

PN-116D-147

QUESTIONS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE

**AGENTS
DE SANTE
COMMUNAUTAIRES**

Morris Schaefer
Jack Reynolds

PRICOR

**Recherche Opérationnelle en Matière
De Soins de Santé Primaires**

Center for Human Services
5530 Wisconsin Avenue
Chevy Chase, Maryland 20815

a'

Library of Congress Cataloging in Publication Data

Schaefer, Morris, 1921-

Operations research issues; community health workers.

Bibliography:p.

1. Community health aides--Developing countries.
 2. Community health services--Developing countries.
 3. Operations research. I. Reynolds, Jack, 1935-
II. Title. III. Title: Community health workers.
- RA441.S 34 1985 362.1'2'068 85-71246

La présente publication a été élaborée dans le cadre du Contrat de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international DSPE-5920-A-GO-1048-00. Les vues exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du Comité consultatif d'experts, de l'Agence pour le développement international ni du Center for Human Services.

Toute partie de cette monographie peut être reproduite ou adaptée pour répondre aux besoins locaux sans l'autorisation préalable des auteurs ou du Center for Human Services dans la mesure où les parties reproduites sont communiquées gratuitement ou au prix de revient. Toute reproduction commerciale exige l'autorisation préalable du Center for Human Services. Ce dernier apprécierait de recevoir un exemplaire de tout document reprenant une partie de la présente monographie.

Autres publications de la Série de monographies du PRICOR:

Questions de recherche opérationnelle: Financement communautaire

Questions de recherche opérationnelle: Organisation communautaire

Méthodes de recherche opérationnelle: Une approche générale des soins de santé primaires

Méthodes de recherche opérationnelle: Analyse coût-efficacité

Imprimé en décembre 1986 aux Etats-Unis d'Amérique.

Graphiques et couverture conçus par Patricia A. Bryant.

PREFACE

La Recherche opérationnelle en matière de soins de santé primaires (PRICOR) est un projet du Center for Human Services, financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre d'un accord de coopération (AID/DSPE-5920-A-00-1048-00). Le Center for Human Services est une organisation à but non lucratif, assurant des services de développement et spécialisée dans la conception et la gestion de programmes portant sur les besoins de base des habitants des pays en développement et des Etats-Unis. Le PRICOR s'est fixé comme objectif de promouvoir la recherche opérationnelle en tant qu'instrument capable d'aider les directeurs et les responsables de programme à trouver des solutions aux problèmes auxquels ils se heurtent dans la conception et l'exploitation des programmes de soins de santé primaires (SSP).

Ce projet comporte les activités suivantes: le financement et le contrôle des études effectuées dans les pays, l'organisation d'ateliers et de conférences; la conduite d'études méthodologiques et comparatives et la diffusion des résultats de la recherche qui a été financée. Le PRICOR s'intéresse notamment à la recherche destinée à surmonter les problèmes qui entravent l'expansion des services SSP essentiels aux populations à haut risque dans les communautés rurales et périurbaines. En conséquence, le PRICOR s'est concentré sur la recherche opérationnelle pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans quatre domaines prioritaires:

- o Agents de santé communautaires
- o Distribution de produits au niveau de la communauté
- o Financement communautaire
- o Organisation communautaire

La recherche opérationnelle consiste en une méthode systématique pour résoudre les problèmes. Dans la recherche opérationnelle, plutôt que d'avoir recours à un processus empirique coûteux, on applique un plan d'analyse bien défini en vue de sélectionner la meilleure solution parmi plusieurs possibilités. Un problème opérationnel spécifique est tout d'abord défini puis analysé. Des solutions possibles sont élaborées et évaluées afin d'identifier celles qui sont les plus appropriées et les plus plausibles. Des recommandations sont alors présentées pour tester, ou dans certains cas mettre en oeuvre directement, la ou les meilleures solutions.

Cette brochure fait partie d'une série de cinq monographies sur la recherche opérationnelle qui ont été rédigées par le personnel et les consultants du PRICOR à l'usage des chercheurs du monde en développement qui désirent en savoir davantage sur cette méthode et son application à leurs programmes de soins de santé primaires. Les cinq monographies ont pour titre:

- o Documents de synthèse
 1. Questions de recherche opérationnelle: financement communautaire
 2. Questions de recherche opérationnelle: agents de santé communautaires

3. Questions de recherche opérationnelle: organisation communautaire
- o Documents de méthodologie
 1. Méthodes de recherche opérationnelle: une approche générale des soins de santé primaires
 2. Méthodes de recherche opérationnelle: analyse coût-efficacité

REMERCIEMENTS

Melinda K. Wilson, Ph.D., a été la coordinatrice originale du PRICOR pour ce document et a été responsable du développement de l'ébauche originale, du recrutement des membres du Comité consultatif d'experts, des écrivains et des réviseurs. Elle a aussi indiqué les lignes directrices nécessaires au développement de l'ébauche initiale de ce document. Lorsqu'elle a quitté le PRICOR pour un poste assigné en Afrique, Jack Reynolds, Ph.D., directeur du PRICOR, la remplacée dans ses responsabilités de coordination.

Le présent document a été préparé par Morris Schaefer, D.P.A., School of Public Health, University of North Carolina, Jack Reynolds, et avec l'assistance de plusieurs consultants et d'un Comité consultatif d'experts qui comprenait les membres suivants:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| o Royal D. Colle, Ph.D. | Cornell University |
| o Alfred K. Neumann, M.D.,
M.P.H. | School of Public Health, UCLA |
| o Marilyn Rice | Pan American Health Organization |
| o Hannelore Vanderschmidt,
Ph.D. | Center for Educational Development
in Health, Boston University |
| o John P. Young, Ph.D. | School of Hygiene and Public Health,
Johns Hopkins University |

Le comité s'est réuni pour examiner le sujet, réviser les lignes directrices de la brochure et faire des suggestions aux auteurs. Les avants-projets de la brochure ont été examinés par les membres du comité, des chercheurs rétribués par le PRICOR et plusieurs personnes concernées à l'Agence pour le développement international. Les auteurs expriment leur reconnaissance aux membres du comité pour leurs précieuses suggestions, à Barnett R. Parker, Ann T. Brownlee, et Melinda K. Wilson qui ont préparé certaines parties des premières ébauches; à Lani Rice, interre du PRICOR, pour avoir aidé les auteurs dans le développement des groupes de problèmes au chapitre II; à Esther Peckham et Frances Gallagher pour la préparation du manuscrit; à Elizabeth Scullin pour en avoir fait la révision; à Dorothy Brandt pour la correction des épreuves; et à Marilyn Rice, Pan American Health Organization pour avoir révisé une ébauche antérieure.

TABLES DES MATIERES

	Page
Introduction	1
Chapitre I. Recherche opérationnelle sur les agents de santé communautaires: une priorité de recherche	7
Rôle des agents de santé communautaires en matière de soins primaires	7
Questions opérationnelles relatives à l'élaboration de stratégies efficaces pour les agents de santé communautaires	9
Chapitre II. Problèmes opérationnels liés aux agents de santé communautaires des programmes de soins de santé primaires	15
Groupes de problèmes auxquels se heurtent les agents de santé communautaires	15
Analyse systématique des problèmes auxquels se heurtent les agents de santé communautaires	16
Identification des variables clés d'un problème	21
Liste des problèmes opérationnels et des variables de décision	23
Sélection des problèmes opérationnels pour l'étude	42
Chapitre III. Conception d'une étude de recherche opérationnelle sur les agents de santé communautaires	49
Phase I: Analyse du problème	50
Phase II: Elaboration d'une solution	55
Phase III: Expérimentation et évaluation de la solution	65
Une note finale	67
Annexe: Résumés des études financées par le PRICOR sur les agents de santé communautaires en matière de soins de santé primaires	71
Lectures conseillées	80
Glossaire	81

LISTE DES FIGURES

		Page
2-1	Un système simple	17
2-2	Schéma d'un système ASC	19
2-3	Autre schéma d'un système ASC	20
2-4	Certaines variables liées à la sélection des ASC	22
2-5	Contraintes courantes et facteurs de facilitation liés à l'emploi d'agents de santé communautaires	24
2-6	Relations entre les contraintes et les variables de décision dans les groupes de problèmes ASC	44
3-1	Etapas d'une méthode générale de recherche opérationnelle	49
3-2	Etapas de l'analyse du problème	50
3-3	Description d'un système de soins de santé primaires	53
3-4	Sous-système d'agents de santé communautaires	54
3-5	Etapas de l'élaboration d'une solution	55
3-6	Variables de décision et éléments de l'objectif de la solution	58
3-7	Exemple partiel d'un schéma ovale utilisé dans un problème de supervision	62
3-8	Matrice type de représentation des coefficients pondérés et des valeurs probables pour les variables de décision	63
3-9	Programmes de supervision types résultant de la technique nominale de groupe	63
3-10	Exemple d'un modèle de coût-efficacité pour l'évaluation des programmes de supervision	64
3-11	Etapas successives de l'expérimentation et de l'évaluation de la solution	65

af

GLOSSAIRE DE SIGLES

AID	Agence pour le développement international (USAID)
APHA	Association américaine pour la santé publique
ASC	Agent de santé communautaire
RO	Recherche opérationnelle
SRO	Sels de réhydratation orale
TRO	Thérapie de réhydratation orale
SSP	Soins de santé primaires
PRICOR	Primary Health Care Operations Research (Recherche opérationnelle en matière de soins de santé primaires)
AOT	Auxiliaire obstétrique traditionnel
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
ASV	Agents de santé villageois
OMS	Organisation mondiale de la santé

12

INTRODUCTION

On reconnaît de plus en plus que les soins de santé primaires sont une stratégie utile pour assurer les services de santé de base auprès de tous les individus des pays en développement qui n'y ont toujours pas accès. Les programmes de soins de santé primaires peuvent exercer une incidence importante sur la santé en se concentrant sur un nombre restreint de problèmes de santé qu'on peut empêcher grâce à des interventions simples et relativement peu coûteuses.

La diarrhée, les affections respiratoires, la malnutrition et les maladies contagieuses sont parmi les problèmes de santé les plus graves des pays en développement. Il en résulte des taux élevés de mortalité et de morbidité infantiles, juvéniles et maternelles, notamment dans les régions rurales et dans les faubourgs des centres urbains, où les services de santé organisés sont plus restreints. Il est ironique de constater que l'on peut éviter une bonne part de ces souffrances, étant donné que quelques interventions de soins de santé primaires pourraient alléger sensiblement ces problèmes si l'on trouvait des façons d'atteindre les populations cibles - notamment les femmes et les enfants - en leur procurant les services de santé primaires dont ils ont besoin, comme les immunisations, la thérapie de réhydratation orale, le contrôle de la croissance, le planning familial, la prophylaxie du paludisme, l'alimentation en eau, l'hygiène du milieu et les soins prénataux et périnataux.

En 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires s'est réunie à Alma-Ata, en Union Soviétique. Les représentants de 134 nations ont assisté à cet événement historique, où les soins de santé primaires ont été approuvés comme stratégie pour rendre les services de santé de base universellement accessibles à la population mondiale. La Déclaration d'Alma-Ata définit les soins de santé primaires comme suit:

... essentiels à la protection de la santé et reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, sérieuses sur le plan scientifique et acceptables sur le plan social, rendues universellement accessibles aux individus et aux familles de la communauté grâce à leur entière participation et à un coût que la communauté et que le pays peuvent payer... (Les soins de santé primaires) traitent les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant des services préventifs, curatifs, de promotion et de réadaptation appropriés... (ils) comprennent au moins: la préparation aux problèmes de santé prédominants et l'apprentissage des méthodes permettant de les empêcher et de les contrôler, l'exhortation à bien s'approvisionner en produits alimentaires et à suivre un bon régime; à bien s'alimenter en eau potable et à assurer un assainissement de base; des soins de santé maternels et infantiles, y compris le planning familial; l'immunisation contre les principales maladies infectieuses, la prévention et la lutte contre les maladies localement endémiques; le traitement approprié des maladies et des lésions courantes; et l'approvisionnement en médicaments de bases.(1)

11

On peut citer, parmi les organisations qui ont contribué à trouver des méthodes qui permettent d'atteindre cet objectif, l'AID, qui a financé de nombreux projets de soins de santé primaires dans le monde entier. Ces projets, solidement étayés dans une publication récente de l'APHA (Association américaine pour la santé publique), ont fait preuve de l'efficacité des soins de santé primaires du fait de la réduction de la mortalité prématurée et de l'excès de morbidité.(2)

L'AID s'est particulièrement efforcée de trouver des moyens d'étendre l'application de ces soins aux mères et aux enfants des régions rurales et périurbaines avec des services de soins de santé primaires essentiels comme les vaccinations et la thérapie de réhydratation orale, entre autres. Cependant, l'AID et d'autres bailleurs de fonds internationaux ont appris par expérience que cet objectif n'était pas facile à atteindre.

Rôle de la recherche opérationnelle en matière de soins de santé primaires

Il convient de résoudre un certain nombre de questions opérationnelles avant que les soins de santé primaires puissent être accessibles universellement. Par exemple, le rapport de la Conférence d'Alma-Ata soulignait que:

On possède suffisamment d'informations sur les soins de santé primaires pour que la majorité d'entre eux soient mis en pratique immédiatement. Cependant, il reste encore beaucoup à apprendre sur l'utilisation de ces soins dans des conditions locales, et pendant leur application, des problèmes de contrôle et d'évaluation surgiront qui exigeront des recherches. Ces problèmes pourront être liés à des questions telles que l'organisation des soins de santé primaires à l'intérieur des communautés et des services de soutien; la mobilisation du soutien et de la participation communautaires; les meilleures façons d'appliquer les techniques (existantes ou appropriées);... la planification relative aux agents de santé communautaires et à leur formation, leur supervision, leur rémunération et leur carrière professionnelle et les méthodes de financement des soins de santé primaires.(3)

Reconnaissant l'importance de la recherche dans le fonctionnement des soins de santé primaires, le Bureau de santé de l'AID a fondé le FRICOR afin d'aider les directeurs et les responsables de programmes de soins de santé primaires à trouver des solutions à ces problèmes par le biais de la recherche opérationnelle. Le FRICOR a défini la recherche opérationnelle comme un processus de résolution des problèmes se composant de trois phases:

1. L'analyse systématique du problème opérationnel;
2. L'application des méthodes analytiques les plus appropriées afin d'identifier les solutions qui conviennent le mieux au problème; et
3. La validation de la ou des solutions.

Bien que la recherche opérationnelle ne soit pas encore largement appliquée comme instrument analytique et de prise de décision pour améliorer les services de santé des pays en développement, on peut s'en servir pour examiner un certain nombre de questions relatives à l'organisation des services de soins de santé primaires.

Par exemple, dans le domaine de la planification de l'emploi des agents de santé communautaires, on peut appliquer la recherche opérationnelle pour examiner les avantages et les inconvénients de modèles complètement différents pour la formation, la supervision ou le soutien des agents de santé communautaires. Elle peut être utilisée pour déterminer la meilleure façon de structurer un ou plusieurs aspects d'un programme d'agents de santé communautaires, comme son rapport avec la communauté, la sélection des agents de santé communautaires, la détermination des tâches des agents de santé communautaires, et ainsi de suite. On peut également appliquer les techniques de recherche opérationnelle pour faciliter la conception de nouveaux systèmes et pour identifier des méthodes permettant d'améliorer les systèmes existants.

Le présent document a été rédigé pour aider les décideurs, les directeurs de programme et les chercheurs à identifier les problèmes relatifs à l'emploi d'agents de santé communautaires qui peuvent être traités par la recherche opérationnelle. Cette étude est particulièrement utile pour le personnel des pays en développement qui participe activement à la planification ou à l'exploitation des programmes de soins de santé primaires qui comptent sur la présence d'agents de santé communautaires. Ce personnel couvre les directeurs des programmes de soins de santé primaires, les enquêteurs collaborant avec les directeurs des programmes de soins de santé primaires et les planificateurs de la politique en matière de santé.

Cette étude a pour objectifs spécifiques de:

1. Définir les agents de santé communautaires et expliquer pourquoi ils représentent un sujet de recherche important;
2. Identifier les questions et les problèmes opérationnels clés liés à l'emploi d'agents de santé communautaires qui peuvent être traités par la recherche opérationnelle;
3. Décrire une méthode générale de recherche opérationnelle qui peut être appliquée à l'étude de ces problèmes; et
4. Décrire un certain nombre de projets récents de recherche opérationnelle portant sur les agents de santé communautaires en matière de soins de santé primaires afin d'illustrer l'application de la recherche opérationnelle à ce domaine.

NOTES

1. "Déclaration d'Alma-Ata, "Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 september 1978, patronnée conjointement par l'OMS et l'UNICEF (Genève: OMS, 1978), pp. 3-4.
2. Primary Health Care: Progress and Problems, An Analysis of 52 AID-Assisted Projects (Washington, DC: APHA, 1982).
3. OMS et UNICEF, Alma-Ata 1978, op. cit., pp. 71-72.

CHAPITRE I

RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES
UNE PRIORITE DE RECHERCHE

CHAPITRE I. RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LES AGENTS DE SANTE
COMMUNAUTAIRES
UNE PRIORITE DE RECHERCHE

ROLE DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES EN MATIERE DE SOINS PRIMAIRES

De nombreuses politiques et plans nationaux pour "la Santé pour tous d'ici l'an 2000" envisagent les soins de santé primaires (SSP) comme la stratégie capitale pour réaliser les objectifs d'amélioration sanitaire qui sont liés au développement socioéconomique. Bon nombre de stratégies nationales considèrent l'emploi d'agents de santé communautaires (ASC) comme un des principaux moyens d'assurer les soins de santé primaires. On estime que les agents de santé communautaires sont un élément indispensable pour faire accepter, dispenser les soins de santé primaires et permettre d'y avoir accès.

Outre le terme "agent de santé communautaire", de nombreux autres titres sont usités dans différents pays. On peut citer, entre autres, agent de santé, animateur sanitaire, employé de la santé, conseiller sanitaire et vulgarisateur sanitaire. Tous ces termes, dans les pays en développement*, se réfèrent à des travailleurs qui:

- o Appartiennent à la zone de peuplement ou à la classe sociale qu'il s'agit de servir;
- o Sont formés à servir d'auxiliaires en matière de soins de santé;
- o Sont affectés à des communautés rurales et parfois, à des communautés urbaines;
- o Sont formés à travailler étroitement avec les communautés qu'ils servent afin de les faire participer à l'amélioration de leur propre santé;
- o Sont chargés de tâches telles que:
 - La mise au courant des problèmes de santé prédominants et des méthodes permettant d'identifier, d'empêcher et de contrôler ces problèmes;

* On trouve des agents semblables dans les secteurs de la santé de certains pays industrialisés, qui servent d'"animateurs" pour les populations rurales ou urbaines défavorisées ou pour les groupes en danger, comme les mères et les enfants. Leur rôle pour les programmes de ces pays a tendance à être moins important que celui des spécialistes de la santé d'un niveau supérieur. Par conséquent, le lecteur doit être conscient du fait que l'étude des agents de santé communautaires abordée dans ce rapport présente principalement des situations qui se produisent dans les pays en développement.

- L'encouragement à bien s'approvisionner en denrées alimentaires, à observer un bon régime nutritionnel, à bien s'approvisionner en eau potable et à assurer un assainissement de base;
 - Les soins de santé maternels et infantiles, y compris le planning familial;
 - La vaccination contre les principales maladies contagieuses;
 - La prophylaxie et la lutte contre les maladies localement endémiques;
 - Le traitement approprié des maladies et des lésions courantes;
 - La protection de la santé mentale;
 - L'approvisionnement en médicaments de base; et*
- o Sont préparés à permettre l'accès à d'autres services de santé des patients atteints de maladies plus complexes et moins courantes.

Dans certaines stratégies nationales SSP, les agents de santé communautaires sont employés dans le cadre d'un programme plurisectoriel ou intersectoriel de développement rural socioéconomique, entretenant des relations avec les enseignants, les agents agricoles et du développement rural et les employés de l'alimentation en eau et de l'assainissement.

L'emploi des agents de santé communautaires est justifié par le fait qu'ils peuvent:

- o Assurer un minimum de services assez rapidement étant donné que bon nombre d'entre eux peuvent être formés plus vite et à un moindre coût que le personnel de santé de formation supérieure et qu'ils peuvent être répartis plus facilement dans les zones qui en ont le plus besoin, notamment s'ils sont embauchés parmi la population locale qu'ils doivent servir;
- o Faire accepter plus facilement leurs services puisqu'ils sont connus de leurs clients ou qu'ils sont du moins "des individus comme nous";

* Dans le rapport de la conférence d'Alma-Ata, ces huit domaines ont été identifiés comme étant indispensables aux soins de santé primaires

- o Encourager la participation de la communauté aux soins de santé primaires et faciliter la distribution des autres services annexes auprès de la population, et
- o Faciliter, contrairement aux spécialistes de diverses maladies et disciplines, la prestation de soins de santé intégrés, aider à relier les services préventifs et curatifs, collaborer avec les employés de la santé et participer aux activités des autres secteurs.

QUESTIONS OPERATIONNELLES RELATIVES A L'ELABORATION DE STRATEGIES EFFICACES POUR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

Dans un certain nombre de pays, l'expérience avec les agents de santé communautaires a précédé de plusieurs décennies le mouvement SSP de la fin des années 70. De nombreux pays ont employé des auxiliaires pour des programmes spécifiques, tels que la lutte contre le paludisme, le planning familial et l'éradication de la variole, mais d'autres pays les ont employés pour des projets de services de santé de base. Plusieurs de ces projets ont été adaptés à partir de programmes antérieurs, tels que la lutte contre le paludisme; d'autres encore ont employé des auxiliaires pour développer les travaux des centres de santé par le biais de postes de santé dotés en auxiliaires.

A mesure que le mouvement SSP gagnait du terrain, de nombreux pays se sont mis à diriger ou à tester des projets de démonstration ASC et plusieurs d'entre eux ont mis au point des programmes SSP faisant tout particulièrement appel aux agents de santé primaires. Ces expériences ont permis d'identifier un certain nombre de problèmes opérationnels que les pays devaient résoudre pour assurer le développement efficace de leurs programmes ASC.

On peut résumer l'essentiel de ces problèmes en se posant les deux grandes questions suivantes sur les agents de santé communautaires:

1. Qu'attend-on des agents de santé communautaires? Quels sont leurs objectifs pour améliorer la santé? Dans quelle mesure doivent-ils accomplir ces objectifs? Quels rapports existe-t-il entre les agents de santé communautaires et d'autres facteurs de soins de santé primaires tels que les services itinérants, les services dispensés à des installations fixes, la distribution de produits, les services dispensés aux écoles, les modifications environnementales et les programmes de développement économique local?

2. Quelles sont les dispositions qui seront les plus susceptibles de permettre aux agents de santé communautaires de répondre à ces attentes? Comment peut-on sélectionner, former, superviser, fournir, soutenir, motiver, récompenser les agents de santé communautaires et les mettre en rapport avec les autres services de santé et la communauté?

Ces deux questions sont intimement liées. Les prévisions de politique fixent les limites des programmes. Mais les prévisions dépendent du

réalisme avec lequel les projets sont envisagés. Par exemple, des agents de santé communautaires qui savent lire et écrire seront plus à même de dispenser des services appropriés que les agents de santé communautaires ne sachant ni lire ni écrire. Le refus des spécialistes d'apporter leur soutien aux agents de santé communautaires ou d'entretenir des relations avec eux limite les possibilités des services de référence pour le traitement des maladies et d'un système de supervision unifié. Cependant, une organisation sociale active et cohérente permet une meilleure utilisation des services des ASC et la participation des ASC au développement intersectoriel. Par conséquent, les planificateurs doivent conserver à l'esprit ces deux grandes questions tout au long du processus de planification (et de replanification).

Par exemple, il est nécessaire, pour la sélection des agents de santé, de prendre des décisions sur les caractéristiques souhaitables de ce groupe de travailleurs; c'est-à-dire le groupe d'âge, le sexe, le statut social, le niveau d'instruction, l'aptitude à recevoir une formation, le lieu de résidence et l'expérience, de même que sur la méthode de nomination, d'étude de leur dossier et de sélection. Il faut également dans ces prises de décision sur les critères de sélection tenir compte de la réceptivité des agents de santé communautaires à l'égard de la population qu'ils servent et des dirigeants communautaires, des tâches à réaliser, des conditions de supervision et des possibilités de rétribution et d'avancement.

Les décisions à prendre sur l'ensemble des tâches qu'accompliront les agents de santé portent sur la sélection des activités pédagogiques, cliniques et de distribution nécessaires. Les décideurs doivent prendre en considération non seulement les priorités épidémiologiques et administratives, mais aussi les types de personnes qui seront probablement sélectionnées comme agents de santé communautaires, les attitudes et les comportements du "corps de la santé" à l'égard des agents de santé communautaires, les possibilités de supervision et le soutien en matière d'approvisionnement, les contraintes exercées sur la formation, la présence et l'influence des guérisseurs et l'équilibre des aspirations et des politiques locales et nationales.

Ces exemples font ressortir non seulement le nombre de choix à effectuer en matière de stratégies ASC, mais également la complexité inhérente aux décisions et aux contraintes qui portent sur ces stratégies.

Même s'il est capital de faire appel à des agents de santé communautaires pour appliquer les stratégies SSP dans maints pays en développement, un certain nombre de questions relatives à la conception de programmes ASC ne sont toujours pas résolues. Rares sont les études systématiques réalisées qui commencent à apporter des réponses à ces questions. La recherche dans le domaine des soins de santé primaires s'est souvent caractérisée par des études descriptives ou estimatives; il est rare qu'elle se soit concentrée sur l'identification claire des problèmes opérationnels importants et sur l'apport d'une solution à ces problèmes. En outre, même si les directeurs de programme et les chercheurs peuvent apprendre beaucoup des programmes et des études réalisés ailleurs, il est

souvent nécessaire d'effectuer des recherches sur place pour résoudre les problèmes locaux.

La recherche opérationnelle peut largement contribuer à l'apport de solutions aux problèmes qui ont entravé l'élaboration de stratégies efficaces pour faire appel aux agents de santé communautaires en matière de soins de santé primaires. Une recherche opérationnelle bien conçue peut permettre de réaliser des économies et de gagner du temps en raison de l'application de stratégies et de tactiques préférables par suite du rétrécissement des choix et de l'élimination des expérimentations sur le terrain qui ne sont pas rentables.

Le chapitre suivant décrit un certain nombre de problèmes concernant l'emploi des agents de santé communautaires pour dispenser des soins de santé primaires qui relèvent de la recherche opérationnelle. Le chapitre III décrit une méthode générale permettant de mener des recherches opérationnelles sur ces problèmes.

CHAPITRE II

PROBLEMES OPERATIONNELS LIES AUX AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES DES PROGRAMMES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

CHAPITRE II. PROBLÈMES OPERATIONNELS LIES AUX AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES DES PROGRAMMES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Un examen des expériences de plusieurs pays en développement des programmes faisant appel aux agents de santé communautaires fait ressortir un certain nombre de problèmes que la recherche opérationnelle peut contribuer à résoudre. Ce chapitre sert de cadre à l'identification des problèmes de recherche importants liés aux agents de santé communautaires et des variables qu'il convient d'analyser lors de l'étude de solutions.

Ce chapitre se divise en cinq sections qui consistent à: 1) identifier dix des problèmes les plus courants ou "groupes de problèmes" liés à l'emploi des agents de santé communautaires pour dispenser les soins de santé primaires; 2) présenter un cadre qui permette de considérer ces groupes de problèmes comme un sous-système d'éléments interdépendants; 3) expliquer comment identifier les variables clés d'un problème; 4) identifier les facteurs contrôlables ou incontrôlables qui facilitent ou entravent l'apport de solutions à ces problèmes opérationnels; et 5) fournir une technique qui permette de fixer des priorités.

GROUPES DE PROBLEMES AUXQUELS SE HEURTENT LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

Au cours des dernières années, bon nombre de pays en développement ont révisé leurs systèmes, leurs politiques et leurs stratégies en matière de santé et ont accordé un regain d'importance aux soins de santé primaires. Un grand nombre d'entre eux considèrent les agents de santé communautaires comme un élément clé des soins de santé primaires. Les pays diffèrent néanmoins dans la façon d'employer, de rémunérer, de superviser et de former les agents de santé. La recherche opérationnelle est inestimable dans la mesure où elle permet de prendre ces décisions stratégiques sur la structure des programmes, les procédures et l'affectation des ressources.

Pour décider d'employer au mieux les agents de santé communautaires, les responsables et les directeurs de programme doivent souvent traiter certaines ou la totalité des 10 catégories de questions, ou groupes de problèmes, suivants:

1. Elaboration d'une stratégie de programme ASC
2. Organisation et soutien communautaires
3. Détermination des tâches ASC
4. Sélection des agents de santé communautaires
5. Formation des agents de santé communautaires
6. Supervision des agents de santé communautaires
7. Présence d'incitations et autres moyens de motivation
8. Distribution d'approvisionnements et autre soutien logistique
9. Rapports des agents de santé communautaires avec les autres ressources
10. Surveillance et évaluation de la performance des ASC

Chacun de ces problèmes fait l'objet de recherches opérationnelles.

ANALYSE SYSTEMATIQUE DES PROBLEMES AUXQUELS SE HEURTENT LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

La nature d'un problème opérationnel relatif à l'emploi des agents de santé communautaires variera dans une certaine mesure selon que le chercheur étudie un système en cours ou qu'il essaie de procurer des données utiles qui puissent servir à l'élaboration d'un nouveau système. Par exemple, la supervision des agents de santé communautaires constitue un problème courant, mais le chercheur l'abordera différemment suivant qu'il analyse le problème de supervision dans un programme en cours ou qu'il analyse les possibilités de supervision pour un nouveau système. Dans les deux cas, il sera bon de décrire en détail le problème général, de définir les problèmes opérationnels plus restreints puis de fixer des priorités pour mettre au point des solutions. Cette méthode d'analyser les problèmes est abordée plus en détail au chapitre III.

Au début de chaque tentative visant à analyser un problème important, il est utile d'examiner les informations pertinentes qui ont déjà été préparées. Par exemple, les évaluations, les enquêtes, les rapports de visites sur les lieux, les entretiens avec des sources bien informées et les observations permettent souvent d'identifier les problèmes opérationnels. Les analystes auront besoin de compléter ces données avec de nouvelles informations. Quade suggère l'application d'une méthode d'enquête par l'auteur du rapport, qui consiste à demander aux individus de répondre aux questions clés afférentes aux problèmes: qui, quoi, quand, où, comment et pourquoi.

Lorsqu'il entamera les travaux d'une étude, l'analyste interrogera le responsable et les autres personnes associées à la situation posant un problème qui semblent susceptibles de pouvoir aider. Il cherchera en particulier à obtenir des réponses aux questions suivantes:

1. Comment cette situation a-t-elle surgi? Pourquoi est-ce un problème?
2. Quelles sont les personnes qui estiment que c'est un problème?
3. Pourquoi est-il important d'apporter une solution? Si on mène une analyse, que fera-t-on des résultats? Est-ce que les individus pourront agir conformément aux recommandations?
4. Par quoi devrait se caractériser une solution? Quel type de solution est acceptable?
5. Est-ce le véritable problème? N'est-ce pas simplement une manifestation ou un symptôme d'un problème beaucoup plus vaste ou plus grave? Ne serait-il pas éventuellement préférable d'aborder ce problème dans un cadre plus vaste?
6. Les ressources analytiques sont toujours limitées; à ce stade, les efforts entrepris par l'étude seront-ils suffisamment rentables

pour être justifiés, ou cet effort d'analyse sera-t-il plus utile ailleurs?(1)

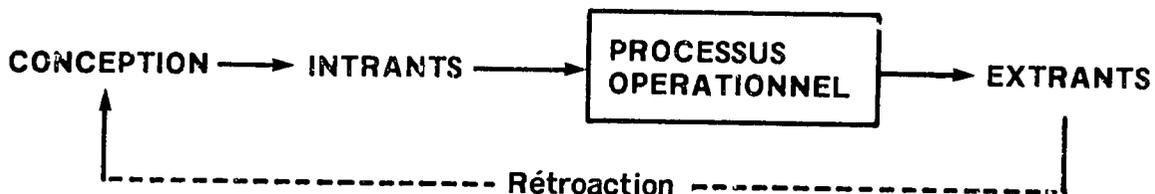
Ce type d'analyse d'un problème peut s'avérer suffisant. Mais une méthode d'analyse fonctionnelle plus structurée peut être nécessaire pour mener des recherches opérationnelles sur les agents de santé communautaires dispensant des soins de santé primaires. Pour cette méthode, les analystes considèrent l'ensemble de la stratégie consistant à faire appel aux agents de santé communautaires comme un système qui absorbe des intrants conformément à leur plan ou à leur projet et les transforme ensuite pour produire des extrants. (Voir figure 2-1.) Johnson et al., suggèrent que:

la meilleure façon d'examiner un système consiste à décrire le déroulement opérationnel, à analyser chaque opération et à enquêter sur les relations entre les parties et le tout et les contributions des parties au tout. De cette façon, il est possible de diriger son attention et de se pencher sur les opérations dont la contribution à l'ensemble du système n'est pas optimale.(2)

Les auteurs décrivent ainsi un système.

Un système sera défini comme une gamme de volets destinés à accomplir un objectif particulier conformément au plan. Cette définition recouvre trois points importants. Premièrement, il doit exister une fin, un objectif, que le système est destiné à atteindre. Deuxièmement, on doit avoir conçu ou avoir préparé les volets. Finalement, il importe de répartir les intrants d'information, d'énergie et de matériel conformément au plan... Cependant, l'importance attachée au concept de systèmes diffère légèrement. L'information, l'énergie et le matériel sont classés en fonction de leur utilité pour 1) créer le système ou 2) exploiter le système.(3)

FIGURE 2-1. -- UN SYSTEME SIMPLE



La recherche opérationnelle consiste à identifier les problèmes avec les opérations d'un système et à évaluer les solutions possibles. Les dix groupes de problèmes cités au début du chapitre servent de point de départ à la description d'un système employant des agents de santé communautaires. On suppose dans cette liste qu'il existe des relations entre chaque groupe de problèmes, mais pour les analyser, il est nécessaire de rendre ces relations plus explicites et de les définir en tant que relations causales.

Par exemple, quelle relation existe-t-il entre la définition des tâches de l'agent de santé et la formation?

On peut définir cette relation en représentant un schéma (ou modèle) qui illustre comment le programme ASC fonctionne en tant que processus. Ce schéma est présenté à la figure 2-2, qui met en valeur les relations entre les différents groupes de problèmes.

Le schéma présente les dix groupes de problèmes à l'intérieur d'un rectangle qui définit les "limites" du système ASC. Le rectangle plus grand représente l'environnement dans lequel fonctionne le système ASC. Cet environnement se compose d'autres systèmes de santé (privé, sécurité sociale, etc.), d'autres secteurs socio-économiques (agriculture, transports, etc.), d'infrastructures (routes, systèmes de communications) et de forces naturelles (climat, terrain) qui affectent le système d'une manière ou d'une autre.

Le schéma montre à gauche les ressources et la direction que reçoit le système ASC (ressources et stratégie SSP), la transformation de ces ressources à travers l'organisation communautaire, la description des tâches, et ainsi de suite, pour enfin aboutir au déroulement des tâches ASC, qui, à leur tour, devront entraîner des améliorations en matière de santé et d'autres réalisations sociales.

La figure 2-2 décrit d'une façon générale un système ASC et les variables clés d'un problème particulier. Elle peut servir à examiner comment est conçu un programme et comment il fonctionne réellement. La recherche opérationnelle dans un pays donné doit commencer par une description comparable qui montre les relations véritables qui existent entre les variables clés dans le programme SSP du pays en question.

La figure 2-3, par exemple, présente un système ASC qui diffère de celui de la figure 2-2 sous plusieurs aspects importants. Dans le dernier exemple, les agents de santé communautaires sont des fonctionnaires qui dépendent des services sur le terrain du Ministère de la santé. La communauté ne participe pas à l'organisation du programme ni à la sélection et à la rétribution des agents de santé communautaires. Une des principales tâches des agents de santé consiste à promouvoir le programme parmi les dirigeants communautaires. Les services SSP sont en large partie dispensés par les équipes extérieures au niveau des districts.

Le schéma peut s'avérer un instrument utile pour analyser les problèmes, étant donné qu'il peut présenter les principaux groupes de problèmes et montrer comment ils sont liés les uns aux autres. La contraction de ce simple modèle à une description plus détaillée d'un ou plusieurs problèmes permet au chercheur d'identifier les variables pertinentes qui ont besoin d'être étudiées.

FIGURE 2-2. -- SCHEMA D'UN SYSTEME ASC

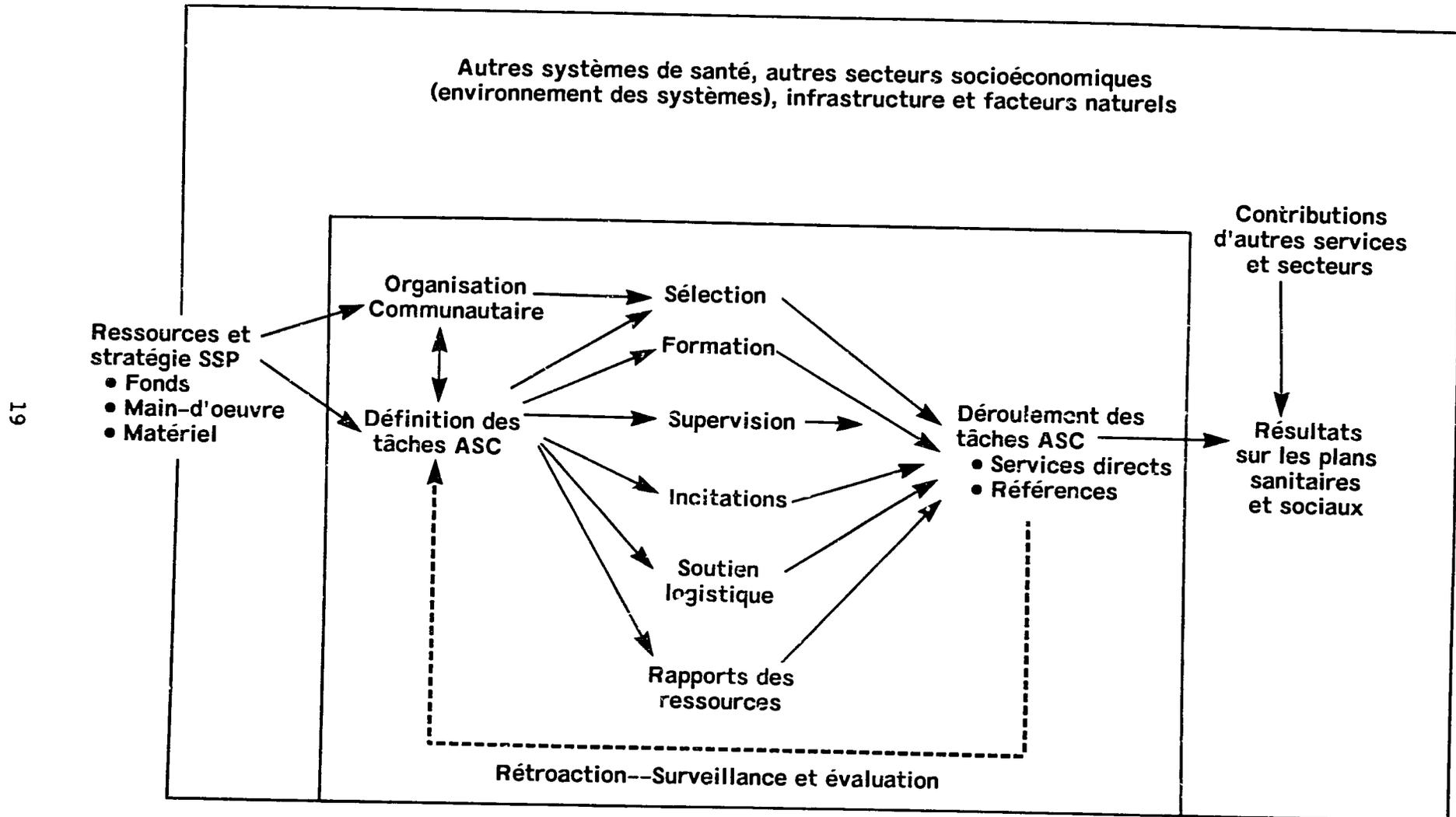
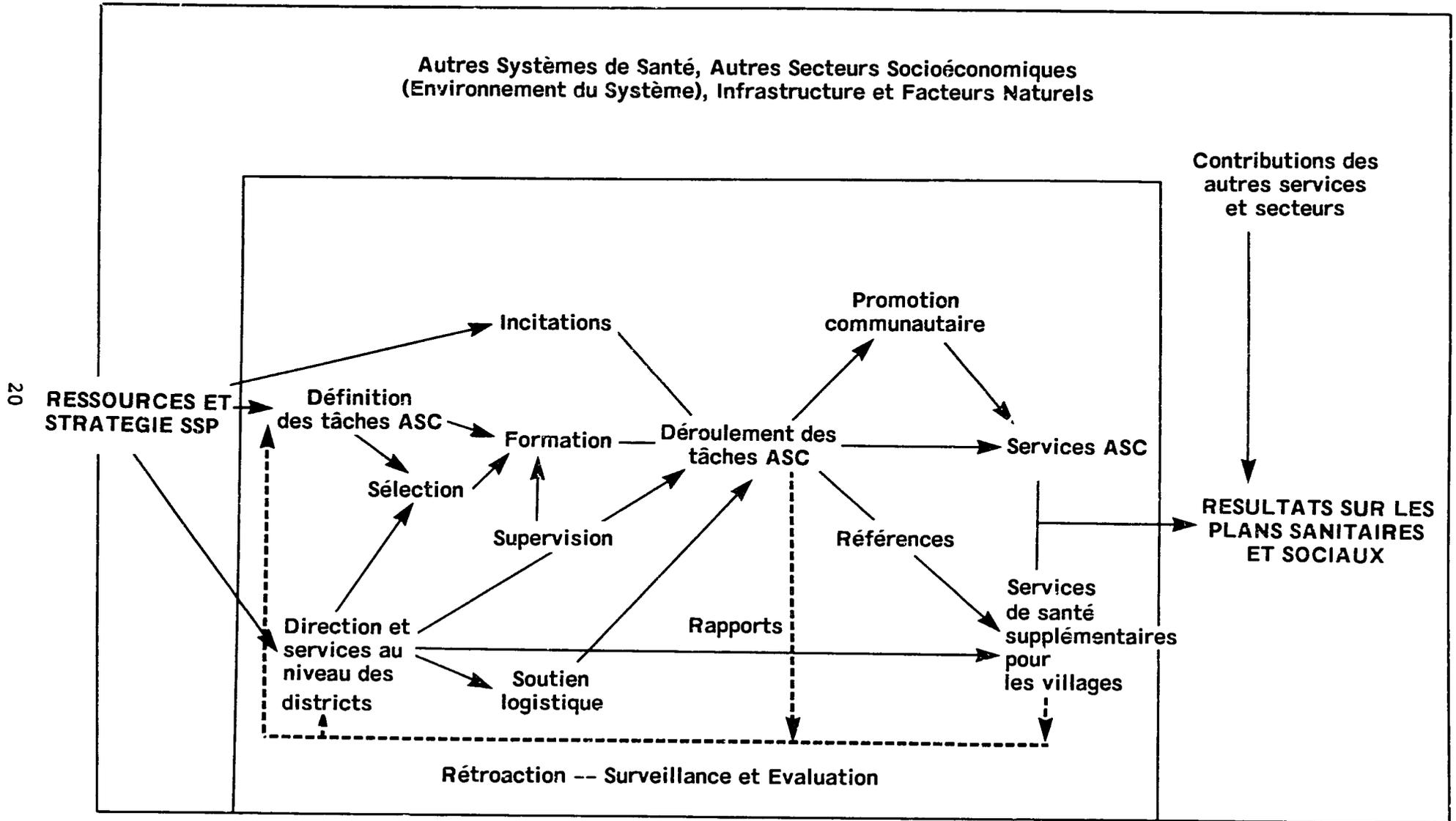


FIGURE 2-3. -- AUTRE SCHEMA D'UN SYSTEME ASC



IDENTIFICATION DES VARIABLES CLES D'UN PROBLEME

Lorsque les analystes se mettent à examiner un problème opérationnel, ils se heurtent habituellement à un grand nombre de variables qui affectent le système et ils doivent décider lesquelles sont pertinentes pour le problème. Les variables les plus pertinentes qui constituent un problème peuvent être réparties en deux catégories: celles qui sont contrôlables et celles qui sont incontrôlables. Les premières sont appelées variables de décision parce qu'elles sont contrôlées par un décideur (qui décide par exemple des tâches à assigner aux ASC, comment les former, quelles fournitures leur procurer).

Il existe plusieurs types de variables incontrôlables. Un des types les plus importants sont les contraintes. Les contraintes ont pour effet de limiter la gamme des choix disponibles pour un décideur. Certaines contraintes sont externes au système, par exemple le temps, qui peut limiter les activités d'un programme à des saisons données. D'autres contraintes sont imposées par le système même et peuvent affecter les intrants (tous les ASC doivent être des hommes), les méthodes (les ASC seront formés aux centres de santé au niveau des districts), ou les extrants (les ASC s'intéresseront tout particulièrement à la construction de latrines). Parfois, les variables incontrôlables étendent la gamme de choix ou favorisent une décision donnée (par exemple la volonté des villageois de prendre en charge la formation de l'un de leurs membres comme ASC). Certains auteurs qualifient ce type de variables de "facteurs de facilitation".

La figure 2-4 cite les variables de décision courantes et les contraintes liées au problème de sélection des agents de santé communautaires. La solution à ce problème réside dans l'interaction de ces deux jeux de variables. Par conséquent, lorsqu'il cherche une solution à un problème, l'analyste de la recherche opérationnelle doit tout d'abord identifier les variables de décision les plus pertinentes, les contraintes et les facteurs de facilitation. La figure 2-5 cite des contraintes et des facteurs de facilitation supplémentaires.

La méthode de recherche opérationnelle relative à l'apport de solutions aux problèmes est examinée plus en détail au chapitre III, mais à ce stade-ci, un petit exemple peut permettre d'expliquer les relations qui existent entre ces variables et prouver pourquoi il est capital de les identifier.

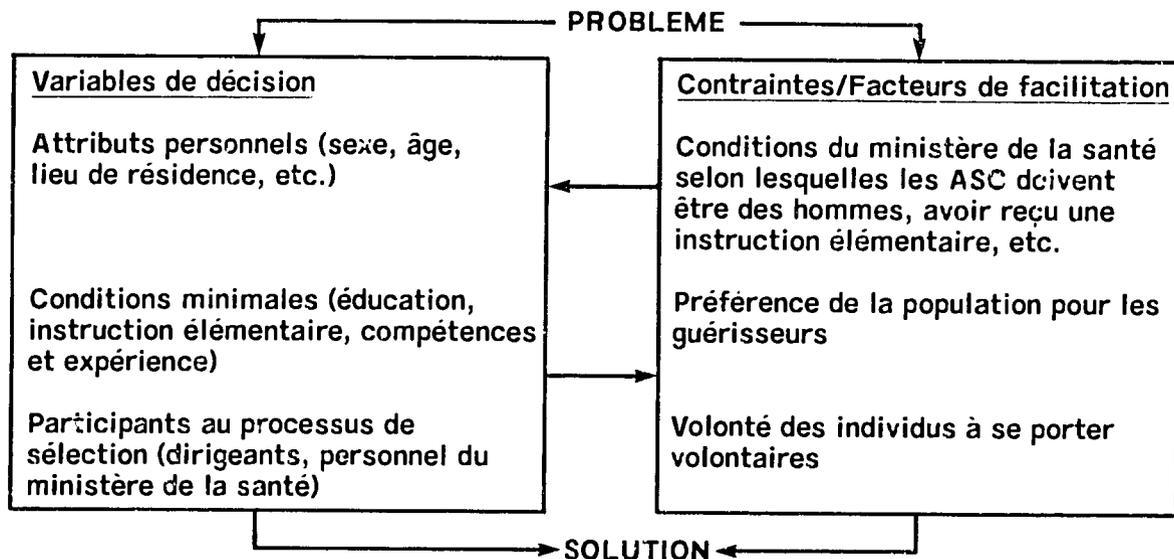
* Pour un examen de ces types de variables qui sont importantes dans la recherche opérationnelle, consulter la monographie du PRICOR Méthodes de recherche opérationnelle: Une méthode d'approche générale des soins de santé primaires, de Stewart Blumenfeld

L'analyste commence généralement par se fixer un objectif, faire un énoncé qui décrit ce que la solution prévoit d'accomplir. Si le problème opérationnel est un problème de sélection des ASC, les objectifs de la solution peuvent être énoncés comme suit: définir une stratégie qui permette de sélectionner les agents de santé communautaires qui seront acceptables aux yeux de leur communauté et capables d'assumer les tâches SSP qui auront été définies.

Une fois l'objectif fixé, l'analyste doit identifier toutes les variables de décision pertinentes qui peuvent être maniées pour obtenir le changement désiré. Par exemple, le directeur de programme peut modifier les critères de sélection (l'âge, le sexe, les besoins d'éducation) des candidats, la méthode de sélection et les participants à la méthode de sélection.

L'analyste détermine ensuite la valeur de chaque variable de décision qui permettra de réaliser le mieux l'objectif fixé. Par exemple, quel est l'âge ou le groupe d'âge le plus approprié pour les agents de santé? Devraient-ils être des hommes ou des femmes? Quel est le niveau d'instruction qui conviendrait le mieux, compte tenu du fait qu'on sélectionne les individus qui sont acceptables et compétents?

FIGURE 2-4. -- CERTAINES VARIABLES LIEES A LA SELECTION DES ASC



L'analyste doit également identifier toutes les contraintes pertinentes, les "conditions" qui limitent la gamme de choix. Par exemple, le ministère de la santé peut exiger que tous les agents de santé communautaires soient des hommes ayant reçu une instruction élémentaire.

Les facteurs de facilitation favorisent certains choix et l'analyste doit les identifier. Par exemple, si la majorité des membres de la communauté veut que leur agent de santé soit un homme, ce facteur encouragera un système exigeant que les agents de santé communautaires soient des hommes.

L'exemple ci-dessous montre brièvement comment ces variables sont liées les unes aux autres dans la sélection des agents de santé communautaires: un objectif peut porter sur la sélection des individus qui sont acceptables aux yeux de leur communauté. Une contrainte peut résulter du fait que les décrets du ministère de la santé stipulent que tous les agents de santé communautaires doivent être des hommes ayant reçu une instruction élémentaire. Une des variables de décision sera l'âge ou le groupe d'âge spécifié. Une solution optimale à ce problème consistera donc à trouver la valeur, c'est-à-dire l'âge ou le groupe d'âge des agents de santé communautaires, qui permettra à l'agent de santé d'être le mieux accepté par la communauté, étant donné la contrainte qui impose que les agents de santé communautaires soient des hommes ayant reçu une instruction élémentaire.

L'analyste de la recherche opérationnelle doit donc énoncer l'objectif et identifier les variables de décision, les contraintes et les facteurs de facilitation en rapport -- éléments sur lesquels la recherche doit se concentrer pour atteindre la solution optimale.

LISTE DES PROBLEMES OPERATIONNELS ET DES VARIABLES DE DECISION

Cette section porte sur l'identification des variables de décision les plus courantes pour chaque groupe de problèmes ASC comme moyen de déterminer les sujets éventuels de recherche opérationnelle en rapport avec les agents de santé communautaires. Elle identifie également, dans la mesure du possible, les contraintes courantes telles qu'elles sont vues d'après les leçons pertinentes tirées des programmes ASC et des études sur ces problèmes. Malheureusement, les documents sur ces groupes de problèmes sont d'une valeur inégale. On est beaucoup mieux informé sur certains domaines problématiques, tels que la formation et la supervision des agents de santé communautaires, que sur d'autres, tels que l'organisation communautaire et les rapports qui existent entre les agents de santé communautaires et les autres ressources sanitaires. Cette absence d'information souligne le besoin de mener de nouvelles recherches sur ces groupes de problèmes.

**FIGURE 2-5. -- CONTRAINTES COURANTES ET FACTEURS
DE FACILITATION LIÉS A L'EMPLOI D'AGENTS
DE SANTE COMMUNAUTAIRES**

La liste ci-dessous présente une gamme étendue des facteurs qu'on peut avoir à considérer pour l'identification des contraintes et des facteurs de facilitation liés à l'emploi d'agents de santé communautaires

Facteurs géographiques, démographiques et épidémiologiques

Répartition de la population par âge
Répartition géographique de la population et des zones de peuplement
Répartition de la mortalité et de la morbidité suivant les causes
Facteurs climatiques et topographiques
Situation nutritionnelle et sanitaire

Facteurs politiques et bureaucratiques

Rôle du gouvernement
Politiques de distribution économique
Priorités de développement social par rapport aux priorités de développement économique et de défense
Equilibre entre la centralisation et la décentralisation dans l'administration
Modes de coordination intersectorielle; administration générale par rapport à l'administration sectorielle
Prises de décision en matière de politique et de planification
Articulation des politiques de santé (le cas échéant et comment)
Engagements budgétaires en soins de santé primaires, en comparaison des autres volets du système de la santé

Facteurs culturels

Croyances religieuses ou traditionnelles en matière de santé
Traditions communautaires
Rôle et utilisation des guérisseurs
Attitudes vis-à-vis de l'autorité, du gouvernement
Relations sociales entre les sexes

Facteurs économiques

Distribution du revenu
Dépenses personnelles pour les soins de santé
Situation économique des populations rurales et urbaines
Répartition professionnelle
Interdépendances en matière d'organisation et d'activités économiques
Possibilité de fabrication intérieure de produits utiles pour les programmes de santé

Organisation du secteur de la santé

Utilisation des ressources de santé publiques par rapport aux ressources privées
Niveau de contrôle gouvernemental sur l'économie du secteur de la santé
Rôles des organisations professionnelles en matière de prise de décision
Répartition géographique et sociale des ressources et des services
Niveau d'autosuffisance et d'indépendance institutionnelle
Etat des méthodes de planification et de gestion
Attitudes à l'égard des soins de santé primaires et des agents de santé communautaires
Modes de financement: par exemple sécurité sociale
Statut, rôles et traditions des établissements de formation; autres ressources de formation
Migration internationale; personnel médical, infirmier et technique
Rôles et styles de direction: par exemple, autocratique, démocratique

Facteurs sociaux

Concepts de la propriété et des droits de propriété
Rôle de la femme et des enfants au foyer, dans la production et en matière de santé
Structures organisationnelles communales
Caractéristiques du style de vie citadin et rural
Populations traversant une période de transition; par exemple en cours d'urbanisation
Niveaux d'éducation; répartition par groupe d'âge, catégorie sociale et degré d'urbanisation
Niveau d'instruction élémentaire des divers groupes de population

Infrastructure générale

Modes de transport et niveau de développement
Réseaux de communications; aspects physiques et sociaux
Systèmes administratifs; stade de développement
Installations; répartition géographique, usages en matière d'utilisation et d'entretien

1. Elaboration d'une stratégie pour un programme ASC

Les décisions relatives à l'élaboration d'un programme sont habituellement prises aux niveaux intermédiaire et supérieur du ministère de la santé. Etant donné qu'aux niveaux supérieurs de prises de décision, les considérations politiques l'emportent souvent sur les considérations techniques, la recherche opérationnelle sur l'élaboration de la stratégie ASC peut être limitée par la nature politique des prises de décision. Cependant, la recherche opérationnelle peut s'avérer utile pour identifier d'une façon rationnelle et systématique les options de décision et pour évaluer la faisabilité des stratégies ASC de remplacement. Ce type d'analyse facilite les décisions sur la stratégie ASC la plus appropriée à l'ensemble de la stratégie du système de santé et peut convaincre les responsables d'adopter une certaine ligne de conduite.

Pour l'élaboration d'une nouvelle stratégie ASC ou la "reconception" d'une stratégie déjà existante, il importe de prendre tout d'abord des décisions de politique fondamentales pour déterminer la place du programme ASC au sein de l'ensemble de la stratégie en matière de soins de santé primaires. Les décideurs doivent d'abord déterminer quels sont les objectifs du programme ASC et comment ces derniers sont liés à l'ensemble du système de soins de santé primaires. Ces objectifs, à leur tour, peuvent dépendre largement des ressources humaines, physiques et financières qui sont disponibles pour l'élaboration et le soutien continu d'un programme ASC. Les décisions de base à utiliser sur la stratégie ASC, portant par exemple sur la situation des ASC, leur place dans le système de santé, la proportion des agents de santé par rapport à la population concernée et la population cible, sont également tributaires des objectifs et des ressources disponibles pour le programme ASC.

ELABORATION D'UNE STRATEGIE POUR UN PROGRAMME ASC

Variables de décision courantes

- o *Objectifs de la stratégie ASC dans l'ensemble de la stratégie du système de santé: prestations de soins primaires curatifs et préventifs; éducation en matière de santé et accès de la communauté au système de santé par référence*
- o *Ressources humaines disponibles pour l'élaboration et la mise en oeuvre de la stratégie ASC: personnel central et régional pour planifier et administrer le programme; formateurs; superviseurs*
- o *Emplacements/installations disponibles pour la mise en oeuvre du programme ASC: centres de santé; postes de santé; centres de développement communautaires; autres installations publiques; à domicile*

- o Financement du programme ASC: prêts ou subventions extérieures; recettes du gouvernement central; budget de développement du ministère de la santé; budgets d'état/municipaux; financement par la communauté
 - o Situation des ASC au sein du système de santé: employé/bénévole du ministère de la santé; affilié au ministère de la santé; temps complet/temps partiel; membre d'une équipe SSP/travaillant seul
 - o Population cible: enfants âgés de moins de cinq ans; femmes en âge d'avoir des enfants; population totale dans un rayon de x kilomètres d'un poste de santé
 - o Champ d'application: taille de la population par ASC
-

2. Organisation et soutien communautaires

La question de l'organisation communautaire pour la dispense de soins de santé primaires couvre à elle seule un vaste domaine pour la recherche opérationnelle; elle est examinée à fond dans une brochure séparée du PRICOR sur l'organisation communautaire.(4) Dans le contexte des prises de décision sur un programme ASC, le groupe de problèmes relatifs à l'organisation communautaire comprend les processus et les structures qui permettent de mobiliser les membres d'une communauté pour qu'ils apportent leur soutien et participent aux activités des agents de santé communautaires.

Les principales questions de l'organisation communautaire que rencontrent les agents de santé communautaires portent sur le rôle et les mécanismes qui peuvent permettre à la communauté de participer à la planification, à la sélection, à la formation, au financement et à la supervision des agents de santé communautaires. Quels sont les mécanismes de prise de contact avec les membres et les groupes communautaires pour les porter à prendre part à un programme ASC, qui fonctionnent le mieux, et dans quelles conditions? Quelles stratégies convient-il d'appliquer pour promouvoir et maintenir l'emploi de certains membres de la communauté comme agents de santé communautaires? Faut-il organiser de nouveaux groupes pour fournir un soutien aux agents de santé communautaires ou faut-il demander aux groupes existants d'assumer des responsabilités liées aux ASC? Ces questions, comme d'autres questions d'organisation communautaire, sont des problèmes tout à fait appropriés à la recherche opérationnelle des programmes ASC.

ORGANISATION ET SOUTIEN COMMUNAUTAIRES

Variables de décision courantes

- Fonctions communautaires de sélection et de classement par ordre de priorité des tâches ASC, de sélection, de formation, de supervision et d'évaluation:
 - Sélection et classement par ordre de priorité des tâches: identifier les activités des ASC; classer les tâches ASC en fonction des besoins communautaires; participer indirectement en effectuant des études d'évaluation des besoins
 - Sélection: Nommer les candidats ASC; élire les ASC; le comité de santé communautaire désigne les ASC; pas de rôle dans la sélection d'ASC
 - Formation: participer activement à la conception de la formation; assister à la formation des ASC en tant qu'observateurs; pas de rôle dans la formation
 - Supervision et évaluation: rôle officiel dans la supervision/évaluation, avec rédaction de rapports; supervision/évaluation continues informelles; entretiens périodiques avec le superviseur ASC du système de santé; pas de rôle dans la supervision/évaluation
- Mécanismes de participation communautaire en matière de planification et de détermination des priorités pour la formation, la sélection, la supervision et l'évaluation des ASC: techniques de prise de décision par groupe aux réunions communautaires, comités de santé, rencontres avec les représentants des organisations communautaires; élection du comité de santé; réunions sur des sujets spécifiques avec les dirigeants communautaires, les personnes bien informées; attribution de responsabilités supplémentaires en matière de santé à l'organisation ou aux organisations communautaires existantes
- Type d'organisation communautaire qui peut prendre part et apporter son soutien à l'élaboration d'un programme ASC: un seul objectif (santé)/plusieurs objectifs (développement général); organisation nouvellement créée; organisations existantes avec d'autres grands objectifs; organisation populaire importante; comité disposant de quelques personnes clés comme membres
- Mécanismes permettant de mobiliser le soutien communautaire et d'utiliser un programme ASC: programme d'orientation des soins de santé primaires pour l'ensemble de la communauté/pour les dirigeants de la communauté; formation d'un comité local de santé et de développement; formation des membres du comité de santé; campagnes d'instruction élémentaire utilisant les thèmes de santé; programmes radiodiffusés; haut-parleur; programmes de santé scolaires; petites scènes sur les problèmes de santé et le rôle des ASC

o Responsabilité financière ou apport financier de la communauté:

Objectifs de financement communautaire d'un programme ASC: couvrir toutes les dépenses de fonctionnement du programme ASC; accroître le contrôle ou l'utilisation du programme ASC moyennant une répartition des coûts limitée; pas de responsabilité financière de la communauté dans le programme ASC

Volets du programme ASC à financer par la communauté: médicaments; fournitures; incitations ASC, pension/repas ASC; services spécifiques; ensemble des services de soins de santé primaires

Mécanismes de contributions communautaires: droit en échange d'un service; ventes de médicaments; paiement personnel anticipé; travail communautaire ou individuel; activités communautaires rémunératrices; donations; évaluations ponctuelles

Qui contribue: tous les membres de la communauté; les familles ayant un emploi; uniquement les bénéficiaires

Mécanismes permettant de continuer à encourager le programme ASC au sein de la communauté: entretiens réguliers du comité de santé; campagnes de santé périodiques; programmes radiodiffusés; rapports sur les activités des ASC lors des réunions communautaires

Dans les zones rurales de Corée, l'absence de bonne communication entre les agents de santé et la communauté contribue largement à paralyser les services de soins de santé en général. Une étude financée par le PRICOR est en train de mettre au point et de tester des stratégies visant à utiliser les organisations communautaires existantes non afférentes à la santé comme structures de soutien au système de prestations de soins de santé primaires. Les variables de décision englobent les types d'organisations à utiliser et les rôles que doivent jouer les dirigeants communautaires.

En Uruguay, une étude de recherche opérationnelle cherche à organiser les quartiers de la zone périphérique de Montevideo afin d'améliorer la santé environnementale et de promouvoir la participation communautaire aux activités de santé. On essaie actuellement de lancer un programme d'animation sanitaire avec l'aide de commissions de santé composées de membres de la communauté et de membres du personnel des dispensaires du quartier. Les animateurs et les commissions de santé travailleront ensemble afin d'identifier les problèmes prioritaires et les activités d'intervention; les animateurs organiseront ensuite les activités d'intervention dans les communautés.

Les contraintes affectant l'organisation communautaire et le soutien communautaire aux activités ASC portent sur les facteurs économiques,

physiques et de comportement. Par exemple, il peut arriver qu'un échec préalable des tentatives extérieures pour alléger les problèmes de santé courants au sein de la communauté ait provoqué une certaine résistance à de tels efforts. Dans ces communautés, les activités d'entraide peuvent s'avérer plus viables que celles reposant sur un soutien extérieur. Dans les régions rurales à faible population, les activités nécessitant de fréquents contacts entre les membres de la communauté sont entravées du fait des longues distances entre les habitations. Pour de nombreuses communautés, les possibilités de soutien en espèces aux agents de santé peuvent être limitées, laissant la préférence aux contributions en nature.

Il existe également des facteurs qui encouragent certaines décisions. Par exemple, les efforts visant à mobiliser le soutien communautaire pourraient tirer profit d'occasions naturelles de rassemblement de la population telles que le marché ou les activités religieuses.

3. Détermination des tâches ASC

Les fonctions et les caractéristiques générales de l'agent de santé communautaire sont généralement déterminées par les responsables des services centraux pendant l'élaboration de la stratégie du programme ASC. Mais outre les décisions de base relatives au type de travailleur auquel on fera appel et au lieu où il sera affecté, il importe de déterminer les activités ou les tâches spécifiques que l'on attendra de l'agent de santé. Pour dresser la liste des tâches et définir les priorités qui permettront de les accomplir, il est nécessaire d'examiner avec soin les besoins qu'éprouve la communauté, des données de morbidité et de mortalité, les espérances du système de santé et les compétences des candidats ASC éventuels.

DEFINITION DES TACHES ASC

Variables de décision courantes

- Qui définira les tâches des ASC: les spécialistes des soins de santé; les dirigeants/représentants communautaires; les candidats ASC; les comités de santé; les planificateurs des soins de santé primaires aux niveaux central/régional et les directeurs du programme
- Mécanismes visant à incorporer les priorités des différents participants dans la définition des tâches: techniques de consensus de groupe interdépendantes; classement d'influence; techniques de consensus de groupe non interdépendantes (en se servant de questionnaires, etc.)
- Equilibre des tâches préventives, curatives et d'animation: répartition du temps de l'agent de santé communautaire entre chaque type d'activité
- Priorités/ordre des tâches: pour chaque tâche identifiée, niveau de priorité et fréquence avec laquelle la tâche devrait être effectuée en tenant compte des facteurs de temps, de population cible, etc.

- o types de prestations de service/lieu: visites à domicile; dans les dispensaires; visites à des communautés éloignées; présentations aux groupes communautaires; visites dans les écoles
 - o Collecte de données/rapports à effectuer: déclaration des naissances, des décès; rapport de cas sur des maladies spécifiques (actives/passives); statistiques sur les services de routine; fréquence des rapports
 - o Niveau d'uniformisation des tâches d'une communauté à l'autre: pas d'uniformisation; uniformisation des tâches essentielles tout en prévoyant du temps pour d'autres tâches définies au niveau local; tâches totalement uniformisées pour tous les ASC
-

Les questions opérationnelles consistant à savoir qui prendra part à la définition des tâches des ASC et quels mécanismes seront utilisés pour intégrer les idées de ces personnes seront traitées au niveau local. L'expérience tirée de nombreux programmes ASC a cependant montré que lorsque les communautés ne participent pratiquement pas à la détermination des tâches des ASC, le soutien aux services ASC et leur utilisation s'avèrent fort limités.

L'élaboration d'un modèle simple visant à fixer les priorités des activités ASC afin qu'elles répondent mieux aux besoins communautaires et professionnels fait l'objet d'une étude de recherche opérationnelle menée par les Services coordonnés de santé publique du Mexique. Les auxiliaires de la santé organisent des réunions communautaires pour identifier les problèmes de santé et les classer d'après des critères tels que la fréquence, la gravité, la possibilité de prévention ou de traitement et l'inquiétude de la communauté au sujet du problème. Le personnel élaborera ensuite un modèle de planification pour permettre aux auxiliaires de fixer les priorités en matière de services.

Une autre étude de recherche opérationnelle menée aux Philippines identifiera les interventions nutritionnelles qui peuvent être intégrées aux services de soins de santé primaires dispensés par les agents de santé barangay.

Dans le cadre d'une étude visant à élaborer des modèles de financement communautaire par les coopératives, en Bolivie, des comités de santé coopératifs choisiront des programmes de services de soins de santé primaires que les animateurs mettront en oeuvre dans leurs communautés.

Pour savoir quelles sont les tâches qu'un agent de santé communautaire peut accomplir efficacement, il convient de prendre en considération de nombreux facteurs, tels que le niveau d'éducation de l'agent de santé, le type et la durée de la formation qui peut être dispensée, les besoins de santé de la communauté et le nombre d'habitants qui reviendra à chaque agent. Le niveau de souplesse de la formation déterminera avec quelle facilité les tâches pourront être adaptées aux besoins locaux. Cela est

particulièrement important dans les pays où les diverses régions géographiques peuvent avoir des schémas de morbidité fort différents.

Les contraintes logistiques et politiques peuvent affecter la sélection de tâches spécifiques, telles que les vaccins, qui nécessitent d'être réfrigérés au poste de santé, et dans certains cas, les réglementations gouvernementales permettant aux agents de santé communautaires d'administrer les injections. Les tâches qui incombent à l'agent de santé communautaire peuvent également être entravées par la perception de la communauté des activités qui conviennent à la condition et au rôle de l'agent de santé communautaire.

Dans le projet du comté du Maryland au Liberia, par exemple, l'agent de santé du village était à l'origine perçu par les planificateurs de la santé comme un agent destiné à apporter des changements en encourageant le développement général de la communauté. Les changements se sont produits lentement parce que, entre autres facteurs, la communauté considérait que le rôle de catalyseur et de dirigeant dans les affaires de développement devait revenir à un des membres les plus âgés de la communauté et qu'un agent de santé devait aider et non pas diriger.

4. Sélection des ASC

La sélection des agents de santé communautaires comporte les tâches visant à déterminer les critères d'éligibilité ou de sélection et le processus par lequel ces critères sont appliqués au recrutement, à l'évaluation et à la sélection finale des candidats ASC. Le choix des critères de sélection est étroitement lié aux exigences du rôle du système de santé et aux tâches qui ont été définies pour l'agent de santé. En outre, les valeurs culturelles locales et les perceptions du rôle social et de la position de l'agent de santé par la communauté peuvent exercer une forte influence sur les qualités personnelles qui conviennent à l'agent de santé communautaire. Le choix de ceux qui participent au processus de sélection et aux procédures de choix des candidats ont des effets directs sur l'acceptation et la reconnaissance des agents de santé communautaires.

Des exemples au Costa Rica, au Botswana, en Thaïlande et au Guatemala prouvent l'importance de la participation communautaire à la sélection si l'on veut que les communautés supportent et utilisent les services des ASC.(5) Les principaux problèmes de la recherche opérationnelle relatifs à la sélection des ASC portent donc sur la façon dont sont exécutées les étapes du processus de sélection, par qui elles sont exécutées, et portent également sur les décisions afférentes aux caractéristiques désirées pour l'agent de santé communautaire et aux mécanismes à appliquer pour la nomination, l'examen et la sélection des candidats.

SELECTION ASC

Variables de décision courantes

- o Les participants et leurs rôles dans la nomination, l'examen et la sélection des ASC: membres de la communauté; personnel de santé aux niveaux central, régional et de district; dirigeants communautaires; comité de santé communautaire; organisations communautaires non afférentes à la santé; autorités locales politiques/religieuses; comités de sélection constitués spécialement avec des représentants de la communauté et du système de santé
- o Mécanismes de nomination, d'examen et de sélection:

Nomination: réunions publiques d'embauche; présentation des candidats pour la procédure de sélection préliminaire; recommandation par les dirigeants communautaires ou le comité de santé

Examen: entretiens; tests de connaissances par écrit et/ou caractéristiques sur la personnalité; visite médicale; preuve des compétences; questionnaires structurés

Sélection: note obtenue au test; vote secret/à main levée; critères déterminés à l'avance classés par importance
- o Aptitudes minimales des candidats ASC: niveau d'éducation; instruction élémentaire; aptitudes; expérience
- o Attributs personnels des ASC: sexe; groupe d'âge; état de santé; lieu de résidence; niveau économique; rôle/statut social; langue; situation matrimoniale; occupation
- o Critères de la sélection finale et importance de chacun d'entre eux: acceptation du candidat par la communauté; maturité du jugement/sens des responsabilités; facilités d'assimilation; intérêt manifesté pour le travail de la communauté; chances de conserver ce poste; évaluation d'après l'examen des candidats

5. Formation des ASC

Le groupe de problèmes le plus fréquemment étudié dans les projets de recherche financés par le PRICOR, sous forme d'un seul problème opérationnel ou en conjonction avec d'autres groupes de problèmes, est celui de la formation. Une raison à la prédominance de la formation en tant que problème de la recherche opérationnelle relative aux agents de santé communautaires est le fait que la formation est souvent perçue comme l'intrant du programme exerçant la plus forte influence sur la performance des ASC, en particulier à court terme.

FORMATION DES ASC

Variables de décision courantes

- Contenu de la formation: conformité avec les objectifs en matière de connaissances, d'attitude et d'aptitudes fixés pour les ASC; rapport avec les problèmes auxquels se heurtent les communautés; possibilité d'adaptation aux conditions et aux besoins locaux; rôle des participants à la conception du contenu de la formation
- Méthodes de formation: distribution d'éléments de formation didactiques et pratiques; cours; démonstrations; formation clinique; travaux sur le terrain au sein de la communauté; techniques de formation audiovisuelles; groupes de travail; stages pendant la formation; jeux de rôles; récits d'histoires
- Matériel didactique: manuels fabriqués en série/ localement; langue et niveau de sophistication du matériel; diagrammes et images; fournitures et équipement à la disposition des ASC
- Emplacement: à l'échelle centrale/régionale/du district/de la communauté; centre hospitalier ou hôpital; école ou autre établissement de formation
- Formateurs: personnel spécialisé/de base; personnel provenant des institutions centrales; personnel sanitaire au niveau du district; superviseurs des ASC; agents de santé communautaires expérimentés; personnel non sanitaire provenant d'autres secteurs de développement
- Durée/répartition dans le temps: durée totale du cours; répartition en une formation unique ou multiple; époque de l'année où se tient le cours; fréquence du cours
- Effectifs: nombre de stagiaires par instructeur ou par équipe de formation
- Evaluation de la formation: tests écrits; examens oraux; observation des stagiaires; supervision des exercices sur le terrain; discussion en groupe sur ce qui a été appris à chaque séance; évaluation après la formation de la performance des ASC; évaluation du formateur pendant la session
- Formation supplémentaire/stage de recyclage: fréquence/lieu de déroulement de la formation supplémentaire; application de la supervision continue; possibilités pour les agents de santé communautaires de partager leurs expériences avec d'autres agents de santé communautaires grâce à des réunions de "personnel" ASC en présence du superviseur; mini-cours à l'échelon central/régional
- Formation d'agents de santé communautaires nouveaux/de remplacement: cours programmés régulièrement; nombre minimum de stagiaires nécessaires pour qu'un cours de formation de nouveaux agents de santé communautaires puisse avoir lieu; apprentissage des ASC de remplacement en présence des ASC partant à la retraite

La formation comprend également un grand nombre de variables qui sont facilement contrôlées par les chercheurs ou les directeurs de programme, étant donné que la préparation du personnel auxiliaire a généralement été une tâche exclusive du système de santé. Ces variables comprennent celles qui se rapportent au contenu du cours (telles que les sujets couverts, les méthodes de formation appliquées, les objectifs spécifiques en matière de connaissances, d'attitude et d'aptitudes); à son déroulement (lieu, durée, formateurs, effectif de la classe); et le suivi (évaluation, stage de recyclage/complémentaire, formation des remplaçants). La recherche opérationnelle peut être appliquée à la conception d'un nouveau programme de formation ou à l'amélioration du programme existant en identifiant les meilleures valeurs de ces variables.

Des études de recherche opérationnelle financées par le PRICOR afin d'améliorer la formation des ASC se déroulent dans plusieurs pays. Aux Philippines, on met actuellement au point des stratégies de formation de remplacement pour les agents de santé barangay (village), en se fondant sur une étude des programmes en cours, des particularités des formateurs et des rapports entre leur rôle et la performance des agents de santé barangay.

On peut également se servir de la recherche opérationnelle pour déterminer la méthode de formation des agents de santé la plus rentable afin d'accroître le champ d'application des programmes de santé préventifs et de promotion. En Haïti, on va tester des modèles de formation de remplacement s'adressant au personnel obstétrique traditionnel afin de déterminer si une formation orientée sur des activités spécifiques s'avère plus rentable qu'une formation portant sur une gamme plus vaste d'activités.

Une étude financée par le PRICOR est actuellement menée en République Dominicaine sur les meilleures associations d'effectifs, de type de formateurs et de lieu de déroulement de la formation afin de déterminer quelle était la méthode la plus rentable pour enseigner aux animateurs ruraux à appliquer la thérapie de réhydratation orale et les mesures de prophylaxie du paludisme.

En Papouasie/Nouvelle-Guinée, une variable de décision importante relative à la conception d'un nouveau programme de soins de santé primaires consiste à décider qui doit être formé -- de nouveaux agents de santé ou des agents de santé "expérimentés".

Bien que, pour les cours de formation, de nombreuses décisions soient souvent prises par les chercheurs, la valeur de certaines variables de décision peut être fixée à des niveaux donnés, créant ainsi des contraintes. Par exemple, les restrictions budgétaires peuvent limiter le nombre de jours pendant lesquels les formateurs et les stagiaires toucheront une indemnité journalière. Souvent, les options de formation sont restreintes du fait du nombre de formateurs disponibles et du recours au matériel et aux programmes standardisés lorsqu'on fait appel à des formateurs ayant reçu un minimum de formation. D'autres contraintes types peuvent porter sur l'époque de l'année où la formation peut avoir lieu (afin d'éviter les périodes de fortes activités agricoles ou la saison des pluies) et sur les objectifs de

la formation en matière d'aptitudes et de connaissances (qui dépendent des tâches des ASC spécifiées et des critères de sélection).

6. Supervision des agents de santé communautaires

Les documents de plus en plus nombreux sur les soins de santé primaires insistent fréquemment sur la relation entre une supervision appropriée et continue et l'efficacité des ASC. Bien qu'on reconnaisse l'importance de la supervision, on n'accorde pas toujours suffisamment d'attention à la mise au point d'une stratégie de supervision applicable lors de la conception des programmes ASC. L'insuffisance de personnel qualifié et de modes de transport est souvent citée comme obstacle au déroulement d'une bonne supervision. En outre, la supervision, lorsqu'elle existe, se limite fréquemment à des tâches conventionnelles de surveillance et de contrôle, peu d'importance étant accordée aux tâches de soutien, de motivation et d'instruction. L'insuffisance des ressources disponibles pour exercer une bonne supervision et le besoin d'améliorer les méthodes de supervision afin qu'elles répondent mieux aux problèmes et aux nécessités des ASC font de l'identification des moyens pour maximiser l'efficacité de la supervision un domaine d'étude particulièrement approprié pour la recherche opérationnelle.

SUPERVISION DES ASC

Variables de décision courantes

- o Niveau des ressources affectées à la supervision des ASC: transport et indemnités journalières budgétisées pour la supervision; proportion des superviseurs en contact direct avec les agents de santé communautaires par rapport à ces derniers; énumération des activités du superviseur dans les descriptions d'emploi et les plans de travail
- o Caractéristiques du superviseur en contact direct avec les ASC: aptitudes techniques/administratives; étendue de la formation reçue dans le domaine de la supervision; expérience du travail communautaire; lieu de résidence; position dans la hiérarchie du système de santé
- o Caractéristiques des rapports superviseur-ASC: autoritaires ou fondés sur la participation; fréquence et durée; emplacement; directs ou indirects; activité séparée ou conjuguée avec d'autres activités, tels que les travaux cliniques
- o Rôle de la communauté dans la supervision et l'évaluation des ASC: formel ou informel; tâches spécifiques qui doivent être supervisées par la communauté; responsabilités des ASC à l'égard de la communauté; sanctions applicables à la communauté
- o Type et équilibre des activités de supervision: reconnaissance du rôle des ASC; clarification des responsabilités des ASC à l'égard de la communauté; motivation; éducation et conseils; assistance technique; rapport entre les ASC et la communauté à l'égard des ressources extérieures; surveillance et contrôle; évaluation

Un projet de recherche opérationnelle en Equateur identifiera la méthode de supervision qui minimise les coûts de supervision tout en assurant un niveau de performance minimum. Le modèle déterminera le nombre optimum de superviseurs immédiats et intermédiaires nécessaires pour atteindre les objectifs de supervision, qui comprennent le pourcentage des heures de supervision passées sur le terrain et au poste de santé, ainsi que le nombre minimum de contacts de supervision par promoteur.

En Tanzanie, la recherche opérationnelle sert à déterminer les caractéristiques de supervision (techniques, interpersonnelles, engagement, etc.) et les activités les plus appropriées pour améliorer le travail des ASC et les services fournis.

Une étude en cours au Nigéria examine plusieurs variables qui reflètent les caractéristiques du superviseur et la nature de la relation de supervision pour déterminer quels facteurs améliorent le travail de supervision et, par voie de conséquence, le travail des agents de santé communautaires.

Les obstacles à une bonne supervision sont souvent de nature économique. La pénurie de véhicules en état de marche et d'essence, le montant insuffisant des indemnités journalières, et la fermeture des routes non revêtues en période de mauvais temps sont des raisons fréquemment citées pour expliquer que des visites de supervision prévues ne sont pas effectuées. Dans les systèmes de soins de santé primaires où la supervision systématique n'est pas planifiée mais revêt une forme ponctuelle, les superviseurs risquent de n'être pas correctement préparés à assurer l'appui administratif ou technique nécessaire à l'agent de santé communautaire.

Le choix du superviseur des agents de santé communautaires peut exercer certaines contraintes sur la stratégie de supervision. Lorsque la supervision des ASC est assurée par des infirmières qui se trouvent parfois au bas de l'échelle du système de santé en termes de prestige, le manque de contrôle des ressources nécessaires pour assumer les responsabilités risque de poser un problème. Les distances entre le superviseur et les agents de santé et l'insuffisance des moyens de transport constituent également de graves obstacles, en particulier dans les zones isolées.

7. Fourniture d'incitations et autres moyens de motivation

Alors que dans le passé les planificateurs et les responsables des programmes de soins de santé primaires comptaient souvent sur la participation spontanée des agents de santé communautaires, les taux d'attrition élevés et la charge grandissante qui pèse sur les agents de santé ont attiré l'attention sur l'importance de fournir des incitations adéquates aux agents de santé primaire. La fourniture d'incitations

peut répondre à plusieurs objectifs: embaucher des candidats qualifiés; apporter la satisfaction dans le travail; motiver la performance; encourager des activités particulières. Les incitations ASC peuvent adopter des formes différentes fort nombreuses et provenir de sources multiples, en raison des divers facteurs locaux culturels et économiques. Il convient de s'assurer que la nature de l'incitation et le mécanisme permettant de procurer cette incitation produisent bien l'effet de motivation escompté.

Par exemple, la rémunération versée pendant la période de formation peut attirer des individus qualifiés à devenir des agents de santé communautaires, mais n'aura probablement pas d'influence sur leur décision de garder cet emploi une fois le stage achevé. La recherche opérationnelle concernant la fourniture des incitations ASC porte sur l'identification des divers types d'incitations qui sont les plus appropriées, sur les moyens de mobilisation des sources de soutien aux ASC et des sources de rémunération et sur les mécanismes qui permettent de procurer régulièrement ces incitations.

FOURNITURE D'INCITATIONS ET AUTRES MOYENS DE MOTIVATION

Variables de décision courantes

- Type de comportement/activité ASC à motiver: engagement (embauche); performance améliorée; conserver l'emploi; activités spécifiques à mettre en valeur
- Type d'incitation/récompense à fournir: monétaire; symbolique (uniforme, insignes, matériel); terre; récompenses en nature; prix; avancement; prestige; exemption du service militaire; soins médicaux gratuits; possibilités d'avancement
- Sources de rémunération: gouvernement; financement communautaire; honoraires en échange des services rendus
- Mécanismes pour procurer des incitations: décision par le superviseur/comité de santé/dirigeants locaux; distribution de récompenses au moment opportun; possibilités de récompense si les objectifs sont atteints
- Mesures pour assurer la continuité/la régularité des incitations: incorporer le poste d'ASC dans la fonction publique; instituer des activités rémunératrices continues pour financer les incitations ASC; établir un calendrier pour les récompenses ASC; constituer une organisation communautaire particulière qui soit chargée de procurer les incitations ASC

En Bolivie, où le taux d'abandon des agents de santé ruraux est élevé, une étude de recherche opérationnelle est actuellement menée pour déterminer les incitations les plus appropriées et les moyens de les procurer, afin d'encourager les agents de santé à rester dans leur communauté. L'observation porte à croire que les facteurs économiques liés à l'occupation agricole des agents de santé sont la cause principale de ce phénomène. Les variables de décision clés à examiner porteront sur les sources et les niveaux de rémunération nécessaires.

Au Swaziland, l'abandon des conseillers de santé ruraux a été identifié comme un sérieux obstacle à la prestation de soins de santé primaires. Une étude menée sur ces agents de santé a indiqué que la plupart d'entre eux pensaient qu'ils devraient recevoir une rémunération deux fois égale à celle qu'ils touchaient. En outre, en raison des difficultés budgétaires du Ministère de la santé, bon nombre de conseillers de santé ruraux n'ont pas touché leurs appointements pendant plusieurs mois. Le Ministère de la santé craint que la supervision et les responsabilités ne soient insuffisantes pour le traitement actuel, étant donné qu'on a observé de grands écarts de performance entre les agents de santé. Les stratégies visant à procurer des incitations devront donc inclure une composante importante en matière de responsabilité.

Les contraintes affectant la fourniture d'incitations revêtent le plus souvent un aspect économique, mais peuvent aussi avoir trait au comportement. Les communautés peuvent avoir des difficultés à apporter des contributions en espèces; dans certaines conditions, le soutien en nature peut être possible et efficace. La nature des services assurés par les agents de santé communautaires risque de freiner la volonté des membres de la communauté à les soutenir s'ils ne correspondent pas à ceux pour lesquels la population est disposée à apporter sa contribution financière. Pareillement, le sentiment que les services de soins primaires assurés par l'agent de santé communautaire sont une responsabilité gouvernementale et non pas communautaire peut réduire les chances de soutien communautaire.

8. Apport de fournitures et autre soutien logistique

L'extension des services de soins de santé primaires grâce à l'emploi d'agents de santé communautaires a contribué à élargir l'utilisation des services de santé de base. Cette demande accrue en produits pharmaceutiques, en matériel et en fournitures a exercé une pression de plus en plus vive sur les mécanismes de soutien et de logistique des systèmes de santé. Les carences de médicaments et de fournitures ont désorganisé les activités ASC dans bon nombre de pays, entraînant la perte de crédibilité dans les ASC. Une composante essentielle à l'efficacité des ASC consiste donc à s'assurer qu'il existe de bonnes procédures de commande, de distribution et de stockage des médicaments et des fournitures de base et qu'elles fonctionnent bien.

On peut citer comme problèmes de recherche opérationnelle en matière d'approvisionnements et de logistique concernant les agents de santé communautaires: la sélection des médicaments et des fournitures appropriés à l'usage des agents de santé; l'établissement de procédures pour

l'acquisition, la distribution et le stock de fournitures suffisantes; l'entretien du matériel et des véhicules; le transport du personnel et les malades adressés à des collègues; et le financement des fournitures et du soutien logistique.

APPORT DE FOURNITURES ET AUTRE SOUTIEN LOGISTIQUE

Variables de décision courantes

- Sélection des fournitures/médicaments: à usage courant/exceptionnel; quantités dont il convient de disposer aux différents niveaux de service; stock initial à procurer à chaque ASC ou par rapport à la population
- Procédures d'acquisition: quantités fixes remises aux ASC à intervalles réguliers; commande sur demande d'après le calendrier d'acquisition fixé; prendre des mesures en cas de commandes d'urgence; prévoir des mesures pour aider les ASC dans les activités de commandes/stock
- Distribution des fournitures et stratégie de stockage: ressources disponibles en médicaments/fournitures et installations de stockage au niveau central/régional/de district; modes de transport; justification de l'emploi des fonds; délai entre la passation des commandes et la réception des marchandises; circuits commerciaux de distribution
- Dispositions nécessaires pour le transport des fournitures, des malades à transférer d'urgence et du personnel de service direct: véhicules appartenant au système de santé; transports publics; véhicules privés
- Dispositions nécessaires pour l'entretien et la réparation du matériel/des véhicules: mécanicien employé à temps complet ou partiel au niveau central/régional/de district; circuits commerciaux
- Dispositions nécessaires pour le financement des médicaments/fournitures: vente au prix réel; prix à verser par consultation, y compris le coût des médicaments/fournitures; médicaments subventionnés pour certains membres de la population; caisse d'avance; achat et vente des médicaments/fournitures par l'organisation communautaire; mode de paiement à l'avance; ventes commerciales de médicaments/fournitures

En Equateur, les animateurs sanitaires ruraux ont fait remarquer que l'absence de fournitures constituait leur problème numéro un. Une étude de recherche opérationnelle est actuellement effectuée pour élaborer des procédures administratives qui permettraient d'assumer efficacement les tâches successives visant à apporter un soutien logistique aux animateurs. Les procédures actuelles d'achat, de distribution et de stockage et les fluctuations dans les demandes en fournitures présentées par les animateurs sanitaires sont actuellement analysées dans diverses régions du pays. Une

solution à ce problème d'approvisionnement consiste à minimiser la période qui s'écoule entre la commande et la réception des fournitures, les coûts d'expédition et les coûts relatifs à la commande et au stockage des marchandises.

Une étude de recherche opérationnelle menée en République Dominicaine identifiera les méthodes qui permettent d'assurer la fourniture de solutions de réhydratation orale (SRO) à l'échelle nationale. Les principales variables de décision seront les circuits de distribution, y compris les secteurs public et privé, la structure tarifaire et les mécanismes de subvention pour ceux qui ne peuvent pas se permettre l'achat des sels.

Les contraintes courantes sont liées à la nature des fournitures (telle que la durée de conservation avant vente, les conditions de stockage, la possibilité d'acheter en gros, etc.) et de la demande (par exemple les variations financières, les préférences des consommateurs, les schémas de morbidité). Les aptitudes de l'agent de santé peuvent aussi constituer des contraintes, suivant le niveau de connaissances exigé en matière de stock et de commandes. Les restrictions budgétaires du ministère de la santé et l'insuffisance de devises pour acheter des médicaments ou des fournitures importés peuvent entraver les solutions de rechange. Cependant, étant donné que les fournitures sont des marchandises matérielles qui sont souvent fort prisées par les membres de la communauté, la volonté des individus à payer certains articles dont se servent les agents de santé communautaires peut faciliter l'apport d'une solution à un problème logistique.

9. Rapports des agents de santé communautaires avec les autres ressources

De même que les progrès de la santé sont tributaires des facteurs socioéconomiques et politiques extérieurs au système de santé structuré, l'efficacité des agents de santé communautaires dépend des efforts de développement déployés dans le secteur de la santé et les autres, efforts qui rehaussent aussi cette efficacité. La coordination des activités des ASC avec celles des autres secteurs de développement, par exemple, peut permettre de mieux satisfaire les besoins de la communauté par suite de la concentration des efforts sur les problèmes prioritaires. L'existence de rapports avec les autres éléments du système de soins de santé est primordiale si l'on veut que les agents de santé adressent à d'autres services les malades éprouvant des problèmes qu'ils ne sont pas en mesure de traiter.

Il convient également d'examiner les domaines de coopération avec les autres ressources sanitaires de la communauté -- telles que les guérisseurs traditionnels, les pharmaciens et les médecins exerçant en privé -- étant donné que ces personnes occupent souvent des positions prestigieuses et influentes aux yeux de la population. Finalement, l'existence de liens avec les divers groupes et individus qui jouent un rôle important dans la vie de la communauté peut s'avérer nécessaire si l'on veut que la fonction et que les activités de l'agent de santé communautaire soient acceptées. L'identification de méthodes pour mettre en rapport les agents de santé communautaires avec ce type de ressources au sein et à l'extérieur de la communauté représente un domaine de recherche opérationnelle.

RAPPORTS AVEC LES AUTRES RESSOURCES

Variables de décision courantes

- Rapports avec les autres éléments de la communauté: dirigeants communautaires/religieux/politiques; organisations communautaires n'ayant pas trait à la santé; clubs de loisirs; syndicats/coopératives
- Rapports avec les autres éléments du système de soins de santé: critères et procédures de référence et suivi des malades qui nécessitent des soins plus spécialisés; rôle de l'ASC en tant que point d'entrée/triage du système de santé
- Relations et domaines de coopération avec les autres ressources sanitaires de la communauté: médecins privés; guérisseurs traditionnels; personnel obstétrique traditionnel; pharmaciens/herboristes
- Rapports et domaines de coordination avec les agents/organisations des autres secteurs publics de développement: éducation; agriculture; eau/assainissement; développement rural; armée

10. Contrôle et évaluation de la performance ASC

Une importante composante, souvent négligée, est la présence d'un système de contrôle et d'évaluation précis et fiable. La plupart des programmes SSP disposent d'une certaine forme de système d'information et conduisent périodiquement des évaluations, mais la plupart d'entre eux ne fournissent pas de renseignements qui puissent faciliter les prises de décision. Si l'on veut obtenir une amélioration de la performance des ASC, il est essentiel d'inclure un système de contrôle et d'évaluation clair et simple.

CONTROLE ET EVALUATION DE LA PERFORMANCE ASC

Variables de décision courantes

- Utilisateurs de l'information: Les utilisateurs principaux seront-ils des décideurs au niveau central, régional ou local; les différentes informations devront-elles être fournies à différents utilisateurs?
- Sujets de contrôle et d'évaluation: quelles sont les composantes qu'il conviendra de contrôler régulièrement (formation, supervision, services assurés) et quelles sont celles pour lesquelles il sera bon d'effectuer des études spéciales?

- o Calendrier: Avec quelle fréquence les données devront-elles être recueillies et signalées pour le système de contrôle? Avec quelle fréquence et dans quel ordre les études d'évaluation devront-elles être conduites?
- o Personnel: Qui devra assurer les activités de contrôle et d'évaluation (les ASC, leurs superviseurs, les membres de la communauté, des experts extérieurs, une combinaison); une partie du personnel devra-t-elle être chargée de la collecte des données et une autre partie de l'analyse et des rapports; sera-t-il bon de confier à différents membres du personnel différentes tâches de contrôle ou études d'évaluation?
- o Nature du contrôle et de l'évaluation: les systèmes devraient-ils être centralisés ou décentralisés; informatisés ou non; normalisés ou souples; reposer principalement sur les statistiques qu'on possède dans les registres et au niveau des services ou sur des enquêtes et des expériences?

Relations entre les contraintes et les groupes de problèmes

Même s'il est difficile de généraliser les relations qui existent entre les facteurs incontrôlables et les groupes de problèmes identifiés dans ce chapitre du fait des différences entre les pays, un aspect de ces relations est présenté à la figure 2-6. Les facteurs cités dans la colonne de gauche comportent les variables de décision concernant les solutions au problème présenté dans les colonnes de droite.

La pertinence de certains de ces facteurs -- ou autres -- dans un projet de recherche opérationnelle spécifique dépendra de l'ampleur et du thème central du problème de recherche qui aura été identifié, du rapport entre les facteurs et les variables de décision liées au problème et de l'importance réelle du facteur dans l'étude du pays.

SELECTION DES PROBLEMES OPERATIONNELS POUR L'ETUDE

Chaque problème faisant partie d'un groupe de problèmes représente un sujet éventuel de recherche opérationnelle. Lorsque les problèmes sont trop nombreux par rapport au temps et aux ressources dont on dispose pour les étudier, il importe de fixer des priorités. C'est là que l'intervention de l'utilisateur de la recherche, le décideur, s'avère nécessaire.

En général, le décideur et le chercheur devraient examiner les problèmes les plus marquants dans la recherche d'une solution à l'ensemble du problème, c'es-à-dire ceux qui exercent la plus grande incidence sur l'opération. Lorsqu'on dispose de données factuelles pour évaluer objectivement chaque problème, cette procédure est alors relativement simple. Il convient d'accorder la plus haute priorité aux problèmes ayant les valeurs les plus élevées (points, coefficients de pondération).

Cependant, bon nombre de ces décisions doivent être prises en tenant compte d'opinions et de jugements objectifs et parfois avec l'intervention

de plusieurs responsables. De nombreuses techniques ont été mises au point pour faciliter ce type de prise de décisions. Chacune porte sur la détermination de critères qui permettent de "classer" chaque problème. Par exemple:

1. Le plus important (le plus grand obstacle à la performance de l'agent de santé);
2. La plus grande incertitude (on n'a aucune idée de la solution), et
3. La plus grande probabilité (de trouver rapidement une solution).

Si l'on suppose qu'un groupe d'individus fixera les priorités, une technique très simple consiste à demander aux membres d'évaluer ou de classer chaque problème d'après ces critères. On peut utiliser d'autres techniques simples, telles que la technique de Delphe et le Q-Tri, qui sont décrites dans la monographie du PRICOR: Méthodes de recherche opérationnelle: une méthode d'approche générale des soins de santé primaires.

FIGURE 2-6.
Relations entre les contraintes
et les variables de décision dans
les groupes de problèmes ASC

A. Contraintes	B. Groupes de problèmes									
	Stratégie ASC	Organisation et soutien communautaire	Sélection ASC	Définition des tâches ASC	Formation ASC	Incitations et motivation	Supervision	Rapports	Fournitures-logistique	Contrôle-évaluation
Répartition de la population par âge	●			●						
Répartition géographique de la population/zones de peuplement	●	●	●	●	●		●	●	●	●
Répartition de la mortalité/morbidité suivant les causes	●	●	●	●	●		●	●	●	●
Climat/facteurs topographiques	●	●		●	●	●	●		●	●
Situation nutritionnelle	●			●	●			●	●	●
Rôle du gouvernement	●	●	●	●		●	●	●	●	●
Politiques de distribution économique	●	●				●		●	●	●
Priorités en matière de développement social	●	●				●		●	●	●
Equilibre centralisation/décentralisation	●	●			●	●	●	●	●	●
Coordination intersectorielle; relations	●	●	●	●	●		●	●	●	●
Processus de planification/décision	●	●				●		●		●
Articulation de la politique en matière de santé	●	●		●		●		●		●
Engagements budgétaires à l'égard des SSP	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Croyances religieuses ou traditionnelles liées à la santé	●		●	●		●				
Traditions communautaires	●	●	●	●	●	●	●			
Rôle/emploi des guérisseurs traditionnels	●	●	●	●	●	●	●			
Attitudes à l'égard de l'autorité; à l'égard du gouvernement	●	●		●	●	●	●			●
Relations des sexes sur le plan social	●		●	●	●		●	●		
Notions de la propriété et des droits de propriété		●		●			●	●		
Rôles des femmes et des enfants	●		●	●	●	●	●	●		
Structures d'organisation communale	●	●	●			●	●	●		
Caractéristiques du style de vie urbain-rural	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Populations en transition	●	●	●	●	●	●	●	●		
Niveaux/répartition de l'éducation	●	●	●	●	●	●	●	●		●
Niveau d'instruction élémentaire de la population	●		●	●	●		●			●
Distribution du revenu	●	●		●		●	●		●	
Dépenses personnelles pour les soins de santé	●			●		●			●	
Situation économique urbaine-rurale	●	●		●				●	●	
Répartition par professions	●	●	●	●		●	●	●	●	
Interdépendances économiques	●	●				●		●	●	
Fabrication intérieure de produits relatifs à la santé	●			●				●	●	
Modes de transport et niveau de développement	●	●		●	●		●	●	●	
Systèmes de communications -- physiques/sociales	●	●		●	●	●	●	●	●	●
Systèmes pédagogiques	●		●		●		●	●		
Systèmes administratifs -- stade de développement	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Installations -- emplacements et usages	●	●		●	●		●	●	●	●
Distribution publique par rapport à la distribution privée	●			●		●	●			
Niveau de contrôle sur l'économie du secteur de la santé	●	●	●		●	●	●		●	
Organisation professionnelle: rôle de la prise de décisions	●	●	●	●	●	●	●			●
Répartition géographique et sociale des ressources	●	●	●	●			●		●	
Niveau d'indépendance institutionnelle	●			●	●		●	●	●	
Processus de planification et de gestion	●	●		●	●	●	●	●	●	●
Attitudes à l'égard des SSP et de l'ASC	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Modes de financement; sécurité sociale, etc.	●	●		●		●			●	
Etablissements de formation et ressources	●		●	●	●		●			●
Migration internationale -- personnel médical, infirmier, etc.	●			●	●		●			
Rôles et styles de direction	●	●		●		●	●	●	●	●

* L'● figurant dans certaines cases indique que les contraintes d'une rangée donnée (A) affecteront probablement les variables de décision des groupes de problèmes d'une colonne (B).

NOTES

1. E.S. Quade, Analysis for Public Decisions, 2d. ed. (New York: Elsevier Publishing Co., 1982), p.69.
2. Richard A. Johnson, Fremont E. Kast et James F. Rosenzweig, The Theory and Management of Systems (New York: McGraw Hill, 1963), p.90.
3. Ibid., pp.91-92.
4. Arthur Goldsmith, Barbara Pillsbury et David Nicholas, Operations Research Issues: Community Organization (Chevy Chase, MD: PRICOR, 1985).
5. Virginia Ofosu-Amaah, Expérience nationale de l'emploi des agents de santé communautaires (Genève, publication offset n°71, 1983 de l'OMS).

CHAPITRE III

CONCEPTION D'UNE ETUDE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

CHAPITRE III. CONCEPTION D'UNE ETUDE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

Le PRICOR définit la recherche opérationnelle comme un processus systématique de recherche de solutions à utiliser dans la planification, qui se compose de trois phases: l'analyse des problèmes, la mise au point de solutions et l'expérimentation de ces solutions. Ce chapitre décrit brièvement ce processus, en fournissant des exemples des méthodes d'application de cette approche aux problèmes opérationnels dans le volet agent de santé primaire (ASC) des programmes de soins de santé primaires (SSP). L'annexe résume certains projets financés par le PRICOR sur les agents de santé communautaires. La brochure du PRICOR: Méthodes de recherche opérationnelle: une méthode d'approche générale des soins de santé primaires, de Stewart Blumenfeld, décrit plus en détail les méthodes de recherche opérationnelle.

La recherche opérationnelle peut faciliter et rationaliser les prises de décisions au niveau de la direction. Elle peut réduire le recours à des méthodes coûteuses d'essai et d'erreur grâce à l'utilisation de procédures systématiques pour la sélection de la "meilleure" politique à suivre. Le personnel et les conseillers du PRICOR ont élaboré une méthode de recherche opérationnelle pratique qui comprend les caractéristiques essentielles de la recherche opérationnelle traditionnelle tout en restant suffisamment souple pour être appliquée aux problèmes opérationnels importants identifiés dans le chapitre précédent. Cette méthode générale de recherche opérationnelle est récapitulée à la figure 3-1.

FIGURE 3-1. -- ETAPES D'UNE METHODE GENERALE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE

PHASE I: ANALYSE DU PROBLEME

1. Définir le problème.
2. Analyser le problème, le diviser en problèmes opérationnels secondaires et recueillir les données nécessaires.
3. Fixer des priorités et sélectionner les problèmes à étudier.

PHASE II: ELABORATION D'UNE SOLUTION (pour chaque problème opérationnel)

1. Définir l'objectif visant à résoudre chaque problème.
2. Identifier les variables (de décision) contrôlables et les facteurs incontrôlables (contraintes et facteurs de facilitation) de chaque problème.
3. Sélectionner et établir un modèle approprié pour résoudre chaque problème.
4. Recueillir les données nécessaires.
5. Utiliser le modèle pour élaborer la solution optimale à chaque problème.
6. Mener une analyse de sensibilité pour chaque solution.

PHASE III: EXPERIMENTATION ET EVALUATION DE LA SOLUTION

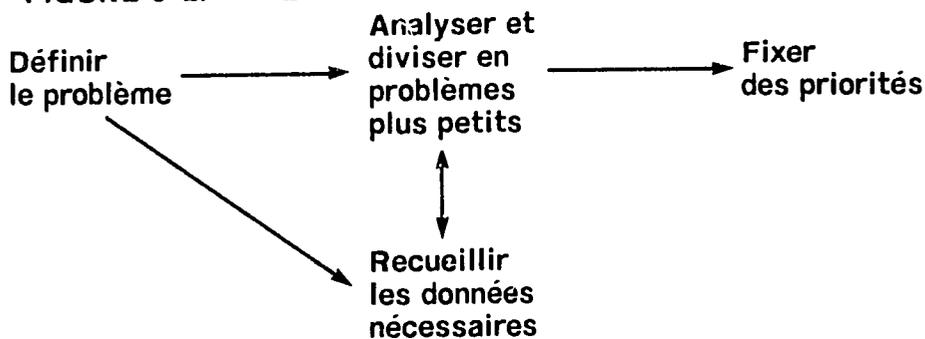
1. Concevoir l'expérimentation de la ou des solutions.
 2. Conduire l'expérimentation et recueillir les données nécessaires.
 3. Evaluer et modifier/ajuster la ou les solutions.
 4. Réunir les informations qui en résultent
-

Les démarches de ce processus sont décrites brièvement dans les sections suivantes et sont illustrées par un exemple reposant sur un projet de recherche opérationnelle financé par le PRICOR. Comme la recherche opérationnelle est un processus itératif, les étapes ne sont pas forcément séquentielles, et selon la nature de l'étude, certaines peuvent se répéter plusieurs fois alors que d'autres risquent de ne pas avoir lieu.

PHASE I: ANALYSE DU PROBLEME

Les étapes de cette phase sont illustrées à la figure 3-2 et décrites ci-dessous.

FIGURE 3-2. -- ETAPES DE L'ANALYSE DU PROBLEME



Etape 1. Définir le problème

L'analyse du problème commence habituellement par l'identification de la différence entre ce qui devrait se produire et ce qui se produit. Par exemple, les villageois devraient apporter leur soutien à leurs agents de santé mais ne le font pas; les médicaments de base devraient être disponibles dans les régions rurales mais ne le sont pas. Les informations identifiant un problème peuvent être obtenues à partir d'observations, de rapports d'évaluation, de concertations avec les directeurs de programme et autres sources.

Exemple: Un pays africain a, sur plusieurs années, introduit des services ASC dans des régions données, utilisant toute une gamme de méthodes pour la sélection, la formation, les fonctions, la supervision et le soutien des ASC. Le Conseil national de planification sociale a décidé que ces méthodes ponctuelles devraient être remplacées par une stratégie nationale cohérente pour les soins de santé primaires. Néanmoins, aucune étude n'a été effectuée qui puisse permettre aux décideurs de choisir parmi les

méthodes qui avaient été appliquées ou d'incorporer les éléments des différents programmes dans une nouvelle stratégie. Un groupe de travail composé de directeurs de programme, de responsables sur le terrain, de superviseurs et de chercheurs est organisé pour étudier systématiquement ce problème et mettre au point des recommandations à soumettre au conseil de planification.

Etape 2. Analyser le problème, le diviser en problèmes opérationnels plus petits et recueillir les données nécessaires

L'analyse du problème commence souvent par une description systématique du problème afin de définir certains éléments comme sa portée, son ampleur, sa gravité, ses caractéristiques et ses causes probables. Certains problèmes, tels que la question suivante: "Que doivent faire les agents de santé communautaires?" sont trop amples pour être examinés tous à la fois. Il faut les diviser en problèmes plus abordables, comme ceux cités au chapitre II sur la définition des tâches des agents de santé.

Une façon de procéder à l'analyse du problème consiste à décrire comment un programme d'agents de santé communautaires doit fonctionner, en le considérant comme un système composé d'éléments liés. Ce système peut déjà exister ou en être au stade de la conception. La figure 2-2 du chapitre II présentait un schéma général d'un système ASC. Le modèle montre que la contribution du système aux objectifs SSP ne dépend pas seulement du bon fonctionnement de ses éléments (sélection, formation, supervision, etc.), mais également d'autres facteurs liés à l'environnement (saisons où se produisent certaines maladies, soins de santé assurés par des médecins privés, coût des produits pharmaceutiques, etc.). L'ensemble du système ASC peut être décrit de cette façon graphique, et chacune de ses composantes, ou sous-systèmes, peut alors être analysée afin d'identifier les questions ou problèmes opérationnels importants.

Par exemple, quels sont les critères qu'il convient d'appliquer pour la sélection des agents de santé communautaires? Quelles tâches doivent incomber aux agents de santé? Avec quelle fréquence doivent-ils être réapprovisionnés? Parfois, on peut réunir plusieurs composantes pour les analyser; par exemple, la sélection et l'acceptation. Dans d'autres cas--notamment en matière d'approvisionnement -- il peut s'avérer nécessaire d'effectuer plusieurs analyses pour une seule composante.

Les chercheurs doivent recueillir et analyser les données afin de décrire avec précision les problèmes opérationnels. Etant donné que la collecte des données peut s'avérer coûteuse et exiger beaucoup de temps, il est préférable que les analystes examinent tout d'abord les données existantes puis dressent une liste des données restantes qui ont besoin d'être recueillies. De nombreux chercheurs rassemblent des données pour l'analyse du problème et la recherche d'une solution dans le même temps. Ces données peuvent provenir de sources fort diverses, notamment des dossiers SSP, des rapports de statistiques sur les dépenses ménagères, des observations effectuées sur le comportement lié à la recherche de soins de santé, des enquêtes sur l'utilisation des services et des études de cas relatives à d'autres programmes ASC.

Exemple: Le groupe de travail rassemble des informations descriptives sur les programmes SSP et examine un échantillon de documents provenant des divers schémas d'exploitation. Il interroge aussi les superviseurs, les agents de santé communautaires et les chefs de village sur les difficultés et les réalisations de chaque programme. A partir de ces informations, le groupe de travail effectue une description d'ensemble, qu'il complète par des schémas, du système SSP (voir figure 3-3). Le schéma portant sur la composante SSP est présenté à la figure 3-4. Le problème d'ensemble consiste à voir comment restructurer le système SSP de manière à accroître l'utilisation et l'incidence des services ASC.

Pendant qu'il décrivait le problème du système, le groupe de travail s'est rendu compte que quatre des composantes du programme ASC étaient mentionnées le plus souvent parce qu'elles présentaient des problèmes: les critères et les processus de sélection des ASC, le type de site de déroulement de la formation et la durée de la formation, la méthode de supervision des ASC et l'apport d'un soutien logistique en dépit des ressources limitées.

Etape 3. Fixer des priorités et sélectionner les problèmes à étudier

Il arrive parfois qu'un certain nombre de problèmes surgissent à partir de l'analyse. Il est évident qu'ils ne peuvent pas tous être étudiés dans le même temps; il importe de fixer des priorités. L'analyste peut fixer ces priorités de plusieurs façons. L'une consiste à identifier les problèmes dont on pense qu'ils auront la plus grande incidence et à les étudier en premier. Une autre consiste à identifier l'ordre logique des décisions. Par exemple, les décideurs doivent tout d'abord déterminer les services que devraient assurer les agents de santé communautaires avant de décider le type de formation à leur dispenser.

Exemple: Des entretiens supplémentaires avec des responsables bien informés indiquent que parmi les quatre problèmes opérationnels, deux sont moins prioritaires. Le problème de la sélection semble être moins grave qu'on avait tout d'abord cru, et malgré l'importance du système logistique, il est peu probable que des changements pourront être réalisés dans un futur proche en raison des difficultés économiques actuelles du pays. On éprouve dans l'ensemble une certaine inquiétude en raison des habitudes de supervision inégales, et il est difficile de savoir quel sera le type de formation le plus efficace, qui peut varier de 3 à 9 semaines suivant les cas. Par conséquent, le groupe de travail décide que la formation et la supervision sont les problèmes opérationnels prioritaires. Etant donné qu'il se rend compte que le type et la qualité de la supervision affecte la formation nécessaire, il décide d'analyser tout d'abord le système de supervision.

FIGURE 3-3. -- DESCRIPTION D'UN SYSTEME DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

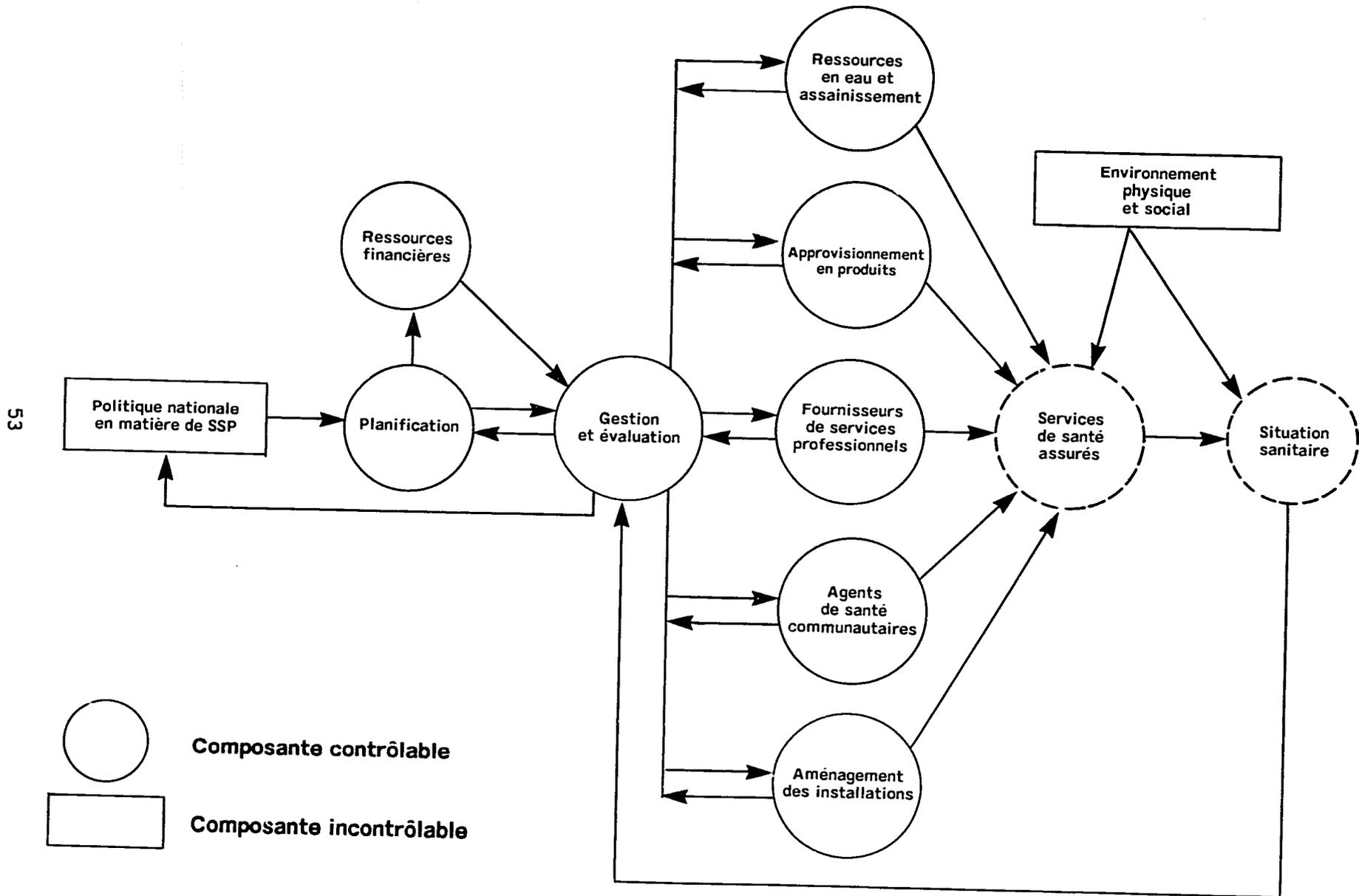
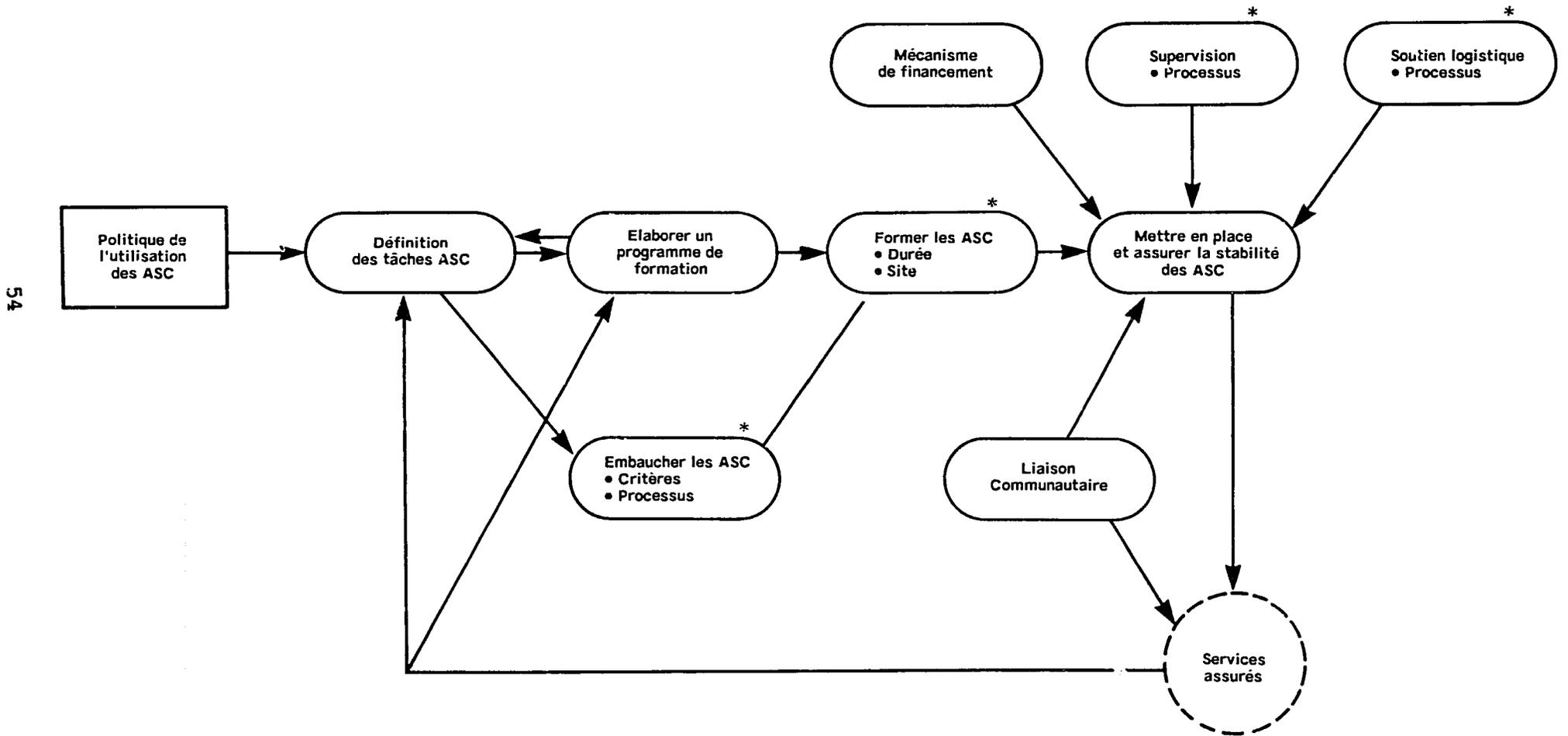


FIGURE 3-4. -- SOUS-SYSTEME D'AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

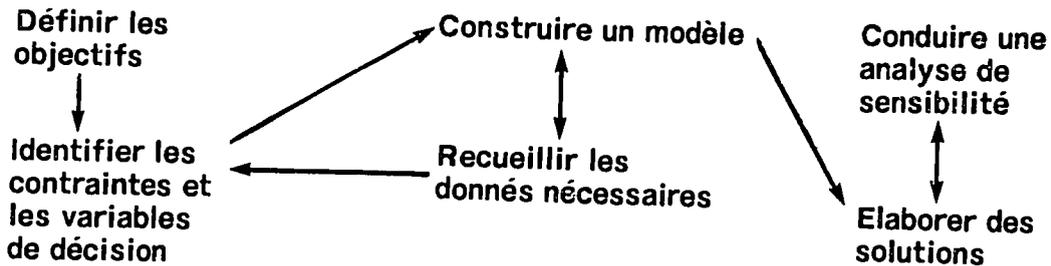


**Domaines posant des problèmes*

PHASE II: ELABORATION D'UNE SOLUTION

La figure 3-5 ci-dessous présente les étapes successives de l'élaboration d'une solution pour chaque problème opérationnel.

FIGURE 3-5. -- ETAPES DE L'ELABORATION D'UNE SOLUTION



Etape 1. Définir l'objectif permettant de résoudre chaque problème

Pour entamer le processus visant à l'apport d'une solution, l'analyste doit définir les caractéristiques de la solution désirée tant sur le plan quantitatif que sur le plan de sa réalisation. Si le problème opérationnel porte sur la formation, l'objectif peut être présenté de cette manière: définir une stratégie visant à former les auxiliaires à exécuter (des tâches) d'ici (date) dans (région). Si le problème opérationnel a été défini comme un problème d'acceptation et d'utilisation des services ASC, l'objectif peut alors être: obtenir que les familles utilisent les services ASC (pourcentage) en moyenne (nombre de mois) après le lancement du programme dans les villages de (région). Les objectifs de la recherche opérationnelle sont généralement de deux sortes: 1) Ceux qui retiennent les éléments de valeur (minimisation des intrants, par exemple minimiser le coût); et 2) ceux qui obtiennent des éléments de valeur (maximisation des extrants, par exemple maximiser le champ d'application). On ne peut pas essayer d'atteindre ces deux objectifs dans le même temps (car on ne peut pas atteindre le plus haut niveau d'extrants tout en maintenant le niveau des intrants au plus bas).

Par exemple, on peut fixer comme objectif pour résoudre le problème du paludisme de: choisir les meilleures activités de lutte contre le paludisme qui permettront d'atténuer la prédominance du paludisme chez les enfants âgés de moins de 10 ans. D'après la terminologie de la recherche opérationnelle, cet énoncé des caractéristiques de la solution s'appelle l'objectif de la solution.

Exemple: Pour le problème opérationnel de supervision, le groupe de travail définit l'objectif suivant: identifier un ou plusieurs modèles de supervision (problèmes) qui permettront d'assurer la qualité désirée de la performance des ASC pour huit tâches spécifiques, évaluée d'après l'utilisation des services et l'adoption par les villageois des usages sanitaires recommandés (objectif). Les huit tâches portent sur: la thérapie

de réhydratation orale, la prophylaxie du paludisme, le traitement du paludisme, l'immunisation DT, contre la coqueluche et la polio, le traitement de la pneumonie, la construction de latrines, l'entretien des latrines et le contrôle nutritionnel.

Etape 2. Identifier les facteurs incontrôlables (contraintes et facteurs de facilitation) et les variables contrôlables (de décision) de chaque problème

La performance d'un programme peut être représentée par une simple équation:

$$P = f(C,I)$$

qui signifie que la performance (P) est une fonction (f) d'un jeu de variables contrôlables (C) et de variables incontrôlables (I). Ce type d'équation est parfois appelé la fonction objective. Souvent, l'objectif de la solution est de maximiser la (P) de cette fonction objective.

Les variables contrôlables sont également appelées variables de décision. Les variables de décision sont celles qui sont sous le contrôle des décideurs et pour lesquelles ils doivent fixer la "meilleure" valeur. Par exemple, il peut arriver qu'un responsable doive décider du montant du droit à payer en échange des services, de la fréquence de la supervision des agents de santé et des personnes les plus à même de former les agents de santé. Il importe d'identifier toutes les variables de décision pour lesquelles des valeurs doivent être fixées.

Un type important de variables incontrôlables est la contrainte, les "données évidentes" que les analystes doivent prendre en compte lorsqu'ils élaborent une solution. Par exemple, les réglementations gouvernementales peuvent interdire la vente de certains produits pharmaceutiques par les agents de santé communautaires. Les contraintes limitent l'étendue des choix et doivent donc être identifiées pour cette raison.

Les facteurs incontrôlables positifs sont appelés des facteurs de facilitation; ils favorisent certains choix. Par exemple, si la plupart des membres de la communauté sont disposés à payer les agents de santé communautaires en échange de leurs services, c'est un facteur de facilitation. Les contraintes et les facteurs de facilitation ont des valeurs, ou magnitudes, que les analystes doivent également déterminer. Par exemple, quelle est la somme que les membres de la communauté sont disposés à verser aux agents de santé communautaires en échange de leurs services?

Voici un simple exemple illustrant comment ces variables sont liées les unes aux autres. Pour la supervision des agents de santé communautaires, une contrainte peut se caractériser par une limitation des fonds pour couvrir les frais de déplacement des superviseurs. On peut alors fixer comme objectif de maximiser le nombre des agents de santé communautaires à aller voir pendant chaque déplacement. Une des variables de décision portera sur la durée de chaque voyage. La valeur de cette variable de décision sera le nombre de jours que durera chaque déplacement. Une solution optimale consistera donc à trouver la valeur qui répondra le mieux

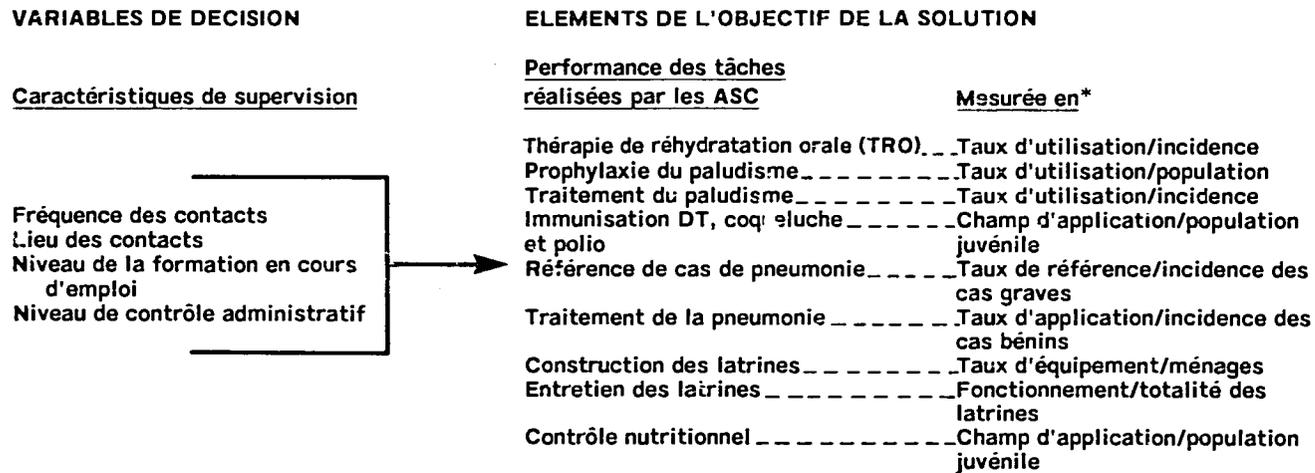
à cet objectif, compte tenu des contraintes; c'est-à-dire la durée de chaque déplacement (en journées) qui maximisera le nombre des agents de santé communautaires qui auront été vus, étant donné la limite des fonds disponibles pour les déplacements de supervision.

Exemple: Le groupe de travail identifie les facteurs suivants comme n'étant pas sous le contrôle des directeurs de programme: le niveau des salaires des superviseurs qui a été fixé par le Conseil national du personnel, le montant des fonds affectés à la supervision, le niveau d'éducation des superviseurs, la réticence des agents de santé à travailler dans des régions rurales et la quantité et le type du personnel professionnel de santé disponible pour seconder les superviseurs.

Le groupe de travail identifie alors les problèmes qui sont soumis au contrôle des directeurs de programme. Les principales variables de décision sont citées dans la colonne de gauche de la figure 3-6, qui présente également les tâches ASC à exécuter et les indicateurs de la performance ASC qui doivent être appliqués pour mesurer la performance.

FIGURE 3-6. -- VARIABLES DE DECISION ET ELEMENTS DE L'OBJECTIF DE LA SOLUTION

(Problème: Supervision des ASC)



* Pour une liste complète des mesures d'efficacité relatives aux services de soins de santé primaires, voir "Annexe B: Calcul de l'efficacité" dans Jack Reynolds et K. Celeste Gaspari, Méthodes de recherche opérationnelle: Analyse de coût-efficacité, PRICOR, 1984.

Etape 3. Sélectionner et établir un modèle approprié pour résoudre chaque problème

La recherche opérationnelle applique une vaste gamme de méthodes d'analyse des données pour obtenir des solutions aux problèmes, mais elle a pour particularité d'élaborer des solutions grâce à l'emploi de modèles. Les modèles sont des représentations de la réalité exprimée sous forme de symboles qui peuvent être graphiques (cartes, schémas, graphiques de procédé) ou mathématiques (une équation coût-efficacité, une équation offre-demande, un programme linéaire).

Dans la recherche opérationnelle, l'analyste sélectionne et élabore un modèle qui convient au problème étudié et l'applique ensuite afin de trouver la meilleure solution, ou la solution optimale, au problème. Le modèle permet à l'analyste d'introduire différentes valeurs pour les variables contrôlables, afin de trouver la meilleure solution, tout en tenant compte des contraintes. Par exemple, un analyste peut utiliser une courbe d'offre-demande pour identifier le droit à verser en échange des services des ASC qui entraînerait le niveau le plus élevé d'utilisation possible tout en produisant suffisamment de revenus pour couvrir le coût des services.

Cette méthode de création de modèles s'avère beaucoup plus rapide que la conduite d'expériences sur le terrain et revient également moins cher. Ce sont ses deux principaux avantages; mais elle a aussi des limites. Les modèles ne représentent qu'une réalité approximative, et les planificateurs des programmes doivent donc les établir avec soin, étant donné que des modèles inappropriés ou irréalistes procureront forcément des résultats irréalistes. Les modèles mathématiques complexes exigent généralement des spécialistes et des ordinateurs. Cependant, un certain nombre de techniques simples sont utiles. L'emploi de cartes (elles-mêmes des modèles des réalités géographiques) conjugué avec des "procédés empiriques" pour déterminer la région géographique que chaque superviseur ASC doit couvrir est une méthode d'approche par création de modèles. Les courbes de temps servant à programmer les tâches des ASC sont également des modèles. Les équations simples servant à calculer le volume de produits pharmaceutiques nécessaires pour approvisionner chaque agent de santé représentent également une forme de modèle. Ces modèles pertinents, auxquels on peut ajouter les graphiques de procédé, les arbres de décisions et les matrices, sont décrits dans la brochure du PRICOR: Méthodes de recherche opérationnelle: une méthode d'approche générale en matière de soins de santé primaires.

Exemple: Le groupe de travail décide que deux techniques de création de modèle sont appropriées pour résoudre le problème de supervision. La première procurera différents "programmes de supervision" composés de diverses combinaisons des variables de décision principales (fréquence des contacts, site, volume de la formation en cours d'emploi, volume du contrôle administratif). La seconde évaluera le rapport relatif coût-efficacité de chaque programme.

Pour créer ces programmes, le groupe de travail devra compter sur l'opinion d'experts. Tout d'abord, le groupe de travail appliquera une

technique connue sous le nom de diagramme ovale pour montrer comment les variables de décision sont liées les unes aux autres (voir figure 3-7).

Un diagramme ovale est un procédé graphique qui permet de montrer les relations qui existent entre les variables. Les flèches indiquent la direction d'une relation de cause à effet, et les signes plus ou moins montrent si l'effet est positif ou négatif. Par exemple, les limites budgétaires (une contrainte) restreignent le nombre de contacts de supervision, mais les contacts de supervision rendent la formation en cours d'emploi possible. On met des points d'interrogation lorsque l'on ne sait pas si l'effet est positif ou négatif.

Le groupe de travail demandera ensuite leurs points de vue à des individus bien informés, dont les administrateurs de district, les superviseurs, les agents de santé communautaires et autres, afin de vérifier l'existence de ces relations, d'établir des coefficients de pondération qui indiquent l'importance relative de chaque variable et enfin, d'identifier les valeurs probables pour chaque variable de décision. Par exemple, les valeurs probables pour la fréquence des contacts de supervision peuvent être mensuelles, bimensuelles ou trimestrielles, mais ne peuvent pas être hebdomadaires (on ne peut pas se le permettre) ni avoir lieu tous les six mois (visites trop espacées). Le groupe de travail élaborera une matrice qui présentera les coefficients de pondération et les valeurs probables pour chaque variable de décision (voir figure 3-8). Il convoquera ensuite un groupe d'experts afin d'élaborer plusieurs programmes de supervision à partir de cette matrice, en ayant recours à une méthode permettant d'atteindre un consensus connue sous le nom de Technique nominale de groupe. Le groupe évaluera l'efficacité escomptée de chaque programme pour aboutir à une solution objective. Le groupe de travail calculera alors les coûts de chaque programme et estimera le rapport relatif coût-efficacité.

Etape 4. Recueillir les données nécessaires

Chaque modèle requiert certaines données. Si on ne dispose pas des données nécessaires, il faudra alors les rassembler. Comme dans la phase 1, les données peuvent provenir de diverses sources, suivant les besoins.

Exemple: Outre le recueil d'opinions pour les travaux de diagramme ovale, le groupe de travail réunira des données de base sur les divers modèles de supervision et sur la performance ASC à partir d'observations directes, de rapports de service et d'un échantillonnage de ménages à l'échelon villageois. L'économiste rassemblera les données de coût pour l'analyse de coût-efficacité.

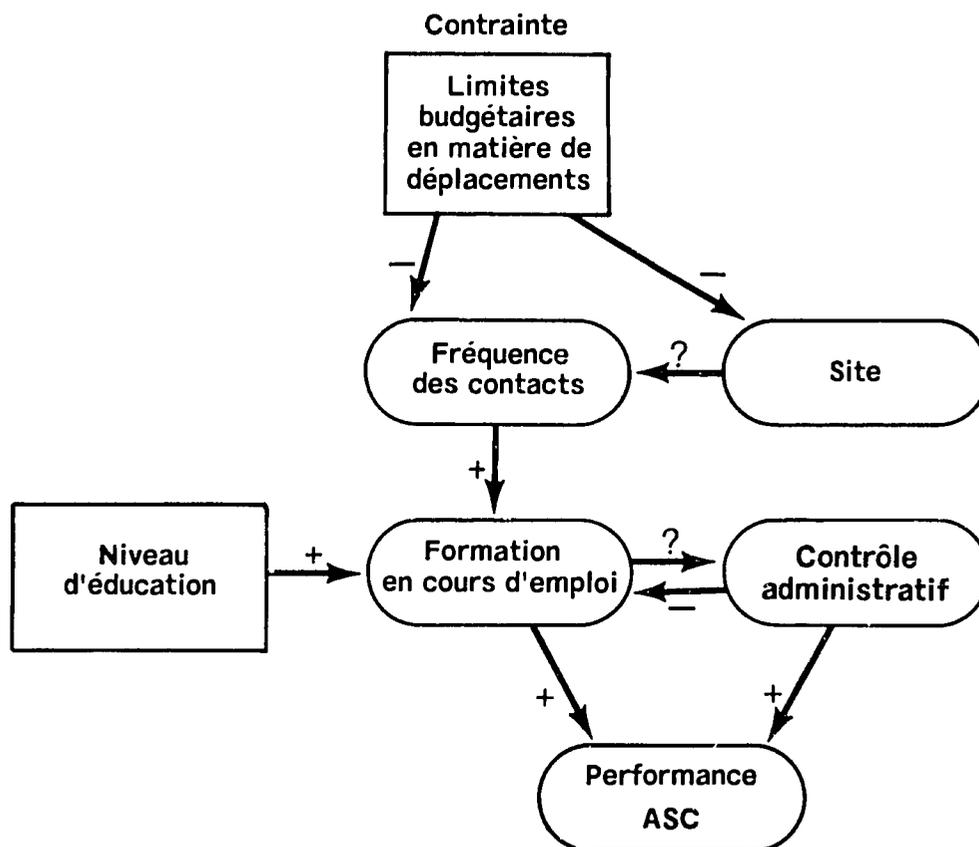
Etape 5. Utiliser le modèle pour élaborer la solution optimale à chaque problème

Une fois que les données nécessaires auront été recueillies sur les variables de décision, les contraintes et les facteurs de facilitation, les analystes pourront utiliser leur modèle pour élaborer et évaluer plusieurs solutions possibles. En utilisant des valeurs différentes (mais toujours réalistes), les analystes peuvent évaluer l'effet vraisemblable de chaque

solution sur l'objectif. La solution qui répond le mieux à l'objectif, en tenant compte des contraintes, est la solution "optimale".

Exemple: Avec les informations recueillies, le groupe de travail dresse les schémas ovales et les matrices et réunit un groupe d'experts qui, en appliquant la Technique nominale de groupe, élabore plusieurs programmes de supervision pour chaque région géographique et calcule l'efficacité escomptée de chacun d'entre eux (voir figure 3-9).

FIGURE 3-7. -- EXEMPLE PARTIEL D'UN SCHEMA OVALE
UTILISE DANS UN PROBLEME DE SUPERVISION



**FIGURE 3-8. -- MATRICE TYPE DE REPRESENTATION
DES COEFFICIENTS PONDERES ET DES VALEURS PROBABLES POUR LES
VARIABLES DE DECISION**

<u>Variables de décision</u>	<u>Coefficient de pondération</u>	<u>Valeurs</u>
Fréquence de contacts	10	Hebdomadaires , deux fois par semaine, mensuels, deux fois par mois, trimestriels, deux fois par an
Site	4	Communautaire, district, régional, national
Formation en cours d'emploi	8	100% 80% 60% 50% 40% 20% 0%
Contrôle administratif	3	0% 20% 40% 50% 60% 80% 100%

**FIGURE 3-9. -- PROGRAMMES DE SUPERVISION TYPES RESULTANT
DE LA TECHNIQUE NOMINALE DE GROUPE**

- Programme A:** Contacts de supervision mensuels, sur le terrain, portant notamment sur le contrôle administratif avec une formation semi-annuelle à l'extérieur pour tous les ASC de la région. Efficacité estimative = 0,80.
- Programme B:** Séances de supervision bimensuelles avec tous les ASC de la région, portant notamment sur la formation en cours d'emploi et le contrôle administratif. Efficacité estimative = 0,75.
- Programme C:** Formation en cours d'emploi trimestrielle, à l'extérieur, pour tous les ASC de la région, et visites sur le terrain pour assurer un contrôle administratif conformément aux besoins. Efficacité estimative = 0,65.

**FIGURE 3-10. -- EXEMPLE D'UN MODELE DE COUT-EFFICACITE
POUR L'EVALUATION DES PROGRAMMES DE SUPERVISION**

REGION SUD

	Coûts estimatifs	Efficacité estimative	Rapport coût-efficacité estimatif
Programme A	10.500 \$	0,80	13.125\$/1
Programme B	9.600	0,75	12.800\$/1
Programme C	8.400	0,65	12.923\$/1

L'économiste calcule le coût de chaque programme pour chaque région géographique. Le groupe de travail, avec la coopération d'experts sélectionnés, analyse ensuite les coûts et l'efficacité estimatifs de chaque programme.

La figure 3-10 montre que le programme A est le plus coûteux et le plus efficace pour la région sud, mais qu'il accuse le coût le plus élevé par unité d'efficacité des trois options. Le programme B semble être le plus rentable des trois, mais les différences entre A, B et C sont si légères qu'il convient de prendre également en compte d'autres critères pour effectuer la sélection.

Le groupe de travail convoque le groupe nominal pour traiter cette information et sélectionner le meilleur programme de supervision pour chaque région. Ils examinent chaque programme, puis les membres du groupe individuellement notent chacun d'entre eux de 1 à 10. Ils classifient les notes de chaque programme et présentent les résultats au groupe. Ils répètent ce processus deux ou trois fois, jusqu'à ce qu'ils parviennent à un consensus et choisissent un programme pour une région donnée. Le programme A est sélectionné pour les régions centrale et nord, le programme B pour la région sud et le programme C pour la région est.

Etape 6. Mener une analyse de sensibilité pour chaque solution

Les solutions qui découlent des méthodes décrites ci-dessus devront être soumises à un test de "réalité" afin de s'assurer qu'elles sont raisonnables, acceptables sur les plans politique et culturel, et compatibles avec les solutions élaborées pour les autres problèmes opérationnels (par exemple, la rémunération des agents de santé communautaires). L'analyse de sensibilité permet à l'analyste de voir comment les résultats pourraient changer si les objectifs, les variables de décision étaient modifiés, par exemple, de 5 ou 10 pour cent. (Il est à noter que ceci constitue un exercice écrit et non pas un test réel sur le terrain de la solution. Après les modifications indiquées, les chercheurs sont prêts à recommander la "meilleure" solution aux décideurs.

Exemple: L'équipe de chercheurs vérifie les résultats préliminaires avec le Conseil national de planification sociale, qui estime que tous les modèles de supervision seront acceptables. L'économiste recalcule les coûts en utilisant des estimations plus élevées pour l'inflation et les coûts de transport. Il est évident que chaque modèle fonctionnera tant que l'inflation ne dépassera pas 50 pour cent au cours de l'année suivante.

Cette analyse de sensibilité conduit néanmoins à deux résultats inattendus. Premièrement, les analystes découvrent que si le budget pouvait être relevé de 6 pour cent, les résultats seraient probablement améliorés de 20 à 25 pour cent. Deuxièmement, l'analyse plus détaillée des trois modèles présente aux analystes une nouvelle option qui conjugue les différentes caractéristiques des trois. Ils décident de recommander aux décideurs de prendre en considération le modèle révisé à deux niveaux de financement différents, afin de le réaliser dans toutes les régions du pays.

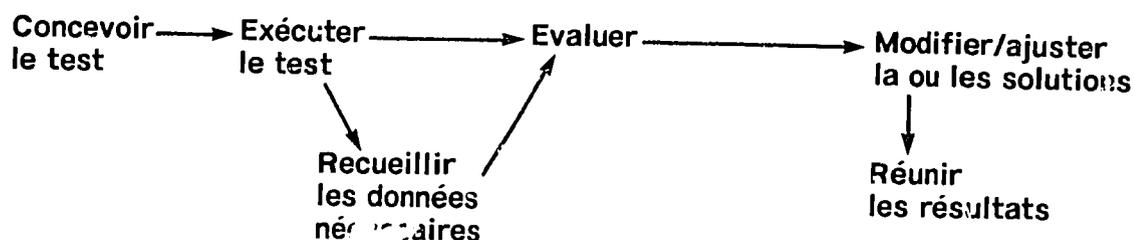
PHASE III: EXPERIMENTATION ET EVALUATION DE LA SOLUTION

Les étapes de cette phase sont présentées à la figure 3-11 et décrites ci-dessous.

Etape 1. Conception du test de la ou des solutions

Une fois que les décideurs sélectionnent les solutions qu'ils préfèrent, il peut s'avérer nécessaire d'effectuer un test ou un essai véritable pour valider la ou les solutions. Le test peut se composer d'une ou de plusieurs solutions possibles et peut être conçu sous diverses formes: une étude d'évaluation avec des contrôles, un projet pilote ou expérimental pour tester la faisabilité ou encore une modification dans les activités du programme à évaluer et à ajuster dans le temps.

FIGURE 3-11. -- ETAPES SUCCESSIVES DE L'EXPERIMENTATION ET DE L'EVALUATION DE LA SOLUTION



Par exemple, un test sur le terrain peut comprendre la comparaison de deux modèles différents pour former les agents de santé communautaires, fondée sur l'évaluation de leur performance dans le travail après la formation. Ou juste un modèle unique de formation, considéré comme le meilleur, peut être exécuté, évalué et -- si on se heurte à des difficultés -- modifié. Quelle que soit la forme du test sur le terrain, toutefois, il convient de le concevoir avec soin afin de s'assurer que les résultats

seront précis et généralement applicables à d'autres arrangements dans le pays ou la région.

Exemple: Les décideurs acceptent la recommandation du groupe de travail sur la structure des modèles de supervision, mais hésitent à accroître le budget sans posséder d'autres informations. Ils décident donc d'effectuer un test sur le terrain qui à la fois prouvera la faisabilité de la stratégie et déterminera les effets des différents niveaux de financement.

Le test est conçu comme une étude quasi-expérimentale où deux groupes de districts mettront en oeuvre la stratégie de supervision révisée, mais à deux niveaux de financement différents. Le groupe possédant le niveau de fonds le plus élevé aura un nombre d'agents de santé communautaires par superviseur moins important et la supervision sera plus intensive. Les districts sont sélectionnés avec soin afin de s'assurer que les communautés sont comparables; ils sont également sélectionnés dans différentes régions du pays afin de garantir que le modèle est applicable à l'échelle nationale.

Etape 2. Exécuter le test et recueillir les données nécessaires

Les tests sont alors effectués conformément au processus d'évaluation. Les données sur la performance réelle, y compris la performance des ASC, les services utilisés, la population desservie, les coûts et autres indicateurs clés sont recueillis afin d'évaluer les solutions.

Exemple: Le test sur le terrain, tel qu'il est conçu, est mené dans huit districts, deux dans chaque région. Il faut environ deux mois pour effectuer la formation en cours d'emploi des superviseurs, pour adapter les tâches de supervision et pour établir les procédures de collecte des données. Une fois le test mis en oeuvre, un membre du groupe de travail surveille son déroulement dans chaque district pendant deux semaines, et ensuite par intervalles, afin de s'assurer que les conditions du test sont satisfaites. Le groupe de travail reçoit et examine mensuellement des rapports sur le coût et la performance. Après cinq mois d'expérimentation, le groupe de travail est prêt pour présenter des recommandations finales aux décideurs.

Etape 3. Evaluer et modifier/ajuster la ou les solutions

En fonction des résultats du test, les solutions théoriques sont modifiées ou ajustées. Si les modifications sont importantes, il est nécessaire d'effectuer un nouveau test. Les conclusions et les recommandations sont rapportées aux décideurs.

Exemple: Pendant le déroulement du test, le groupe de travail a constaté le besoin de petites modifications dans les procédures. Il a introduit ces changements dans tous les districts où avait lieu le test à la fin du second mois. Vers la fin du troisième mois, il est en mesure de signaler que le modèle de supervision choisi est réalisable et plus efficace que tous les arrangements précédents.

Néanmoins, les résultats portant sur les deux niveaux de financement sont un peu équivoques, étant donné qu'une supervision plus intensive ne fait guère de différence quand les agents de santé communautaires sont avant tout bien formés. En matière de coûts, il revient moins cher de payer davantage pour la supervision et d'économiser sur la formation, mais lorsque les agents sont mieux formés, ils inspirent plus de confiance et travaillent plus efficacement. Le groupe de travail décide de recommander le niveau de financement le moins élevé pour la supervision, même s'il en résultera de plus grosses dépenses pour la formation. Les décideurs approuvent cette recommandation.

Etape 4. Réunir les résultats

Divers changements dans le système sont parfois réalisés dans le même temps. Si cela se produit, le chercheur doit "recombinaison le système" afin d'évaluer l'effet des changements réalisés dans une partie du système sur le reste du système. Par exemple, un changement dans la formation nécessitera-t-il un changement dans le modèle de supervision? L'analyste doit englober les divers changements afin de s'assurer que l'ensemble du système continuera à fonctionner de façon rentable.

Exemple: Etant donné que le groupe de travail a d'abord analysé et trouvé des solutions au problème de supervision, il peut maintenant identifier certaines données évidentes pour les autres composantes du système ASC faisant l'objet de problèmes: la sélection, la formation et la logistique. Les données que les chercheurs ont recueillies leur ont permis de se renseigner sur le niveau d'indépendance nécessaire aux agents de santé communautaires, qui a des incidences sur les critères de sélection des ASC, l'ampleur de la formation requise, les caractéristiques des relations superviseur-ASC, la tenue des registres par les agents de santé communautaires et les chances que les superviseurs participent aux activités de soutien logistique. Le groupe de travail peut désormais réaliser ces études planifiées.

UNE NOTE FINALE

Certains problèmes ne permettent pas de suivre les étapes présentées ci-dessus exactement dans l'ordre indiqué. Par exemple, il peut arriver que les analystes aient besoin de recueillir des données avant de sélectionner un modèle analytique. Les étapes et les méthodes peuvent se chevaucher ou un certain nombre d'étapes peuvent se répéter. Les analystes peuvent également chercher un certain nombre de problèmes opérationnels simultanément. Il convient donc de considérer ces étapes comme une orientation générale pour procéder à la recherche opérationnelle mais qu'il faut employer avec souplesse.

ANNEXE

RESUMES DES ETUDES FINANCEES PAR LE PRICOR SUR LES AGENTS DE SANTE
COMMUNAUTAIRES
EN MATIERE DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

ANNEXE: RESUMES DES ETUDES FINANCEES PAR LE PRICOR SUR LES AGENTS DE SANTE
COMMUNAUTAIRES EN MATIERE DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Cette annexe résume un certain nombre d'études que le PRICOR a financées et illustre plusieurs façons d'utiliser la recherche opérationnelle pour étudier les problèmes liés à l'emploi des agents de santé communautaires en matière de soins primaires.

TANZANIE: Rôle de supervision de la performance des agents de santé villageois

Le gouvernement de la Tanzanie a élaboré un programme visant à introduire des agents de santé villageois (ASV) dans des régions rurales données où les soins de santé primaires n'existent pas. Les agents de santé villageois ont été affectés dans 55 districts, mais un certain nombre de problèmes opérationnels se sont produits. Les ressources financières se sont avérées insuffisantes, tout comme le personnel de santé qualifié, les installations de santé, l'équipement et les fournitures, le transport, les communications et notamment la supervision du personnel. Cette étude a pour objet d'"identifier un ou plusieurs modèles de supervision optimaux". Les principales questions à examiner sont les suivantes:

1. Les relations entre les mécanismes de supervision, la performance des ASV et les résultats des services;
2. Le rapport coût-efficacité des modèles de supervision en rapport avec le rendement des ASV, et
3. L'efficacité et le coût-efficacité de la répartition des fonctions de supervision entre les membres de la communauté et les spécialistes de la santé.

Le projet comporte deux phases. Durant la première phase, une étude normative sera menée pour définir les modèles de supervision "idéaux". Il faudra trois types de données pour décrire: 1) le système de supervision; 2) la performance des ASV et 3) les résultats des services de soins de santé primaires. Les données seront recueillies afin de décrire le système actuel et le système désiré, la performance des ASV et les résultats des services. Puis un modèle de programmation à but linéaire sera formulé pour identifier le modèle de supervision optimal qui répond aux niveaux de performance spécifiés et aux résultats des services.

Les modèles les plus prometteurs seront testés sur le terrain au cours de la phase II afin d'évaluer leur incidence véritable sur la performance des ASV et les résultats des services SSP. Il conviendra de recueillir des données supplémentaires pour évaluer le rapport relatif coût-efficacité des divers modèles de supervision. Ce projet s'étendra sur une période de 20 mois et sera exécuté par des membres du personnel de l'université de Dar es-Salaam, avec l'assistance technique de deux consultants américains. Pour des informations supplémentaires sur le projet, s'adresser au Dr Fariji Mtango, Département of Epidemiology and Biostatistics, Muhimbili Medical Center, University of Dar es Salaam, Dar es Salaam, Tanzanie.

EQUATEUR: Soins de santé primaires ruraux assurés par des animateurs de santé

Cette étude de 24 mois porte sur le "système d'animation" des soins de santé primaires qui se déroule en Equateur. L'animateur (agent de santé communautaire) est l'élément essentiel et stratégique du programme de l'Equateur pour étendre l'application des soins de santé primaires à sa population rurale. Même si 300 de ces animateurs ont été formés et sont retournés dans leur communauté, l'application de ces soins ne s'est pas élargie considérablement.

Cette étude a pour objet d'analyser le système d'animation actuel et de concevoir des méthodes améliorées visant à former, superviser et soutenir les animateurs de santé. Cette étude a été requise par la Mission USAID en Equateur en réponse à un besoin d'aide, exprimé par le Ministère de la santé publique, pour examiner les possibilités d'amélioration du système actuel. L'USAID et le Ministère de la santé ont choisi de confier la réalisation de cette étude à la Fundacion Eugenio Espejo.

La recherche comporte deux phases. La phase I se compose d'une analyse systématique du système d'animation actuel visant à la fois à décrire le système actuel (par opposition à celui planifié sur le papier) et à identifier les problèmes opérationnels appartenant au système. Puisqu'on possède peu d'informations sur les opérations véritables, les données seront recueillies à partir de différentes sources, notamment des entretiens, des observations et des enquêtes pour combler ces lacunes.

Une analyse fonctionnelle préliminaire a porté l'équipe de recherche à croire qu'il existe trois problèmes essentiels: la formation, la fourniture de matériel et la supervision. Ce sentiment a été confirmé par une enquête informelle réalisée auprès des animateurs et des responsables du Ministère de la santé.

Au cours de la phase II, ces trois problèmes (formation, supervision et logistique) seront examinés en détail afin d'identifier les solutions possibles; des modèles de recherche opérationnelle appropriés seront appliqués afin d'élaborer et d'évaluer les solutions. Une fois que toutes les solutions auront été élaborées, elles seront testées sur le terrain en utilisant un modèle quasi-expérimental.

Pour des informations supplémentaires, s'adresser au Dr Ramiro Echeverria, Fundacion Eugenio Espejo, Avenida Atahualpa 333 y Ulloa, Quito, Equateur.

HATTI: Rôle des auxiliaires obstétriques traditionnels (AOT) en matière de santé maternelle

Cette étude visera à élaborer et à tester différentes méthodes de formation et d'utilisation des auxiliaires obstétriques afin de pouvoir réduire le taux élevé de morbidité et de mortalité maternelles de la zone de la Cité Simone à Port-au-Prince, un des quartiers les plus pauvres de la ville. Pendant l'analyse préliminaire, on a identifié deux composantes

qu'il a semblé tout particulièrement nécessaire d'examiner: les politiques de formation et de référence.

Pendant la première phase, l'équipe de recherche mènera une analyse systématique du sous-système AOT et élaborera différents modèles. Les principales étapes prévues sont les suivantes: 1) identifier les tâches ou les interventions prioritaires que les auxiliaires obstétriques traditionnels devront réaliser et qui sont directement reliées aux causes principales de mortalité et de morbidité maternelles et périnatales; 2) sélectionner les tâches et les aptitudes sur lesquelles insistera le programme de formation le plus court; 3) prendre en considération et sélectionner les différentes méthodes de formation (par exemple reposant sur la compétence, la simulation, etc.) qui aboutirait probablement à la performance AOT optimale; 4) examiner et, le cas échéant, réviser les politiques de référence pour les auxiliaires obstétriques traditionnels; 5) identifier et estimer le coût des diverses composantes du système AOT et établir les procédures de comptabilité analytique d'exploitation à appliquer pour repérer les coûts dans la phase II et 6) si nécessaire, évaluer le rapport coût-efficacité des divers modèles de programme possibles.

La phase II comprend une expérimentation sur le terrain des modèles possibles sur une durée de 15 mois, y compris une enquête du suivi des femmes enceintes afin d'évaluer l'efficacité de chaque méthode. L'étude sera conduite sur une période de 21 mois par des enquêteurs examinant le personnel d'une organisation à but non lucratif assurant des services de santé dans cette région.

Pour des informations supplémentaires, s'adresser au Dr Carlo Boulos, Complexe médico-social de la Cité Simone, P.O. Box 1666, Port-au-Prince, Haïti.

BRESIL: Mobilisation des guérisseurs traditionnels pour assurer des soins de santé primaires

Dans leur proposition de recherche, les enquêteurs ont déclaré: "la mobilisation des guérisseurs traditionnels et de leurs systèmes de médecine existants pour assurer la thérapie de réhydratation orale est la solution, estimons-nous, pour atteindre les populations rurales démunies et étendre les soins de santé primaires au niveau local. Par conséquent, les objectifs opérationnels de ce projet consistent à : 1) déterminer la meilleure façon de mobiliser les guérisseurs traditionnels et de les intégrer au système de santé officiel afin de maîtriser cliniquement les maladies diarrhéiques et d'assurer la thérapie de réhydratation orale, et 2) identifier la structure de prestations de soins optimale qui comprend des sphères de soins populaires et professionnels pour assurer le traitement rapide par réhydratation orale." Les enquêteurs ont proposé une méthodologie qui conjugue la méthode générale de recherche opérationnelle avec un certain nombre de techniques anthropologiques et sociologiques.

La phase 1 consistera en une analyse systématique du problème opérationnel, comprenant une description exhaustive du système de distribution de soins de santé existant, notamment dans le domaine de la

santé juvénile, et en une étude de base des foyers démunis afin d'évaluer leurs connaissances sur la thérapie de réhydratation orale et l'utilisation qu'ils en font.

La seconde phase de recherche consistera à mettre au point: une vaste gamme des différentes solutions au problème, en commençant par une séance de réflexion commune pour identifier et élaborer un large éventail des stratégies plausibles et une analyse systématique des points forts et des points faibles de cette méthode. Des projets pilotes, ou expérimentaux, seront alors menés conformément à une procédure de tests sur le terrain dans deux communautés comparables afin d'expérimenter les "meilleures solutions."

Le projet doit s'étendre sur 24 mois et sera réalisé à Fortaleza, au Brésil. Pour des informations supplémentaires, s'adresser à Marilyn Nations, Box 485, Division of Geographic Medicine, School of Medicine, University of Virginia, Charlottesville, VA 22908, ou au Dr Maria Auxiliadora de Souza, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Federal University of Ceara, Fortaleza, Brésil.

MEXIQUE: capacité productive de l'auxiliaire de santé communautaire dans les micro-régions de soins de santé de l'état du Mexique

Les Services coordonnés de santé publique de l'état du Mexique (SCSP) sont chargés d'assurer les soins de la majorité de la population de l'état qui n'est pas couverte par les établissements de la sécurité sociale. Au cours des dernières années, les SCSP ont rehaussé l'importance des soins de santé primaires comme la stratégie principale pour traiter les problèmes de santé communautaires. En 1978, les SCSP se sont mis à embaucher et à former des auxiliaires de santé communautaires pour effectuer des activités SSP de base préventives et curatives. Chacun des 1.793 auxiliaires de santé communautaires est responsable de 3.000 habitants dans une micro-région.

Le problème opérationnel relève du fait que les services assurés par les agents de santé ne sont pas toujours conformes à ceux que désirent et dont ont besoin les communautés. Cette étude a pour objectif d'accroître l'efficacité des agents de santé en: 1) analysant les pratiques actuelles permettant de déterminer le niveau de conformité entre ce que font les agents de santé et ce qu'ils devraient faire, et 2) créant un instrument de planification et de choix des priorités au service des agents de santé pour qu'ils puissent relever le niveau de conformité.

L'analyse du problème sera effectuée à partir de données provenant d'une enquête et d'observations sur les pratiques des agents de santé, d'entretiens avec les chefs des micro-régions, d'une analyse sur les données d'une enquête des ménages réalisée en 1983 et de réunions communautaires dans des micro-régions données afin d'identifier les besoins locaux et les demandes en services. On appliquera dans les communautés composant l'étude un modèle Werner-Bower* modifié pour la détermination des priorités en

* Voir David Werner et Bill Bower, Helping Health Workers Learn, Palo Alto, Calif.: Hesperian Foundation, 1982.

matière de service afin de faciliter la sélection des programmes de services que devront assurer les agents de santé. Un modèle de planification sera alors élaboré pour permettre aux agents de santé de planifier et de dresser le programme de leurs services. Il faudra enfin identifier les besoins en formation et en soutien des auxiliaires de santé communautaires.

Un test quasi-expérimental des modèles se déroulera sur une période de six mois dans des micro-régions servant de prototype et des communautés à contrôler. L'étude sera conduite par les SCSP pendant une période de 18 mois avec l'assistance technique de consultants mexicains et américains.

Pour des informations supplémentaires, s'adresser au Dr Ana Ramos, Servicios Coordinados de Salud Publica del Estado de Mexico, Avenida Independencia 1009, Toluca, 50000 Mexique.

NIGERIA: Accroître la productivité des agents de santé communautaires moyennant la supervision dans les régions d'Ife et d'Ijesha

La malnutrition infantile et les maladies infectieuses sont les deux principaux problèmes de santé qui contribuent à la mortalité et à la morbidité infantiles dans la région d'Ife/Ijesha, dans l'état d'Oyo. Une des causes essentielles de ce problème permanent est la distribution insuffisante de services SSP auprès de la population, malgré le fait que plusieurs agents de santé communautaires aient été formés et affectés dans ces régions. Ce problème confirme la productivité médiocre des ASC en raison d'une supervision insuffisante. L'objet de cette recherche est donc d'analyser systématiquement les raisons de cette insuffisance de supervision et de mettre au point une solution pratique qui sera acceptable, sur le plan économique et culturel, pour les responsables de la santé, les superviseurs, les communautés et les agents de santé communautaires.

Les chercheurs élaboreront un modèle mathématique de supervision pour identifier les variables étroitement liées à une supervision efficace puis élaboreront un ou plusieurs modèles de supervision pour l'expérimentation. Les données nécessaires pour l'élaboration de ce modèle proviendront de rapports du Ministère de la santé effectués à l'échelon fédéral et de l'état et d'entretiens avec les agents de santé communautaires, les superviseurs et certains ménages de la communauté. Une matrice sera alors élaborée afin d'analyser les coûts relatifs, l'acceptation et l'application qui résulteraient des méthodes de supervision possibles. La sélection d'une solution finale sera effectuée par une petite équipe composée de représentants de tous les groupes ayant pris part à cette étude. La ou les solutions choisies seront alors expérimentées sur le terrain pendant une période de 6 mois en appliquant un modèle de groupe de contrôle quasi-expérimental.

L'étude sera menée par l'université d'Ife, en collaboration avec le personnel des services fédéraux et d'état du Ministère de la santé. Pour des informations supplémentaires, s'adresser au Dr E.O. Ojofeitimi, Department of Community Health and Nutrition, Faculty of Health Sciences, University of Ife, Ile-Ife, Nigéria.

SWAZILAND: Elaboration de méthodes appropriées pour le soutien des agents de santé communautaires

Les conseillers de santé ruraux constituent un élément clé de la distribution des soins de santé primaires aux populations rurales du Swaziland. Ces derniers temps, ils n'ont pas touché leur traitement mensuel, ce qui a provoqué une forte attrition. Cette étude a pour objectif opérationnel d'identifier les méthodes les plus appropriées pour soutenir les conseillers de santé ruraux en s'assurant qu'elles sont sérieuses et qu'elles reposent sur la participation communautaire pour la sélection, la supervision et le traitement de ces conseillers.

La première phase de cette étude de 22 mois porte sur une analyse du problème. Les chercheurs appliqueront plusieurs techniques de recherche opérationnelle, y compris une matrice de définition de système pour décrire le système actuel et identifier les lacunes afin de recueillir les données nécessaires. Les composantes du système seront décrites dans un schéma ovale qui servira à montrer les relations entre les conseillers de santé ruraux et le système de soins de santé.

La seconde phase de l'étude portera sur l'identification des solutions possibles à ce problème. Une matrice d'interaction sera élaborée pour chaque solution éventuelle. Ces matrices permettront à l'équipe de chercheurs de souligner les relations entre les composantes de chaque solution proposée et les objectifs recherchés. Les solutions les plus plausibles seront alors soumises à l'examen des communautés.

Les solutions les plus appropriées seront sélectionnées sur la base d'un consensus entre les membres de la communauté, les chefs et les spécialistes de la santé. Les solutions choisies seront alors expérimentées sur le terrain pendant une période de neuf mois et modifiées, le cas échéant, en fonction de l'évaluation sur le terrain.

Pour des informations supplémentaires, s'adresser à Ms. Catherine Connolly, Social Science Research Unit, University of Swaziland, Kwaluseni, ou à Mrs. Bertha Dlamini, Swaziland Institute of Health Sciences, Ministry of Health, Swaziland.

LIBERIA: Expérimentation de l'efficacité des adolescents de l'enseignement secondaire comme animateurs sanitaires dans les régions rurales

Cette étude d'une durée de deux ans vise à identifier la meilleure ou les meilleures méthodes faisant appel aux adolescents comme animateurs des soins de santé primaires. On peut citer comme problèmes à examiner: 1) les tâches qui sont les plus appropriées aux adolescents; 2) la meilleure formation à dispenser aux adolescents pour effectuer ces tâches; 3) la meilleure façon de les superviser et 4) la sélection des formateurs et des superviseurs de ces adolescents.

L'étude se déroulera en trois phases: 1) identification des composantes et des problèmes essentiels d'un programme faisant appel aux adolescents pour seconder les agents de santé villageois dans les travaux SSP; 2)

identification des solutions optimales aux difficultés et aux problèmes; et 3) expérimentation sur le terrain des solutions proposées dans les régions rurales du Libéria par le biais d'un modèle quasi-expérimental avec des évaluations avant-après du comportement en matière de santé parmi les groupes de contrôle et de traitement.

Des informations supplémentaires sur ce projet peuvent être obtenues en s'adressant à Ms. Janet Morre, Cuttington University College, Box 277, Suacoco, Bong County, Libéria, ou au Dr Paul Wall, Division of Behavioral Science Research, Carver Research Foundation, Tuskegee Institute, Alabama 36088.

NIGERIA: Participation communautaire au maintien des agents de santé communautaires

Dans les régions rurales du sud de l'état de Gongola, 22 agents de santé villageois ont été formés en 1979 pour travailler à des programmes de santé à l'échelon des villages. Après deux ans, tous avaient cessé de travailler sauf 7. Cette étude a pour objectif d'examiner le système ASV actuel dans un effort visant à identifier les causes d'attrition et les solutions possibles.

Cette étude sera menée par des membres du personnel de l'Eglise chrétienne réformée du Nigéria (ECRN). Des entretiens auront lieu avec des comités de santé villageois, des femmes villageoises et des agents de santé villageois. Des études de cas seront menées sur des programmes de soins de santé primaires assurés par d'autres églises au Nigéria et au Tchad. Une expérimentation sur le terrain d'une durée d'un an sera effectuée et suivie d'évaluations pour estimer l'efficacité de cette méthode.

Pour des informations supplémentaires, s'adresser au Dr Herman Gray ou à M. James Ciroma, CRCN, P.O. Box 30, Central Rural Health Program, Wukari, Gongola State, Nigéria.

PHILIPPINES: rôle de l'agent de santé barangay dans les prestations de services nutritionnels au sein du système de soins de santé primaires

Aux Philippines, la malnutrition représente un problème tenace-- quatre enfants philippins sur cinq sont sous-alimentés. Les services nutritionnels font partie intégrante du nouveau programme de soins de santé primaires du Ministère de la santé; cependant, le rôle de l'agent de santé barangay (village) dans les prestations de services nutritionnels n'a pas été clairement défini. Ce projet de recherche tentera de définir ce rôle en:

1. Evaluant la nature et le contenu des activités actuelles des agents de santé, en insistant tout particulièrement sur leur formation pour assurer les services nutritionnels;
2. Déterminant dans quelle mesure la formation et les services nutritionnels répondent aux besoins communautaires;

3. Modifiant et en révisant le programme nutritionnel actuel afin de mieux répondre aux besoins;
4. Expérimentant les stratégies nutritionnelles révisées qui englobent à la fois les aspects préventifs et de réadaptation; et en
5. Evaluant les résultats des stratégies révisées en matière d'utilisation des services nutritionnels.

La recherche sera effectuée sur une période de deux ans par l'université des Philippines, en collaboration avec les Services nutritionnels nationaux du Ministère de la santé. Pour des informations supplémentaires, s'adresser à Dr Carmencita Salvosa-Loyola, Department of Nutrition, Institute of Public Health, University of Philippines, P.O. Box EA460, Manila, Philippines.

PHILIPPINES: Différentes stratégies de formation pour les agents de santé barangay en matière de soins de santé primaires

La formation des agents de santé barangay est considérée comme une composante essentielle du système SSP. Ce projet étudiera le programme de formation actuel des agents de santé et mettra au point des solutions à apporter aux problèmes attendus dans la conception et l'octroi de la formation. Cette étude comporte trois phases.

La phase I commencera par un examen des programmes de formation en cours dans quatre régions: la zone métropolitaine de Manille, le centre, le nord et le sud de l'Ile de Luçon. L'équipe de chercheurs se penchera sur la conception du programme de formation, les formateurs, les stagiaires et les autres facteurs pertinents qui facilitent ou entravent l'apprentissage et la performance des agents de santé barangay.

Durant la phase II, différentes stratégies de formation seront élaborées, en appliquant un certain nombre de combinaisons de formation, fondées sur les résultats de l'analyse de la phase I. Il faut citer, parmi les variables de décision à considérer, la teneur de la formation, les critères de sélection des agents de santé et le mode de formation.

Les combinaisons de formation qui auront été élaborées seront expérimentées sur le terrain et leurs effets seront évalués au cours de la phase III. Le projet total demandera deux ans et sera mené par l'université des Philippines, en collaboration avec le Ministère de la santé.

Pour des informations supplémentaires, s'adresser au Dr Ieticia S.M. Lantican ou au Professeur Thelma F. Corcega, College of Nursing, University of the Philippines, Padre Faura Street, Ermita, Manila, Philippines.

URUGUAY: Services de santé au niveau des quartiers et participation communautaire

Ce projet a pour objet d'identifier et de tester les différentes méthodes de sélection, de formation, de motivation et de supervision des animateurs de santé. Cette étude commencera par une enquête sur les conditions sanitaires et de santé de six zones périurbaines de Montevideo. Cette information servira à identifier les activités prioritaires que devront réaliser les animateurs de santé pour inciter les membres de la communauté à adopter de meilleures habitudes sanitaires et à utiliser les installations de santé disponibles. Les dirigeants communautaires prendront part à l'identification de ces priorités, à la sélection des animateurs et à l'élaboration des systèmes de formation et de supervision.

Ensuite, les animateurs seront formés dans quatre des six communautés. L'effet de la présence des animateurs sera surveillé et évalué à la fin du projet en recommençant une enquête communautaire.

L'étude s'étendra sur une période de 17 mois et sera menée par des membres du personnel du Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH), avec l'assistance technique d'un consultant américain en matière de recherche opérationnelle. Pour des informations supplémentaires, s'adresser au Dr Obdulia Ebole, CLAEH, Cuareim 1220, Casilla de Correo 5021, Montevideo, Uruguay.

JAMAÏQUE: Productivité des équipes de soins de santé primaires

Alors que le Ministère de la santé entame un programme de renforcement des soins de santé primaires à une époque de contraintes budgétaires, il éprouve certaines inquiétudes sur la productivité des agents SSP et la relation entre le temps qu'ils passent à certaines activités et le champ d'action des services essentiels. Cette étude examine la question suivante: quels sont les problèmes de productivité les plus importants et quelles seront les solutions les plus efficaces?

Durant la phase I, l'équipe chargée de l'étude effectuera une analyse systématique des facteurs affectant la productivité et de leurs corrélations en appliquant à la fois les données existantes et les données provenant d'enquêtes particulières à réaliser. Pendant la phase II, un groupe d'étude composé de l'enquêteur principal, d'analystes de systèmes, de décideurs du Ministère de la santé et de spécialistes des activités sur le terrain prendront en considération et analyseront les solutions à ces problèmes.

Les solutions élaborées seront spécifiques à la fois à la commune et au pays. Un rapport final présentera en détail les problèmes opérationnels identifiés et les avantages et inconvénients des différentes solutions possibles.

Cette étude de 17 mois est menée par la University of the West Indies, avec l'assistance d'analystes de systèmes de Price-Waterhouse. Pour des informations supplémentaires, s'adresser à Mrs. Patricia Desai, Department

of Social Preventive Medicine, University of the West Indies, Kingston, Jamaïque.

LECTURES CONSEILLÉES

Nombre des références utilisées pour rédiger ce document ne sont pas facilement disponibles. Nous présentons ci-dessous une liste brève des articles et des livres ayant trait aux agents de santé communautaires et qui sont généralement disponibles.

Agents de santé communautaires

Fédération mondiale des associations de santé publique, Training Community Health Workers, American Public Health Association, Information for Action Issue Paper, Washington, DC, 1983.

David Werner et Bill Bower, Helping Health Workers Learn, Palo Alto, CA: Hesperian Foundation, 1982.

Lori Vanderschmidt, Thomas Frostman, John McCollum et Ascher Segall, Developing Competent Health Workers: A Handbook for Designing Education and Training Programs, Center for Education Development in Health, Boston University, 67 Bay State Road, Boston, MA 02215, 1981.

Recherche opérationnelle

Stewart Blumenfeld, Méthodes de recherche opérationnelle: Une approche générale des soins de santé primaires, Methodology Paper No. 1, PRICOR, 5530 Wisconsin Ave., Chevy Chase, MD 20815, 1985.

Peter Delp, et al., Systems Tools for Project Planning, International Development Institute, Indiana University, Bloomington, IN, 1977.

F. Grundy et William A. Reinke, Health Practice Research and Formalized Managerial Methods, Document sur la santé publique n°51, Genève: OMS 1973 (également disponible en français et en espagnol).

GLOSSAIRE

Ce glossaire a été compilé afin d'aider les participants à comprendre la signification de certains termes utilisés par le PRICOR.

AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE: Membre indigène de la communauté fournissant les soins sanitaires de base, préventifs et curatifs, aux membres de la communauté. Ils sont également appelés animateurs, auxiliaires de santé communautaires, employés de la santé, conseillers sanitaires, vulgarisateurs sanitaires, entre autres.

ALTERNATIVE (OPTION): Situation comportant une possibilité de choix entre deux ou plusieurs solutions, dont une seule sera choisie.

ANALYSE SYSTEMIQUE: Identification des éléments composant un système et évaluation des relations existant entre eux.

ANALYSE FONCTIONNELLE: Terme générique recouvrant l'application d'une large gamme de méthodes (notamment la RO) à des problèmes ou entités qui sont conceptualisés ou organisés en systèmes.

ANALYSE SYSTEMATIQUE: Analyse réalisée selon une procédure organisée.

ANALYSE DE SENSIBILITE: Analyse montrant comment une solution est affectée par la modification d'une ou de plusieurs variables influençant sa valeur.

"BRAINSTORMING": Réunion de plusieurs personnes susceptibles d'avoir des idées sur une question.

BUT: Incidence désirée. Dans le cas des soins de santé primaires, état de santé que l'on désire ou que l'on prévoit d'atteindre grâce à une activité, un projet ou un programme; par exemple, réduire la mortalité infantile.

COMMUNAUTE: Groupe d'individus partageant une organisation ou des intérêts communs, ou vivant aux mêmes endroits avec les mêmes lois.

COMPOSANTE: Élément d'un système.

CONTRAINTE: Élément de nécessité ou restriction affectant un système et limitant la liberté de choix.

COUT-EFFICACITE: Technique servant à comparer les coûts et l'efficacité de différentes solutions possibles pour réaliser le même objectif.

CRITERE: Caractéristique, règle ou test permettant de juger un objet ou un événement.

DECISION: Acte ou processus de choix entre plusieurs solutions.

DEMANDE: Type et quantité de service ou de marchandises désirés ou demandés.

EFFETS: Modification des connaissances, de l'attitude et du comportement (pratiques) d'individus, de familles ou de communautés par suite d'un programme, d'un projet ou d'une activité.

EFFICACITE: Niveau de réalisation des objectifs d'un programme ou d'un système. Les résultats sont habituellement comparés à certaines normes, telles que les objectifs fixés au départ. Par exemple, le programme a atteint 90 pour cent de son objectif.

EFFICIENCE (RENTABILITE): Réalisation des objectifs sans gaspillage de ressources; rapport extrants-intrants engagés. Par exemple, le programme A, qui permet d'examiner 10 mères par jour, est plus rentable que le programme B, avec 5 mères par jour.

EVALUATION: Jugement de valeur. En pratique, processus permettant de juger certains objets, méthodes ou programmes en les comparant à des normes de valeur spécifiques (par exemple les objectifs), en vue de choisir parmi plusieurs solutions possibles.

EXTRANTS: Types et quantités de biens et de services produits par une activité, un projet ou un programme. Par exemple distribution de 750 paquets de sels de réhydratation orale.

FACTEUR DE FACILITATION: Variable incontrôlable qui favorise certains choix (par exemple l'accord des individus de payer les SSP).

FACTEURS INCONTROLABLES: Facteurs qui ne sont pas sous le contrôle du responsable.

FACTEURS CONTROLABLES: (Voir variables de décision).

FINANCEMENT DES SSP PAR LA COMMUNAUTE: Mobilisation des ressources par une communauté en vue de financer la totalité ou une partie des services sanitaires préventifs ou curatifs de base.

FONCTION OBJECTIVE: Enoncé ou équation exprimant les relations entre les actions d'un responsable et les résultats de ces actions ou entre la variable de décision et l'objectif de la solution.

INCIDENCE: Changement dans la condition de vie (par exemple santé, niveau de vie) des individus, des familles ou des communautés par suite d'un projet ou d'une activité. Par exemple, réduction de la mortalité infantile de 15 pour cent.

INDICATEUR: Phénomène observable qui remplace un phénomène moins observable (par exemple le poids par rapport à l'âge d'un enfant est un indicateur de l'état de santé/nutritionnel).

INTERVENTION: Dans le domaine de la santé, activité destinée à modifier une suite d'événements de manière à produire un résultat plus désirable. Par exemple, la vaccination contre la rougeole est une intervention immunologique entre virus et hôte.

INTRANTS: Types et quantités de ressources (travail, argent, matériel, etc.) utilisés pour un programme, un projet ou une activité; parfois appelé effort.

MATRICE: Représentation mathématique ou graphique sous deux dimensions des relations entre un certain nombre de variables.

MESURE: Nombre assigné à un objet ou à un événement. Les mesures peuvent être exprimées sous forme d'unité (45 visites), de taux (10 visites/jour), de proportion (45 visites SSP/380 visites = 0,118), de pourcentage (12 pour cent des visites effectuées) ou de rapport (45 visites/4 ASC = 11,25).

MODELE: Représentation simplifiée de la réalité. En recherche opérationnelle, les modèles sont généralement graphiques (cartes, schémas, graphiques de procédé) ou mathématiques (formules, équations).

OBJECTIF DE LA SOLUTION: Énoncé des caractéristiques d'une solution acceptable, généralement exprimées en termes quantifiés; par exemple maximiser le nombre d'enfants qui peuvent être vaccinés avec un budget de programme particulier.

OBJECTIF: Effet désiré ou prévu résultant d'une activité, d'un projet ou d'un programme (par exemple accroître de 50 pour cent l'utilisation des courbes de croissance).

OPTIMISER: Exploiter un système de manière à ce que le critère du système atteigne sa valeur optimale. Par exemple, minimiser les coûts ou maximiser l'utilisation.

OPTIMUM (OPTIMAL): Valeur maximum ou la plus favorable pouvant être atteinte compte tenu des contraintes.

OPTION: Possibilité de choix entre deux ou plusieurs lignes de conduite.

ORGANISATION COMMUNAUTAIRE DES SERVICES SSP: Processus ou structures facilitant la participation de la communauté aux SSP.

PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE: Participation des membres de la communauté à la planification ou à la mise en œuvre des activités de la communauté.

PROBLEME OPERATIONNEL: Question, problème ou mauvais fonctionnement spécifique affectant un système opérationnel en limitant la réalisation des objectifs. C'est un problème au sein du système, par opposition aux problèmes d'environnement, de santé ou autres problèmes extérieurs.

PROBLEME: (Voir problème opérationnel).

PROCEDURE: Série de tâches ou d'actions nécessaires à l'exécution d'une opération, telle qu'un examen médical.

PROCESSUS: Ensemble cohérent d'actions ou d'opérations réalisées en vue d'un but spécifique, tel qu'une session d'éducation sanitaire.

PROGRAMME: Ensemble d'activités organisées destinées à atteindre un but.

RECHERCHE OPERATIONNELLE: Application de la science à la solution de problèmes de gestion ou d'administration; processus systématique de résolution des problèmes comprenant trois phases: analyse du problème, mise au point de solutions et essai des solutions.

RESULTAT: Issue d'un programme ou d'une activité, généralement ses effets ou ses incidences, mais peut aussi comprendre ses extrants.

SOINS DE SANTE PRIMAIRES: Stratégie destinée à rendre universellement accessible à la population mondiale les services sanitaires de base.

SOUS-SYSTEME: Système compris dans un système plus vaste.

SYSTEME: Ensemble de composantes discrètes, mais interdépendantes, conçu pour réaliser une série d'objectifs.

VALEUR: Valeur estimée ou évaluée; en RO, la valeur assignée à une variable de décision, telle que le prix fixé pour les paquets de sels de SRO.

VARIABLE INDEPENDANTE: Variable utilisée pour prévoir ou expliquer d'autres variables (dépendantes) (la "cause" dans une relation de cause à effet).

VARIABLE DEPENDANTE: Variable prévue ou expliquée (l'"effet" dans une relation de cause à effet).

VARIABLE DE DECISION: Variable d'un problème de décision sur laquelle les responsables ont une possibilité d'action.

VARIABLES: Facteurs d'un problème de décision dont la valeur peut changer.