases essentielles dont le développement du concept de l'institutionnalisation de la supervision, les visites sur le terrain et la discussion sur les observations recueillies du terrain, complimentée par un échange des expériences en supervision du Maroc, Burkina et Cameroun. Finalement, des plans d'action furent élaborés par les participants, en équipe ou individuellement, pour essayer de mettre en oeuvre les connaissances acquises.

De la profonde réflexion des participants du FRAC menée autour du concept de la supervision institutionnalisée est dégagé une perception commune qui identifie les éléments essentiels suivants: l'existence d'une politique de supervision, des ressources, une planification systématique, des procédures, des supports et un suivi/évaluation permettant de montrer l'impact de la supervision au programme de planification familiale.

Cette réflexion a été suivie des visites sur le terrain. Les participants étaient repartis en cinq groupes qui ont visité, respectivement, le gouvernorat de Tunis, de Sfax, de Sousse, de Monastir, et de Bizerte. Ces visites ont permis aux membres du FRAC VI de se rendre compte du degré de l'institutionnalisation de la supervision auquel sont arrivées les délégations régionales de l'ONFP.

Durant la réunion, des séances supplémentaires furent organisées autour des sujets différents. Ainsi, bénéficiant de la présence d'un groupe des responsables des programmes de planification familiale, l'unité des Publications du projet FPMD et le Centre pour l'Etude de la Famille Africaine (CAFS/CEFA) ont pu solliciter des commentaires, suggestions et feed-back à propos de leur travail et des directions futures. Dans l'évaluation, certains membres du FRAC ont suggéré de ne plus ajouter de tels sujets "extra-curriculaires" dans le futur comme cela a trop alourdi le programme.

#### FRAC VII ET L'AVENIR DU FRAC

Une réflexion a été organisée autour du thème et du lieu d'une prochaine réunion du FRAC si les fonds pour financer cette rencontre pourraient être mobilisés. Il a été retenu que le thème de ce FRAC sera la viabilité des programmes de planification familiale. La Guinée s'est proposée comme pays pouvant abriter cette rencontre.

Quant à l'avenir du FRAC, les participants ont exprimé unanimement le constat que pour eux le FRAC est le meilleur cadre de réflexion et échanges d'expérience à propos de la gestion des programmes. Ils souhaitent que les autres institutions internationales chargées des problèmes de population, telles que le FNUAP et l'IPPF apportent toute leur assistance (financière et autre) à MSH pour l'organisation des réunions annuelles futures du FRAC. Etant donné que le financement d'une prochaine réunion n'est pas garanti, les membres du FRAC furent encouragés de trouver une alternative à la prise en charge intégrale de tous les participants par le projet FPMD.

#### EVALUATION

Au début de la réunion, quelques heures ont été consacrées à une revue des activités en matière de la décentralisation des programmes de planification aux populations dispersées, le thème traité lors du Vème FRAC. Les participants se sont divisés en petits-groupes et ont discutés de l'utilité des informations acquises au cours du FRAC précédent et de la mise en oeuvre de leurs plans d'action.

A la fin de FRAC VI les participants ont évalué le programme en utilisant un questionnaire bref et simple. Le dépouillement a révélé pour l'ensemble un degré de satisfaction très élevée. Selon les participants, les objectifs du FRAC ont été atteints, et les informations et idées échangées au cours de la réunion sont applicables pour institutionnaliser un système de supervision.

Plusieurs FRACeurs/FRACeuses ont exprimés leur satisfaction avec l'ambiance conviviale de la réunion, la participation de tout le monde et les échanges formelles et informelles entre les représentants de différents pays. En outre, l'accueil chaleureux des Tunisiens à tous les niveaux du système de l'ONFP a été particulièrement apprécié. Tout comme les FRACs précédents, les visites sur le terrain de ce FRAC-ci ont renforcé les expériences de tout le monde et ont été très appréciées. En général les participants ont exprimé satisfaction avec la méthodologie employée et l'organisation de la réunion.

Parmi les éléments jugés insatisfaisants figuraient les interventions et la participation des personnes extérieures sur des sujets extra-FRAC. Ces activités supplémentaires et le fait que l'horaire n'a pas été toujours respecté a abouti à une réduction de temps libre pour les participants. En outre, quelques participants ont exprimé le fait qu'ils auraient voulu rendre visite au siège de l'ONFP à Tunis.

## II. INTRODUCTION

Du 21 novembre au 2 décembre la sixième réunion du Comité Consultatif Francophone Régional (FRAC) prit place en Tunisie sur le thème: *L'institutionnalisation de la supervision des programmes de planification familiale*. La réunion fut organisée dans le cadre du projet FPMD en collaboration étroite avec l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) en Tunisie.

Treize pays étaient représentés par un total de 26 participants. En plus, deux observateurs se sont joints au comité dans ses travaux, à savoir de l'IPPF/Haïti et du Centre pour l'Etude de la Famille Africaine (CAFS/CEFA). Les participants représentaient essentiellement les échelons supérieurs dans les structures des programmes nationaux de planification familiale ou des associations de bien-être familial, auxquels venaient s'ajouter quelques cadres supérieurs du niveau provincial. L'encadrement technique était assuré par la même équipe de l'année passée. L'encadrement administratif et logistique était pris en charge par une équipe MSH/ONFP (voir annexe A. pour une liste de participants).

Le programme de la réunion consistait en une élaboration d'un cadre conceptuel par rapport à l'institutionnalisation de la supervision, suivie par des visites sur le terrain pour examiner l'application du concept aux réalités du terrain. A leur retour des sorties, les participants ont évalué les aspects théoriques et pratiques par rapport aux réalités vécues dans leurs propres pays afin de développer des plans d'action concrets pour mettre en œuvre ou stimuler le processus de l'institutionnalisation de la supervision.

Durant la réunion, des séances supplémentaires furent organisées autour des sujets un peu éloignés du thème centrale de la réunion. Ainsi, bénéficiant de la présence d'un groupe des hauts responsables des programmes de planification familiale francophones, l'unité des Publications du projet FPMD et le Centre pour l'Etude de la Famille Africaine (CAFS/CEFA) ont pu solliciter des commentaires, suggestions et feed-back à propos de leur travail et des directions futures.

## III. HISTOIRE DU FRAC

En 1986, au cours de discussions individuelles avec des cadres supérieurs des programmes de planification familiale, plusieurs exprimaient un désir de pouvoir se réunir avec leurs collègues d'autres pays afin d'échanger des idées et des expériences, de recevoir du soutien, et d'explorer ensemble les problèmes communs et les stratégies pour améliorer la gestion de leurs programmes. En début de 1987, la direction de FPMT prit en charge l'organisation de la première réunion du Comité Consultatif Régional Francophone à Boston en avril 1987.

Les cadres supérieurs de sept programmes de planning familial des pays francophones de l'Afrique sous-saharienne et l'Afrique du nord ainsi que de Haïti furent invités à participer et à créer le FRAC. En plus, deux représentants de l'Institut Pan-Africain pour le

Développement (IPD) assistaient à cette première réunion. Ainsi fut créé le Comité Consultatif Régional Francophone ou FRAC tout court. Au cours de cette réunion, le personnel FPMT et les membres du FRAC ont exploré les différents problèmes et défis du management. Ils y ont discuté du rôle que FPMT et le FRAC pourraient jouer afin de développer la réaction propre aux besoins perçus de la région en formation et en assistance technique en matière de gestion. Le défi principal qui a surgi presque unanimement de la première réunion était la question de l'intégration du planning familial dans les services de santé maternelle et infantile, ou même de soins de santé primaires. A la fin de cette première rencontre les participants ont visité des programmes de planification au Jamaïque et au Mexique.

Un an plus tard, le FRAC se réunit à Marrakesh au Maroc pour analyser cette question plus en profondeur. Une semaine fut consacrée à examiner le concept de l'intégration, et la façon dont elle est ou non mise en opération à travers des différents sous-systèmes gestionnaires (tels que la supervision, la logistique, les systèmes d'information) dans les pays représentés par les membres du FRAC. La réunion inclut une visite sur le terrain à plusieurs lieux du programme marocain VDMS (Visites à domicile de motivation systématique). Au cours de ces visites, les membres du FRAC et leurs collègues des services de soins de santé primaires ou des programmes SMI ont pu voir des services intégrés en action et poser des questions aux agents. Une liste de recommandations (pour plus d'intégration) fut présentée et adoptée à la fin de la réunion.

La troisième réunion eut lieu un an plus tard en mars 1989 à Dakar au Sénégal. Quelques 26 participants ont représenté 9 pays et 3 institutions de formation (IPD, le Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement - CERPOD, et CEFA). En plus des objectifs généraux du FRAC qui sont de renforcer le réseau et de faciliter l'échange d'expériences, la réunion avait comme objectifs spécifiques d'explorer et d'identifier les problèmes de gestion et les opportunités liées à la participation communautaire (financière aussi bien que non-financière), et d'analyser les expériences bien spécifiques du Sénégal, ses succès et les obstacles rencontrés. Au programme s'est ajoutée une série de présentations individuelles, de visites sur le terrain, des exposés des experts sénégalais, des travaux en petits groupes et des discussions en plénière. A la fin de la réunion les participants ont présenté des recommandations à propos de la participation communautaire dans la planification et la mise en oeuvre des services de santé.

La prochaine rencontre se fit sous l'égide du nouveau projet FPMD (Family Planning Management Development). Ainsi le IV<sup>ème</sup> FRAC se déroula en août 1991 à Boston sur le thème de la qualité des services de planification familiale. Une trentaine de participants a créé un cadre conceptuel, examiné les éléments de qualité à améliorer et les stratégies à suivre. Pour observer comment se traduit la théorie en pratique, les participants ont visité des associations de planification familiale à Washington, New York et à Burlington (Vermont). D'après les réactions de participants à la fin du FRAC IV, cette rencontre les a beaucoup aidé à clarifier le concept de qualité et comment agir pour l'améliorer.

La cinquième réunion du FRAC eut lieu au Rwanda en octobre 1992 sur le thème de la décentralisation. Une trentaine de personnes, représentant douze pays francophones d'Afrique du Nord, de l'Ouest, Centrale aussi que de Haïti, s'est réunie durant deux semaines pour examiner et débattre les expériences de leurs pays et du Rwanda en particulier dans le domaine de la décentralisation des programmes de santé et de la planification familiale.

#### IV. FRAC VI: THEME, BUT ET OBJECTIFS

Le thème de la réunion fut identifié lors de la cinquième réunion à Kigali comme étant "La supervision des programmes de planification familiale." Une mission de préparation effectuée par le responsable du FRAC du projet FPMD en Juillet 1993 a amenée à une définition plus précise du thème: "L'institutionnalisation de la supervision des programmes de planification familiale."

Ainsi furent établis le but et les objectifs de cette sixième réunion:

But du FRAC	Amener les participants à améliorer la gestion des programmes de planning familial dans leurs pays respectifs à travers la réflexion approfondie, les observations sur le terrain, les échanges d'expériences et l'élaboration des plans d'action.
Objectif général	Identifier et examiner les stratégies et les modalités pour institutionnaliser la supervision.
Objectifs spécifiques  A la fin de la réunion les participants:	<ul style="list-style-type: none"> <li>· peuvent expliquer le cadre conceptuel de la supervision comme un système institutionnalisé</li> <li>· savent évaluer le degré d'institutionnalisation d'un système de supervision</li> <li>· ont élaborer un plan pour amener les décideurs à soutenir les activités de supervision.</li> </ul>

#### V. METHODOLOGIE

La méthodologie employée était variée et de nature participante. Ainsi furent utilisées:

- ▶ l'utilisation des images pour élucider les différentes philosophies qui sous-tendent la supervision
- ▶ des études de cas
- ▶ une technique de brainstorming utilisant des cartes (variation technique GTZ) pour arriver à une définition commune du concept

- ▶ une technique de débat (bol de poisson - fishbowl) permettant aux participants de représenter des philosophies différentes dans le débat sur la supervision
- ▶ visites sur le terrain pour voir comment se manifeste la supervision institutionnalisée sur le terrain
- ▶ travaux en petits groupes pour approfondir la matière
- ▶ présentations en panel sur les expériences dans les pays membres
- ▶ mise en commun des travaux de groupes en plénière
- ▶ appui d'une documentation des expériences sur le terrain, y inclus des multiples supports de supervision utilisés dans des différents pays membres
- ▶ le développement des plans d'actions.

La méthodologie variée est une estampille du FRAC qui le distingue des autres rencontres de haut niveau. Elle a pour but non seulement de susciter la plus grande participation mais aussi la démonstration des techniques diverses pour que les membres participants les utilisent chez eux à leur retour.

## VI. EMPLOI DU TEMPS

La réunion prit place à l'hôtel Oriental Palace à Tunis. Pour les visites sur le terrain le groupe fut divisé en 5 groupes de 5 à 6 participants, qui se rendirent, accompagnés d'un encadreur à cinq gouvernorats: Sfax, Monastir et Sousse au sud de Tunis, Tunis même, et Bizerte au nord de Tunis. Après les visites sur le terrain l'ensemble de participants se retrouva de nouveau à Tunis pour le reste du programme. Un programme détaillé figure en annexe B.

JOUR	PROGRAMME
Dimanche 21 novembre	Réunion avec délégués et équipe d'encadrement; mise au point des plans pour les sorties; réception informelle de bienvenue, vidéo FRAC IV.
Lundi 22 novembre	Enregistrement; cérémonie d'ouverture officielle et pause-café; introductions; vue globale (calendrier, but et objectifs); récapitulation et activités depuis FRAC V.
Mardi 23 novembre	Conversation sur la performance d'un programme de PF et comment la supervision peut y contribuer; résumé historique/théorique sur la supervision; étude de cas; travaux en petits groupes, puis plénière; "Images de supervision"; débat "fishbowl" sur style de supervision.
Mercredi 24 novembre	Brainstorming sur la manifestation de la supervision institutionnalisée; exercisé en petits groupes pour déterminer les causes de la non-institutionnalisation; étude de cas sur le cadre organisationnel et la supervision institutionnalisée.
Jeudi 25 novembre	Elaboration des "guides de sortie" pour les visites sur le terrain; départ visites sur le terrain.

JOUR	PROGRAMME
Vendredi 26, Samedi 27 novembre	Visites sur le terrain.
Lundi 29 novembre	Présentations et recommandations par groupe de sortie; discussion en petits groupes et plénière à propos de la traduction du "Family Planning Manager's Handbook" publié par le projet FPMD; présentations par le Maroc, le Burkina et le Cameroun sur la supervision dans ces pays.
Mardi 30 novembre	Tables rondes; préparation des plans d'action.
Mercredi 1 décembre	Discussion en petits groupes et présentations des plans d'action; synthèse du FRAC VI.
Jeudi 2 décembre	Evaluation; discussion sur l'avenir du FRAC; identification du thème et du lieu de la prochaine réunion du FRAC; clôture.

## VII. SYNTHÈSE DES TRAVAUX

**Dimanche 21 novembre: Réunion avec délégués et équipe d'encadrement; mise au point des plans pour les sorties; réception informelle de bienvenue, vidéo FRAC IV.**

Une réunion avec les délégués et les sages femmes superviseurs de l'ONFP prit place avant le démarrage du FRAC afin de finaliser les arrangements pour les sorties sur le terrain et d'échanger de vues à propos des attentes et besoins des uns et des autres. Ensuite, une réception informelle de bienvenue permit aux cadres de l'ONFP de rencontrer les membres du FRAC et de faire leur connaissance. En même temps, une brève revue du FRAC et son histoire permettait aux nouveaux membres de s'orienter sur ce comité dont ils feront désormais part. A la fin de la réception, le film du quatrième FRAC fut projeté.

**Lundi 22 novembre: Enregistrement; cérémonie d'ouverture officielle et pause-café; introductions; vue globale (calendrier, but et objectifs); récapitulation et activités depuis FRAC V.**

L'ouverture officielle fut présidée par Le Président-Directeur-Général de l'ONFP, le Docteur Mohamed Moncef Boukhris. Des discours furent prononcés par son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique, le Docteur Hédi M'Henni et par Mme Vriesendorp, responsable du FRAC au nom de Management Sciences for Health.

Après la pause, les participants s'introduirent. Les questions administratives et une revue du but, des objectifs et du programme complétaient l'ordre du jour de la matinée. L'après-midi fut consacré à une revue de l'impact de la cinquième réunion du Comité FRAC. En petits groupes les participants discutaient ce qu'ils avaient retenu du système de décentralisation du Rwanda, leurs activités réalisées dans le cadre de la décentralisation depuis leur retour et des

suggestions pour la réussite du FRAC VI. Il a été retenu que le système du Rwanda est caractérisé par une décentralisation, une participation communautaire et un certain recouvrement des coûts avec une faiblesse dans la coordination de la supervision. Les représentants des différents pays ont exposé leurs réalisations depuis l'année dernière et il s'est avéré que la majorité a réalisé des activités visant la décentralisation dans le domaine de la gestion et de la formation et dans le cadre de la participation communautaire.

Mardi 23 novembre:	Conversation sur la performance d'un programme de PF et comment la supervision peut y contribuer; résumé historique/théorique sur la supervision; étude de cas; travaux en petits groupes, puis plénière; "Images de supervision"; débat "fishbowl" sur style de supervision.
--------------------	---

La journée a commencé par une discussion en plénière pour solliciter des suggestions pour la réussite totale du FRAC VI. Les participants ont émis des suggestions dépassant même le FRAC VI. Parmi elles il y avait notamment le suivi et la communication entre les membres du FRAC et FPMD pour voir si les recommandations sont suivies; l'élaboration des rapports et des recommandations à envoyer aux autorités-décideurs; le maintien de contact entre les membres du FRAC; et la prise en considération des particularités nationales et des obstacles lors de l'élaboration des recommandations.

Ensuite il a été discuté des critères de performance d'un programme de planification familiale par rapport au client et même par rapport à l'agent d'une certaine manière. Le client étant la population, la performance du programme peut se résumer en **satisfaction** du client vis à vis des services. Pour l'agent, la performance c'est une question de **motivation**, et enfin, pour le programme c'est la **réalisation** des objectifs. On a ensuite discuté du rôle de la supervision par rapport à ces critères de performance, parmi lesquels figurent notamment:

- A. L'identification des insuffisances et problèmes
- B. La recherche des solutions
- C. L'application des normes
- D. L'amélioration des compétences
- E. La motivation
- F. La correction des erreurs
- G. La conscientisation du personnel

Il a été reconnu qu'il faut un instrument de supervision pour assurer une bonne supervision et pour éviter les disparités de perception. Une définition opérationnelle de la supervision a été proposée comprenant les notions de *processus, guidance, formation/information, résolution des problèmes, correction des erreurs, rendement maximum avec les ressources disponibles et des objectifs fixés.*

A travers un étude de cas ("Un superviseur pour la Zone de l'Est, traduit de l'anglais, Korten & Korten, 1986), le profil de comportement d'un bon superviseur a été exploré. Il a été

retenu qu'il existe deux orientations principales, une centrée sur les relations humaines, l'autre sur la production. Le dosage de ces deux différentes réalités détermine le style d'un superviseur: l'autocrate (voit plus la production); le paternaliste (voit plus les relations); laissez faire (pas de priorité); le démocrate (une dose de chaque côté); et participatif (qui maximise les deux côtés). Pour le supervisé, il y a trois dimensions qui s'articulent sur: (1) le résultat ou production; (2) le chef; et (3) l'individu. Suivant la prédominance de l'un ou de l'autre on aura différents caractères (besogneux, soumis, insurgé, coopératif, docile, indépendant, partenaire). Le superviseur doit cependant tenir compte de la maturité du supervisé. Dans les discussions il a été relevé qu'il y a des fonctions de la supervision ou du management qui s'entrecroisent et qui parfois mènent à une confusion, à savoir: le contrôle, l'évaluation, la supervision, l'inspection, le monitoring et la coordination. (Voir annexe C. pour matériel didactique distribué).

Suite à l'étude de cas, le facilitateur a introduit une nouvelle activité au FRAC. Les groupes ont reçu deux grandes feuilles remplies d'images découpées des revues et des documents sur le développement. Chaque participant les a regardé et a réfléchi sur la supervision. Ensuite tout le monde a sélectionné une image qui a représenté la supervision pour lui. Les membres des groupes ont partagé leurs choix et chacun a expliqué pourquoi il/elle a choisi telle image. Cet exercice a permis aux participants l'opportunité de réfléchir sur la multiplicité de perceptions qui existe vis-à-vis "qu'est-ce la supervision?"

Une discussion très animée prit place en "fishbowl" entre les différents types de superviseurs ce qui permettait aux participants/acteurs d'explorer les implications des styles examinés dans l'étude de cas.

<p>Mercredi 24 novembre: Brainstorming sur la manifestation de la supervision institutionnalisée; exercisé en petits groupes pour déterminer les causes de la non-institutionnalisation; étude de cas sur le cadre organisationnel et la supervision institutionnalisée.</p>
--

A travers une méthode de brainstorming les participants ont exploré, d'abord individuellement et puis en petits groupes, comment se manifeste un système de supervision institutionnalisé. Ainsi ils ont identifié les éléments clés comme suit:

- ▶ Politique
- ▶ Ressources
- ▶ Planification
- ▶ Procédures
- ▶ Supports
- ▶ Suivi/Evaluation

(Le tableau complet figure en annexe D.) Ces six éléments ont servi de toile de fond, même cadre conceptuel pour tous les débats subséquents sur l'institutionnalisation ainsi que pour l'orientation des visites sur le terrain. Ensuite des petits groupes se sont formés autour de

chaque élément pour produire un enchaînement des raisons pour lesquelles la supervision n'est pas institutionnalisée, en se posant plusieurs fois la question "Pourquoi n'y a-t-il pas une politique (des ressources, une planification, etc.)?" Ceci a abouti à une identification des causes fondamentales de la non-institutionnalisation de la supervision. Les résultats de cet exercice ont montré que parmi les causes figurent: un manque de responsabilisation du personnel, la non-performance des services PMI, l'absence de critères d'évaluation, manque de compétence et leadership, et l'invisibilité de l'impact de la supervision (coût-efficacité). Les résultats de cette exercice sont présentés en annexe E.

Finalement les participants ont analysé une étude de cas (traduit et adaptée de Korten & Korten, 1986) qui traite du contexte organisationnel. En sous-groupes, organisé sur la base des éléments identifiés ci-dessus, les participants ont analysé les problèmes rencontrés dans chaque domaine et proposé des solutions. En plénière les groupes ont présenté leurs conclusions (voir annexe F. pour le cas et un synthèse des conclusions).

<b>Jeudi 25 novembre:</b>	Elaboration des "guides de sortie" pour les visites sur le terrain; départ visites sur le terrain.
---------------------------	--

Les collègues de l'ONFP ont commencé la journée avec une explication de l'infrastructure sanitaire de Tunisie et l'organisation de l'Office et les services de planification familiale. Puis, en groupe de sortie les participants ont discuté comment ils peuvent évaluer le degré de l'institutionnalisation de la supervision. Pour cela, chaque groupe avait élaboré une sorte de guide avec des questions relatives à la politique, les ressources, la planification, les procédures, les supports et le suivi.

<b>Vendredi 26, Samedi 27 novembre:</b>	Visites sur le terrain
---	------------------------

Sous la direction du délégué et des sages femmes de supervision de l'ONFP les participants se sont dispersés dans les cinq gouvernorats pour observer la mise en pratique de la supervision. Chaque groupe a visité le siège régional de l'ONFP, des maternités, des centres de santé et/ou des dispensaires et équipes mobiles.

<b>Lundi 29 novembre:</b>	Présentations et recommandations par groupe de sortie; discussion en petits groupes et plénière à propos de la traduction du "Family Planning Manager's Handbook" publié par le projet FPMD; présentations par le Maroc, le Burkina et le Cameroun sur la supervision dans ces pays.
---------------------------	--

La journée a commencé par une présentation suivi d'un brainstorming à propos des initiatives de traduction et de dissémination des documents produits par le projet FPMD: Le manuel pour le management des programmes de planification familiale, le bulletin bimensuel (The Family Planning Manager) et un manuel sur la distribution à base communautaire. Ici, le

Comité FRAC a joué son rôle de conseiller au projet FPMD en suggérant des noms français pour les publications et des stratégies de distribution.

Les groupes de sorties ont partagé leurs expériences avec leurs collègues selon le canevas suivant: présentation des membres des équipes, centres visités, impressions générales perçues, les constats faits par rapport aux différents éléments de l'institutionnalisation de la supervision et des recommandations (voir annexe G. pour un synthèse des constats et des recommandations). Au terme des différentes présentations les participants ont pu conclure qu'il y a en Tunisie un engagement politique très prononcé pour la planification familiale, une décentralisation de la planification au niveau régional, une existence des procédures et une disponibilité des ressources. C'est seulement au niveau de la coordination entre les services de SMI et SSP que la situation est à améliorer.

Par la suite il s'est déroulé une présentation-débat sur la supervision dans trois pays: le Burkina Faso, Le Cameroun et le Maroc. Un représentant de chaque pays a présenté brièvement l'organigramme et le fonctionnement du système de supervision du programme de planification familiale de son pays. Ensuite, l'audience a posé des questions et demandé des points de clarification sur chaque système. Malgré le fait que tous ces systèmes sont à un niveau de développement différent et bénéficient d'un soutien financière différent, les participants ont remarqué que (1) tous les systèmes ont les caractéristiques en commun, (2) chaque système a ces forces et faiblesse et donc chaque pays peut apprendre quelque chose de l'autre (3) et qu'il n' y a pas **une** manière correcte de faire des choses.

Mardi 30 novembre:      Tables rondes diverses; préparation des plans d'action.
---

La présence de tout un groupe des leaders des programmes de planification familiale des pays francophones est un événement assez rare. Bien qu'un peu en dehors du cadre de FRAC, les organisateurs avaient accordé aux responsables du Centre pour l'Etude de la Famille Africaine (CAFS/Nairobi et Lomé), l'opportunité d'identifier les besoins des programmes représentés en matière de formation. D'autres tables rondes furent organisées simultanément sur des sujets divers: un groupe pour rédiger un rapport de synthèse à l'intention des responsables de l'ONFP sur les conclusions des visites sur le terrain (annexe G.), un autre groupe pour documenter comment le FRAC a contribué à l'amélioration de leurs programmes (annexe H.), et un quatrième group, consistant uniquement des leaders féminins, pour explorer les conditions qui promeuvent le leadership féminin (ceci dans le cadre d'un projet de recherche). Chaque groupe présentait un synthèse de ses délibérations en plénière.

La reste de la journée fut consacrée à la préparation des plans d'action. Les plans étaient d'abord conçus et développés par chaque équipe/pays, puis présentés et critiqués en petits groupes.

**Mercredi 1 décembre:** Discussion et critique des plans d'action en petits groupes; présentations des synthèses des plans d'action en plénière.

La journée commençait avec un bref synthèse de tous les plans, groupe par groupe, en plénière. Les participants ont choisi les sujets suivants pour leurs plans d'action:

1. Décentralisation et institutionnalisation de la supervision au niveau préfectoral, régional et national (Togo et Guinée)
2. Intégration et harmonisation (Togo, Mali, Rwanda, Côte d'Ivoire, Maroc, Cameroun, Tunisie)
3. Circuit d'acheminement des informations (Madagascar)
4. Normes et politique (Haïti).
5. Supports (Niger)
6. Exécution (Burkina Faso)

Les plans complets figurent en annexe I.

Pour la synthèse de tous les travaux de ce FRAC, les grandes lignes du cadre conceptuel développé par les participants étaient passées en revue:

L'institutionnalisation de la supervision exige qu'il y ait une (volonté) politique qui s'exprime par les textes, une planification et programmation (des plans), des procédures pour exécuter la supervision (avec l'aide des manuels, des schémas, des modalités de fonctionnement technique et de supervision), des supports de supervision (pour faciliter la collecte des données, des guides, fiches et check-lists et des supports d'analyse), des ressources (humaines, matérielles et financières) budgétisées et finalement un système de suivi et d'évaluation permettant de répondre à la question: "*est ce que la supervision contribue à l'amélioration des services?*" Tous ces éléments exigent une harmonisation et une standardisation. A l'autre coté il y a des facteurs qui dictent une flexibilité et une sensibilité au cadre spécifiques dans lequel se situe la supervision. Il est d'une grande importance de se rendre compte des acteurs (superviseurs, supervisés, chefs hiérarchiques et collègues - leurs maturité, compétence professionnelle et les relations humaines), les structures dans lesquelles travaillent ces acteurs et la culture organisationnelle. Tous ces facteurs ensemble influencent comment le système de supervision est opérationnalisé et s'il contribue effectivement à l'amélioration de la performance.

**Judi 2 décembre:** Identification thème et lieu prochain FRAC, discussion sur l'avenir du FRAC; évaluation et clôture.

Traditionnellement, l'identification du lieu et du thème de la prochaine rencontre du FRAC est déterminé la dernière journée. Cette fois-ci, cette discussion fut préfacé avec l'annonce que le futur du FRAC n'est pas du tout assuré et qu'il n'est pas encore sûr si le projet FPMD

aura les moyens de financer à 100% cette prochaine rencontre. Ceci a mené à une discussion, semblable à celle de Rwanda, mais plus urgente cette fois-ci, sur les modalités de continuer les rencontres annuelles. Le point de départ pour ces discussions était le fait que si la participation aux rencontres FRAC est vraiment utile et si cela se manifeste en une amélioration démontrable dans la gestion des programmes de planification familiale, les participants devraient pouvoir convaincre les responsables de l'USAID dans leurs pays ainsi que d'autres bailleurs de prendre en charge leurs frais de voyage et per diem pour le prochaine FRAC comme un investissement modeste mais rentable. On a rappelé au résultats de la discussion du groupe chargé de documenter les avantages du FRAC (voir annexe H.).

Deux pays se sont prononcés candidats pour abriter le prochain FRAC: le Burkina Faso et la Guinée, et plusieurs thèmes furent proposés. Les deux pays indiquaient lesquels de ce thèmes leur conviendraient le plus et donnaient une brève description de leurs expériences pertinentes dans ces domaines:

1. La coordination des différents programmes nationaux
2. La viabilité des programmes
3. L'évaluation des programmes
4. La planification stratégique
5. La distribution à base communautaire
6. L'intégration des services.

Par la vote, l'ensemble des participants exprimait leur préférence, ce qui était, avec une différence d'une seule vote, pour la Guinée sur le thème de la viabilité des programmes, un thème choisi par une grande majorité des participants. Tout en reconnaissant que le financement pour cette rencontre n'est pas garanti, la date a été fixée pour novembre 1994.

La clôture cette fois-ci était informelle. Tout le monde s'est assis en cercle et chacun a exprimé, en quelques mots, l'importance de sa participation à cette réunion en Tunisie. Finalement, l'Office National de la Famille et de la Population a offert à chacun un cadeau-souvenir accompagné de ses meilleurs vœux pour le nouvel an.

## VIII. EVALUATION DU FRAC

A la fin de la réunion un simple questionnaire a été administré pour évaluer l'utilité de la rencontre et de recueillir commentaires et recommandations. Le dépouillement du questionnaire du FRAC VI est présenté dans l'annexe J. L'évaluation était très positive et a renforcé les impressions de l'équipe d'encadrement ainsi que les observateurs que le FRAC joue un rôle important et complémentaire aux efforts d'assistance technique fournis dans le cadre des programmes d'appui à la planification familiale en Afrique francophone (et Haïti) par l'USAID et d'autres bailleurs de fonds.

IX. ANNEXES

A.	LISTE DE PARTICIPANTS, OBSERVATEURS et ENCADREURS . . . . .	16
B.	PROGRAMME FRAC VI - TUNISIE . . . . .	22
C.	MATERIEL DISTRIBUE . . . . .	25
D.	CARACTERISTIQUES ESSENTIELLES DE LA SUPERVISION INSTITUTIONNALISEE . . . . .	36
E.	ENCHAINEMENT DES CAUSES DE NON- INSTITUTIONNALISATION DE LA SUPERVISION . . . . .	37
F.	ETUDE DE CAS "FRACESIE" ET ANALYSE . . . . .	38
G.	SYNTHÈSE DES VISITES SUR LE TERRAIN . . . . .	52
H.	SYNTHÈSE DES AVANTAGES DES REUNIONS FRAC . . . . .	53
I.	PLANS D'ACTION DETAILLES . . . . .	54
J.	DEPOUILLEMENT QUESTIONNAIRE EVALUATION . . . . .	65
K.	BIBLIOGRAPHIE . . . . .	68
L.	RAPPORTS DE PRESSE . . . . .	69

## A. LISTE DE PARTICIPANTS, OBSERVATEURS et ENCADREURS

### PARTICIPANTS

PAYS	NOM	FONCTION/ORGANISME	ADRESSE
BURKINA FASO	M. Toussaint OUEDRAOGO	Assistant de Santé	Direction de la Santé de la Famille 03 B.P. 7247 Ouagadougou, BURKINA FASO tel: (226) 30.68.64 fax: (226) 31.08.65
	Dr. Didier BAKOUAN	Directeur de la Santé de la Famille	
CAMEROUN	Dr. NKODO NKODO	Sous-Directeur Santé Familiale	Ministère de la Santé Publique Direction de la Santé Familiale et Mentale Yaounde, CAMEROUN tel: (237) 22.57.97 fax: (237) 23.02.01
	M. Charmant BEHALAL BOCK	Directeur S/P SEATS-FEMEC	B.P. 1807 Douala, CAMEROUN tel: (237) 42.76.17 fax: (237) 43.08.37
COTE D'IVOIRE	Mme Maman FOFANA KONE	Inspecteur de la Santé et de la Protection Sociale	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale République de CÔTE D'IVOIRE tel: (225) 21.22.91
	Mme Tié Yvette KOUE LOU	Directeur Exécutif	AIBEF 01 B.P. 5315 Abidjan 01 COTE D'IVOIRE tel: (225) 25.18.11/12 fax: (225) 25.18.68

PAYS	NOM	FONCTION/ORGANISME	ADRESSE
GUINEE	Dr. Sidimé BANDIAN	Directeur AGBEF	Directeur Exécutif de l'AGBEF B.P. 1471 Conakry, GUINEE tel: (224) 44.23.63 téléc: 23229GE
	Dr. Mamadi CONDE	Médecin	Coordonnateur National du Projet Développement Services de Santé B.P. 585 MSPAS Conakry, GUINEE tel: (224) 44.43.73 fax: (224) 44.43.73
HAITI	Dr. Gadner MICHAUD	Consultant en PF/PROFAMIL	PROFAMIL 86 Rue de Champ de Mars Port-au-Prince, HAITI tel: (509) 22.57.83/23.90.85 fax: (509) 23.91.47
	Dr. Serge PINTRO	Directeur Exécutif/PROFAMIL	
MADAGASCAR	Dr. Jeannine RAVAOMANARIVO	Médecin	Cellule Provinciale SMI/PF 301 Fianarantsoa - MADAGASCAR tel: (261) 505.45
	Dr. Adèle Bénédicte MASY HARISOA MAHEFA	Médecin	Service de la Santé Maternelle et Infantile et Coordination de la PI B.P. 866 Antananarivo 101 MADAGASCAR tel: (261) 2 251.32
MALI	Mme Aoua TOURE KONE	Responsable Cellule Supervision - Division Santé Familiale (Sage-Femme)	S/C Division Santé Familiale et Communautaire Bamako, MALI tel: (223) 22.45.26
	M. Yaya DIAKITE	Directeur des Programmes	AMPPF B.P. 105 Bamako, MALI tel: (223) 22.44.94 fax: (223) 22.26.18

PAYS	NOM	FONCTION/ORGANISME	ADRESSE
MAROC	Dr. Saïda JRONDI	Médecin Délégué du Ministère de la Santé Publique à la Province de Tanger - Maroc	Délégation du Ministère de la Santé Publique Tanger, MAROC tel: (212) 09.94.94.10/93.59.69/93.80.27 fax: (212) 09.93.51.55
NIGER	Mme Fatouma ABDOULAYE	Chef de Bureau Suivi/Evaluation - Sage Femme	Chef de Bureau Suivi/Evaluation DPF/MSP Niamey, NIGER tel: (227) 72.26.31
	Mme Hadizatou GADO	Secrétaire Générale Adjointe	Ministère de la Santé Publique B.P. 623 Niamey, NIGER tel: (227) 72.27.82
RWANDA	Dr. Sosthène RUKUNDO	Médecin/Chef de Division Médecine Intégrée	Ministère de la Santé B.P. 84 Kigali, RWANDA tel: (250) 74.866
SENEGAL	M. Yoro SARR	Journaliste	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale B.P. 4024 Dakar, SENEGAL tel: (221) 22.10.80 fax: (221) 22.26.90
	Dr. Abdoulaye GUEYE	Médecin	Centre de PMI de la Médina Avenue Blaise DIAGME Dakar, SENEGAL tel: (221) 21.71.55 (221) 21.19.58
	Mme Marième DIOP	Directrice PSFP/Ministère Santé Publique et Action Sociale	PNPF - MSAS S/C USAID B.P. 49 Dakar, SENEGAL tel: (221) 25.11.35

PAYS	NOM	FONCTION/ORGANISME	ADRESSE
TOGO	Mme Kekeli AGOUNKE	Socio-Anthropologue	Chef du Département des Programmes ATBEF B.P. 4056 Lomé, TOGO tel: (228) 21.41.93 téléx: INFED to IPPF Lomé
	Dr. Dimuy KOMBATE-NOUDJO	Médecin	Médecin Supersiver Régional SMI/PIF Région Savaupa tel: (228) 21.10.14
TUNISIE	Dr. Ridha CHADI	Directeur - Division Médicale/Office National de la Famille et de la Population	Office National de la Famille et de la Population 42 Avenue de Madrid Tunis TUNISIE tel: (216) 1.341.088 fax: (216) 1.354.507 téléx: 15 164 TN
	M. Ahmed BELTAIEF	Directeur - Division de la Coopération Internationale	
	M. Abdelaziz RACIID	Chef de Division	

## OBSERVATEURS

NOM	FONCTION/ORGANISME	ADRESSE
Dr. Rudolph MAGLOIRE	Directeur du Projet/IPPF/WHIR - PAPFO (Haïti)	IPPF/WHIR - PAPFO 16 rue Faubert Petion Ville Haïti tel: (509) 57-2312/57-1103 fax: (509) 57-2314
Dr. Ruth KORNFIELD	Rainbow Bridge Consulting	Rainbow Bridge Consulting 314 Brooks Street Missoula, MT 59801 tel: (406) 728-0749
Ms. Angela FRANKLIN LORD	USAID/Nairobi	USAID Nairobi P.O. Box 30261 Nairobi, KENYA tel: (254) 2 331.160 x 2327 fax: (254) 2 330.945
M. Alpha DIALLO	Directeur p.i. CAFS/Nairobi	CAFS/CEFA Pamsteck House, Westlands P.O. Box 60054 Nairobi, KENYA tel: (254) 2 747 144 fax: (254) 2 726 596 télex: 22703
M. Yaya DRABO	Directeur du Bureau sous Régional du CEFA/Lomé	CEFA/CAFS B.P. 80529 Lomé, TOGO tel: (228) 21.07.16/(228) 21.54.52 fax: (228) 21.51.40 télex: 5045INFEDTG

ENCADREMENT TECHNIQUE ET ADMINISTRATIF ET LOGISTIQUE

NOM	FONCTION/ORGANISME	ADRESSE
Professeur BULA-BULA LieLie	consultant/FPMD Président Directeur Général, Management pour la Haute Performance (M.H.P.)	a.b.s. de OMS Zaïre B.P. 1899 Kinshasa I ZAIRE tel: (243) 12.71.808 fax: (243) 12.27.159 LASCO ZAIRE téléx: (243) 12.21.536 LASCO ZAIRE
M. Ralph STONE	consultant/FPMD Directeur, Division Formation - CEDPA	CEDPA 1717 Mass Ave, Suite 202 Washington, DC 20036 tel: (202)667-1142 fax: (202)332-4496 téléx: 440-384-CFPA
M. Abedkrim YAHIA	Office National de la Famille et de la Population	Office National de la Famille et de la Population 42 Avenue de Madrid Tunis TUNISIE tel: (216) 341.088 fax: (216) 354.507 téléx: 15 164 TN
Mme. Sylvia VRISENDORP	Responsable FRAC, FPMD/MSH	Management Sciences for Health 400 Centre Street Newton, MA 02158 tel: (617) 527.9202 fax: (617) 965.2208 téléx: 4990154 MSHUI
Mme. Claire MADDEN	Responsable du projet APPROPOP/MSH	
Mlle Anne WILLIAMS	Assistante des Programmes/Coordinatrice du FRAC/MSH	
Mme. Diane MIDURA	Comptable, FPMD/MSH	

## B. PROGRAMME FRAC VI - TUNISIE

Dimanche 21 novembre 1993	
Horaire	Activité
Après-midi	Réunion avec délégués et équipe d'encadrement. Mise au point des plans pour les sorties; Clarifier questions logistiques et financières
19h00 - 20h30	Réception de bienvenue, vidéo du FRAC IV

Lundi 22 novembre 1993	
Horaire	Activité
8h00 - 8h30	Enregistrement/ déboursement per diem, collection billets
9h30 - 10h30	Cérémonie d'ouverture officielle et pause-café
10h30 - 11h00	Introductions
11h00 - 12h00	Vue globale (calendrier, but et objectifs)
14h00 - 16h30	Discussions en petits groupes: récapitulation et activités depuis FRAC V - synthèse en plénière

Mardi 23 novembre	
Horaire	Activité
8h30 - 9h00	Brainstorm sur la question: "Qu'est que c'est "performance" d'un programme de PF" Conversation sur la question: "comment la supervision peut y contribuer"
9h00 - 10h15	Résumé historique/théorique sur la supervision (Mc Gregor, etc.)/Etude de cas
10h30 - 12h00	Exercice and petits groupes, puis plénière "Images de supervision"
14h00 - 15h00	Débat style "fishbowl" sur styles de supervision.

<b>Mercredi 24 novembre</b>	
<b>Horaire</b>	<b>Activité</b>
8h30 - 10h30	Brainstorming autour de la question "comment la supervision institutionnalisée se manifeste?" (brainstorming individuel, discussion en groupe, cartes, groupement en plénière ou mindmap)
10h45 - 12h00	Analyses en petits groupes, présentation résultats en plénière (Construction "arbre-pourquoi 5x")
14h00 - 16h30	Etude de cas, discussion en petits groupes, en plénière.

<b>Jeudi 25 novembre</b>	
<b>Horaire</b>	<b>Activité</b>
8h30 - 12h00	Elaboration des "guides de sortie" en groupe de sortie
14h00	Départ visites sur le terrain

Vendredi 26 - samedi 27 novembre: Visites sur le terrain  
Dimanche 28 novembre: libre

<b>Lundi 29 novembre</b>	
<b>Horaire</b>	<b>Activité</b>
8h30 - 12h00	Discussion sur publications du projet FPMD; présentations sur visites sur le terrain par groupe de sortie; synthèse
14h00 - 16h30	Présentations sur la supervision en Maroc, Burkina Faso et Cameroun en panel

<b>Mardi 30 novembre</b>	
<b>Horaire</b>	<b>Activité</b>
8h30 - 16h30	Tables rondes; début processus de développement des plans d'action; listing et groupement des plans. Présentation en petits groupes; feed-back par les membres de chaque groupe.

<b>Mercredi 1 décembre</b>	
<b>Horaire</b>	<b>Activité</b>
8h30 - 12h00	Présentation des synthèses des plans en plénière; synthèse des travaux de FRAC VI.
14h00 - 16h30	Après-midi libre (si nécessaire amélioration des plans/ travaux individuels)
20h00	Soirée

<b>Jeudi 2 décembre</b>	
<b>Horaire</b>	<b>Activité</b>
8h30 - 10h30	Évaluation (questionnaire), identification du thème et lieu FRAC VII; discussion sur modalités et stratégies de financement des rencontres futures, clôture.

## **C. MATERIEL DISTRIBUE**

•Tableau 1: Différence entre supervision, contrôle, inspection, évaluation et monitoring, en rapport avec quelques éléments

•Tableau 2: Différence entre supervision, contrôle, monitoring, évaluation, inspection et coordination en relations avec les activités

•La situation de supervision

•Cas: un superviseur pour la zone de l'est

•Superviseur vs. Faire

•Compétences en supervision

•Styles de leadership

•Styles d'exécution

•Styles de supervision

**TABLEAU 1: Différence entre supervision, contrôle, inspection, évaluation et monitoring, en rapport avec quelques éléments.**

FONCTIONS

ELEMENTS	SUPERVISION	CONTROLE	INSPECTION	EVALUATION	MONITORING
1. Sujet	Délégant	Mandataire	Chef hiérarchique	Mandataire	Exécutant
2. Objet	Délégataire	Exécutant (individu, ressources, faits)	Exécutant	Programmes et services (objectifs)	Activité
3. Objectif	Accroître la performance	Vérifier l'exécution	S'assurer du respect	Vérifier le niveau d'atteinte des objectifs	Collecter les données sur une situation donnée
4. Méthode	Comparaison	Comparaison	Comparaison	Comparaison	Comparaison
5.	Observation des tâches nécessaires Dialogue obligatoire et utile pour l'objet	Observation  Dialogue facultatif	Observation  Dialogue facultatif	Observation  Dialogue facultatif	Observation  Dialogue facultatif
6. Moment	Régulier et programmé en fonction des activités du délégataire et annoncé a celui-ci	Programmé et/ou ponctuel	Programmé et/ou ponctuel	Programmé et/ou ponctuel	Continu
7. Rétro- information	Le destinataire est l'objet	Le destinataire est la hiérarchie	Le destinataire est la hiérarchie	Le destinataire est le mandataire	Le destinataire est l'utilisateur
8. Réaction de l'objet	Attente d'un rapport	Peur de la sanction	Peur de la sanction	Réaction mixte (peur et attente d'apport positif)	Neutralité

**TABEAU 2: Différence entre supervision, contrôle, monitoring, évaluation, inspection et coordination en relation avec les activités.**

No.	DOMAINES D'ACTIVITES	CONTROLE	MONITORING	SUPERVISION	EVALUATION	INSPECTION	COORDINATION
1.	Regarder une activité	+	+	+	+	+	+
2.	Noter le résultat	+	+	+	+	+	+
3.	Noter la performance du personnel	+	+	+	+	+	+
4.	Comparer à une norme convenue	+	+	+	+	+	+
5.	Noter les déficiences du savoir, du savoir faire et du savoir être			++			
6.	Informé (les subordonnés)			++			
7.	Prendre ou proposer des mesures correctives			++	+	+	+
8.	Constater le succès			++	+	+	
9.	Sanctionner	+		++		+	
10.	Aider le personnel à évaluer ses performances			++			
11.	Coordonner			++		+	+
12.	Mesurer (compétence, performances, impact)				+		
13.	Porter un jugement de valeur				+	+	
14.	Faire rapport aux décideurs	+			+	+	
15.	Un P.V. de constat	+				+	
16.	Faire un rapport	+	+	+		+	

## LA SITUATION DE SUPERVISION

### PROPRE - forces internes

- \* Valeurs et croyances?
  - \* Ambitions?
  - \* Connaissance?
  - \* Emotionnalité?
- \* Esprit ouvert ou esprit étroit?
  - \* Confiant? apathie?
- \* Tolérance pour ambiguïté?

### SUPERIEURS (s)

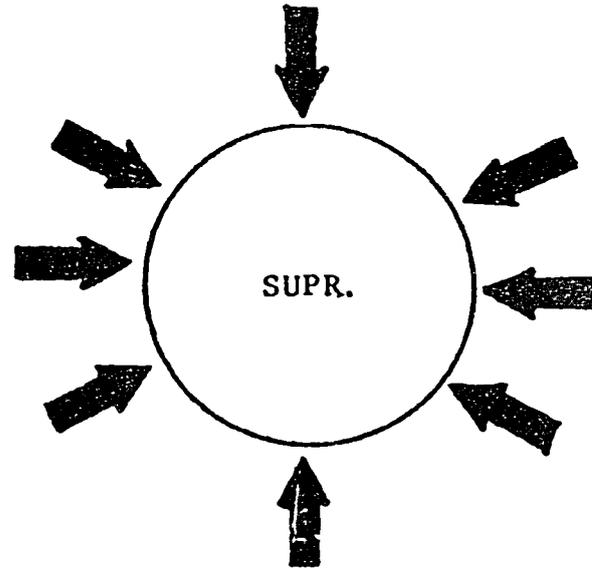
- \* Valeurs et croyances?
- \* Récompenses/punitions?
- \* Objectifs?
- \* Style de gestion?

### COLLEGUES

- \* Valeurs et croyances?
- \* Attentes?
- \* Demandes

### SUBORDONNES

- \* Compétences/aptitudes?
- \* Attentes?
- \* Maturité?
- \* Motivations?



### ENVIRONNEMENT EXTERIEUR

- \* Siège du bureau, zones, régions, etc.
  - \* Fournisseurs?
  - \* Personnel?
- \* Siège du bureau

### EMPLOI/ROLE/DEMANDES

- \* Pouvoir/autorité?
- \* Responsabilité?
- \* Discrétion et autonomie?
- \* Rendements/résultats?

### STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

- \* Politiques et procédures?
- \* Relations hiérarchiques?
- \* Portée du contrôle?
- \* Flux de communication?
- \* Processus décisionnel?
- \* Interdépendance?

### CLIMAT ORGANISATIONNEL

- \* Mission? But?
- \* Philosophie? Valeurs?
- \* Histoire? Tradition?
- \* Normes?

## Cas: UN SUPERVISEUR POUR LA ZONE DE L'EST

Au mois de juin, 1986, Dr. Duran, directeur des programmes de Santé Maternelle et Infantile, au Ministère de la Santé Publique et du Bien-être Familial (MSP), République centraméricaine de Costaragua, devra choisir entre deux candidats pour le poste de superviseur PMI; la personne qui occupe ce poste est chargée de superviser 31 formations sanitaires dans la Zone de l'Est. La plupart de ces formations, isolées dans les villages ruraux, sont dirigées par les jeunes médecins qui font leur service social. Ces médecins habitent même les villages où se trouvent les formations sanitaires et se voient obligées d'y rester pour une période d'un an.

Costaragua comporte 4 zones sanitaires, chacune avec un directeur, une infirmière superviseuse, un éducateur, un épidémiologiste, un nutritionniste, plusieurs techniciens d'assainissement et un superviseur pour les soins maternels-infantiles. Chaque membre de ce personnel technique au niveau régional est responsable à son supérieur technique, placé au niveau central du MSP, tandis que chaque directeur de zone est responsable au directeur national des formations sanitaires. Le personnel de chaque formation sanitaire est responsable au directeur de la formation qui, lui, à son tour, est responsable au directeur de zone. En conséquence, ceux qui travaillent dans les formations ne se considèrent pas comme responsables au superviseur PMI.

Les tâches du superviseur PMI consistent à visiter les cliniques une ou deux fois par mois et à observer les consultations PMI. En ce qui concerne la Zone de l'Est, Dr. Duran veut renforcer le volet PF puisque la couverture contraceptive de cette zone est très basse. Il s'exprime à un collègue.

"Les consultations PF dans cette zone sont intégrées avec celles de la PMI et de ce fait, elles ne sont pas prioritaires. Dans beaucoup de formations, la demande pour les services médicaux curatifs est très forte et par conséquence, le temps manque pour les consultations PF. Dans d'autres formations, des problèmes logistiques relatifs à l'approvisionnement en matériel contraceptif sont tels que le médecin décide de ne pas offrir les services de PF du tout. En plus, beaucoup de médecins ne sont pas motivés dans ce sens.

... mais il faut évaluer la situation dans ces formations afin de rectifier les problèmes et ceci constitue la fonction fondamentale de la supervision. Ce que nous attendons d'un superviseur, c'est qu'il joue le rôle d'un canal entre mon bureau et les formations sanitaires. En plus, il doit posséder les qualités humaines nécessaires à communiquer les attentes de mon bureau aux médecins régionaux. Cette dernière tâche n'est pas facile."

Les deux candidats sous considération ont tous les deux de l'expérience en matière de supervision. Le premier, Dr. Donoso, a fait 9 ans au MSP. De 1968 à 1970 il fut chargé des unités mobiles et en 1971, il prit le poste de directeur de la Zone de l'Ouest, une région assez peuplée. De 1972 jusqu'au présent, il fut directeur d'une clinique en zone urbaine. Au cours de son entretien avec le Dr. Duran, Dr. Donoso s'exprime sur le supervision.

"Le rôle fondamental et principal d'un superviseur consiste à veiller à ce que les normes techniques soient respectées. Comme vous le savez bien, nous avons un *Manuel de Procédures* qui contient des informations précises en matière de PF, les aspects administratifs ainsi que techniques.

"Certains médecins ne respectent pas ces procédures. Ils se plaignent toujours qu'ils sont confrontés par des problèmes particuliers ou que les procédures médicales ne s'appliquent pas à eux. Par exemple, je connais un médecin qui a distribué jusqu'à 8 plaquettes de pilules à la fois, tandis que le manuel spécifie un maximum de 3. Les médecins, en général, ne respectent pas ces procédures à moins que le superviseur ne soit vigilant."

"Un rôle secondaire pour un superviseur est de remplir correctement les formulaires et les questionnaires requis par chaque division de la structure hiérarchique. Lorsque j'étais superviseur, je rédigeais chaque semaine un compte-rendu de mes activités et j'ai toujours envoyé un exemplaire au directeur de chaque formation sanitaire pour qu'il soit au courant des principaux problèmes chez lui."

Ce qui est ennuyant pour un superviseur c'est qu'il n'a pas l'autorité nécessaire à imposer des sanctions. Il ne peut que noter les dérèglements observés et soumettre les rapports dans l'espoir que les autorités compétentes entreprendront les mesures correctives. Le plus souvent, ils ne le font pas.

L'autre candidat s'appelle Ernesto Zapata. Il est jeune, il ne travaille au Ministère de la Santé Publique que depuis 1984, le moment où il commence son service social dans une petite formation sanitaire située dans la Zone de l'Est. Après une année de service social, il fut nommé adjoint au directeur de la Zone du Nord et il eut l'occasion de visiter beaucoup de formations sanitaires en milieu rural. Ces formations ressemblent celles de la Zone de l'Est. La Zone du Nord, en ce moment n'avait pas de superviseur PMI et Dr. Zapata prit ce rôle. Il explique ses idées en ce qui concerne la fonction d'un superviseur.

"Pour un médecin travaillant en milieu rural, son superviseur est le seul point de contact avec le bureau central ou avec le monde extérieur. Il incombe alors au superviseur de soutenir ses supervisés tant sur le plan moral que sur le plan matériel. Mes expériences m'ont convaincu que la majorité des médecins travaillant en milieu rural et surtout ceux qui font leur service social sont très conscients de leur responsabilité et ils veulent offrir les meilleurs services possibles."

"Le rôle du superviseur est d'aider ses supervisés à résoudre les problèmes qui bloquent la prestation des services."

"Une deuxième activité d'un superviseur est de motiver le personnel médical, et la reconnaissance d'un travail bien fait est la plus grande motivation possible. Je me souviens, juste au terme de mon service social, après une éternité de consultations, loin de tous les divertissements, isolé dans mon village, j'étais très découragé. Ce dont j'avais besoin en ce moment, était quelqu'un pour m'égayer, de me motiver, de me soutenir."

"Le superviseur doit faire plus que motiver; il doit avoir une influence positive sur le médecin. Par exemple, quand je travaillais dans la Zone du Nord, il y avait un médecin qui me disait qu'il ne voulait pas administrer l'examen Pap... il disait que son temps était limité et que les résultats n'étaient positifs que 3 ou 4 fois sur 100. En bien, je pensais que certains de ses arguments étaient valables et je les ai présentés au bureau central. Pourtant, j'ai persuadé le médecin de continuer à administrer l'examen pendant l'étude de cette affaire par le bureau central. Vous savez, les médecins sont très indépendants. Personne ne peut exiger qu'ils fassent quelque chose juste parce que la procédure figure dans un manuel; les médecins doivent être convaincus par les critères médicaux. Si le superviseur n'essaye pas de comprendre le point de vue du médecin, et s'il n'essaye pas de l'aider à résoudre ses problèmes, le médecin ne le respectera jamais."

Toutes ces idées proclamées par les deux candidats semblèrent intéressantes au Docteur Duran. Il les pesa pour arriver à une décision concernant le poste du superviseur pour la Zone de l'Est.

## SUPERVISER VS FAIRE

CERTAINS SUPERVISEURS SONT INEFFICACES CAR:

1. ILS PASSENT TROP DE TEMPS A FAIRE EUX-MÊMES
2. PAS ASSEZ DE TEMPS A SUPERVISER.

POURQUOI HESITE-T-ON A SUPERVISER DAVANTAGE?

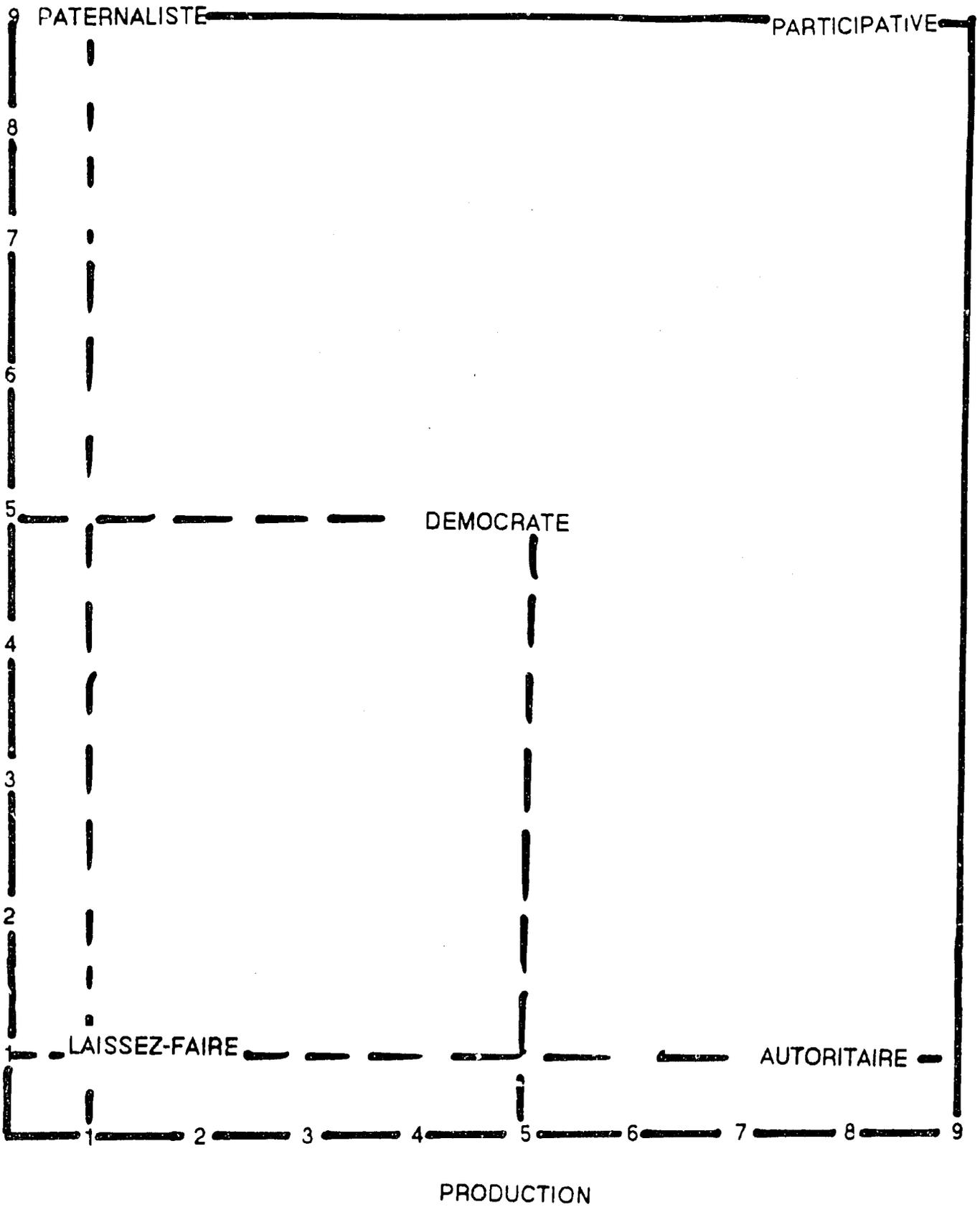
- IMAGE DE SOI-MEME COMME "LE PLUS PERFORMANT" QUI PEUT TOUJOURS MIEUX FAIRE QUE LES AUTRES.
- VU LES PRESSIONS -- SE REFUGIE LA OU ON SE SENT LE PLUS SUR -- "FAIRE" -- HOBBIES PROFESSIONNELS.
- CONNAIT MIEUX LES ACTIVITES CONCRETES "FAIRE"
- SUPERVISER PEUT ETRE PLUS DEMANDANT ET PLUS DIFFICILE -- IL FAUT FAIRE UN EFFORT MENTAL.
- N'A PAS CONFIANCE DANS LES CAPACITES DES SUBORDONNEES.
- DANS DE NOMBREUSES ORGANISATIONS LA CAPACITE A RESOUDRE LES PROBLEMES TECHNIQUE ETAIT VUE PAR LE PASSE COMME LA MARQUE D'UN BON SUPERVISEUR.
- LE PATRON DEMANDE AU SUPERVISEUR DE TOUT SAVOIR -- PARTANT, DE MONTRER L'EXEMPLE.

## COMPETENCES EN SUPERVISION

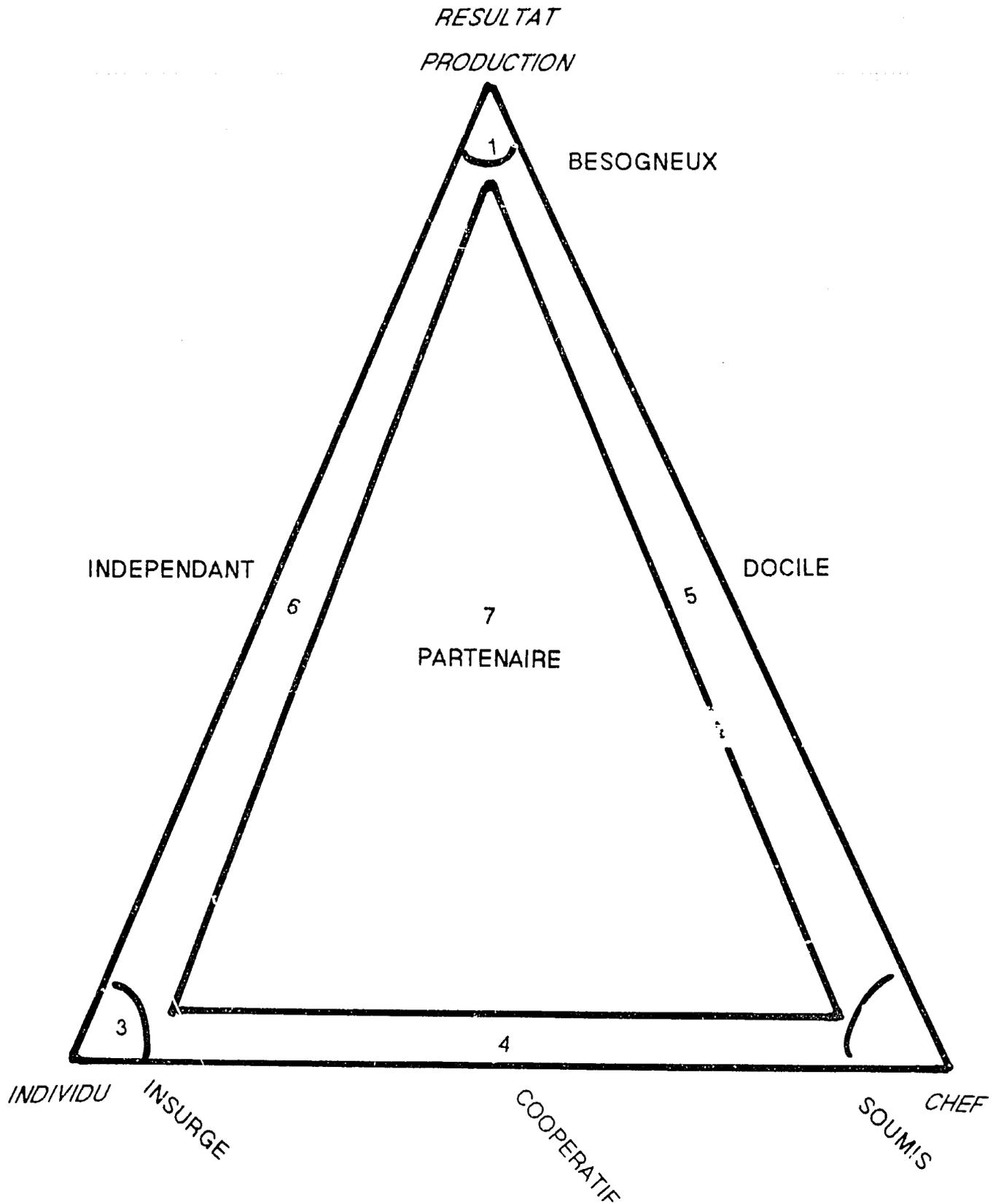
NIVEAU                      COMPETENCES NECESSAIRES →

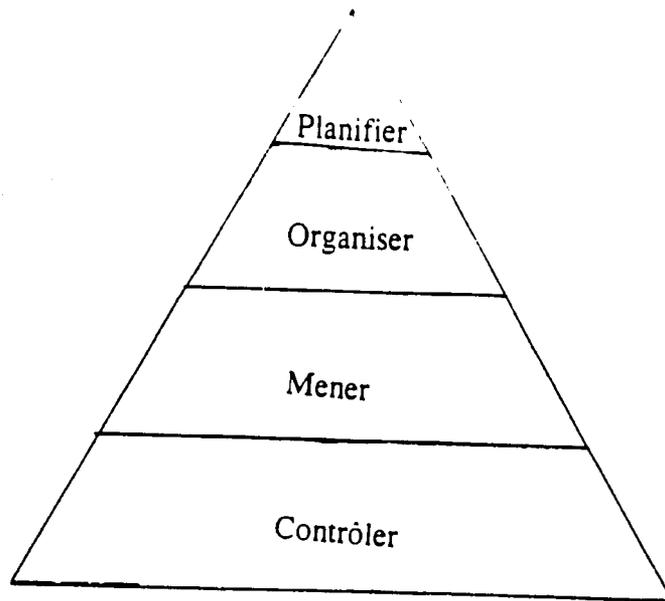
cadres supérieurs	<p style="text-align: center;"><b>COMPETENCES CONCEPTUELLES</b> (idées, concepts, abstractions)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Vue élargie, Direction d'organisation, priorités, etc.</li> <li>*utiliser et développer des systèmes administratifs</li> <li>*planifier, organiser, contrôler, l'analyse des problèmes, la prise des décisions, la coordination et l'intégration</li> </ul>
cadres moyens	<p style="text-align: center;"><b>COMPETENCES</b> (les gens)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*le leadership</li> <li>*la motivation</li> <li>*la communication</li> <li>*l'entraînement et l'assistance</li> <li>*la formation et développement</li> <li>*la délégation</li> <li>*la résolution des conflits</li> </ul>
cadres inférieurs	<p style="text-align: center;"><b>COMPETENCES TECHNIQUES</b> (processus, méthodes et procédures)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*connaissance professionnelle et technique et l'aptitude analytique</li> </ul>

# STYLES DE LEADERSHIP

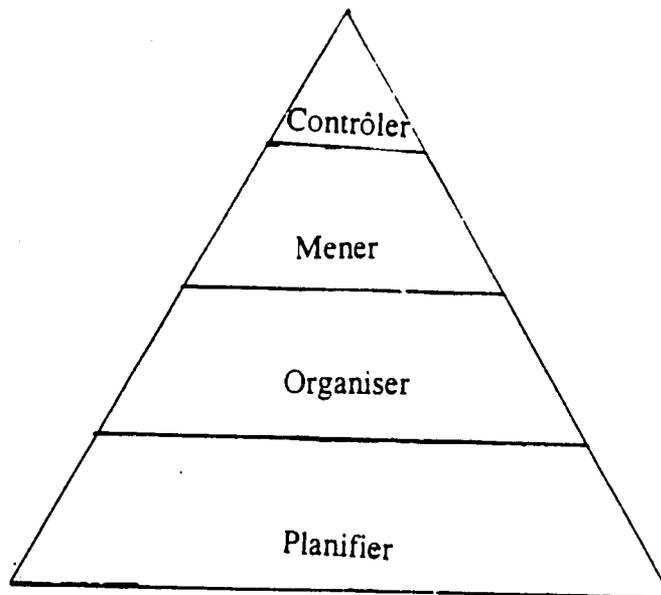


# STYLES D'EXECUTION





Réactif - "Eteindre l'incendie"  
(Ajuster/Adapter)



Proactif - "Prévention de l'incendie"  
(Anticiper/Planifier)

**D. CARACTERISTIQUES ESSENTIELLES DE LA SUPERVISION INSTITUTIONNALISEE**

POLITIQUE	RESSOURCES	PLANIFICATION	PROCEDURES	SUPPORTS	SUIVI/EVALUATION
Existence des textes et programme	Budgétisation	Supervision planifiée	Manuels de procédure	Instruments	Rapports et rétro-information
Supervision intégrée dans système sanitaire	Ressources planifiées	Calendrier	Normes connues par tous	Instruments	Système d'information
Cadre organique (Division de Supervision)	Existence de ressources	Calendrier de supervision	Existence des normes	Existence d'instruments harmonisés	Evaluation performance (rétro-information)
Structures existantes comprises par personnel	Volonté politique avec ressources disponibles	Programmation systématique	Personnel responsabilisé par niveau	Existence supports standardisés utilisés	Résultats
Programme de supervision		Continuité du processus	Description des tâches		

## **E. ENCHAÎNEMENT DES CAUSES DE NON-INSTITUTIONNALISATION DE LA SUPERVISION**

### **1. POURQUOI LE SUIVI NE SE FAIT PAS...**

Non-utilisation des données (POURQUOI) Manque de compréhension de l'utilité des données (POURQUOI) Manque de formation en technique de suivi (POURQUOI) Manque de module de formation - volet suivi (POURQUOI) Manque de vision/motivation/intérêt (POURQUOI) Manque d'information et de soutien (POURQUOI) Manque de responsabilisation du personnel (POURQUOI) Manque de volonté politique.

### **2. POURQUOI IL N'Y A PAS DE POLITIQUE DE SUPERVISION...**

Ce n'est pas perçu comme une priorité (POURQUOI) On est préoccupé par l'extension des services de PF (POURQUOI) Il y a une insuffisance des services de PF (POURQUOI) A cause de la politique pro-nataliste du gouvernement (POURQUOI) A cause du taux élevé de mortalité (POURQUOI) A cause des services PMI non-performants (POURQUOI) A cause d'un manque de supervision institutionnalisée.

### **3. POURQUOI LA COMPOSANTE PLANIFICATION NE SE MANIFESTE PAS DANS NOTRE SYSTÈME DE SUPERVISION...**

A cause d'une méconnaissance (ignorance) de l'importance (de la supervision) (POURQUOI) Ce n'est pas dans nos habitudes (POURQUOI) Pas perçue comme exigence de performance (POURQUOI) Nous n'avons pas la formation (POURQUOI) Cela ne fait pas partie du système traditionnel de formation (POURQUOI) Ce n'est pas perçue comme priorité (POURQUOI) Il n'y a pas de programmation systématique (POURQUOI) Pas de définition rigoureuses des tâches (POURQUOI) On ne tient pas comptes des résultats (POURQUOI) Ce n'est pas un critère obligatoire d'évaluation.

### **4. POURQUOI LES PROCÉDURES/LES NORMES NE SONT-ELLES PAS APPLIQUÉES...**

Elles ne sont pas connues aux différents niveaux (POURQUOI) Elles ne sont pas diffusées (POURQUOI) Les tâches et responsabilités ne sont pas clarifiées (POURQUOI) Il existe une insuffisance dans la planification, des contraintes (POURQUOI) Manque de compétences (formation), leadership et adaptabilité (difficultés liées au terrain/personnel).

### **5. POURQUOI LES RESSOURCES (POUR LA SUPERVISION) MANQUENT-ELLES...**

La supervision n'est pas une priorité pour le Ministère de la Santé (POURQUOI) Les autorités du Ministère ne voient pas l'impact de la supervision sur l'amélioration de la santé (POURQUOI) Le système actuel ne permet pas de démontrer que la supervision allège les coûts de la santé (POURQUOI) Le système actuel n'est pas institutionnalisé.

### **6. POURQUOI IL N'EXISTE PAS DE SUPPORTS STANDARDISÉS...**

Parce qu'il n'existe pas des normes (POURQUOI) Parce qu'il n'y a pas de coordination au niveau central (POURQUOI) Parce qu'il n'y a pas de programme de supervision en matière de PF (POURQUOI) Parce que la supervision n'est pas considérée comme une priorité (POURQUOI) Parce qu'on ignore l'impact de la supervision sur la performance du programme

## F. ETUDE DE CAS "FRACESIE" ET ANALYSE LE PROGRAMME DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE DE FRACESIE

A la mi-avril 1974, le Docteur Pierre Diop, Directeur du Programme de Protection Maternelle et Infantile de la République du Fracésie, a reçu la visite de M. Antoine Capochichi, un membre de personnel de recherche d'un institut de gestion Africain. Après un bref examen de son programme, Dr. Diop commença à méditer sur ses problèmes administratifs. "Vous pouvez constater que mon bureau est comblé d'un tas de rapports, de questionnaires et de données statistiques. Une grande partie de ces documents sont engendrés par les visites de supervision que mon personnel effectue dans les cliniques du programme. Nous avons un système de compte rendu très perfectionné qui exige des superviseurs qu'ils complètent de longs questionnaires durant chaque visite à une clinique, et qu'ils portent aussi bien sur la clinique que sur le personnel qu'ils supervisent. L'information est en grande partie répétitive et il y a tant de rapports que nous avons rarement le temps de les lire. Donc, la plupart du temps, des rapports sont classés sans être lus. Peut-être devrais-je concevoir des formulaires plus courts ou créer un système d'information plus efficace pour les superviseurs."

"J'aimerais en savoir davantage sur cette situation," répondit M. Capochichi. "Puis-je m'entretenir avec quelques membres du personnel?"

"Oui, bien sûr," répondit Dr. Diop. "Je vous prêterai un véhicule et je vous donnerai tout l'appui dont vous avez besoin. Mais," ajouta-t-il, souriant, "quand vos recherches seront terminées, j'aimerais que vous me recommandiez un plan qui résoudrait mes problèmes de supervision. Pendant que vous y êtes, j'aimerais que vous réfléchissiez un peu à notre style de supervision. Nous insistons beaucoup sur la supervision dans notre programme, mais le fait est qu'aucun membre de personnel n'a une notion exacte de ce que la supervision actuelle devrait être. Je crains fort qu'une grande part de notre supervision actuelle soit en sens unique. J'aimerais qu'elle devienne une voie de communication bilatérale entre mon bureau et les cliniques."

Le même après-midi, M. Capochichi prépara un calendrier d'entrevues. Il décida de s'entretenir avec l'un des deux superviseurs médicaux, avec le chef superviseur du Département de l'Infirmierie, avec un des superviseurs d'éducation, et ensuite de rendre visite à deux des cliniques du programme PMI.<sup>1</sup>

### ORGANISATION DU PROGRAMME PMI

La responsabilité globale de la planification et de l'exécution du programme PMI incombait au Directeur, Dr. Pierre Diop. Le fait que les fonds provenaient d'un donateur international offrait au Dr. Diop une indépendance considérable en matière de politique à l'égard du Ministère. Les changements en matière de politique dépendaient principalement des accords entre lui-même et le conseiller technique de l'Agence d'Aide Internationale (AAI).

Le bureau central de programme PMI était divisé en trois départements techniques, plus un département des services administratifs et six sections (voir Annexe 1 pour l'organigramme).

**Médecine.** Dans ce Département, deux docteurs sont responsables de la supervision. L'un d'entre eux, Dr. Agounke, fait également fonction de Directeur Adjoint du programme PMI et travaille au bureau central. L'autre est chargé de superviser les médecins dans la région nord du pays. En raison des distances, ce docteur a l'autorisation de résoudre tous problèmes d'exploitation au niveau de la clinique. Pour les questions plus sérieuses, tels que le licenciements de personnel, il doit consulter le niveau central. Ils se substituent également aux docteurs absents. Les médecins engagés par le Programme PMI y travaillent quatre heures par jour. Durant ce temps, 2

---

<sup>1</sup> Ce cas est extrait et adapté du Livre de Cas pour la Gestion du Planning Familial par Frances F. Korten et David C. Korten (Chestnut Hill, MA: Le Fonds Pathfinder, 1977).

heures sont réservées pour la PF, une heure pour la pédiatrie et une heure pour les soins maternels. Il incombe au médecin de tenir compte de répartition lorsqu'il établit son calendrier. La plupart de ces médecins passent le reste de la journée en consultations dans d'autres programmes du Ministère de la Santé Publique, souvent dans les mêmes cliniques. Peu de médecins disposent d'un cabinet privé.

**Infirmierie.** Le Département d'Infirmierie se trouve sous la direction d'une infirmière en chef qui s'occupe du recrutement, de la formation, et de l'affectation des fonctions, et qui supervise les six infirmières diplômées engagées par le Programme PMI. Au début de ses activités en 1968, le programme PMI n'opérait que dans six cliniques et avait pu affecter une infirmière diplômée à chaque clinique. A présent avec un nombre de cliniques accroissant, seuls des aides-infirmières sont affectées aux nouveaux postes. La supervision de ces aides-infirmières est partagées entre les six infirmières diplômées. Par conséquent, chacune est appelée à passer la moitié de son temps dans sa propre clinique (où elle supervise également des aides-infirmières), et l'autre moitié à superviser les aides-infirmières dans les cliniques les plus proches de la sienne. Les aides-infirmières secondent le docteur durant les consultations, elles s'occupent de l'éducation en matière de planning familial, présentent des causeries, et effectuent des visites de suivi chez celles qui ne se présentent pas aux rendez-vous.

**Education.** Le Département de l'Education est le domaine des éducateurs et animatrices qui, bien qu'ils travaillent côte-à-côte avec les médecins et les (aides-)infirmières, accomplissent leur tâche d'éducation et de promotion en dehors de la clinique afin d'encourager l'utilisation des services de la clinique. Ils contactent également les femmes dont les examens pour cancer utérin étaient positifs. Chaque animatrice doit visiter cinq foyers par jour. Les éducateurs sont diplômés de l'Ecole Normale avec une année supplémentaire de formation en éducation sanitaire. Les animatrices sont également diplômées de l'Ecole Normale, et elles ont suivi un cours théorique de eux mois en matière de nutrition, de planning familial, de l'éducation à la vie familiale, d'éducation sexuelle, et de pratique supervisée dans une des cliniques du Ministère.

L'unité du bureau central du Département de l'Education a cinq personnes qui se partagent les responsabilités de supervision. L'une d'entre elles fait fonction de Chef du Département et une deuxième sert d'adjoint et coordonne les activités des autres.

A l'origine de programme, le Département d'Education était très réduit et la plupart des tâches éducatives étaient effectuées par les aides-infirmières. Avec l'extension du personnel de service, plus d'attention est apportée aux cours spécialisés destinés aux hommes de différents groupes tels que les syndicats, les coopératives, les étudiants et le personnel militaires.

## **SUPERVISION DANS LE PROGRAMME PMI**

Chaque département technique est responsable de la supervision de son propre personnel. De plus, le département administratif effectue ses propres visites de supervision des cliniques selon un horaire préparé d'avance. La politique du Ministère est d'octroyer une avance en espèces et une indemnité journalière pour les visites de trois jours et plus. L'on a estimé que 20% des visites organisées d'avance étaient annulées en dernière minute à la suite de problèmes d'obtention de fonds. Avec chaque département responsable pour la supervision de son personnel, il est rare qu'un même endroit soit visité par une équipe représentant plusieurs départements.

Selon le règlement du Ministère, chaque département technique doit effectuer une visite de supervision à son personnel sur le terrain au moins trois fois par an, et ça pour une période de trois à cinq jours. Les trois départements utilisent tous une liste uniforme de pointage avec quatre pages de questions. De plus, les superviseurs doivent préparer un résumé de leurs observations et recommandations. Ainsi, les visites sont dominés par cette exigence de documentation. Y il a des superviseurs qui reviennent avec des rapports de plus de 30 pages décrivant leur visite. En plus, le département administratif utilise sa propre liste de pointage.

Une fois complétés, les questionnaires sont transmis au chef du département qui les fait parvenir ensuite au Directeur Adjoint. Le Directeur Adjoint examine les dossiers et soumet au Directeur toutes questions d'importance.

La préparation et revue des dossiers pour le bureau central est considérée la supervision indirecte. En outre, les superviseurs doivent également faire la supervision directe, c'est à dire de veiller et de corriger les infractions

aux normes, les erreurs techniques ou administratives, et les insuffisances relatives à la ponctualité, à l'assiduité, à l'intérêt, ou au rendement.

Une des responsabilités particulières des superviseurs infirmière est d'analyser les données statistiques collectionnées par les aides-infirmières.

Les superviseurs des éducateurs et animatrices examinent les plans de travail avec leurs employés et les aident à évaluer leurs progrès. Ils les accompagnent également au cours des visites à domicile afin de les observer. Pour ça ils doivent remplir une autre fiche ("Guide de Supervision et Dossier de l'Employé") sur chaque employé observé pendant une visite. Après chaque visite de supervision les superviseurs rédigent leurs rapports en quatre exemplaires qui sont ensuite distribués au Directeur, au Directeur Adjoint, au Contrôleur du PMI, et au Conseiller de l'IAA.

#### ENTREVUES MENÉES PAR ANTOINE CAPOCHICHI

*Le superviseur Médical/Directeur Adjoint.* M. Capochichi a d'abord eu une entrevue avec le Dr. Agounke, une personne ouverte et amicale, qui est satisfait de son travail dans le programme.

A.C. Quel est le travail des superviseurs dans le programme PMI?

Dr.A A mon avis, le but de la supervision consiste à stimuler, faire des recommandations sur la manière de remplir les formulaires, à s'occuper des patients. La responsabilité spécifique du superviseur consiste à faire parvenir ses recommandations par écrit au Directeur. Sa responsabilité s'arrête là. Je pense que la supervision est bien nécessaire, mais je dois admettre que notre supervision n'est pas toujours continue. Personnellement, je n'ai pas beaucoup de temps pour la supervision en raison de mes responsabilités de Directeur Adjoint.

A.C. Comment le personnel de clinique réagit-il à la supervision?

Dr.A Selon l'opinion des médecins, nous posons beaucoup de questions ridicules qui n'ont pas d'utilité pour eux. Ils sont ennuyés et la considèrent comme une surveillance qui les dérange. C'est vrai, beaucoup des renseignements ne sont pas bien utilisés. Moi, j'insiste à superviser directement pour vérifier la qualité technique du travail. Si on a de personnel bien qualifié, la supervision est moins important.

A.C. Quel est la relation entre les trois catégories du personnel technique?

Dr.A Je vois cette relation sous forme de triangle avec le docteur placé au sommet, l'infirmière et les éducateurs à la base. Les trois fonctions ne sont pas coordonnées et c'est là que réside le problème. Le personnel médical (médecins et infirmière) a tendance à penser que quiconque ne possède pas une formation dans leur profession n'est pas qualifié pour leur faire des suggestions.

*L'Infirmière en chef.* L'Infirmière en chef du programme PMI, Arkia Magloire, venait de rentrer d'un voyage dans le secteur nord du pays lorsque Antoine Capochichi demanda qu'elle lui consacre un peu de temps pour parler du programme.

A.C. Quelle est votre expérience avec l'utilisation des listes de pointage?

A.M. Les listes servent à tirer l'attention sur les aspects physiques et l'équipement/fournitures des cliniques, mais je les considère inappropriées pour la supervision du comportement, des connaissances et l'application des techniques.

A.C. Comment pourrait-on améliorer cette liste de pointage?

- A.M.** J'aimerais que chaque département technique prépare ses questions selon ses propres besoins, ses priorités et ses intérêts. Puisque la supervision est effectuée indépendamment dans chaque département et sans communication entre eux, les listes sont répétitives dans certains domaines et avec des lacunes dans d'autres. Par exemple, quand je visite un clinique à Cap Blanc, j'aimerais voir mon travail en coordination avec mon collègue du département de l'Éducation. Le travail des éducateurs se chevauche avec celui des aides-infirmières, ce qui parfois cause des frictions entre eux. Je pense que nous pourrions résoudre ce problème à l'aide d'une coordination plus étroite. La coordination du personnel et l'obtention d'information sur les réalisations du programme représentent, à mon avis, les problèmes dominants, mais aucun département ne sait comment aborder ces questions. Même le meilleur des comptes rendus ne présente pas une perspective cohérente de la situation dans les cliniques. Le bureau central ne peut pas comprendre la situation sans être en contact direct avec le personnel dans les cliniques.
- A.C.** D'après votre expérience avec le programme PMI, avez-vous découvert d'autres choses qui pourraient être améliorées?
- A.M.** Je pense que plus de soutien et d'encouragement devraient être accordés au personnel. Le personnel ne devrait pas se sentir abandonné, en particulier dans un nouveau programme qui, pendant longtemps, avait été rejeté par le personnel du Ministère de la Santé en raison des rivalités et des jalousies envers le personnel PMI.
- A.C.** Quelle est la situation la plus difficile à laquelle vous devez faire face dans votre travail?
- A.M.** La vérification des statistiques. Les médecins perçoivent les visites de supervision des infirmières comme un contrôle indirect de leur propre travail. Par exemple, le quota des docteurs exige qu'ils examinent six patients par heure pendant quatre heures de travail de PMI. Une fois j'ai noté qu'un médecin n'avait que vu 18 patients en quatre heures. Lorsque je lui ai démontré qu'il ne satisfaisait pas les normes du service, il devint furieux et alla se plaindre au Directeur de mon interférence. J'expliquais que j'avais simplement fait un constat et puis il a blâmé l'infirmière en déclarant qu'elle refusait des patients.
- A.C.** Pensez-vous que votre travail soit important au succès du programme?
- A.M.** Ecoutez, s'il n'y avait pas de supervision, il se produirait ici ce qui se produit dans d'autres programmes du Ministère de la Santé, c'est-à-dire, un absentéisme élevé et un manque général de discipline parmi le personnel. Si nos supervisions sont effectuées de manière appropriée, nous pouvons beaucoup accomplir en termes de compétence et de la qualité des services que nous fournissons.

**Le Superviseur d'Éducation.** Mlle. Georgette Pinto partage son temps comme assistante auprès du Chef du Département d'Éducation et comme superviseur des éducateurs et animatrices assignés aux cliniques de la ville capitale. Elle avait fait partie de ce programme depuis de nombreuses années et était intimement associée au développement du Département d'Éducation.

**A.C.** J'aimerais m'informer sur vos expériences de travail en tant que superviseur d'éducation au PMI.

**G.P.** J'ai appris beaucoup de choses. Lorsque j'ai commencé, je craignais une opposition à nos efforts. Je me suis rapidement rendu compte que les gens étaient soucieux de recevoir des informations sur le planning familial, particulièrement dans les milieux socio-économiques inférieurs. Nos efforts de promotion et le travail que nous avons accompli pour informer la communauté de nos services ont été bien reçus. La majorité des gens désirent moins d'enfants, mais ne savent pas comment s'y prendre.

**A.C.** Quel est votre plus grand problème?

**G.P.** Le manque de supervision continue et régulière avec plus de temps pour travailler avec les personnes que nous supervisons. Pour ceci nous avons besoin de plus de personnel. Par exemple, notre objectif est de faire superviser, chaque mois, quatre cliniques par superviseur, à raison d'un séjour de trois jours lors de chaque visite. A l'heure actuel, nous disposons seulement de trois personnes assignées auprès du Chef du Département et de moi-même pour effectuer une supervision à plein temps. A raison de quatre visites chacun par mois, les trois superviseurs peuvent visiter 12 cliniques mensuellement, soit 144 annuellement. En fait, nous savons que 20 pour-cent des visites sont annulés parce que le Ministère des Finances n'octroie pas les fonds de voyage lorsqu'ils sont demandés. Ceci signifie que les trois superviseurs peuvent effectuer seulement 115 visites annuelles. Etant donné que nous sommes supposés visiter chacune de nos régions de service trois fois par an, nous pouvons à peine atteindre notre objectif minimum de 105 visites.

**A.C.** Comment coordonnez-vous votre travail avec les superviseurs des autres départements?

**G.P.** Il y a un manque de coopération. L'idéal serait d'avoir une équipe de travail. Certains d'entre nous essayent d'accroître la coopération en tenant des réunions mensuelles pour les superviseurs durant lesquelles nous discutons des demandes de service, des capacités de cliniques, des problèmes médicaux rencontrés par les utilisateurs, des horaires et des plans de travail. Cependant, les superviseurs médecins et les superviseurs infirmiers y assistent rarement.

**Une infirmière.** Le jour suivant, Monsieur Capochichi est allé voir Yvette Diakite, une des infirmières diplômées dans la clinique de la capitale, pour se renseigner sur la supervision des aides-infirmières. Il s'arrangea pour arriver à l'heure du déjeuner, sachant qu'hors de cette période, le personnel était fort occupé.

**A.C.** Il semble que vous supervisez les aides-infirmières, non seulement dans votre clinique, mais également dans les cliniques voisines. Pourriez-vous me raconter comment vous supervisez les aides dans les autres cliniques?

**Y.D.** Je commence généralement ma visite en demandant un dossier choisi au hasard dans le classeur. Je poursuis le cas de cet utilisateur en posant toutes sortes de questions sur elle. Etant donné que ce cas est pris au hasard, l'aide ne peut pas préparer ses réponses d'avance. De cette manière, je me rends compte si elle a effectué des visites au domicile de l'utilisateur, quels services ont été fournis, et quels autres services elle a reçus. En suivant cette procédure, je suis à même de juger à quel point l'aide connaît ses clients. Je me rends compte également de ses connaissances sur son travail et de son comportement à l'égard du programme. Nous vérifions également l'efficacité des visites à domicile par les fiches de recommandation distribuées durant les visites, et qui sont rassemblées plus tard à la clinique. Je découvre qu'une moyenne de 20 visites par mois produisent quelque 15 visites à la clinique par les femmes. J'essaie également de me réunir en groupe avec les utilisateurs pour discuter des problèmes et méthodes de planning familial. Il est évident que nous consacrons beaucoup de temps simplement à compléter les rapports mensuels et d'autres informations requises par le bureau central.

**A.C.** Que soulignez-vous le plus pendant les visites de supervision?

**Y.D.** Nous soulignons particulièrement la manière dont le public est traité. Par exemple, lorsqu'une aide dit: "Ecoutez, vous là-bas avec la robe rouge, venez par ici," nous lui apprenons à s'adresser aux clients par leur nom et à les traiter avec considération. Nous avons appris que bon nombre de clientes abandonnent le programme à cause de la manière médiocre dont elles sont traitées.

**A.C.** Quels sont les problèmes les plus communs que vous ayez trouvés dans les cliniques?

**Y.D.** La pire des choses est le travail excessif de secrétariat. Je suis très ennuyée de voir arriver des patients dans un état aussi déprimé, parfois chargés de troubles émotifs, et de constater que l'aide-infirmière est obligée de sacrifier le temps qu'elle pourrait leur consacrer à compléter les documents nécessaires.

**Une infirmière de Clinique: Mme. Chadi.** La clinique a deux médecins, quatre aides-infirmières, une secrétaire et deux éducatrices. Il y a également une infirmière-diplômée, Chadi, qui fait fonction de superviseur pour les aides dans sa propre clinique et dans les cliniques des environs. Chaque médecin est engagé sous contrat par le programme PMI pour une journée de travail de quatre heures, mais ils sont fréquemment absents. Bien que les médecins se soient sentis vexés lorsque d'autres membres du personnel les remplaçaient, l'infirmière diplômée fait fonction de facto de directeur de clinique et fait de son mieux pour que les patients reçoivent toute l'attention nécessaire.

A.C. En quoi consiste votre travail?

B.C. Etant donné que je suis la seule infirmière diplômée ici, mon travail consiste à superviser les aides-infirmières, et en grande partie, à enseigner et à fournir un soutien. Nous travaillons fréquemment côte-à-côte. Nous ne nous arrêtons pas pendant la journée entière et prenons à peine dix minutes pour le déjeuner parmi tous les patients. Je suis presque arrivée à un état de surmenage mental à la suite de tant de travail.

Un de mes projets actuels est une enquête que je mène auprès des clients. Je le fais à titre de curiosité personnelle pour découvrir ce qu'elles savent au sujet de la contraception et qu'est ce qu'elles pensent de notre clinique. J'essaye également de tenir, de temps à autre, des réunions avec les patients pour savoir quelles sont leurs idées. Ces réunions sont informelles et se tiennent par petits groupes afin de permettre à tout le monde de s'exprimer aisément. Le personnel du Département de l'Éducation ne sont pas très content, car ils n'aiment pas que des infirmières s'ingèrent dans leur territoire.

Après avoir complété sa série d'entrevues et de visites, M. Capochichi a essayé d'organiser les différentes idées qui avaient fait surface. Le lendemain matin, il était censé rencontrer le Dr. Diop, Directeur du programme PMI, et il désirait se préparer avec quelques recommandations utiles.

## **CAS: LE PROGRAMME PMI DE FRACESIE**

Guide d'Etudes:

Quel Rapport Existe-t-il Entre l'Organisation et la Supervision?

Ce cas se concentre sur le procédé de supervision du programme national intégré de PMI et de Planning Familial. Le directeur de ce programme, Dr. Pierre Diop, est submergé par les travaux d'écriture engendrés par les visites de ses superviseurs à la clinique et cherche une solution à ce problème.

Il estime qu'il ne s'agit pas là d'un problème d'organisation, mais plutôt de supervision. Après la lecture de ce cas, élaborer deux ensembles de recommandations différentes: 1) un ensemble de recommandations permettant d'améliorer la supervision au sein de la structure de supervision existante, et 2) un ensemble de recommandations en vue de changer la structure de supervision permettant ainsi de mieux soutenir le fonctionnement efficient du programme. En élaborant ce deuxième ensemble de recommandations, faites ce qui suit:

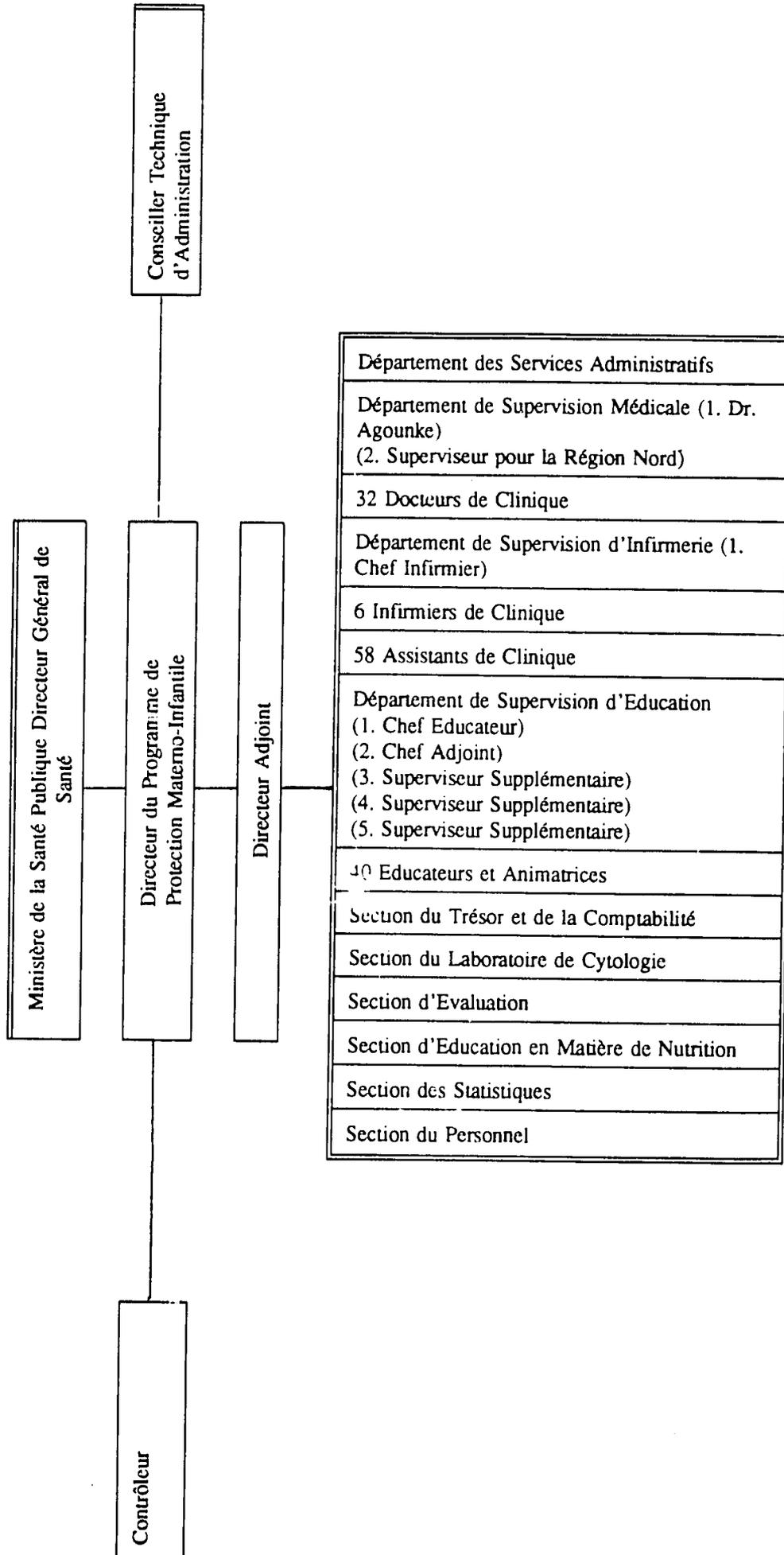
\*Notez qui devrait coordonner avec qui au sein du programme, et comment la structure d'organisation actuelle peut entraver cette coordination,.

\*Déterminez les changements d'organisation qui, à votre avis, pourraient faciliter la coordination nécessaire.

\*Si vous décidez d'introduire la coordination par le travail en équipe, déterminez si la responsabilité des réalisations du programme incombe au docteur, à l'infirmière ou à l'éducateur, et quels changements d'organisation pourraient être apportés à la structure d'organisation en vue d'appuyer l'approche du travail en équipe.

ANNEXE I

Organigramme du Programme PMI



## ANNEXE 2

### Résumé des Sujets Abordés dans le "Rapport de Supervision et d'Évaluation de Clinique" Utilisé par les Départements Techniques

- 1. Clinique:** Etat de similarité; présentation; équipement; lieu et si proprement identifié; matériels de travail; horaires appropriés; eau et éclairage; matériel de nettoyage; laboratoires.
- 2. Personnel:** Ponctualité; assiduité; aspect physique; commentaires et plaintes spécifiques; préparation rapide des rapports requis.
- 3. Personnel Médical:** Conformité d'horaire; nombre de patients par heure; connaissance interne du programme; i.e., hiérarchie et organisation officielle, formulaires utilisés et leur importance; comportement vis-a-vis du programme et du planning familiale. Rapports entre docteur et patient, plaintes; relations avec groupes locaux; opinions sur matériel didactique; couverture du quota minimum de patients par heure médicale; opinions sur la supervision régionale.
- 4. Infirmierie:** Conformité au calendrier; programmation de travail pour le personnel infirmier; rapports avec autre personnel et avec le Programme; rapports avec le grand public; comportement à l'égard du planning familial; connaissance de la hiérarchie et organisation officielle; Conformité aux fonctions de l'infirmierie; connaissance des règlements internes; connaissance requise des formulaires et utilisation d'équipement; opinions sur le matériel didactique utilisé; échecs constatés.
- 5. Personnel d'Education:** Connaissance des règlements internes et hiérarchie; Conformité d'horaires; existence d'un plan de travail; objectifs de réalisations; groupes couverts; techniques de motivation et de communications utilisées; suffisance des ressources d'éducation et de promotion; participation d'autres membres du personnel aux aspects éducatifs; comportement de la communauté; facteurs favorisant la promotion et l'éducation; activités projetées pour le mois en cours et pour le mois suivant.

## ANNEXE 3

### LE PROGRAMME PMI DE FRACESIE

#### Résumé des Sujets couverts par la Liste de Pointage de Supervision Utilisée par le Département Administratif

- 1. Aspects Généraux:** Apparence; lieu; sécurité de biens et de propriété; besoins spéciaux.
- 2. Personnel:** Conformité d'horaire; attention particulière aux questionnes administratives; comportement de la personne responsable de la pharmacie de la clinique; les carences sont-elles remédiées; gestion pharmaceutique adéquate (kardex, médicaments, demandes, nombre de fiches examinées, etc.).
- 3. Transport:** Entretien adéquat; remise des rapports demandes; utilisation des véhicules hors des heures de service.
- 4. Equipement:** Ont-ils l'équipement nécessaire; est-il identifié et en bon état. Prenez note de l'équipement manquant.

## ANNEXE 4

### Résumé des Sujets Inclus dans le Guide de Supervision et le Dossier de l'Employé du Département d'Éducation

#### 1. Apparence Personnelle:

- (a) apparence;
- (b) pratiques attentives d'hygiène personnelle;
- (c) entretien de l'endroit de travail propre;
- (d) ordre et méthode de travail; documents, dossiers, matériels, matériel d'équipement, etc.;
- (e) acceptation de supervision;
- (f) maintien de bonne réputation personnelle et de crédit au sein de l'institution
- (g) jouissance de bonne réputation personnelle et professionnelle dans la communauté.

#### 2. Connaissances:

- (a) possession de connaissances solides sur la reproduction humaine;
- (b) possession de connaissances solides dans le domaine du développement infantile;
- (c) connaissance des techniques de planification en matière d'éducation: plan de travail, plan d'activités éducatives, etc.;
- (d) connaissance de théories éducatives; objectifs, méthodologie, apprentissage, motivation

#### 3. Comportement:

- (a) enthousiasme pour le travail;
- (b) dynamisme;
- (c) esprit d'initiative;
- (d) bonne volonté de coopération;
- (e) assiduité ponctuelle au travail et aux engagements;
- (f) promptitude dans l'envoi des rapports;
- (g) preuve d'avoir organisé des activités éducatives ou autres à l'institut ou dans la communauté.

#### 4. Capacités:

- (a) en locution claire et décontractée;
- (b) dans la manipulation des entrevues;
- (c) dans l'utilisation des méthodes de démonstration;
- (d) dans les visites à domicile;
- (e) à tenir des réunions;
- (f) à donner de brefs exposés;
- (g) à servir de modérateur durant les entretiens en groupe;
- (h) à exprimer une préoccupation pour l'utilisation de matériel didactique;
- (i) à choisir la documentation appropriée au sujet;
- (j) à profiter des matériels disponibles;
- (k) à atteindre une acceptation positive de soi-même;
- (l) en matière de relations personnelles mutuelles (a-t-elle des problèmes fréquents)
- (m) à faire preuve de doigté à l'égard des autres;
- (n) dans ses manières en général (sont-elles agréables);
- (o) à soulever des problèmes clairement et avec précision;
- (p) à analyser et à décider avec calme et maturité;
- (q) à prévoir les conséquences de ses décisions.

Pour les points relatifs à chacun de ces quatre sujets, le superviseur s'est vu requis de cocher la case correspondante:

EXEMPLE: Apparence personnelle agréable

NS = Non-satisfaisant	= 25 %
S = Satisfaisant	= 50 %
TB = Très Bon	= 75 %
E = Excellent	= 100 %

Les superviseurs calculaient l'ensemble des pourcentages et les utilisaient comme base d'évaluation des comptes rendus du personnel.

A l'aide de l'information recueillie sur ces quatre sujets, le superviseur maintenait une "Feuille Cumulative d'Evaluation" pour chaque éducateur et instigateur.

Trois autres aspects complétaient le "Guide de Supervision". Ceux-ci n'étaient pas remplis comme les aspects précédents; ils consistaient plutôt en questions sans prévision sur les points suivants:

- 5. Problèmes Observés:**
- (a) de nature technique
  - (b) de nature administrative
  - (c) de nature personnelle
  - (d) de tout autre nature

**6. Résumé des carences principales**

**7. Suggestions**

## FRACESIE ANALYSE DE CAS

### Groupe 1 (Procédures)

#### *Problèmes rencontrés*

- Manque de vision globale
- Verticalisation
- Multiplication de normes (parfois trop, parfois pas assez, pas prioritisées, pas liées aux résultats, imposées d'en haut)
- Pas de rétro-info, pas de suivi, on met l'accent sur le rapport qui n'est pas exploité. Répétition des tâches pas appropriée et pas claire (infirmiers qui supervisent médecins par exemple)

#### *Solutions*

- Sortir en équipe de supervision
- Impliquer personnel du terrain dans l'élaboration et suivi des normes Réunions de coordination
- Supervision externe -> pas trop de détails avec objectifs précis
- Mettre l'accent sur la résolution des problèmes par l'équipe de la clinique
- Clarifier les tâches et les responsabilités des superviseurs
- Système de rétro-info à vif, rétro-info admin.
- Alléger quantité de rapports écrits

### Groupe 2 (Supports)

#### *Problèmes rencontrés*

- Multiplicité des supports (répétitivité de l'information, surcharge de travail, beaucoup d'information inutile)
- Diversité des supports
- Supports maladaptés (inappropriés, inefficaces, trop longs)
- Absence de coordination

#### *Solutions*

- Simplification/réduction des supports
- Harmonisation
- Intégration des activités de supervision
- Exploitation des données
- Coordination des activités de supervision entre les différents départements

### Groupe 3 (Politique)

#### *problèmes rencontrés*

- Il existe une politique de supervision mais inadaptée (Les services sont intégrés mais la supervision ne l'est pas)

#### *Solutions*

- L'énoncé de la politique doit inclure le type de supervision: intégrée et coordonnée, et le support adéquat permettant son analyse systématique.

### Groupe 4 (Suivi/évaluation)

#### *problèmes rencontrés*

- Le suivi ne se fait pas
- Toutes les données existent mais ne

- Les hommes de terrain font bien leur travail mais leurs rapports ne sont pas exploités par leurs supérieurs faute de temps.
- Manque de ressources: humaines, matérielles et financières (l'infirmière fait seule le travail, 20% des visites sont annulées par manque de financement).
- Manque de collaboration entre infirmiers et médecins (absence de travail d'équipe).

#### *Solutions*

- Participation collective de toute l'équipe de supervision
- Intégration des services de PF dans les activités quotidiennes.
- Alléger les normes et les procédures (rapports synthétisés, questionnaires plus courts et clairs)
- Créer un système d'information plus efficace.
- Disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières.

#### **Groupe 5 (Planification)**

##### *Problèmes rencontrés*

- Pas de département chargé de la supervision
- Pas de coordination
- Centralisation excessive
- Mauvaise répartition des tâches (inadéquation entre ressources humaines et volume du travail)
- Système d'information défectueux
- Non-exploitation résultats
- Non respect calendrier établi
- Manque de compétence pour élaborer un système de supervision

##### *Solutions*

- Créer un département chargé de la supervision
- Mettre en place un système de coordination
- Délégation de pouvoir
- Répartition équitable et cohérent des tâches - planifier ressources humaines supplémentaires
- Elaborer un système d'information - prévoir réunions de coordination et d'information
- Exploitation des rapports (résultats); rétro-info
- Gestion du temps
- Formation du personnel

#### **Groupe 6 (Ressources)**

##### *Problèmes rencontrés*

- Plan humain: Manque relatif de personnel; compétence et formation inadéquates; manque d'intégration; mauvaise utilisation des ressources
- Plan matériel: mauvaise utilisation des ressources matérielles (papier); mauvaise gestion du temps
- Plan financier: ressources financières insuffisants; lenteurs administratives; financement extérieur

##### *Solutions*

- Personnel: redéploiement et formation du personnel; coordination des activités de supervision (intégration des activités)
- Matériel: simplification de certains instruments de supervision (grilles, rapports, questionnaires), meilleure gestion du temps
- Finances: réduire le nombre de supervisions; prévoir la relève de l'agence de financement; alléger les procédures administratives

## **G. SYNTHÈSE DES VISITES SUR LE TERRAIN**

La Sixième réunion du Comité Consultatif Francophone chargé de la gestion des programmes de planification familiale (FRAC) s'est tenue à Tunis (Tunisie) du 22 novembre au 2 décembre 1993. Les travaux ont porté sur le thème de la supervision des activités de planification familiale.

À l'issue de leurs visites sur le terrain dans les gouvernorats de Tunis, Bizerte, Sousse, Monastir et Sfax, les participants au séminaire ont noté les constats et recommandations ci-après

### **A. CONSTANTS**

I. POLITIQUE: La volonté politique est réelle pour la planification familiale en Tunisie. Elle se traduit par l'existence d'un programme national qui est dans sa phase de consolidation des acquis.

Au point de vue de l'institutionnalisation de la supervision, cette volonté se manifeste par l'existence de textes légaux et d'équipes de supervision dirigées par des responsables désignés avec une description des tâches claire et précise.

II. PLANIFICATION ET PROGRAMMATION: La supervision est planifiée dans la majorité des gouvernorats, mais cette planification ne semble pas être systématisée dans certains autres. Il en est de même pour la programmation.

III. RESSOURCES: Les ressources financières et matérielles sont disponibles et semblent suffisantes et rapidement mobilisables. Mais les ressources humaines sont insuffisantes et en inadéquation avec le volume de travail (Exemple: Sages-femmes et administrateurs). Il y a insuffisance de coordination dans l'utilisation des ressources humaines dans la planification familiale et les autres activités des soins de santé de base.

IV. PROCEDURES: Les protocoles et standards, les normes et les fiches techniques existent et sont connus. Cependant dans un des gouvernorats visités, ces documents ne sont pas connus du personnel.

V. SUPPORTS: Les supports de supervision existent: grille d'observation, cahier de constats et de suivi, rapports trimestriels, guide de supervision dans certains gouvernorats. Ces supports sont parfois adaptés suivant les besoins et les niveaux d'évolution du programme.

VI. SUIVI ET EVALUATION: De ce point de vue, certains gouvernorats sont plus avancés que d'autres dans la mise en place des instruments de suivi et d'évaluation. Toutefois, le suivi se fait par des réunions périodiques et l'analyse des données recueillies. On peut noter également que la supervision est perçue comme un élément de consolidation du programme et de motivation pour le personnel.

### **B. RECOMMANDATIONS**

I. PLANIFICATION ET PROGRAMMATION: Rendre la planification effective et uniforme au niveau des gouvernorats. Améliorer la coordination entre le CREPF et la Direction régionale de la Santé pour renforcer l'intégration et la décentralisation des activités de supervision.

II. RESSOURCES: Renforcer le personnel de supervision et le personnel administratif. Renforcer la coordination entre le personnel de planification familiale et le personnel des soins de santé de base. Poursuivre l'informatisation du système.

III. PROCEDURES: Harmoniser les procédures au niveau de tous les gouvernorats.

IV. SUPPORTS: Uniformiser les outils de supervision. Accélérer la mise en place des outils de supervision déjà élaborés (rapports trimestriels, registre de supervision, fiches d'activités journalières, etc ...).

En conclusion, la Tunisie dispose d'un système de supervision institutionnalisé, fonctionnel mais perfectible.

## **H. SYNTHÈSE DES AVANTAGES DES REUNIONS FRAC VI**

### **ADVANTAGES GENERAUX**

1. Le FRAC permet de tisser des amitiés et de fournir le rapprochement entre les différentes personnes représentant différents pays.
2. Le FRAC permet des échanges d'expériences entre les gestionnaires des différents pays.

### **DE FACON SPECIFIQUE LE FRAC:**

- Favorise l'enrichissement des connaissances dans le domaine du management. Permet de s'inspirer des avantages pratiques tirés des modèles des pays organisateurs.
- Est un stimulant, une locomotive permettant le développement des programmes des autres pays.
- Est un moyen d'amélioration des programmes des pays.
- Permet de s'inspirer des expériences des autres pour résoudre des problèmes au niveau de son programme.
- Est un moyen de formation sur les concepts modernes de management compte tenu des choix des sujets d'actualité traités.
- Permet d'améliorer la compétence des gestionnaires des programmes.
- Permet d'avoir une connaissance générale et des expériences pratiques des différents pays organisateurs.
- Participe à la réussite de certains programmes soutenus par des bailleurs de fonds. Permet de déceler les insuffisances du programme du pays hôte et de les corriger à travers les recommandations formulées.
- Permet d'élaborer des plans d'action en vue d'appliquer les connaissances acquises.

## I. PLANS D'ACTION DETAILLES

### **BURKINA FASO: Amélioration de l'exécution du calendrier de supervision**

**INTRODUCTION:** Il existe tous les outils, le cadre et une partie des ressources pour la supervision, cependant elle n'est pas faite tel qu'elle a été projeté.

**BUT:** Le présent projet a pour but d'assurer la supervision des activités de PF de la manière suivante:

- deux visites de supervision par an du niveau central vers le niveau provincial
- une visite de supervision trimestrielle du niveau provincial vers les formations socio-sanitaires

**OBJECTIF GENERAL:** renforcer les activités intégrées de supervision en SMI/PF à tous les niveaux du système de santé

**OBJECTIF SPECIFIQUE:**

1. renforcer les compétences des équipes de districts sanitaires dans le domaine de la supervision;
2. rendre disponible dans toutes les formations sanitaires les outils de supervision
3. mobiliser les ressources pour la supervision des activités

**STRATEGIES:** L'intégration dans la formation des médecins cadre des districts sanitaires et l'inscription dans la description des tâches de ceux qui sont responsables de la supervision, participeront à l'augmentation de la module. Ensuite, il s'agira de mobiliser à travers des réunions de concertation et les ateliers, les ressources nécessaires à la supervision.

**RESSOURCES:** équipe de CFDS, DSF et partenaire; coût: 8,000,000 de Fr. CFA; durée: 15 mois

**SUIVI ET EVALUATION:** Responsable: DSF

Critères: respect du calendrier; rapport sur les activités exécutées/projetées; taux d'absorption; nombre de supervisions réalisées par an et par niveau; nombre de rapports de supervision parvenu à chaque niveau supérieur; appréciation des supervisés de la qualité de la supervision

### **CAMEROUN: SMI/PF**

**INTRODUCTION:**

**MINISTÈRE DE LA SANTE:** Le ministère est responsable de la politique nationale en matière de population. Actuellement, le contexte socio-politique est en pleine mutation avec l'installation de la crise économique. Au sein du ministère il y a complexité relatif de gestion des programmes entre le DSFM et les autres directions. Sur le terrain il y a multiplicité d'ONG et organismes intervenant dans le cadre de la santé. Enfin, le séminaire de juillet 1993 à Douala a démontré la nécessité d'intégrer la SMI/PF dans les soins de santé et particulièrement dans le domaine de la supervision.

**FEMEC (Fédération des Eglises et Missions Evangéliques du Cameroun):**

C'est un secteur confessionnel complexe: dix églises dont huit mènent des activités sanitaires; chacune des églises est autonome dans sa gestion; deux langues de travail (français et anglais); un organe de coordination existe mais n'a pas de pouvoir de décision.

**PROBLÈMES:** La supervision sur le plan national est vertical en matière de SMI/PF; il y a une multiplicité de supports; difficulté de supervision compte tenu de la disparité des pôles d'action de la FEMEC; approvisionnement en contraceptifs; ressources humains de répartition inégale.

**OBJECTIFS:**

1. Intégration totale des activités de PF au sein des Sources de Santé Primaire (SSP) y comprise la supervision;
2. Formation d'un personnel polyvalent;
3. Renforcement des activités de PF dans les programmes à tous les niveaux.

#### STRATEGIE:

1. Formation du personnel de la santé de manière rationnelle en matière de PF (clinique, IEC, gestion, logistique);
2. Mise au point au niveau de la Direction de la Santé Familiale et Maternelle (DSFM);
3. Renforcer la volonté politique au niveau des décideurs;
4. Organisation de séminaire d'information et de sensibilisation.

#### ACTIVITES:

1. Identification rationnelle du personnel de santé à former;
2. Création d'une grille et d'un guide de supervision;
3. Diffuser et entretenir au niveau des décideurs le rapport final de FRAC VI;
4. Préparer du continue de chacun des séminaires à organiser.

#### RESSOURCES: Il existe deux organismes de soutien:

- INTRA en matière de formation
- SEATS/JHPIEGO dans tout le programme. En plus des fonds propres du Ministère et des églises.

Dans les ressources humaines, il y a des compétences et l'expertise au niveau national. A niveau du système de santé il existe une équipe de supervision fonctionnelle

#### RESPONSABILITES: Les responsabilités sont partagées ainsi qu'il suit:

- Ministère de la Santé: niveau stratégique
- Délégation provinciale: appui technique
- District de santé: niveau opérationnel
- FEMEC: département médical et des directeurs des oeuvres médicales

CALENDRIER: Ministère: semestriel, trimestriel et mensuel; FEMEC: semestriel

SUIVI ET EVALUATION: utilisation des indicateurs existants; évaluation annuelle du programme.

### PLAN D'ACTION: COTE D'IVOIRE

**INTRODUCTION:** La Cote d'Ivoire par sa situation géographique et démographique avait adopté une politique national pronataliste. D'une superficie de 322,464 km<sup>2</sup> et une population estimée à 10,813,694 habitants (RGPH 1988) avec une densité de 37% au km<sup>2</sup>

Le taux d'accroissement actuel de 3.8% montre un doublement de la population tous les 19 ans. Sur le plan des indicateurs de santé on relève:

- un taux brut de natalité de 48‰;
- un taux de mortalité maternelle 800 pour 100,000, dont la cause première est liée à la grossesse
- un taux de mortalité infantile de 97‰
- un taux de fécondité élevée de sept enfants par femme
- un taux d'utilisations de méthodes contraceptives moderne estimé à 3% (enquête Ivoirienne sur la fécondité, 1980-81).

Pendant la période, seule une ONG nationale crée en 1979 a mené des activités de planification familiale qui n'a pas pris de l'essor qu'en 1987.

A cela il faut ajouter la présence sur le terrain des ONG internationales qui collaboraient ou non avec l'ATBEF. (Pathfinder, SEATS, FNUAP).

Des données démographiques et sanitaires qui précèdent ont amené le Ministère de la santé et de la protection sociale à organiser un séminaire national à Grand-Bassain en 1991 concrétisant la volonté du gouvernement à mettre en place une politique de PF cohérente. La PF étant considérée comme un volet essentiel de la promotion de la santé et du bien-être familial. La mise en place d'un programme de PF à travers le Bureau National de Coordination de la Planification Familiale rattaché au Cabinet du Ministère devra permettre d'offrir aux couples et aux individus que le désirent tous les possibilités, leur permettant de décider, de façon libre et responsable du moment, d'avoir des enfants, le nombre de ceci, et d'observer

l'intervalle appropriée entre les naissances.

Il existe en Côte d'Ivoire un document de politique de santé et de protection sociale qui fait ressortir tous les éléments dont il faut prendre compte dans le cadre de la mise en oeuvre d'une politique d'intégration des services.

**PROBLÈMES:** Absence de coordination de la supervision des activités SMI/PF.

**OBJECTIF GENERAL:** Institutionnaliser la supervision en vue d'améliorer la performance des services de SMI/PF.

**OBJECTIVES SPECIFIQUE** Instaurer une collaboration effective entre les différents intervenants en SMI/PF; disposer de supports harmonisés et fonctionnels de supervision; assurer la circulation de l'information sur les résultats de la supervision.

**STRATEGIES:** Organisation d'un système de coordination entre les intervenants; production de documents de politique et de supports opérationnels en supervision; création d'un système de diffusion des normes et supports; formation.

**ACTIVITES:** intervention des structures et organismes impliqués dans SMI/PF; programmation des rencontres; mise en place d'un groupe de travail; organisation des réunions; recensement des textes et normes de service SMI/PF; exploitation des documents; harmonisation; élaboration des normes et standards des services, incluant la supervision; recensement des supports existants; exploitation; standardisation des normes; création de nouveaux supports si besoin existe; révision continue des documents; communication des supports standardisés pour toutes les structures de SMI/PF; recueillir la rétro-information; recueillir les rapports; organisation des séminaires et ateliers de formation du personnel de supervision à tous les niveaux: central, régional, structures de base.

**RESPONSABILITE:** Ministère de la santé et de la protection sociale à travers le BNCPF.

**RESSOURCES:** Budget; matériel et équipement; fonctionnement; personnel (salaire, assurance, autres); transport (carburant, frais de déplacement); formation (location salle, horaires formateurs, fournitures et matériels didactiques, per diem); Humaines (personnel, BNCPF, direction santé communautaire, direction établissements sanitaires et sociaux); D.D.S.; D.I.E.P.; D.R. Santé; O.N.G.; matériels et équipements (véhicule, photocopieuse, matériel secrétariat (machine à écrire et accessoires)); Sources de financement (Budget de l'Etat, Organisations Intervenants (FNUAP, UNICEF, USAID, OMS, etc.))

**CALENDRIER:** démarrage des activités en janvier 1994; mise en place du système de coordination et de supports de janvier à mai 1994; test et révision de supports de juillet à septembre 1994; rapports périodiques (à partir de décembre 1994, processus continu) réunions, rétro-information, orientations et directives.

**SUIVI ET EVALUATION:** existence et utilisation des supports standardisés de supervision dans toutes les structures de prestation de services; calendriers de supervision établis, et communiqués; rapports réguliers sur les activités de supervision permettant d'assurer le suivi de la supervision; la périodicité des réunions programmés par le BNCPF; le nombre de réunions trimestrielles et semestrielles tenues entre le BNCPF et les organisations impliquées dans la SMI/PF pour l'analyse des résultats de supervision; la disponibilité au MSPS des résultats collectés par les différents services de SMI/PF.

Serviront d'indicateurs pour l'évaluation de la coordination de la supervision. L'impact s'appréciera par le niveau de performance atteint par les structures de SMI/PF ayant utilisé les résultats de la supervision pour améliorer leurs services.

## LA REPUBLIQUE DE GUINEE

**INTRODUCTION:** La Guinée est située en Afrique de l'Ouest. Sa superficie est 245,000 km<sup>2</sup> avec une population totale de 6,880,500 habitants dont 52% sont des femmes, parmi lesquelles 19% sont en âge de procréer. Il existe un réel problème de la santé de la reproduction: la mortalité maternelle est de 506/100,000 naissances vivantes dans la capitale de Conakry, et de 900/100,000 naissances vivantes en milieu rural.

Le programme de PF est nouveau tant dans le secteur publique que dans celui du privé. A ces deux niveaux, il y a une coordination dans l'intégration du volet PF dans les activités ordinaires du système du PEV/SSP. Les outils de gestion ont

été élaborés ainsi que des instruments de supervision sur concertation de l'ensemble des intervenants et son disponibilité à tous les niveaux.

La supervision des centres de santé a été décentralisée, mais cette décentralisation marginalise le volet PF par manque de formation du personnel à la périphérie. Ce plan d'action envisage la prise en charge des éléments d'information dans la supervision décentralisée à l'échelle des préfectures en vue de l'institutionnalisation du système de supervision.

**PROBLÈME:** Absence de procédures de supervision formalisés au niveau intermédiaire et périphérique.

**OBJECTIF GENERAL:** Rendre opérationnelle la supervision au niveau intermédiaire et périphérique du volet PF en vue d'améliorer les prestations de services de PF.

**OBJECTIFS SPECIFIQUES:**

1. Définir des normes et standards de supervision de la PF;
2. Définir un cadre organique de la supervision décentralisée;
3. Elaborer un manuel de procédure de supervision à l'intention du niveau intermédiaire et périphérique;
4. Faire la description des tâches du personnel de supervision (niveau intermédiaire et périphérique).

**STRATEGIE:**

1. Inventaire des informations relatives aux normes et standards en vue de formaliser la supervision;
2. Organisation d'un atelier pour former les agents superviseurs à l'usage des nouveaux outils;
3. Organisation de la formation du personnel à l'usage des outils.

**ACTIVITES:**

1. Faire la collecte des données;
2. Organiser une réunion d'élaboration des normes, standards, manuel de procédure et description des tâches;
3. Imprimer les documents de supervision;
4. Former les agents à l'usage des outils;
5. Distribuer les documents de supervision.

**RESPONSABILITE:** MSPAS/Division de la Santé Familiale

**CALENDRIER:** Premier semestre, 1994

**SUIVI ET EVALUATION:**

1. Liste d'inventaire disponible;
2. Normes et standards, manuel de procédure et description des tâches disponibles;
3. Former les agents à l'usage des outils;
4. Imprimer les documents de supervision.

**HAÏTI: RELANCE DE LA SUPERVISION INSTITUTIONNALISEE**

**INTRODUCTION:** Avant les turbulences politiques qui ont secoué le pays, la supervision était à un degré avancé d'institutionnalisation. Des normes et des outils de supervision ont été élaborés et utilisés. La supervision était considérée comme un composant essentiel dans la gestion du programme de PF.

Cependant, depuis plus de 4 ans, du fait de l'instabilité socio-politique, le secteur public se trouve handicapé quant à la prise en charge de la supervision à l'échelle nationale des activités de santé en général et des activités de PF en particulier. En effet, cette instabilité se traduit par:

- une carence de ressources de toute sorte a été créée par le retrait de l'assistance externe au gouvernement
- les difficultés de déplacement sur le terrain des équipes de supervision
- un certain degré de désorganisation du bureau responsable des activités SMI/PF.

Aussi, le seul secteur réellement actif actuellement dans le domaine de la planification familiale se trouve représenté par le secteur privé qui regroupe cinq grandes ONG, dont PROFAMIL est le fer de lance. Cependant, chacun de ces ONG a sa propre politique de supervision.

**OBJECTIF GENERAL:** Améliorer la performance du programme de la planification familiale du secteur privé

**OBJECTIFS SPECIFIQUES:**

- De concert avec le ministère de la santé dont le rôle est d'élaborer les normes, réviser et actualiser les normes et les supports de supervision existants.
- Pour le secteur privé, concevoir une politique de supervision unifiée.
- Mettre en oeuvre le programme de supervision au niveau du secteur privé.

**STRATEGIE:** Concertation avec le secteur publique; Concertation et consensus parmi les différents partenaires du secteur privé.

**ACTIVITES:**

1. Réunions de travail avec les responsables concernés du secteur publique;
2. Réunions de travail pour la révision et l'actualisation des normes et instruments de supervision;
3. Diffusion et vulgarisation des normes et instruments révisés à travers des séminaires et ateliers de travail;
4. Réunions avec les différents partenaires du secteur privé pour définir les grands lignes de la politique de supervision et les modalités d'exécution du système défini;
5. Organisation d'un séminaire sur la supervision à l'intention des cadres des institutions du secteur privé.

**RESPONSABLES:**

- Activité #1: PROFAMIL et IPPF/PAPFO
- Activité #2: Ministère de la Santé Publique -- comité médical pour la qualité des soins du secteur privé
- Activité #3: Ministère de la Santé Publique -- PROFAMIL -- IPPF/PAPFO
- Activité #4: Responsables des institutions du programme du secteur privé de la PF
- Activité #5: PROFAMIL -- IPPF/PAPFO

**RESSOURCES:**

Humaines (cadres responsables du Ministère de la Santé, cadres de PROFAMIL, cadres du secteur privé de la PF et de IPPF/PAPFO); Financières, matérielles et logistiques (IPPF/PAPFO, PROFAMIL, institutions du secteur privé).

**CALENDRIER:**

Activité	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Activité #1	X	X										
Activité #2		X	X	X								
Activité #3				X	X	X	X	X	X	X	X	
Activité #4				X	X							
Activité #5					X							

**SUIVI ET EVALUATION:** Tous les trois mois, réunion avec les différents partenaires pour faire le point sur l'évaluation des activités programmées; A la fin de l'année, un atelier de travail sera réalisé pour juger du degré d'avancement du processus de relance de la supervision; La coordination se fera à travers PROFAMIL et IPPF/PAPFO.

**MADAGASCAR: LE SYSTEME D'INFORMATION ET DE RETRO-INFORMATION**

**INTRODUCTION:** Le taux de rapportage des activités des centres de la PF est assez bas au niveau central créant des difficultés pour l'évaluation du programme et surtout pour la planification. Le circuit d'information et de rétro-information est long. Ceci devrait passer par les différents niveaux hiérarchiques.

**PROBLÈME:** Inadéquation du système d'information et de gestion

**OBJECTIF GENERAL:** Améliorer le système d'information et de gestion

**OBJECTIF SPECIFIQUE:** Installer un nouveau circuit d'acheminement des informations et de rétro-informations pour avoir un taux de rapportage des activités à 80% au niveau central dans un délai de quatre mois.

**STRATEGIES:** Implication des responsables de la PF de tous les niveaux dans l'étude d'un nouveau circuit d'information et de rétro-information.

**ACTIVITES:**

1. Séminaire atelier pour l'étude d'un nouveau circuit d'information et de rétro-information;
2. Test dans les trois provinces (mise en place, exécution, supervision);
3. Séminaire de finalisation.

**RESPONSABLES:** Ministère de la Santé et consultation extérieure

**RESSOURCES:** budget alloué au programme

**CALENDRIER:** séminaire atelier pour l'étude du système en février 1994, première semaine; test du nouveau système (6 mois) d'avril-septembre, 1994; finalisation en octobre 1994.

**SUIVI:** existence d'un rapport préliminaire sur le système d'information et de rétro-information testé et finalisé; application du nouveau système à tous les niveaux; envoi périodique des rétro-informations par les différents niveaux hiérarchiques.

### **MALI: INTEGRATION DES ACTIVITES DE SUPERVISION**

**INTRODUCTION:** existence de structures sanitaires hiérarchisées du niveau central au niveau périphérique; participation du secteur privé et ONG aux activités de SMI/PF; existence des équipes parallèles de supervision au niveau du secteur public et du secteur privé.

**PROBLÈME:** Au niveau national, il n'existe pas une équipe commune gouvernementale/ONG chargée de superviser l'ensemble des activités SMI/PF au Mali.

**OBJECTIF:** Intégrer les activités de supervision au Mali.

**STRATEGIES:** Organisation des réunions inter-institutionnelles de concertation; Elaboration des outils communs de supervision.

**ACTIVITES:** Organiser une réunion d'information et de sensibilisation des responsables des différentes institutions intervenant dans les activités de SMI/PF. Cette réunion groupera le secteur public, les ONG, le secteur privé et certaines associations; Organiser des réunions d'information et de sensibilisation des responsables régionaux de tous les secteurs (publiques et privés); Organiser un séminaire national sur l'élaboration des outils de supervision communs aux secteurs public et privé; Pre-tester les outils élaborés.

**RESPONSABILITE:** La supervision sera faite par les responsables désignés des différentes structures institutionnelles dans le domaine de SMI/PF.

**RESSOURCES:** réunions de concertation (pas de ressources spécifiques pour cette réunion de concertation); séminaire national d'élaboration des outils désignés (8 jours Bamako) avec 32 participants, dont 8 participants au niveau central et 2 participants au niveau régional; perdiem (pour résidents 1,500 F x 8 x 8 = 96,000 F; pour non-résidents 6,000 F x 10 x 24 = 1,440,000 F); autres frais (carburant = 450,000 F; fournitures = 100,000 F; pause café = 86,800 F; secrétariat = 12,000 F)  
**BUDGET TOTAL = 2,184,800 F.**

**CALENDRIER ET EXECUTION:**

Activité	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
concertation	X	X										
atelier		X										
grètert				X								
1er supervision							X					
2ème supervision												X
suivi et évaluation												X

**SUIVI ET EVALUATION:** Le système sera évalué en fin décembre 1994, afin d'améliorer les outils élaborés.

**MAROC ET TUNISIE: INTEGRATION DES ACTIVITES DE PF AU SOINS DE SANTE DE BASE-**

**INTRODUCTION ET CONTEXTE:** Au Maroc et en Tunisie les activités de PF sont plus ou moins intégrées au soins de santé de base. Le Maroc avait commencé cette intégration plutôt, actuellement il est en train de mettre l'accent sur la relance des activités de PF afin d'atteindre un taux de prévalence plus important. En Tunisie dès le départ l'accent a été sur la performance des activités de PF. Actuellement, on essaie d'intégrer cette activité aux soins de santé de base.

Avec le plan d'action que nous avons essayé d'élaborer ensemble nous nous sommes inspirés des leçons qui ont été tirées au cours du **FRAC VI: Institutionnallsation de la Supervision des activité intégrées.**

Nous nous sommes inspirés également des plans d'action que nos pays élaborent dans le cadre des journées maghrébiennes des vaccination des femmes et des enfants. Cette expérience qui a donné de bons résultats dans nos pays peut être considérée comme un modèle pour l'élaboration d'un plan d'action commun en ce qui concerne les activités de PF.

\*Le reste du plan pas disponible au moment d'impression

**NIGER: SUPERVISION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE**

**ANALYSE DU CONTEXTE:** Les supports de supervision existants au niveau du programme de PF ne sont pas adaptés afin de pouvoir apprécier la qualité des services. Ils permettent plutôt de contrôler les stocks de contraceptifs que de voir le niveau d'acceptabilité des différentes méthodes contraceptives.

**PROBLÈME:** Inadaptabilité des supports de supervision du programme PF.

**OBJECTIF GENERAL:** Améliorer les prestations de services de planification familiale

**OBJECTIF SPECIFIQUE:** Elaborer des outils performants de supervision; Vulgariser les supports

**STRATEGIES:** révision des supports; formation du personnel

**ACTIVITES:** Amendement des supports existants; élaboration et test des nouveaux supports; évaluation; finalisation; organisation des séminaires pour la formation des superviseurs à tous les niveaux; organisation des séminaires décentralisés des prestataires sur l'utilisation des nouveaux supports de collecte des données; formation continue au cours des visites de supervision (selon les programmes de supervision des régions).

**RESPONSABILITES:** MSP; DPF; DSMI, DFEPS, SNIS, DDS, CM, DR

**RESSOURCES:** Humaines (personnel, responsables, centraux, régionaux et sous-régionaux); Matérielles (logistiques, fourniture de bureau); Financières (salaires, frais de déplacement, frais de carburant, frais d'impression et divers)

**CALENDRIER:** Premier semestre 1994: pour amendement, élaboration, test et finalisation des supports; Deuxième semestre 1994: formation des superviseurs, des prestataires; la diffusion des documents.

**SUIVI ET EVALUATION:** Le suivi et l'évaluation se feront à travers: collecte des données à tous les niveaux; réunions périodiques; supervisions régulières; rapport de supervision; rétro-information par les bulletins d'information; rapports annuels d'activités.

**RWANDA: INTEGRATION DE LA SUPERVISION DES ACTIVITES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE**

**INTRODUCTION:** Le système sanitaire de la République Rwandaise est ainsi conçu: Au niveau national, le Ministère de la Santé et spécifiquement la direction de la Santé; Au niveau régional, les Directions des Régions Sanitaires; Au niveau périphérique, les Centres de Santé et les hôpitaux ruraux.

Dans le cadre des programmes de population et de la planification familiale, il y a l'Office Nationale de la Population (ONAPO) qui est sous la tutelle du Ministère de la Santé. Au niveau régional, l'ONAPO est représenté par un délégué régional.

Toutes les activités cliniques sont exécutées par les établissements de santé dépendant légalement du Ministère de la Santé. La supervision des Centres de Santé est alors du ressort de la Direction de la Région Sanitaire. Toutefois, et cela malgré l'instruction ministérielle qui spécifie que le délégué régional de l'ONAPO dépend du Directeur de la Région Sanitaire en ce qui concerne la PF, certains délégués de l'ONAPO font la supervision des activités de PF au niveau des Centres de Santé. En ignorant la Direction Régionale et les médecins régionaux également se comportent comme si la PF ne les regardait pas. De même l'IEC/PF semble mener ses activités parallèlement.

**OBJECTIF:** Améliorer l'intégration de la supervision des programmes de PF au niveau régional et national au Rwanda; Intégrer les activités de supervision de l'IEC/PF dans les supervisions globales.

**STRATEGIES:** Etablissement d'une concertation/coordination constante entre Ministère de la Santé/ONAPO et médecin directeur régional pour le suivi des activités SMI/PF; Programmation commune des supervisions des activités de SMI/PF et même d'IEC/PF.

**CALENDRIER:**

Activité	Responsable	Période	Ressource
Organiser des réunions régionales de planification d'activités de supervision au niveau régional	Méd. Dir Reg. San. Méd Del ONAPO	Nov-Déc	---
Diffuser le guide de la supervision des activités PF à tous les superviseurs régionaux	Ministère de la Santé, ONAPO	Déc - Jan	---

Elaborer un canevas commun de supervision des activités de SMI/PF	Médical Directeur Région Sanitaire, Médicale Délégué ONAPO	Jan	---
Diffusion du calendrier aux prestataires	Médical Directeur Région Sanitaire, Médicale Délégué ONAPO	Jan	---
Fixation d'un calendrier de supervision des Centres de Santé	Médical Directeur Région Sanitaire, Médicale Délégué ONAPO		
Formation de tous les superviseurs régionaux en technique de supervision des programmes SMI/PF	Ministère de la Santé, ONAPO	avril-mai	Bailleurs

**SUIVI ET EVALUATION:** Exploitation des rapports de supervision par les responsables; Présentation de l'état d'avancement des supervisions au moment de réunions semestrielles; Evaluation annuelle des mobilisateurs communautaires.

## SENEGAL: L'INSTITUTIONNALISATION DE LA SUPERVISION

**INTRODUCTION:** La supervision a un rôle central dans l'organisation de la Santé au Sénégal. Il existe du personnel et des ressources spécifiques au niveau central, régional, district et poste de santé affectés à cette activité. La supervision est un élément majeur pour la réussite des plans régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) et des Plans de Développement de Districts Sanitaires. Cependant, si le monitoring est bien codifié dans les documents écrits au niveau poste de santé, il n'existe pas encore de manuels de procédures pour la supervision SMI/PF. Les normes, description de tâches qui existent n'ont pas toutes été systématisées sous forme de documents officiels. Un guide de supervision SMI/PF a été élaboré depuis (1) an, il doit être testé incessamment avant son officialisation.

Le problème est l'absence de textes officiels définissant les protocoles, les normes et standards de services, régissant la supervision.

**OBJECTIF GENERAL:** Systématiser, uniformiser les procédures de supervision.

**OBJECTIF SPECIFIQUE:** Définir les tâches des agents à tous les niveaux; élaborer un manuel de procédures pour les prestataires de services; finaliser le guide de supervision.

**STRATEGIES:** Concertation avec les responsables de service PF et les prestataires sur différents niveaux (central, régional, districts et postes) sur les tâches et les postes; journées de réflexion sur les tâches, recherche qualitative sur la qualité de service dans les centres de prestations de services; exploitation recherches; élaboration normes et protocoles; formation responsables et prestataires à l'utilisation des outils; élaboration d'une stratégie de diffusion.

**ACTIVITES:** Tournées de prise de contact avec les responsables et prestataires; réunions avec des experts; recherche documentaire; élaboration protocoles de recherche; interviews auprès des cibles, discussions de groupe (focus group); élaboration des protocoles; test des protocoles et/ou les finaliser; officialisation des protocoles; diffusion de la documentation auprès des différentes cibles; réunion semestrielle de bilan.

**RESPONSABILITES:** Responsables de la supervision au niveau national, régional et de district.

**RESSOURCES:** Humaines (expertes nationaux/internationaux, responsables du programme PF aux différents niveaux, écoles de formation de base); matériel (ressources du programme PF); finances (ressources du programme PF).

**CALENDRIER:** Séminaire définition des tâches (jan) au niveau central; recherche documentaire pour 2 mois (jan-fév); recherche qualitative (mars-juin); réunion avec experts tous les 2 mois à partir de janvier; exploitation recherche (juillet); séminaire définition des tâches en août; séminaire élaboration manuel de procédures (septembre); test des protocoles et finalisation (oct-nov); officialisation des documents (déc); diffusion (déc).

**SUIVI ET EVALUATION:** Existence des documents concernant les normes et protocoles de service; existence de protocole de supervision; utilisation de ces différents supports; performance/supervision; réunion semestriel de bilan, existence de documents d'évaluation de la performance à travers la supervision.

## TOGO

**INTRODUCTION:** Il existe depuis 1992 un "organigramme" du ministère de la santé qui a commencé par être opérationnel par la nomination des directeurs généraux de la santé et les directeurs préfectoraux de la santé ?? à une décentralisation de la gestion des programmes de santé.

L'exécution du programme de planification familiale est menée par l'ATBEF, le ministère de la santé et les autres bailleurs de fonds (SETS, FNUAP). Il n'existe pas de coordination dans la supervision des différents intervenants. L'absence de supports harmonisés découle sur une supervision parallèle des activités de la planification familiale. D'où la nécessité d'envisager une supervision régionale institutionnalisée qui visera à améliorer la performance des programmes de PF dans le pays.

**OBJECTIF:** Améliorer la supervision au niveau national, régional et préfectoral.

### STRATEGIE:

1. Accélération de la décentralisation des programmes de santé au niveau régional par la mise en oeuvre du plan d'action établi par le ministère de la santé.
2. Collaboration avec tous les responsables de la santé et les différents intervenants en matière de la PF.

### CALENDRIER:

ACTIVITES	RESPONSABLES	PERIODE (trimestre)				RESSOURCES
		1	3	6	9	
informer les autorités médicales	DSF	X				disponibles
informer tous les superviseurs régionaux	DSF/SEATS	X				disponibles
informer tous les partenaires en PF au niveau régional	DSF/SEATS/FNUAP	X				disponibles
organiser une réunion régionale de disponible travail	DSF/SEATS/FNUAP	X				disponibles
organiser une réunion nationale d'harmonisation des canevas de supervision régionale avec la DSF, SEATS, FNUAP, ATBEF, autres ONGs	DSF/SEATS		X			à prévoir DSF/Bailleur de fonds
multiplication des fiches de supervision	DSF		X			disponibles
diffusion des fiches	DSF		X			disponibles
mise en oeuvre de la supervision institutionnalisée	tous les intervenants			X	X	disponibles

**SUIVI/EVALUATION:** Instituer un cahier d'observation de la supervision dans chaque centre PF; institutionnaliser la retro-information immédiate; diffuser les résultats de l'analyse des données dans les centres PF; organiser des rencontres semestrielles de tous les superviseurs et les responsables des programmes PF.

## **TOGO: L'INSTITUTIONNALISATION DE LA SUPERVISION A L'ATBEF**

**INTRODUCTION:** L'ATBEF est une ONG décentralisée; elle dispose de sept bureaux de coordination qui couvre les 30 préfectures du pays, divisé en sept régions. La gestion des différentes régions est coordonnée par la Direction de l'Association.

A la suite d'une évaluation sur la capacité institutionnelle de l'ATBEF par une équipe de l'USAID et de l'IPPF, la supervision a été recommandée non plus comme principe de gestion mais comme une priorité, car le manque de supervision au niveau préfectoral et régional affecte les performances des programmes de l'Association.

**OBJECTIF:** Institutionnaliser la supervision au niveau préfectoral, régional et national.

**STRATEGIE:** Programmer la supervision dans le plan triennal, puis dans le plan de travail et dans le budget annuel de l'Association.

### **ACTIVITES:**

1. Confectionner les différents supports de supervision
2. Planifier la supervision
3. Réaliser la supervision en cascade
4. Faire les rapports de supervision
5. Donner la contre-réaction aux supervisés
6. Instituer un registre de supervisions dans les bureaux de coordination et dans les préfectures
7. Adresser un rapport aux supérieurs hiérarchiques

### **SUIVI/EVALUATION:**

#### **a. Suivi**

- vérification du contenu du registre de supervision de chaque préfecture et région
- respect du calendrier de supervision
- réunion de coordination semestrielle

#### **b. Evaluation**

- exploitation des rapports de supervision et appréciation qualitative du contenu de ces rapports
- analyser des résultats de la supervision en terme d'impact direct sur le programme dans son ensemble (résolution des problèmes, performances des agents, etc.)

**RESSOURCES:** IPPF/SEATS/FED

## J. DEPOUILLEMENT QUESTIONNAIRE EVALUATION

Sur une échelle qui va de 1 (désaccord total) à 4 (accord total), voilà les résultats:

Question	Classement
Q1. Dans l'ensemble, les objectifs de la 6ième réunion du FRAC ont été atteints?	3.72
Les informations et les idées échangées au cours de la réunion sont applicables pour institutionnaliser un système de supervision?	3.56
La visite sur le terrain a été utile?	3.8
La méthodologie employée était pertinente?	3.4
L'organisation de la réunion était satisfaisante?	3.33

### Ce qui m'a beaucoup plu:

- L'organisation qui comprenait l'utile et l'agréable
- La pertinence du thème retenu
- La méthodologie employée pour discuter de la situation de la supervision
- La visite sur le terrain par le système de la caravane
- Les éducateurs avec les visites à domicile
- L'organisation locale des activités
- L'intense participation de tous à tous les niveaux
- La disponibilité et la variété des documents
- L'expérience tunisienne me reconforte en ce sens qu'elle laisse percevoir que mon programme est sur la bonne voie et que l'espoir est permis
- L'ambiance des FRACEURS/FRACEUSES au cours des débats
- L'accueil par les tunisiens
- Le choix de l'hôtel de résidence
- Atmosphère conviviale du FRAC
- Acquisitions facilitées
- L'échange des constats pertinents, des aspects importants qui peuvent aider chaque pays dans la résolution des problèmes existants
- La performance médicale des agents de santé à tous les niveaux
- La volonté politique exprimée est très manifeste pour la PF
- Les discussions très riches et l'ambiance du groupe
- Visite sur terrain, ce qui a permis de voir et constater soi-même le niveau de son propre programme par rapport aux programmes des autres pays
- Échanger les expériences des autres pays (panel)
- C'est l'engagement franc et total des autorités de la Tunisie en faveur de la cause de la planification familiale
- Le cadre accueillant et la chaleur humaine des Tunisiens. Le FRAC VI a réaffirmé mes convictions
- L'accueil des organisations
- Les échanges entre participants
- Le cahier de supervision au niveau du service de santé
- Le circuit de la mère en fonction de la page 8 du carnet de santé mère-enfant
- Visite sur le terrain
- Le système de cahier de supervision
- J'ai beaucoup apprécié sur le terrain - c'est non seulement l'institutionnalisation et l'intégration de la supervision, mais surtout la ... et le désintéressement du personnel

- L'échange d'expérience entre pays
- C'est les descentes sur le terrain
- La visite sur le terrain
- La visite sur le terrain. Elle a permis de voir de près comment se déroule la supervision dans les gouvernorats. Le cahier de supervision pour inviter les prestataires à mieux exécuter leurs tâches est une travaille géniale et importante
- La visite sur le terrain
- Le panel
- L'esprit amical et relaxe est à cultiver. Le climat sain de travail est un atout de premier ordre
- Le cadre de la rencontre qui devient une tradition entre amis pour travailler et s'améliorer en échangeant des expériences et en recherchant des solutions possibles
- Les visites sur le terrain et l'exemple de l'organisation des services de PF
- La possibilité de nous familiariser au thème retenu à travers des visites sur le terrain, à travers des exemples concrets, ce qui permet de trouver des solutions réalistes.
- La possibilité de suivre des recommandations et de les respecter par l'assiduité des responsables qui participent au FRAC
- L'expérience de ce FRAC renforce l'idée qu'il faut savoir apprécier mais pouvoir retenir ce qui est réaliste et faisable dans un autre contexte. Dans cette optique nous avons apprécié toute l'organisation du développement de la PF et le défi actuel qui consiste à intégrer ce qui a évolué pendant plus de vingt ans de façon verticale. Le nouveau cahier (registre) de supervision est outil qui va influencer beaucoup la finalisation de nos fiches de référence.
- Le FRAC est un excellent lieu de production d'idées où l'on peut prendre la mesure des préoccupations des responsables africains francophones de PF.
- Le système de sensibilisation à domicile couplé d'un suivi pour voir si la personne recruté a effectivement bénéficié du PF.
- Renforcer progressivement les FRACEURS réguliers ("anciens fraceurs") dans la préparation et l'organisation des réunions.

#### **Ce qui ne m'a pas plu:**

- Qu'on ait pas pu avoir accès facilement à tous les documents en rapport avec la supervision sur le terrain
- La question logistique de finance difficile à gérer
- L'improvisation de certaines séances qui n'avaient pas de lien avec le thème central et qui n'avaient pas été annoncées le premier jour lors de l'adoption du programme de travail
- C'est la visite sur le terrain à Sfax (conditions d'hébergement)
- On n'a pas respecté l'heure
- Les multiples interventions et de personnes extérieurs sur des sujets extra-FRAC. Ces interventions ont été très nombreuses et longues, à tel point qu'on a pris au moins (au total) une journée du temps prévu pour le FRAC-- ce qui a complètement bouleversé le programme et l'emploi du temps des participants qui s'étaient organisés pour leur séjour. Au delà des échanges classiques et officiels, il y a des découvertes à faire à titre personnel dans le pays hôte qu'il ne faut pas négliger au plan individuel. Et la déprogrammation telle qu'elle s'est déroulée cette fois-ci joue beaucoup sur l'environnement immédiat du FRAC, et peut-être une source de modification de la performance pour suivre les activités de FRAC
- Le froid. A part cela, je n'ai pas noté des points négatifs
- Les conditions d'hébergement pour les visites du terrain (SFAX)
- Le manque d'un service médical en cas de besoin
- Le programme qui nous a été présenté au début n'a pas été respecté: il y a eu des interventions à tort et à travers qui devraient eut être programmées dès le début. Ensuite, jusqu'à la veille du départ pour le FRAC, je n'ai pas le billet d'avion et l'avance.
- A part l'ouverture, le Ministère de la Santé qui est tutelle de l'ONFP semblait être non impliqué!!
- Je n'ai pas pu visiter l'ONFP, notamment son unité audio-visuel qui semble faire du bon travail
- Peu de temps de libre, pour la découverte de Tunis et des ses environs (la nuit tombe vite)

- Peu d'informations sur l'ONFP
- La manque de disponibilité de certains outils projetés par l'office pour la supervision en 1994 (rapport trimestriel par exemple)
- Le temps que est bousculé (temps imparti insuffisant)
- L'inexistence d'un certificat de participation au FRAC
- Il n'existe pas un bulletin qui permettrait au FRACEURS de communiquer entre eux dans l'avenir. Cela pourrait éviter une rupture entre les participants fixes et les participants qui n'ont plus la chance de participer de garder contact avec "cette nouvelle institution"
- Le fait de n'avoir pas pu avoir les documents (normes et procédures circulaires...) soutenant la supervision, et de n'avoir pas pu visiter l'ONFP

## K. BIBLIOGRAPHIE CHOISIE

Benavente, Madden, Seligman, et al., (1992)

"The Supervisory System of Burkina Faso's Family Planning Program: Baseline Evaluation."  
FPMD Projet, MSH, Boston MA.

Binzen, Suttentfield, Wolff, eds. *The Family Planning Manager's Handbook*

"Introduction à la Supervision"

Korten, Frances F. and David C. (1986)

*Casebook for Family Planning Management: "Case 27; The Banderas MCH Program"* traduit de l'anglais par Lioy Associates; "A Supervisor for the Eastern Zone."

"Lesotho District Supervision Guide," FPMT Projet, 1990.

*Management de la Planification Familiale; "Améliorer la supervision: l'approche d'équipe."*,  
Management Sciences for Health, volume II, numéro 5, 1993.

Simmons, Ruth

*Organizing for Effective FP Programs*, "Supervision: The Management of Frontline Performance."

voir annexe C pour les documents distribués pendant le FRAC

## L. RAPPORTS DE PRESSE

# هاشم الاجتماع الدوري السادس لـ «فرانك»: نصف النساء في تونس يستعملن وسائل منع الحمل



احمد باللطيف

الثالث من شهر ديسمبر المقبل  
صالح عطية

التي بلغت سنة 1992 حوالي 38 في الالف هذا الى جانب ما توفره من امكانيات للتفقيح وعمليات مراقبة للولادات يصل معدلها الى 75٪

ويذكر ان الديوان القومي للأسرة والعمارة البشري قد برمج زيارات للوفود الاحتمية المشاركة في الاجتماع الدوري السادس (FRAC) العديد المراكز الصحية التابعة للديوان في كل من اريانة وصفاقس وسوسة والمنستير للاطلاع العملي على التجربة التونسية علما بان هذا الاجتماع يستمر الى

نسبة 55٪ من حجم التغطية مع حلول سنة 1996

وتجسد الاشارة الى ان نصف النساء في تونس يستعملن وسيلة من وسائل التنظيم العائلي المعروفة والحاضر معدل النمو السكاني من 3.1٪ عام 1966 الى 1.9٪ سنة 1992 كما شهد مؤتمر انخفاض ملحوظ من 7.15٪ عام 1966 الى 3.4٪ عام 1992

وقد لعبت البرامج الصحية لوزارة الصحة العمومية دورا كبيرا في الضغط على نسبة الوفيات في صفوف الاطفال

تابع للديوان القروي للأسرة والعمارة البشري منذ عام 1976 بل ان الاشراف اصحى عطية تدخر في صلب نشاطه القومي للديوان علما بان الاشراف يشمل النواحي الصحية والادارية والتربوية والتكوينية والمحوث والدراسات

وتتر مدير التعاون الدولي بديوان الاسرة ان نسبة التغطية التي يوفرها الديوان قد بلغت مع موفى سنة 1992 حوالي 53٪ وهي النسبة التي كان من المنتظر تحقيقها مع نهاية المخطط الثامن، ومن المتوقع ان يصل الديوان الى

المؤسساتي على برامج التنظيم العائلي اي دراسة كيفية الاشراف على التنظيم العائلي بالاعتماد على مؤسسات مختصة

وقد اهدانا السيد احمد باللطيف مدير التعاون الدولي في الديوان بان الاختيار على تونس لعقد هذا الاجتماع الدوري السادس، يعكس رغبة المجلس الاستشاري الاقليمي للداران الفركوبية (FRAC) للاستفادة من التجربة التونسية باعتبار ان بلادنا الوحيدة في العالم الثالث التي تملك فريقا للاشراف على التنظيم العائلي

بر - الصباح  
تم بتونس حسابيا  
سواء الدوري السادس  
ر الاستشاري الاقليمي  
الفركوبية بمناقشة  
التنظيم العائلي وذلك  
كئة 10 ممثلين عن دور  
ية اضافة التي ممثلين  
وان المغرب الغربي  
نة و عدد من الوكالات  
صة في هذا المجال من  
ات المتحدة الامريكية  
ماور هذا الاجتماع  
ي. الذي يشرف على  
بنة الديوان القومي  
ة والعمارة البشري.  
ص. س. الاشراف

الجمعة 24 ابريل 1993

LE RENOUVEAU  
Mardi 23 Novembre 1993

## VI<sup>ème</sup> réunion du Comité consultatif francophone

### Une meilleure gestion des programmes

Après sa Vème réunion qui a eu lieu au Rwanda en 1992, le Comité Consultatif Régional Francophone (FRAC) a choisi la Tunisie pour sa sixième réunion qui se tient du 22 novembre au 3 décembre 1993.

Le thème central de la réunion "l'institutionnalisation de la supervision. L'accent sera mis sur la manière qui permettrait la supervision de devenir une pratique standard dans un programme de planning familial et les types d'obstacles à surmonter pour soutenir la prestation de services de haute qualité ainsi que la prise de décision décentralisée.

Organisée par l'Office National de la Famille et de la Population en collaboration avec la Family Planning Management Development (FPMID), cette manifestation a été ouverte hier matin par M. Hédi Mhenni, ministre de la Santé publique.

Cette importante manifestation scientifique groupe de hauts cadres venus de quatorze pays du Maghreb, de l'Afrique sub-saharienne et de

Haut ainsi qu'un certain nombre d'agences internationales spécialisées dans le domaine de la gestion des populations.

"Le choix de la Tunisie est pour nous un motif de fierté et un hommage éloquent rendu à notre pays", a déclaré, M. Mhenni, lors de la séance inaugurale de la VI<sup>ème</sup> réunion du Comité consultatif régional francophone.

Le ministre devait encore préciser sa satisfaction du choix du FRAC du programme de l'ONFP pour servir de modèle et de toile de fond pour une réflexion profonde des participants sur ce sujet.

"Vous aurez, en effet, l'occasion de vous informer et certainement de vous inspirer d'un programme très riche, et très varié de par son "expérience, sa globalité et ses objectifs humanitaires émanant d'une volonté politique bien établie", a-t-il ajouté.

Le but de cette VI<sup>ème</sup> réunion est d'amener les participants à améliorer la gestion des pro-

grammes de planning familial dans leurs pays respectifs travers la réflexion approfondie, observations sur terrain, les échanges d'expériences et l'élaboration de plans d'action. L'objectif final, étant d'identifier et d'étaler les stratégies et les modalités à mettre en œuvre pour institutionnaliser la supervision.

Au terme de la réunion de Tunis, qui durera près de 10 jours, les participants définiront le cadre conceptuel de la supervision, ce qui sera un système institutionnalisable et durable, et évaluer le degré d'institutionnalisation et élaborer un plan pour amener les décideurs à soutenir les activités de supervision en les intégrant dans leurs budgets.

"La supervision :

Un élément de la gestion... qui vise à la meilleure utilisation de l'effort humain pour atteindre les objectifs des services sanitaires.

... c'est un processus... qui permet une meilleure performance et par ce biais, une meilleure organisation.

#### مسؤولون سامون عن القطاع الصحي في 14 بلدا يجتمعون بتونس

ترأس السيد الهادي مهي وزير الصحة العمومية اول امير بتونس الجلسة الافتتاحية للاجتماع السادس لمنتدى الاستشارية الاقليمية للداران المستعملة للفركوبية المكلفة بالتصرف في برامج التنظيم العائلي الملتزمة بتونس من 22 نوفمبر الى 3 ديسمبر 1993 بمشاركة مسؤولين سامون في القطاع الصحي من 14 بلدا من المغرب العربي وادققت اجلاسهم

l'organisation et la gestion des programmes de planification familiale

Un exemple à suivre.

**Planification familiale**

Ce matin, à l'Oriental Palace, s'ouvrira sous la présidence de M. Hédi Mhenni, ministre de la Santé, la sixième réunion du Comité consultatif francophone régional, chargé des programmes de planification familiale.

Le monde rural



FPMD  
Management Sciences for Health  
400 Centre Street  
Newton, MA 02158, U.S.A.

May 23, 1994

Nate Wooley  
POL/CDIE/DI  
Room 209 SA-18  
A.I.D.  
Washington, D.C. 20523-1802

Dear Mr. Wooley:

Please find enclosed a copy of the report from the sixth Francophone Regional Advisory Committee (FRAC VI). This FRAC meeting was held in Tunis during November - December, 1993 to examine the institutionalization of supervision.

FPMD is pleased to announce that we collected supervision documents from each of the 13 countries who were present at the FRAC in Tunis. These individual documents have been compiled and distributed to FRAC participants in the hope that they will be a benefit from examples of supervisory documents from other francophone countries.

If you would like to receive a copy of the "supports de supervision", please contact me at (617) 527-9202.

Regards,

A handwritten signature in cursive script that reads "Anne Williams".

Anne Williams  
Program Assistant