

La Supervision dans le cadre du  
Projet de santé rurale  
Sénégal/USAID  
Phase II

Proposition de Programme  
de recherche opérationnelle

Préparé par:  
Jean M. Shaikh  
Consultante et  
Epidémiologiste principale  
Project PRICOR  
Center for Human Services  
Washington, D.C.

Aout 1986

IQC Contract #PDC-1406-I-00-4063-00  
Work Order #14

## Table des Matières

1.	INTRODUCTION .....	2
1.1.	Contexte .....	2
1.2.	Objectifs de la mission .....	4
1.3.	Enonce du problème .....	5
2.	METHODOLOGIE .....	6
3.	RESULTATS .....	7
3.1.	Recherche opérationnelle sur la supervision .....	7
3.1.1.	Problèmes opérationnels .....	7
3.1.1.1.	Au niveau des intrants du système .....	7
3.1.1.2.	Au niveau des processus du système .....	8
3.1.2.	Stratégie de recherche opérationnelle sur la supervision .....	8
3.1.2.1.	Rappel sur la méthodologie de la recherche opérationnelle sur les SSP .....	8
3.1.2.2.	Résumé de la stratégie .....	11
3.1.2.3.	Interaction et calendrier des études de recherche opérationnelle.	20
3.1.2.4.	Budget provisoire .....	23
3.1.3.	Propositions de projets de recherche détaillées .....	24
3.1.2.	Plan d'action pour la Division de la recherche de la DRPF .....	24
3.2.1.	Comité de coordination de la recherche MSP-USAID .....	25

Références ..... 26

Personnes et documents consultés ..... 27

ANNEXE 1: Proposition de projet: Analyse du problème de la supervision  
dans le cadre du Projet de santé rurale

ANNEXE 2.1: Note de service relative à la création du Comité de coordination  
de la recherche appliquée MSP-USAID

ANNEXE 2.2: Suggestions relatives aux critères d'approbation des projets de  
recherche opérationnelle sur les soins de santé primaires

## INTRODUCTION

### 1.1. Contexte

Le Projet de santé rurale a pour objectifs de:

- "A. Réduire le nombre de journées de travail perdues pour causes de maladies infectieuses et de malnutrition de la main d'oeuvre principale ou des enfants des employés;
- B. Développer les services de protection maternelle et infantile au niveau villageois en vue de permettre l'introduction de services de planification familiale et de réduire l'incidence des maladies infectieuses (1).

La stratégie du Projet consiste à mettre en place un système autogéré de prestations de soins de santé primaires au Sénégal adapté aux besoins en matière de santé rurale et supportable à la fois par le gouvernement et les populations rurales. La première phase du Projet a vu la mise en place des infrastructures de SSP dans quatre (4) des six (6) départements de l'ex-région du Sine-Saloum (Nioro, Kaolack, Foundiougne et Gossas). Dans le cadre de sa deuxième phase, le Projet sera étendu aux deux (2) autres départements de Kaffrine et Fatick.

Dans cette deuxième phase, on devra également réaliser l'introduction et l'intégration des mesures de prévention, tout en veillant à ce que toutes les interventions se fassent dans le cadre des infrastructures du MSP et que les charges récurrentes soient supportables étant donné les ressources du pays. En ce qui concerne les principales interventions, les résultats prévisibles de la seconde phase du Projet sont:

- "1. Un système de suivi et de surveillance de la nutrition des enfants opérant au niveau de la case de santé villageoise;
2. Un programme de vaccination des enfants âgés de moins de quatre (4) ans dans la région du Sine Saloum;
3. Un programme de lutte contre le paludisme;
4. Une étude de l'importance de la tuberculose comme cause de l'incapacité chronique au niveau de la population adulte;
5. Un programme de thérapie de réhydratation par voie orale pour tous les enfants (2)."

En ce qui concerne les systèmes visant à soutenir et renforcer ces interventions, les résultats prévisibles sont comme suit:

- "1. Un réseau de cases de santé villageoises, gérées et financées par la population rurale de Sine Saloum;
2. Un système convenable de postes de santé fixes dans le département de Kaffrine à l'appui des activités de SSP au niveau villageois;
3. Un système d'achat et de distribution de médicaments à partir de la capitale régionale jusqu'aux villages isolés;
4. Un programme de formation et d'éducation permanente des agents du MSP, des ASC et des comités de santé villageois;
5. Un système de supervision étendu au village et

approprié aux ressources humaines et financières du MSP;

6. Un système d'information de gestion aux fins d'évaluation de l'impact du projet sur l'état de santé des populations;
7. Un programme de recherche appliquée pour tester et promouvoir les actions en matière de SSP;
8. Un corps bien formé de techniciens de la santé capables d'instituer des réformes de politiques en vue de promouvoir les SSP sans les établissements de formation du MSP et les institutions qui lui sont rattachées (3)."

#### 1.2. Objectifs de la mission

La présente mission s'inscrit dans le cadre du programme de recherche appliquée (opérationnelle) du Projet de santé rurale.

Durant les six derniers mois le Projet a enregistré des progrès considérables dans la mise en place de ce programme de recherche opérationnelle. ~~Dix sujets de recherche ont été~~  
~~identifiés en collaboration avec le personnel de santé dans~~  
~~la région du Sine Saloum,~~ la DRPF du MSP, et l'USAID. La  
~~DRPF~~ occupe la première place parmi les sujets  
~~identifiés.~~ Par ailleurs, les premiers pas ont été pris pour mettre sur pied un comité de recherche au niveau national.

A la suite d'une initiative du Responsable des programmes de santé publique de l'USAID/Dakar par le biais de Projet PRICOR (Projet pour la recherche opérationnelle sur les soins de santé

primaires), l'auteur, l'Epidémiologiste principal du PRICOR, a effectué du 5 au 7 mai 1986 une visite préliminaire à Dakar, en vue d'établir les termes de référence d'une mission d'assistance technique relative au développement continu du programme de recherche du Projet de santé rurale. Les termes de référence retenus pour la (présente) mission sont les suivants:

1. Proposer des études de recherche opérationnelle sur le système de supervision en vigueur dans le Projet de santé rurale;
2. Proposer un plan d'appui et d'assistance technique pour renforcer les efforts du MSP (DRPF) dans le domaine de la recherche opérationnelle.

### 1.3. Enoncé du problème

La supervision s'avère un problème important pour le Projet de santé rurale. Malgré les mesures importantes prises par le MSP et l'USAID suite aux évaluations finales de la Phase I du Projet afin de résoudre certains des problèmes de coût de la supervision, les coûts liés aux véhicules et mobylettes dont se servent les superviseurs (remplacement, réparation, entretien, carburant) demeurent les charges récurrentes les plus importantes du Projet. Le problème se pose de réduire les charges récurrentes entraînées par la supervision au niveau le plus bas possible afin de faciliter leur prise en charge par les collectivités locales concernées, sans mettre en cause les divers avantages évidents d'une supervision régulière. En d'autres termes, on cherche à modifier le système actuel de supervision pour le rendre plus efficace par rapport au coût.

## 2. METHODOLOGIE

Le présent rapport est le résultat du travail d'assistance technique mené au Sénégal du 15 juillet au 3 août 1986. Une première orientation relative au Projet de santé rurale se faisait le 16 juillet à l'occasion des réunions annuelles sur la Revue conjointe du Projet. Une "macro-analyse" du système de supervision s'est effectuée du 17 au 21 juillet (à Dakar) et du 22 au 27 juillet (à Kaolack). L'approche "macro-analytique" utilisée consiste à décrire un système donné (en termes de ses intrants, processus, extrants et résultats) afin de mieux le comprendre. Des informations ont été obtenues d'une part par l'étude des documents existants, d'autre part par les interviews à plusieurs niveaux - central, régional, départemental, communautaire. Une stratégie pour mener les projets de recherche opérationnelle sur la supervision a été élaborée et ensuite examinée avec l'équipe de supervision de la Région Médicale de Kaolack lors d'une réunion de synthèse tenue le 26 juillet. Cette même stratégie a été également présentée aux responsables du Ministère de la santé publique (DRPF et DHPS) et du Projet de santé rurale au cours d'une réunion tenue le 28 juillet. Cette même réunion a vu la création d'un Comité de coordination de la recherche MSP-USAID. La stratégie a été mise au point à Dakar entre le 29 juillet et le 3 août. Un plan d'action pour la Division de la recherche de la DRPF au MSP a été mis au point le 30 et 31 juillet et le 1<sup>er</sup> août par un groupe de travail à la DRPF, composé des responsables et du personnel de la DRPF, du Docteur A. M. Kimball, Représentant du Centre pour la santé familiale et la population de

l'Université de Columbia, et de l'auteur. Une dernière réunion de synthèse a eu lieu à la DRPF le 1<sup>er</sup> août 1986 avec le Responsable des programmes de santé de l'USAID/Dakar et le Directeur de la DRPF.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Recherche opérationnelle sur la supervision

##### 3.1.1. Problèmes opérationnels

Des informations recueillies lors de la "macro-analyse" du système de supervision décrite plus haut ont permis de dégager un certain nombre d'impressions initiales concernant les problèmes opérationnels de la supervision; celles-ci se résument comme suit:

##### 3.1.1.1. Au niveau des intrants du système

1. Il n'existe pas une définition opérationnelle de la supervision (des objectifs précis et des indicateurs cibles permettant de mesurer son efficacité).
2. Il y a un manque d'intégration des activités de supervision des différents services régionaux.
3. Les superviseurs de tous les niveaux, mais surtout ceux au niveau du département et du poste, ne sont pas formés aux méthodes de la supervision.
4. La logistique de la supervision est mal gérée.
5. Les supports de la supervision existants ne permettent pas d'en déduire des thèmes pertinents de recyclage ou de formation.

### 3.1.1.2. Au niveau des processus du système

L'approche "macro-analytique" utilisée lors de la présente mission n'implique pas l'observation systématique des processus de supervision. Néanmoins, l'examen des documents (supports de la supervision, rapports des cases) a permis de déceler les impressions suivantes:

- 1. La supervision tend à se limiter à l'inspection plutôt qu'à la formation continue.
2. Les superviseurs n'arrivent pas à résoudre certains problèmes importants de l'ASC.

N.B. L'auteur est conscient du fait que les observations et les recommandations faites lors d'une supervision n'étant pas systématiquement enregistrées, l'évaluation du suivi des observations d'une visite à l'autre à partir des rapports de supervision s'avère difficile.

### 3.1.2. Stratégie de recherche opérationnelle sur la supervision

Le plan d'action (stratégie) ci-après a été élaboré sur la base des impressions concernant les problèmes opérationnels de la supervision décrites plus haut et des suggestions fournies par le personnel du Projet et du MSP.

#### 3.1.2.1. Rappel sur la méthodologie de la recherche opérationnelle sur les SSP.

La recherche opérationnelle constitue une approche

systematique de la résolution des problèmes. Au lieu de faire appel au coûteux processus de tâtonnement, la recherche opérationnelle utilise un plan d'analyse précis pour sélectionner la meilleure alternative possible. Un problème opérationnel spécifique est d'abord défini et analysé. Les solutions possibles sont élaborées et évaluées afin d'identifier celles qui sont les plus appropriées et réalisables. Des recommandations sont ensuite formulées pour l'expérimentation ou dans certains cas la mise en oeuvre directe de la ou des meilleures solutions. Dans la recherche opérationnelle, l'importance de l'examen des avantages et des inconvénients des solutions possibles évite les conclusions prématurées quant à la meilleure solution, avant l'achèvement d'une analyse appropriée.

Le PRICOR a défini la recherche opérationnelle comme une méthode de résolution de problèmes en trois phases:

1. Phase I: Analyse du problème opérationnel

Avant de concevoir la solution d'un problème opérationnel, le problème proprement dit doit être clairement défini et compris. Certains problèmes sont trop complexes pour être traités par une seule étude et doivent donc être divisés en plusieurs parties. Un certain nombre de problèmes ressortent parfois de l'analyse d'un problème; ils ne peuvent pas être étudiés en une

seule fois, il faut donc établir les priorités de la recherche. Il peut être nécessaire de recueillir et d'analyser des données supplémentaires pour aider les chercheurs à décrire le problème opérationnel de façon précise. Le résultat de cette analyse doit être une définition claire du problème et une description explicite des interactions entre les facteurs clés associés au problème.

2. Phase II: Elaboration des solutions

A ce stade il est possible de définir l'objectif opérationnel de la recherche. Le degré de réalisation de cet objectif sera le critère d'évaluation des solutions proposées. Il faut identifier les facteurs que les responsables peuvent contrôler, et donc modifier. Les solutions possibles sont formulées en fonction de la façon dont les responsables peuvent agir sur ces facteurs. Les conditions que les responsables ne peuvent pas contrôler, qu'il s'agisse de contraintes ou de facteurs favorables, doivent également être spécifiées car elles ont une influence sur la gamme de choix possibles dans l'élaboration d'une solution. Ces solutions sont comparées afin d'identifier celles qui réalisent le mieux l'objectif donné, compte tenu des contraintes.

3. Phase III: Expérimentation de la ou des solutions

Lorsque c'est réalisable et approprié, les solutions sont testées pour vérifier leur applicabilité. Il peut être nécessaire d'apporter des modifications pour améliorer leur efficacité. Après ce réglage de précision de la ou des solutions, les conclusions et recommandations sont transmises aux responsables.

3.1.2.2. Résumé de la stratégie

On propose un programme de recherche qui comprendra cinq études exécutées en trois phases, comme suit:

1. Phase I: Analyse du problème opérationnel

a. Etude I: Analyse du système de supervision

Ce projet qui durera quatre (4) mois comprendra l'analyse approfondie du problème de la supervision dans le cadre du Projet de santé rurale. La méthodologie à utiliser sera celle de "l'analyse systémique" qui permettra d'identifier des écarts de performance, c'est-à-dire des différences entre ce qui devrait se passer dans le domaine de la supervision et ce qui se passe réellement. Bien qu'on examinera les intrants du système de supervision (le

nombre de mobylettes mises à la disposition des superviseurs des ASC, par exemple), et les extrants du système (le nombre de visites de supervision faites par les superviseurs des ASC), il paraît souhaitable de mettre l'accent sur les différents processus du système, afin d'identifier le décalage entre les activités et tâches que les superviseurs à tous les niveaux devront accomplir et les activités et tâches de supervision réellement exécutées.

En même temps, comme on ne peut pas analyser un système de supervision sans examiner les activités qui font l'objet de la supervision et qui, en principe, devront être influencées par la supervision, on se propose d'analyser la supervision en général et dans le cadre de quelques programmes (volets) techniques comme, par exemple, la RVO et la PMI. Il est bien évident qu'à chaque niveau du système de santé on examinera à la fois des activités de supervision et des activités techniques.

Informations à  
recueillir

Niveau du système de santé	Activités de supervision	Activités techniques
Région médicale	x	-
Circonscription médicale	x	x
Poste de santé	x	x
Communauté	-	x

En ce qui concerne les techniques et les instruments de recherche, on se servira du "dictionnaire des indicateurs de performance des systèmes de soins de santé primaires" récemment élaboré par le PRICOR pour aider à préciser les activités et les tâches à accomplir à chaque niveau. Par ailleurs, on fera le relevé des consignes écrites disponibles décrivant ces activités et tâches. On se servira des techniques d'interview et d'observation pour recenser les différentes activités et tâches réellement exécutées.

Finalement, dans le cadre de cette étude, on préparera quelques études de cas de supervision ("bonne" et "mauvaise") dans le but d'approfondir la compréhension du fonctionnement du système de supervision et d'identifier les facteurs liés à un meilleur résultat. Les techniques de la recherche sociologique/anthropologique (telles que l'observation de l'interaction entre superviseur et supervisé) seront utilisées pour recueillir les informations.

b. Etude II: Elaboration d'une définition opérationnelle de la supervision

Ce projet vise à élaborer, en équipe et par consensus, une définition opérationnelle de la supervision. On procèdera pour cela à une série de réunions consécutives regroupant:

- Réunion 1: des ASC et des matrones au niveau du village;
- Réunion 2: des superviseurs au niveau du poste de santé;
- Réunion 3: des superviseurs au niveau de la C. M., et

Réunion 4: des superviseurs au  
niveau régional et des  
responsables de l'USAID  
et du MSP au niveau  
national.

La technique de "l'évaluation de  
l'utilité a multiples critères" sera  
utilisée pour établir la définition  
opérationnelle de la supervision  
(combinaison des objectifs spécifiques et  
des indicateurs de performance qui  
permettent de juger le degré de réalisation  
de chaque objectif) lors de chaque réunion  
comme suit:

- 1) Présentation et discussion des  
résultats de l'Etude I
- 2) Elaboration de la définition  
opérationnelle
  - a) Etablissement des objectifs  
spécifiques de la supervision  
à court terme et à long terme  
et de la hiérarchie des  
objectifs
  - b) Etablissement des indicateurs  
de performance qui  
permettront de juger le degré

de réalisation de chaque  
objectif.

Le dernier groupe sera appelé à  
harmoniser les résultats des trois  
premiers groupes.

2. Phase II: Elaboration des solutions

c. Etude III: Définition et sélection de  
différentes stratégies de  
supervision

Plusieurs stratégies (modèles) de  
supervision seront définies et évaluées lors  
des mêmes réunions de groupe citées plus  
haut. Plusieurs techniques de décision de  
groupe seront employées, la technique du  
groupe nominal pour établir une liste de  
stratégies et la technique de l'évaluation  
de l'utilité à multiples critères qui, en  
général, permet de choisir une stratégie  
parmi plusieurs quand il existe plus d'un  
objectif et que l'on prévoit que chaque  
stratégie affectera chacun des objectifs  
avec un degré d'efficacité différent.<sup>1</sup>

Il faut se rappeler que ces techniques, dites "heuristiques," ne  
produisent pas infailliblement la solution optimale. Ce sont plutôt des  
tentatives pratiques de trouver des solutions satisfaisantes, basées sur  
les connaissances économiques, politiques et sociologiques dont on  
dispose, à des problèmes comprenant un certain nombre d'éléments non  
quantifiables.

Après avoir élaboré une définition opérationnelle de la supervision, chaque groupe procédera aux activités suivantes:

- 1) Etablissement de "l'objectif/des objectifs de la solution" (par la technique du groupe nominal)<sup>2</sup>;
- 2) Etablissement des stratégies possibles pour atteindre ces objectifs (par la technique du groupe nominal);
- 3) Evaluation de chaque stratégie en termes des chances de réalisation des objectifs; et
- 4) Calcul de "l'utilité" de chaque stratégie (fonction de l'importance de chaque objectif et du niveau de réalisation permis par chaque stratégie).

Les stratégies (modèles) de supervision retenues seront celles "d'utilité" supérieure par rapport aux autres. Le

L'objectif de la solution est la description de la nature de la solution souhaitée au problème opérationnel. Les objectifs de la solution sont habituellement décrits en termes d'efficacité du système (conservation de ressources, maximisation d'extrants, combinaison optimale d'intrants et d'extrants).

dernier groupe sera appelé à harmoniser les résultats des trois premiers groupes.

d. Etude IV: Analyse coût-efficacité de différentes stratégies de supervision

Le but de cette étude, qui durera douze (12) mois, est d'évaluer les stratégies (modèles) de supervision les plus prometteuses parmi celles développées lors de l'Etude III.

Bien que les stratégies à tester ne puissent pas être précisées à l'heure actuelle, on donne, à titre d'exemple, les stratégies suivantes:

	Stratégie	Stratégie	Stratégie	Stratégie
	1	2	3	4
Variable 1: fréquence de visites à l'ASC	mensuelle	mensuelle	semestrielle	semestrielle
Variable 2: fréquence de recyclage de l'ASC au poste de santé	semestrielle	annuelle	semestrielle	annuelle

Les stratégies seront comparées surtout selon leur coût-efficacité. On veillera donc à: 1) analyser les coûts (fixes et variables) de chaque stratégie; 2) analyser l'efficacité de chaque stratégie (à mesurer par les indicateurs retenus lors de l'Etude II); et 3) analyser la relation entre les coûts et l'efficacité de chaque stratégie (exprimée sous forme de ratio). Il est probable qu'une partie au moins de l'analyse des coûts peut être faite à partir des données existantes sans aller sur le terrain. L'analyse d'efficacité, par contre, nécessitera le recueil de données sur le terrain. Ces données peuvent être collectées en employant un plan quasiexpérimental selon lequel on appliquera des stratégies différentes aux groupes d'ASC différents. Il va de soi que les groupes d'ASC seront aussi proches que possible du point de vue des facteurs susceptibles d'influencer le résultat attendu.

Les résultats de l'analyse coût-efficacité seront présentés au MSP et à l'USAID qui prendront la décision finale concernant la stratégie de supervision à appliquer.

### 3. Phase III: Validation des solutions

#### e. Etude V: Intégration des solutions dans le système de supervision

Il se peut qu'après l'Etude III, les décideurs qui ont participé aux réunions de groupe décident qu'ils sont assez sûrs de certaines solutions pour passer directement à l'application à grande échelle. Deux solutions déjà préconisées par l'équipe de supervision au niveau régional sont:

- 1) l'utilisation des supports de la supervision (fiches de supervision);
- 2) la formation aux techniques de supervision, de gestion et de planification.

Ces solutions doivent être testées sur le terrain pendant au moins douze (12) mois. En outre, les stratégies de supervision retenues lors de l'Etude IV devront être mises en oeuvre et évaluées de façon plus ou moins permanente au cours d'une période d'au moins six (6) mois.

#### 3.1.2.3. Interaction et calendrier des études de recherche opérationnelle

Les figures ci-après montrent les relations entre les études proposées.

Figure 1

Phase	Etudes
I.	I. Analyse systématique du système de supervision  II. Elaboration d'une définition opérationnelle de la supervision
II.	III. Définition et sélection de différentes stratégies de supervision  IV. Analyse coût-efficacité de différentes stratégies de supervision
III.	V. Intégration des solutions dans le système de supervision

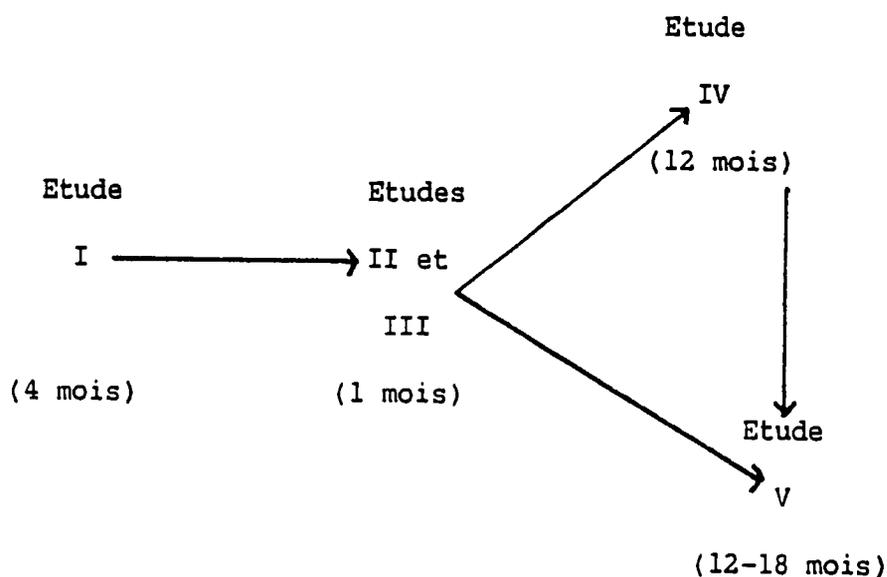
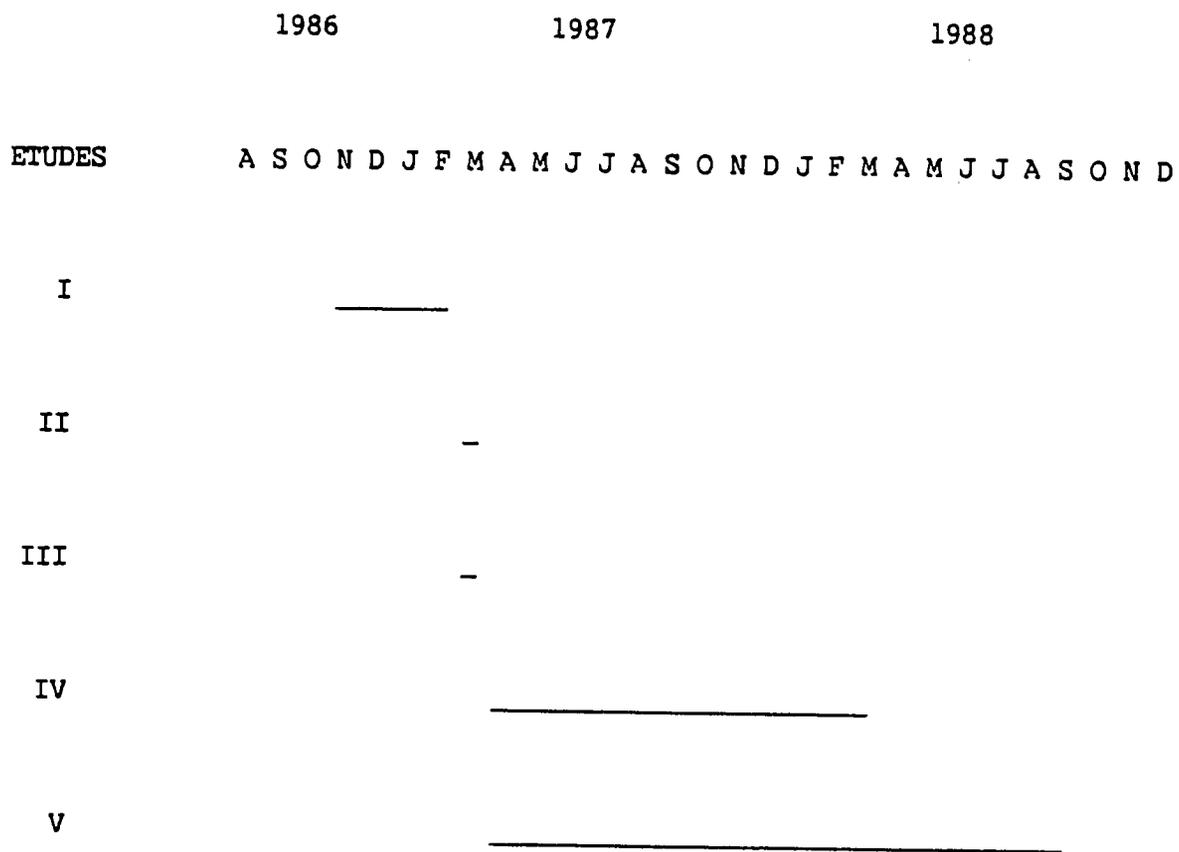


Figure 2



#### 3.1.2.4. Budget provisoire

Un budget final ne peut pas être élaboré à l'heure actuelle; le budget détaillé fera partie de chaque proposition de projet. Néanmoins, une estimation provisoire du budget global et par étude est fournie pour aider les responsables de l'USAID/ Sénégal et du Projet PRICOR à planifier le programme de recherche.

<u>Etude</u>	<u>Budget</u> <u>Provisoire</u>
I. Analyse systématique du système de supervision	\$75,000.00
II & III. Elaboration d'une définition opérationnelle de la supervision et définition et sélection de différentes stratégies de supervision	\$10,000.00
IV. Analyse coût-efficacité de différentes stratégies de supervision	\$60,000.00
V. Intégration des solutions dans le système de supervision	<u>\$100,000.00</u>
Total	\$245,000.00

Le budget détaillé de l'Etude I fait partie de la proposition de projet se trouvant dans l'Annexe 2.

3.1.3. Propositions de projets de recherche détaillées

Une ébauche de la proposition détaillée pour l'Etude I se trouve à l'Annexe 1. Cette proposition sera mise au point à la suite d'un atelier sur la méthodologie de la recherche appliquée qui sera organisé par la DRPF à l'intention de l'équipe régionale du Projet à Kaolack du 8 au 20 septembre 1986. Les autres propositions seront mises au point par l'équipe de recherche avec l'assistance du personnel de PRICOR durant les mois qui viennent.

3.2. Plan d'action pour la Division de la recherche de la DRPF

Le plan d'action pour la Division de la recherche de la DRPF au MSP mis au point pendant cette mission comporte les activités que la Division se propose de mener durant les cinq (5) ans à venir afin de pouvoir exercer les fonctions suivantes en relation avec la recherche sur les systèmes de santé (RSS) au Sénégal:

- la promotion de la RSS;
- la formation des chercheurs à la méthodologie de la recherche appliquée et à l'élaboration des propositions de projets de RSS;

- la coordination des efforts de RSS au niveau national;
- le "monitoring éducatif" de tout projet de RSS mené au Sénégal;
- l'élaboration et l'exécution des projets de RSS ayant des dimensions nationales et une implication sur la politique des SSP.

Le plan d'action sera distribué par la DRPF ultérieurement.

### 3.2.1. Comité de coordination de la recherche MSP - USAID

Cette mission a vu la création d'un Comité de coordination de la recherche MSP-USAID, une étape importante dans le développement d'un mécanisme pour la coordination de la recherche appliquée au Sénégal. Ce comité a pour missions essentielles:

- la définition du programme de recherche appliquée dans le cadre du Projet de santé rurale;
- la planification des différentes activités de recherche proposées;
- la supervision et l'évaluation du programme de recherche.

Le comité, présidé par la DRPF/la Division de la recherche, réunira tout les trois mois les services suivants:

- la DHPS/DSSP
- le SANAS
- le S. G. E.
- les R.M. de Kaolack et de Fatick
- l'unité de gestion du Projet de santé rurale à Kaolack
- l'HPNO de l'USAID
- le bureau d'assistance technique de l'Université de Harvard

Le comité aura le droit d'approuver, d'apporter des modifications ou de rejeter toute proposition qui lui est soumise et développera bientôt des critères de sélection de projets. La Note de Service relative à la création de ce comité se trouve à l'Annexe 2.1. Quelques suggestions relatives aux critères d'approbation des projets de recherche opérationnelle sur les soins de santé primaires se trouvent à l'Annexe 2.2.

## Références

1. Projet de santé rurale du Sénégal - Phase II. Document de Projet, 20 janvier 1984, p. 12.
2. Projet de santé rurale du Sénégal - Phase II. Matrice logistique.
3. Ibid.

## Personnes et documents consultés

1. Personnes rencontrées
  - 1.1. Région médicale de Kaolack
    - 1.1.1. Médecin-chef de la Région  
Dr Babacar Dramé
    - 1.1.2. Superviseur régionale, (aussi auto-gestion)  
Mlle Michèle Brochet
    - 1.1.3. Superviseur Odonto-Stomatologie  
M Malamine Sarr
    - 1.1.4. Formateur CF/SSPKK, Technicien sup. de santé  
M Mounir Touré
    - 1.1.5. Formateur CF/SSPKK, Technicien sup. de santé  
M Doudou Ndao
    - 1.1.6. Superviseur PMI  
Mme Marième Diop
    - 1.1.7. Superviseur éducation pour la santé  
M Omar Ly
    - 1.1.8. Adjoint pharmacie régional  
M Mamadou Camara
    - 1.1.9. Coordinatrice, Projet SSP/KK  
Mme Aïda Lô-Faye
    - 1.1.10. Gestionnaire, Projet SSP/KK  
M Malick Sy
  - 1.2. CM de Kounghoul
    - 1.2.1. Médecin-chef de CM

- 1.2.2. Gestionnaire, Comité de santé (C.M.)
- 1.2.3. Infirmier Chef de poste de santé de Malan
- 1.3. CM de Guinguinéo
  - 1.3.1. Médecin-chef de CM
  - 1.3.2. Superviseur CM
  - 1.3.3. Technicien d'assainissement
  - 1.3.4. Matrone, Maternité rurale/Case de santé de Ngolum
- 1.4. DHPS
  - 1.4.1. Mme Maty Cisse
  - 1.4.2. M Chouaibou Cissé
- 1.5. DRPF
  - 1.5.1. Dr Ismaïla Thioye
  - 1.5.2. M Idrissa Diop
- 1.6. Université de DaKar
  - 1.6.1. Prof Doucou Ba
  - 1.6.2. Prof NDioro Ndiaye
- 1.7. USAID/HPNO
  - 1.7.1. Dr Mary Ann Micka
  - 1.7.2. Mme Fatimata Hane
  - 1.7.3. Dr Jean Michel N'Diaye  
(Ex-Responsable du Projet SSP/KK)
- 1.8. Project Harvard
  - 1.8.1. Dr Steven Simon
  - 1.8.2. Dr Jean Paul Chainé
  - 1.8.3. Mlle Faye Newfield

- 1.9. Centre pour Santé Familiale et Population,  
Université de Colombia
- 1.9.1. Dr Ann Marie Kimball
2. Documents consultés
- 2.1. Project Paper, Senegal Rural Health II  
(685-0242) AID, July 31, 1984.
- 2.2. Proposed Nutrition Component of Project Redesign (Gretchen G. Berggren), May, 1983.
- 2.3. Early Mortality and Health Intervention Strategies in the Sine Saloum Region of Senegal (Howard I. Goldberg & Fara G. Mbodji), May 1984.
- 2.4. Technical Preventive Components: Six Month Program Plan for the Sine Saloum Rural Health Project, Phase II (James E. Herrington), May, 1984.
- 2.5. Prospects for Primary Health Care in Africa: Another look at the Sine Saloum Rural Health Project (Abby L. Bloom), April, 1984.
- 2.6. The Private Sector in the Provision of Health Services in Sénégal: A preliminary description and terms of reference for a comprehensive study (Pape Amadou Gaye), June, 1985.
- 2.7. Rapport présenté à la réunion sur la Revue conjointe du Projet de santé rurale Sénégal/USAID Phase II, 16 juillet 1986.
- 2.8. Matrice logistique: Projet de santé rurale au Sénégal, Phase II.
- 2.9. Rapport semestriel: Réalisations des objectifs du projet (1 octobre 1985 - 31 mars 1986). Senegal Rural Health II Project, July, 1986.

2.10. Manuels de formation de l'Agent de santé communautaire. Projet de santé rurale Sénégal/USAID.

Manuel I: Secouriste (à l'intention des infirmiers-chefs des postes de Santé), novembre 1978 et aide-mémoire à l'usage des secouristes.

Manuel II: Hygiéniste (à l'intention des infirmiers-chefs des postes de santé et des agents d'assainissement), décembre 1978 et aide-mémoire à l'usage des hygiénistes.

Manuel III: Matrone (à l'intention des sages-femmes et des chefs de postes de Santé), février 1979 et aide-mémoire à l'usage des matrones.

2.11. Financement communautaire des soins de santé primaires en milieu rural au Sine Saloum, Sénégal. Rapport élaboré par Clive Gray, Harvard Institute of International Development, Cambridge, Mass., octobre 1983.

2.12. Séminaire de recyclage sur la chloroquinisation et la RVO (22-24 juillet 1986)

- Programme
- Buts, objectifs
- Tâches des intervenants à différents niveaux
- Instructions relatives aux volets techniques (Palu/RVO)

2.13. Dimensions sociologiques des opérations de recherche sur les soins de santé primaires dans le Sine Saloum (Sénégal) Rapport élaboré par G. Hemmings et C. Niang, septembre 1983.

- 2.14. Document de base pour l'Evaluation à mi-parcours de la Phase II du Projet de santé rurale Sénégal/USAID. (El Hadji Malick Diamé), février-mars 1986.
- 2.15. Rapport de mission au Sine Saloum du 14 au 17 janvier 1986. F. Hane, Dr. J. M. Ndiaye).
- 2.16. Financial Review of Sine Saloum Rural Health Delivery Project (Donovan Rudisuhle). June, 1986.
- 2.17. Rapport de l'atelier sur les rôles et fonctions du superviseur des soins de santé primaires. Projet SHDS. Dakar, 19-30 juillet, 1982.

ANNEXE 1

Proposition de Projet

Analyse du système

de supervision dans le cadre du Projet

de santé rurale Sénégal/USAID

## Enoncé du problème

Le Projet de santé rurale Sénégal/USAID a débuté en 1977. Il a pour objectifs de réduire le nombre de journées de travail perdues pour cause de maladies infectieuses et de malnutrition de la main-d'oeuvre principale ou des enfants des employés et de développer les services de protection maternelle et infantile au niveau villageois en vue de permettre l'introduction de services de planification familiale et de réduire l'incidence des maladies infectieuses.

La stratégie du Projet consiste à mettre en place un système autogéré de prestations de soins de santé primaires adapté aux besoins en matière de santé rurale et supportable à la fois par le gouvernement et les populations rurales. La première phase du Projet (1977-1983) a vu la mise en place des infrastructures de SSP dans quatre (4) des six (6) départements de l'ex-région du Sine Saloum. Dans sa deuxième phase (1984-1988) le Projet sera étendu aux deux (2) autres départements. Dans cette deuxième phase on devra également procéder à l'introduction et à l'intégration des mesures de prévention (surveillance de la nutrition, vaccination, lutte contre le paludisme, TRO), tout en veillant à ce que toutes les interventions se déroulent dans le cadre des infrastructures du MSP et que les charges récurrentes soient supportables étant donné les ressources du pays.

Le système de SSP mis en place par la Projet comporte, à sa base, plus de 600 cases de santé villageoises. Chaque case est dirigée par deux ASC: un

agent secouriste-hygiéniste et une matrone. Les villageois doivent, en principe, construire la case, payer les services et les médicaments et soutenir l'unité grâce à l'action et aux cotisations communautaires. Les recettes obtenues sont gérées par un comité de bénéficiaires intéressés (Comité de santé).

Le système de supervision a trois niveaux. L'Infirmier chef de poste (ICP) doit visiter une (1) fois par mois chaque case relevant de son poste afin de superviser les ASC et d'encourager les comités de santé et d'autres représentants des dirigeants locaux à soutenir les ASC et à prendre d'autres mesures nécessaires au soutien du programme. Les ICP sont, à leur tour, supervisés par les infirmiers au niveau de la Circonscription médicale (C.M.). Enfin, au niveau de la Région médicale, les médecins chefs disposent d'une équipe régionale de supervision dont les membres représentent les domaines particuliers de la P.M.I., la nutrition, l'éducation pour la santé, le contrôle du fonds d'autogestion et la gestion des dépôts pharmaceutiques. Ces superviseurs régionaux fournissent une assistance technique aux médecins chefs et infirmiers au niveau de la C.M., ainsi qu'aux ICP au niveau des postes. Bien que ce système de supervision présente divers avantages évidents pour le programme de SSP, son coût s'avère un problème important. Malgré les mesures importantes prises par le MSP et l'USAID suite aux évaluations finales de la Phase I afin de résoudre certains problèmes des charges récurrentes de la supervision, les coûts liés aux véhicules et mobylettes dont se servent les superviseurs (remplacement, réparation, entretien, carburant) demeurent les

charges récurrentes les plus importants du Projet. Par ailleurs, le Projet est conçu de façon à réduire progressivement la prise en charge de ces dépenses, et il est possible que le financement de la supervision par l'USAID dans le cadre des quatre (4) départements actuels englobant le Projet prenne fin avant 1988. Le problème se pose, alors, de réduire les charges récurrentes entraînées par la supervision au niveau le plus bas possible afin de faciliter leur prise en charge par les collectivités locales concernées, sans mettre en cause les divers avantages évidents d'une supervision régulière.

#### Objectifs de l'étude

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche opérationnelle qui vise à modifier le système actuel de supervision pour le rendre plus efficace par rapport au coût. Au lieu de faire appel au coûteux processus de tâtonnement pour déterminer les modifications à apporter au système, on propose un plan d'analyse précis pour sélectionner la meilleure alternative possible. Le programme proposé aura donc trois phases:

##### 1. Phase I: Analyse du problème opérationnel

Avant de concevoir la solution d'un problème opérationnel, le problème proprement dit doit être clairement défini et compris. Certains problèmes sont trop complexes pour être traités par une seule étude et doivent donc être divisés en plusieurs parties. Un

certain nombre de problèmes ressortent parfois de l'analyse d'un problème; ils ne peuvent pas être étudiés en une seule fois, il faut donc établir les priorités de la recherche. Il peut être nécessaire de recueillir et d'analyser des données supplémentaires pour aider les chercheurs à décrire le problème opérationnel de façon précise. Le résultat de cette analyse doit être une définition claire du problème et une description explicite des interactions entre les facteurs clés associés au problème.

## 2. Phase II: Elaboration des solutions

A ce stade il est possible de définir l'objectif opérationnel de la recherche. Le degré de réalisation de cet objectif sera le critère d'évaluation des solutions proposées. Il faut identifier les facteurs que les responsables peuvent contrôler, et donc modifier. Les solutions possibles sont formulées en fonction des moyens d'action des responsables sur ces facteurs. Les conditions que les responsables ne peuvent pas contrôler, qu'il s'agisse de contraintes ou de facteurs favorables, doivent également être spécifiées car elles ont une influence sur la gamme de choix possibles dans l'élaboration d'une solution. Ces solutions sont comparées afin d'identifier celles qui réalisent le mieux l'objectif donné, compte tenu des contraintes.

### 3. Phase III: Expérimentation de la ou des solutions

Lorsque c'est réalisable et approprié, les solutions sont testées pour vérifier leur applicabilité. Il peut être nécessaire d'apporter des modifications pour améliorer leur efficacité. Après ce réglage de précision de la ou des solutions, les conclusions et les recommandations sont transmises aux responsables.

Cette étude, la première de la Phase I du programme, a pour objectif de décrire, de façon détaillée, le système de supervision en vigueur dans le Projet, afin d'acquérir une meilleure compréhension de son fonctionnement et, ainsi, d'aider à le reconcevoir dans le sens d'une plus grande efficacité et d'une rentabilité accrue.

#### Méthodologie

Cette étude utilisera la méthodologie de "l'analyse systémique." En général, un système peut être défini comme un assemblage de composantes, qui interagissent de façon à produire un effet spécifique qu'aucune des composantes n'aurait pu produire à elle seule. L'analyse systémique vise à déterminer, pour un système donné, quelles sont ces composantes, comment elles interagissent les unes avec les autres ainsi qu'avec les intrants du système et comment celui-ci est influencé par l'environnement externe. Cette étude vise à:

- énumérer les composantes du système de supervision:
  - o Les intrants: ce sont les ressources qui doivent être fournies au système pour qu'il fonctionne;
  - o Les extrants: les produits du système;
  - o Les processus: les activités qui se déroulent dans le système;
  - o Les résultats: les effets directs des extrants du système;
  - o Les incidences: les effets indirects (changement dans les conditions de vie, par exemple, dans la santé) d'un ou de plusieurs résultats du système.
  
- construire un modèle graphique du système pour mettre en évidence toutes ses composantes ainsi que leurs rapports réciproques, notamment, les interactions au sein du personnel à différents niveaux du système, l'échange d'informations, la programmation des activités, la distribution du matériel, etc.
  
- identifier les principales contraintes qui s'exercent sur le système et qui limitent les solutions possibles aux problèmes identifiés.

- identifier des écarts de performance du système, c'est-à-dire des différences entre ce qui doit se passer dans le domaine de la supervision et ce qui se passe réellement. Bien qu'on risque d'observer des écarts au niveau des intrants et des extrants du système, il paraît souhaitable de mettre l'accent sur les différents processus du système afin d'identifier le décalage entre les activités et les tâches que les superviseurs à tous les niveaux devront accomplir et les activités et les tâches de supervision réellement exécutées.

Comme on ne peut pas analyser le système de supervision sans examiner les activités qui font l'objet de la supervision et qui, en principe, devront être influencées par la supervision, on se propose d'analyser ce système en général et dans le cadre de certains programmes (volets) techniques tels que les programmes de la RVO et de la P.M.I.. Il est bien évident qu'à chaque niveau du système de santé on examinera à la fois des activités de supervision et des activités techniques.

Information à recueillir

Niveau du système de santé	Activités de supervision	Activités techniques
Région médicale	X	-
Circonscription médicale	X	X
Poste de santé	X	X
Communauté	-	X

Cette étude portera sur les médecins aux niveaux de la Région médicale et de la Circonscription médicale, les superviseurs aux mêmes niveaux, les sages-femmes dans les centres de santé, les infirmiers dans les postes de santé et un échantillon des ASC dans les six (6) départements qui comptent l'ex-région du Sine Saloum:

8	médecins	(R.M. + C.M.)
16	superviseurs	(R.M. + C.M.)
9	sages-femmes	(C.S.)
90	ICP (P.S.)	
360	ASC (village)	

Deux (2) ASC seront respectivement interrogés dans deux (2) des villages (le village siège et un (1) village polarisé) qui relèvent de chaque poste de santé.

En ce qui concerne les techniques et les instruments de recherche, on se servira du "dictionnaire des indicateurs de performance des systèmes de soins de santé primaires" établi par le PRICOR pour aider à préciser les activités et tâches à accomplir à chaque niveau. Ce dictionnaire fournira également des indicateurs de performance. Une page du chapitre sur la supervision se trouve ci-joint. On se servira des techniques d'interview, d'observation et de l'examen des documents existants pour recenser les différentes activités et tâches réellement exécutées.

Finalement, dans le cadre de cette étude on préparera quelques études de cas de supervision ("bonne" et "mauvaise") dans le but d'approfondir la compréhension du fonctionnement du système et d'identifier les facteurs liés à un meilleur résultat. Les techniques de la recherche sociologique/ anthropologique (telles que l'observation de l'interaction entre superviseur et supervisé) seront utilisées pour recueillir les informations.

## Diffusion et utilisation des résultats de la recherche

Les résultats de cette étude seront présentés au personnel de la santé à tous les niveaux et aux décideurs du MSP et de l'USAID lors d'une série de réunions de groupe comme suit:

Réunion 1: des ASC et des matrones

Réunion 2: des superviseurs (ICP) au niveau du poste de santé

Réunion 3: des superviseurs au niveau de la C.M.

Réunion 4: des superviseurs au niveau de la R.M. et des responsables de l'USAID et du MSP au niveau national.

En se basant sur la description détaillée du système de la supervision produite dans cette étude, les différents groupes élaboreront, en équipe et par consensus, des définitions opérationnelles de la supervision (combinaison des objectifs spécifiques et des indicateurs de performance qui permettent de juger le degré de réalisation de chaque objectif). Ces mêmes groupes élaboreront également des solutions aux problèmes opérationnels identifiés. Le dernier groupe harmonisera les résultats des trois autres groupes.

## Plan de travail

On propose le plan de travail suivant:

1. Mise au point des instruments de  
recherche et du plan de collecte des données . . . . . 4 semaines
  
2. Collecte des données: Enquête sur le personnel  
de la santé [30 enquêteurs x (1 poste + 2 villages)  
x 10 jours]. . . . . 4 semaines
  
3. Collecte des données: Etudes de cas (30 enquêteurs  
x 1 village x 30 jours/village ou 30 enquêteurs x 2  
villages x 15 jours/village). . . . . 4 semaines
  
4. Analyse des données et préparation du  
rapport final . . . . . 4 semaines

## Personnel

On propose d'impliquer le personnel suivant dans cette étude:

- Chercheur principal: 1 x 100% x 120j

- Adjoints de recherche: 3 x 100% x 120j  
(1 sociologue/anthropologue)
- Secrétaire: 1 x 100% x 120j
- Equipe de terrain
  - o Enquêteurs: 30 x 100% x 60j
  - o Superviseurs  
d'équipe: 6 x 100% x 60j
- Chauffeurs: 6 x 100% x 60j

Le BRICOR fournira l'assistance technique requise, surtout dans le domaine de la méthodologie de l'analyse systémique, selon le calendrier suivant:

- Spécialiste en recherche opérationnelle et analyse systémique
  - o Voyage 1 21j  
(semaines 1 à 3)
  - o Voyage 2 7j  
(semaines 8 à 9)

- Adjoint de recherche: 3 x 100% x 120j  
(1 sociologue/anthropologue)
- Secrétaire: 1 x 100% x 120j
- Equipe de terrain
  - o Enquêteurs: 30 x 100% x 60j
  - o Superviseurs  
d'équipe: 6 x 100% x 60j
- Chauffeurs: 6 x 100% x 60j

Le PRICOR fournira l'assistance technique requise, surtout dans le domaine de la méthodologie de l'analyse systémique, selon le calendrier suivant:

- Spécialiste en recherche opérationnelle et analyse systémique
  - o Voyage 1 21j  
(semaines 1 à 3)
  - o Voyage 2 7j  
(semaines 8 à 9)

o Voyage 3 7j  
(semaines 13 à 14)

TOTAL 35j

- Informaticien

o Voyage 1 63j  
(semaines 1 à 9)

o Voyage 2 28j  
(semaines 13 à 16)

TOTAL 91j

BUDGET PROVISOIRE (FCFA)\*

PERSONNEL

- Chercheur principal 2.600.000  
(1 x 650.000/m x 4m)

\*Couts directs seulement

-	Adjoints de recherche	2.400.000
	(3 x 200.000/m x 4m)	
-	Secrétaire	400.000
	(1 x 100.000/m x 4m)	
-	Indemnités diverses (sécurité sociale, etc.)	540.000
	(10% x 5.400.000)	
-	Indemnités de déplacement	
o	C.P.	
	(1 x 30j x 5000)	150.000
o	A.R.	
	(3 x 60j x 5000)	900.000

o	Enquêteurs	
	(30 x 60j x 5000)	9.000.000
o	Superviseurs de équipe de terrain	
	(6 x 60j x 5000)	1.800.000
o	Chauffeurs	
	(6 x 60j x 5000)	1.800.000

#### TRANSPORT

-	Essence	
	(6000 KM x 350)	2.100.000

#### EQUIPEMENT

-	Fournitures de bureau	200.000
-	Téléphone/telex	60.000
-	Courrier (international + domestique)	400.000

-	Location photocopieuse (120j)	200.000
-	Micro-ordinateur + logiciel (location ou achat, 120j)	1.700.000
	<b>TOTAL</b>	<b>24.250.000</b>
	<b>Taux de change</b>	
	<b>\$1 = 340 FCFA =</b>	<b>\$71.324</b>

SOUS-SYSTEME: SUPERVISION

COMPOSANTE: 2. Processus

ACTIVITE: 2.1 Evaluer les résultats de la personne supervisée

DESCRIPTION	INDICATEURS	RESULTATS	REMARQUES/PROBLEMES/SOURCES DES DONNEES
2.1.1 Evaluer les connaissances de la personne supervisée	% de superviseurs qui évaluent les résultats de la personne supervisée par des tests de connaissances		
2.1.2 Evaluer les aptitudes de la personne supervisée	% de superviseurs qui évaluent les résultats de la personne supervisée par des tests d'aptitudes		
2.1.3 Evaluer la réalisation des objectifs/buts des SSP	% de superviseurs qui évaluent les résultats de la personne supervisée en évaluant la réalisation des objectifs des SSP		

SOUS-SYSTEME: SUPERVISION

COMPOSANTE: 2. Processus

ACTIVITE: 2.1 Evaluer les résultats de la personne supervisée

DESCRIPTION	INDICATEURS	RESULTATS	REMARQUES/PROBLEMES/SOURCES DES DONNEES
2.1.4 Evaluer la satisfaction des consommateurs à l'égard du travail de la personne supervisée	% de superviseurs qui consultent la communauté au sujet des résultats de la personne supervisée		
2.1.5 Evaluer le respect des règles et procédures	% de superviseurs qui évaluent le respect des règles et procédures par la personne supervisée		

INSTRUMENT DE SUPERVISION  
(ENTRETIEN)

Date:  
Enquêteur:

OUI NON Commentaires

- 
- 
- 
- 2.1 Évaluer les résultats de la personne supervisée  
Est-ce que le superviseur:
  - 2.1.1 évalue les résultats de la personne supervisée par des tests de connaissances?
  - 2.1.2 évalue les résultats de la personne supervisée par des tests d'aptitude?
  - 2.1.3 évalue la réalisation des objectifs/buts des SSP?
  - 2.1.4 évalue la satisfaction de la communauté à l'égard du travail de la personne supervisée?
  - 2.1.5 évalue le respect des règles et procédures par la personne supervisée?

ANNEXE 2.1

Note de service

relative à la creation du Comité de Coordination

de la recherche appliquée

MSP-USAID

NOTE DE SERVICE

I - Un comité de suivi du programme de recherche appliquée aux soins de santé primaires du projet de santé rurale 685-0242 entre le Sénégal et l'USAID, dans sa phase II, est créé, par le Ministère de la Santé publique.

II - Le comité de suivi a pour missions essentielles, un : la définition du programme de recherche appliquée dans le cadre de la convention deux : la planification des différentes activités de recherche proposées, trois : la supervision et l'évaluation du programme de recherche.

III - Le droit de recevoir, d'étudier, d'apporter des modifications, d'approuver ou de rejeter toute proposition de projet qui lui est soumise est réservé à ce comité.

IV - Le comité assure le contrôle financier et supervise la mobilisation des fonds alloués aux personnes comme aux institutions dont la proposition est approuvée, ceci du début à la fin du projet.

V - Le comité réunit tout les trois (3) mois sous la présidence de la DRPF/la Division de la Recherche (DR), les services suivants ;

- La Direction de l'hygiène et de la Protection Sanitaire (DHPS), la Division des soins de santé primaires (DSSP), le service de l'alimentation et de la nutrition appliquées du Sénégal (SAINAS), le service des grandes Endémies (SGE), les régions médicales de Kaolack et de Fatick, l'Unité de gestion du projet à Kaolack, le health Population Nutrition office (HPNO) de l'USAID et le bureau d'assistance technique de ~~HAARD~~ University.

VI - Le comité s'appuie sur les critères de sélection de projets définis par son règlement intérieur pour amender les propositions de recherche appliquée aux bon soins de santé primaires qui lui sont soumises.

## ANNEXE 2.2

Suggestions relatives aux critères

d'approbation des projets de

recherche opérationnelle sur les

soins de santé primaires\*

Le matériel ci-inclus a été tiré du document: Directives OMS/RSSP pour la Recherche Appliquée sur les Prestations Sanitaires et les Soins de Santé Primaires. Projet pour le Renforcement des Systèmes de Prestation des Services de Santé Publique en Afrique Centrale et Occidentale et Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Afrique, 1980.

## 1. Objet du programme de recherche

Encourager le développement, l'application et l'essai de stratégies et de techniques qui amélioreront la capacité à planifier, mettre en oeuvre et faire fonctionner des systèmes appropriés de prestations sanitaires et de soins de santé primaires.

## 2. Priorités de recherche du programme

### 2.1 Concentration sur les priorités et les besoins sanitaires nationaux

Priorité devrait être donnée aux projets de recherche qui:

- Visent à trouver des solutions à des problèmes de santé ayant un ordre de priorité relativement élevé dans le pays;
- Visent à résoudre des problèmes qui sont critiques pour une bonne mise en oeuvre des programmes de soins de santé primaires;
- Sont centrés sur l'élaboration, l'application et l'évaluation de techniques et de stratégies qui amélioreront d'une manière significative la santé des populations locales, et plus particulièrement des groupes insuffisamment couverts, présentant un risque élevé ou vulnérables à d'autres égards; et
- S'attachent à résoudre des questions et problèmes de santé importants pour une distribution efficace des soins sanitaires dans toute le pays.

### 2.2 Concentration sur les secteurs identifiés par la Conférence Alma-Ata comme étant essentiels aux soins de santé primaires

Les projets de recherche devraient être axés sur un ou sur plusieurs des domaines identifiés comme essentiels aux soins de santé primaires par la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata en 1978! \* P. 4, Point 3 de la "Déclaration d'Alma-Ata," dans Alma-Ata, 1978, Les soins de santé primaires, OMS, Genève, 1978. \*, soit:

- une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles;
- un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base;
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses;
- la prévention et le contrôle des endémies locales;

- le traitement des maladies et lésions courantes; et
- la fourniture des médicaments essentiels.

## 2.3 Autres domaines de concentration

### 2.3.1. Formation de personnel de santé

Priorité devrait être donnée à des projets de recherche qui, entre autres, cherchent des solutions aux importants problèmes de formation de personnel de santé, particulièrement si cette formation concerne des agents de santé primaires et ceux qui les supervisent.

### 2.3.2. Planification et gestion sanitaires

Priorité devrait être donnée aux projets de recherche qui, entre autres, cherchent des solutions aux problèmes courants de planification et de gestion sanitaires qui entravent la prestation de soins de santé adéquats aux populations locales.

### 2.3.3. Coût des soins de santé

Priorité devrait être donnée aux projets de recherche qui, entre autres, se consacrent à des problèmes importants ayant trait au coût des soins de santé, au rapport coût/rendement et à l'efficacité de différentes stratégies de programmes sanitaires.

### 2.3.4. Technologie sanitaire appropriée

Priorité devrait être donnée aux projets de recherche qui, entre autres, entraînent le développement et/ou l'application de technologies appropriées, acceptables, abordables et efficaces (qu'elles soient nouvelles ou traditionnelles) dans le domaine des prestations sanitaires et des soins de santé primaires. Autant que possible, ces technologies devraient utiliser amplement les ressources locales. Les technologies appropriées pour les soins de santé primaires peuvent, entre autres, comprendre des méthodes pour inciter la participation communautaire, pour faire participer et intégrer les guérisseurs et les accoucheuses traditionnels au système sanitaire. Elles peuvent également inclure l'utilisation des connaissances médicales et pharmaceutiques traditionnelles, la création de pharmacies villageoises, etc.

## 2.4. Aspects des prestations sanitaires à explorer

Les projets de recherche centrés sur des programmes de prestations sanitaires pourraient examiner un ou plusieurs des aspects suivants de programmes existants ou de variantes possibles:

- Les intrants (moyens mis en oeuvre) des programmes de prestations sanitaires (c.à d. personnel, formation du personnel, équipements et fournitures, budget, etc.)
- Le processus de prestation sanitaire (c.à d. l'administration et la distribution sanitaire, le coût et la qualité des soins fournis, les méthodes de contrôle du programme, etc.)
- Les extrants (réalisations) des programmes de prestations sanitaires (c.à d. les services rendus, les personnes servies, etc.)
- L'impact de ces soins sur la population (c.à d. les effets sur l'état de santé, les effets démographiques, socio-économiques et politiques, etc.)

## 2.5. Une approche intégrée des soins de santé

Lorsqu'approprié, la proposition devrait refléter une approche intégrée des problèmes de santé et des soins de santé.

Un examen de la situation sanitaire dans le contexte des questions plus générales de développement socio-économique et des plans et problèmes de développement du pays devrait être encouragé.

Dans certains cas, la recherche pourrait porter sur des programmes orientés vers le développement, autres que ceux habituellement considérés comme étant "des programmes de prestations sanitaires," qui, néanmoins, peuvent avoir un impact décisif sur la santé.

La collaboration avec des experts de disciplines, d'organismes de recherche et/ou de ministères gouvernementaux dont l'action devrait s'articuler avec celle du secteur sanitaire devrait être encouragée dans les cas où cette collaboration permettrait une étude plus globale et plus rationnelle du problème examiné. Ces organismes ou ministères seront ceux intéressés par le développement, la planification, l'économie, le logement, l'éducation, la nutrition, l'agriculture, les communications, l'assistance sociale, etc.

## 2.6. Utilité de la recherche comparée

Les projets qui cherchent à reproduire des études déjà faites dans d'autres régions ou d'autres pays pourraient être pris en considération lorsque l'étude proposée est susceptible de produire des données et des résultats comparés d'un intérêt concret pour la résolution de problèmes liés à la santé.

## Normes et méthodologie de recherche acceptables

### 3.1. Connaissance et avancement du domaine d'étude

La proposition devrait démontrer une familiarité complète avec l'état actuel des connaissances et de la recherche dans le domaine à explorer et devrait indiquer comment l'étude proposée contribuerait à la compréhension du sujet de recherche sélectionné. Doivent être

encouragés les projets tenant compte et basés sur ou explorant des aspects complémentaires d'autres recherches sur les mêmes problèmes.

### 3.2. Adhérence aux normes scientifiques de recherche

Le projet devrait utiliser des concepts et des méthodologies de recherche qui soient d'une qualité scientifique acceptable. Par exemple:

- Les hypothèses de recherche, s'il y en a, devraient être formulées clairement et de manière acceptable.
- Les méthodes de vérification des hypothèses devraient être d'une qualité scientifique acceptable.
- Lorsque la méthode expérimentale est utilisée, l'inclusion d'un ou de groupes témoins devrait être envisagée lorsque praticable.
- Les variables de recherche devraient être clairement identifiées et des méthodes adéquates pour contrôler les variables appropriées devraient être développées.
- Les échantillons, si utilisés, devraient être sélectionnés de façon à éviter tout parti pris systématique.
- Les questions portant sur la fiabilité et la validité des instruments devraient être couvertes de manière adéquate.
- Les méthodes statistiques utilisées devraient être appropriées.
- Les essais pilotes des méthodologies et concepts de recherche, lorsque appropriés, devraient faire partie du projet.
- Les méthodes d'analyse des données de recherche rassemblées devraient être correctement et clairement déterminées avant d'entreprendre la recherche.

### 3.3 Utilisation d'une méthodologie de recherche acceptable

Des méthodes acceptables de recherche de toute sorte et appartenant à toute discipline reconnue appropriée à la solution du problème de recherche appliquée en matière de sciences de la santé pourraient être utilisées.

Tous les projets de recherche, par exemple, n'auraient pas nécessairement à utiliser l'approche scientifique expérimentale (identification du problème, test de l'hypothèse par des vérifications rigoureuses et obtention de résultats clairement définis). La recherche sur des prestations sanitaires devrait être pratique et appliquée, et peut utiliser d'autres méthodes telles que l'observation en établissements sanitaires et sur le terrain, les analyses critiques de pratiques sanitaires existantes, les études de cas intéressants, etc. Les résultats ne seraient pas toujours censés à donner des réponses définites, mais devraient fournir des données

importantes qui faciliteront la prise de décision pour les responsables de la santé.

### 3.4. Respect des principes éthiques de la recherche

La proposition devrait respecter les principes éthiques applicables en matière de recherche. Ceci devrait inclure, lorsque applicable, une adhérence à des principes éthiques acceptables pour des questions aussi importantes que:

- les droits des sujets humains utilisés pour la recherche médicale;
- les droits des personnes étudiées en ce qui concerne leur vie privée, le maintien de leur anonymat, le respect de leurs croyances culturelles ou religieuses (sans oublier les problèmes particuliers qu'entraîne la protection de ces droits lorsque l'on a affaire à des populations analphabètes ou semi-alphabétisées);
- la prise en considération des dépenses sociales, des conséquences écologiques, des gains tirés de la recherche et de la nécessité d'évaluer l'impact de la recherche dans le domaine social, sur l'environnement et autres;
- le droit des populations étudiées à être informées des résultats, lorsque cela est approprié.

## 4. Participants à la recherche

### 4.1.1 Utilisation du personnel local

Le projet devrait utiliser un personnel local lorsque cela est possible. La proposition devrait indiquer la nature et l'étendue des capacités de recherche locales disponibles pour le projet et la manière dont les compétences locales seront utilisées.

### 4.1.2. Types de personnel à utiliser

Les types de personnel à utiliser dans le cadre du projet ne devraient se limiter pas aux chercheurs spécialisés dans le domaine de la santé mais pourraient comprendre du personnel de recherche, de service et de planification d'une variété de disciplines et de niveaux différents. Il pourrait également faire appel à des étudiants inscrits dans des établissements d'enseignement ou techniques, selon les besoins du projet. Lorsque cela est approprié, des efforts devraient être faits pour collaborer avec le personnel de recherche, de planification et/ou de service dans d'autres secteurs dont l'action devrait s'articuler avec celle du secteur sanitaire, tels que le développement rural, la planification, l'économie, l'éducation, l'agriculture, etc.

#### 4.1.3. Participation du personnel des services de santé

Les responsables de la planification et de la mise en oeuvre des projets de recherche devraient chercher à faire participer, si approprié, le personnel des services de santé de différents échelons qui travaillent dans le programme sanitaire ou dans le secteur étudié. Si nécessaire, des dispositions devraient être prises pour intégrer les activités de recherche au cadre normal de travail.

Des efforts devraient être faits pour encourager, par la conception même du projet, une étroite collaboration entre le personnel de recherche et celui de service. Le personnel des services de santé qui participerait à la planification pourrait identifier des problèmes sanitaires ou de soins de santé importants sur lesquels diriger la recherche. En outre, il pourrait fournir des conseils précieux pour ce qui est de la mise en oeuvre de recherche en milieu communautaire et sanitaire. Un personnel de santé qui comprend les objectifs de la recherche et qui participe dans un rôle approprié à l'exécution de l'étude est beaucoup plus susceptible d'être intéressé par l'utilisation des résultats.

#### 4.1.4. Participation de la communauté

Dans certains cas, il devrait être possible de faire participer des personnes de la communauté étudiée, soit à la formulation du problème de recherche, soit à la planification de la recherche, sa mise en oeuvre ou son évaluation. Dans la mesure où cette sorte de participation de la communauté est faisable, appropriée et profitable, elle devrait être encouragée.

#### 4.1.5. Affiliation des participants aux institutions locales

Le groupe demandant un financement devrait être affilié à un'institution ou un'organisation locale sans de restrictions spécifiques sur le type d'institution concernée. Par exemple, l'institution pourrait être un établissement d'enseignement, une agence ou un groupe gouvernemental, privé ou communautaire, dont l'activité se rattache à la planification ou la prestation sanitaire ou à la recherche appliquée en matière de santé, etc.

#### 4.1.6. Utilisation de personnel extérieur

Dans les cas où une certaine expertise technique est requise mais n'est pas disponible dans le pays les planificateurs du projet pourraient faire appel à une expertise en dehors de la région. Dans ces cas-là, la conception du projet, lorsque faisable, devrait comprendre des mécanismes pour l'apprentissage par le personnel local

des aptitudes fournies à l'origine par les consultants extérieurs.

#### 4.1.7. Collaboration avec les institutions extérieures

Dans certains cas où des types particuliers d'expertise technique ne sont pas disponibles localement, l'organisation ou les organisations proposant l'étude pourraient souhaiter collaborer avec des institutions extérieures au pays lors de la mise en oeuvre de l'étude. Si tel est le cas, le(s) organisation(s) locale(s) concernée(s) devrait(en)t avoir le pouvoir de décision majeur en ce qui concerne le projet.

#### 4.2. Durée, portée et budget du projet

##### 4.2.1. Durée du projet

La durée du projet pourrait varier selon le problème particulier traité et les méthodes de recherche proposées. Cependant, les projets proposés devraient être aussi courts et pratiques que possible, compte tenu des exigences de recherche.

Si la recherche est menée à bien et qu'il y a de fortes indications que les résultats obtenus jusqu'ici ont eu des avantages pratiques importants et qu'une étude complémentaire produirait des résultats positifs additionnels valables, une demande pourrait être faite pour le financement de "phases" supplémentaires du projet.

##### 4.2.2. Portée et complexité du projet

Le projet devrait être d'une portée et d'une complexité raisonnables, compte tenu de l'expérience de recherche antérieure et des capacités de recherche actuelles des chercheurs ainsi que des besoins de l'étude particulière.

##### 4.2.3. Montant du budget de projet

Le budget du projet devrait être raisonnable et tenir compte: 1) des besoins de financement réalistes de l'étude de recherche proposée; 2) de la capacité du groupe de chercheurs à utiliser efficacement les fonds; et 3) des avantages susceptibles d'être dérivés du projet du point de vue de l'amélioration de la santé et/ou des soins de santé, par rapport au coût du projet.

#### 4.3. Renforcement des institutions locales

Chaque fois que possible, les propositions devraient comprendre des dispositions servant à renforcer les institutions locales et leurs capacités de recherche. Ces dispositions devraient comprendre, entre autres: 1) l'engagement de personnel requis qui pourra rester dans l'institution une fois le projet terminé; 2) la prévision d'une expérience pratique pour ce personnel dans le cadre du projet qui

pourra leur être utile dans leurs tâches futures; 3) la prévision d'une formation sur le tas ou d'une formation plus structurée pour le personnel du projet, formation qui porterait sur les techniques de recherche et autres domaines appropriés, qui leur serviraient en propre ainsi qu'à l'institution; 4) l'encouragement, par la conception même de la recherche, du développement de mécanismes institutionnels pour l'administration, le contrôle et/ou l'évaluation de projet, qui s'appliqueront à d'autres domaines de programmes; 5) l'encouragement, par la conception de la recherche, de l'établissement de rapports coopératifs à long terme entre individus et institutions.

## 5. Plans pour la dissémination et l'utilisation des résultats de recherche

### 5.1. Dissémination des résultats

Des plans provisoires pour la dissémination des résultats de recherche devraient être esquissés dans la proposition. L'accent devrait être surtout mis sur la distribution des résultats aux utilisateurs potentiels, que ce soit à l'échelon national ou local. Les conclusions pourraient être publiées dans des revues ou autres publications publiées en dehors du pays mais, dans ce cas, devraient d'abord paraître dans des publications à grande circulation dans la région Africaine.

(NOTA: L'utilisation des publications et des moyens de diffusion de l'OMS et d'autres organismes internationaux est encouragée.)

### 5.2 Utilisation des résultats

La proposition devrait comprendre un exposé sur les applications pratiques des résultats escomptés. Elle devrait décrire toutes mesures qui ont été ou seront prises à l'échelon local pour assurer ou favoriser l'utilisation des résultats de recherche pour améliorer la santé ou les soins de santé.

## 6. Format suggéré pour les propositions de recherche

### 6.1 Titre

### 6.2. Introduction

Bref résumé du projet comprenant au moins 1) le problème identifié; 2) le but, les objectifs du projet, la conception de la recherche et la méthodologie; 3) les chercheurs et les institutions participant au projet et leurs rôles; et 4) les raisons justifiant la méthode d'approche du problème proposée.

### 6.3. Description du problème

Brève description 1) des circonstances ayant motivé la proposition de recherche; 2) de la relation de la recherche proposée avec d'autres études déjà faites ou en cours (menées soit par les chercheurs eux-mêmes soit par d'autres) et pourquoi le projet proposé est nécessaire; et 3) la pertinence de l'étude par rapport

1) la liste du personnel du projet, leur rôle, le pourcentage de temps consacré au projet, curriculum vitae et expérience, etc.; 2) la description des organismes participant à la recherche, leur rôle, leur expérience en la matière, les installations et équipements disponibles; 3) la bibliographie des publications se rattachant à la recherche proposée; et 4) tous autres documents pertinents.

aux priorités nationales en matière de santé et de recherche sur santé.

#### 6.4. Buts et objectifs

Description 1) du but global du projet; et 2) des objectifs spécifiques, à court et à long terme.

#### 6.5. Conception et méthodologie de recherche

Description de la conception d'ensemble et de la méthodologie utilisée, y compris 1) les hypothèses de recherche (si applicable); 2) la méthodologie utilisée pour la collecte des données notamment, le cas échéant, les projets d'échantillonnage, les variables, les instruments et les plans pour déterminer leur fiabilité et leur validité; le respect de l'éthique professionnelle; les raisons pour lesquelles les méthodes choisies sont les plus appropriées; 3) les méthodes d'analyse des données; 4) les résultats escomptés; 5) les plans pour la dissémination des résultats; et 6) le programme d'exécution du projet avec les dates limites pour l'achèvement des différentes phases du projet décrit.

#### 6.6. Encadrement, administration et évaluation

Brève description du personnel qui participera au projet y compris le personnel de recherche, l'assistance secrétariale, l'administration et l'évaluation du projet. Cette section devrait comprendre des renseignements sur les postes prévus, le pourcentage de temps consacré au projet, l'institution dans laquelle les postes prévus seront basés, une brève description des postes, l'identification des individus qui les occuperont et leur expérience antérieure. Les plans pour l'administration, le contrôle et l'évaluation du projet ainsi que les institutions qui participeront au projet et leurs rôles devront également être décrits brièvement.

#### 6.7. Effets prévus

Les effets prévus du projet, notamment 1) les applications pratiques attendues des résultats, les plans d'utilisation des résultats pour l'amélioration de la santé et/ou des soins de santé; 2) la valeur potentielle des résultats à des fins de formation; et 3) la mesure dans laquelle le projet peut renforcer les capacités de recherche des institutions et des chercheurs nationaux.

#### 6.8. Budget et autre assistance

Description 1) du budget pour toute la durée du projet avec des détails concernant les dépenses de la première année; 2) les justifications budgétaires; et 3) les sources d'assistance au projet, dont la demande a été faite ou qui sont déjà acquises.

#### 6.9. Annexes

Des annexes contenant des données plus détaillées sur divers aspects du projet que celles communiquées dans la proposition, telles que:

DOCUMENT SUMMARY

Document Id: 0739I  
Document Name: IQC CONTRACT  
Operator: 8859  
Author: JStagliano/RR  
  
Comments: delete 8/30/87

STATISTICS

OPERATION	DATE	TIME	WORKTIME	KEYSTROKES
Created	08/21/87	12:22	:16	472
Last Revised	/ /	:	:	
Last Printed	08/21/87	12:39		
Last Archived	/ /	:	onto Diskette	
Total Pages:	1	Total Worktime:	:16	
Total Lines:	16	Total Keystrokes:	472	

Pages to be printed 1

Notify U08 on system VOL1.

66