

ATELIER SUR LA RECHERCHE EN
SYSTÈMES DE SANTÉ: RECHERCHE MENÉE
À L'INSTITUT NATIONAL DE
L'ADMINISTRATION (I.N.A.S.), RABAT,
MAROC, EN COLLABORATION AVEC
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ ET LE CENTRE DE RECHERCHES
POUR LE DÉVELOPPEMENT
INTERNATIONAL

13-24 AVRIL 1992

Dr. Roy Carr-Hill
Dr. Melvyn Thorne

FAMILY PLANNING MANAGEMENT DEVELOPMENT

Project No.: 936-3055
Contract No.: DPE-3055-Q-00-0052-00
Task Order No.: TW-13-MO

CONTENTS

1.	SOMMAIRE EXÉCUTIF	1
2.	HISTORIQUE	2
3.	ATELIER SUR L'ANALYSE DE DONNÉES ET RÉDACTION DE RAPPORTS: OBJECTIFS ET RÉSULTATS	5
4.	ADMINISTRATION	5
5.	EQUIPE DE FORMATION ET PERSONNES RESSOURCES	6
6.	PARTICIPANTS	6
7.	PLAN D'ATELIER	7
8.	RÉSULTATS DE L'ATELIER	7
9.	EVALUATION	9
10.	SUIVI PRÉVU D'ATELIER	11
11.	CONCLUSIONS	12
12.	RECOMMANDATIONS	13

ANNEXE I C	RAPPORT DE RECHERCHE À LA FIN DE L'ATELIER: MARRAKECH
ANNEXE I D	RAPPORT DE RECHERCHE À LA FIN DE L'ATELIER: TANGIERS
ANNEXE II	LISTE DE PARTICIPANTS ET DE FORMATEURS LOCALES
ANNEXES II A	PROGRAMME ORIGINEL DE L'ATELIER ET NOTE
ANNEXE III B	PROGRAMME ET CONTENU DU COURS (ANGLAIS)
ANNEXE IV	PARTICIPANTS À LA PRÉSENTATION AUX GESTIONNAIRES DE SANTÉ ET AUX AUTRES PARTIES INTÉRESSÉES.
ANNEXE V A	RECOMMANDATIONS DE L'ATELIER PRÉCÉDENT (RÉSUMÉ)
ANNEXE V B	EVALUATION DE L'ATELIER PRÉCÉDENT (RÉSUMÉ)
ANNEXE VI A	EVALUATION DE CET ATELIER
ANNEXE VI B	RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION MENÉE PAR LE PERSONNEL DE L'INAS
ANNEXE VII	RENFORCER LA CAPACITÉ OPÉRATIONNELLE

1. SOMMAIRE EXÉCUTIF

Du 13 à 24 avril, le Dr. Roy Carr-Hill et le Dr. Melvyn Thorne ont mené le deuxième atelier du cours de méthodologie de Recherche en Systèmes de Santé (RSS), pour le Projet FPMD et à la demande de l'USAID/Rabat. L'atelier s'est déroulé à l'Institut National pour l'Administration de Santé (INAS). Le personnel de l'INAS, et avec le conseiller de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont donné leur assistance aux consultants pendant l'atelier. Cet atelier, *Analyse de données et rédaction de rapports* a suivi l'atelier de septembre 1991 sur l'élaboration de protocoles de recherche et six mois de collecte de données par les équipes concernées dans la formation. Ceci a achevé un cycle de formation en matière de recherche appliquée de systèmes de santé, basé sur les manuels du CRDI/OMS *Elaboration et Mise en Oeuvre de Programmes de Recherche sur les systèmes de Santé*. Le manuel pour cet atelier a été disponible en français. A la fin de cet atelier, qui a été jugé par tous d'être un grand succès, les équipes provinciales ont produit des rapports écrits finals qui résumaient l'approche d'équipe, ainsi que leurs conclusions et recommandations pour la résolution des problèmes prioritaires indiqués ci dessous:

AGADIR:	Recherche sur l'utilisation du service des urgences comme consultation du premier contact.
MARRAKECH:	Evaluation de l'inefficacité de la clinique prénatale en matière du dépistage des grossesses à risque. prénatales.
TANGIER	Identifier les facteurs associés à l'abandon de la contraception orale dans les services de santé urbaines de la province de Tangier.
Lauréats de l'INAS	Manque d'utilisation, de point de vue gestion, des tableaux affichés représentant des statistiques de service au centre de santé.

Activités supplémentaires ont été suggérées par chacune des quatre équipes:

- Recueil additionnel de données a été indiqué par plusieurs équipes.
- Recherche-action a été proposée par deux équipes.
- Addition d'un troisième atelier dans ce cycle, portant sur l'évaluation des plans d'action développé au cours de l'atelier, sous l'angle de leur impact sur les décisions faites et de toute augmentation dans l'efficacité des prestations de service au niveau local.

Le personnel de l'INAS a aussi discuté la possibilité d'entreprendre une sorte d'atelier similaire de "résolution des problèmes-cum-formation, qui a bien réussi en Tunisie ainsi que dans cinq autres pays: L'approche d'Equipe dans la Résolution des Problèmes (AERP). Nous sommes en accord avec le personnel de l'INAS et le conseiller de l'OMS que le RSS et le AERP pourraient servir de véhicules efficaces de la promotion de la décentralisation des services de santé au Maroc, et l'utilisation efficace de l'information pour la prise des

décisions.

Le potentiel pour une approche intégrée de développement des capacités locales dans les services de santé, en utilisant RSS à un niveau supérieur et le AERP aux niveaux plus bas, est adressé dans le document de briefing préparé pour l'équipe de programmation USAID en visite au Maroc. (Voir "Reinforcing Operational Management Capacity in Health Services at the Local Level in Morocco" ci-joint en Annexe 6)

2. HISTORIQUE

Cet atelier est le deuxième dans un cycle de deux. Le cours dans son entièreté suit d'une demande de la part de l'INAS à l'USAID de l'aide dans le développement d'un programme de Recherche en Systèmes de Santé (RSS) au Maroc. Le Dr. Mechbal (le chef précédent de la Direction de la Prévention et de l'Encadrement Sanitaire) s'est déjà mis en contact initiale avec le Dr. Nuyens, qui supervise la formation en RSS à OMS/Genève. Ceci a abouti à la participation du Dr. Carr-Hill. Le Dr. Carr-Hill s'est rendu à l'INAS en juin 1991 pour discuter la possibilité d'établir le cycle de formation. Pendant sa visite, il était clair que l'INAS s'intéressait au développement rapide d'une capacité (et culture) de recherche, afin de promouvoir la capacité nationale de renforcement et décentralisation des services de santé, et de plus le Maroc pourrait utiliser des fonds qui leur ont été alloués, il y a plusieurs années, pour la recherche en systèmes de santé, et qui sont actuellement disponibles via OMS/EMRO à Alexandrie. Après des discussions, on s'est mis d'accord qu'il y aura un premier cycle de formation en RSS avec des participants venant des quatre provinces et choisis conformément à leur expérience préalable.

2.1 Pourquoi ces ateliers?

Il était aussi décidé de baser le cours sur les modules RSS développés par l'Organisation Mondiale de la Santé et le CRDI. Ces modules ont été utilisés avec succès dans plus de douze pays.

Dr. Thorne a témoigné l'utilisation des modules adaptés à l'environnement local, ainsi que l'approche de formation RSS comme véhicule importante d'amélioration du système de santé au Malaisie. Dr. Carr-Hill a déjà utilisé des versions antérieures de ces modules en prêtant son assistance aux ateliers de RSS au Swaziland et au Mozambique. La version actuelle des manuels, qui emmenait originellement du SHDS - supportait par l'AID (Strengthening of Health Delivery Systems in West Africa), est très détaillée. Les manuels contiennent de spécifications détaillées non seulement du contenu mais aussi de l'organisation pédagogique, et des tâches particulières que les groupes devraient essayer de remplir.

Le cycle de formation en RSS est destiné à quatre ou cinq groupes venant de différents arrondissements/provinces/régions, chacun avec environ quatre participants. Il consiste en:

- Un premier atelier (2-3 semaines) pendant lequel, basé sur une série de présentations portant sur le plan et la méthodologie de recherche, les participants développent un protocole de recherche autour d'un thème qu'ils choisissent comme problème prioritaire dans leur contexte local.
- Une période de six mois (4-7 mois) pendant laquelle les participants recueillent les données conformément au protocole de recherche qu'ils ont développé.
- Un deuxième atelier (2 semaines) où l'on assiste les participants dans l'analyse des données, et la rédaction et présentation de leur conclusions et recommandations.

Par conséquent, le premier atelier dans ce cycle s'est tenu, aussi à INAS, du 2 au 13 septembre 1991. Malgré la durée réduite (les manuels du CRDI/OMS suggèrent trois semaines au lieu de deux semaines pour cette phase), avant la fin de l'atelier, les équipes provinciales suivants ont produit de protocoles assez bien structurés pour obtenir d'information utile, de point de vue gestion, à la résolution des problèmes prioritaires indiqués:

AGADIR:	Recherche sur l'utilisation du service des urgences comme consultation du premier contact.
MARRAKECH:	Evaluation de l'inefficacité de la clinique prénatale en matière du dépistage des grossesses à risque. prénatales.
TANGIER	Identifier les facteurs associés à l'abandon de la contraception orale dans les services de santé urbaines de la province de Tangier.
TARROUDANTE:	Taux élevé de mortalité dû à l'infection du système respiratoire.

Pendant les sept mois suivants, trois équipes (Agadir, Marrakech, Tangiers) continuaient à recueillir les données en accordance avec leurs protocoles (après de petites modifications). Ce processus a été surveillé par le personnel de l'INAS, qui a effectué deux visites à chaque équipe pour les aider dans l'organisation du processus de la collecte des données.

D'ailleurs, afin d'assurer que les données soient saisies dans les fichiers informatisés, un ou deux participants de chaque groupe s'est rendu à l'INAS à la fin de la période de collecte des données. Chaque équipe a réussi, avec l'aide du personnel technique de l'INAS, à saisir leur plus grand fichier de données, en utilisant Epi Info, et de réaliser une "nettoie" initiale de leurs données.

Malheureusement, l'équipe de Tarroudante n'a pas pu continuer puisque deux de ses membres ont été dispersés. Un membre s'est rendu à l'INAS même, comme étudiant d'un programme de Maîtrise en Santé Publique qui durait deux ans. L'autre a été envoyé au sud du pays comme médecin.

Pour remplacer cette équipe dispersée, le personnel de l'INAS a désigné deux lauréats récents de son cours de Maîtrise, pour développer un protocole de recherche afin d'évaluer l'utilité, de point de vue gestion, est dévisser d'améliorations dans, les tableaux de statistiques du service affichés à la plupart des centres de santé (i.e. tableau de bord).

2.2 Analyse de Situation

L'approche Recherche Opérationnelle à la résolution des problèmes est reconnue comme véhicule utile de l'amélioration des services de santé. Le choix de quel problème étudier est, évidemment, crucial pour atteindre l'impact maximum et pour attirer le support des bailleurs de fonds. Bien que le choix de problèmes étudiés dans ce cycle de formation ne soit pas directement déterminé par les priorités du gouvernement ou des bailleurs de fonds - parce que le but principal de cette activité était la formation et il était, donc, très important que chaque group se sentait la "propriétaire" de son sujet - il y avaient des discussions antérieurs entre l'INAS et les groupes participantes. L'objet de trois des quatre problèmes originaux sur la survie de l'enfant correspondaient bien avec les priorités de l'USAID.

En ce qui concerne leur capacité actuelle de mener la recherche opérationnelle, la plupart du personnel de l'INAS a reçu une formation précédente sur la méthodologie. Bien que plusieurs de ces derniers avaient d'expérience considérable en faisant des enquêtes, ils ne possédaient pas la capacité de traduire un problème général en activité de recherche concrète et bien concentrée. D'où l'importance d'une approche expérientielle (apprendre par faire).

En outre, comme avait souligné le Dr. Mechbal dans son introduction au premier atelier et par le Dr. Belouali pendant la préparation de cet atelier, le cours est à propos. Essentiellement, l'administration nationale a reconnu l'impossibilité de contrôler verticalement une telle gamme de programmes. Ce besoin de décentralisation a deux implications:

- Il va falloir restructurer les services de santé afin de permettre une intégration plus horizontale, ce qui est une condition préalable à l'autonomie locale.
- Il va falloir former le personnel de gestion locale sur l'utilisation appropriée des systèmes d'information et sur les méthodes de résolution des problèmes/recherche opérationnelle.

Enfin, ce genre de travail correspond, évidemment avec l'accent actuelle des bailleurs de fonds sur le développement des capacités.

3. ATELIER SUR L'ANALYSE DE DONNÉES ET RÉDACTION DE RAPPORTS: OBJECTIFS ET RÉSULTATS

Nos objectifs dans cet deuxième et dernier atelier dans la série de Formation en Matière de Recherche sur Systèmes de Santé étaient les suivants:

- 1) Améliorer les capacités en recherche opérationnelle de dix prestataires venant de trois provinces et de deux lauréats de l'INAS (une liste de participants se trouve à l'Annexe II).
- 2) Aider les équipes dans la finalisation de leurs rapports sur la recherche afin de produire de conclusions valables, utiles de façon pratique, et potentiellement publiables, et de les aider à élaborer des plans d'action;
- 3) Développer de capacités équivalentes parmi les cinq membres du personnel de l'INAS qui ont servi d'encadreurs, et la capacité éventuelle de la part de l'INAS de mener un tel atelier dans l'avenir;
- 4) Aider le Dr. Belouali et le personnel de l'INAS dans l'évaluation de l'efficacité du cycle RSS.

4. ADMINISTRATION

Le cours a été consciencieusement coordonné par le Dr. Laabid.

L'administration du cours était entre les mains très capables de l'administrateur de l'INAS, M. Ahmed Hardoumi.

Chaque équipe avait à sa disposition un membre du personnel de l'INAS comme facilitateur, et au moins un ordinateur équipé avec Epi Info Version Français 5.01.

Puisque le "Data Display" de l'INAS était en panne, nous n'avons pas eu l'occasion d'utiliser les illustrations informatisées en plénière (comme s'est montré si fonctionnel lors du premier atelier) jusqu'au quatrième jour de l'atelier, quand on a pu utiliser l'équipement emprunté de Planification Familiale.

Le seul problème sérieux rencontré était le fardeau supplémentaire mise sur le Dr. Belouali et son personnel. Un atelier régional de l'OMS sur le Leadership se déroulait concurremment et le Dr. Belouali et son personnel étaient engagés par les activités supplémentaires de

l'atelier. Ceci a causé un problème sérieux. Aussi l'accès des coûts locaux à travers son compte de Boston a pris le temps de Dr. Thornes. Il a du passer une grande partie du jour vendredi et lundi au début du cours en s'occupant de ce problème. Les problèmes avec encore un autre cours programmé de se tenir concurremment à l'INAS a mis encore une contrainte sur le temps de tous.

5. EQUIPE DE FORMATION ET PERSONNES RESSOURCES

Les consultants et le personnel de l'INAS servaient de facilitateurs du groupe. Les participants et facilitateurs sont mentionnés en Annexe 2. Le rôle du facilitateur est toujours difficile: comment supporter l'activité du groupe sans faire leur travail vous-même? On a organisé une réunion à la fin des jours sélectionnés pour faire une comparaison des notes sur la façon dont les différents participants ont accueilli les présentations (surtout les présentations plus complexes sur le plan statistiques). Bien que nous ayons éprouvé au passé une répugnance de la part des facilitateurs de discuter les problèmes qu'ils éprouvent eux-mêmes, ce n'était pas le cas cette fois-ci. En effet, le support inépuisable du personnel de l'INAS et le conseiller de l'OMS, le Dr. Brouwere a fait une bonne impression aux consultants.

La rapidité et les efforts assidus que MSH/Boston a déployés en obtenant les premiers brouillons français du manuel RSS, Volume 2 du CRDI, et puis en les faisant parvenir par courrier exprès au Dr. Thorne la veille de son départ, pour que le texte français soit disponible à tous les participants et facilitateurs, sont admirables et nous en sommes très reconnaissant. Aussi appréciée était la coopération du CRDI en nous rendant disponible la première traduction française du manuel.

6. PARTICIPANTS

A part l'incapacité du groupe de Tarroundante de continuer leur travail, il y avait peu de changements du personnel. Un membre de l'équipe de Marrakesh n'est pas revenu. Un membre de l'équipe de Tangier était remplacé. Deux nouveaux participants se sont introduits dans l'équipe de Lauréats de l'INAS.

Comme dans l'atelier précédent, les consultants étaient impressionnés par la journée très longue et la participation de tout cœur des participants (qui travaillaient pendant toute la journée le samedi et dimanche intermédiaire, et très tard plusieurs nuits).

Il faut noter aussi que, pour un nombre de participants, cela constituait leur première expérience dans l'utilisation des micro-ordinateurs pour l'analyse de données. Tous les trois équipes originelles, avec l'aide des facilitateurs de l'INAS et un technicien, ont réussi à saisir leurs ensembles de données principales aux fichiers en utilisant l'Epi Info 5.01 version française (EPIF) ainsi que le manuel d'EPI en français, qui a été reçu de ENSP/Rennes lors du premier atelier en RSS. La réussite de cette utilisation des ordinateurs pour "data processing" a dépassée considérablement nos espérances.

Cependant, il faut noter qu'aucune équipe n'a profité du **CONTROLE** sous-programme (pour empêcher la saisie de valeurs non-acceptables) ou la **VALIDATION** sous programme (pour vérifier par contre-épreuve, sur un sous-échantillon de la population, l'exactitude des données dupliquées parmi plusieurs personnes). Malgré de variables efforts à "nettoyer" les données, tous les ensembles de données portaient quelques entrées erronées.

7. PLAN D'ATELIER

Cet atelier de formation en particulier est dessiné afin d'encourager la participation maximale des étudiants dans l'analyse de données, et dans l'élaboration de recommandations sur lesquels les plans d'actions sont basés. Nous avons suivi de près, avec quelques petites modifications, les modules comme prévu (veuillez voir le programme de l'atelier ci-joint en annexe IIIA):

- Le premier jour, on a expliqué aux participants de l'importance de planifier leur analyse (en rappelant Module 13: Elaboration du Plan d'Analyse du premier cycle)
- Les modules sur les tests statistiques variables de différence et d'association ont été présentés de façon schématique au lieu d'énumérer les détails sur un test en particulier, autre que Chi-Square, t-test, et le coefficient de corrélation, r.

Nous avons enseigné les modules suivants via Epi-Info, en prenant d'exemples des données d'équipes projetées via "Data Display."

Module 23:	Recoupement des données quantitatives
Module 25:	Description des variables
Module 27:	Faire de test de différences entre des groupes
Module 29:	Association entre variables: Régression et corrélation

8. RÉSULTATS DE L'ATELIER

Toutes les quatre équipes ont produit des brouillons de rapport final bien structurés (Voir Annexes IA-ID). Les présentations sommaires de ces rapports aux autorités de haut niveau dans les services de santé et au Dr. Farid Hakkoum (nouveau chef de la Direction de la Prévention et l'Encadrement Sanitaire), ainsi qu'au personnel de l'USAID/Maroc et à la Mission du planning de l'USAID-Washington, l'après-midi du jeudi 23 avril, étaient bien appréciés.

Une description brève de chaque étude suit (les rapports entiers, jusqu'au 24 avril 1992, se trouve à l'Annexe I). Bien que chaque équipe voulait continuer avec d'analyses supplémentaires et de nombreuses modifications dans leurs rapports; l'INAS leur a donné une limite de deux semaines pour tout changement supplémentaire; tous les rapports devraient être finalisés et subvenus à l'INAS avant le 8 mai.

AGADIR Recherche sur l'utilisation du service des urgences comme consultation du premier contact.

Les données principales recueillies par ce groupe pendant une semaine en février 1992 portaient sur les raisons pour lesquelles tous les clients se dirigeaient directement et sans aucune référence, aux services d'urgence à l'hôpital Hassan II à Agadir. L'équipe n'a pas été très ambitieuse à l'égard du projet de recherche (Dr. Mechbal a déjà relevé ce point pendant la première séminaire d'évaluation) mais la seule activité supplémentaire qu'a suggérée l'équipe était d'effectuer des interviews plus approfondis chez un petit nombre de ceux qui ont été accueillis à l'hôpital. Bien que la portée de données recueillies soit limitée, sa qualité était très bonne. En particulier, bien que leurs conclusions sur la volume "d'auto-références" n'étaient pas étonnantes, leur résultats détaillés sur la mauvaise qualité, à laquelle on ne s'attendait pas, du système formel de référence, était très intéressant. Ce groupe, étant donnée la motivation, pourrait maintenant mener un projet plus spécifique sur les raisons pour lesquelles le système formel de référence est si inefficace.

Marrakech Evaluation de l'inefficacité de la clinique prénatale en matière du dépistage des grossesses à risque. prénatales.

Cette équipe a recueilli une quantité énorme de données (4205 dossiers) basées sur la carte prénatale qui a été distribuée à travers le pays depuis 1988. Cette carte demande aux infirmières d'identifier tous ce qui correspondent de 11 facteurs qui indiquent le besoin d'une consultation médicale, et tous ce qui correspondent de 7 facteurs qui montrent un besoin "relatif" de prestation dans une facilité. Bien que leur but original était d'analyser l'efficacité prophétique pour une prestation compliquée de facteurs variés, qui étaient enregistrés sur cette carte, l'équipe a compris assez rapidement - sans une incantation de notre part, qu'il y avaient de graves problèmes avec la manière dont on utilisait actuellement cette carte. L'équipe a déterminé que l'on n'indiquait les encadrements de référence appropriés que 55% du temps, quand un facteur de risque a été noté. L'équipe a recommandé d'actions correctives spécifiques.

Tangiers Identifier les facteurs associés à l'abandon de la contraception orale dans les services de santé urbaines de la province de Tangier.

Les données principales de ce groupe portaient sur les raisons pour l'abandon de la pilule contraceptive parmi une échantillon de femmes, qui a été enregistrées à sept centres de santé

comme n'ayant plus de dossiers. De plus, ils ont recueilli des données supplémentaires aux cliniques, y compris des observations sur les interactions cliente-infirmière et une revue systématique d'informations disponibles portant sur les visites de clientes. Ils ont aussi enregistré une discussion en groupe de six infirmières. Ce qui nous a frappé c'était que des 266 femmes identifiées aux registres de cliniques comme ayant arrêté leurs visites à la clinique pour recevoir la contraception orale, en fait, quand on a interviewé ces femmes chez eux, l'équipe a trouvé que 26% utilisaient encore la contraception orale au centre de santé. Des 197 femmes qui n'utilisaient plus le centre de santé, 25% continuaient à utiliser la contraception orale d'une autre source.

Leurs autres instruments ont démontré que les dossiers portant sur l'utilisation de la contraception était d'un pauvre état, que parmi les infirmières il y avait une ignorance considérable sur les méthodes, et que les interactions infirmière-utilisatrices était déficientes. Cette équipe a fait un premier essai estimable et qui présentait de nombreux aspects de résoudre un problème très complexe. Afin de recueillir d'informations complètes sur l'abandon de la pilule, ils auraient du recueillir des données sur les dates de commencement et d'abandon de chacune des 1807 femmes qui avaient utilisé la contraception orale dans ces sept centres pendant 1990. Ensuite, ils auraient du appliquer un tableau d'espérance de vie ou bien une analyse de type survie. Pour arriver directement à la cause de l'abandon, l'approche peut-être la plus appropriée aurait été de mener des groupes de discussion dirigée parmi des femmes qui ont abandonné la contraception orale, mais une telle étude aurait été très difficile à organiser.

Lauréats de l'INAS Utilisation des affichages représentant les statistiques de service aux centres de santé sélectionnés à Larrache, Rabat, et Settat

Les lauréats de l'INAS ont observé les statistiques de service qui était affichées sur les tableaux de bord dans 8 centres de santé. En plus, ils ont posé des questions sur la construction et l'utilisation de ces tableaux aux médecins et aux infirmières chefs. Ils ont trouvé un désaccord parmi les centres de santé entre les chiffres et les types d'indicateurs affichés pour les 19 programmes de base. Bien que l'on devrait utiliser l'information pour la résolution des problèmes en gestion des services, par une comparaison entre ce qui a été réalisé et ce qui est prévu, seulement 55% des affiches montrait les chiffres Réalisés et les chiffres Prévues. De plus, ces deux sortes de chiffres n'étaient que rarement affichées ensemble dans une même location.

9. EVALUATION

Il y a eu trois sortes d'évaluation.

D'abord, on a demandé aux étudiants de remplir une questionnaire qui leur demandait d'évaluer systématiquement leur propre sens de confiance en utilisant une nombre des

techniques de recherche ciblées dans les modules RSS. Malgré leur difficulté d'expliquer le raisonnement et l'utilisation du testing statistique, la plupart des participants ont déclaré qu'ils auraient assez de confiance pour appliquer ces tests statistiques dans un autre contexte.

Deuxièmement, un des facilitateurs s'est rendu visite à deux groupes afin de recueillir leurs évaluations des points forts et faibles de ce cours. Ensuite on a fait un synthèse de ces commentaires et on l'a fait circuler parmi les participants.

Ensuite, ce synthèse, ensemble avec un encadrement présenté par Dr. Belouali sur les transparents, a créé un background pour une discussion ouverte en plénière entre les facilitateurs et les participants, qui s'adressait à l'efficacité de l'ensemble des cycles d'ateliers. Cette évaluation en plénière de tout le processus RSS était mené par le personnel de l'INAS au moment de notre départ de Rabat. Le rapport d'évaluation sera achevé lorsqu'on reçoit et mettre aux annexes l'analyse de l'INAS des questionnaires et les notes sur les discussions (A être Annexe VIB).

Actuellement, les commentaires notées comprennent les suivantes:

- **Profile des participants:** Les participants étaient presque tous du niveau provincial. Dr. Belouali et d'autres à la Ministère, se sont intéressés à la formation de gestionnaires aux niveaux locaux (major-Chefs de Circonscription), comme faisant partie du processus de décentralisation. Comme la plupart de ces derniers commencerait au niveau d'éducation plus bas, ce pourrait exiger plus de temps pour la formation. Au moins, il exigerait une formation des formateurs.
- **Compétence en Statistiques:** Plusieurs participants ont soutenu qu'il aurait du avoir un statisticien dans chaque groupe.

Bien que cela aurait faciliter la période d'analyse, on s'inquiétait que le statisticien ne "prenne charge" à la désavantage des autres membres du groupe.

- **La répartition du travail;** Bien que les participants se plaignaient de trop de travail pendant cet atelier, ils ont, en fait, produit d'analyses viables et bien structurés de données, et dans la période de temps brève qui leur a été donnée, de rapports utiles.

10. SUIVI PRÉVU D'ATELIER

Activités de suivi ont été suggérées par chacune des quatre équipes RSS:

RECUEIL SUPPLEMENTAIRE DES DONNEES a été indiqué par plusieurs d'équipes.

On devrait recueillir les données au TANGIERS: a) dates de commencement et l'arrêt tirées des registres afin d'estimer le taux de continuation de la pilule et, 2) enregistrer des conversations des groupes de discussion dirigés afin d'apprendre comment les femmes discutent entre-eux les raisons pour l'abandon de la contraception orale et/ou l'utilisation des cliniques de planification familiale.

Les lauréats de l'INAS devraient apprendre plus sur la façon dont les meilleurs équipes des centres de santé utilisent les tableaux pour la résolution des problèmes de gestion. Il devraient aussi rassembler d'exemples concrets des meilleurs types d'affichages.

- **RECHERCHE ACTION** a été proposée par deux équipes.

L'équipe MARRAKECH a proposé la recherche action afin d'améliorer l'exactitude des infirmières dans la complétion des fiches de consultation prénatale. Ceci serait axé sur une indication des facteurs de risque et de cadres multiples pour trois sortes de références différents, et pour le lieu de prestation sur lequel l'infirmière et la femme enceinte se sont accordés.

De même, l'équipe AGADIR propose de déterminer les effets de discuter les critères de référence avec les personnels de santé locaux.

On a discuté la possibilité d'ajouter un troisième atelier à ce cycle. Il pourrait porter sur une évaluation des plans d'action élaborés pendant cet atelier, en fonction de leur impact sur les décisions prises et de toute augmentation dans l'efficacité des prestations de service au niveau local qui en résulte. Il pourrait aussi relever (mais probablement n'y répondraient pas) la question de l'impact éventuel qu'ils effectueront aux communautés qui reçoivent ces services. Tout impact que la formation RSS effectuée sur les méthodes pratiques des participants, en général, pourrait être adressé.

Le personnel de l'INAS a aussi discuté la possibilité d'entreprendre un atelier de résolution des problèmes-cum-formation similaire, qui a bien réussi en Tunisie ainsi que dans 5 autres pays: l'Approche d'Equipe dans la Résolution des Problèmes (AERP). Nous sommes d'accord avec le personnel de l'INAS et avec le conseiller de l'OMS que l'AERP et le RSS pourrait servir de véhicules importantes de promotion de décentralisation des services de santé au Maroc.

Le potentiel d'une approche intégrée au développement des capacités locales dans les services de santé, utilisant le RSS à un haut niveau et l'AERP à un niveau bas, est adressé dans le document de briefing, préparé pour l'équipe de programmation USAID. (Voir *Reinforcing Operational Management Capacity in the Health Services at the Local Level in Morocco* ci-joint en annexe VII).

11. CONCLUSIONS

1. Le cycle d'ateliers sur la recherche en systèmes de santé a bien réussi à réaliser les objectifs établis par les quatre équipes.

Le RSS a été bien soutenu par le Directeur et le personnel de l'INAS. Chaque équipe a fait de grand et évident progrès dans sa capacité de conceptualiser son sujet de recherche, et de recueillir et analyser des données. Chaque équipe a produit un rapport estimable et utile, contenant de conclusions et recommandations raisonnablement soutenues pour l'amélioration du problème ciblé. Dans la partie Recommandations, citées ci-dessous, se trouvent des projets de suivi potentiels pour chaque équipe, émanant directement des résultats de leurs efforts de recherche.

2. La participation de la part du personnel de l'INAS tout au long de l'atelier, et pendant les visites sur le terrain intermédiaires, était pour eux une expérience de formation utile sur la façon dont on guide des chercheurs novices, enseigne les capacités de recherche, et juge et suggère de corrections aux protocoles de recherche, des analyses et des rapports. Néanmoins, il faut souligner que les capacités de formation requises pour mener un atelier comme ceci, de type expérientielle, ne sont pas les mêmes que ceux qui sont requis pour l'enseignement didactique de tous les jours. Par conséquent, nous recommandons une continuation d'assistance externe, non seulement pour le support général du cycle subséquent, mais aussi pour former le personnel de l'INAS dans l'enseignement de type expérientiel et qui utilise d'exemples spécifiques, pour chaque module et session.
3. L'utilisation active par les trois équipes originelles du logiciel Epi Info et des ordinateurs INAS et Provinciaux pour la saisie, analyse et nettoyage de leurs données a dépassée de loin nos attentes. L'informatisation de données a permis aux équipes d'analyser le rapport entre des variables dans une mesure qui dépassait ce qu'il a témoigné dans autres ateliers. Pour la plupart, cet accomplissement était possible grâce à l'INAS. Cela nous a montré l'insuffisance de notre introduction à l'utilisation des micro-ordinateurs au premier atelier. Aussi cela nous a montré la manque d'un module sur l'utilisation des micro-ordinateurs et du logiciel Epi Info dans les manuels RSS.

4. La présence à la séminaire régionale de l'OMS du Dr. Bhir, qui a travaillé avec Dr. Thorne en Tunisie en tant que facilitateur à un atelier AERP, ainsi que la disponibilité des rapports de cet atelier-là en français, nous a fourni l'opportunité d'en discuter avec Dr. Belouali et comparer les dynamiques, objectifs et les réussites du cycle Recherche en Systèmes de Santé par comparaison avec ceux du processus Approche d'Equipe dans la Résolution des Problèmes. Tous les deux paraissent des façons pratiques, axées aux différents niveaux, de développer davantage la capacité au pays même, de diriger la recherche opérationnelle et le système de santé primaire au Maroc.
5. Dr. Belouali a relevé la question suivante: Comment vont les membres d'équipes RSS retenir toutes les capacités de recherche qu'ils ont acquises? On présente de réponses potentielles ci-dessous à la section Recommandations.

12. RECOMMANDATIONS

1. Puisque le RSS a bien réussi dans la formation simultanée d'équipes centrales et régionales, on pourrait l'utiliser davantage afin de développer environ une douzaine d'équipes de chercheurs en systèmes opérationnels de santé et d'équipes du niveau Régional/Provincial, par trois cycles supplémentaires pendant les quatre années à venir. Etant donné que ce type d'atelier exige une participation de haut niveau et tellement intensive de la part des participants, il vaudrait peut-être mieux de les tenir seulement une fois par an. Dans les prochains cycles le personnel de l'INAS devrait jouer un rôle progressivement plus actif dans la présentation des modules et en menant la session, sous la surveillance générale de facilitateurs expérimentés.
2. On devrait modifier les nouveaux ateliers RSS au Maroc, dans la façon suivante:
 - Il faut ajouter 2 à 3 jours de sessions sur l'utilisation du logiciel Epi Info sur les ordinateurs disponibles; ajouter 2 jours d'instruction en ordinateurs/logiciel pendant le premier atelier et un jour pendant le deuxième. Il faut faire répéter par les participants la plupart des manipulations manuelles de données et de variables, en utilisant des exercices pratiques de l'Epi Info, y compris le programme de CONTROLE. Ceci préparera les participants au niveau élevé de manipulation de données qui s'est démontré possible au Maroc.
 - On devrait développer un module supplémentaire qui serait complémentaire aux manuels RSS et qui illustrera comment utiliser le logiciel Epi Info afin de remplir les variables étapes de base de préparation, manipulation et analyse de données qui sont, actuellement expliquées en termes de manipulations manuelles.

- Une "Data Display," qui fonctionne bien, devrait être considérée comme équipement de base pour enseigner la préparation de données et l'analyse par micro-ordinateur, devrait être disponible tout au long du cours.

3. L'approche d'Equipe pour la solution des Problèmes au Niveau du District, qui s'est montrée une méthode efficace et fiable d'obtenir d'améliorations conçues, exécutées et évaluées localement dans les services de santé dans six pays en voie de développement, devrait être essayée au Maroc. Quatre équipes à la fois, peut être au niveau de SIAPP ou la Circonscription Sanitaire, devraient entreprendre le processus très structuré, et qui aurait une durée d'une année, d'analyser un problème prioritaire de santé ou de population, ensuite de développer une solution qui n'entraînera pas de budget supplémentaire. Chaque équipe expose en détail sa solution dans un document produit à la fin de deux ateliers d'une semaine. Elle présente son document et son plan aux responsables de haut niveau à la Ministère de la Santé. Les segments d'une semaine de l'atelier en Planning, sont séparés par une période de collecte de données qui puisse durer seulement un week-end ou bien si long que plusieurs mois. L'exécution prend une année. Ensuite elle revient à un atelier de trois jours afin de présenter aux représentants de la Ministère de Santé, encore une fois, mais cette fois-ci il s'agit d'une évaluation de tout son effort annuel. On pourrait tenir plusieurs ateliers de ce type par an. AERP est un véhicule idéale de collaboration entre le personnel de service et le personnel d'institution de formation et de service. Les équipes RSS, pourraient éventuellement, fournir de consultation technique de base à l'AERP, à l'égard des défis en recherche, comme par exemple le dessein de questionnaires.
4. Eventuellement la deuxième semaine de l'atelier AERP -*Inventer et Opérationnaliser une Solution au Problème Santé/Population* - pourrait utiliser pour les méthodes de programmation les équipes RSS, dès qu'ils soient prêtes à développer un projet de recherche action, afin de réaliser des améliorations dans les problèmes qu'ils ont recherchés.
5. Il faut encourager et suivre de près les activités de suivi suggérées par chaque équipe.