AFRICA CHILD SURVIVAL INITIATIVE
COMBATTING CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASES
(ACSI-CCCD)

PN-ABQ-213

EVALUATION DES COMPETENCES EN SOINS DE SANTE PRIMAIRES

FORMATION

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698-0421)

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office

DONNEES BIOGRAPHIQUES

Jennifer Bryce, Ann Voigt et Anne Rodman assurent la mise au point, le soutien et l'évaluation de programmes de formation à la prestation de soins de santé primaires (formation SSP) et d'éducation sanitaire en collaboration avec les ministères de la santé des pays en voie de développement sous l'égide de International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta. Anu Adegoroye et Dupe Oyebolu assurent le soutien technique des programmes nigérians de formation pré-emploi et continue sous l'égide de la société de services de consultation en gestion sanitaire ANAD dirigée par Mme Adegoroye. Bala Zakari est le directeur de l'Unité de formation continue du Ministère de la Santé de l'état du Niger, au Nigéria, et Susan Saba assure la direction technique d'un certain nombre de programmes offerts par le Ministère de la Santé de l'état du Niger.

Ce document a été appuyé par Bureau for Africa, Office of Operation and New Initiatives (ONI) et Office of Analysis, Research and Technical Support (ARTS), United States Agency for International Development (A.I.D.) - L'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International - dans le cadre du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD), projet régional pour l'Afrique #698-0421, Washington, D.C.

Cette étude a été réalisée par l'équipe du projet ACSI-CCCD aux Centers for Disease Control and Prevention et ne reflecte pas nécessairement les idées et opinions des CDC ou de l'USAID (Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International). Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que leurs auteurs.

La reproduction partielle ou intégrale de ce document pour des utilisations non commerciales est autorisée avec mention de la source.

Toute correspondance relative à ce document doit être adressée à:

ACSI-CCCD Technical Coordinator
International Health Program Office
Centers for Disease Control
and Prevention
Atlanta, Georgia • 30333
Fax (404) 639-0277

PN-ABQ-213

Evaluation des compétences dans le cadre de la formation à la prestation des soins de santé primaires (formation SSP)

Jennifer Bryce,[1] Ann Voigt,[1] Anu Adegoroye,[2] Bala Zakari,[3] Dupe Oyebolu,[2] Anne Rodman,[4] Susan Saba[5]

---

[1] Social and Behavioral Sciences Branch, Technical Support Division, International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta, GA 30333.
[2] ANAD Health Management Consultancy Services, 24 Ayinde Giwa Street, Surulere, Lagos, Nigeria.
[3] Continuing Education Unit, Ministry of Health, Niger State, Nigeria.
[4] Consultant, Combatting Childhood Communicable Diseases Project, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia.
[5] Ministry of Health, Niger State, Nigeria

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698-0421)
Participating Agency Service Agreement (PASA) No. 0421 PHC 2233

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office
Atlanta, Georgia 30333

RESUME

Le présent document décrit l'élaboration et l'essai sur le terrain d'une méthode d'évaluation des programmes de formation SSP basée sur l'appréciation de l'amélioration des compétences des stagiaires. Malgré le rôle important qu'elles jouent dans les programmes SSP, les activités de formation continue sont rarement évaluées sur la base d'une appréciation objective des changements enregistrés au niveau de la compétence des participants. Nous avons mis au point un système structuré d'évaluation des compétences dans le but d'évaluer les résultats d'un programme de formation pour directeurs de programmes SSP en cours de déroulement dans l'état du Niger, au Nigéria. Nous avons demandé aux participants d'effectuer certaines tâches précises avant et après un stage de formation de deux semaines. Des observateurs formés à cet effet ont évalué la performance des participants en utilisant des listes de contrôle standardisées.
La note moyenne obtenue avant le stage dans toutes les disciplines évaluées était de 27.4 sur 100; la note moyenne après formation était de 43,1, soit une augmentation relative de 57.3 %. L'accroissement relatif relevé entre les notes obtenues avant et après formation variait de 32.6 %, dans le cas de la compétence des participants en tant que formateurs, à 90 %, dans le cas de leur habilité à évaluer et traiter les cas de diarrhée. Dans l'état du Niger, nous nous sommes servis de ces résultats pour renforcer le programme de formation et améliorer l'encadrement des stagiaires. Nous avons identifié plusieurs limitations à la méthode d'évaluation des compétences et recommandé des modifications. L'évaluation quantitative des compétences devrait jouer un rôle plus important dans l'appréciation des programmes de formation.

INTRODUCTION

La réussite des programmes de soins de santé primaires (SSP) dépend en grande partie de la qualité des prestations. La formation peut améliorer et maintenir la qualité des prestations et joue un rôle essentiel en ce qui concerne la survie des programmes SSP lorsque le soutien accordé par les donateurs diminue.[1] Outre la formation initiale qui prépare l'agent de santé à assumer ses fonctions (formation avant l'emploi), il est essentiel également d'assurer la formation des agents en exercice (formation continue) afin qu'ils puissent maintenir et actualiser leurs compétences.

Si l'accomplissement des objectifs des programmes SSP repose largement sur la formation continue, on ne s'est jamais beaucoup préoccupé d'évaluer ce type de formation. La plupart des comptes rendus de formation dans le domaine des SSP se contentent en effet d'indiquer le nombre de personnes ayant participé aux stages de formation, mentionnant parfois les résultats de tests d'évaluation des connaissances des participants effectués avant et après le stage. L'expérience accumulée dans le domaine de la formation médicale et de l'évaluation des compétences des médecins indique toutefois qu'il y a peu de rapport entre la performance aux examens écrits et la performance clinique,[2] ou entre le comportement des médecins en consultation et les renseignements notés sur les fiches médicales.[3] Des études sur le rapport entre la connaissance des risques sanitaires et la modification du comportement en vue de réduire ou d'éviter de tels risques prouvent également qu'il y a une différence entre le savoir et l'application du savoir.[4,5]

Les rares évaluations sur le terrain de l'impact des programmes de formation SSP suggèrent qu'il arrive souvent que l'amélioration attendue des performances ne se matérialise pas après la formation. Dans le cadre de l'évaluation d'un programme de formation au traitement clinique de la diarrhée au Pérou, par exemple, Salazar Lindo et ses collègues[6] ont découvert que, si les tests écrits effectués avant et après la formation révélaient que le progrès réalisé était considérable du point de vue des connaissances accumulées en matière de prise en charge des cas, l'évaluation des agents de santé sur le terrain avant et après la formation ne révélait qu'une amélioration limitée au niveau de la performance. Nous ne savons pas si les agents de santé n'avaient pas assimilé les notions enseignées pendant le stage ou s'ils les avaient assimilées mais ne les avaient pas mises en pratique de retour à leur poste.

L'évaluation du niveau de compétence des participants devrait faire partie de tout programme de formation. Si, à la fin du stage, les participants ne sont pas capables de mettre en pratique les notions enseignées au cours du stage, le programme du stage est à améliorer. Si par contre, à la fin du stage, les participants ont bien assimilé les nouvelles connaissances mais ne les mettent pas en pratique une fois de retour à leur poste, il s'agit d'identifier et de réduire les obstacles rencontrés aux niveaux des communautés et des cliniques.

L'évaluation des compétences des stagiaires est depuis longtemps un sujet à controverse dans le domaine de la formation médicale[3,7-13]. L'objet de la controverse, toutefois, concerne la méthode d'évaluation des compétences cliniques et non pas le besoin d'évaluer ces compétences. L'importance des tests d'évaluation de compétences en tant que stratégie d'assurance de qualité a été reconnue par les experts en matière de formation et de ressources humaines.[14]

L'emploi de tests d'évaluation basés sur l'appréciation des compétences des stagiaires dans le cadre de la formation SSP a été recommandé par Abbatt.[15]. A la lumière des travaux de Harden et de ses collègues,[17], Abbatt a élaboré des directives et participé à la mise en oeuvre de méthodes, telles que l'"Objective Structured Practical Examination" OSPE (examen pratique structuré et objectif) pour la formation continue des cadres médicaux de la santé chargés des programmes de protection maternelle et infantile et de planning familial au Bangladesh et pour les agents de santé locaux participant à des programmes de formation à la prise en charge des cas d'infection

respiratoire aiguë (IRA) au Kenya.[16] Alors qu'Abbatt voyait plutôt l'OSPE comme un outil qui lui permettrait d'évaluer la performance des stagiaires, nous nous sommes servis de cette méthode au Kenya, pour évaluer le stage de formation à la prise en charge des cas d'IRA. La méthode OSPE a également été enseignée dans le cadre du stage intitulé "Teaching Primary Health Care" (L'enseignement des soins de santé primaires) offert par l'école de médecine tropicale de Liverpool. Ces efforts se sont concentrés principalement sur les programmes de formation d'une durée minimum de trois mois.

Selon la définition d'Abbatt,[15], l'OSPE est une méthode destinée à évaluer l'acquisition des compétences enseignées au cours des programmes de formation. Cette méthode permet aux formateurs d'évaluer les compétences des participants dans le domaine des tâches manuelles, celui de la prise de décision et celui de la communication, ainsi que leurs connaissances, en leur demandant d'accomplir des tâches spécifiques en présence d'observateurs formés à cet effet et chargés de noter leur performance sur des listes de contrôle standardisées. La méthode OSPE offre certains avantages par rapport aux méthodes plus classiques d'évaluation des connaissances des participants en fin de stage, car elle permet d'apprécier les compétences des stagiaires et d'obtenir des résultats relativement fiables.

Il s'agit de développer sans tarder des méthodes d'évaluation basées sur l'appréciation de l'amélioration des compétences des stagiaires pour les programmes de formation continue SSP. Ces méthodes doivent répondre aux besoins des personnels chargés des programmes de formation dans les pays en voie de développement — c'est-à-dire être simples, économiques et aptes à contribuer à la qualité de l'ensemble du programme de formation.

METHODES ET MATERIELS

DESCRIPTION DU PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

Dans l'état du Niger, au Nigéria, les superviseurs et directeurs du service de la santé au niveau du district[1] ont participé à un stage de deux semaines visant à améliorer leurs compétences dans le domaine de l'évaluation des besoins de la communauté, du calcul de la fréquence d'utilisation des services par les populations cibles, du traitement de la diarrhée, de l'organisation et de la conduite de stages de formation continue pour les agents de santé qu'ils supervisent.

Le contenu du cours de formation était basé sur quatre manuels d'études tirés d'une série adaptée par le Ministère nigérian de la Santé d'après des modèles mis au point par l'Organisation mondiale de la Santé.[2] Les méthodes de formation mettaient l'accent sur la participation des stagiaires et la mise en pratique des notions acquises.

Afin d'obtenir la participation de tous les directeurs de programmes SSP de l'état du Niger, le même cours a été offert trois fois à l'intention de différents groupes de participants : en octobre 1989, avec 23 participants ; en mai 1990, avec 28 participants ; et en janvier 1991, avec 23 participants. Ces cours font partie d'un programme de formation continue beaucoup plus vaste qui englobe les activités de formation continue et d'encadrement actuellement assurées par l'Unité de formation continue (UFC) du Ministère de la Santé de l'état du Niger. Le Ministère de la Santé est en train d'évaluer le programme de formation continue selon diverses méthodes, y compris une évaluation sur le terrain de la performance des agents de santé et une étude des programmes effectués par des professionnels du service de la santé publique[2] au niveau de l'état et du pays.

ELABORATION DE L'EXERCICE D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

Nous avons élaboré un exercice d'évaluation des compétences visant à situer le niveau des compétences des participants avant et après le stage de deux semaines selon la méthode OSPE d'Abbatt.[3].

Nous avons tiré les objectifs à évaluer directement des quatre manuels de cours. L'évaluation consiste à faire passer les participants par un certain nombre de "postes" où ils doivent soit répondre à une question écrite soit accomplir une tâche pratique. Chaque poste, ou groupe de postes, a été conçu de façon à permettre d'évaluer si les participants avaient assimilé un point de formation bien précis. L'OSPE de l'état du Niger comprenaient 21 postes (tableau 1).

---

[1] La zone d'administration locale (LGA) est l'équivalent nigérian du district.

[2] Vous pouvez vous procurer une description complète du programme et de la méthode d'évaluation auprès de l'Unité de formation continue de l'état du Niger et des bureaux du projet de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance (CCCD) à Lagos ou Kaduna, au Nigéria.

Tableau 1 : Manuels de formation et tâches pour les postes d'évaluation des compétences
Unité de formation continue État du Niger, Nigéria

MANUEL DE FORMATION		TÂCHE À ACCOMPLI
CONNAITRE ET FAIRE PARTICIPER LA COMMUNAUTE	1	IDENTIFIER LES OBSTACLES AUX SERVICES DE SANTÉ
	2	CALCULER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES
	3	IDENTIFIER LES PROBLÈMES SANITAIRES D'APRÈS LES DONNÉES CLINIQUES
	4	INTERROGER LES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ
	5	PRENDRE RENDEZ-VOUS AVEC LES CHEFS DU VILLAGE
	6	RENCONTRER LES CHEFS DU VILLAGE
TRAITER LES CAS DE DIARRHEE	1	EXAMINER L'ENFANT DIARRHÉIQUE
	2	EVALUER LE DEGRÉ DE DÉSHYDRATATION ET PRESCRIRE UN TRAITEMENT
	3	EDUQUER LA MÈRE SUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE
	4	DÉMONTRER COMMENT PRÉPARER LA SOLUTION DE RÉHYDRATATION
	5	DÉFINIR DES ENDROITS DE STOCKAGE DES PRODUITS NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT DE LA DÉSHYDRATATION
	6	IDENTIFIER LES PROBLÈMES RELATIFS AU STOCKAGE DE CES PRODUITS
ETABLIR DES OBJECTIFS	1	DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES EN CALCUL ÉLÉMENTAIRE
	2	EVALUER L'UTILISATION PRÉCÉDENTE DES SERVICES DE SANTÉ
	3	CALCULER CETTE UTILISATION DURANT L'ANNÉE PASSÉE
	4	CALCULER LE TAUX D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ
PLANIFIER ET EXECUTER LA FORMATION	1	IDENTIFIER LES TÂCHES DE FORMATION
	2	CHOISIR DES MÉTHODES DE FORMATION
	3	PLANIFIER UNE ACTIVITÉ DE FORMATION POUR CHAQUE TÂCHE
	4	FORMER UN AGENT DE SANTÉ À L'EXÉCUTION D'UNE TÂCHE
	5	SUPERVISER LA PERFORMANCE DE L'AGENT DE SANTÉ ET ÉVALUER LA FORMATION

Le personnel chargé du programme de formation continue (PFC) de l'état du Niger a étudié et révisé toutes les descriptions de postes, les directives et les listes de contrôle.* Les cas et tâches pratiques étaient basés sur des dossiers cliniques, des renseignements sociologiques et culturels et des particularités géographiques caractéristiques de l'etat du Niger. La figure 1 représente un exemple de poste conçu pour évaluer la compétence des agents dans le domaine de l'éducation des mères sur le traitement à domicile de la déshydratation.

* Vous pouvez vous procurer ces documents auprès du Ministère de la Santé de l'état du niger au Nigéria ou au International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA.

FIGURE 1 :

Exemple du programme d'un poste tiré du protocole d'évaluation des compétences, état du Niger, Nigéria.

POSTE 9 : EDUQUER LES MÈRES SUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE

DIRECTIVES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS :

VOUS ÊTES AGENT DE SANTÉ DANS UNE CLINIQUE. LA MÈRE D'HANATU EST VENUE VOUS VOIR CE MATIN PARCE QUE SON ENFANT AVAIT LA DIARRHÉE. VOUS AVEZ PRESCRIT UNE SOLUTION DE RÉHYDRATATION ORALE (SRO) ET LA MÈRE L'ADMINISTRE À SA FILLE SOUS VOTRE SURVEILLANCE DEPUIS CINQ HEURES.

VOUS VENEZ D'EXAMINER HANATU ET LES SIGNES DE DÉSHYDRATATION ONT DISPARU. L'ENFANT ET LA MÈRE SONT PRÊTES À RETOURNER CHEZ ELLES, ET VOUS VOULEZ INDIQUER À LA MÈRE COMMENT SOIGNER SON ENFANT À LA MAISON LORSQU'ELLE A LA DIARRHÉE. VOUS ALLEZ LUI PARLER ET LUI EXPLIQUER CE QU'IL FAUT FAIRE. (NE PRÉPARER PAS LA SOLUTION À ADMINISTRER À DOMICILE MAINTENANT.)

FOURNITURES REQUISES : POUPÉE, TROIS CHAISES

PERSONNEL REQUIS : UNE PERSONNE POUR JOUER LE RÔLE DE LA MÈRE
OBSERVATEUR

LISTE DE CONTRÔLE

EST-CE QUE LE PARTICIPANT :	OUI	NON
EXPLIQUE À LA MÈRE QUE LORSQUE L'ENFANT A LA DIARRHÉE, ELLE DOIT LUI DONNER PLUS DE LIQUIDES QUE D'HABITUDE ?	☐	☐
LUI DIT DE LUI DONNER DES LIQUIDES À CHAQUE FOIS QUE L'ENFANT VA À LA SELLE ?	☐	☐
LUI DIT DE CONTINUER DE NOURRIR ET D'ALLAITER SON ENFANT ?	☐	☐
LUI DIT DE REVENIR AU CENTRE DE SANTÉ SI L'ÉTAT DE QUE L'ENFANT NE S'AMÉLIORE PAS ?	☐	☐
DÉCRIT LES SYMPTÔMES DE LA DÉSHYDRATATION ?	☐	☐
EXPLIQUE À LA MÈRE COMMENT ÉVITER LA DIARRHÉE ?	☐	☐
DEMANDE À LA MÈRE DE RÉPÉTER CE QU'ELLE A APPRIS POUR S'ASSURER QU'ELLE A BIEN COMPRIS ?	☐	☐

NOTATION : DONNEZ UN "1" POUR CHACUNE DES RÉPONSES "OUI" CI-DESSUS ET INSCRIVEZ LA NOTE GLOBALE EN HAUT DE LA LISTE DE CONTRÔLE. (NOTE MAXIMUM 7)

PROCÉDURES

Les formateurs faisaient passer l'OSPE deux fois au cours de chaque stage : une fois immédiatement avant le début du stage et une autre juste à la fin. Les étudiants de l'institut de formation SSP,[d] où se tenaient les cours, avaient été enrôlés pour jouer le rôle de villageois et de patients dans le cadre des tâches interactives.

Après avoir expliqué les procédures aux participants et leur avoir montrer les divers postes, nous leur avions assigné à chacun un poste de départ. Les participants devaient lire les directives concernant le poste en question et accomplir la tâche prévue. Dans le cas des tâches pratiques, un observateur formé à cet effet était chargé de noter sur une liste de contrôle standardisée la performance de chaque participant. A la fin de la session, qui durait de cinq à sept minutes, les participants avaient deux minutes pour passer au poste suivant, et ceci jusqu'à ce que chaque participant soit passé par les 21 postes.

En octobre 1989, 16 des 23 directeurs et superviseurs de programmes SSP ayant participé à l'atelier de formation ont pris l'OSPE. L'examen, y compris la période d'orientation et l'exécution des tâches des 21 postes (à raison de cinq minutes par poste et deux minutes entre les postes) a duré environ trois heures. Les cours offerts ultérieurement comptant plus de 21 candidats à l'OSPE, l'examen a dû par la suite être donné en deux fois.

Les participants rendaient leur feuille de réponse aux formateurs immédiatement à la fin de l'examen. Les formateurs notaient les feuilles à plusieurs par souci de fiabilité et se concertaient en cas d'ambiguïté et de doutes.

RÉCAPITULATION DES DONNÉES ET COMPTE-RENDU AUX PARTICIPANTS

Le nombre de points attribués à chaque poste a été pondéré de façon à ce que le contenu de chacun des quatre manuels compte pour environ un quart de la note globale d'examen. La note globale pour les 21 postes était de 100 points.

Après l'OSPE en fin d'atelier (en général le lendemain matin, au cours d'une séance plénière), les formateurs passaient en revue les résultats de l'examen avec les participants et leur faisaient part de leurs commentaires. Les formateurs décrivaient et, dans le cas des postes de tâches pratiques, démontraient comment chaque tâche aurait due être accomplie, pendant que les participants étudiaient leurs feuilles de réponse. L'équipe de l'UFC classait ensuite les feuilles de réponse dans l'intention de s'en servir plus tard pour organiser les activités de formation individuelle et de suivi sur le terrain.

---

[d] L'école de Technologie sanitaire à Minna, état du niger.

RESULTATS

Le niveau de performance et le taux d'amélioration du niveau de compétence relevés après le stage étaient les mêmes pour les diverses sessions du stage. L'évaluation de mai 1990 couvrait le plus grand nombre de participants (28) et avait bénéficié d'une amélioration de la méthode faite à la lumière des résultats de l'évaluation de 1989. Les résultats indiqués ci-dessous ne s'appliquent qu'au cours de mai 1990. Nous n'avons pas voulu grouper les notes de toutes les sessions de cours car les procédures d'administration et le temps par poste variaient légèrement d'un cours à l'autre.

La note moyenne avant formation pour l'ensemble des manuels était de 27,4 sur 100 ; la note moyenne après formation était de 43,1, soit une augmentation relative de 57,3 %. La figure 2 donne les notes d'examen avant et après formation pour chacun des quatre manuels, exprimées en pourcentage. L'accroissement relatif relevé entre les notes obtenues avant et après formation variait de 32,6 %, dans le cas de la compétence des participants en tant que formateurs, à 90 %, dans le cas de leur habilité à évaluer et traiter les cas de diarrhée. Nous avons également additionné les notes non pondérées obtenues pour les tâches relatives à chaque manuel et les avons exprimées en pourcentage à des fins de comparaison. La figure 3 donne des exemples de résultats obtenus au niveau de divers postes couvrant le manuel traitant de la prise en charge des cas de diarrhée.

FIGURE 2

Compétence des directeurs de programmes des SSP avant et après le stage par sujet étudié, état du Niger, Nigéria, mai 1990

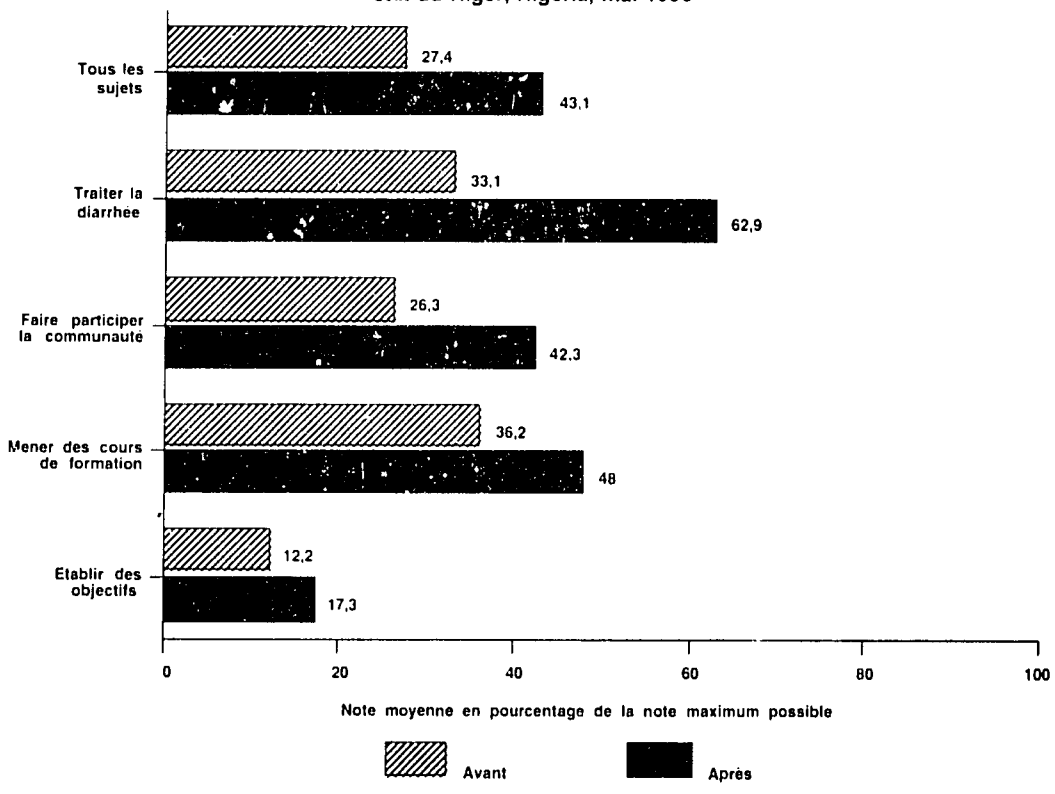
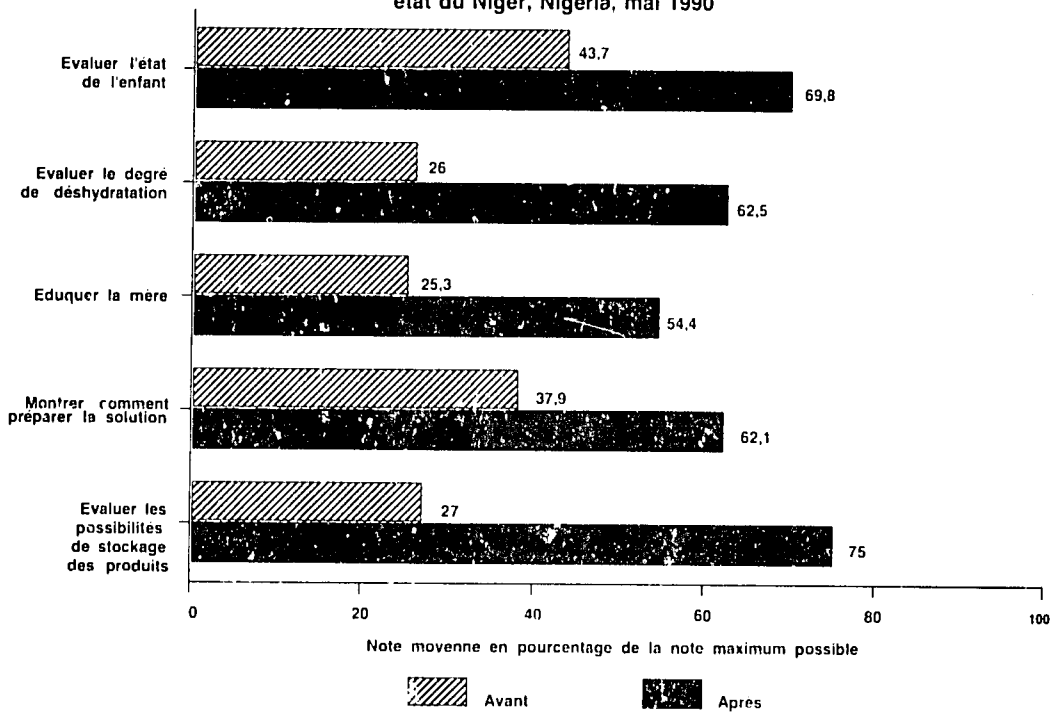


FIGURE 3

Compétence des directeurs de programmes des SSP dans le domaine de la prise en charge des enfants diarrhéiques avant et après le stage, état du Niger, Nigéria, mai 1990

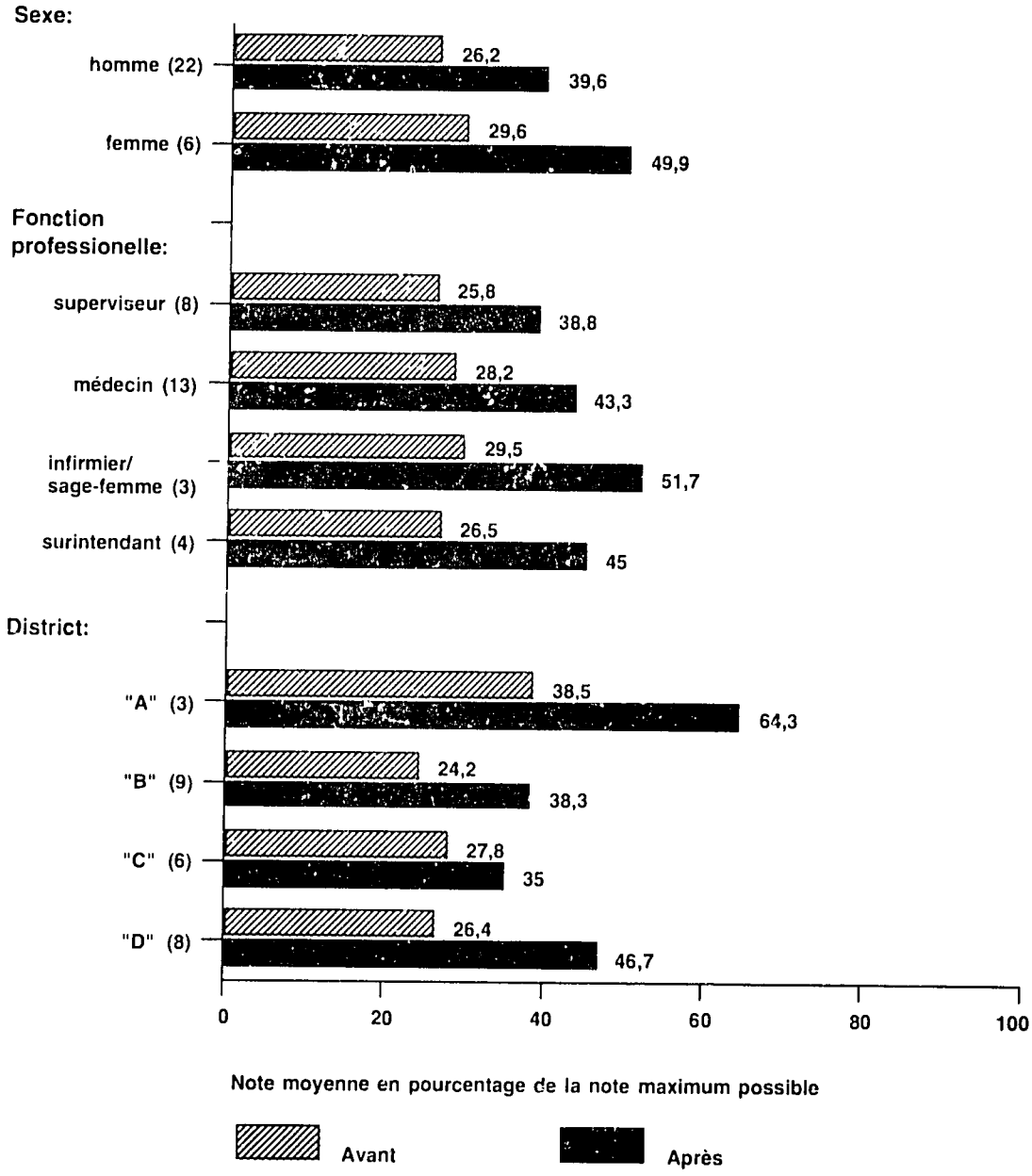


Nous avons analysé les notes obtenues avant et après formation en fonction: du sexe, de la fonction professionnelle et du district d'origine[c] des participants (voir figure 4). Nous n'avons noté aucune différence importante entre les sexes. Les notes avant et après formation étaient meilleures chez les infirmiers et les agents de santé que chez d'autres professionnels de la santé, bien que le petit nombre des échantillons ne permette pas d'établir de tests statistiques de fiabilité. Les résultats des participants du district "A" étaient de loin supérieurs à ceux des participants des trois autres districts pour les examens avant et après formation. Selon les formateurs, cette différence était due au fait que le district "A" est le site d'entraînement de l'institut de formation continue SSP et que les directeurs de programmes de SSP de ce district avaient probablement déjà étudié certaines des notions enseignées lors du stage. L'accroissement relatif du niveau de compétence des participants du district "A" (67 %) n'était dépassé que par celui des participants du district "D", ce qui prouve que même les personnes ayant une certaine connaissance des qualités visées peuvent bénéficier du stage pour la formation des superviseurs et des directeurs.

[c] Le nom des districts a été remplacé par des lettres.

FIGURE 4

Compétence avant et après le stage par sexe, fonction professionnelle et district, état du Niger, Nigéria, mai 1990



Discussion et Conclusions

L'emploi d'un exercice pratique d'évaluation des compétences visant à apprécier l'efficacité de la formation continue des agents SSP a contribué à la qualité des activités de formation de l'UFC. Cette méthode a permis de révéler le fait que l'acquisition de compétences devrait être l'objectif principal des programmes de formation et a donné la possibilité aux formateurs d'effectuer une étude systématique sur les autres aspects de la compétence des participants.

L'exercice d'évaluation des compétences a également démontré que si les programmes de formation peuvent considérablement améliorer les compétences des participants, ceux-ci n'assimilent pas la totalité du contenu des cours. On a tendance à assumer que la performance des agents de santé ne peut que s'améliorer lorsqu'ils participent à un cours de formation, croyance renforcée par des évaluations de cours de formation dont le seul critère de réussite est le nombre de stagiaires. Le fait que les participants du district "A" aient amélioré leur niveau de compétence malgré la formation antérieure dont ils bénéficiaient, suggère qu'il soit peut-être nécessaire d'améliorer la qualité de la formation ou de répéter les stages pour atteindre les niveaux de compétence désirés. Evidemment, les résultats des méthodes d'évaluation des compétences devraient permettre d'évaluer avec plus de réalisme le potentiel des programmes de formation et attirer l'attention sur la nécessité d'identifier le type de programme et le rythme des cours afin de permettre d'obtenir des niveaux de performances acceptables. Dans l'état du Niger, la comparaison des niveaux de compétence mesurés après formation et des évaluations ultérieures de la performance des stagiaires sur le terrain a suggéré que le suivi des activités de formation et l'encadrement au niveau des cliniques sont deux composantes essentielles à la stratégie de formation continue.

Dans l'état du Niger, les résultats de l'OSPE ont révélé que certaines notions avaient été assimilées par les participants pendant la période de formation de deux semaines alors que pour d'autres (en particulier l'établissement des objectifs des programmes), peu de progrès avaient été réalisés entre l'examen précédant la formation et celui d'après. Après le premier stage, les résultats ont été analysés et plusieurs modifications ont été apportées au programme. Nous avons ajouté des cours de calcul élémentaire, nous avons réorganisé l'ordre selon lequel les formateurs abordaient les divers sujets du programme pour faire en sorte que la section relative à l'établissement des objectifs soit enseignée conjointement avec une introduction plus générale à l'évaluation des programmes de santé et nous avons mis l'accent sur la nécessité de maîtriser les notions de mathématiques couvertes par le programme. Malgré ces efforts supplémentaires, le niveau de performance des participants dans le domaine de l'établissement des objectifs est resté très faible. Nous nous sommes alors demandés si cette partie du programme était appropriée et si les directeurs de programmes de santé au niveau du district ne devraient pas être déchargés des responsabilités nécessitant des connaissances dans ce domaine au profit de ceux qui travaillent à un niveau plus central du système de la santé publique. Les résultats de l'OSPE en ce qui concerne l'aptitude des participants à établir des objectifs montrent clairement que l'évaluation des compétences peut être très utile au niveau de la conception et de l'évaluation des programmes de formation.

Les techniques d'évaluation des compétences peuvent contribuer à la qualité de la formation SSP sous plusieurs aspects :

1. En garantissant que les formateurs concentrent leurs efforts sur le transfert et l'acquisition des compétences, en plus de l'accumulation de connaissances.

2. En permettant à chaque participant de mettre en pratique les compétences enseignées sous la surveillance étroite d'un formateur.

Previous Page Blank

3. En offrant des données quantitatives sur le degré d'acquisition des compétences des participants et en montrant que les stages de courte durée permettent rarement aux participants de mettre les notions enseignées en pratique et de les assimiler à fond.

4. En fournissant les informations dont les formateurs ont besoin pour améliorer leurs programmes et méthodes.

5. En offrant des données de base pour la planification des activités de suivi et de formation individuelle sur le terrain.

L'OSPE souffre néanmoins de certaines limitations. Premièrement, il semble que cette méthode sous-estime la compétence des participants. Les erreurs de mesure représentent un sérieux obstacle à la validité des résultats des tests,[19] et peuvent être particulièrement problématiques au niveau de la mise au point des tests. Lorsque deux des auteurs (AV et AA) ont demandé aux participants de refaire certaines tâches après l'OSPE de mai 1990, ceux-ci s'en sont tirés beaucoup mieux que pendant l'examen. La médiocrité des notes d'examen peut être attribuée à plusieurs facteurs : la nervosité des participants ; les contraintes de temps imposées par la formule même du test ; le fait que l'anglais n'est pas la langue maternelle des participants ; le manque de clarté des directives ; ou le fait que les participants ne comprennent pas toujours ce que l'on attend d'eux. Les stagiaires ont indiqué par exemple qu'ils trouvaient certaines des directives écrites difficiles à comprendre ou obscures et qu'ils n'avaient pas assez de temps pour accomplir certaines tâches. Nous continuerons d'étudier ces points. Il devrait être possible de réduire le degré de nervosité des participants en leur donnant plus de temps à chaque poste. Les essais sur le terrain et le remaniement des matériels de cours devraient permettre de résoudre le problème de difficulté de lecture et du manque de clarté des directives. Une meilleure communication devrait permettre de résoudre le problème lié au sentiment de confusion ressenti par les participants à propos des procédures d'examen ou de ce que l'on attend d'eux.

Il n'est pas certain non plus qu'il soit possible d'obtenir une évaluation fiable en se basant uniquement sur une observation unique de la performance des participants. Selon des études effectuées sur la performance de cliniciens, la qualité des services varie largement d'un patient à l'autre.[8] Il est donc désormais recommandé de baser l'évaluation de la compétence clinique des agents sur plusieurs séances d'observation. Stillman et ses collègues rapportent par exemple qu'environ un jour d'examen par étudiant[8] suffit pour obtenir des notes fiables et reproductibles dans le domaine de l'établissement des dossiers médicaux, de la visite medicale et de la communication. Par contre, dans le domaine du diagnostic différentiel et des analyses médicales, l'évaluation des compétences pour être précise, doit reposer sur des observations plus nombreuses et étalées sur une période plus longue. Dans l'état du Niger, les tâches évaluées étaient beaucoup plus simples que celles auxquelles devait faire face le personnel médical en place et les directives spécifiques d'exécution avaient été étudiées pendant le stage. Dans ces conditions, il n'est peut-être pas nécessaire de répéter chacune des tâches d'évaluation des performances. Il serait bon toutefois d'étudier la question de la variation des résultats des tests répétés. Tant au niveau de la formation qu'à celui de l'évaluation des compétences, il est recommandé d'adopter des procédures autorisant la répétition de tests de compétence avec communication immédiate des commentaires des correcteurs, et ce jusqu'à ce que plusieurs tests consécutifs montrent que le niveau visé a été atteint.

La deuxième limitation dont souffre la méthode OSPE est la fiabilité des critères de notation et des résultats d'évaluation. L'observation de plusieurs sessions de l'OSPE a permis d'établir les points suivants : 1) le comportement des "acteurs" et l'organisation des matériels au niveau des postes variaient parfois d'un participant ou d'une session de test à l'autre ; 2) la rigueur de la

méthode d'observation et du système de notation adoptés au niveau des postes de tâches pratiques n'avait fait l'objet d'aucune évaluation officielle ; et 3) les critères de notation, même lorsque les correcteurs se concertaient, n'étaient pas toujours les mêmes.

Pour faire face à ces deux limitations, il suffirait d'élaborer avec plus de précision les directives de déroulement de l'OSPE et peut-être d'améliorer la formation des enseignants et des "acteurs" chargés de l'OSPE. L'expérience accumulée au cours d'études basées sur l'observation, de la prestation des services de soins de santé dans les pays en voie de développement, suggère qu'il est possible d'atteindre et de maintenir un haut niveau de fiabilité de notation d'un correcteur à l'autre en instaurant un système approprié de formation et d'encadrement.[18]

La troisième limitation englobe l'espace, le temps et l'effort requis pour faire passer l'OSPE. L'espace peut être un facteur particulièrement problématique dans les pays en voie de développement. Bien que les postes puissent être installés en plein air ou qu'une même salle puisse réunir plusieurs postes, les 21 postes créés dans l'état du Niger n'ont pas manqué de perturber les activités quotidiennes du personnel de l'institut de formation.

Le facteur temps peut aussi poser des problèmes. Si les exercices d'évaluation de compétences qui durent un ou deux jours sont chose courante dans le cas des programmes de formation d'une durée de plus de trois mois, il peut être antiproductif d'exiger une telle rigueur avant et après un cours d'une durée de quelques semaines seulement. Non seulement responsables de l'évaluation, les formateurs doivent également faire passer l'OSPE et le corriger. Si le fait de prolonger le temps passé à chaque poste peut améliorer la validité des résultats, il est clair que cela augmente aussi la durée totale de l'examen.

Les ressources en personnel requises pour administrer l'OSPE peuvent être considérables. Dans l'état du Niger, la mise en oeuvre de l'examen d'évaluation a nécessité l'emploi de 15 personnes : sept observateurs, deux personnes pour surveiller les procédures et guider les participants d'un poste à l'autre et six personnes pour jouer le rôle des mères et des villageois. A notre avis, c'est un minimum. Les observateurs et "acteurs" ont dû travailler sans relâche pendant la période d'examen, ce qui a peut-être nuit à la régularité de leur performance. Dans l'état du Niger, les étudiants de l'institut de formation étaient capables de remplir les fonctions d'observateurs et d'"acteurs" après une brève période de formation, ce qui laisse à penser qu'il devrait être possible de satisfaire aux besoins en personnel de l'OSPE sans surcharger les formateurs de travail.

Le personnel de la santé publique de l'état du Niger a accepté avec enthousiasme la formule de l'OSPE et sert désormais de consultant sur l'établissement de cet examen dans les autres états du Nigéria. Il serait bon néanmoins de développer d'autres solutions nécessitant moins de ressources mais tout aussi efficaces, en particulier pour les stages de courte durée. Il est nécessaire de mettre au point un système d'évaluation des compétences des participants aux stages de formation SSP qui réponde de façon pratique aux besoins suivants : 1) contribuer à la qualité de l'ensemble du programme de formation en offrant aux participants, pendant le cours, une mise en pratique supervisée des notions apprises et une appréciation immédiate commentée de leurs performances ; 2) permettre d'évaluer avec précision le degré d'assimilation des notions étudiées ; 3) permettre le remaniement du programme ; 4) être applicable aux activités de suivi sur le terrain ; et 5) permettre une évaluation quantitative de l'impact des interventions de formation sur la compétence des agents de santé.

Nous nous sommes attaqués à cet aspect de la question de plusieurs façons. Premièrement, nous avons entrepris la mise au point d'une version simplifiée de la formule de l'OSPE utilisée dans l'état du Niger, qui combine dans un même poste les tâches relatives à un même sujet. Par exemple, les six postes relatifs à la prise en charge des cas de diarrhée de l'OSPE de l'état du

Niger seraient remplacés par un poste unique. Au niveau de ce poste intégré, on demanderait aux participants d'évaluer le cas et d'établir un diagnostic, d'administrer un traitement et d'éduquer la personne chargée de prendre soin de l'enfant. Cette méthode d'évaluation intégrée est identique à celle utilisée dans l'évaluation sur le terrain de la performance des agents de santé dans l'état du Niger et dans d'autres pays africains[18] et devrait réduire considérablement la durée d'administration et la complexité de l'OSPE. Il est prévu également d'accorder suffisamment de temps aux formateurs, au niveau de chaque poste, pour faire part immédiatement de leurs commentaires aux participants, ce qui, bien entendu, réduirait l'économie de temps réalisée par l'intégration des postes.

Selon une autre méthode en cours de développement, l'OSPE serait intégré au stage de formation et les participants s'évalueraient et se noteraient les uns les autres. Les formateurs commenceraient par présenter la notion nouvelle par la lecture et la démonstration, puis demanderaient aux participants de former des petits groupes pour s'entraîner et s'entre évaluer. Chaque participant effectuerait une certaine tâche et les autres membres du groupe l'observeraient et noteraient sa performance sur une liste de contrôle standardisée. Les participants émettraient immédiatement leurs commentaires et les listes remplies seraient ramassées en vue d'une récapitulation ultérieure. Nous obtiendrions ainsi une évaluation quantitative de la performance de chaque participant. Il est évident que les résultats obtenus seront biaisés du fait que les participants ayant eu l'occasion d'observer et d'aider les autres, auront un avantage sur leurs collègues. Il est possible également que le système de notation des participants par les participants souffre d'un certain manque de fiabilité et donc de validité. Cette méthode présente cependant des avantages importants qui compenseront ces inconvénients. Elle permettra en effet d'améliorer le niveau de compétence des participants, d'évaluer de façon quantitative la compétence des participants après le stage et de donner aux participants l'occasion d'observer, de surveiller et d'émettre des commentaires sur la performance des autres. Cette méthode élimine également le besoin de prévoir une activité d'évaluation distincte en fin de stage et permet de répartir les responsabilités d'organisation et de notation entre les formateurs et les participants.

Nous continuons également d'améliorer la qualité de la formation SSP dans l'espoir de relever plus encore le niveau de compétences des participants. L'évaluation des compétences n'est qu'une partie des activités entreprises pour améliorer la qualité et l'efficacité des programmes de formation SSP.

En bref, le but des stages de formation SSP est d'améliorer le niveau de compétence des agents de santé et par là même la qualité des services. L'assimilation des connaissances ne suffit pas pour assurer que les notions assimilées seront mises en pratique avec compétence. L'emploi d'une méthode d'évaluation des compétences pour mesurer l'efficacité des stages de formation devrait permettre d'améliorer non seulement les programmes de formation mais aussi le suivi et l'encadrement. La mise en place à grande échelle d'un OSPE, toutefois, n'est peut-être pas possible pour les cours de courte durée du type généralement utilisé en formation continue. A l'avenir, les travaux doivent se concentrer sur l'amélioration de la qualité de la formation SSP et sur la mise au point de méthodes d'évaluation des compétences susceptibles d'être appliquées par le personnel de formation SSP sans aucune aide extérieure. Les formateurs SSP peuvent contribuer à cet effort en publiant des comptes rendus descriptifs ou analytiques de leurs activités et particulièrement des travaux entrepris dans le domaine de l'évaluation des compétences des stagiaires.

REMERCIEMENTS

Les versions antérieures de ce document ont été présentées à la 116ème réunion annuelle de l'Association américaine de la santé publique (APHA), (New York, New York: octobre 1990) et au Colloque sur les méthodes statistiques d'évaluation des stratégies d'intervention et de prévention (Atlanta, Georgia : décembre 1990). Les auteurs tiennent à remercier le Ministère de la Santé de l'état du Niger au Nigeria et l'équipe nigériane du projet CCCD de leur soutien et de leur assistance. Les auteurs remercient également Kathy Parker, Felicity Cutts, Stanley Foster, Fred Abbatt, Melinda Moore et Poly Potter des précieux commentaires dont ils leur ont fait part sur les versions antérieures du manuscrit. Les auteurs acceptent l'entière responsabilité de toutes les imperfections qui pourraient éventuellement subsister.

REFERENCES

1 Bossert TJ. Can they get along without us ? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Soc Sci Med.* 1990 ; 30(9) : 1015-1023.

2 Stillman P, Swanson D, Regan MB, Philbin MM, Nelson V, et al. Assessment of clinical skills of residents utilizing sandardized patients : A follow-up study and recommendations for application. *Annals of Internal Medicine.* 1991 ; 114(5) : 393-401.

3 Norman GR, Neufeld VR, Walsh A, Woodward CA, McConvey GA. Measuring physicians' performance by using simulated patients. *Journal of Medical Education.* 1985 ; 60 : 925-934.

4 Becker MH, Joseph JG. AIDS and behavioral change to reduce risk : A review. *American Journal of Public Health.* 1988 ; 78 : 394-410.

5 Kreuter MW. Meeting global health challenges : A position paper on health education. Division de l'éducation sanitaire, OMS et Union internationale pour l'éducation sanitaire, 1991.

6 Salazar-Lindo E, Chea-Woo E, Kohatsu J, Miranda PR. Evaluation of clinical management training program for diarrhoea. *Journal of Diarrhoeal Disease Research.* 1991 ; 9(3) : 227-234.

7 Hervers JE Jr, Noel GL, Cooper GS, Harvey J, Pangaro LN, Weaver MJ. How accurate are faculty evaluations of clinical competence ? *Journal of General Internal Medicine.* 1989 ; 4 : 202-8.

8 Stillman PL, Swanson DB, Smee S, et al. Assessing the clinical skills of residents with standardized patients. *Annals of Internal Medicine.* 1986 ; 105 : 762-771.

9 Norman GR, Tugwell P, Feightner JW. A comparison of resident performance on real and simulated patients. *Journal of Medical Education.* 1982 ; 57 : 708-715.

10 Sanson-Fisher R, Poole Ad. Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills. *Medical Education.* 1980 ; 14 : 249-53.

11 van der Vleuten C, Swanson D. Assessment of clinical skills with standardized patients : State of the art. *Teaching and Learning in Medicine.* 1990 ; 2 : 58-76.

12 Parden RM, Gleeson F. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education.* 1979 ; 13 : 39-54.

13 Gordon JJ, Saunders NA, Henmrikus D, Sanson-Fisher RW. Interns' performances with simulated patients at the beginning and end of the intern year. *Journal of General Internal Medicine.* 1992 ; 7(1) : 57-62.

14 Smith JE, Merchant S. Using competency exams for evaluating training. *Training & Development Journal.* 1990 ; August : 65-71.

15 Abbatt F, McMahon R. *Teaching Health Care Workers : A Practical Guide.* London : MacMillan Education Ltd, 1983, pp. 94-101.

Previous Page Blank

16 Communication personnelle, Fred Abbatt, Juin 1992.

17 Ministère fédéral de la Santé, Nigéria. *Supervisory and Managerial Skills for LGA Level Health Workers.* Lagos, Nigéria : Service des soins de santé primaires, Ministère fédéral de la Santé, 1989.

18 Bryce JB, Toole MJ, Waldman RJ, Voigt A. Assessing the quality of facility-based child survival services. *Health Policy and Planning.* 1992 ; 7(2) : 155-163.

19 Campbell DT, Stanley C. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research.* Skokie, IL : Rand McNally, 1966.