

OCTOBRE 2014

REPOSITIONNEMENT DE LA PLANTIFICATION FAMILIALE AU TOGO



La délégation des tâches

Cette publication a été préparée par Mamadou Konate ¹, Modibo Maiga ², et Annie Chen. ²

¹ Consultant ² Projet de politique de santé (HPP)

Citation suggérée : Konaté, M., M. Maiga et A. Chen. 2014. *Repositionnement de la Planification Familiale au Togo : La Délégation des Tâches*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project.

ISBN : 978-1-59560-058-5

Le Projet de Politique Sanitaire est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence Américaine pour le Développement International sous l'égide de l'accord # AID-OAA-A-10-00067, qui a pris effet le 30 septembre 2010. Ce projet est mis en oeuvre par le Futures Group en collaboration avec le Plan International USA, Avenir Health (anciennement Futures Institute), Partners in Population and Development, le Bureau Régional Afrique (PPD ARO), Population Reference Bureau (PRB), RTI International, et la l'Alliance du Ruban Blanc pour une Maternité sans Risque (WRA).

Repositionnement de la Planification Familiale au Togo : La Délégation des Tâches

OCTOBRE 2014

Cette publication a été préparée par Mamadou Konate (consultant), Modibo Maiga, et Annie Chen du Projet de politique de santé (HPP)

Les informations fournies dans ce document ne sont pas officielles et n'émanent pas du gouvernement américain. Elles ne représentent ni le point de vue ni la position de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	iv
Résumé Analytique	v
Aperçu du Contexte	v
Synthèse des Résultats	vi
Sommaire des Recommandations	ix
Abreviations et Acronymes	x
Introduction.....	1
Contexte.....	1
Objectifs de L'étude.....	3
Méthodologie	4
Revue Documentaire.....	4
Entretiens Approfondis	4
Echantillon	4
Analyse des Données	4
Limites de L'étude	5
Résultats.....	6
Sources D'approvisionnement Existantes de Contraceptifs	6
L'implication des Agents par Catégorie dans L'offre de Contraceptifs	7
Suggestions des Participants pour Améliorer le Partage des Tâches au Niveau des Services de PF à Base Communautaire	17
Conclusions.....	19
Recommandations	20
Annexe A. Liste des Informateurs-Clés pour la Délégation des Tâches au Togo	21
Annexe B. Guide d'Entretien de la Délégation des Tâches A	23
Section 1 : Introduction.....	23
Section 2 : Informations Générales.....	23
Section 3 : La Questionnaire Guide A	24
Annexe C. Guide d'Entretien de la Délégation des Tâches B	29
Section 1 : Introduction.....	29
Section 2 : Informations Générales.....	29
Section 3 : La Questionnaire Guide B.....	30
Références	35

REMERCIEMENTS

Les auteurs de cette analyse aimeraient remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la conception de ce rapport. Nous remercions le ministère de la Santé du Togo d'avoir accueilli favorablement le principe de cette étude et donné son soutien politique indispensable à sa réalisation. Nous tenons, en particulier, à remercier la directrice générale de la Santé, le docteur Adzoa Akpedze Nomenyo, d'avoir autorisé et favorisé l'introduction de l'équipe auprès des structures en partenariat, avec lesquelles le travail a été réalisé. Nous remercions également le docteur Kassouta N'Tapi, chef de la division Santé de la reproduction.

Les auteurs tiennent à remercier spécialement le bureau de Futures Group pour l'Afrique de l'Ouest, Futures Group Washington et le Bureau Régional de l'USAID/Afrique de l'Ouest pour leur collaboration et soutien à la réalisation de cette étude.

L'équipe remercie Mme Jeannine Agouké pour l'efficacité avec laquelle elle a facilité les rencontres avec les personnes-ressources. Merci à tous ceux qui ont donné de leur temps et surtout à ceux qui ont bien voulu partager leurs riches expériences en tant qu'acteurs-clés de la santé au Togo.

RESUME ANALYTIQUE

Aperçu du Contexte

C'était dans la perspective d'une utilisation accrue des méthodes de planification familiale (PF) que le gouvernement du Togo a décidé de mettre l'accent sur la délégation des tâches pour la prestation de services dans ce domaine. Son plan de repositionnement de la PF 2013–2017, sa politique sur les interventions à base communautaire et sa politique en matière de santé de la reproduction/planification familiale/infections sexuellement transmissibles (SR/PF/IST), entre autres, constituent les outils du gouvernement togolais pour la réalisation de cet objectif.

Grâce au financement du projet AWARE II de l'USAID, le Togo s'engage à prioriser la délégation des tâches et à permettre au personnel des services de planification familiale de niveau inférieur et au personnel non clinique, dont notamment les agents de santé communautaire (ASC), d'offrir le premier cycle de la pilule et d'administrer des contraceptifs injectables.

En outre, la stratégie de l'offre des services de proximité par une catégorie de personnel non médical a été mise en œuvre au Togo, ce qui a permis de rendre les contraceptifs accessibles jusqu'au niveau des villages. En 2011, le projet AWARE II a mis cette stratégie en œuvre dans deux districts sanitaires du Togo et en même temps a mis l'accent sur le transfert des tâches dans le domaine de la PF. Ce projet a lancé l'offre de méthodes à courte comme à longue durée d'action (pilule et contraceptifs injectables) par les ASC. Depuis que le projet AWARE II a permis d'expérimenter avec succès l'administration des méthodes injectables par ces agents, sa mise à l'échelle se fait progressivement et se limite, dans la plupart des cas, aux ASC formés à la distribution à base communautaire (DBC), ce qui leur permet d'administrer les contraceptifs injectables. Lorsqu'on leur demande quels sont leurs besoins de perfectionnement, ces agents demandent des compétences plus élargies en matière de l'offre de services de santé.

La disponibilité des contraceptifs au Togo est assurée en fonction de leur schéma d'utilisation normal. Cependant, malgré les efforts réalisés pour que les prévisions restent au plus près de la consommation potentielle estimée, quelques périodes de non disponibilité temporaire subsistent. Ces lacunes affectent l'accès permanent, notamment au niveau communautaire, qui est l'extrémité de la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs.

Afin de soutenir tous ces efforts, le Projet de politique de santé (HPP), financé par l'USAID, a assemblé une équipe de chercheurs pour identifier les voies et les moyens susceptibles de favoriser la réussite de l'offre de services de PF au niveau communautaire. L'équipe HPP a mené une revue de la littérature des documents politiques avant de réaliser des entretiens approfondis et des discussions en groupe dirigées avec des informateurs-clés. Ces étapes ont servi à recueillir les données nécessaires pour réaliser une analyse des politiques de délégation des tâches et des aspects de la mise en œuvre de ces politiques. L'équipe chargée de l'étude s'est engagée à dénicher les informations-clés ci-dessous :

1. Une meilleure connaissance des sources d'approvisionnement existantes des contraceptifs
2. La nature de l'implication des agents par catégorie dans l'offre de médicaments et de contraceptifs
3. Les politiques et les directives actuelles du gouvernement concernant la distribution des contraceptifs
4. Les suggestions des participants pour améliorer le partage des tâches de planification familiale à base communautaire et la distribution des produits de PF.

Synthèse des Résultats

En général au Togo, les prestataires de santé, comme les médecins et les sages-femmes, proposent une gamme complète de services de planification familiale. Les infirmiers et les agents de santé communautaire fournissent les contraceptifs oraux et administrent les injections de Depo-Provera et de Noristerat, mais ils ne sont pas autorisés à réaliser les insertions d'implants contraceptifs ou les poses de dispositifs intra-utérins (DIU). Les aides-soignants, quant à eux, sont autorisés à fournir des contraceptifs oraux et, sous surveillance, à administrer des injections de Depo-Provera ou de Noristerat, mais ils ne peuvent pas effectuer les insertions de dispositifs contraceptifs. Les agents de marketing social fournissent les contraceptifs oraux, les préservatifs et l'éducation sur la planification familiale. Les pharmaciens proposent uniquement des informations et des préservatifs. Le tableau 1 ci-dessous montre la délégation des tâches pour 16 services de planification familiale au Togo.

Tableau 1 : Offre de Services de Planification Familiale au Togo, par Catégorie de Personnel et Structure de Santé

Type de Service	Niveau de la Prestation de Service							Centre de Santé Public	Prestataire Privé ou ONG
	Agent de Marketing Social	Pharmacien ¹	Agent de Santé Communautaire	Aide-Soignant	Infirmier ²	Sage-Femme ³	Médecin		
Conseils	x	x	x	x	x	x	x	Toutes ces catégories de personnel de PF se retrouvent dans les centres de santé publics à des niveaux différents : CHU, CHR, hôpitaux de district, centres de santé, dispensaires.	Cette catégorie comprend des médecins, sages-femmes, infirmiers, assistants médicaux et aides-soignants
Visites à domicile	x		x	x	x	x			
Causeries d'éducation pour la santé	x	x	x	x	x	x	x		
Contraceptifs oraux combinés	x		x	x	x	x	x		
Pilules progestatives	x		x	x	x	x	x		
Préservatifs	x	x	x	x	x	x	x		
Injection de Depo-Provera			x	x (sous supervision)	x	x	x		
Injection de Noristerat			x	Idem	x	x	x		
Dispositif intra-utérin						x	x		
Ligature bilatérale des trompes						x ATBEF	x		

¹ Pharmaciens : inclus les gérants de dépôts et les pharmaciens des formations sanitaires

² Il existe deux catégories d'infirmiers : les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et ceux de niveau BEPC (brevet d'études du premier cycle).

Type de Service	Niveau de la Prestation de Service							Centre de Santé Public	Prestataire Privé ou ONG
	Agent de Marketing Social	Pharmacien ³	Agent de Santé Communautaire	Aide-Soignant	Infirmier ⁴	Sage-Femme ³	Médecin		
Vasectomie						Idem	x	Toutes ces catégories de personnel de PF se retrouvent dans les centres de santé publics à des niveaux différents : CHU, CHR, hôpitaux de district, centres de santé, dispensaires.	Cette catégorie comprend des médecins, sages-femmes, infirmiers, assistants médicaux et aides-soignants
Insertion d'implant						x	x		
Contraception d'urgence						x	x		
Méthodes d'abstinence périodique	x	x	x	x	x	x	x		
Méthodes à longue durée d'action (LAM)						x	x		
Supervision des cadres inférieurs						x ⁵	x		

³ Pharmaciens : inclus les gérants de dépôts et les pharmaciens des formations sanitaires

⁴ Il existe deux catégories d'infirmiers : les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et ceux de niveau BEPC (brevet d'études du premier cycle).

⁵ Les sages-femmes font partie des équipes cadres de district. Elles sont responsables en SR/PF au niveau des districts et servent en tant que points focaux en SR. A ce titre, elles font partie des équipes de supervision.

En faisant de la délégation des tâches, notamment au niveau communautaire, sa principale stratégie pour rendre accessible les méthodes modernes de PF par les agents de santé communautaire, le Togo s'est engagé de pied ferme dans le repositionnement de la planification familiale. Qui plus est, en choisissant de rendre les méthodes modernes de PF accessibles par les ASC, le gouvernement démontre sa volonté de fournir un canal d'information et d'approvisionnement relativement neutre, discret et confidentiel. De par les tâches qui leur sont confiées et les services qu'ils offrent, les ASC ont une fonction à la fois sociale et paramédicale. Cela témoigne grandement de l'importance de leurs rôles là où il n'y a pas nécessairement de compétence médicale pour assurer l'offre et le suivi des méthodes modernes de PF.

Les prestataires ont constaté que les nouvelles utilisatrices de PF sont réceptives aux témoignages positifs spontanés des clientes satisfaites de PF dans les salles d'attente. Il s'agit d'instaurer dans les salles d'attente des services de PF une forme de communication pour le changement de comportement (CCC).

Sommaire des Recommandations

Les auteurs de cette analyse estiment qu'il est d'une importance primaire de réviser la politique nationale en santé communautaire du Togo, aussi bien que les politiques, normes et procédures dans ce domaine (ou tout au moins d'élaborer une directive) afin d'autoriser de manière explicite et formelle les ASC à fournir plusieurs méthodes de planification familiale à long terme ou permanentes en plus du le premier cycle de pilules contraceptives et à administrer les contraceptifs injectables. Nous proposons également, en appui à cette nouvelle orientation, les recommandations suivantes :

1. Assurer des formations régulières et un processus de certification pour les ASC.
2. Etablir un partenariat entre les secteurs public et privé de la santé.
3. Augmenter les séances d'information, d'éducation et de communication (IEC) ainsi que de communication pour le changement de comportement (CCC) à l'intention des clientes de planification familiale.
4. Recycler périodiquement les ASC.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ASC	agent de santé communautaire
ATBEF	Association togolaise pour le bien-être familial
BAC	baccalauréat
BEPC	brevet d'études du premier cycle
CCC	communication pour le changement de comportement
CEPD	certificat d'études du premier degré
CHR	centre hospitalier régional
CHU	centre hospitalier universitaire
CM	centre médico-social
CPC	consultation préconceptionnelle
CPN	consultation postnatale
DBC	distribution à base communautaire
DGSCN	direction générale de la Statistique et de la Comptabilité nationale
DIU	dispositif intra-utérin
DRC	direction régionale de la Santé
DSF	division de la Santé familiale
FAMME	Force en action pour le mieux-être de la mère et de l'enfant
FNUAP	Fonds des Nations-Unies pour la population
HPP	Projet de politique de santé (Health Policy Project)
IDE	infirmiers diplômés d'Etat
IEC	information, éducation et communication
IST	infection sexuellement transmissible
LAM	méthode de contraception à longue durée d'action (long-acting method)
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples (Multiple Indicators Cluster Survey)
MS	ministère de la Santé
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PF	planification familiale
POMEFA	Pour une meilleure famille
PPE	prophylaxie post-exposition
PSI	Population Services International
SMI	santé maternelle et infantile
SR	santé de la reproduction
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international (U.S. Agency for International Development)

INTRODUCTION

Les neuf pays francophones d’Afrique de l’Ouest⁶ connaissent des taux de fécondité très élevés (5,5 naissances par femme, en moyenne). A ce rythme, les populations de ces pays devraient doubler en une génération (Population Reference Bureau 2012). Les efforts visant à réduire les besoins non satisfaits en contraception de 34 % à 17 % ont été lents, en partie en raison de la pénurie et de la répartition inégale du personnel de la santé dans la région. La délégation des tâches est une stratégie recommandée par l’Organisation mondiale de la Santé (OMS), entre autres, pour répondre à cette problématique. L’OMS (2013) indique que la délégation des tâches, ou le partage des tâches, « *constitue l’une des stratégies susceptibles d’améliorer l’utilisation des ressources du système de santé [en formant] des catégories d’agents de santé qui ne possèdent normalement pas les compétences nécessaires à la réalisation de tâches spécifiques afin qu’ils puissent s’en charger et améliorer ainsi l’accès aux soins de santé* ». Par conséquent, pour résumer ce processus, les auteurs des recommandations de l’OMS sur ce sujet préfèrent parler de « *l’optimisation de la fourniture d’interventions essentielles efficaces* ».

La littérature existante montre que les services de distribution à base communautaire (DBC) de PF peuvent constituer une stratégie efficace dans les zones mal desservies de l’Afrique francophone. Par exemple, un projet visant à déterminer si les agents de santé communautaire (ASC) du Togo étaient en mesure de fournir la pilule aux nouvelles utilisatrices et d’administrer des contraceptifs injectables a montré que 27 % des femmes en âge de reproduction dans les districts étudiés ont adopté des méthodes contraceptives modernes. En outre, les programmes impliquant des ASC qui sont mis en œuvre au Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger montrent que les communautés sont disposées à recevoir des services de counseling et de planification familiale prodigués par les prestataires des services de santé formés « *de niveau inférieur* ». Cela indique que, étant donné le niveau élevé de besoins non satisfaits dans ces communautés, la délégation des tâches est une solution possible pour favoriser l’accès de davantage de femmes à des services de planification familiale.

Dans le cadre du projet AWARE II financé par l’USAID, quatre pays cibles de l’USAID en Afrique de l’Ouest (le Burkina Faso, le Togo, le Niger et la Mauritanie) ont signé des protocoles d’entente pour permettre une certaine forme de délégation des tâches pour la distribution à base communautaire des contraceptifs et les services de planification familiale.

Pendant l’application du cadre de suivi et d’évaluation (*M&E framework*) des efforts de repositionnement de la planification familiale au Togo, et au cours du processus de planification et de budgétisation du plan national d’action pour la PF (réalisé dans le cadre du partenariat de Ouagadougou, auquel le projet HPP a participé), le Togo a accordé une priorité à la délégation des tâches pour permettre aux prestataires de niveau inférieur et aux prestataires non cliniques—notamment aux ASC—d’offrir aux femmes le premier cycle de la pilule et d’administrer les contraceptifs injectables.

Contexte

La loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de reproduction au Togo est en soi un premier cadre de référence qui facilite en partie la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction et de planification familiale. Elle réaffirme les droits des femmes en matière d’information, d’éducation et d’accès aux services de santé de la reproduction.

⁶ Le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d’Ivoire, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Togo.

En février 2011, la conférence de Ouagadougou, sur le thème « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest : l'urgence d'agir », a réuni huit pays francophones de la région. A l'issue des assises, les pays se sont engagés à prendre des mesures concrètes pour favoriser l'utilisation de la planification familiale, parmi lesquelles sa prise en compte dans les plans nationaux de développement et dans les stratégies pour la croissance économique et la réduction de la pauvreté, entre autres. En outre, ils se sont fixé un rehaussement de 30 % du nombre de professionnels de santé formés et autorisés à offrir les services de planification familiale et de santé de la reproduction.

A la suite des engagements internationaux pris à Ouagadougou, et pendant le sommet de Londres sur la planification familiale, tenu en juillet 2012, le Togo a élaboré son plan national de repositionnement de la PF pour les années 2013 à 2017. La politique des interventions à base communautaire et la politique et les normes en SR/PF/IST ont été également élaborées et mises en œuvre pour assurer l'atteinte des objectifs. La bonne gestion des ressources humaines constitue l'élément principal de la réalisation de ce projet. C'est la raison pour laquelle le Togo, avec des effectifs de personnel de santé qualifié relativement faibles, s'est engagé dans la mise en place des stratégies de délégation des tâches, notamment dans le domaine de la planification familiale, et en particulier dans le domaine de la distribution à base communautaire de contraceptifs.

Les informations qui suivent font état des progrès réalisés dans l'opérationnalisation de la délégation des tâches en planification familiale au Togo. Elles ont été fournies lors de la présentation de la délégation du Togo à la Conférence internationale sur la planification familiale à Addis-Abeba en novembre 2013. Elles donnent un aperçu de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (pilule, contraceptifs injectables, préservatifs, spermicides) qui a commencé au Togo en 2011. Le Togo est le seul pays d'Afrique de l'Ouest francophone qui a expérimenté une telle approche et qui a autorisé les ASC à offrir à la fois la première dose de la pilule et les contraceptifs injectables. L'initiative a été lancée dans le district sanitaire de Haho. En 2012, elle a couvert cinq districts en tout (Haho, Blitta, Vo, Tchamba, Kpendjal). En 2013, la DBC couvrait sept districts sanitaires (Haho, Blitta, Vo, Tchamba, Kpendjal, Yoto, Oti) sur les 40 que compte le Togo. A la fin de l'année 2013, 720 agents de santé communautaire avaient été formés dans le cadre de la DBC.

Certaines zones au Togo ont difficilement accès à la PF. Des stratégies avancées ou mobiles ont donc été développées afin de rapprocher l'offre de services aux populations rurales. La mise en œuvre des mesures politiques a nécessité des programmes appropriés, parmi lesquels la distribution à base communautaire de contraceptifs et l'utilisation de personnel dit « non qualifié ». Dans cette optique, les agents de santé sont sélectionnés au sein de la communauté et formés. Ils ont comme mandat de fournir des prestations de base, telles que la distribution de la pilule. Depuis 2011, le projet AWARE II a permis d'expérimenter l'administration des méthodes contraceptives injectables par ces agents. La mise à l'échelle se fait progressivement dans le pays, notamment par le Fonds des Nations-Unies pour la population (FNUAP). Cette stratégie d'offre de services de proximité par une catégorie de personnel non médical permet de rendre les contraceptifs accessibles jusqu'au niveau des villages. Elle a fait ses preuves dans d'autres pays en améliorant l'accès à des services de planification familiale de qualité.

Le tableau 2 ci-dessous donne les indicateurs de l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) réalisée en 2010 au Togo. Le MICS est une enquête nationale sur les ménages, les femmes de 15 à 49 ans, les enfants de moins de cinq ans et les hommes de 15 à 59 ans. Les résultats sont ventilés par zone géographique (le niveau national, les cinq régions du pays, la ville de Lomé) et par milieu de résidence (urbain ou rural).

Tableau 2 : Récapitulatif des Résultats de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) au Togo, 2010

Indicateurs	Valeurs
Taux de fécondité des adolescentes	88 pour mille
Grossesses précoces	17,3 %
Taux de prévalence contraceptive	15,2 %
Besoins non satisfaits en contraception	37,2 %
Couverture des soins prénataux	71,6 %
Accouchements institutionnels (structures de santé)	66,5 %

Source : DGSCN 2010.

Objectifs de L'étude

Pour soutenir la mise en œuvre de la présente étude au Togo, le Projet de politique de santé (HPP), financé par l'USAID, a mis en place une équipe pour évaluer les politiques de délégation des tâches et leur mise en œuvre au Togo. Entre le 16 et le 23 juin 2013, l'équipe HPP a mené une revue de la littérature des documents de politique et a organisé des entretiens approfondis ainsi que des groupes cibles pour recueillir des données sur les politiques de délégation des tâches. Entre le 18 et le 28 novembre 2013, l'équipe HPP a conduit des entretiens approfondis avec les informateurs-clés au Togo dans le cadre de la distribution à base communautaire (DBC) de la pilule et des contraceptifs injectables, ainsi que dans celui de la fourniture permanente de méthodes contraceptives à longue durée d'action par le personnel de santé de niveau inférieur. La revue comprenait non seulement l'existence ou non des principales politiques, normes et procédures, mais également le niveau de mise en œuvre de celles-ci.

La présente analyse de l'équipe HPP a pour objectifs spécifiques de documenter 1) les sources d'approvisionnement existantes des contraceptifs, 2) l'implication des agents par catégorie dans l'offre de médicaments et de contraceptifs, 3) les politiques et directives actuelles du gouvernement concernant la distribution des contraceptifs et 4) les suggestions des participants pour améliorer le partage des tâches à base communautaires liées aux services et produits de planification familiale.

METHODOLOGIE

Le projet HPP a effectué une revue de la littérature des documents de politique en matière de la délégation des tâches de planification familiale en Togo. La revue de la littérature porte sur les politiques nationales de santé et les directives de prestation de services, notamment dans le domaine de la planification familiale et santé de la reproduction. Après la revue de la littérature, le projet a conduit des entretiens approfondis et des discussions en groupe dirigées avec des informateurs-clés afin de recueillir des données qui étaiéraient plus tard l'analyse des politiques de délégation des tâches et de la mise en œuvre de celles-ci.

Revue Documentaire

Dans le cadre de sa revue de la littérature, le projet HPP a examiné les documents d'orientation nationale de PF, comme les politiques, normes et procédures et les directives de prestation de services de PF. Les chercheurs ont aussi fait appel à des analyses antérieures concernant la PF et les besoins non satisfaits. L'équipe HPP a analysé ces documents pour repérer des lacunes dans les politiques et pour déceler ceux qui favorisent et ceux qui posent des obstacles à la DBC et à la délégation des tâches.

Entretiens en Profondeur

Un chercheur a conduit les entretiens approfondis et les discussions en groupe dirigées sur la manière dont la délégation des tâches fonctionne dans la pratique, en utilisant des questionnaires semi-structurés, suivant l'approche utilisée dans la recherche primaire. L'outil de collecte de données s'est basé sur les conseils de l'OMS contenus dans le document Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale (OMS 2012). Avant de démarrer les entretiens, l'équipe a obtenu le consentement oral des interviewés. Pour des fins de confidentialité, aucun indice ne permet l'identification des personnes interrogées. Le chercheur a ensuite mené les entretiens à l'aide d'un guide structuré, enregistré la conversation sur dictaphone pour une transcription ultérieure et pris des notes lui-même directement sur le guide d'entretien. La durée de chaque entretien a varié entre 30 et 45 minutes. Les entretiens ont été réalisés en français et enregistrés par le chercheur. Deux assistants ont ensuite transcrit et analysé les enregistrements.

Echantillon

L'équipe de l'étude a choisi des informateurs-clés issus des secteurs public et privé, des niveaux national et régional ainsi que de trois districts : Tsévié, Notsé, et Lomé. Seuls les ASC ont participé aux discussions en groupe dirigées. En raison de contraintes de temps, l'équipe a obtenu des agents de santé communautaires des types d'information similaires à travers les entretiens approfondis et les discussions en groupe. Les ASC ont été contactés par le district de soins de santé communautaire et invités à y participer. Ces discussions en groupe ont eu lieu dans deux zones rurales : Tsévié et Notsé. L'échantillon de l'étude se composait de 27 informateurs-clés au total (Annexe A), selon la répartition suivante : responsables du ministère de la Santé (n=5) ; membres du personnel de santé des districts sanitaires, dont du secteur public (n=3) ; membres du personnel de santé provenant du secteur privé (n=5) ; partenaires techniques et financiers (n=2) ; représentants d'organisations non gouvernementales (ONG) locales (responsables et prestataires de services) (n=3) ; responsables d'ONG internationales (n=2) et ASC (n=7).

Analyse des Données

L'analyse des transcriptions et des notes d'entretien a porté sur la DBC des contraceptifs et la mise en œuvre de la politique concernant la délégation des tâches. Les données dans le tableau 1 résument les

réponses des informateurs-clés obtenues au cours des entretiens. Elles couvrent 16 types de services de planification familiale différents offerts par huit catégories de prestataires de divers niveaux des secteurs public et privé. La liste complète des services de planification familiale comprend les causeries d'éducation, le counseling, les visites à domicile et la supervision ainsi que la fourniture de méthodes contraceptives dont les contraceptifs oraux, les préservatifs, les contraceptifs hormonaux injectables, les implants contraceptifs, les dispositifs intra-utérins et les méthodes permanentes comme la vasectomie et la ligature des trompes. Inclus dans les catégories de prestataires sont les agents de marketing social, les pharmaciens, les agents de santé communautaire, les aides-soignants, les infirmiers, les sages-femmes et les médecins.

Limites de L'étude

Une des limites des entretiens en profondeur est la petite taille de l'échantillon, ou le nombre limité de personnes interrogées. Les données recueillies à partir des entretiens doivent donc rester dans leur contexte thématique et d'opinion individuelle.

RÉSULTATS

Les résultats de l'étude fournissent des informations complètes sur la répartition des tâches de planification familiale au Togo par rapport aux quatre variables principales que nous avons explorées : (1) les sources d'approvisionnement existantes de contraceptifs, (2) l'implication des agents par catégorie dans la fourniture de médicaments et/ou de contraceptifs injectables, (3) les politiques et les directives actuelles du gouvernement concernant la distribution des contraceptifs et (4) les suggestions des participants pour améliorer le partage des tâches des services de planification familiale à base communautaire et la distribution des produits de PF.

Sources d'approvisionnement Existantes de Contraceptifs

Au Togo, les sources d'approvisionnement pour les contraceptifs sont soit gouvernementales soit privées. La division de la Santé familiale (DSF) est chargée de l'approvisionnement de toutes les structures nationales ainsi que de celui des organisations et agences non gouvernementales. Pour ce faire, la DSF doit répertorier et quantifier les besoins en contraceptifs à travers le pays, puis se procurer les contraceptifs et approvisionner les régions. Les partenaires techniques et financiers contribuent à l'achat des contraceptifs par les structures nationales en octroyant des subventions. A titre d'exemple, en 2011, le FNUAP aurait contribué à hauteur de 51 % du financement global de la PF au Togo.

Les pharmacies et les structures sanitaires privées s'approvisionnent en contraceptifs auprès de leurs propres fournisseurs, essentiellement des centres d'achat qui achètent, à leur tour, auprès des firmes pharmaceutiques.

Disponibilité des contraceptifs aux niveaux public et communautaire

Selon les réponses des participants, la non disponibilité temporaire est la rupture de stock des contraceptifs due essentiellement à la faible capacité à prévoir les besoins, à mettre à jour les inventaires disponibles et le taux moyen de consommation (ce qui est dispensé aux utilisateurs), et les pertes ou ajustements.

L'approvisionnement au niveau national se fait en cascade suivant les échelons de la pyramide sanitaire. La DSF approvisionne le niveau régional, qui à son tour approvisionne les districts sanitaires. Ces derniers gèrent normalement les formations sanitaires et les agents de santé communautaire qui travaillent dans les villages de leurs districts. Les agents de santé s'approvisionnent donc au niveau de ces districts.

La disponibilité des contraceptifs, au-delà du schéma d'utilisation normal, est quelquefois confrontée à une demande plus lente qui induit un stockage plus long et, par conséquent, une péremption des produits. Ce, malgré les efforts faits dans les prévisions pour rester au plus près de la consommation potentielle estimée. Outre les facteurs mentionnés ci-dessus, le manque d'infrastructures de proximité qui offrent les services de PF et la pénurie de personnel qualifié ou formé peuvent également être des raisons de non disponibilité des contraceptifs, notamment en milieu rural.

Pour combler ces lacunes, ces structures, à l'image de l'hôpital de Tokoin où les approvisionnements sont trimestriels, ont développé des stratégies de réapprovisionnement appropriées au moyen de l'achat direct. On peut citer l'exemple de l'hôpital de Tokoin, où les approvisionnements sont trimestriels.

En cas de rupture de stock, on va acheter à Lomé Commune, qui est le dépôt de contraceptifs de notre commune. Cependant, avec les difficultés d'approvisionnement, actuellement il n'y a pas de périodicité d'approvisionnement.

~ Informatrice-clé, sage-femme

Le niveau communautaire constitue l'extrémité de la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs, et pourtant c'est au niveau communautaire que les produits atteignent la majorité des consommateurs. « *Donc, la chaîne va jusqu'au niveau des villages où se trouvent les agents de santé communautaire* », précise un médecin de Lomé. Toute rupture survenant en amont de la chaîne d'approvisionnement affecte ce dernier niveau de façon un peu plus importante, compte tenu de l'absence d'accès aux sources alternatives que sont les pharmacies privées, par exemple.

Les raisons de non disponibilité aux deux niveaux

Beaucoup de participants prestataires de service ont indiqué que les méthodes contraceptives que demandent les femmes ne sont souvent pas disponibles. Les indicateurs nationaux sur les infrastructures sanitaires offrant les services de PF au Togo confirment ces insuffisances au niveau des infrastructures. Le tableau 3 ci-dessous démontre que seuls les deux tiers des formations sanitaires proposaient des services de PF en 2013.

Tableau 3 : Nombre de Zones Administratives et de Formations Sanitaires Proposant des Services de PF

Zones Administratives et Formations Sanitaires	Nombre
Régions sanitaires	6
Districts sanitaires	40
Formations sanitaires	1 019
Formations sanitaires proposant des services d'accouchement	864
Formations sanitaires proposant des services de PF	674

Source : Délégation du Togo 2013.

L'implication des Agents par Catégorie dans L'offre de Contraceptifs

Les entretiens conduits dans le cadre de la présente étude mettent en exergue les délimitations précises de la répartition des tâches au niveau des structures sanitaires. Le tableau 4 ci-dessous, montre la délégation des tâches pour 16 services de planification familiale au Togo.

En général au Togo, les prestataires de santé, comme les docteurs et les sages-femmes, proposent une gamme complète de services de planification familiale. L'une des personnes-ressources interviewées donne une description et un bref historique de ces avancées. Elle met l'accent notamment sur les tous premiers débuts de la pratique de transfert des tâches dans le domaine de la PF, en indiquant que le Togo s'était doté de services communautaires dès 2009. La particularité des services offerts par les ASC était qu'ils se limitaient à l'éducation et aux références des clients aux structures de santé. En 2011, le projet régional AWARE II de l'USAID a introduit dans deux districts de Lomé l'offre initiale de certaines méthodes de planification par les ASC. Ainsi, ce projet a permis aux ASC de fournir non seulement la pilule, mais également des contraceptifs injectables.

Cependant, lors des entretiens approfondis, certains participants ont plaidé pour l'offre de contraceptifs dans des endroits plus proches des domiciles des clients et par un personnel non médical afin de renforcer l'accès à l'information et aux services de planification familiale au niveau communautaire. Beaucoup de prestataires ont indiqué que les médecins et les sages-femmes sont les seules catégories de personnel autorisées à offrir de façon formelle les 16 services de la planification familiale énumérés dans le tableau 4.

Tableau 4 (répété) : Offre de Services de Planification Familiale au Togo, par Catégorie de Personnel et de Structure de Santé

Type de Service	Niveau de la Prestation de Service							Centre de Santé Public	Prestataire Privé ou ONG
	Agent de Marketing Social	Pharmacien ⁷	Agent de Santé Communautaire	Aide-Soignant	Infirmier ⁸	Sage-Femme ³	Médecin		
Conseils	x	x	x	x	x	x	x	Toutes ces catégories de personnel de PF se retrouvent dans les centres de santé publics à des niveaux différents : CHU, CHR, hôpitaux de district, centres de santé, dispensaires.	Cette catégorie comprend des médecins, sages-femmes, infirmiers, assistants médicaux et aides-soignants
Visites à domicile	x		x	x	x	x			
Causeries d'éducation pour la santé	x	x	x	x	x	x	x		
Contraceptifs oraux combinés	x		x	x	x	x	x		
Pilules progestatives	x		x	x	x	x	x		
Préservatifs	x	x	x	x	x	x	x		
Injection de Depo-Provera			x	x (sous supervision)	x	x	x		
Injection de Noristerat			x	Idem	x	x	x		
Dispositif intra-utérin						x	x		
Ligature bilatérale des trompes						x ATBEF	x		
Vasectomie						Idem	x		

⁷ Pharmaciens : inclus les gérants de dépôts et les pharmaciens des formations sanitaires

⁸ Il existe deux catégories d'infirmiers : les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et ceux de niveau BEPC (brevet d'études du premier cycle).

Type de Service	Niveau de la Prestation de Service							Centre de Santé Public	Prestataire Privé ou ONG
	Agent de Marketing Social	Pharmacien ⁹	Agent de Santé Communautaire	Aide-Soignant	Infirmier ¹⁰	Sage-Femme ³	Médecin		
Insertion d'implant						X	X	Toutes ces catégories de personnel de PF se retrouvent dans les centres de santé publics à des niveaux différents : CHU, CHR, hopitaux de district, centres de santé, dispensaires.	Cette catégorie comprend des médecins, sages-femmes, infirmiers, assistants médicaux et aides-soignants
Contraception d'urgence						X	X		
Méthodes d'abstinence périodique	X	X	X	X	X	X	X		
Méthodes à longue durée d'action (LAM)						X	X		
Supervision des cadres inférieurs						X ¹¹	X		

⁹ Pharmaciens : inclus les gérants de dépôts et les pharmaciens des formations sanitaires

¹⁰ Il existe deux catégories d'infirmiers : les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et ceux de niveau BEPC (brevet d'études du premier cycle).

¹¹ Les sages-femmes font partie des équipes cadre de district. Elles sont responsables en SR/PF au niveau des districts et servent en tant que points focaux en SR. A ce titre, elles font partie des équipes de supervision.

Statut d'emploi des catégories d'agents

Le statut du personnel de santé ou des employés dans la santé varie selon la structure qui les emploie. En la matière, le privé se distingue nettement de l'administration publique.

Il est ressorti des entretiens un cloisonnement des tâches dans le secteur privé, selon la hiérarchie médicale. La raison est fondamentalement commerciale. Les médecins sont les seuls habilités à administrer les prestations de PF dans ce secteur et, par conséquent, les services privés sont beaucoup plus chers que ceux des structures sanitaires publiques. Ils sont dédiés à une clientèle capable de les payer. Les sages-femmes n'y interviennent que pour exécuter partiellement les ordonnances du médecin gynécologue. Du moins, c'est ce que font ressortir les propos de cette sage-femme interviewée dans une clinique de Lomé :

Les sages-femmes n'administrent pas la PF. C'est les médecins gynécologues qui le font ici à la place de la sage-femme. Le médecin prescrit sur l'ordonnance. La sage-femme suit la prescription et fait l'exercice à part, ce qu'on fait nous-même à la maison. La sage-femme n'a pas un rôle qui spécifie qu'elle s'occupe de la PF.

~ Informatrice-clé, sage-femme

Comme ces propos le font si bien ressortir, ce monopole des médecins gynécologues dans certaines structures, notamment privées, incite à l'offre de services parallèles et personnalisés, proposés par des sages-femmes à domicile. Ce service personnalisé est moins cher et constitue un revenu d'appoint pour les sages-femmes. Cette pratique est répandue chez les sages-femmes exerçant dans tous les secteurs. Elle traduit la recherche, de la part des clientes de santé maternelle et infantile (SMI) et planification familiale, d'un service personnalisé et d'une qualité à mi-chemin entre le public et le privé.

Les organisations non gouvernementales et le niveau communautaire ont également leurs particularités. Les ONG subventionnent et apportent leur appui technique en organisant des formations. C'est ce que confirme le témoignage, dans une discussion en groupe, d'une ASC formée et convertie dans le marketing social :

Moi, je ne suis pas formée pour administrer les méthodes de la PF, je dois sensibiliser et faire la référence. Mais je vends les condoms, les pilules et la méthode du collier.

~ Discussion en groupe dirigée, ASC

Niveau d'éducation

Au Togo, la hiérarchisation des tâches en matière d'offre de services de PF est reliée à la qualification ; en d'autres termes, elle est corrélée au niveau d'éducation du personnel de santé. Le niveau de supervision permet de comprendre le degré de responsabilité du personnel, qui a la tâche d'assurer la conformité aux normes des services rendus. Le tableau 5 montre la délégation des tâches pour la fourniture de méthodes de planification familiale par types de profession et niveaux d'éducation signalée par les informateurs-clés lors des entretiens approfondis et discussions en groupe dirigées.

Tableau 5 : Délégation des Tâches de PF, par Catégorie de Personnel et Selon le Niveau D'éducation, le Type de Formation et les Services Proposés

Catégorie	Type de Formation	Niveau D'éducation	Services Proposés	Supervision
Médecins gynécologie-obstétrique	Formation supérieure	BAC ¹² + 7	Tous les services de PF	
Sages-femmes	Formation secondaire	BAC + 2	Pilule, contraceptifs injectables, pose de DIU et insertion d'implant	Travaillent sous la supervision d'un médecin
Accoucheuses auxiliaires d'Etat	Formées comme les sages-femmes	BAC + 2		Travaillent sous la supervision d'un médecin ou d'une sage-femme
Accoucheuses permanentes	Formées sur le tas en PF pour l'offre de service	Avant avec le CEPD* aujourd'hui avec le BEPC*	Pilule, contraceptifs injectables, pose de DIU, insertion d'implant	Travaillent sous la supervision d'une sage-femme
Infirmières/infirmiers diplômés d'Etat	Technicien	BAC + 2	Pilule, contraceptifs injectables, pose de DIU, insertion d'implant	Travaillent sous la supervision - d'un médecin - d'une sage-femme
Infirmières/infirmiers	Technicien	BEPC*	Pilule, contraceptifs injectables, pose de DIU, insertion d'implant	Travaillent sous la supervision - d'un médecin - d'une sage-femme
Aides-soignants	Formés sur le tas		Pilule, contraceptifs injectables, pose de DIU, insertion d'implant	Travaillent sous la supervision d'un prestataire qualifié (sage-femme, infirmier, technicien supérieur de santé)

¹² BAC = Le baccalauréat, un diplôme qui sanctionne la fin des études secondaires. Ce diplôme sert de repère à partir duquel le décompte du nombre d'années d'études supérieures est fait pour en apprécier le niveau d'accomplissement, mais aussi pour apprécier la compétence potentielle acquise. Ce système permet de hiérarchiser les individus selon le niveau d'études achevé.

Catégorie	Type de Formation	Niveau D'éducation	Services Proposés	Supervision
Agents de santé communautaire (ASC)	Formés à des tâches spécifiques et techniques de PF	Différents niveaux	Pilule, contraceptifs injectables	Travaillent sous la supervision d'un prestataire qualifié : - sage-femme - infirmier - technicien supérieur de santé

* CEPD = certificat d'études du premier degré. C'est le diplôme donné aux élèves togolais après six années d'école. Après cela les élèves peuvent aller au collège pour atteindre le BEPC.

** BEPC = brevet d'études du premier cycle

Programme de formation suivie

Au Togo, le personnel de santé suit divers types de formations : les formations médicales et paramédicales classiques et les formations professionnelles pour l'acquisition de nouvelles compétences. Ces dernières formations peuvent être classées dans les catégories du recyclage, des perfectionnements ou de la formation permanente. Enfin, il y a les formations du personnel non médical pour la prise en charge d'actes médicaux. Ces dernières sont à classer dans la catégorie de l'initiation à des techniques ou des pratiques spécifiques. Ces formations sont le prélude à un transfert de compétence, voire une délégation des tâches.

Le cas spécifique des accoucheuses permanentes a été abordé comme un exemple de la délégation des tâches organisée à l'interne au sein des maternités.

Les accoucheuses permanentes sont formées sur le tas. Les accoucheuses auxiliaires ont été formées à partir du BEPC.

~ Informatrice-clé, sage-femme

S'il est vrai que le terme « accoucheuse » s'emploie souvent sans beaucoup de précision, un médecin de Lomé lève l'équivoque : « *Habituellement les accoucheuses sont formées. Car chez nous, quand tu parles d'accoucheuse c'est celle-là qui a son BEPC, qui fait trois ans de formation de base, et nous, nous les appelons accoucheuses auxiliaires d'Etat. Elles peuvent offrir toutes les méthodes de contraception, y compris les méthodes de courte durée.* » Les propos du médecin sont confirmés par ceux d'une sage-femme de Tsévié qui affirme, « *Les accoucheuses auxiliaires ont eu la formation comme nous les sages-femmes.* »

En grande partie, les ASC, quant à eux, sont initialement formés pour aller au contact direct des populations afin de les sensibiliser, de les informer correctement sur les méthodes de contraception et de rendre les méthodes accessibles au plus grand nombre. Ce sont les formations données en appui à cette approche qu'évoque une ASC lorsqu'elle dit dans une discussion en groupe :

Nous avons été formés deux fois sur la PF, car avant on ne vendait pas les produits, on communiquait avec les bonnes femmes dans la rue, les coiffeuses, les couturières, les maçons et les autres, pour que les gens bannissent les rumeurs de leurs têtes.

~ Discussion en groupe dirigée, ASC

Lors des discussions en groupe dirigées, les ASC de Tsévié et de Notsé qui travaillent dans des cliniques publiques et chez des ONG ont indiqué que les méthodes injectables sont administrées par le personnel

médical et par les agents de santé communautaire. Mais dans une discussion en groupe, une ASC rurale qui travaille dans une clinique publique a exprimé leur aspiration

Moi, je ne suis pas formée pour administrer les méthodes de la PF, je dois sensibiliser et faire la référence, mais je vends les condoms, les pilules et la méthode de collier.

~ Discussion en groupe dirigée, ASC

Dans d'autres discussions en groupe, les ASC de Tsévié et de Notsé qui travaillent dans les cliniques privées ont indiqué qu'ils n'avaient pas administré des contraceptifs injectables aux patients parce qu'ils ne savaient pas comment le faire et n'ont jamais reçu de formation officielle sur leur administration. La volonté de se perfectionner pousse les ASC à vouloir acquérir davantage de connaissances. Dans cette perspective, certains diversifient les expériences de stage, avec plus ou moins de bonheur, comme le cas d'une ASC qui raconte son expérience des formations initiales :

J'ai fait le stage de formation ici pendant six mois et j'ai fait un stage de perfectionnement à Lomé au centre médico-social pendant trois mois avec une sage-femme. J'ai fait le perfectionnement sur les mêmes méthodes juste pour mieux connaître et bien pratiquer. Je suis partie me perfectionner à Lomé car j'ai été formé dans un village et je voulais savoir comment les méthodes de la PF se font en ville.

~ Discussion en groupe dirigée, ASC

L'appréciation de cette ASC est que, en définitive, elle a été mieux formée au village qu'à Lomé. La charge de travail des services très sollicités, ajoutée à la pléthore de stagiaires, font qu'il leur est dédié très peu de temps. Un tel contexte ne favorise pas nécessairement un transfert de compétence et, par conséquent, ne favorise pas non plus la délégation des tâches. La formation de la relève potentielle, ou d'agents qui peuvent fournir un appui ponctuel, nécessite aussi du temps. De telles observations, basées sur l'expérience et les preuves scientifiques, contrebalancent et relativisent quelque peu le schéma administratif officiel qu'on présente souvent. Elles sont révélatrices du quotidien des services et mettent en évidence une partie du travail qui reste à faire pour améliorer la qualité des services offerts et l'accès à ces services.

Les formations de perfectionnement

La programmation des formations relève le plus souvent de la division de la Santé familiale, en partenariat avec les institutions qui interviennent dans le domaine de la PF. Les formations sont organisées en fonction des besoins de renforcement des capacités ou d'extension du champ d'activité des programmes. De ce fait, elles sont, la plupart du temps, ciblées et ne touchent pas de nombreuses personnes qui auraient souhaité prendre part. En particulier, c'est le cas pour tous ceux qui travaillent dans le secteur privé et qui n'apprennent qu'à posteriori qu'une formation a été organisée.

Selon les participants qui travaillent dans le secteur public, les formations, notamment en PF, n'atteignent pas leurs objectifs. Les formations tout court ou les formations de perfectionnement sont difficilement données par les sages-femmes, compte tenu de leur volume de travail. Une ASC qui en a fait l'expérience a souligné cette limitation :

Moi, je pense que les sages-femmes n'ont pas le temps pour enseigner correctement la PF, parce que les femmes enceintes viennent, et des fois même c'est le soir qu'on nous donne des cours de PF. C'est les mêmes sages-femmes qui font la CPN [consultation post-natale], la CPC [consultation préconceptionnelle] et la PF. C'est pourquoi je dis qu'elles n'ont pas le temps pour nous apprendre la PF et déléguer des tâches. Je dirais même que les sages-femmes qui sont formées en PF ne sont pas nombreuses, comme les accoucheuses.

~ Discussion en groupe dirigée, ASC, clinique publique rurale

Néanmoins, dans le secteur public, les structures sanitaires sous l'égide du ministère de la Santé sont contactées pour qu'elles désignent des participants aux formations. Notamment, lorsque les formations sont organisées, c'est dans le cadre de projets pour l'acquisition de compétences adaptées aux activités. En matière de planification familiale, l'exemple du projet Pour une meilleure famille (POMEFA), cité par une sage-femme, est représentatif de ce qui advient dans le public :

Quand POMEFA organise ces formations, c'est tout le Togo qui est pris en compte. Et parfois, on sélectionne des régions et on prend un peu partout, dans les formations sanitaires, dans les centres de santé, un dispensaire, une périphérie de soins. Quand les besoins se font sentir, on prend et on forme, et après ils font le stage pratique dans les cliniques. On met tout le monde ensemble et on forme, mais pour la formation des formateurs, le niveau est exigé là-bas.

~ Informatrice-clé, sage-femme, ONG urbaine

Cette sollicitation de participants ne s'étend pas toujours au secteur privé. Les entités privées attendent que les structures publiques viennent plus souvent les chercher pour les associer aux activités de formation et de recyclage. Pour l'heure, les sages-femmes exerçant dans le secteur privé sont frustrées de ne pas bénéficier plus souvent des formations dispensées à leurs collègues des structures de santé publiques. De nombreuses participantes ont avoué avoir le sentiment d'être des laissées pour compte. Elles disent s'être « *souvent plaintes que les invitations ne [leur] parviennent pas. Elles sentent vraiment qu'il y a une fracture.* » Un plus grand partenariat doit se développer dorénavant entre ces deux secteurs, pour tirer le maximum de profit du potentiel de chacun d'eux. C'est dans ce sens que se situe ce témoignage et plaider d'une de ces sages-femmes :

Voilà, l'invitation est venue la veille, et on a appris que c'est le lendemain qu'on devait assister. C'est venu comme ça, en catastrophe. Il paraît qu'on avait été oublié, donc, il fallait rattraper. J'y ai été. J'ai fait acte de présence, et tout. Sur place là-bas, ils ont demandé à ce que les gens interviennent et disent ce qui a été, ce qui n'a pas été. Je leur ai souligné ça—que nous sommes toujours des laissés-pour-compte, hein. C'est pas intéressant ça ! On aimerait être recyclés. On aimerait être au même diapason que les sages-femmes du public. Voilà !... Moi j'ai bien envie de dire que le ministère de la Santé sait qui existe, qui n'existe pas. Ils peuvent venir vers nous, nous proposer des choses. Et puis, bon, si on veut, on adhère. Parce que souvent, le privé, c'est pas eux qui disent on veut ci, on veut ça. Si déjà c'est de grosses dépenses à faire, c'est pas évident qu'il puisse se lever pour ça. C'est mon humble avis, hein !

~ Informatrice-clé, sage-femme urbaine

La rémunération des ASC

L'étude a abordé la question de la compensation du travail des ASC en leur demandant combien de temps ils consacrent à leurs activités principales (c'est-à-dire, leurs affaires personnelles) et combien ils consacrent à la charge qui leur est confiée par la communauté.

Le temps que donnent les ASC dépend de leurs propres activités. Si certains consacrent à leur travail sanitaire de deux à sept heures tous les jours, d'autres ne travaillent que des jours précis. Des verbatim des discussions en groupe dirigées avec les ASC ressort la variété de leurs emplois du temps :

- Participant 1 :** *Moi, je vais au champ la matinée et de 13h à 17h je reçois les gens pour ATBEF.*
- Participant 3 :** *De 6h à 8h je fais des visites à domicile avant d'aller au champ et je reviens du champ à 16h.*
- Participant 4 :** *Je fais les visites à partir de 9h et à 16h je vais au champ.*

Participant 5 : *Je fais au moins deux visites à domicile chaque matin, je vends de la bouillie et j'en profite pour faire la causerie. Je pourrai donc dire que je suis en permanence, car mon champ n'est pas loin du centre.*

Cette variabilité de l'agenda des uns et des autres indique également le degré de disponibilité des ASC. Leur performance dans l'offre des services de santé en général, et ceux de PF en particulier, y est corrélée. Il ressort dans une discussion en groupe dirigée que les ASC les plus disponibles sont ceux qui bénéficient également d'une plus grande reconnaissance de leur communauté. Ces mêmes ASC ont témoigné des cadeaux que les gens n'arrêtent pas de leur offrir et qu'ils déclinent le plus souvent, même s'ils ne sont pas rémunérés comme les salariés.

La mise en œuvre des politiques nationales de population : services offerts par les ASC

Les agents de santé communautaire sont, par définition, des agents à qui des tâches sont confiées pour rendre disponible au sein de la communauté un certain nombre de prestations de santé, parmi lesquelles les services de planification familiale. Rendre les méthodes modernes de PF accessibles à proximité est essentielle à leur utilisation ainsi qu'à la santé des mères et des enfants et à l'épanouissement du couple. Dans le même sens, les informations qui proviennent d'un canal relativement neutre, discret, confidentiel et offert par ses égaux sont plus fiables. Par conséquent, les ASC, de par les tâches qui leurs sont confiées et les services qu'ils offrent, ont une fonction à la fois sociale et paramédicale—d'où l'importance de leurs rôles dans des endroits où il n'y a pas nécessairement de compétence médicale pour assurer l'offre et le suivi des méthodes de PF.

Je suis un agent de santé communautaire. Je sensibilise la population, les apprentis, les élèves, les couples, les familles sur la PF. On va dans les écoles, dans les maisons, dans les ateliers de formation pour parler de la PF, des IST. Notre objectif est d'aider les jeunes élèves et apprentis à continuer leur formation sans problèmes. On parle au couple sur les avantages et les inconvénients de la PF. Ensuite, on les expose les méthodes de la planification.

~ Discussion en groupe dirigée, ASC rural

La toute première tâche dévolue aux ASC a été de sensibiliser et de prodiguer des séances de counseling. C'est un rôle qu'ils continuent à jouer pleinement. Dans une discussion en groupe, une ASC a évoqué ce rôle :

Je fais les conseils, les visites à domicile... Nous discutons avec les femmes avant de les référer, mais je ne fais pas des injections.

~ Discussion en groupe dirigée, ASC rurale

L'expérience aidant, la plupart des ASC interviewés au cours de l'étude ont fait preuve d'une certaine aisance et assurance dans l'expression. En outre, certains ont démontré leur maîtrise des messages qu'ils véhiculent auprès de leurs cibles. A titre d'exemple, notons le message de counseling suivant, dispensé aux femmes et évoqué par une ASC lors d'une discussion en groupe :

Je précise que quand les maris veulent toujours coucher avec elles, ils n'ont qu'à utiliser des préservatifs, car si l'homme ne veut pas utiliser le condom, la femme, elle, peut mettre le FEMIDON. Donc, nous leur enseignons comment utiliser correctement le condom féminin.

~ Discussion en groupe dirigée, ASC rurale

La distribution à base communautaire des contraceptifs par les ASC aux clients

Dans le cadre de la présente étude, seulement une partie des ASC interviewés avaient la formation en DBC qui leur permet d'administrer les contraceptifs injectables. Quand on leur demande quels sont leurs besoins de perfectionnement dans l'offre de services de santé, ces mêmes agents répondent qu'il leur faut des compétences élargies. Lors des discussions en groupe avec les ASC, certains participants, tout en évoquant leur désir d'acquérir de nouvelles compétences, rappellent également les limites que leur formation leur a fixées. C'est le cas des participants 1 et 2 ci-dessous, tandis que le participant 3 mentionne la peur d'aborder cette question avec leurs superviseurs, qui sont les infirmiers chef de poste.

- Participant 1 :** *Je désire avoir des formations en injection totale des autres maladies et non seulement l'injection en dépôt. J'espère qu'un autre projet viendra assurer aussi cette formation.*
- Participant 2 :** *Au cours de la formation, on nous a interdit de faire d'autres injections, ce qui fait que nous avons peur. Sinon, personnellement, je voudrais avoir un plus... surtout faire un pansement, un accouchement.*
- Participant 3 :** *On a peur de faire cas de ces problèmes à nos chefs de poste.*

Néanmoins, la simple expression d'une telle motivation est un appel à un transfert de compétences supplémentaires. Cet appel est légitimé par les effets bénéfiques du premier apprentissage, de la conscience d'une capacité plus grande d'acquisition de savoir-faire et de la confiance en soi qui en résulte.

Dans le domaine des prestations, les ASC ont observé que la gestion des effets secondaires compromet l'option des méthodes à longue durée d'action. Ils citent l'exemple du Depo-Provera, qui est gratuit, alors que les produits pour juguler ses effets secondaires ne le sont pas. La continuité dans l'offre de services de contraception devrait faciliter leur adoption.

Enfin, une difficulté qu'on n'a pas su surmonter jusqu'à présent est le discours influent et porteur des ceux qui prétendent que la PF va à l'encontre des fétiches. Selon les ASC, de nombreuses personnes au Togo s'adressent prioritairement aux « féticheurs » ; en conséquence, les ASC estiment qu'il faudra chercher le soutien des leaders politiques et collaborer avec « les féticheurs » pour faire avancer la distribution à base communautaire et faciliter l'emploi des méthodes de planification familiale.

L'évaluation et le suivi des ASC pour les services de PF

L'évaluation de la performance des ASC se fait à deux niveaux : au moyen des visites de supervision et des rapports d'activités. Le premier niveau est celui des supervisions « formatives ». Lors de ce type de supervision, soit le travail de l'ASC est simplement observé et évalué, soit l'ASC reçoit un appui technique en cas de nécessité ou de difficulté dans des situations qui dépassent ses compétences. Dans une discussion en groupe dirigée, une ASC décrit le processus en ces termes : « *Oui, suite à la réception de notre calendrier que nous lui transmettons, il [le superviseur] se base sur ce dernier pour faire le suivi. Et sur le terrain, arrivé à un endroit, il demande notre position par téléphone et vient nous appuyer.* » Dans une autre discussion en groupe, une autre ASC de la même localité abonde dans le même sens : « *Nos superviseurs nous suivent pour nous voir travailler et lorsqu'il y a certaines questions qui nous dépassent, ils interviennent pour répondre et c'était au tout début de nos activités. Mais aujourd'hui, nous sommes capables de répondre à toutes les questions.* »

Lors des discussions en groupe dirigées avec les ASC, les témoignages des participants sur les supervisions font la part entre les aspects évaluatifs et formatifs.

[Le superviseur] a un cahier de suivi, dans lequel il relate les forces et faiblesses des ASC et des recommandations. Il y ajoute la signature, la date... Au cours de la supervision,

[les superviseurs] font immédiatement des remarques et prodiguent des conseils... Il y a différentes sortes de superviseur. Il y a premièrement les chefs de poste qui vérifient la partie technique du travail des ASC, ensuite les animateurs qui vérifient les outils, enfin le niveau central, la DSF, qui contrôle la qualité du travail sur le terrain, [ainsi que] les districts, les ONG impliquées dans la PF.

~ Discussion en groupe dirigée, ASC rurale

Les animateurs veulent voir notre compétence, l'évolution du travail, alors que les autres veulent connaître les problèmes qu'on rencontre dans le travail sur le terrain... Lors des supervisions, les animateurs viennent voir dans nos cahiers, prennent nos rapports. A l'instar e nos superviseurs, il y a des visiteurs, tels que les Américains, les Burkinabés, qui viennent nous rendre visite souvent sur le terrain.

~ Discussion en groupe dirigée, ASC rurale

La seconde méthode pour évaluer le travail des ASC se base sur leur rapport d'activité. Les ASC établissent ces rapports à partir du cahier dans lequel ils consignent les activités qu'ils programment et les résultats obtenus à l'issue de la conduite de chacune de celles-ci. Les superviseurs vérifient les informations et les compilent pour les envoyer à PSI. Selon une ASC rurale, ce travail est fait avec une périodicité trimestrielle.

Il est à noter que, compte tenu du fait que la distribution à base communautaire n'est pas encore mise en œuvre dans tous les districts, la plupart des ASC, dont notamment ceux qui ont été formés par PSI, continuent de faire de la sensibilisation et du counseling, et, dans le cadre du marketing social, de vendre la pilule, les préservatifs et les colliers (pour la méthode du collier). Evidemment, leur évaluation par les superviseurs ne porte que sur les services qu'ils offrent. Cependant, si l'on se réfère à leurs aspirations exprimées lors des discussions en groupe dirigées avec les ASC, la plupart des ASC voudraient acquérir des compétences médicales et des qualifications supplémentaires. Ils s'estiment suffisamment outillés pour aller plus loin en matière de prestation de services médicaux.

De façon générale, comme le souligne avec pertinence un médecin de Lomé,

les supervisions aident à renforcer les capacités des prestataires et des formations sanitaires en général et à résoudre les problèmes au fur et à mesure qu'ils apparaissent ; ils aident aussi à noter les progrès réalisés dans les sites au cours de chaque supervision. Il ne sert à rien d'aller en supervision [afin] de constater des problèmes et de ne pas les aider à les résoudre. Donc, en résolvant ces problèmes, vous améliorez les qualités des services rendus.

~ Informateur-clé, médecin de Lomé

Suggestions des Participants pour Améliorer le Partage des Tâches au Niveau des Services de PF à Base Communautaire

Pour améliorer le partage des tâches, les participants ont suggéré des améliorations dans trois domaines principaux.

1. **L'extension de la DBC en milieu périurbain.** Cette idée se fonde sur le constat que, dans la périphérie de la ville de Lomé, il existe des quartiers dans lesquels les gens n'ont pas d'accès facile aux méthodes contraceptives modernes. Ces populations seraient dans le besoin presque au même titre que les populations rurales. Le ciblage périurbain doit être réalisé dans un premier temps grâce à une approche communautaire. Pour cette raison, l'organisation d'un médecin interrogé à Lomé évalue la stratégie des « city-based services ».

Nous sommes en train de réfléchir sur comment faire en sorte qu'on puisse faire la même chose en milieu urbain...c'est une approche que nous appelons « city-based services »... On va trouver une formule qui puisse nous aider à le faire, parce qu'il y a la périphérie où les gens n'ont pas toutes les informations et ils n'ont pas les moyens. Donc, nous devons aller vers ces gens-là.

~ Informateur-clé, médecin de Lomé

2. Etablissement d'un forum pour l'échange d'idées et le partage des leçons apprises.

L'instauration d'un cadre de concertation entre prestataires favoriserait l'échange et le partage des leçons apprises, en vue d'harmoniser et d'améliorer les formations. Cette idée émane d'une sage-femme de Lomé.

Je crois que, ça aussi, entre nous prestataires, entre formateurs... qu'il y ait encore un réseau, ou bien qu'il y ait des journées de réflexion d'abord, où on essaye de partager ces petites expériences, et qu'on forme un réseau de tel ou tel nom, par exemple pour pouvoir... mieux s'organiser pour gérer ces situations dès que le besoin se fera sentir. [...] Donc, là, on va voir les intervenants en PF au Togo ici chez nous, pour voir, décider de la faisabilité de l'affaire.

~ Informatrice-clé, sage-femme

- 3. Remboursement des frais de déplacement des ASC.** La troisième idée a trait aux frais de déplacement que les ASC assument actuellement eux-mêmes pour se déplacer entre villages. L'amélioration souhaitée serait que ces frais soient pris en charge par les structures qui initient les programmes.

CONCLUSIONS

Les contributions des participants à l'étude ont mis en exergue des aspects qui pourraient améliorer la délégation des tâches au Togo, tant au niveau des structures qu'à celui du personnel de santé qui s'occupe de la PF.

L'étude a relevé que les prestataires du secteur privé qui fournissent des méthodes modernes de PF sont moins associés aux formations dont bénéficient leurs homologues du secteur public. Le développement d'un partenariat effectif entre ces deux pôles permettra de bénéficier au maximum du potentiel de chacun d'eux.

Les ASC interviewés lors de cette étude font état des frais de déplacement qu'ils doivent souvent assumer, aussi bien pour eux-mêmes que pour les personnes qu'ils réfèrent et qui n'ont pas les moyens de payer. Le montant de ces frais varie d'un cas de figure à l'autre. Il est difficile d'avoir une idée claire de ne serait-ce qu'une moyenne de ce que cela pourrait leur coûter. En outre, certains disent avoir abordé la question de façon informelle avec leur superviseur, sans aller plus loin. La question est certes d'importance. La mise en œuvre d'une formule pratique pourrait aider les ASC à améliorer leur prestation. Cependant, il semble que la question n'a pas encore fait l'objet d'un examen systématique par les institutions qui les encadrent. Il est fort probable que la réflexion se poursuive là-dessus.

En se fondant sur les principes d'IEC, des stratégies ont été évoquées aussi bien pour la délégation des tâches que pour l'amélioration des performances des prestataires, à qui ces tâches sont ou seront déléguées. A ce titre, l'idée a été émise de valoriser les témoignages spontanés des utilisatrices de longue durée de contraception moderne, étant donné que leurs points de vue sont beaucoup plus convaincants pour les nouvelles utilisatrices que ceux des prestataires. Une sage-femme de milieu urbain a émis cette idée en indiquant que cette approche marchera mieux à la clinique parce que les clientes s'y croisent souvent.

Si une cliente parle à une autre cliente, c'est comme si elles se font confiance à elles, plus que faire confiance au prestataire, quoi... C'est ce que nous, au CHU ici, on a remarqué. [...] Elles se donnent conseil comme ça... elles se font confiance, plus que si elles viennent voir la prestataire, la prestataire-là. Parce que, Madame, c'est rien, ça va passer. C'est le début que vous avez ça, ça va passer. Bon. Pour la prestataire, la cliente croit que c'est pour lui dire de supporter la situation comme ça. Alors que si c'est une cliente qui porte la même méthode, qui reçoit la même méthode, qui lui parle, elle a confiance en cette dernière plus qu'à la prestataire. C'est ce qu'on a remarqué, quand même. Et comme le DIU est une spécialité du CHU, on a plus de protégés sur le DIU. Plus que sur toutes les autres méthodes.

~ Informatrice-clé, sage-femme

Toujours en matière d'IEC, les informateurs ont proposé deux réformes supplémentaires. La première : la tenue plus fréquente de stages de recyclage pour améliorer les performances des ASC et rendre ainsi la délégation des tâches plus efficace. La seconde : la conduite plus fréquente de séances d'IEC/CCC à l'intention des clients.

RECOMMANDATIONS

Les auteurs de cette analyse estiment qu'il est d'une importance capitale de réviser la politique nationale en santé communautaire du Togo, aussi bien que les politiques, normes et procédures dans ce domaine (ou tout au moins d'élaborer une directive) afin d'autoriser de manière explicite et formelle les ASC à offrir le premier cycle de pilules contraceptives et à administrer les contraceptifs injectables. Nous proposons également, en appui à cette nouvelle orientation, les recommandations suivantes :

1. **Assurer des formations régulières et un processus de certification pour les ASC.** Les formations régulières et une certification officielle pour les services de PF fournis par les ASC, que ces derniers travaillent dans le secteur public ou privé, seront cruciales en vue de garantir la mise à niveau des compétences des ASC, les normes élevées dans les cliniques et l'accès des populations aux services de PF.
2. **Etablir un partenariat entre secteurs public et privé de la santé.** Actuellement, la capacité des ASC présents sur le terrain à fournir des services de PF varie considérablement selon le secteur. Nous suggérons un partenariat avec les ONG existantes afin de contribuer à la fourniture de l'information, à la formation et aux services de haute qualité, pouvant aboutir à une certification des ASC. Un tel partenariat en matière de formation continue et de recyclage des prestataires permettrait d'assurer une formation du personnel des deux secteurs selon le standard homologué par le ministère de la Santé et les partenaires techniques.
3. **Augmenter les séances d'IEC/CCC à l'intention des clientes de planification familiale.** Avec une formation en amont et un encadrement approprié, les sensibilisations informelles menées par les prestataires à l'intention des utilisatrices de méthodes à longue durée d'action devraient faire l'objet d'une délégation plus formelle de tâches, dont le discours pourrait être plus porteur que les causeries des prestataires.
4. **Recycler périodiquement les ASC.** Compte tenu des nouvelles tâches qui leur seront confiées, il sera important de recycler périodiquement les ASC pour continuer à améliorer leurs performances. En outre, les aspirations exprimées par les ASC d'acquérir des compétences supplémentaires sont légitimées par les effets bénéfiques pour le peuple togolais d'un accès accru aux méthodes de planification familiale. La prise de conscience par les ASC de leur capacité d'acquisition de savoir-faire et la confiance en soi qui en résulte promettent de créer un nouveau cadre de travailleurs qui faciliteront l'atteinte des objectifs du pays en matière de santé.

ANNEXE A. LISTE DES INFORMATEURS-CLES POUR LA DELEGATION DES TACHES AU TOGO

Listes des Rendez-vous Confirmés pour les Entretiens Qualitatifs
Novembre 2013

N°	ORGANISATION
1	Direction de la Santé familiale
2	Ministère de la Santé
3	ONG internationale
4	ONG locale
5	CHU Tokoin
6	EngenderHealth
7	ONG FAMME
8	PSI-Togo
9	ONG Vie et Espoir
10	Clinique Millénium
11	Hôpital Tsévié
12	ASC ONG Jourdain Vie et Santé
13	ONG internationale
14	ONG internationale
15	ONG internationale
16	ONG locale
17	ONG locale
18	ONG locale
19	ONG locale
20	ONG locale
21	Clinique Myoren
22	Clinique Biasa
23	Clinique Saint Kisito
24	Polyclinique Saint Joseph
25	Centre de Santé District No. 1

Repositionnement de la Planification Familiale au Togo : La Délégation des Tâches

N°	ORGANISATION
26	Centre de Santé District No. 1
27	Division Santé communautaire

ANNEXE B. GUIDE D'ENTRETIEN DE LA DELEGATION DES TÂCHES A

Section 1 : Introduction

Guide d'entretien de la délégation des tâches A : Pour des entretiens avec des représentants du gouvernement, du ministère de la Santé travaillant dans le domaine de la SR/PF, les membres des équipes décentralisées du MS (en particulier les agents de santé de district) et les dirigeants des organismes de régulation de santé publique (y compris les soins médicaux, infirmiers et conseils en pharmacie)

Avant chaque entretien : présentation de l'enquêteur et explication de l'entretien

Bonjour/Bonsoir. Je suis ici au nom du Futures Group, un organisme de développement international, et le Projet de politique de santé, financé par l'USAID, qui travaille avec les gouvernements pour améliorer la mise en œuvre des politiques et programmes. Nous travaillons avec le gouvernement du Niger/du Togo/de la Mauritanie/du Burkina Faso afin d'identifier les politiques actuelles et la mise en œuvre de la politique de délégation des tâches entre les différentes catégories de prestataires de soins de santé et des services de planification familiale ainsi que des directives pour chaque catégorie de prestataires de soins de santé, y compris les agents de santé communautaire, les agents de marketing social et les pharmaciens.

Avant de commencer le questionnaire, je tiens à vous assurer que nous tiendrons à préserver l'anonymat de tous les informateurs dans le cadre de cette évaluation. Si vous avez des préoccupations au sujet du processus de l'entretien ou de vos déclarations, qui seront conservées dans la plus stricte confidentialité, veuillez appeler le numéro que je vous ai communiqué pour nous en informer. Cet entretien devrait prendre environ 30 à 45 minutes.

Etes-vous prêt(e) à participer à cette évaluation ? Consentement verbal donné pour participer : **Oui ()**
Non () (ne pas continuer)

Section 2 : Informations Générales

1. Nom de l'enquêteur : _____
2. Lieu : _____
3. Date de l'entretien : _____
4. Heure de l'entretien suivant : _____
5. Numéro du formulaire d'entretien : _____
6. Catégorie de l'informant(e) :
 - a. Ministère de la Santé, niveau national _____
 - b. Responsable du service de Santé de district ou autre démembrement du ministère de la Santé _____
 - c. Responsable de l'organe de régulation du service médical _____
 - d. Responsable de l'organe de régulation des soins infirmiers _____
 - e. Responsable de l'organe de régulation de la pharmacie _____
 - f. Autre, précisez : _____

7. Sexe des participants : H/F
8. Date de traduction/transcription complète : _____
 - a. Transcription par : _____
9. Date de traduction complète [du français vers l'anglais] : _____
 - a. Traduction par : _____

Section 3 : La Questionnaire Guide A

1. Quelles sont les sources existantes de [inscrivez le type de services de contraception dans la colonne de gauche du tableau 1] dans votre pays [région, district ou communauté, en fonction de la catégorie de personne interrogée] ? Lorsque le répondant a fini, demandez-lui si d'autres sources existent pour ce service de planification familiale/contraception. Répétez jusqu'à ce que le répondant dise « non ».

Instructions : Remplissez le tableau ci-dessous en cochant pour indiquer quelle catégorie de personnel fournit chaque type de service sur la gauche, tel que l'informateur le rapporte au cours de l'entretien. Si différents informateurs-clés fournissent des informations contradictoires (par exemple, si un ou plusieurs informateurs-clés rapportent qu'une catégorie de personnel fournit un service précis et un ou plusieurs autres informateurs-clés signalent que cette catégorie de personnel ne gère pas ce type de service), veuillez le noter dans le rapport final. Dans ce cas, n'oubliez pas d'inclure des informations spécifiques sur la catégorie et la localisation de chaque informateur-clé et exactement ce qu'il a déclaré.

Tableau 1. Offre de Services de Planification Familiale par Catégorie de Personnel									
Type de Service	Agent de Marketing Social	Pharmacien ¹³	Agent de Santé Communautaire	Aide-Soignant	Infirmier ¹⁴	Sage-Femme ¹⁵	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataire Privé ou ONG
Conseils									
Visites à domicile									
Causeries d'éducation pour la santé									
Contraceptifs oraux combinés									
Pilules progestatives									
Préservatifs									
Injection de Depo-Provera									

¹³ Pharmaciens : inclus les gérants de dépôts et les pharmaciens des formations sanitaires

¹⁴ Il existe deux catégories d'infirmier : les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et ceux de niveau BEPC (brevet d'études du premier cycle).

¹⁵ Les sages-femmes font partie des équipes cadres de district. Elles sont responsables en SR/PF au niveau des districts et servent en tant que points focaux en SR. A ce titre, elles font partie des équipes de supervision.

Tableau 1. Offre de Services de Planification Familiale par Catégorie de Personnel									
Type de Service	Agent de Marketing Social	Pharmacien ¹³	Agent de Santé Communautaire	Aide-Soignant	Infirmier ¹⁴	Sage-Femme ¹⁵	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataire Privé ou ONG
Injection de Noristerat									
Dispositif intra-utérin									
Ligature bilatérale des trompes									
Vasectomie									
Insertion d'implant									
Contraception d'urgence									
Méthodes d'abstinence périodique									
Méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM)									
Supervision des cadres inférieurs									

2. Existe-t-il des sources d'approvisionnement de [contraceptifs oraux/injectables/DIU/implants/vasectomie/ligature des trompes] au niveau communautaire ?
Demandez pour chaque méthode de PF.

a. Contraceptifs oraux **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez les décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

b. Contraceptifs injectables **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

c. Implants **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire?

d. DIU **Oui** ___ **Non** ___

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

e. Vasectomie **Oui** ___ **Non** ___

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

f. Ligature des trompes **Oui** ___ **Non** ___

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

3. Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de médicaments et/ou contraceptifs injectables (si de tels agents existent) ?

Type de travailleur communautaire _____

Pilules **Oui**___ **Non** ___

a. *Si oui*, ces agents sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, l'approvisionnement et les références en cas de complications ?

b. *Si oui*, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?

c. *Si oui*, quel est le niveau d'éducation de ces agents et quelle est la durée du programme actuel de formation ?

4. Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de médicaments et/ou de contraceptifs injectables (si de tels agents existent) ?

Type d'agent communautaire _____

Contraceptifs injectables **Oui**___ **Non**___

a. *Si oui*, ces travailleurs sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, l'approvisionnement et les références en cas de complications ?

- b. *Si oui*, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?
 - c. *Si oui*, quel est le niveau d'éducation de ces agents et quelle est la durée du programme actuel de formation ?
5. Quels sont les services et les tâches des ASC dans ce pays/cette région/ce district ?
- a. Quels services de planification familiale sont-ils fournis ? Veuillez les décrire.
 - b. Avez-vous des données sur le nombre d'activités réalisées et les services fournis durant l'année écoulée ? [*Données statistiques des services sur le nombre et le type d'activités réalisées, le nombre et le type de contraceptifs distribués, les variations régionales du nombre et du type d'activités*]
 - c. *Si oui*, demandez au participant de fournir une copie des données ou des rapports.
 - d. Qui détermine les tâches de PF qu'effectuent les ASC ?
 - e. Quel est le mode de prestation de services pour des tâches de PF (visites à domicile, réunions de groupe, centres de santé) ?
 - f. Quel est le degré de standardisation des tâches entre les agents et les lieux ?
 - g. Les ASC sont-ils formés au conseil sur les choix éclairés de PF (la gamme complète de méthodes de planification familiale disponibles, en plus des contraceptifs injectables) ?
 - h. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables* : Les ASC sont-ils formés aux techniques d'injection sécurisées, la prévention des infections et l'élimination sécurisée des déchets ?
 - i. Les agents de santé de district et les infirmiers superviseurs sont-ils responsables de l'organisation et la formation des agents de santé communautaire au niveau du district ?
 - j. Des renforcements de capacités sont-ils organisés et gérés chaque année et mis à jour chaque fois que nécessaire pour les agents de santé communautaire ? Veuillez expliquer.
 - k. Quels types de supervision formative sont-ils menés (si nécessaire) pour les ASC fournissant des contraceptifs (si de tels types de supervision existent) ? Utilisent-ils une liste de contrôle d'évaluation des compétences ?
6. Les clients de la planification familiale (PF) des agents de santé communautaire dans votre [*pays, région, district ou communauté, en fonction de la catégorie de personne interrogée*] reçoivent-ils une évaluation clinique dans un centre de santé avant que les travailleurs communautaires ne commencent à fournir ou à continuer de fournir des méthodes de PF telles que les contraceptifs oraux ?

Encerclez la réponse : Oui Non

- a. *Si oui*, pour quels types de contraceptifs les clients de PF des ASC reçoivent-ils une évaluation clinique dans un centre de santé ? Veuillez énumérer tous les types de contraceptifs soumis à cette exigence :
7. Existe-t-il des programmes de marketing social qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/méthodes à longue durée d'action dans votre pays/région/district ?
- a. *Si oui*, quelles méthodes ?
 - b. *Si oui*, quels sont les programmes de marketing social ?
 - c. *Si oui*, concernant les injections ou d'autres méthodes contraceptives à longue durée d'action, qui donne ces injections/implants/autres ?

8. Existe-t-il des pharmacies/pharmaciens qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/contraceptifs à longue durée d'action dans votre pays/région/district ?
 - a. *Si oui*, quelles méthodes ?
 - b. *Si oui*, concernant les injections ou d'autres méthodes à longue durée d'action, qui administre ces injections/insère les implants/autres ?
9. Quelles sont les politiques et les directives actuelles du gouvernement concernant la distribution de pilules/contraceptifs injectables/méthodes contraceptives à longue durée d'action/permanentes ? *Demandez pour chaque méthode. Veuillez les décrire au mieux de vos connaissances.*
10. Quelles sont les politiques et les directives actuelles du gouvernement concernant la distribution à base communautaire des contraceptifs en général ? Veuillez les décrire au mieux de vos connaissances.
11. Quelles sont les directives nationales standards sur la correction des erreurs dans la prestation de services de contraception injectable ?
 - a. *Si le participant indique que l'ASC fournit des contraceptifs injectables*, comment sont-elles appliquées aux ASC ?
 - b. *Si le participant indique que l'ASC fournit des contraceptifs injectables*, des services de prophylaxie post-exposition (PPE) sont-ils offerts aux ASC ? *Si oui*, veuillez le décrire.
12. Des prestataires privés fournissent-ils actuellement des pilules/contraceptifs injectables/méthodes à longue durée d'action/permanentes ? *Demandez pour chaque méthode.*
 - a. *Si oui*, collaborent-ils avec le ministère de la Santé au niveau national/régional/district pour proposer des services abordables aux groupes à faible revenu ?
13. Des catégories suivantes, lesquelles sont des points reconnus de prestation de services de PF ?
 - a. Points de vente tels que les hôpitaux, les centres de santé et dispensaires **Oui**___ **Non**___
 - b. Services de proximité, y compris les cliniques mobiles **Oui**___ **Non**___
 - c. Points de vente communautaires (par les ASC, les magasins de médicaments, les machines de distribution, etc.) **Oui**___ **Non**___
 - d. Marketing social **Oui**___ **Non**___
 - e. Structures de santé privées telles que les cliniques, les maternités, les centres de soins infirmiers, les pharmacies et les magasins de médicaments au détail **Oui**___ **Non**___
14. **Pour le ministère de la Santé ou les responsables des organismes médicaux/soins infirmiers/de pharmacie au niveau national :**
 - a. Quel processus est nécessaire pour modifier les politiques et les directives actuelles relatives à l'accès de la communauté aux pilules/contraceptifs injectables ?
 - b. Le ministre de la Santé peut-il seul approuver les nouvelles directives ?
 - c. Quels sont les autres organismes et particuliers susceptibles d'être consultés ?
 - d. Qui sont les décideurs ? Y a-t-il des moments précis où sont prises les décisions concernant des changements dans les directives de prestation de services, ou ces décisions se prennent-elles quand l'occasion se présente ?

ANNEXE C. GUIDE D'ENTRETIEN DE LA DELEGATION DES TÂCHES B

Section 1 : Introduction

Guide de l'entretien de délégation des tâches B :

Pour des entretiens avec les agents de santé des secteurs public et privé aux niveaux district, national et régional ; des représentants des organisations non gouvernementales (prestataires de services) ; des pharmaciens ; des distributeurs agréés de produits pharmaceutiques et les agents de santé communautaire (ASC)

Avant chaque entretien : présentation de l'enquêteur et explication de l'entretien

Bonjour/Bonsoir. Je suis ici au nom du Futures Group, un organisme de développement international, et le Projet de politique de santé, appuyé par l'USAID, qui travaille avec les gouvernements pour améliorer la mise en œuvre des politiques et programmes. Nous travaillons avec le gouvernement du Niger/du Togo/de la Mauritanie/du Burkina Faso afin d'identifier les politiques actuelles et la mise en œuvre de la politique de délégation des tâches entre les différentes catégories de prestataires de soins de santé et des services de planification familiale ainsi que des directives pour chaque catégorie de prestataire de soins de santé, y compris les agents de santé communautaire, les agents de marketing social et les pharmaciens.

Avant de commencer le questionnaire, je tiens à vous assurer que nous tiendrons à préserver l'anonymat de tous les informateurs dans le cadre de cette évaluation. Si nous utilisons une de vos citations dans le rapport, nous dirons simplement qu'elle vient d'un répondant, d'un décideur ou d'un représentant du gouvernement. Si vous avez des préoccupations au sujet du processus de l'entretien ou de vos déclarations, qui seront conservées dans la plus stricte confidentialité, veuillez appeler le numéro que je vous ai communiqué pour nous en informer. Cet entretien devrait prendre environ 30 à 45 minutes.

Etes-vous prêt(e) à participer à cette évaluation ?

Consentement verbal donné pour participer – cocher : **Oui** () **Non** () (ne pas continuer)

Section 2 : Informations Générales

1. Nom de l'enquêteur : _____
2. Lieu : _____
3. Date de l'entretien : _____
4. Heure de l'entretien suivant : _____
5. Numéro du formulaire d'entretien : _____
6. Catégorie de l'informant(e) :
 - a. Agent de santé du secteur public _____
Si oui, national _____ régional _____ district _____
 - b. ONG fournissant des services _____
 - c. Pharmacien/fournisseur agréé des produits pharmaceutiques _____
 - d. Agent de marketing social _____

- e. Agent de santé communautaire (ASC) _____
 - f. Autre, précisez _____
7. Sexe des participants : H/F
8. Date de traduction/transcription complète : _____
- a. Transcription par : _____
9. Date de traduction complète [du français vers l'anglais] : _____
- a. Traduction par : _____

Section 3 : La Questionnaire Guide B

1. A quelle catégorie de prestataire de services de santé appartenez-vous ?
 - a. Clinicien
 - b. Médecin
 - c. Infirmier
 - d. Sage-femme
 - e. Auxiliaire infirmière/auxiliaire infirmier
 - f. Accoucheuse auxiliaire
 - g. Pharmacien
 - h. Agent de santé communautaire (ASC)
 - i. Agent de marketing social
 - j. Autre, précisez _____
2. Où travaillez-vous/dans quel type d'établissement de soins de santé travaillez-vous ?
 - a. Etablissement de santé public, hôpital
 - b. Etablissement de santé public, centre de santé/clinique
 - c. Etablissement de santé public, dispensaire
 - d. Etablissement de santé privé, hôpital
 - e. Etablissement de santé privé, centre de santé/clinique
 - f. Etablissement de santé ONG, hôpital
 - g. Etablissement de santé ONG, centre de santé/clinique
 - h. Etablissement de santé ONG, dispensaire
 - i. Clinique mobile
 - j. Pharmacie
 - k. Dans la communauté (ASC)
 - l. Autre, précisez _____
3. Des services de planification familiale (PF) suivants, lesquels proposez-vous ? *Encerclez toutes les réponses affirmatives.*

- a. Conseil de PF
 - b. Visites à domicile
 - c. Discussion sur l'éducation sanitaire
 - d. Préservatifs
 - e. Contraceptifs oraux combinés
 - f. Pilules uniquement progestatives
 - g. Injection Depo-Provera
 - h. Injection Noristerat
 - i. Dispositif intra-utérin
 - j. Ligature bilatérale des trompes
 - k. Vasectomie
 - l. Insertion des implants
 - m. Contraception d'urgence
 - n. Méthodes d'abstinence périodique
 - o. Méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM)
 - p. Supervision des cadres inférieurs
4. Des catégories suivantes, lesquelles sont reconnues comme points de prestation de services de PF dans votre quartier/communauté ?
- a. Points de prestation basés dans des structures tels que les hôpitaux, les centres de santé et les dispensaires **Oui**___ **Non**___
 - b. Services de proximité, y compris les cliniques mobiles **Oui**___ **Non**___
 - c. Points de vente à base communautaire (par exemple, par les ASC, les magasins de médicaments et des machines de distribution) **Oui**___ **Non**___
 - d. Marketing social **Oui**___ **Non**___
 - e. Etablissements privés tels que les cliniques, les maternités, les centres de soins infirmiers, les pharmacies et les magasins de médicaments au détail **Oui**___ **Non**___
5. Existe-t-il des sources de [*contraceptifs oraux/injectables/DIU/implants/vasectomie/ligature des trompes*] au niveau communautaire dans le district/la communauté où vous travaillez ?
Demandez pour chaque méthode de PF.
- a. Contraceptifs oraux **Oui** ___ **Non** ___
Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :
Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
 - b. Contraceptifs injectables **Oui** ___ **Non** ___

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

c. Implants **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

d. DIU **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

e. Vasectomie **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

f. Ligature des trompes **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

6. Des données sont-elles disponibles sur le nombre d'activités réalisées et les services fournis (inscrivez le type d'organisation où le participant a travaillé dans la dernière année) (Données statistiques des services sur le nombre et le type d'activités réalisées, le nombre et le type de contraceptifs distribués, les variations régionales du nombre et du type d'activités)

Si oui, demandez au participant s'il peut fournir une copie des données ou des rapports.

7. Existe-t-il des programmes de marketing social qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/contraceptifs à longue durée d'action dans votre quartier/communauté ?

- a. *Si oui*, quelles méthodes ?
 - b. *Si oui*, quels programmes de marketing social ?
 - c. *Si oui*, concernant les injections ou d'autres méthodes à longue durée d'action, qui administre ces injections/insère les implants/autres ?
8. Existe-t-il des pharmacies/pharmaciens qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/méthodes à longue durée d'action dans votre quartier/communauté ?
- a. *Si oui*, quelles méthodes ?
 - b. *Si oui*, concernant les injections ou d'autres méthodes à longue durée d'action; qui administre ces injections/insère les implants/autres ?
9. Les prestataires privés fournissent-ils actuellement des pilules/contraceptifs injectables/méthodes à longue durée d'action/permanentes dans votre quartier/communauté? *Demandez pour chaque méthode.*
- a. *Si oui*, collaborent-ils avec le ministère de la Santé sur le plan national/régional/local pour proposer des services abordables aux groupes à faible revenu ?
10. *Pour les fournisseurs non-ASC (médecins, sages-femmes, infirmières, assistants médicaux, pharmaciens)*: Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de pilules (si de tels agents existent) ?

Type d'agent communautaire _____

Pilules **Oui**___ **Non** ___

- a. *Si oui*, ces travailleurs sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, les approvisionnements et des références en cas de complications ?
 - b. *Si oui*, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?
 - c. *Si oui*, quel est le niveau de scolarisation de ces agents et quelle est la durée du programme de formation actuel ?
 - d. *Si non*, êtes-vous disposé à déléguer aux ASC l'offre de la pilule ?
11. *Pour les fournisseurs non-ASC (médecins, sages-femmes, infirmières, assistants médicaux, pharmaciens)*: Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de contraceptifs injectables (si de tels agents existent) ?

Type d'agent communautaire _____

Contraceptifs injectables **Oui**___ **Non**___

- a. *Si oui à l'un ou l'autre*, ces travailleurs sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, l'approvisionnement et des références en cas de complications ?
 - b. *Si oui*, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?
 - c. *Si oui*, quel est le niveau de scolarisation de ces agents et quelle est la durée du programme de formation actuel ?
 - d. *Si non*, êtes-vous disposé à déléguer l'offre des contraceptifs injectables aux ASC ?
12. *Pour les ASC et leurs superviseurs seulement* : Quels sont les services et les tâches des ASC dans ce district/cette communauté ?

- a. Quels sont les services de planification familiale qui sont offerts ? Veuillez décrire.
- b. Qui détermine les tâches de PF qu'effectuent les ASC ?
- c. Quel est le mode de prestation de services des tâches de PF (visites à domicile, réunions de groupe, postes de santé) ?
- d. Quel est le degré de standardisation des tâches entre les travailleurs et les lieux ?
- e. Les ASC sont-ils formés au conseil sur les choix éclairés de PF (c'est-à-dire, la gamme complète de méthodes de planification familiale disponibles, en plus des contraceptifs injectables) ?
- f. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables* : Les ASC sont-ils formés aux techniques sécurisées d'injection, de prévention des infections et d'élimination sécurisée des déchets ?
- g. Les agents de santé de district et les infirmières superviseurs sont-ils responsables de l'organisation et la formation des agents de santé communautaire au niveau du district ?
- h. Des formations de perfectionnement pour les agents de santé communautaire sont-elles organisées et gérées chaque année et mises à jour chaque fois que cela est nécessaire ? Veuillez expliquer.
- i. Quel est le type de supervision formative, si nécessaire, des ASC qui fournissent des contraceptifs ? Utilisent-ils une liste de contrôle d'évaluation des compétences ?
- j. Les clients de la planification familiale (PF) des agents de santé communautaire dans votre [pays, région, district ou communauté, en fonction de la catégorie de personne interrogée] reçoivent-ils une évaluation clinique dans un établissement avant que les agents communautaires ne commencent à fournir ou à continuer de fournir des méthodes de PF telles que les contraceptifs oraux ?

Encerclez la réponse : Oui Non

- k. *Si oui*, pour quels types de contraceptifs les clients de PF des ASC font-ils l'objet d'une évaluation clinique dans un établissement ? Veuillez énumérer tous les types de contraceptifs soumis à cette exigence.
- l. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables* : Quelles sont les directives, le cas échéant, dont vous disposez (ou les ASC disposent) pour procéder à l'élimination des déchets par rapport à la prestation de services de contraception injectable ?
- m. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables, demandez aux ASC* : Avez-vous été déjà formés aux services de prophylaxie post-exposition (PPE) disponibles aux ASC ?
Si oui, veuillez décrire.

RÉFÉRENCES

Délégation du Togo. 2013. « Progrès dans l'opérationnalisation de la délégation des tâches en planification familiale. » Présentation à la Conférence internationale sur la planification familiale. Addis-Abeba. Novembre.

Direction générale de la Statistique et de la Comptabilité nationale (DGSCN). 2010. *Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS Togo, 2010*. Rapport final. Lomé : DGSCN.

Direction générale de la Statistique et de la Comptabilité nationale (DGSCN), ministère de l'Economie et du Développement (Togo), Fonds des Nations-Unies pour l'enfance (UNICEF). 2007. *Suivi de la situation des enfants et des femmes : résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples (MICS), Togo 2006*. Rapport final. Lomé : DGSCN. Août.

Ministère de la Santé, direction générale de la Santé, direction des soins de Santé primaires, Division de la Santé familiale. 2009. *Politiques et normes en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles du Togo*. Deuxième édition. Lomé : Ministère de la Santé. Décembre.

Ministère de la Santé, direction générale de la Santé, direction des soins de Santé primaires, Division de la Santé familiale. 2009. *Protocoles de la santé de la reproduction (SR)*. Tome 1, *Santé de la mère, santé de l'enfant, santé des jeunes et adolescents(es), santé des hommes*. Deuxième édition. Lomé : Ministère de la Santé. Décembre.

Ministère de la Santé, direction générale de la Santé, direction des soins de Santé primaires, division de la Santé familiale. 2009. *Protocoles de la Santé de la reproduction (SR)*. Tome 2, *Composantes communes, composantes d'appui*. Deuxième édition. Lomé : Ministère de la Santé. Décembre.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2013. *Recommandations de l'OMS : optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale*. Genève : OMS.

Population Reference Bureau. 2012. *Family Planning, Francophone West Africa : A Call to Action*. Consulté le 28 mai 2013 sur http://www.prb.org/pdf12/ouagadougou-partnership_en.pdf.

