

Université de Montréal

**Délégation de tâches en santé :**  
***Recherche évaluative sur le recours aux Agents de Santé  
Communautaire Polyvalent (ASCP) dans les soins de santé  
primaire en Haïti***

*Par*  
COULIBALY Gneninfo Lazar

Département de Gestion, Évaluation et Politique de Santé  
*École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM)*

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en  
Santé Publique  
Option : Analyse des politiques et systèmes de santé

Décembre 2022  
© COULIBALY Gneninfo Lazar, 2022

*Cette thèse intitulée*

**Délégation de tâches en santé :**  
***Recherche évaluative sur le recours aux Agents de Santé  
Communautaire Polyvalent (ASCP) dans les soins de santé  
primaire en Haïti***

*Présenté par*  
COULIBALY Gneninfo Lazar

*A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes*

**Carl Ardy Dubois**  
Président-rapporteur

**Lambert Farand**  
Directeur de recherche

**François Champagne**  
Codirecteur

**Claude Sicotte**  
Membre du jury

**Hélène Laperrière**  
Examinatrice externe

## Résumé

Dans de nombreux pays à travers le monde, la délégation de tâches fait partie des stratégies couramment utilisées pour optimiser la performance des organisations de santé. En Haïti, le recours aux Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) dans l'offre des soins de santé primaire en est une application de cette stratégie. L'objectif principal visé par celle-ci est de réduire les pénuries de ressources humaines de la santé et d'améliorer la couverture sanitaire universelle. Afin de contribuer à l'atteinte de cet objectif et à l'avancement des connaissances sur la délégation des tâches aux ASCP, cette thèse aborde des questions de recherche peu étudiées, pourtant essentielles à la compréhension et à l'implantation réussie de cette intervention. Ces questions concernent le fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP, dont les mécanismes à travers lesquels cette intervention parvient à produire des effets positifs sur la performance des organisations de santé. Cette thèse de doctorat évalue également le bien-fondé de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, son niveau d'implantation dans le département sanitaire du nord d'Haïti et les facteurs contextuels qui facilitent ou entravent l'implantation de cette intervention dans ce département.

La méthodologie utilisée à cet effet combine trois approches complémentaires. La première est la synthèse réaliste de Pawson et al. (2005). Celle-ci a été choisie pour son potentiel à offrir une compréhension approfondie du fonctionnement des interventions complexes. La seconde approche méthodologique utilisée se rapporte à l'évaluation du bien-fondé de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Plus spécifiquement, il s'agit d'une analyse logique. Ce type d'analyse permet d'évaluer d'une part la plausibilité des hypothèses sur lesquelles reposent les interventions, et d'autre part, de déterminer l'adéquation des ressources et processus de celles-ci au regard des objectifs visés. Enfin, la troisième approche méthodologique mise en œuvre est une analyse de l'implantation. Cette dernière étudie la façon dont les interventions interagissent avec leur contexte d'implantation, y compris les facteurs contextuels qui déterminent leurs niveaux d'implantation. Pour la mener à bien, tout comme pour réaliser la synthèse réaliste et l'analyse logique de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, des données ont été collectées et analysées. Celles-ci proviennent essentiellement d'une recension des écrits sur la délégation des tâches aux

ASCP, de l'examen des documents relatifs à la conception et l'implantation de cette intervention en Haïti et d'entrevues non dirigées réalisées auprès de 35 intervenants dans ce pays.

Ce faisant, plusieurs résultats intéressants ont été obtenus. Ils apportent une contribution nouvelle à l'amélioration des connaissances sur la délégation des tâches aux ASCP. Les résultats obtenus peuvent être également utilisés pour favoriser l'implantation réussie de cette intervention en Haïti et éventuellement dans d'autres contextes. Ils incluent notamment une théorie de moyenne portée qui explique le fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP, ainsi que des preuves à l'appui de la plausibilité ou de la validité du modèle logique qui sous-tend l'implantation de cette intervention en Haïti. Les résultats obtenus mettent aussi en lumière plusieurs déficiences dans la conception ou planification de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti qui peuvent être corrigées pour accroître les chances d'atteindre les objectifs visés. Parmi celles-ci, il y a l'insuffisance des ressources (financières, matérielles et humaines) planifiées ou engagées et des manquements dans la sélection des ASCP. Par ailleurs, des avancées notables ont été observées dans l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le département sanitaire du nord d'Haïti. De plus, cette thèse de doctorat révèle plusieurs facteurs contextuels entravant ou facilitant la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP dans ce département. Ceux-ci sont en lien avec la planification et le suivi de l'implantation de l'intervention, le contexte institutionnel, l'environnement politique et autres.

En somme, cette thèse apporte une contribution à la compréhension du fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP et à la façon dont cette intervention améliore la performance des organisations de santé. Elle suggère également des pistes de recherche pour l'avancement des connaissances dans ce domaine, ainsi que des voies d'améliorations pour favoriser l'atteinte des objectifs visés par la délégation des tâches aux ASCP en Haïti ou ailleurs.

***Mots-clés :*** *Agent de santé communautaire polyvalent, délégation de tâches, Haïti*

## **Abstract**

In many countries around the world, delegation of tasks is one of the commonly used strategies to optimize the performance of healthcare organizations. In Haiti, the use of Polyvalent Community Health Agents (ASCP) in the provision of primary health care is an application of this strategy. Its main objective is to reduce shortages of health human resources and improve universal health coverage. In order to contribute to the achievement of this objective and to the advancement of knowledge on the delegation of tasks to ASCPs, This thesis addresses understudied research questions, yet essential to the understanding and successful implementation of this intervention. These questions concern the functioning of the delegation of tasks to the ASCPs, including the mechanisms through which this intervention succeeds in producing positive effects on the performance of the organizations. This doctoral thesis also assesses the well-founded of the implementation of the delegation of tasks to the ASCPs in Haïti, its level of implementation in the northern health department of Haïti and the contextual factors that facilitate or hinder the implementation of this intervention in this department.

The methodology used for this purpose combines three complementary approaches. The first one is the realistic synthesis of Pawson et al. (2005). This was chosen for its potential to provide an in-depth understanding of how complex interventions work. The second methodological approach used relates to the assessment of the well-founded of implementing the delegation of tasks to the ASCPs in Haïti. More specifically, it is a logical analysis. This type of analysis allows to evaluate, on the one hand, the plausibility of the hypotheses on which the interventions are based, and, on the other hand, to determine the adequacy of the resources and processes of these regarding the objectives targeted. Finally, the third methodological approach implemented is an analysis of the implementation. This approach studies how interventions interact with their implementation context, including the contextual factors that determine their levels of implementation. To carry it out, as well as to carry out the realistic synthesis and the logical analysis of the delegation of tasks to the ASCPs in Haïti, data was collected and analyzed. These come mainly from a review of the literature on the delegation of tasks to the ASCPs, an examination of the documents relating to the design and implementation of this intervention in Haiti and unstructured interviews conducted with 35 stakeholders in this country.

In doing so, several interesting results were obtained. They bring a new contribution to improving knowledge about delegation of tasks to ASCPs. The results obtained can also be used to support the successful implementation of this intervention in Haiti and possibly in other contexts. They include a middle range theory that explains how delegation of tasks to ASCPs works, as well as evidences supporting the plausibility or validity of the logic model underlying the implementation of this intervention in Haiti. The results obtained also highlight several shortcomings in the design or planning of the delegation of tasks to ASCPs in Haiti that can be corrected to increase the chances of achieving the intended objectives. Among these are the lack of resources (financial, material, and human) planned or committed and the shortcomings in the selection of ASCPs. In addition, notable progress has been observed in the implementation of the delegation of tasks to the ASCPs in northern health department of Haïti. This doctoral thesis reveals also several contextual factors hindering or facilitating the implementation of the delegation of tasks to the ASCPs of this department. These relate to the planning and monitoring of the implementation of the intervention, the institutional context, the political environment, and others.

In sum, this thesis contributes to the understanding of how delegation of tasks to ASCPs works and how this intervention improves performance for healthcare organizations. It also suggests avenues of research for the advancement of knowledge in this field and recommends some improvement pathways to foster the achievement of the objectives targeted by the delegation of tasks to ASCPs in Haïti or elsewhere.

***Keywords:*** *delegation of tasks, Community Health Workers, Haïti*

# Table des matières

<b>Résumé</b>	<b>3</b>
<b>Abstract</b>	<b>5</b>
<b>Table des matières</b>	<b>7</b>
<b>Liste des tableaux</b>	<b>11</b>
<b>Liste des figures</b>	<b>12</b>
<b>Liste des sigles et abréviations</b>	<b>13</b>
<b>Dédicace</b>	<b>14</b>
<b>Remerciements</b>	<b>15</b>
<b>Introduction générale</b>	<b>17</b>
<b>Chapitre I –Présentation du contexte de l'étude</b>	<b>21</b>
<b>I.1/ Situation géographique et démographique</b>	<b>21</b>
<b>I.2/ Situation politique et socio-économique</b>	<b>22</b>
<b>I.3/ Situation sanitaire</b>	<b>23</b>
<b>I.4/ Système de santé</b>	<b>24</b>
<b>I.5/ La délégation des tâches aux ASCP</b>	<b>26</b>
<b>Chapitre II –État des connaissances</b>	<b>29</b>
<b>II.1/ Le concept de délégation des tâches</b>	<b>29</b>
<b>II.2/ Les Agents de Santé Communautaire (ASC)</b>	<b>33</b>
II.2.1/ Principaux objectifs de la délégation des tâches aux ASC	34
II.2.2/ Structure des interventions de délégation de tâches aux ASC	34
II.2.3/ Processus d'implantation de la délégation des tâches aux ASC	35
II.2.4/ Effets de la délégation aux ASC	36
<b>II.3/ Analyse logique des interventions</b>	<b>38</b>
<b>II.4/ Analyse de l'implantation des interventions</b>	<b>39</b>
<b>Chapitre III – Questions de recherche et méthodologie</b>	<b>44</b>
<b>III.1/ Questions de recherche</b>	<b>44</b>
<b>III.2/ Méthodologie de recherche</b>	<b>45</b>
III.2.1/ Modélisation de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti	46
III.2.2/ Synthèse réaliste sur la délégation de tâches aux ASCP	47
III.2.3/ L'analyse logique de la délégation de tâches ASCP en Haïti	51
III.2.4/ Analyse de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP	52

III.2.4.1/ Évaluation du niveau de mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP _____	54
III.2.4.2/ Facteurs contextuels influençant l’implantation de la délégation des tâches aux ASCP _____	58
III.2.5/ Qualité de la recherche _____	61
III.2.6/ Considérations éthiques _____	62
<b>Chapitre IV – Résultats   Article 1 : Délégation de tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) : une synthèse réaliste _____</b>	<b>65</b>
<b>Résumé _____</b>	<b>65</b>
<b>Contexte et justification _____</b>	<b>67</b>
<b>Méthodes _____</b>	<b>69</b>
Étape 1 : Clarification de la portée de la synthèse réaliste. _____	70
Examen de la documentation relative à la délégation des tâches aux ASCP en Haïti _____	71
Entrevues avec des personnes-ressources _____	71
Revue de la littérature _____	73
Étape 2 et 3 : Recherche et évaluation des preuves _____	76
Étape 4 : Extraction des données _____	79
Étape 5 : Synthèse des preuves _____	83
<b>Résultats _____</b>	<b>90</b>
Contexte d’implantation de la délégation des tâches aux ASCP _____	90
Les processus _____	90
Sélection des ASCP _____	90
Formation des ASCP _____	92
Supervision des ASCP _____	92
Fourniture de matériels et équipements de travail _____	93
Conditions de travail des ASCP _____	94
Contexte interne des organisations de santé _____	94
Environnement externe _____	95
Mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP identifiés _____	97
Mécanisme # 1 : le renforcement des compétences des ASCP _____	97
Mécanisme # 2 : la motivation au travail _____	99
Mécanisme # 3 : le pouvoir d’agir des ASCP _____	101
Effets de la délégation de tâches aux ASCP _____	104
Augmentation de la production des services de santé _____	104
Amélioration de la qualité des services de santé _____	105
Acceptabilité des services de santé _____	105
Accessibilité aux services de santé _____	105
Globalité des soins de santé _____	107
Continuité des services et soins de santé _____	107



Efficacité et efficience des soins et services de santé _____	108
<b>Discussion</b> _____	<b>109</b>
<b>Conclusion</b> _____	<b>115</b>
<b>Références bibliographiques de l'article 1</b> _____	<b>116</b>
<b>Chapitre V – Résultats   Article 2 : Analyse logique de la délégation de tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) en Haïti</b> _____	<b>145</b>
<b>Résumé</b> _____	<b>145</b>
<b>Contexte et justification</b> _____	<b>147</b>
<b>Méthodes</b> _____	<b>149</b>
Étape 1 : construction du modèle logique de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti _____	149
Étape 2 : Cadre conceptuel _____	154
Étape 3 : Évaluation du bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti _____	155
<b>Résultats</b> _____	<b>155</b>
Plausibilité des hypothèses _____	155
Validité du modèle opérationnel de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti _____	159
Les points forts _____	159
Les points faibles _____	160
<b>Discussion</b> _____	<b>162</b>
<b>Conclusion et recommandations</b> _____	<b>164</b>
<b>Références bibliographiques de l'article 2</b> _____	<b>166</b>
<b>Chapitre VI – Résultats   Article 3 : Analyse de l'implantation de la délégation des tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) dans le département sanitaire du nord d'Haïti</b> _____	<b>182</b>
<b>Résumé</b> _____	<b>182</b>
<b>Contexte</b> _____	<b>184</b>
<b>Méthodes</b> _____	<b>187</b>
<b>Modèle logique de la délégation des tâches aux ASCP</b> _____	<b>194</b>
<b>Résultats</b> _____	<b>196</b>
Niveau d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN _____	196
Sélection et formation des ASCP _____	196
Embauche et mise en activité des ASCP _____	198
Dotation en matériel de travail et intrants des ASCP _____	199
Collecte et analyse des données sur les réalisations des ASCP _____	202
Mise en place des Équipes de Santé Familiale (ESF) _____	204
Facteurs contextuels influençant l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP _____	204
Planification et le suivi de l'implantation de l'intervention _____	204

L'environnement institutionnel _____	206
Les facteurs politiques _____	206
Les caractéristiques structurelles des organisations _____	209
L'environnement externe de l'organisation _____	210
<b>Discussion</b> _____	<b>212</b>
<b>Conclusion</b> _____	<b>217</b>
<b>Références bibliographiques de l'article 3</b> _____	<b>218</b>
<b>Chapitre VII - Discussion générale et conclusion</b> _____	<b>230</b>
<b>Contributions de la thèse</b> _____	<b>231</b>
<b>Limites</b> _____	<b>235</b>
<b>Implications de la thèse</b> _____	<b>235</b>
<b>Conclusion</b> _____	<b>240</b>
<b>Références bibliographiques de la thèse</b> _____	<b>241</b>
<b>Annexes</b> _____	<b>281</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Personnes-ressources rencontrées au sein du système de santé d’Haïti -----	47
Tableau 2 : Indicateurs d’évaluation du niveau d’implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN d’Haïti-----	56
Tableau 3: Personnes-ressources rencontrées-----	72
Tableau 4 : Modèles liant les pratiques de gestion des ressources humaines à la performance des organisations ----	74
Tableau 5 : Résumés des perspectives théoriques concernant le changement organisationnel (Champagne, 2002)--	81
Tableau 6: Configurations Contexte-Mécanismes-Effets -----	85
Tableau 7 : Sélection des ASCP selon les pays-----	91
Tableau 8 : Aperçu des nombre d’ASCP par pays -----	102
Tableau 9: Caractéristiques des études incluses -----	138
Tableau 10 : Personnes-ressources rencontrées au sein du système de santé d’Haïti-----	150
Tableau 11 : Caractéristiques des études primaires formant le cadre conceptuel de l’analyse logique -----	176
Tableau 12 : Participants aux entrevues -----	191
Tableau 13 : Résultats des activités de formation des ASCP dans le DSN -----	198
Tableau 14: Distribution des ASCP par commune du département-----	199
Tableau 15 : Indicateurs d’évaluation du niveau d’implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN d’Haïti-----	225
Tableau 16 : Résumés des perspectives théoriques concernant le changement organisationnel (Champagne, 2002) -----	227

## Liste des figures

Figure 1 : Carte des départements d'Haïti .....	22
Figure 2 : Organisation du système de santé d'Haïti .....	25
Figure 3: Différentes formes de délégation de taches.....	30
Figure 4 : Liens et complémentarité entre les différentes approches méthodologiques utilisées.....	45
Figure 5 : Esquisse de la théorie de la délégation de tâches aux ASCP.....	76
Figure 6 : Diagramme PRISMA de sélection des documents.....	79
Figure 7 : Théorie de moyenne portée de la délégation de tâches aux ASCP.....	111
Figure 8 : Modèle logique théorique de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti .....	153
Figure 9 : Modèle logique théorique de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti .....	195

## Liste des sigles et abréviations

ACOSME : Appui au Continuum de Services Mère-Enfant  
AIP : Auxiliaires Infirmier(e)s Polyvalents  
ASC : Agents de Santé Communautaire  
ASCP : Agents de Santé Communautaire Polyvalents  
CCS : Centres Communautaires de Santé  
CDC: Centers for Disease Control and Prevention  
CECI : Centre d'Étude et de Coopération Internationale  
CERSES : Comité d'Éthique de la Recherche en Sciences Et en Santé  
CNB : Comité National de Bioéthique  
DSN : Département Sanitaire du Nord  
EMMUS : Enquête, Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services  
ESF : Équipes de Santé Familiale  
ESPUM : École de Santé Publique de l'Université de Montréal  
IEC : Information, Éducation et Communication  
IHE : Institut Haïtien de l'Enfance  
IS : Institutions Sanitaires  
MSPP : ministère de la Santé Publique et de la Population  
ONG : Organisation Non Gouvernementale  
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise  
SISNU : Système d'Information Sanitaire National Unique  
USI : Unité de Santé Internationale  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine  
WHO : World Health Organization

## Dédicace

*À la mémoire de mon défunt père COULIBALY Sosson,*

*À ma mère, SORO T. Fatoumata,*

*À ma fiancée Ayélé, mes enfants Ilyana, Kayla, Ivann et à toute ma famille,*

*À toutes les personnes qui se battent pour la santé des  
populations en Haïti et partout dans le monde,*

*Cette thèse vous est dédiée.*

## Remerciements

Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans les contributions de nombreuses personnes qui m'ont inspiré, encouragé, soutenu, encadré et accompagné tout au long de ces dernières années. Parmi ces personnes, il y a tout d'abord mes Directeurs de thèse, les Professeurs Lambert Farand et François Champagne. Chers Professeurs, les mots ne seront jamais suffisants pour vous exprimer toute ma gratitude et reconnaissance pour votre confiance, votre disponibilité sans failles, votre aide et votre encadrement. Vous avez été toujours là pour me soutenir, m'encourager, m'orienter et me conseiller. Vos commentaires et suggestions ont grandement contribué à l'amélioration de cette thèse. Merci infiniment !

Mes pensées vont aussi à l'endroit des Professeurs de l'école de santé publique de l'Université de Montréal, notamment à ceux du Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé. Je suis reconnaissant pour les connaissances et compétences acquises auprès de vous lors des cours et séminaires de doctorat auxquels j'ai participé. Vos enseignements ont été précieux tout au long de ce projet, notamment lors de l'élaboration du protocole de recherche, de la collecte et analyse des données, de la rédaction des articles et du manuscrit de thèse.

Ma gratitude va également à l'endroit de l'Unité de Santé Internationale (USI) de l'Université de Montréal et de son projet ACOSME (Appui au Continuum de Services Mère-Enfant) qui m'a offert un appui financier, logistique, administratif en Haïti. Sans cet appui, il aurait été difficile de mener à bien cette thèse de doctorat. En Haïti, j'ai aussi bénéficié de l'aide de la Direction sanitaire du nord d'Haïti. Que le premier Responsable de cette Direction et les personnes qui y travaillent qui m'ont accueilli, soutenu ou assisté ou encore qui ont fourni des données et formulé des commentaires et rétroactions, trouvent ici l'expression de ma gratitude et reconnaissance.

Je suis également reconnaissant envers tous mes amie(s) et collègues à l'Université de Montréal et au CERDA (Centre d'Expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des Réfugiés et des Demandeurs d'Asile) à Montréal pour leur soutien. Je me souviendrai toujours de vos contributions inestimables à l'aboutissement de cette thèse de doctorat.

Enfin, je ne saurais passer sous silence ma famille, en particulier mes parents, ma fiancée, mes sœurs, mes frères et mes enfants. Que cette thèse soit pour chacun un motif de satisfaction, une consolation pour tous les sacrifices consentis, un symbole de mon profond amour pour chacun d'entre eux et une preuve probante qu'avec une bonne dose de foi et de détermination, il est possible de réaliser ses rêves, même les plus audacieux ou incroyables.

Bien entendu, cette liste de remerciement n'est pas exhaustive et je ne veux oublier personne.  
Merci à toutes et à tous !

Gneninfole Lazar COULIBALY



## Introduction générale

Depuis quelques années, la délégation des tâches enregistre un regain d'intérêt sans cesse grandissant dans les organisations de santé. Cette pratique de gestion des ressources humaines est régulièrement préconisée ou utilisée pour faire face à des problèmes de pénuries de prestataires de soins et pour améliorer la couverture sanitaire des populations (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020; Orkin et al., 2021; World Health Organization [WHO], 2008; WHO, 2013a, 2013c). La délégation des tâches en santé renvoie aux situations où certaines tâches traditionnellement exécutées par un agent de santé sont transférées à un autre ayant généralement un niveau de formation ou de grade inférieur, ou à une personne spécialement formée à cet effet (Joshi et al., 2014). Parmi les raisons justifiant le recours à cette approche de gestion des ressources humaines en santé, il y a le fait qu'elle peut être utilisée pour permettre à des praticiens hautement qualifiés et coûteux de consacrer plus de temps aux interventions qu'eux seuls peuvent effectuer et de se retirer des activités qui peuvent être exécutées avec compétence par d'autres praticiens moins qualifiés et à moindre coût (Dubois et Singh, 2009). Par exemple, lorsque les médecins sont en nombre insuffisant, des infirmier(e)s ou sage-femmes peuvent être formés et déployés pour prescrire et dispenser les antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (O'Malley et al., 2014; WHO, 2007, 2013c). De même, des Agents de Santé Communautaire (ASC) peuvent être utilisés pour offrir une vaste gamme de services de soins de santé primaires, libérant ainsi le temps d'infirmier(e)s qualifié(e)s ou de professionnels de la santé, qui pourraient ainsi se consacrer à des cas plus complexes ou à des activités plus techniques qui exigent des compétences professionnelles et/ou de l'expertise (WHO, 2013c, 2008).

En Haïti, comme dans de nombreux pays à travers le monde, la délégation des tâches fait partie de la stratégie du Ministère de la Santé Publique et de la Population pour assurer la couverture en services et soins de santé à l'ensemble de la population (Ministère de la Santé Publique et de la Population [MSPP], 2017). À la suite du séisme de 2010, le MSPP a entrepris la mise en œuvre d'un nouveau modèle de soins de santé communautaire en vue de favoriser les progrès vers la couverture sanitaire universelle (MSPP et Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017). Ce modèle repose sur la délégation de tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP). Il supprime progressivement les postes préexistants d'Agents de Santé Communautaire

(ASC) monovalents, c'est-à-dire spécialisés dans un domaine prioritaire de la santé (VIH/Sida, Paludisme, Planification Familiale, etc.) et les remplacent par les ASCP (MSPP, 2017b). Les ASCP sont des nouveaux acteurs sur la scène des services de santé en Haïti. Ce sont des aides-soignants communautaires recrutés et formés pour assister ou décharger les professionnels de la santé (médecins, sages-femmes et infirmier(e)s) de certaines tâches d'éducation, de promotion de la santé, d'orientation et d'accompagnement vers les services de santé (MSPP, 2013b). En 2017, leur nombre était de 3036 dans le pays, soit 46,4 % de l'objectif de 6 550 ASCP visé par le MSPP (MSPP, 2017b).

Alors que la délégation de tâches aux ASCP est en cours d'expansion dans le pays, le manque d'études portant sur l'implantation de cette intervention est potentiellement problématique. Seulement deux études abordant des questions spécifiques relatives aux ASCP ont été repérées dans la littérature. La première est l'étude pilote du nouveau modèle d'organisation des services de santé communautaire en Haïti (MSPP et Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017). Cette étude a été réalisée dans la commune de Carrefour, située à proximité de Port-au-Prince, la capitale du pays. Elle soutient que les ASCP apportent une contribution significative dans l'offre et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile (vaccination, consultations pédiatriques, consultations prénatales, accouchement, contraception, etc.). La deuxième étude est une évaluation récente de la performance des agents de santé communautaire en Haïti (Projet Frontline Health et Zanmi Lasante, 2021). Elle révèle que les ASCP sont des membres de confiance des communautés qui facilitent l'accès de celles-ci aux services de soins de santé primaires, à travers notamment l'identification et les références de patients ou malades potentiels vers les institutions de santé. En somme, ces études témoignent de ce que la délégation de tâches aux ASCP est une option potentiellement efficace pour faire face aux déficits de ressources humaines de la santé et produire de meilleurs résultats de santé en Haïti. Mais, il reste à savoir comment l'implantation de cette intervention parvient à obtenir les effets attendus. De plus, aucune étude portant sur les facteurs contextuels susceptibles de faciliter ou d'entraver la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti n'a été repérée dans la littérature. Selon plusieurs auteurs, ces lacunes observées dans la littérature peuvent porter préjudice à la pratique en santé publique fondée sur les données probantes et à l'atteinte des objectifs poursuivis (Brownson et al., 2009 ; Dixon-Woods et al., 2011 ; Fassier et Durand, 2010 ; Fishbein et al., 2016). En effet, sans une bonne connaissance du

fonctionnement de l'intervention et de la façon dont elle interagit avec son contexte d'implantation, il peut être difficile, voire impossible, de savoir ce qui est nécessaire de faire pour contourner ou surmonter des problèmes ou défis éventuels, pour éviter des échecs d'implantation et assurer la mise en œuvre réussie de l'intervention (Dixon-Woods et al., 2011). Par conséquent, comprendre comment, pourquoi et dans quel contexte fonctionne la délégation des tâches aux ASCP est crucial, voire primordial. Cela est d'autant plus important que des études récentes révèlent des cas d'échecs de délégation des tâches à des agents de santé communautaires (Amouzou, Hazel, et al., 2016 ; Amouzou, Kanyuka, et al., 2016 ; Munos et al., 2016).

Dans cette perspective, cette thèse de doctorat est un travail de recherche évaluative visant à contribuer à l'avancement des connaissances sur la délégation des tâches aux ASCP. Plus concrètement, les objectifs poursuivis se déclinent comme suit :

1. Proposer une théorie explicative du fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP ;
2. Évaluer le bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti ;
3. Identifier les facteurs contextuels qui déterminent le niveau de mise en œuvre de cette intervention.

Ultimement, cette thèse se veut une contribution significative pour la prise de décision et la pratique fondée sur les données probantes en vue d'une meilleure conception et mise en œuvre réussie de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti ou ailleurs. Elle est structurée autour de sept chapitres. Le premier présente le contexte de l'étude. Le deuxième chapitre fait un état des connaissances sur la délégation des tâches en santé, tandis que le troisième porte sur les questions de recherche et la méthodologie utilisée pour atteindre les objectifs visés. Viennent ensuite les chapitres quatre, cinq et six, rédigés sous forme d'articles scientifiques. Ces trois chapitres forment la partie résultats de cette thèse. Le chapitre 4 rapporte les résultats d'une synthèse réaliste sur la délégation des tâches aux ASCP. Le chapitre cinq est consacré à l'évaluation du bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, tandis que le chapitre six rend compte d'une analyse de l'implantation de cette intervention dans le département sanitaire du nord d'Haïti. Enfin, le

septième et dernier chapitre effectue une discussion générale des résultats obtenus et s'achève par une conclusion récapitulative et prospective.

## **Chapitre I –Présentation du contexte de l'étude**

Effectuer une recherche sur la délégation des tâches aux ASCP et, notamment sur les facteurs contextuels susceptibles d'influencer son implantation, c'est reconnaître d'emblée l'imbrication de cette intervention à la réalité du contexte dans lequel elle est mise en œuvre. Par conséquent, il importe avant tout de se faire une idée de ce contexte. C'est l'objectif visé par ce chapitre. Il renseigne succinctement sur la situation géographique et démographique de la république d'Haïti, le contexte socio-économique et politique, la culture et la situation sanitaire du pays, ainsi que sur la délégation des tâches aux ASCP.

### **I.1/ Situation géographique et démographique**

Avec une superficie totale estimée à 27 750 km<sup>2</sup>, la République d'Haïti occupe le tiers occidental de l'île d'Hispaniola. Elle est entourée à l'Ouest par Cuba et la Jamaïque, à l'Est par la République Dominicaine et au nord et au sud par l'Atlantique et la mer des Caraïbes (Institut Haïtien de l'Enfance [IHE] et Inner City Fund [ICF], 2018). Du point de vue topographique, la plus grande partie, près de trois quarts de son étendue, est montagneuse. On y parle surtout le créole (première langue), mais aussi le français (40 % de la population) (Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique [IHSI], 2015).

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 10 départements (figure 1), 42 arrondissements, 140 communes, 64 quartiers et 570 sections communales. Selon les estimations de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, la population totale du pays était de 11 743 017 habitants en 2020, dont 50,4 % de sexe féminin (IHSI, 2020). Plus de la moitié de la population (55,7 %) vit en milieu urbain. Les jeunes de moins de 25 ans sont les plus nombreux. L'âge médian de la population Haïtienne est de 23 ans et les moins de 15 ans représentent 35,9 % de la population totale (IHE et ICF, 2018).



Figure 1 : Carte des départements d'Haïti

Source : Wikimedia Commons (2009)

## I.2/ Situation politique et socio-économique

Confrontée régulièrement à des crises politiques et à des tremblements de terre dévastateurs, l'économie du pays est précaire. Haïti se classe 163<sup>e</sup> sur 187 pays selon l'indice de développement humain (MSPP, 2017b). D'après la Banque mondiale, la pauvreté s'élève à environ 59 % de la population et 24 % de la population vit dans l'extrême pauvreté en 2012, de sorte que près de 6,3 millions d'Haïtiens ne peuvent pas subvenir à leurs besoins de base (World Bank, 2017). De plus, le taux de chômage en Haïti est estimé à 30,1 %, soit l'un des plus élevés de la région Amérique latine et Caraïbes (World Bank, 2017).

### **I.3/ Situation sanitaire**

Au cours des dernières années, des avancées notables en matière de santé de la population ont été réalisées en Haïti. Selon un rapport de la Banque mondiale, le taux de mortalité maternelle en Haïti a chuté de 46 % entre 1990 et 2015, tandis que les taux de mortalité infantile et de mortalité des moins de cinq ans, eux, ont diminué de 48 % et 52 %, respectivement (World Bank, 2017). Chez les femmes de 15-49 ans en union, la prévalence contraceptive moderne a plus que doublé entre 1994-1995 et 2017, passant de 13 % à 32 % (IHE et ICF, 2018). On note aussi que le taux d'accouchements assisté par le personnel qualifié a augmenté de 38 % en 2012 à 63,8 % en 2016 (MSPP, 2017b). Dans d'autres domaines de la santé, tels que la vaccination, la nutrition des enfants, la lutte contre le VIH/SIDA, la prévention du paludisme, etc., des améliorations ont été également enregistrées au cours de ces dernières années (IHE et ICF, 2018).

Cependant, la situation sanitaire du pays reste préoccupante. La mortalité maternelle et infantile y est classée parmi les plus élevées au monde. D'après les résultats de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017, le taux de décès maternels est de 532 pour 100 000 naissances vivantes ; tandis que le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 81 pour 1000 naissances vivantes (IHE et ICF, 2018). Des besoins non satisfaits en matière de planification familiale existent également. Plus de la moitié (52 %) des femmes vivant en Haïti, sexuellement actives et pas en union, ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (IHE et ICF, 2018). Plusieurs autres indicateurs témoignent de la faiblesse du système de santé d'Haïti et de la gravité de la situation sanitaire qui y prévaut, caractérisée par une morbidité et une mortalité élevée. Ces indicateurs incluent la prévalence élevée de la malnutrition, des diarrhées infantiles, de l'anémie et des maladies infectieuses, telles que le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et les infections respiratoires aiguës et ; les taux élevés (36 %) d'accouchements non assistés par du personnel qualifié (MSPP, 2013b, 2017b; World Bank, 2017). Les principales causes de décès dans le pays sont : les maladies cardio-vasculaires (12 %) ; les infections des voies respiratoires inférieures (8,6 %) ; le VIH/SIDA (8,3 %) ; la cardiopathie ischémique (6,3 %) ; les maladies diarrhéiques (5,1 %) ; le diabète sucré (4,9 %) ; les violences interpersonnelles (3,8 %) ; les complications dues à la naissance prématurée (3,1 %) ; la tuberculose (2,8 %) ; l'asphyxie et le traumatisme à la naissance (2,5 %) (WHO, 2015).

## I.4/ Système de santé

Tel que réformé en 2015 (Figure 2 ci-après), le système de santé d'Haïti est structuré autour de trois niveaux (MSPP, 2013b). Du point de vue administratif, on retrouve au *niveau 1* les Unités d'Arrondissement de Santé (UAS). Elles ont pour mandat d'assurer la dispensation du Paquet Essentiel de Services (PES) et de coordonner le réseau sanitaire de premier niveau (MSPP, 2013b, 2015). Le *niveau 2* revient aux Directions départementales de la santé qui sont chargées d'assurer la supervision et l'appui technique routinier. Le *niveau 3* est central. Il est occupé par les structures du MSPP chargées de la régulation et de l'élaboration de stratégies de développement sanitaire, de normes et de procédures, de contrôle et d'évaluation.

S'agissant spécifiquement du système de soins, il est composé au premier niveau par : des activités communautaires, assurées par les ASCP ; 795 structures de santé de 2<sup>e</sup> échelon, dont des centres communautaires de santé (CCS) et 45 hôpitaux communautaires de référence-HCR (3<sup>e</sup> échelon) (MSPP, 2013b). Le deuxième niveau compte 10 hôpitaux départementaux, tandis que le troisième niveau est occupé par l'hôpital de l'Université d'État d'Haïti et quelques centres spécialisés. Il existe par ailleurs 51 structures de soins qui offrent des services spécialisés ou à un niveau de complexité ne permettant pas de les classer (MSPP, 2012). Au total, on dénombre 908 institutions de santé, dont 31 % sont publiques, 46 % sont privées et 23 % sont mixtes (MSPP, 2012). Le secteur privé lucratif est très important, particulièrement en zone métropolitaine, et peu articulé avec le secteur public (World Bank, 2017).

Par ailleurs, le pays est confronté à une pénurie chronique de ressources humaines de la santé (MSPP, 2017b). La densité de professionnels de la santé (médecins, infirmier(e)s et sages-femmes) y est évaluée à 6,5 pour 10 000 habitants, largement en dessous du seuil minimum nécessaire pour assurer les soins de santé primaires (MSPP, 2013b). Ce seuil est établi par l'OMS à 23 professionnels pour 10 000 habitants (WHO, 2016a). De plus, la répartition du personnel de la santé dans le pays est problématique : 88 % se trouvent en zone urbaine contre seulement 12 % en zone rurale où vit près de la moitié (49 %) de la population (MSPP, 2017b). Parallèlement, seulement 47 % des populations ont accès aux services de santé (MSPP, 2012). Ce faible taux d'accès aux soins de santé est compensé en partie par l'utilisation de la médecine traditionnelle.



La médecine traditionnelle, appelée aussi "Medsin fèy" ou "Medsin Ginen" représente dans 70 % des cas le premier recours de la population pour répondre aux problèmes de santé (MSPP, 2012). Elle est offerte par une variété d'acteurs comprenant des :

- *Matrones ou sage-femmes* traditionnelles qui ont l'habitude de faire des accouchements ;
- *Houngan ou mambo* qui sont des prêtres du vodou, considérés comme des spécialistes en « magie naturelle », qui apportent des solutions de santé ;
- *Docteurs feuilles ou Medsen fèy* désignant tout individu, homme ou femme, qui a l'habitude d'utiliser des feuilles, herbes, plantes et racines médicinales avec parfois d'autres ingrédients et occasionnellement des recettes d'ordre mystique, pour offrir à ses clients des services de traitement de maladies ;
- *Rebouteux* qui sont des personnes reconnues comme habiles dans la réduction des fractures des os longs (Clerisme et al., 2003).

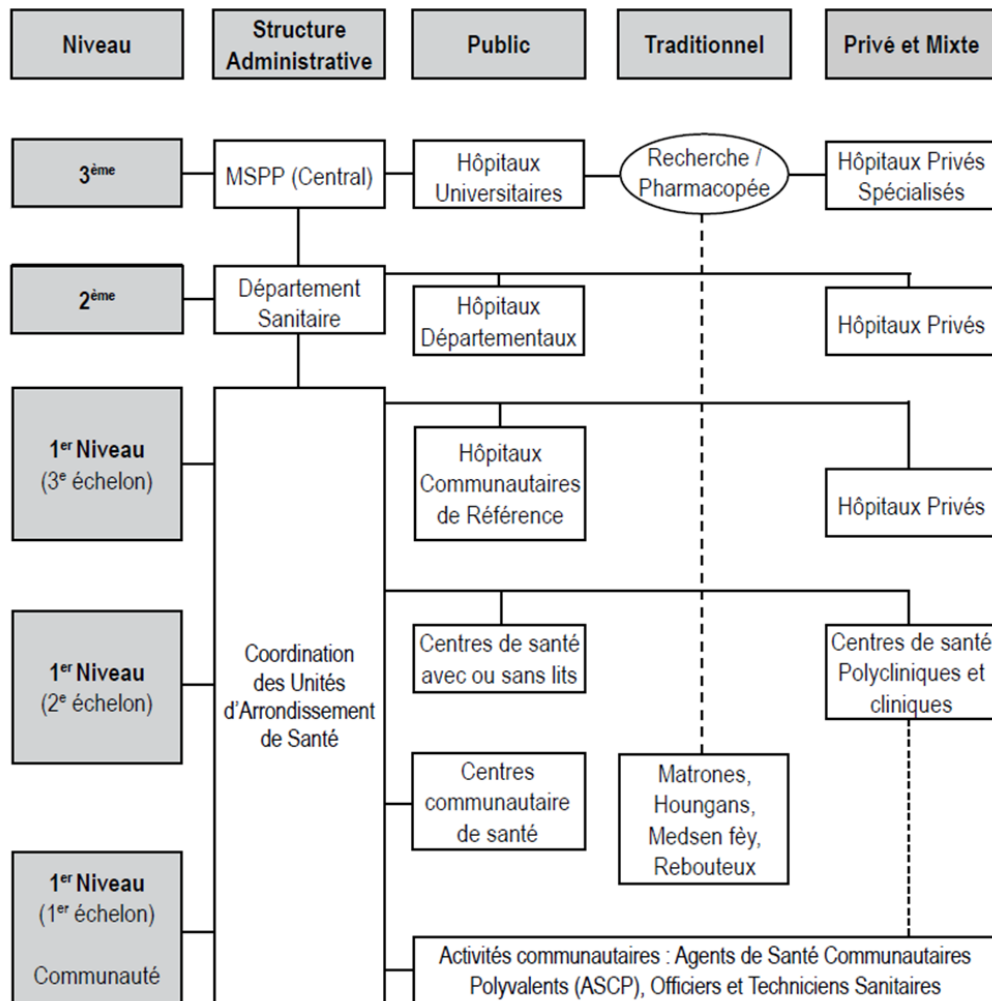


Figure 2 : Organisation du système de santé d'Haïti

Source : Plan Directeur en Santé 2012 -2022 (MSPP,2013)

## **I.5/ La délégation des tâches aux ASCP**

Dans l'organisation du système de santé d'Haïti, les ASCP opèrent en première ligne. Ils servent d'interface avec la communauté. Contrairement aux ASC spécialisés, ils sont polyvalents. Selon les besoins, ils peuvent se voir déléguer ou confier différentes tâches d'éducation sanitaire, de promotion de la santé, d'orientation et d'accompagnement des personnes vers les centres de santé, dans plusieurs domaines prioritaires de la santé, dont : les soins néo-natals, la planification familiale, la tuberculose, la santé infantile, la nutrition, le VIH/SIDA, la santé maternelle et le paludisme (MSPP, 2013b, 2015). Avec les ASCP, le MSPP et ses partenaires espèrent atténuer les problèmes de déficit de prestataires de santé, rendre les services de santé plus accessibles aux personnes et améliorer l'état de santé de la population (MSPP, 2013b, 2015; MSPP et Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017).

*Organisation et gouvernance des ASCP.* L'implantation de la délégation des tâches aux ASCP est gérée principalement à trois niveaux : national, départemental et district/communautaire (Kristen et al., 2016a). Au niveau national, le MSPP fournit les orientations politiques et les normes pour les prestations de services. Au niveau du département, la direction du département de la santé fournit un soutien technique et de gestion de routine dans sa zone de compétence. Elle est responsable de la mise en œuvre des stratégies nationales, y compris celles qui couvrent la santé communautaire. Au niveau des districts et des communautés, l'offre des services de santé est assurée à travers des unités de santé de district et des Équipes de Santé Familiale (ESF). L'unité de santé de district est responsable de la coordination, de la supervision et du suivi de la prestation des services, tandis que l'ESF est responsable de la planification et de la coordination du travail des ASCP dans les communautés. L'ESF comprend des médecins, infirmiers, auxiliaire-infirmières polyvalentes et des ASCP. Elle rend compte à l'unité de santé de district qui la supervise.

*Recrutement et formation des ASCP.* Les critères de sélection des ASCP en vigueur dans le pays sont les suivants : être âgé de 18 à 35 ans ; être résidant dans la commune d'intervention ; avoir un niveau d'éducation équivalent ou supérieur à la 9<sup>e</sup> année fondamentale et ne dépassant pas la 12<sup>e</sup> année ; avoir l'aval de la communauté ; passer un test écrit et une interview (Kristen et al., 2016a).

Une fois sélectionnés, les candidats aux postes d'ASCP doivent suivre et réussir une formation officielle du MSPP. Les coûts inhérents à cette formation sont à la charge du candidat, à moins qu'il ne soit sponsorisé par un partenaire du MSPP (Advancing Partners & Communities, 2014). La formation des ASCP dure 400 heures et il est recommandé de ne pas dépasser 40 candidats par formation (Kristen et al., 2016a). Notons également que la formation inclut un apprentissage technique et pratique et s'articule autour des modules suivants : (i) organisation des Services de Santé, (ii) la Santé aux différentes étapes de la vie, (iii) la prévention et contrôle des maladies les plus courantes et (iv) les actions des ASCP en situation de risque (MSPP, 2017a).

*Équipements et fournitures de travail des ASCP.* Pour mener à bien leurs activités, il est prévu de doter les ASCP de moyens de travail. Ces moyens peuvent varier en fonction de leurs responsabilités et tâches. Il peut s'agir de : kits de pansements, flip chart et flyers pour l'éducation, vaccins, seringues, solutions de réhydratation orale, balances, thermomètres, bottes, imperméables, formulaires de collecte de données, stylos, préservatifs, contraceptifs, fer, acide folique et vitamines (MSPP, 2015, 2017a).

*Rémunérations des ASCP.* Un mémorandum du MSPP qui date de 2017 indique que le salaire mensuel des ASCP est de 12 200 gourdes, soit environ 200 dollars américains. Il s'agit d'un niveau de rémunération relativement élevé et vraisemblablement attrayant pour les demandeurs d'emploi en Haïti, où 54 % de la population vivent avec moins de 1,90 dollar par jour (World Bank, 2017).

*Suivi et évaluation des interventions des ASCP.* Le suivi est assuré par la collecte, l'analyse et le rapportage des données générées par les activités des ASCP. Les outils de collecte et rapportage de données des ASCP comprennent : des formulaires d'enregistrement familial, des feuilles de compilation, des rapports mensuels, des registres pour chaque groupe cible prioritaire et d'autres formulaires de rapport pour les visites à domicile, les réunions communautaires et les rassemblements publics (Kristen et al., 2016a). Ces outils permettent de renseigner des indicateurs relatifs aux personnes cibles des interventions, les problèmes de santé rencontrés par les populations desservies et les activités réalisées (visites à domicile, sensibilisation, références, vaccination, approvisionnements en médicaments, etc.). À la fin de chaque mois, les ASCP sont censés élaborer un rapport mensuel d'activités qu'ils doivent envoyer à leurs superviseurs. À leur

tour, les superviseurs et les autres membres de l'équipe de santé familiale devraient valoriser les données des rapports des ASCP dans leurs propres rapports et les envoient à l'unité de santé du district. Ensuite, il est prévu que ces données soient incorporées dans le Système National d'information sur la Santé (Kristen et al., 2016a). S'agissant de l'évaluation de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti, à proprement parler, aucune publication faisant état d'une telle évaluation n'a été repérée dans la littérature. Du moins, c'est ce qui ressort de nos investigations. Toutefois, le suivi et l'évaluation font partie intégrante du processus de mise en œuvre des interventions de santé en Haïti (MSPP, 2013). Le plan directeur de santé 2012-2022 du pays souligne qu'ils sont utiles pour apprécier, d'une part le renforcement du système national de santé et d'autre part, l'efficacité et l'efficience des interventions afin de mettre en évidence les leçons apprises et les bonnes pratiques en vue de l'amélioration continue des connaissances et de la performance des organisations de santé.

## Chapitre II –État des connaissances

Ce chapitre fait un bilan des écrits et recherches antérieures sur notre sujet de recherche. L'objectif principal visé est de faire ressortir davantage la pertinence scientifique de cette thèse et de tirer parti des études antérieures pertinentes pour la mener à bien. Dans sa première partie, la délégation des tâches en général et, en particulier de la délégation des tâches en santé, y sont abordées. La seconde partie renseigne sur les interventions de délégation de tâches aux agents de santé communautaire. Tandis que les parties trois et quatre portent respectivement sur l'analyse logique et l'analyse de l'implantation, deux approches évaluatives pertinentes et complémentaires pour faire avancer les connaissances sur les programmes des ASC.

### II.1/ Le concept de délégation des tâches

*"Vous a-t-on donné la règle d'or de cette maison? La voici: ne faites jamais vous-même ce que vous pouvez faire faire par un autre. Êtes-vous responsable d'un service? Choisissez les meilleurs de vos subordonnés, donnez-leur la formation nécessaire, déléguez, et vous, asseyez-vous confortablement et cherchez comment l'entreprise pourrait devenir plus performante".*

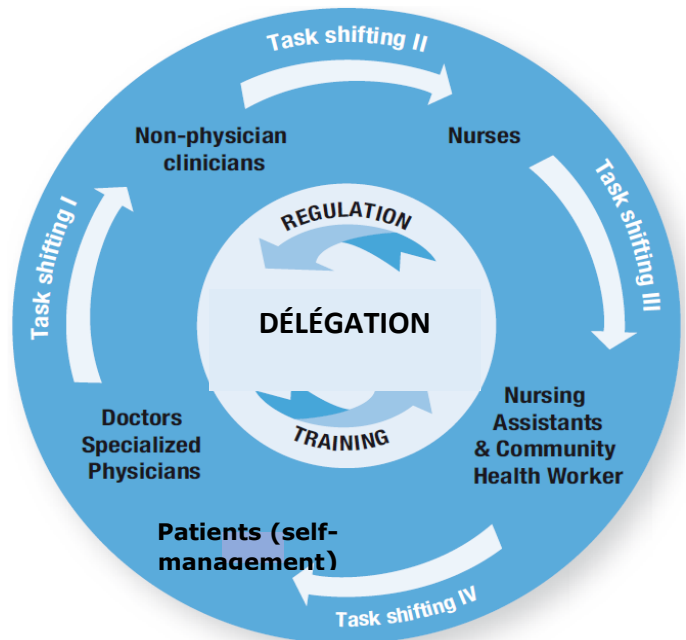
*Rockefeller J., cité par Thiébaud (1998)*

*Définition de la délégation des tâches* | Selon le dictionnaire Larousse, la délégation consiste à transmettre un pouvoir à une personne (physique ou morale) ou à envoyer quelqu'un au nom d'un groupe ou de quelqu'un d'autre, dans un but déterminé, avec une mission définie. Sur cette base, la délégation des tâches peut être définie, de manière générale, comme étant l'action qui consiste à confier une tâche à un collaborateur, à un prestataire ou à quelqu'un d'autre, en lui donnant le pouvoir d'agir. Dans le domaine de la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé la définit comme étant la répartition rationnelle des tâches entre les professionnels de la santé (World Health Organization [WHO], 2008). La délégation des tâches en santé est aussi définie comme étant le fait de transférer certaines responsabilités ou tâches d'un grade à un autre en brisant les délimitations traditionnelles des emplois (Dubois et Singh, 2009). Soulignons également que le concept de délégation des tâches en santé est fréquemment utilisé de façon interchangeable avec

d'autres termes, tels que le transfert de tâches, partage des tâches ou *tasks shifting* en Anglais (Campbell et Scott, 2011; Fulton et al., 2011; Kredo et al., 2014). Ces termes traduisent la même intention générale de former des catégories d'agents de santé qui ne possèdent normalement pas les compétences nécessaires à la réalisation de tâches spécifiques afin qu'ils puissent s'en charger et améliorer ainsi l'accès aux soins de santé (WHO, 2013c).

*Un peu d'histoire sur la délégation des tâches en santé* | Alors que la délégation des tâches est en vogue ces dernières années dans les propositions et initiatives visant à faire face aux problèmes de pénuries des fournisseurs de soins dans de nombreux pays, le recours à cette approche de gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé n'est pas nouveau (Callaghan et al., 2010; Fulton et al., 2011; WHO, 2016b). Un examen de l'histoire de la pratique médicale révèle qu'en France napoléonienne un grade d'officiers de santé ou médecin de deuxième classe avait été créé comme mesure palliative en temps de guerre pour répondre aux besoins urgents de personnel de santé au sein de l'armée et pour offrir des soins médicaux aux populations les plus pauvres (Heller, 1978). En Afrique Subsaharienne, Joshi et ses collègues (2014) révèlent que la première utilisation de la délégation des tâches remonte aux années 1970-1980 en République démocratique du Congo, où des infirmières auxiliaires avaient été amenées à assumer des tâches traditionnellement dévolues aux médecins en raison d'une pénurie de ressources humaines (Joshi et al., 2014).

*Différentes formes de la délégation des tâches en santé* | La figure 3 ci-après montre que la délégation des tâches peut prendre différentes formes. Elle peut consister en des transferts de tâches de médecins spécialistes aux médecins généralistes, de médecins généralistes vers les infirmier(e)s ou sage-femmes, des infirmier(e)s ou sage-femmes vers les agents auxiliaires ou agents de santé communautaire et des agents de santé communautaire ou des agents auxiliaires vers les patients (WHO, 2007). Par exemple, au Ghana, en République Démocratique du Congo,



**Figure 3: Différentes formes de délégation de tâches**  
Source : adaptée de WHO (2007)

en Afrique du Sud, en Zambie, en Tanzanie, en Malawi, au Kenya et dans de nombreux autres pays à travers le monde, des sage-femmes ou infirmières sont formées pour effectuer des tâches de prise en charge du VIH/SIDA, de santé maternelle ou d'avortement traditionnellement effectuées par les médecins (Dovlo, 2004). D'une manière générale, ces transferts de tâches visent l'optimisation des rôles des prestataires de santé pour remédier aux problèmes de ressources humaines et répondre aux besoins des populations (WHO, 2013c). Selon Zachariah et ses collaborateurs (2009), ils stimulent la création d'équipes multidisciplinaires avec une meilleure combinaison de rôles (Zachariah et al., 2009). La délégation des tâches entre agents de santé est aussi susceptible d'améliorer l'engagement des communautés dans les interventions de santé à travers notamment les programmes d'ASC (Campbell et Scott, 2011).

*Effets de la délégation des tâches en santé* | Dans la littérature, il existe des preuves substantielles soutenant que la délégation des tâches est une approche efficace pour remédier à la pénurie de ressources humaines de la santé et réaliser des progrès dans l'amélioration de l'état de santé des populations. La grande majorité des études disponibles indiquent que la délégation des tâches en santé produit des effets bénéfiques, tels que l'amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (Callaghan et al., 2010; Kredo et al., 2014; Lefevre et al., 2014; Rodriguez-García et al., 2013), l'augmentation des taux de prévalence contraceptive (Saha et van Soest, 2013; Callaghan et al., 2010) et la réduction de la mortalité maternelle et infantile (Dawson et al., 2014). D'autres études révèlent également que la délégation des tâches réduit les barrières qui entravent l'accès des personnes aux services de santé (Kredo et al., 2014). De même, cette stratégie de gestion des ressources humaines de la santé apparaît comme une option viable pour réaliser des économies de coûts de production des services de santé ou obtenir des effets de réduction des dépenses de santé des populations (Babigumira et al., 2009; Leong et al., 2021; Martínez-González et al., 2015; Mdege et al., 2013, 2013; Seidman et Atun, 2017). En Ouganda, par exemple, il a été observé que la délégation des tâches engendre des économies substantielles en termes de coûts et de personnel médical dans le suivi de la thérapie antirétrovirale. En effet, lorsque ce suivi est effectué par des médecins, les dépenses nationales annuelles du ministère de la Santé sont évaluées à 3,14 millions de dollars, contre 2,43 millions de dollars s'il est délégué à des infirmier(e)s et 1,04 million \$ quand il est effectué par le personnel pharmaceutique (Babigumira et al., 2009).

*Contexte et processus d'implantation de la délégation des tâches en santé* | Alors qu'il existe de nombreuses études indiquant que la délégation des tâches est potentiellement efficace pour réduire de manière efficiente aux pénuries de ressources humaines de la santé et améliorer l'état de santé des populations, les facteurs de succès de l'implantation de cette stratégie restent encore peu étudiés et connus. Des questions cruciales restent à élucider sur comment s'y prendre ou sur ce qui est nécessaire de faire ou de mettre en place pour obtenir les effets escomptés et atteindre les objectifs visés. Les études qui ont abordé ces questions mettent essentiellement en lumière les processus d'implantation de la délégation de tâches, tels que la sélection ou la désignation des délégataires, leur formation et la supervision de leurs activités (Kok, Dieleman et al., 2015; Leong et al., 2021; Pente et al., 2021; Scott et al., 2018). Des données existent aussi sur les facteurs contextuels qui peuvent faciliter ou entraver l'implantation réussie de la délégation des tâches en santé, dont : la gouvernance ; le climat organisationnel, le contexte politique, économique, culturel et géographique et autre (Jobson et al., 2020; Kok, Dieleman et al., 2015; Limbani et al., 2019; Pente et al., 2021). Mais, il reste à apprendre davantage sur le fonctionnement de la délégation des tâches en santé, c'est-à-dire sur les théories qui la sous-tend, le contexte d'implantation et les mécanismes à travers lesquels, elle parvient à obtenir les résultats escomptés. Cela est d'autant plus important que la mise en œuvre de la délégation des tâches n'est pas sans poser quelques problèmes.

*Problèmes/défis éventuels rencontrés dans l'implantation de la délégation des tâches en santé* | La délégation des tâches en santé peut échouer à produire les résultats escomptés et/ou constituer une menace pour la qualité des soins de santé (Brentlinger et al., 2010; Mijovic et al., 2016; Polus et al., 2015; Rowe et al., 2007; Zachariah et al., 2009). Au Kenya, par exemple, une étude a révélé que les d'Agents de Santé Communautaire (ASC) commettaient des erreurs dans la prise en charge des maladies infantiles : seulement 58% des enfants malades consultés par les ASC avaient reçu tous les traitements (y compris les références vers les centres de santé), pouvant être indispensables pour leur survie (Rowe et al., 2007). Par ailleurs, la littérature rapporte des défis importants inhérents à la mise en œuvre et aux effets de la délégation des tâches en santé. Ces défis incluent des problèmes de sécurité pour les patients, si les délégataires ne sont pas bien formés, supervisés, encadrés et s'ils n'appliquent pas adéquatement les protocoles et lignes directrices des prestations



de services (Dawson et al., 2014; Polus et al., 2015; Zachariah et al., 2009). L'implantation de la délégation des tâches peut être également interprétée par les professionnels de santé comme une surcharge de travail ou une menace sur la sécurité de leur emploi et déboucher sur des conflits d'intérêts et résistances (Mijovic et al., 2016). Des catégories professionnelles peuvent aussi être moins enclines à assumer de nouveaux rôles sans une augmentation salariale proportionnelle (Zachariah et al., 2009). De plus, la délégation des tâches peut ébranler la dynamique des équipes de prestations de services et entraîner des répercussions néfastes sur la performance des organisations de santé (Callaghan et al., 2010). Compte tenu de ces défis ou problèmes que l'on peut rencontrer dans la mise en œuvre de la délégation des tâches en santé, il importe de poursuivre les efforts de recherche en vue de mieux appréhender les conditions de mise en œuvre réussie de cette intervention.

## **II.2/ Les Agents de Santé Communautaire (ASC)**

Les ASC désignent une variété d'aides-soignants communautaires qui sont sélectionnés et formés pour travailler dans les communautés d'où ils viennent (Lehmann et al., 2004). Selon le contexte et le type d'activités qui leur sont assignées, ils prennent différentes appellations, dont « agents de santé indigènes », « travailleurs de proximité », « agents de santé non professionnels », « conseillers communautaires » ou « agents de santé villageois » (Campbell et Scott, 2011; Kok, Dieleman et al., 2015 ; Lehmann et al., 2004; Nemcek et Sabatier, 2003). Dans un cadre typique de soins de santé primaires, les ASC sont en première ligne ou à la base de la pyramide des ressources humaines de la santé (Robinson et Larsen, 1990). De manière générale, leur rôle comprend l'éducation en matière de santé, la promotion de la santé et la prévention des maladies (Campbell et Scott, 2011).

L'implication des ASC dans les interventions de santé n'est pas une pratique nouvelle. Un examen de la littérature montre que les premiers ASC étaient des cultivateurs formés dans les années 1930 en Chine (H. Perry, 2013). Ces derniers sont considérés comme étant les précurseurs des premiers programmes d'ASC lancés dans les années 1950 (Campbell et Scott, 2011; Perry et al., 2014). A la Conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée en 1978 à Alma-Ata, les ASC ont été explicitement reconnus comme faisant partie des principaux fournisseurs de soins de

santé primaires. Depuis lors, des programmes d'ASC ont été mis en œuvre dans de nombreux pays (Perry et al., 2014). Au cours de ces dernières décennies, plusieurs études d'évaluation, y compris des revues systématiques consacrées à ces programmes, ont été publiées. La plupart de ces études abordent des questions relatives aux effets des interventions. Elles fournissent également des informations sur les objectifs généralement poursuivis à travers les initiatives de délégation de tâches aux ASC, ainsi que sur les ressources et processus mis en œuvre pour les atteindre.

### **II.2.1/ Principaux objectifs de la délégation des tâches aux ASC**

D'après Nemcek et Sabatier (2003), trois objectifs interdépendants sont généralement poursuivis par les programmes d'ASC : (i) établir l'alliance thérapeutique qui assure le renforcement des relations entre les professionnels de la santé et les communautés ; (ii) améliorer l'utilisation appropriée des soins de santé qui contribuerait à la réduction des coûts, à l'amélioration de l'accès et à une meilleure utilisation des fournisseurs de soins et ; (iii) réduire les risques pour la santé des patients à travers l'éducation sur la prévention, le diagnostic précoce et le traitement (Nemcek et Sabatier, 2003). En outre, la plupart des publications examinées présentent le recours aux ASC comme une solution aux problèmes de pénurie de ressources humaines en santé (Ballard et Montgomery, 2017; Callaghan et al., 2010; Campbell et Scott, 2011; Dawson et al., 2008; Fulton et al., 2011; Joshi et al., 2014 ; Kredo et al., 2014; Robinson et Larsen, 1990; WHO, 2013b; Zachariah et al., 2009).

### **II.2.2/ Structure des interventions de délégation de tâches aux ASC**

Comme toute intervention, la délégation de tâches aux ASC possède des composantes structurelles. Celles-ci font référence aux ressources mobilisées (financières, humaines, matérielles et autres), aux structures organisationnelles (lois, règlements, conventions, etc) et aux structures symboliques (croyances, représentations et valeurs), nécessaires pour assurer la mise en œuvre des processus et l'atteinte des objectifs des interventions (Brousselle et al., 2011). Bien qu'une bonne connaissance de ces composantes soit indispensable pour comprendre le fonctionnement et les résultats des interventions (Brousselle et al., 2011; Dixon-Woods et al., 2011), les études existantes fournissent peu de données sur la structure de la délégation de tâches

aux ASC. Seule une poignée d'auteurs indiquent que la mise en œuvre de cette intervention nécessite de disposer de :

- lois ou réglementation qui autorisent et encadrent l'implantation des programmes d'ASC (Callaghan et al., 2010; Kok, Dieleman et al., 2015 ; Scott et al., 2018; Zachariah et al., 2009) ;
- ressources humaines (volontaires issus des communautés, superviseurs, gestionnaires) (Gault, 2016; Perry et al., 2014).
- ressources monétaires ou non monétaires pour assurer la rémunération des agents (Dawson et al., 2008; Kok, Dieleman et al., 2015 ; Mijovic et al., 2016; Perry et al., 2014; Scott et al., 2018) et/ou pour mettre en place des mesures incitatives indispensables pour prévenir l'attrition des agents, l'un des défis majeurs auxquels se heurtent les interventions impliquant les ASC (Kok, Dieleman et al., 2015 ; Scott et al., 2018).
- structures qui favorisent le développement des carrières (Kok, Dieleman et al., 2015 ; Mijovic et al., 2016; Scott et al., 2018)
- mécanismes de gestion, de coordination, de supervision et de soutien aux ASC (Robinson et Larsen, 1990 ; Scott et al., 2018)
- équipements, matériels de travail et médicaments (thermomètres, balances, outils d'information, d'éducation et de communication, matériels de suivi des patients, outils de collecte et reportage de données, technologies d'information et de communication, etc) (Fulton et al., 2011; Perry et al., 2014; Rowe et al., 2007; Scott et al., 2018)

### **II.2.3/ Processus d'implantation de la délégation des tâches aux ASC**

L'examen de la littérature permet de recenser un certain nombre de processus à travers lesquels les ressources sont mobilisées et utilisées en vue d'atteindre les objectifs des programmes d'ASC. Ces processus incluent : la sélection et la formation des ASC et la supervision de leurs activités. *La sélection des ASC* est considérée comme déterminante dans le succès ou l'échec des programmes d'ASC (Zachariah et al., 2009; Dawson et al., 2014; Callaghan et al., 2010; Kok,

Dieleman et al., 2015). Plusieurs auteurs soutiennent que les ASC doivent être des membres de confiance de la communauté (Nemcek et Sabatier, 2003; Scott et al., 2018), qui prévoient de rester dans la communauté (Robinson et Larsen, 1990) et qui reflètent la diversité linguistique et culturelle de la population desservie (Witmer et al., 1995). Selon Campbell et Scott (2011), la sélection d'ASC qui ne sont pas respectés par la communauté, qui comprennent mal leur rôle ou qui ont des attentes irréalistes, entraîne des taux d'attrition élevés, une piètre performance et un faible engagement communautaire (Campbell et Scott, 2011). Par ailleurs, les caractéristiques personnelles, telles que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, le niveau d'instruction, l'état matrimonial, les expériences professionnelles, le statut socio-économique ou l'état de santé, peuvent être cruciales dans les processus de sélection, de formation et de déploiement des ASC (Lehmann et al., 2004; WHO, 2016b). Elles peuvent notamment avoir une influence considérable sur l'efficacité des ASC (Kok, Dieleman et al., 2015). Au Kenya, une étude a révélé que les ASC de sexe féminin étaient plus susceptibles de conseiller et de convaincre leurs clients d'adopter des pratiques de soins maternels fondées sur des données probantes que leurs homologues masculins (Crispin et al., 2012). À Madagascar, Smith et al., (2013) ont observé que plus le niveau d'instruction des ASC est élevé mieux ils assurent correctement l'exécution des tâches de diagnostic et de traitement des maladies infantiles, de santé génésique et de planification familiale (Smith et al., 2013).

Concernant *la formation*, elle devrait permettre aux ASC d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour accomplir leur travail (Lehmann et al., 2004; Callaghan et al., 2010; Fulton et al., 2011; Mijovic et al., 2016). Quant à la *supervision de leurs activités*, elle offre des cadres d'échanges, à travers lesquels les compétences des ASC peuvent être évaluées et renforcées (Haines et al., 2007; Stinson et al., 1998).

#### **II.2.4/ Effets de la délégation aux ASC**

La délégation des tâches aux ASC a le potentiel de juguler les problèmes de pénuries d'agents de la santé et d'améliorer la performance des organisations de santé et l'accès des populations aux services de santé (Lehmann et al., 2004; Haines et al., 2007; Macinko et Harris, 2015; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida [ONUSIDA], 2017; Ballard et Montgomery, 2017).

Que ce soit dans le domaine de la planification familiale ou de la santé reproductive, de la santé maternelle et infantile, de la sécurité alimentaire, du paludisme ou encore de la lutte contre VIH/SIDA, il existe des données qui soutiennent que les ASC sont susceptibles d'assurer efficacement la prestation de soins de santé primaires et d'améliorer l'état de santé des populations. La délégation de tâches de santé de la reproduction aux ASC a un impact positif sur l'utilisation des méthodes de contraception (Vries et Pool, 2017). À Madagascar, au Ghana, au Pakistan, au Bangladesh, au Kenya, en Tanzanie et dans d'autres pays, des hausses significatives de la prévalence contraceptive ont été observées au sein des populations en contact avec des ASC (Stoebenau et Valente, 2003; Saha et van Soest, 2013; Lehmann et al., 2004). Les ASC peuvent également contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, en participant aux campagnes de vaccination (Pegurri et al., 2005), à la prise en charge des mères et aux activités de sensibilisation ou conseils sur l'allaitement des nouveau-nés (Lewin et al., 2005; Hall, 2011), ainsi que dans l'identification et la résolution des problèmes de malnutrition chez les enfants (Wollinka et al., 1997). Une revue systématique de Bigirwa P. (2009) met également en évidence plus d'une dizaine d'études rapportant l'efficacité des ASC dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile (Bigirwa, 2009). Au-delà de la planification familiale et de la santé maternelle et infantile, il est relativement aisé de trouver des études d'évaluation qui témoignent de l'efficacité des programmes des ASC dans d'autres domaines de la santé, tels que : la lutte contre le VIH/SIDA (Rodriguez-García et al., 2013; Mwai et al., 2013; Lefeuvre et al., 2014) ; le paludisme (Delacollette et al., 1996; Druetz et al., 2015) et la prise en charge de maladies non transmissibles (Neupane et al., 2014; Abdel-All et al., 2017).

Cependant, la littérature scientifique n'est pas complètement unanime sur l'efficacité des programmes de transferts de tâches aux ASC. Plusieurs publications font état d'échecs d'interventions impliquant les ASC (Berman et al., 1987; Walt, 1988; H. Perry, 2013). Récemment, il a été également observé que des programmes de réduction de la mortalité infantile, basés sur les ASC, avaient échoué à produire les résultats ou effets escomptés au Burkina Faso (Munos et al., 2016) et en Éthiopie (Amouzou, Hazel, et al., 2016). De plus, des études font état de plusieurs défis qui sont susceptibles de saper la durabilité des effets des interventions impliquant les ASC. Ceux-ci incluent : des taux de roulements élevés ; l'absentéisme fréquent ; des problèmes dans la qualité des prestations de services ; des problèmes de rémunérations des agents et des

conflits d'intérêts entre les catégories professionnelles (Mijovic et al., 2016; Robinson et Larsen, 1990; Zachariah et al., 2009).

Par ailleurs, certains constats s'imposent lorsqu'on examine la littérature disponible sur la délégation de tâches aux ASC. Alors qu'il existe une littérature considérable sur cette intervention, la majeure partie des publications scientifiques portent sur ses effets. Très peu de données sur les théories qui la fondent sont disponibles. De plus, aucune analyse logique de ce genre d'interventions n'a été relevée. De même, rares sont les études qui se rapportent à l'analyse de l'implantation des programmes des ASC. Cela dit, que signifie, l'analyse logique et l'analyse de l'implantation des interventions ? C'est à cette question que répond la partie restante de ce chapitre.

### **II.3/ Analyse logique des interventions**

L'analyse logique consiste à évaluer le bien-fondé d'une intervention ou à porter un jugement sur la validité de la théorie sous-jacente (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011; Rey et al., 2011). Plus concrètement, elle sert à déterminer l'adéquation entre, d'une part, les différents objectifs de l'intervention et, d'autre part, entre les objectifs et les moyens (ressources, services ou activités) mis en œuvre pour les atteindre. Les avantages liés à l'analyse logique des interventions sont multiples. D'après Rey et ses collègues (2011), ce type d'évaluation assure une interprétation éclairante des interventions et offre une bonne compréhension et conceptualisation de celles-ci qui peut être utilisée pour réorienter, dans de brefs délais, les actions afin de maximiser leurs effets ou impacts (Rey et al., 2011). L'analyse logique offre aussi l'opportunité de savoir si les fondements théoriques des interventions sont suffisamment solides pour espérer obtenir les résultats ou effets escomptés (Champagne, Brousselle, Contandriopoulos et Hartz, 2011b). Il est suggéré de la placer à l'avant-garde des études d'évaluation pour permettre une bonne connaissance (indispensable) des composantes et de la théorie des interventions, avant de se lancer dans d'autres types d'évaluations (Champagne, Brousselle, Contandriopoulos et Hartz, 2011b; Rey et al., 2011).

Malgré les avantages qu'offre l'analyse logique, il n'est pas aisé de trouver des publications scientifiques qui rapportent des expériences d'études d'évaluation traitant explicitement de

questions relatives au bien-fondé des interventions. Les interventions de délégation de tâches aux ASC n'échappent pas à cette réalité. Aucune analyse logique ou étude d'évaluation abordant la question du bien-fondé de ces interventions n'a été recensée dans la littérature. C'est un déficit auquel il importe de remédier pour obtenir une meilleure connaissance des interventions de délégation de tâches aux ASC.

## **II.4/ Analyse de l'implantation des interventions**

L'analyse de l'implantation consiste à étudier les relations entre une intervention et son contexte de mise en œuvre (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011). Elle repose sur l'idée que le contexte pourrait fonctionner comme un catalyseur pour l'implantation de l'intervention ou comme un inhibiteur qui entrave sa mise en œuvre réussie. On distingue quatre types d'analyse d'implantation : l'analyse d'implantation de *type 1-a* qui vise à expliquer comment, au cours du temps, l'intervention s'adapte au contexte par un changement de forme, d'envergure et, parfois, de nature ; l'analyse d'implantation de *type 1-b* qui se penche sur les déterminants contextuels du degré de mise en œuvre des interventions ; l'analyse d'implantation de *type 2* qui évalue l'influence de la variation de la mise en œuvre sur les effets des interventions, et ; l'analyse de *type 3* qui examine l'influence de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011).

Bien que la littérature sur la délégation de tâches aux ASC ne couvre pas explicitement ces types d'évaluation, elle offre tout de même quelques publications qui renseignent sur les facteurs contextuels qui peuvent avoir une répercussion significative sur l'implantation de ce genre d'interventions (Chipukuma et al., 2018; Kok, Kane, et al., 2015; Scott et al., 2018). Parmi ces facteurs, il y a :

- *l'environnement social et culturel de mise en œuvre des interventions* qui renvoie aux croyances, normes, valeurs et pratiques sociales et culturelles, aux relations de genre, à la stigmatisation liée à la maladie, à la sûreté et sécurité sur les lieux de travail, au niveau d'éducation et de connaissances des populations en matière de santé, etc. À titre d'illustration, les croyances populaires liées à l'origine de la maladie et les pratiques

culturelles, telles que les préférences pour l'accouchement à domicile ou la médecine traditionnelle, peuvent influencer l'acceptation et l'utilisation des services offerts par les ASC (Medhanyie et al., 2012). De même, des problèmes de sûreté et de sécurité sur les lieux de travail – si, par exemple, les agents se sentent en danger - peuvent affecter la performance des ASC (Razee et al., 2012).

- *les conditions économiques dans lesquelles vivent les populations.* Ces conditions peuvent affecter la bonne conduite des activités des programmes d'ASC. En effet, alors que les ASC sont recrutés, avant tout, sur la base du bénévolat, la pauvreté peut inciter de nombreuses personnes à s'intéresser à cette fonction avec l'espoir de gagner de l'argent, quitte à se désister et à accroître les taux d'attrition à défaut d'en tirer profit (Maes et Kalofonos, 2013). Cette situation peut également engendrer des problèmes de détournements du matériel et des médicaments ou de qualité des interventions (Chipukuma et al., 2018). De plus, les difficultés économiques des populations peuvent réduire la demande et l'utilisation des services de santé (Sadler et al., 2011).
- *Le contexte géographique, notamment le climat, la végétation et le relief.* Des intempéries sont susceptibles d'entraver l'exécution des activités. De même, des défis topographiques peuvent rendre difficile l'accès aux sites de mise en œuvre des interventions ou l'accès aux centres de santé (Amare et al., 2018; Kok, Kane et al., 2015).
- *La politique et les pratiques du système de santé.* Plus concrètement, il s'agit de la politique des ASC, de la politique des ressources humaines, de la législation liée aux ASC, de l'engagement politique, de la fonctionnalité des services de santé, des coûts des services de santé, de la structure de gouvernance et de coordination du système de santé, etc. Kok et al. (2015) mettent en évidence plusieurs études qui insistent sur la prise en compte de ces facteurs dans les efforts de recherche visant à mieux comprendre l'implantation des programmes d'ASC. Par exemple en Inde, Das, Jambulingam et Sadanandane, (2008) soulignent que le fonctionnement de centres de distribution de médicaments s'est détérioré en raison de l'influence des politiques locales dans la sélection des ASC appelés "village health guide (Das et al., 2008).



La littérature montre également qu'il existe aux différents niveaux du système de santé des facteurs contextuels qui peuvent avoir une influence considérable sur l'implantation des interventions. Selon Gjesten et al. (2007), au *niveau macro*, ces facteurs incluent des leviers de motivation externe tels que les politiques nationales ou des rapports aux autorités ou aux représentants du peuple et le parrainage ou sponsoring des projets (Gjesten et al., 2017). Au *niveau méso*, il y a le leadership des dirigeants et la maturité des organisations déterminée par leur capacité (matérielle, technologique, humaine, informationnelle, etc.) à mettre en œuvre les changements souhaités. Au *niveau micro*, ce sont la motivation à changer des acteurs, leurs perceptions des avantages liés aux changements et leur maturité ou capacité à surmonter les dysfonctionnements qui peuvent survenir lors de l'implantation des interventions.

Par ailleurs, Farand et al. (1999) ont observé également que la mise en œuvre des réformes dans les organisations de santé peut être facilitée ou ralentie par des facteurs politiques et structurels, tels que : les attentes des parties prenantes à l'égard des changements ; les conflits d'intérêts entre groupes professionnels ; les stratégies de mobilisation des acteurs et le leadership en place (Farand et al., 1999). De même, plusieurs auteurs mettent en évidence la nécessité de prendre en compte les facteurs contextuels suivants lors de l'implantation des interventions : la stabilité du financement des infrastructures et des opérations ; la qualité de la collaboration entre les parties prenantes ; les politiques en vigueur et les pratiques de gestion et de mise en œuvre des interventions ; la compatibilité entre les valeurs, les intérêts et les priorités des acteurs en présence ; l'implication et la participation des acteurs et clients dans le développement et la mise en œuvre des interventions ; le climat organisationnel, la culture organisationnelle et la présence de champions du changement (Fassier et Durand, 2010; Postema et al., 2012; Urquhart et al., 2014). A ces facteurs contextuels, on peut ajouter le prestige social et les réactions positives de la communauté vis-à-vis des ASC (Alam et al., 2012), la qualité des rapports entre les ASC et les membres de leurs communautés respectives (Ilozumba et al., 2018) et les relations de confiance qui existent entre les agents de santé (y compris les ASC) et les membres de la communauté (Kok et al., 2017). Champagne F. (2002) met également en évidence différentes perspectives et modèles théoriques qui permettent de catégoriser les facteurs contextuels susceptibles d'influencer le niveau d'implantation des interventions. Il s'agit notamment : du modèle psychologique ; du modèle hiérarchique et rationnel ; de l'approche du développement organisationnel ; du modèle

structurel ; du modèle politique ; de l'approche de la gestion stratégique ; de l'approche institutionnelle ; des approches gurus et du modèle de l'apprentissage organisationnel (Champagne, 2002). Une description de chacune de ces perspectives théoriques avec des exemples de facteurs contextuels qui s'y rattachent est fournie dans le tableau 5 au chapitre IV.

Pour comprendre les changements organisationnels, y compris les échecs ou succès de l'implantation des programmes, l'étude de l'influence des facteurs contextuels est cruciale (DiMaggio et Powell, 1983 ; Mintzberg, 1982). Cela signifie également que l'analyse de l'implantation des interventions est essentielle. Elle est susceptible de mener à une meilleure compréhension de la mise en œuvre et des résultats des interventions. Elle peut contribuer également à l'efficacité et/ou l'efficience des interventions (Fassier et Durand, 2010). L'analyse de l'implantation possède aussi le potentiel d'accroître la validité externe des résultats, en fournissant des informations sur les conditions de généralisation des programmes à d'autres contextes (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011; Fassier et Durand, 2010a). Il importe donc que les recherches sur les interventions accordent une attention particulière au contexte dans lequel elles sont mises en œuvre. Or, en ce qui concerne les interventions des ASC, ce type de recherche fait grandement défaut. De nombreux auteurs ont déploré cette lacune et souligné la nécessité de réaliser des études sur l'implantation de ces interventions (Ballard et Montgomery, 2017; Joshi et al., 2014; Kredo et al., 2014; Nemcek et Sabatier, 2003; Polus et al., 2015).

En guise de résumé de ce chapitre, on retiendra que la littérature met en évidence des lacunes importantes dans les connaissances portant sur le bien-fondé des interventions des ASC, sur l'implantation de ces interventions et sur les facteurs contextuels qui influencent la mise en œuvre de celles-ci. Pour combler ces lacunes et avoir une compréhension plus fine et approfondie des interventions des ASC, l'analyse logique et l'analyse de l'implantation de ces interventions sont deux approches d'évaluation pertinentes et complémentaires. L'analyse logique permet non seulement de bien appréhender les composantes et le fonctionnement des interventions, mais aussi de savoir si les problèmes éventuels rencontrés dans l'implantation de celles-ci sont imputables aux théories sous-jacentes. En complément de l'analyse logique, l'analyse d'implantation offre la possibilité d'examiner la mise en œuvre effective des programmes, d'évaluer les écarts entre

l'intervention planifiée et celle véritablement implantée, ainsi que de rechercher les facteurs contextuels qui déterminent la mise en œuvre et les résultats des programmes. L'analyse de l'implantation permet aussi de se prémunir contre le risque d'erreur de type 3, correspondant au fait de juger une intervention comme étant efficace ou inefficace alors que celle-ci n'a pas été implantée conformément aux plans prévus (Dobson et Cook, 1980).

## **Chapitre III – Questions de recherche et méthodologie**

Dans le chapitre précédent, un état des connaissances sur la délégation des tâches a été fait. Il met en évidence des lacunes dans la littérature. Afin de contribuer à combler ces lacunes, cette thèse aborde un certain nombre de questions de recherche. Ces questions sont présentées dans la première partie de ce chapitre. Puis, le reste du chapitre est consacré à la méthodologie mise en œuvre pour les aborder, y compris les stratégies mises en œuvre pour assurer la qualité de la recherche et les considérations éthiques qui la sous-tendent.

### **III.1/ Questions de recherche**

Au total, sept questions de recherche ont été abordées dans cette thèse. Elles sont toutes liées aux objectifs poursuivis, à savoir contribuer à l'avancement des connaissances sur la délégation des tâches, en proposant une théorie explicative de son fonctionnement, en évaluant le bien-fondé de la délégation des tâches ASCP en Haïti et en identifiant les facteurs contextuels qui déterminent le niveau de mise en œuvre de cette intervention. Les trois premières ont trait au fonctionnement de la délégation de tâches aux ASCP en général. Elles sont formulées comme suit : (i) quels sont les effets potentiels de la délégation des tâches aux ASCP ? (ii) dans quels contextes, elle parvient à obtenir ces effets et, (iii) quels sont les mécanismes à travers lesquels elle fonctionne ? Quant à la quatrième et à la cinquième question, elles concernent le bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Ces questions sont les suivantes : (iv) les hypothèses sous-jacentes à la délégation des tâches aux ASCP en Haïti sont-elles plausibles ? (v) les ressources et processus planifiés pour atteindre les objectifs visés sont-ils adéquats et suffisants ? Concernant les facteurs contextuels qui déterminent le niveau de mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, les questions examinées sont : (vi) quel est le niveau de mise en œuvre de la délégation de tâches aux ASCP dans le département sanitaire du Nord d'Haïti et (vii) comment le contexte d'implantation l'influence-t-il ?

## III.2/ Méthodologie de recherche

Trois approches méthodologiques complémentaires ont été mises en œuvre en vue de l'atteinte des objectifs poursuivis. Il s'agit de la synthèse réaliste (Pawson et al., 2005), de l'analyse logique et de l'analyse de l'implantation (Champagne, Brousselle, Contandriopoulos et Hartz, 2011). Chacune de ces approches est présentée en détail dans les sous-sections qui suivent. Elles ont en commun le modèle logique de l'intervention (figure 4 ci-dessous). La figure 4 ci-dessous montre également qu'il existe une relation entre la synthèse réaliste et l'analyse logique. En effet, les connaissances acquises, y compris les preuves récoltées, lors la synthèse réaliste ont été utilisées en tant que cadre conceptuel pour l'évaluation du bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti.

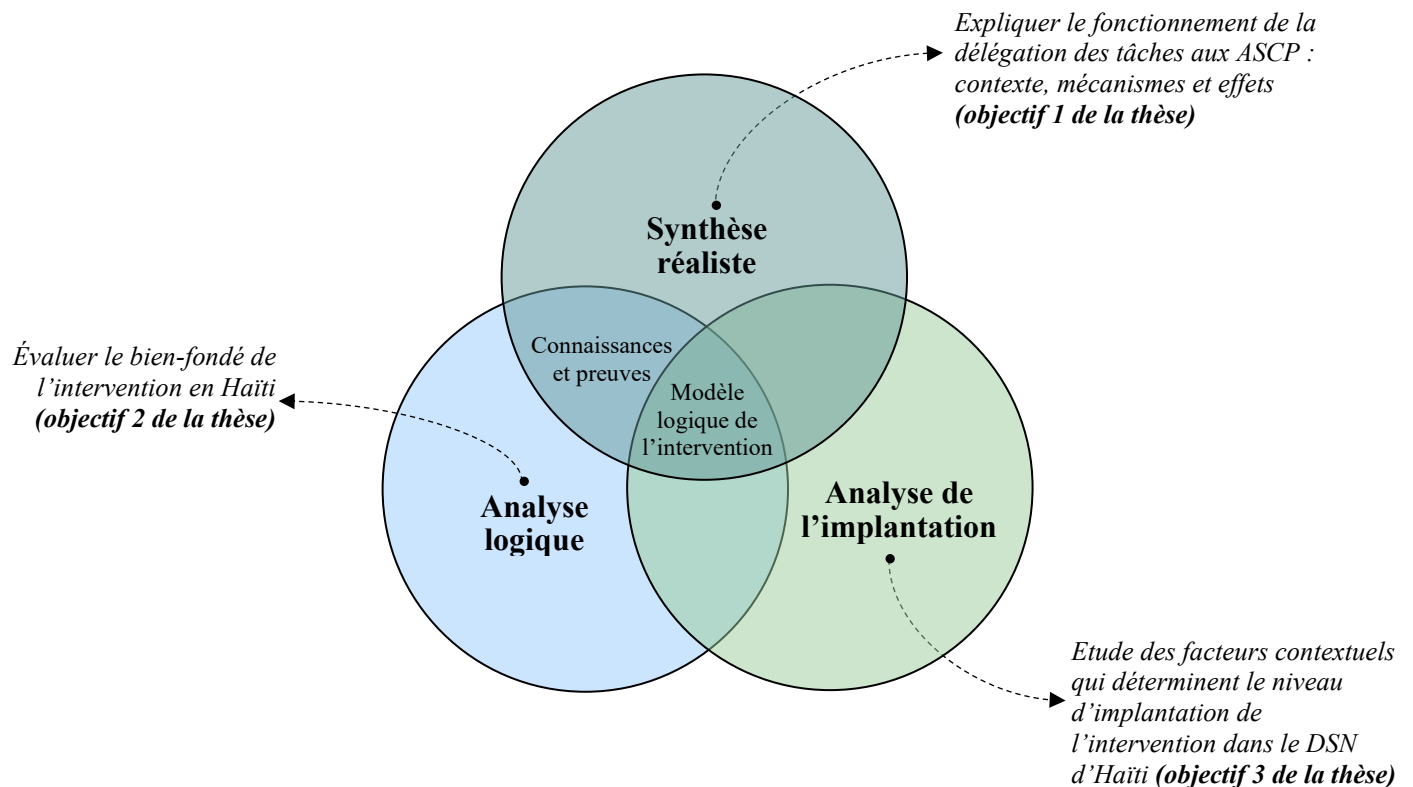


Figure 4 : Liens et complémentarité entre les différentes approches méthodologiques utilisées

### **III.2.1/ Modélisation de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti**

En amont de la mise en œuvre des approches méthodologiques utilisées, il y a la modélisation de l'intervention à l'étude. Cette activité consiste à élaborer un modèle logique de l'intervention, s'il n'existe pas déjà un qui rend explicite comment et pourquoi celle-ci est censée fonctionner. Aussi appelé théorie de l'intervention, le modèle logique d'une intervention renvoie aux ressources planifiées, aux activités et résultats attendus, ainsi que la chaîne des hypothèses causales qui établit un lien entre ces composantes des interventions et les buts ultimes visés (Champagne, Brousselle, Hartz et Contandriopoulos, 2011; Weiss, 1997). Disposer au préalable d'un tel modèle est nécessaire pour clarifier la portée des travaux à effectuer dans le cadre d'une synthèse réaliste (Pawson et al., 2005), mais aussi pour orienter l'analyse logique et l'analyse de l'implantation d'une intervention (Champagne, Brousselle, Contandriopoulos et Hartz, 2011). À cet égard, des travaux préliminaires de construction du modèle logique de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti ont été effectués. Pour ce faire, l'approche ARA (Active, Réactive, Adaptative) a été mise en œuvre (Champagne, Brousselle, Contandriopoulos et Hartz, 2011). La mise en œuvre de cette approche a nécessité la collecte et l'analyse de données sur les ressources, les processus/activités; les objectifs visés et les hypothèses sous-jacentes de la délégation des tâches en Haïti. Plusieurs documents portant sur la délégation des tâches aux ASCP en Haïti ont été consultés, à cet effet, dont : le document de politique nationale de la santé (publié en 2012) ; le Plan directeur de santé 2012-2022 ; le manuel de Paquet Essentiel de Services (PES) 2016 ; le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030 ; le manuel de référence pour la formation des agents de santé communautaires polyvalents (version de Novembre 2017) et le rapport de l'étude pilote du nouveau modèle d'organisation des services de santé communautaire en Haïti (MSPP et Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017). De plus, des entrevues ont été réalisées auprès de 15 personnes-ressources impliquées dans la conception, la planification et/ou la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, dont : sept au niveau central avec des responsables des directions techniques ou programmes prioritaires du MSPP ; quatre avec des responsables d'organisations partenaires du MSPP et quatre à la direction du département sanitaire du nord (tableau 1 ci-après). Ces personnes-ressources ont été recrutées en appliquant la méthode dite de « boule de neige ». Pour être éligible à participer à l'étude, ces personnes devaient remplir les critères suivants : (i) être âgé(e) d'au moins 18 ans (âge de la majorité civile en Haïti) ; (ii)

justifier au moins six mois d'expérience pertinente liée à l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti ; (iii) comprendre et s'exprimer raisonnablement en français ou en créole, et ; (iv) consentir à participer à l'étude.

**Tableau 1 : Personnes-ressources rencontrées au sein du système de santé d'Haïti**

Niveau et type de participants	Sexe		Ensemble
	Féminin	Masculin	
<b>Central</b>			
<i>Directeurs techniques ou administratifs</i>	1	1	2
<i>Responsables de programmes prioritaires</i>	3	2	5
<i>Agents des organisations partenaires</i>	1	3	4
<b>Département sanitaire du Nord (Direction)</b>			
<i>Fonctionnaires</i>	3	1	4
<b>Totaux</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>15</b>

Ce faisant, une proposition de modèle logique a été élaborée et soumise aux observations, corrections et validation de responsables et gestionnaires de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. À la fin de ce processus, le modèle logique obtenu indique que l'implantation de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti repose sur l'idée que cette approche de gestion des ressources humaines de la santé améliore l'accessibilité (géographique et économique), la globalité et la justesse des services de santé, ce qui conduit subséquemment à des améliorations au niveau de l'état de santé des populations. Une présentation détaillée de ce modèle est disponible au chapitre V.

### III.2.2/ Synthèse réaliste sur la délégation de tâches aux ASCP

Plusieurs auteurs soutiennent que la synthèse réaliste se prête bien à l'étude approfondie des interventions complexes (Pawson et al., 2005; Ridde et al., 2012). La délégation de tâches aux ASCP en est une ou du moins elle possède les caractéristiques typiques des interventions complexes. Ces caractéristiques peuvent être résumées comme suit : les interventions complexes comprennent plusieurs composantes en interaction ; elles reposent sur des théories ou hypothèses qui établissent les voies causales entre leurs composantes et les résultats attendus ; leurs processus sont non linéaires et les résultats sont influencés par des facteurs liés à la conception, au contexte, aux conditions de mise en œuvre et à de multiples acteurs qui y participent (Craig et al., 2013;

Pawson et al., 2005; Ridde et al., 2012; Robert et Ridde, 2013; Shaw et al., 2018; Vareilles et al., 2015).

Ancrée dans le courant philosophique du réalisme, la synthèse réaliste a été utilisée pour répondre à nos trois premières questions de recherche relatives aux effets potentiels de la délégation de tâches aux ASCP, aux contextes dans lesquels elle parvient à obtenir ces effets et aux mécanismes à travers lesquels elle fonctionne. Cette stratégie de recherche permet notamment de dépasser la question de savoir si une intervention fonctionne ou pas pour aborder d'autres questions pertinentes relatives au contexte d'implantation et aux mécanismes de fonctionnement de celle-ci (Pawson et al., 2005; Robert et Ridde, 2013). La synthèse réaliste s'appuie sur la causalité générative, ce qui signifie que pour déduire un résultat causal entre deux événements ou composantes, il faut comprendre le mécanisme qui les relie et le contexte dans lequel la relation se produit (Pawson et al., 2005). Ainsi, les résultats des synthèses réalistes sont généralement présentés sous la forme de configurations Contexte-Mécanisme-Effets (C-M-E). Dans ces configurations, le contexte désigne les conditions ou circonstances dans lesquelles l'intervention se déroule, y compris les caractéristiques et les capacités des parties prenantes, les relations interpersonnelles entre elles, l'environnement institutionnel et le contexte social, économique, politique et culturel plus large (Pawson et al., 2005). S'agissant des mécanismes, ils produisent des effets, mais sont généralement cachés, sensibles aux variations contextuelles et aux processus de l'intervention (Pawson et al., 2005; Ridde et al., 2012; Robert et Ridde, 2013). Les mécanismes sont aussi une combinaison de ressources offertes par l'intervention et de raisonnement des parties prenantes à l'égard de celle-ci (Dalkin et al., 2015; Shaw et al., 2018). Quant aux effets, ils résultent de l'interaction entre les mécanismes et le contexte (Robert et Ridde, 2013).

Pour mener à bien la synthèse réaliste sur la délégation de tâches aux ASCP, la démarche proposée par Pawson et al. (2005) a été mise en œuvre. Cette démarche se décline en cinq étapes principales. Une description détaillée de chacune de ces étapes est faite au chapitre IV ci-après, entièrement consacré à la synthèse réaliste sur la délégation de tâches aux ASCP. Bien que ces étapes soient présentées comme étant séquentielles, certaines se chevauchent et sont itératives. La première consiste à clarifier la portée de la synthèse réaliste. La seconde étape sert à rechercher des preuves empiriques pour vérifier les théories ou hypothèses à l'étude, tandis que la troisième est mise en



œuvre pour évaluer la qualité de celles-ci, à savoir les études primaires retenues. Quant à l'étape quatre, elle consiste à en extraire les données pertinentes pour l'étude. Et enfin, la cinquième étape est mise en œuvre pour faire la synthèse des données pertinentes répertoriées.

*Étape 1 – Clarification de la portée de la synthèse réaliste.* Cette clarification concerne notamment les hypothèses à explorer. En lien avec les objectifs visés, ces hypothèses portent sur le contexte d'implantation de la délégation de tâches aux ASCP, ses mécanismes de fonctionnement et les résultats qu'elle produit. Pour les définir, le modèle logique de l'intervention (voir section précédente) a été mis à contribution. De plus, un examen sommaire de la littérature a été réalisée en vue d'apprendre davantage sur les mécanismes potentiels de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP. Cet examen a permis de repérer et d'examiner des synthèses de connaissances récentes sur les agents de santé communautaires (Kok, Dieleman, et al., 2015; Kok, Kane, et al., 2015; Scott et al., 2018; Vareilles et al., 2017), ainsi que plusieurs modèles explorant la « boîte noire » des mécanismes entre la gestion des ressources humaines et la performance organisationnelle (Savaneviciene et Stankeviciute, 2015). Une présentation détaillée de ces modèles est effectuée au chapitre IV (tableau 5). De plus, la théorie de l'auto-détermination de Ryan et Deci (2000) a été repérée et retenue pour les explications qu'elle apporte sur les motivations qui poussent les personnes à s'acquitter des tâches qui leur sont dévolues (Ryan et Deci, 2000). À la lumière des connaissances acquises lors de la modélisation de l'intervention (section précédente) et de l'examen de la littérature, il a été établi que la délégation des tâches aux ASCP repose sur les hypothèses suivantes : (i) la délégation des tâches aux ASCP améliore la performance des organisations de santé (effets) ; (ii) les effets de la délégation des tâches aux ASCP sur la performance des organisations de santé incluent l'augmentation de la production des services de santé, le rapprochement des services de santé des populations, l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services de santé ; (iii) les effets de la délégation des tâches sur la performance des organisations de santé sont modérés par le contexte d'implantation, de sorte que sa mise en œuvre réussie nécessite d'impliquer la communauté dans la sélection/recrutement des ASCP, de former les ASCP ou de s'assurer qu'ils ont reçu la formation nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, de les encadrer/soutenir par des activités de supervision et de veiller à ce qu'ils disposent des moyens matériels et des équipements de travail adéquats. Afin de

soumettre ces hypothèses ou théories à l'épreuve des faits, des données empiriques ont été recherchées.

*Étape 2 – Recherche de preuves.* Pour la mener à bien, différentes sources de données ont été exploitées, dont des bases de données bibliographiques (MEDLINE\Pubmed, APA PsycNET, CENTRAL, CINAHL et Google scholar) et des sites internet officiels (gouvernementaux ou non). Les mots-clés de recherche utilisés incluaient des vedettes-matières, tels que : « Community Health Workers », « Program effectiveness » et « Program Evaluation ». Ce faisant, 832 documents ont été repérés, dont 129 ont été inclus dans l'étude, après l'application de critères d'éligibilité et suppression des doublons. Les critères d'inclusion dans l'étude étaient les suivants : (i) être une étude primaire portant sur une initiative de délégation de tâches similaire à celle des ASCP en Haïti ; (ii) fournir des informations pertinentes au regard des objectifs de l'étude ; (iii) être méthodologiquement crédible ; (iv) être écrit en français ou anglais ; (v) être entièrement accessible (texte au complet) et (vi) avoir été publié entre 2000 et 2020.

*Étape 3 – Évaluation de la qualité des preuves (études primaires).* En suivant la démarche préconisée par Pawson et al. (2005), deux critères ont été utilisés pour évaluer la qualité des preuves collectées. Ceux-ci se rapportent à la pertinence et à la rigueur des études primaires retenues. Concernant la pertinence, chaque étude a fait l'objet d'un examen minutieux afin de déterminer si elle aborde les hypothèses ou théories à l'étude. Quant à l'application du deuxième critère, elle a permis d'évaluer les études et de ne retenir que celles qui apportent une contribution significative et crédible au test des hypothèses à l'étude.

*Étape 4 – Extraction des données recueillies.* Cette étape a été mise en œuvre à l'aide du logiciel QDA Miner. Dans un premier temps, elle a consisté à lire et à relire au besoin les documents afin de se familiariser avec leurs contenus. Puis, cela a donné lieu à l'identification, au codage et la récupération des données d'intérêt pour l'étude. Pour rappel, ces données concernent le contexte, les mécanismes et les effets/résultats de la délégation des tâches aux ASCP.

*Étape 5 – Synthèse des preuves récoltées.* Au cours de cette dernière étape de la synthèse réaliste, la démarche mise en œuvre est dite « abductive » ou « rétroductive ». Elle consiste à faire la

navette entre les données empiriques et la théorie, en utilisant à la fois un raisonnement inductif et déductif. Ce faisant, des demi-régularités permettant de soutenir, de réfuter ou d'affiner les hypothèses à l'étude (formulées lors de la première étape) ont été identifiées dans les études primaires retenues. L'analyse de ces demi-régularités a permis de formuler une théorie de moyenne portée, soit une théorie plus détaillée (que la théorie ou les hypothèses formulées à l'étape 1) et proche des données empiriques, qui clarifie les contextes dans lesquels la délégation des tâches aux ASCP fonctionnent, ses mécanismes de fonctionnement et les effets qu'elle produit sur la performance des organisations de santé.

### **III.2.3/ L'analyse logique de la délégation de tâches ASCP en Haïti**

L'analyse logique se rapporte à nos questions de recherche qui ont trait au bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti (questions de recherche *iv* et *v*). Issue de la famille des évaluations fondées sur la théorie (Bickman, 1987; Weiss, 1997), cette approche d'évaluation teste non seulement la plausibilité des hypothèses qui fondent les interventions, mais aussi l'adéquation des ressources et processus planifiés en vue de l'atteinte des objectifs visés (Champagne, Brousselle, Contandriopoulos et Hartz, 2011). Elle peut prendre la forme d'une *analyse logique directe* pour évaluer la conception de l'intervention afin de déterminer si elle est susceptible de produire les effets désirés, tout comme elle peut être une *analyse logique inverse* et être dédiée à la recherche des meilleurs moyens disponibles en vue de l'obtention des résultats ou effets souhaités (Rey et al., 2011). Compte tenu des objectifs visés par cette thèse, une *analyse logique directe* de la délégation de tâches ASCP en Haïti a été mise en œuvre. En s'inspirant de la démarche proposée par Champagne et al (2011), celle-ci a consisté à porter un jugement sur la validité du modèle logique de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, en s'appuyant sur les connaissances acquises lors de la synthèse réaliste, utilisées en tant que cadre conceptuel. Ce faisant, un avis a été émis sur la plausibilité des hypothèses qui sous-tendent la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, ainsi que sur l'adéquation des ressources et processus planifiés en vue de l'atteinte des objectifs visés. Cet avis peut être consulté au chapitre V ci-après, entièrement consacré à l'analyse logique de la délégation de tâches ASCP en Haïti. Dans ce chapitre, davantage d'informations sur ces étapes méthodologiques mises en œuvre et les objectifs visés sont également fournis.

### III.2.4/ Analyse de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP

Au-delà de l'analyse logique décrite ci-avant, une analyse de l'implantation a été réalisée. Celle-ci s'intéresse à la façon dont les interventions interagissent avec leurs contextes d'implantation (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011). Elle a été mise en œuvre en vue d'obtenir des réponses à nos questions de recherche portant sur le niveau d'implantation de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti (question vi) et sur la façon dont le contexte d'implantation l'influence (question vii). Pour répondre à chacune de ces questions, la méthodologie utilisée est décrite ci-dessous. Mais avant cela, il importe de souligner que l'approche générale utilisée ici est la *recherche synthétique*. L'utilisation de cette approche est justifiée par le fait qu'elle est adaptée pour l'étude des phénomènes complexes dont la conceptualisation et la compréhension nécessitent la prise en compte de multiples facteurs liés aux acteurs, aux organisations, ainsi qu'à l'environnement (Contandriopoulos et al., 2005). La délégation des tâches aux ASCP est typique de ce genre de phénomènes.

*Le devis de recherche* retenu est une étude de cas unique (Yin, 2009). Deux raisons principales ont milité en faveur de ce choix. Tout d'abord, il y a le fait que ce type de devis est pertinent au regard des objectifs visés. Il permet d'obtenir une compréhension approfondie des sujets explorés (Yin, 2009). Il garantit aussi une validité élevée des résultats (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011). Cependant, pour obtenir des résultats plus robustes, plus convaincants et éventuellement généralisables à d'autres contextes, un devis de cas multiples aurait pu être utilisé (Yin, 2009). Mais la conduite des études de cas multiples requiert de disposer de moyens (ressources et temps) plus importants que ceux nécessaires pour réaliser une étude de cas unique. Cela va sans dire que le fait d'avoir opté pour une étude de cas unique tient compte aussi des ressources limitées de l'étudiant-chercheur.

*Le cas à l'étude* est la délégation des tâches aux ASCP dans le Département Sanitaire du Nord (DSN) de la République d'Haïti. Les critères principaux qui ont présidé au choix de ce cas sont : la richesse des données que l'on peut y collecter ; l'opportunité ou les possibilités d'apprentissage qu'il offre. Relativement à la richesse des données que l'on peut y trouver, il importe d'expliquer que le DSN fait partie des départements du pays où le Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU) fonctionne le

mieux, notamment en ce qui concerne la collecte et la disponibilité des données. D'après un rapport du MSPP, le taux de couverture des rapports mensuels de service dans ce département était de 99,6% en 2018, soit le troisième taux de couverture le plus élevé du pays (MSPP, 2019). De plus, le DSN est l'une des 10 unités territoriales opérationnelles de mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP dans le pays. Comme tous les autres départements sanitaires du pays, ce département est confronté à des problèmes de pénuries de ressources humaines de la santé. La densité du personnel essentiel de la santé (médecins, infirmières et sages-femmes) y est estimée à 8,57 pour 10 000 habitants (MSPP, 2017c), soit largement en dessous du seuil minimal de 23 pour 10 000 habitants nécessaire pour couvrir les besoins de santé des populations (WHO, 2016a). Pour y remédier, la délégation des tâches aux ASCP fait partie des solutions mises en œuvre. Elle est implantée dans le DSN depuis au moins cinq ans. Selon un rapport du MSPP, 200 ASCP étaient en activité dans le DSN en 2019, correspond à 41,23% de l'objectif de 485 ASCP nécessaire pour couvrir les besoins du département (MSPP, 2019). Ainsi, le DSN n'en demeure pas moins un cas où il existe des opportunités d'apprentissage sur la délégation des tâches aux ASCP et où il est possible de trouver des informations utiles et riches sur l'implantation de cette intervention, ainsi que sur les facteurs qui l'influencent. Cela s'explique aussi par le fait le DSN figure parmi les départements les plus stables et sécuritaires au regard des troubles socio-politiques qui surviennent fréquemment dans le pays. Notons également que le choix du Département sanitaire du Nord repose aussi sur des considérations d'accessibilité, de moyens et de commodité. Dans ce département, les opérations de collecte de données inhérentes à cette thèse de doctorat ont bénéficié d'un appui financier, administratif et logistique de l'Unité de Santé Internationale (USI) de l'Université de Montréal, à travers notamment son projet d'Appui au Continuum de Services Mère-Enfant (ou projet ACOSME). Sans cet appui, il aurait été particulièrement difficile de les mener à bien dans le contexte régulièrement instable sur les plans politique et sécuritaire d'Haïti. En Haïti, l'USI a également facilité l'obtention des autorisations nécessaires à la mise en œuvre des opérations de collecte de données, y compris l'approbation du Comité National de Bioéthique (CNB) d'Haïti. L'USI a aussi offert un espace de travail dans les locaux du projet ACOSME et facilité le transport et l'hébergement durant toute la durée de la collecte des données en Haïti. Celle-ci s'est déroulée du 12 juin au 09 octobre 2019.

### ***III.2.4.1/ Évaluation du niveau de mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP***

Ce volet de l'analyse de l'implantation a été effectué au moyen d'indicateurs de processus et d'extrants, tels que le nombre d'ASCP sélectionnés/recrutés, le nombre d'ASCP formés, le taux de couverture des besoins en ASCP dans le DSN ou encore la proportion d'ASCP ayant un superviseur. Ces indicateurs ont été conçus à partir du modèle logique de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN d'Haïti, présenté à la section précédente (page 48). Ils portent sur les activités prévues réalisées, les extrants obtenus et les écarts entre les réalisations effectives et celles prévues dans le plan d'implantation de l'intervention. La liste complète des indicateurs utilisés est disponible dans le tableau 2 ci-après, y compris des informations détaillées sur les processus d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP auxquels chaque indicateur se rattache, les données de base collectées pour mesurer chacun d'entre eux, les sources des données, ainsi que les méthodes de calculs utilisées.

Concernant les sources de données, elles sont au nombre de deux : la revue documentaire d'une part et la réalisation d'entrevues auprès d'informateurs clés d'autre part. *La revue documentaire* a consisté à rechercher et à consulter les documents disponibles portant sur l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN, y compris les plans d'actions, les bases de données disponibles, les rapports d'activités et résultats obtenus. Les recherches ont été effectuées auprès d'une quinzaine de personnes, dont des directeurs, gestionnaires et responsables du MSPP et de ses partenaires. Les sites internet officiels du MSPP ont été également consultés, de même que la base de données bibliographiques Pubmed. Ce faisant, plusieurs documents pertinents ont été collectés et analysés. Parmi ceux-ci, on peut citer : le rapport final de la cartographie des ASCP, rendu public en 2019 ; des rapports d'activités ; des statistiques de services : des données du Système d'Information sanitaire National Unique (SISNU) d'Haïti ; le document de politique nationale de la santé (publié en 2012) ; le Plan directeur de santé 2012-2022 ; le manuel de Paquet Essentiel de Services (PES) 2016 ; le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030 et le manuel de référence pour la formation des agents de santé communautaire polyvalents (version de novembre 2017). Dans ces documents, des données quantitatives renseignant sur les réalisations enregistrées dans l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN ont été repérées, extraites et compilées dans une base de données

Microsoft Excel afin de faciliter leur analyse. De même, des données qualitatives pertinentes ont été identifiées dans les documents récoltés. Celles-ci ont été codifiées à l'aide du logiciel QDA Miner, puis analysées sur Microsoft Word.

À ces données, il faut ajouter celles obtenues à travers les *entrevues* réalisées auprès d'informateurs clés. Ces entrevues abordent à la fois des questions relatives au niveau d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN et des questions portant sur les facteurs contextuels qui facilitent ou entravent cette implantation. Dans un souci de simplification et de synthèse, la méthodologie utilisée pour mener à bien ces entrevues, y compris les participants et des détails sur les questions abordées, est présentée en dans la section suivante.

À propos de l'analyse des données, elle a été effectuée à travers la stratégie d'analyse dite "par appariement de modèle" (Yin, 2009). Cela signifie que le niveau de mise en œuvre de l'intervention a été évalué en confrontant les données sur ses processus d'implantation et les extrants attendus (fournies par le modèle logique) et les données sur ce qui a été réellement réalisé, correspondant à la réalité empirique. Pour ce faire, les données quantitatives ont été analysées au moyen de calcul de statistiques descriptives, telles que les fréquences absolues et relatives (nombre, effectifs, pourcentage) et les moyennes. Quant à l'analyse des données qualitatives, la méthode préconisée par Miles et Huberman (2003) a été mise en œuvre (Miles et Huberman, 2003). Les détails sur la mise en œuvre de cette méthode sont fournis dans la section suivante.

**Tableau 2 : Indicateurs d'évaluation du niveau d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN d'Haïti**

Catégories/Processus d'implantation	Indicateurs	Données de base collectées	Méthode/ sources de collecte	Méthodes d'analyse
Selection des ASCP	Nombre total de candidats à l'emploi d'ASCP sélectionnés dans les communes du département sanitaire	Effectifs des candidats sélectionnés dans les communes du départements	Revue documentaire (rapports d'activités, statistiques de services)	Calcul de fréquences (nombres, pourcentages)
	Niveau d'application des critères de sélection des ASCP	Critères appliqués, critères non appliqués	Entrevues	Analyse de contenu
Formation des ASCP	Contenu de la formation des ASCP	Modules de formation	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
	Durée de la formation	Nombre de jours ou mois nécessaire pour compléter la formation	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
	Nombre de personnes ayant débuté la formation d'ASCP	Effectifs de participants aux activités de formation	Revue documentaire (rapports d'activités, statistiques de services)	Calcul de fréquences (nombres, pourcentages)
	Nombre et proportion de personnes ayant complété la formation d'ASCP	Effectifs de personnes ayant achevé la formation des ASCP	Revue documentaire (rapports d'activités, statistiques de services)	Calcul de fréquences (nombres, pourcentages)
Embauchage et mise en service des ASCP	Nombre d'ASCP embauchés (par le MSPP et d'autres institutions ou organisations)	Effectifs d'ASCP embauchés	Revue documentaire (rapports d'activités et statistiques de services)	Calcul de fréquences (effectif et pourcentage)
	Nombre d'ASCP en service sur le terrain	Effectifs d'ASCP en activité	Revue documentaire (rapports d'activités et statistiques de services)	Calcul de fréquences (effectif et pourcentage)
	Taux de couverture des besoins en ASCP	Effectifs d'ASCP en activité, effectifs d'ASCP nécessaire pour couvrir les besoins du département	Revue documentaire (rapports d'activités, statistiques de services)	Calcul de taux
Acquisition et dotation des ASCP en équipements et matériels de travail	État de disponibilité du matériel et équipements de travail des ASCP	Type de matériels et équipements nécessaires, types de matériels et équipements disponibles	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
	Existence de besoins (non comblés) en matériels et équipements de travail des ASCP	Besoins en matériels et équipements de travail des ASCP	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
Supervision des ASCP	Fréquence des supervision	Nombre de supervision par mois, trimestres, semestres ou années	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
	Qualification des superviseurs	Données sur la profession ou qualification des ASCP	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu



Catégories/Processus d'implantation	Indicateurs	Données de base collectées	Méthode/ sources de collecte	Méthodes d'analyse
	Nombre de superviseurs disponibles	Effectifs de superviseurs disponibles	Revue documentaire (rapports d'activités) et entrevue	Calcul de fréquences (effectif et pourcentage)
	Ratio superviseurs/ASCP	Effectifs de superviseurs et d'ASCP en activité	Revue documentaire (rapports d'activités) et entrevue	Calcul de fréquences (effectif et pourcentage)
	Proportion d'ASCP bénéficiant d'au moins une mission de supervision par trimestre	Nombre de supervision	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
Collecte et analyse des données	Pourcentage des institutions sanitaires qui transmettent à la DSN des rapports d'activités sur les interventions des ASCP	Rapports d'activités des ASCP	Revue documentaire (rapports d'activités) et entrevue	Calcul de fréquences (effectif et pourcentage)
Mise en place d'Équipe de Santé Familiale (ESF)	Nombre d'ESF mises en place	ESF constituées et fonctionnelles	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
	Pourcentage des ASCP du département appartenant à une ESF	ASCP membre d'une ESF	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu

### *III.2.4.2/ Facteurs contextuels influençant l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP*

L'identification des facteurs contextuels qui influencent le niveau d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN a été effectuée à partir des données issues des entrevues. Celles-ci ont été menées de manière libre (ou non dirigée), sans questions ou structure préétablies, de manière à éviter le plus possible d'induire des éléments de réponses ou d'influencer les opinions des participants afin d'assurer la validité des données collectées. Dans cette perspective, les participants ont été invités à s'exprimer librement et spontanément sur l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN d'Haïti. D'entrée de jeu, il leur a été demandé de raconter : ce qu'ils font et ce que leurs collègues font dans le cadre de la mise en œuvre de cette intervention ; les ressources dont ils disposent pour mener à bien leurs activités ; les processus mis en œuvre ; le contexte d'implantation du programme (les facteurs entravant ou facilitant l'implantation) et les résultats obtenus. Puis, au besoin, ils ont été incités à développer ou à approfondir certains thèmes d'intérêt pour l'étude ou à recentrer leurs propos à travers des questions du genre : comment cela a été mis en place et comment cela a évolué depuis le début ? Pourquoi ? Comment ? et alors ? Ce faisant, le modèle logique de l'intervention (présenté ci-avant) a été mis à contribution pour approfondir les investigations relatives au niveau d'implantation. De même, différentes perspectives théoriques du changement organisationnel ont été utilisées pour approfondir la recherche sur les facteurs contextuels et leur influence sur l'implantation de l'intervention. Ces perspectives théoriques sont notamment : le modèle psychologique ; le modèle hiérarchique et rationnel ; l'approche du développement organisationnel ; le modèle structurel ; le modèle politique ; l'approche de la gestion stratégique ; l'approche institutionnelle ; les approches gurus et le modèle de l'apprentissage organisationnel (Champagne, 2002). Une présentation de chacune de ces perspectives théoriques est effectuée dans le tableau 5 au Chapitre VI, réservé exclusivement à l'analyse de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN.. Dans ce tableau, des exemples de thèmes et sous-thèmes qui ont orienté les entrevues y figurent également. À titre illustratif, le modèle hiérarchique et rationnel fait valoir que la mise en œuvre réussie d'une intervention dépend de sa planification et de l'exécution de cette planification. Sur cette base, des questions ont été posées pour savoir si l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN suit des plans d'actions et de financement et, le cas échéant, pour déterminer comment l'utilisation de tels plans influence cette implantation. De même, en lien avec le modèle

politique, des participants aux entrevues ont été interrogés sur l'occurrence ou non de conflits d'intérêts et la façon dont cela influence l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN.

Durant les entrevues, un dictaphone a été utilisé pour enregistrer les conversations et faciliter la collecte des données. Les entrevues ont été menées en français ou en créole (les deux langues officielles du pays), selon la langue avec laquelle les participants étaient le plus à l'aise. Pour ce faire, l'équipe de collecte des données était constituée de l'étudiant-chercheur, assisté par un interprète qui a été recruté localement. L'interprète est intervenu uniquement dans les entrevues qui ont été effectuées en créole pour faciliter la communication entre l'étudiant-chercheur et les participants. Pour les participants qui étaient confortables avec le français, l'interprète n'a pas été impliqué. Seul l'étudiant-chercheur a été en contact avec ces derniers lors des entrevues.

Au total, 35 personnes ont pris part aux entrevues. Parmi elles, il y a les quinze personnes-ressources, évoquées plus haut (tableau 1), rencontrées au niveau départemental et central du système de santé d'Haïti, auxquelles il faut ajouter 20 autres personnes (15 ASCP et 5 superviseurs d'ASCP), recrutées plus tard dans quatre institutions sanitaires du DSN. Toutes ces personnes ont été recrutées en utilisant la méthode "boule de neige" sur la base de leurs capacités présumées à fournir des informations fiables et pertinentes sur l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP, mais aussi en tenant compte de certaines considérations d'ordre éthique et pratique. À cet égard, il aurait été intéressant de consulter d'autres parties prenantes, notamment les populations ou bénéficiaires finals de l'intervention. Malheureusement, cela n'a pas été possible en raison des moyens limités dont disposait l'étudiant chercheur. Pour être éligible à participer à l'étude, elles devaient remplir les critères suivants : (i) être âgé(e) d'au moins 18 ans (âge de la majorité civile en Haïti) ; (ii) justifier au moins six mois d'expérience pertinente liée à l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti ; (iii) comprendre et s'exprimer raisonnablement en français ou en créole, et ; (iv) consentir à participer à l'étude.

L'analyse des données a été effectuée en suivant la méthode préconisée par Miles et Huberman (Miles et Huberman, 2003). Cette méthode comporte les trois étapes suivantes : (i) la condensation des données ; (ii) la présentation de celles-ci ; (iii) élaboration/vérification des conclusions.

*Condensation des données* – La condensation des données s’est articulée principalement autour d’activités de retranscription, de codage et d’abstraction de données. La retranscription des données a été effectuée immédiatement au fur et à mesure que celles-ci s’achevaient. Cela a permis de contrôler instantanément la qualité des données obtenues (complétude, cohérence et pertinence des données) et d’apporter des corrections ou ajustements nécessaires en temps opportun. Quant aux opérations de codage et d’abstraction des données, elles ont été effectuées à l’aide du logiciel QDA Miner. L’approche mise en œuvre est à la fois inductive et déductive. Cela signifie que le modèle logique de l’intervention et les perspectives théoriques du changement organisationnel susmentionnées ont été mis à contribution dans la catégorisation des données, tout en laissant ouvert la possibilité de prendre en compte d’éventuelles catégories (ou thèmes) pertinentes additionnelles qui émergeraient des données collectées. Concernant le modèle logique, il a servi de grille d’analyse pour l’évaluation du niveau d’implantation de l’intervention. Quant aux perspectives théoriques du changement organisationnel, elles ont été utilisées pour guider le codage déductif des données relatives aux facteurs qui influencent l’implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN. Ce faisant, les catégories et sous-catégories de données constituées sont présentées dans les tableaux 4 et 5 au chapitre IV.

*Présentation des données* – À la suite de la condensation des données, celles-ci ont été présentées sous forme des matrices bidimensionnelles. Ces matrices ont permis notamment d’avoir une vue d’ensemble des données recueillies, de les explorer et exploiter en vue de l’atteinte des objectifs visés. Elles ont été analysées en suivant les stratégies dites "orientée-cas" et "orientée-variable" de Miles et Huberman (2003). L’application de la stratégie orientée-cas a consisté à examiner en profondeur chacun des cas (ou entrevue) pour mieux appréhender la perspective de chaque participant aux entrevues et pour y discerner des critères de description (ou modèles) communs. Concernant la *stratégie orientée variable*, elle a permis de rechercher les thèmes, configurations ou relations récurrents ou transversaux présents dans toutes les entrevues. Ces recherches ont porté notamment sur les processus d’implantation de l’intervention, la description de ceux-ci, les niveaux de mise en œuvre atteints pour chacun d’entre eux, ainsi que les facteurs contextuels qui entravent ou facilitent la mise en œuvre de ces processus. Par la suite, des tableaux synoptiques ont été élaborés pour mieux comprendre la façon dont chacun des facteurs identifiés influence les

différents processus d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN. L'analyse de ces tableaux a été effectuée à l'aune des perspectives théoriques du changement organisationnel (tableau 5 au chapitre IV), en suivant la stratégie dite "par appariement de modèle" de Yin (2009).

*Élaboration/vérification des conclusions* – Cette dernière étape consiste à tirer des conclusions crédibles à partir des données collectées et analysées. À cet effet, différentes procédures préconisées par Miles et Huberman (2003) ont été mises en œuvre. Il s'agit notamment de la triangulation des sources de données (recoupement des données de la revue documentaire, des entrevues et du journal de bord) et de la validation des résultats avec des informateurs clés de la recherche. S'agissant spécifiquement de la validation des résultats, elle a consisté à recueillir et à prendre en compte les commentaires et avis de gestionnaires et responsables du MSPP sur la validité des interprétations effectuées.

### **III.2.5/ Qualité de la recherche**

Tout au long de la conception et de la mise en œuvre des travaux de cette thèse de doctorat, une attention particulière a été accordée à la qualité de la recherche. Ainsi, plusieurs stratégies mises en lumière par Devers (1999), ainsi que Mays et Pope (2000) ont été mises en œuvre pour assurer la *crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité* des résultats obtenus (Devers, 1999; Mays et Pope, 2000). Il s'agit notamment de :

- *la triangulation des sources de données* pour assurer la crédibilité et la confirmabilité des résultats obtenus. La mise en œuvre de cette stratégie a été effectuée à travers l'utilisation et le recoupement de différentes sources de données, dont la revue documentaire et les entrevues réalisées.
- *la validation des résultats obtenus avec des participants à la recherche*. Cette stratégie a été exécutée pour consolider la confirmabilité et la crédibilité des résultats de l'étude. Elle a consisté à recueillir et à prendre en compte les commentaires et avis d'informateurs clés (notamment les responsables et agents de la santé et les partenaires du MSPP) sur la validité des interprétations de données, du modèle logique de l'intervention, des résultats et conclusions de l'étudiant-chercheur.

- *la description du contexte ou de l'influence de facteurs contextuels.* La mise en œuvre de cette stratégie est utile pour déterminer dans quelle mesure les résultats de l'étude peuvent être transférés à d'autres contextes.

### **III.2.6/ Considérations éthiques**

Que l'on entreprenne la réalisation d'un tel projet de recherche en santé publique, la prise en compte des principes d'éthiques qui régissent la recherche impliquant des sujets humains (respect des personnes, bienfaisance/non-malfaisance, responsabilité, protection de la vie privée des personnes, etc.) et le respect des lois du pays hôte sont incontournables. Dans cette perspective, le consentement libre, éclairé et continu des participants a été recherché. Des dispositions ont été également prises pour assurer la sécurité, la protection et la confidentialité des données recueillies. En tout état de cause, l'étudiant-chercheur s'est employé à mettre en œuvre tout ce qui était en son pouvoir pour assurer la protection et le respect des participants à la recherche.

***Processus de consentement*** - L'obtention du consentement écrit des participants a été un préalable indispensable à la collecte des données. L'on a veillé particulièrement à ce que les décisions de participation ou de non-participation des personnes à l'étude soient prises de façon libre, éclairée et continue. Pour ce faire, toutes les informations nécessaires leur ont été fournies, à l'aide d'un formulaire d'information et de consentement. En vue de s'assurer qu'il est bien compris par tous les participants, ce formulaire a été rendu disponible en version française et en version créole, les deux langues officielles en Haïti (*voir formulaires d'information et de consentement en annexe*). Ce formulaire présente les objectifs de la recherche, ainsi que la méthodologie adoptée, décrit la nature (libre et volontaire) de la participation des personnes et renseigne sur les avantages, risques et inconvénients éventuels liés à l'étude. Il souligne également le fait que les données collectées seront rendues anonymes et demeureront strictement confidentielles. Aucun nom ou autre identifiant personnel n'a été utilisé dans l'analyse et la présentation des résultats. Un accent a été également mis sur la possibilité pour les participants de se retirer de l'étude à tout moment, sans avoir à se justifier et sans aucun préjudice. De plus, les coordonnées de l'étudiant-chercheur ont été mises à disposition pour toutes les préoccupations des participants concernant leurs droits ou pour des besoins d'informations sur l'étude ou sur les responsabilités de l'étudiant-chercheur. Par

ailleurs, une attention a été accordée au niveau de langage utilisé lors des entrevues de sorte qu'il soit adapté aux compétences linguistiques des participants. Après avoir pris connaissance du contenu du formulaire, les personnes qui ont accepté de participer à la recherche ont été invitées à le signer. Pour chaque participant, deux formulaires ont été complétés. Cela a permis de retourner une copie au participant et, à l'équipe du projet, de conserver l'autre. Précisons également que les participants ont été rencontrés pendant les pauses, en dehors des heures de travail ou pendant les jours non ouvrables.

***Risques et inconvénients liés au projet*** - Il a été considéré qu'il y avait peu de risques liés à la participation à cette étude. Cependant, les conditions de collecte de données et les questions abordées peuvent avoir causé de l'inconfort ou mis mal à l'aise les participants. Ceux-ci peuvent en effet craindre des risques de violation de la confidentialité des informations et des préjudices socio-économiques (réputation de leurs centres de santé, stigmatisation de prestataires, sécurité des emplois, etc.), si des mesures adéquates ne sont pas mises en œuvre pour assurer l'anonymat, la protection des personnes et des informations recueillies.

***Conservation et sécurité des données, protection de la confidentialité*** - Pour se prémunir contre les risques et inconvénients (décrits ci-dessus), plusieurs mesures ont été mises en œuvre. Tout d'abord, l'étudiant-chercheur a suivi plusieurs formations sur le respect des principes éthiques de la recherche avec des sujets humains. Puis, sur le terrain, ce dernier a formé et supervisé l'interprète sollicité, lors de la collecte des données, sur l'application de ces principes essentiels. De plus, un accent particulier a été mis sur la confidentialité, la protection et la sécurité des données tout au long du processus de la recherche. De même, il importe de souligner que les données collectées ont été anonymisées et conservées de manière confidentielle. Aucun identifiant de participants (nom, prénoms, poste occupé ou fonction) ou de sites de collecte des données n'a été publié. À cela, il faut ajouter le fait que les entrevues ont été organisées dans des espaces garantissant l'intimité visuelle et auditive des participants et la confidentialité. Une fois la collecte des données terminée, l'accès aux enregistrements audio a été restreint à l'étudiant-chercheur et à ses directeurs de recherche. Pour sécuriser les enregistrements audios et éviter toute divulgation inappropriée, aucun échange de données primaires via internet n'est autorisé afin de réduire les risques de piratage.

***Compensation, avantages et bénéfices liés au projet*** - Les participants ont été informés qu'aucune compensation n'est prévue pour leur participation à l'étude, de même qu'il n'y a pas d'avantages personnels immédiats à attendre en y prenant part. Les bénéfices attendus de l'étude sont plutôt d'ordre collectif, c'est-à-dire que les résultats de la recherche pourront apporter une meilleure connaissance et compréhension de la délégation des tâches aux agents de santé communautaires et contribuer à l'amélioration des interventions de santé publique. Des explications sur ces bénéfices ont été fournies en vue de l'obtention du consentement libre et éclairé des participants au projet.

Enfin, afin de s'assurer de la conformité du projet de recherche avec les pratiques exemplaires en matière de protection et respect des sujets humains, le protocole de recherche, y compris ses annexes ont été soumis à l'examen du comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal, ainsi qu'au Comité National de Bioéthique (CNB) d'Haïti. Les approbations de ces différents comités d'éthique de la recherche ont été obtenues avant la mise en œuvre proprement dite de l'étude (voir annexe).



## Chapitre IV – Résultats | Article 1 : Délégation de tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) : une synthèse réaliste

---

### Résumé

*Contexte : Dans de nombreux pays à travers le monde, la délégation des tâches aux agents de santé communautaire polyvalent est utilisée ou préconisée pour améliorer la performance des organisations de santé. Les ASCP sont réputés être des acteurs efficaces pour améliorer l'offre des services de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des maladies. Des preuves substantielles existent dans la littérature concernant leur efficacité dans de multiples domaines de la santé. Cependant, il reste à élucider comment et dans quel contexte cela se produit afin de se prémunir contre les risques d'échecs d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. Dans cette perspective, cet article fournit des explications sur le fonctionnement cette intervention. Plus spécifiquement, il renseigne sur les effets que la délégation des tâches aux ASCP est susceptible de produire, sur les conditions contextuelles dans lesquels elle parvient à les obtenir et sur les mécanismes à travers lesquels elle fonctionne.*

*Méthodes : Pour ce faire, une synthèse réaliste a été réalisée en suivant la démarche proposée par Pawson et al. (2005). Les principales étapes de mise en œuvre de cette démarche sont les suivantes : (i) formulation d'une esquisse de la théorie (ou théorie initiale) de la délégation de tâches aux ASCP en vue d'établir les hypothèses à explorer ; (ii) recherche et évaluation des preuves ; (iii) extraction des données recueillies, et ; (iv) analyse et synthèse des preuves récoltées.*

*Résultats : D'une manière générale, les résultats obtenus indiquent que la délégation des tâches aux ASCP renforce leurs capacités, stimule leur motivation au travail et élargit leur pouvoir d'agir ou leur offre l'opportunité de s'impliquer et de contribuer à l'offre des services de santé ; ce qui engendre des effets positifs sur la performance des organisations de santé, incluant l'amélioration de la production, de l'acceptabilité, de l'accessibilité (géographique, culturelle et économique), de la globalité, de la continuité, de l'efficience et de l'efficacité des services de santé. Les contextes dans lesquels cela se produit sont caractérisés par la mise en œuvre d'un certain nombre de*

*processus (formation, supervision, dotation en matériels et équipements de travail, etc.) et des conditions de travail qui se distinguent au niveau du climat organisationnel, de l'attitude et du soutien de la communauté envers les ASCP, ainsi qu'au niveau des conditions climatiques, des normes, valeurs et pratiques culturelles et autres.*

*Conclusion : Cette synthèse réaliste apporte une contribution nouvelle à l'avancement des connaissances sur la délégation de tâches aux ASCP et la pratique fondée sur des données probantes. Les informations qu'elle fournit sur le fonctionnement de cette intervention, les facteurs contextuels qui influencent son implantation et les effets potentiels qu'elle est susceptible de produire sur la performance des organisations de santé peuvent être utilisées pour approfondir les travaux de recherche sur la délégation de tâches aux ASCP et/ou pour réussir son implantation.*

***Mots-clés :*** *Agent de santé communautaire, délégation de tâches, synthèse réaliste*

## Contexte et justification

La délégation des tâches en santé désigne les situations où certaines tâches habituellement exécutées par un agent de santé sont transférées à un autre, généralement de niveau de formation inférieur ou spécialement recruté et formé à cet effet (Joshi et al., 2014 ; WHO, 2013c). Par exemple, lorsque les médecins sont en nombre insuffisant, des infirmier(e)s ou sages-femmes peuvent être formés et déployés pour prescrire et dispenser les antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (ONUSIDA, 2016; WHO, 2007). De même, des membres des communautés locales sont assez souvent recrutés et formés pour offrir des services de planification familiale, de vaccination, de lutte contre la tuberculose, le VIH/SIDA, le paludisme, etc., permettant ainsi aux infirmier(e)s qualifié(e)s de disposer de plus de marge de manœuvre pour gérer d'autres priorités plus urgentes à traiter (Perry et al., 2014; WHO, 2013c).

En Haïti, la délégation des tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) est au cœur de la stratégie du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) visant à réduire les pénuries de ressources humaines de la santé et à améliorer la couverture sanitaire universelle (MSPP, 2015). Le pays fait face à une grave crise de pénurie de professionnels de la santé (médecins, infirmier(e)s et sages-femmes), pendant que la mortalité maternelle et infantile figure parmi les plus élevées au monde. Selon des estimations de la banque mondiale, le nombre de décès maternels est de 359 pour 100 000 naissances vivantes, tandis que le taux de mortalité infantile est évalué à 52,2 pour 100 000 naissances vivantes (World Bank, 2017). Parallèlement, la densité de professionnels de santé y est estimée à 6,4 pour 10 000 habitants, soit largement en dessous du seuil minimum nécessaire pour assurer les soins de santé primaires les plus indispensables (MSPP, 2017b). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit ce seuil minimum à 23 professionnels pour 10 000 habitants (WHO, 2016a).

Les ASCP sont des employés salariés du système de santé d'Haïti. Ils sont recrutés parmi les membres des communautés desservies, formés et déployés auprès des populations pour offrir des services de proximité en matière d'éducation sanitaire, de promotion de la santé, d'orientation et d'accompagnement vers les services de santé (MSPP, 2013b). Ils couvrent un large éventail de domaines de la santé, incluant la planification familiale, la santé maternelle, les soins néo-natals,

la santé infantile et la nutrition, le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (MSPP, 2015). Au sein du système de santé d'Haïti, les ASCP sont en première ligne, assurant l'interface avec la communauté. En 2017, ils étaient 3036 en activité, représentant 46,4 % de l'objectif de 6 550 ASCP visé par le MSPP (MSPP, 2017b).

Dans la littérature scientifique, plusieurs études se font écho de la contribution significative que les ASCP peuvent apporter dans l'amélioration de la couverture sanitaire des populations. Elles soutiennent notamment que la délégation des tâches aux agents de santé communautaires est efficace pour accroître l'accès des populations aux soins de santé primaire et améliorer l'état de santé de celles-ci (August et al., 2016; Collinworth et al., 2013; Fekadu et al., 2017; Giugliani et al., 2011; Jeet et al., 2017; Lema et al., 2014; López-Ejeda et al., 2020; Negussie et Girma, 2017; Nisar et al., 2020; Rogers et al., 2018; Shelley et al., 2019; Wang et al., 2016; Zulu et al., 2015). Au Brésil, une revue systématique portant sur les « agente comunitário de saúde » (les ASCP Brésiliens) fait valoir que les interventions de ceux-ci génèrent des effets positifs dans le domaine de la santé maternelle et infantile, des maladies infectieuses et chroniques non transmissibles, ainsi que dans la réduction des inégalités en matière de santé (Giugliani et al., 2011). Des preuves de réduction de la mortalité imputable à la délégation des tâches aux ASCP ont été également recensées en Éthiopie (Teklehaimanot et Teklehaimanot, 2013), au Pakistan (Hafeez et al., 2011) et en Zambie (Zulu et al., 2015). Plusieurs études font également état de ce que la délégation des tâches aux agents de santé communautaire est susceptible de réduire les coûts des services de santé (Asiimwe et al., 2017; Datiko et Lindtjorn, 2010; Rogers et al., 2018). Cela dit, elle peut également échouer à produire des effets bénéfiques pour la santé.

Des cas d'échecs d'implantation de la délégation des tâches aux agents de santé communautaire ont été repérés dans la littérature. Parmi celles-ci, on peut citer l'essai randomisé en grappes d'Amouzou A. et ses collègues (2016) qui montre que la stratégie de prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfant en Éthiopie n'a pas produit les améliorations espérées dans les soins et traitement de la pneumonie, de la diarrhée, de la fièvre et dans la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans ou les enfants âgés de 2 à 59 mois (Amouzou et al., 2016). De même, la délégation des tâches aux agents de santé communautaire

peut engendrer des problèmes dans la qualité des services offerts aux populations (Brentlinger et al., 2010; Mijovic et al., 2016; Polus et al., 2015; Rowe et al., 2007; Zachariah et al., 2009).

Afin de se prémunir contre les risques d'échecs d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP, il importe de bien comprendre son fonctionnement. Sans cela, il est difficile, voire incertain, de savoir ce qui est nécessaire de faire pour éviter la reproduction des erreurs et assurer la mise en œuvre réussie des interventions (Brownson et al., 2009; Dixon-Woods et al., 2011). En accord avec cette perspective, cet article se penche sur des questions peu abordées dans les travaux de recherche sur la délégation des tâches aux ASCP. Celles-ci concernent notamment les mécanismes à travers lesquels cette intervention fonctionne. Cet article renseigne également sur les effets potentiels de la délégation des tâches aux ASCP, ainsi que sur les facteurs contextuels susceptibles de faciliter ou d'entraver l'obtention des effets escomptés. L'objectif général visé est de contribuer à l'amélioration des connaissances en vue de la mise en œuvre réussie de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti et éventuellement dans d'autres pays. Ultimement, cet article propose une théorie de moyenne portée de la délégation des tâches aux ASCP. Les théories de moyenne portée ou de milieu de gamme (*middle range theory*) sont définies comme étant des « *théories dont le niveau se situe entre [d'abord] les hypothèses de travail, mineures mais nécessaires, qui se développent au quotidien dans le cadre de la recherche, et [ensuite] les efforts systématiques d'intégration pour développer une théorie unitaire qui expliquerait toutes les uniformités observées du comportement social, de l'organisation sociale, et du changement social* » (Merton, 1968, cité par Ridde et al., 2012, p. 40). Pour réussir la construction de cette théorie, une synthèse réaliste a été réalisée, en suivant l'approche de Pawson (2005). Les détails de cette approche méthodologique sont fournis dans la section suivante.

## **Méthodes**

La synthèse réaliste est une approche méthodologique ancrée dans le courant philosophique du réalisme. Cette approche est considérée comme étant appropriée pour l'étude des interventions complexes, dont fait partie la délégation des tâches aux ASCP (Pawson et al., 2005 ; Robert et Ridde, 2013). Les interventions complexes présentent les caractéristiques suivantes : elles reposent sur des hypothèses ; leurs processus ne sont pas linéaires et leurs résultats sont influencés par des

facteurs liés à leur conception, au contexte d'implantation, aux conditions de mise en œuvre et aux multiples acteurs qui y participent (Datiko et Lindtjørn, 2010; Giugliani et al., 2011; MSPP, 2017b; Zulu et al., 2015).

La synthèse réaliste a été également adoptée en raison de son potentiel à apporter une connaissance approfondie du fonctionnement des interventions. Elle permet notamment de dépasser la question de la fonctionnalité des interventions - *l'intervention fonctionne-t-elle ?* - pour aborder les questions relatives au contexte dans lequel elles sont implantées et aux mécanismes par lesquels elles parviennent à produire des résultats (Pawson et al., 2005). De plus, l'approche réaliste s'appuie sur la causalité générative, ce qui signifie que pour déduire un résultat causal entre deux événements, il faut comprendre le mécanisme qui les relie et le contexte dans lequel la relation se produit (Pawson et al., 2005). De ce fait, les théories qui en découlent prennent la forme de configurations Contexte-Mécanisme-Effets (C-M-E). Dans ces configurations, le *contexte* désigne les circonstances dans lesquelles l'intervention se déroule, y compris les caractéristiques et les capacités des parties prenantes, les relations interpersonnelles entre elles, l'environnement institutionnel et le contexte social, économique, politique et culturel plus large (Robert et Ridde, 2013). Les *mécanismes* sont une combinaison de ressources offertes par l'intervention à l'étude et de raisonnement des parties prenantes à l'égard de celle-ci (Dalkin et al., 2015; Pawson et al., 2005; Shaw et al., 2018). Ils sont généralement cachés, sensibles aux variations contextuelles et aux processus de l'intervention, et produisent des effets (Ridde et al., 2012; Robert et Ridde, 2013). Quant aux *effets*, ils résultent de l'interaction entre les mécanismes et le contexte (Robert et Ridde, 2013).

En suivant la démarche proposée par Pawson et al. (2005), cinq étapes ont été mises en œuvre pour mener à bien cette synthèse réaliste et atteindre les objectifs visés. Celles-ci se résument comme suit :

### **Étape 1 : Clarification de la portée de la synthèse réaliste.**

La mise en œuvre de cette première étape vise à définir les hypothèses à explorer ou à élaborer une esquisse de la théorie de l'intervention étudiée (Pawson et al., 2005). Cette étape préliminaire

est utile pour orienter la recherche. Pour la mener à bien, les documents officiels de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti ont été consultés. Des entrevues ont été également réalisées, ainsi qu'un examen sommaire de la littérature.

### ***Examen de la documentation relative à la délégation des tâches aux ASCP en Haïti***

Les documents relatifs à la conception et l'implantation de la stratégie des ASCP en Haïti ont été recherchés et examinés. Les recherches ont été effectuées principalement auprès des responsables ou professionnels de la santé en Haïti et sur le site internet du MSPP. Elles ont permis de recueillir une vingtaine de documents, dont : le document de politique nationale de la santé d'Haïti (publié en 2012) ; le Plan directeur de santé 2012-2022 ; le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030 ; le manuel de Paquet Essentiel de Services (PES) 2016 ; le manuel de référence pour la formation des agents de santé communautaire polyvalents (version de Novembre 2017) et un document intitulé Organisation des services de santé communautaire en Haïti : mise en œuvre dans la commune de Carrefour 2011-2015 (Juillet 2017). L'examen de ces documents a permis de prendre connaissance des objectifs visés par la délégation des tâches aux ASCP. Ces objectifs sont : rapprocher les services de santé des populations et améliorer la couverture sanitaire universelle et l'état de santé des populations (MSPP, 2013b, 2017a, 2017b). En outre, il a été observé que la délégation des tâches aux ASCP en Haïti rime avec des activités de sélection, formation, déploiement et supervision. Fort de ces observations préliminaires, des entrevues ont été réalisées avec les parties prenantes en vue d'enrichir notre compréhension de l'intervention.

### ***Entrevues avec des personnes-ressources***

Par personnes-ressources, il faut entendre des personnes capables de fournir des informations pertinentes et fiables sur la conception, la planification ou la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, y compris les logiques sous-jacentes, les mécanismes présumés de fonctionnement de cette intervention et les résultats attendus. Au total, 15 personnes-ressources ont été interviewées en Haïti, dont : sept au niveau central du système de santé ; quatre responsables au sein des organisations partenaires du MSPP et quatre à la direction du département

sanitaire du nord (tableau 3 ci-après). La sélection de ces personnes a été effectuée en utilisant la méthode dite « boule de neige ». Pour participer aux entrevues, ces personnes devaient remplir les critères d'éligibilité suivants : (i) être âgé(e) d'au moins 18 ans (âge de la majorité civile en Haïti) ; (ii) justifier au moins six mois d'expérience pertinente liée à la conception, la planification et/ou la mise en œuvre de l'intervention ; (iii) comprendre et s'exprimer en français ou en créole, et ; (iv) consentir à participer à l'étude.

**Tableau 3: Personnes-ressources rencontrées**

Niveau et type de participants	Sexe		Ensemble
	<i>Féminin</i>	<i>Masculin</i>	
<b>Central</b>			
<i>Directeurs techniques ou administratifs</i>	1	1	2
<i>Responsables de programmes prioritaires</i>	3	2	5
<i>Agents des organisations partenaires</i>	1	3	4
<b>Département sanitaire du Nord (Direction)</b>			
<i>Fonctionnaires</i>	3	1	4
<b>Totaux</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>15</b>

Durant les entrevues, les personnes rencontrées ont été invitées à s'exprimer librement et spontanément sur les hypothèses qui fondent la délégation des tâches aux ASCP, les processus ou activités qu'elle implique, les résultats attendus et les facteurs qui facilitent ou entravent l'atteinte de ses résultats. Avant les entretiens proprement dits, le consentement libre, éclairé et écrit des participants a été recherché et obtenu, conformément au protocole de l'étude approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal et le comité national d'éthique de la recherche d'Haïti. Les entretiens ont été menés en face à face ou par téléphone en français. Un dictaphone a été utilisé pour faciliter la collecte et l'analyse des données. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel QDA Miner.

L'analyse des données collectées auprès des parties prenantes a apporté une meilleure compréhension des résultats attendus de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Elle a permis également de mieux appréhender les activités que son implantation implique et d'explorer les hypothèses qui la sous-tendent. On retiendra notamment que le résultat proximal visé par la délégation des tâches aux ASCP en Haïti est l'augmentation de la production des services de santé. Ce faisant, la délégation des tâches devrait contribuer, de manière efficace et efficiente, à



l'amélioration de l'accessibilité des populations aux services de santé (par le rapprochement des services de santé auprès des ménages). Au niveau plus distal, le résultat escompté est l'amélioration de la santé des populations, y compris la prévention des maladies, la réduction de la morbidité et de la mortalité. Les participants aux entrevues ont expliqué également que la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP s'effectue à travers les processus suivants : sélection/recrutement des ASCP, formation des ASCP à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, dotation en matériels ou équipements de travail et supervision de leurs activités. À propos des mécanismes présumés à travers lesquels la délégation des tâches aux ASCP devrait produire les effets escomptés, les résultats obtenus se sont avérés plutôt infructueux.

### *Revue de la littérature*

Afin de connaître les mécanismes potentiels de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP et d'apprendre davantage sur l'influence du contexte sur son implantation et ses effets sur la performance des organisations de santé, une revue de la littérature a été menée. Celle-ci a été effectuée en utilisant la méthode de boule de neige. Ce faisant, plusieurs revues systématiques récentes sur les agents de santé communautaires ont été repérées et examinées (Kok, Dieleman, et al., 2015; Kok, Kane, et al., 2015; Scott et al., 2018; Vareilles et al., 2017). De plus, plusieurs modèles fréquemment utilisés dans les études pour explorer la « boîte noire » des mécanismes à travers lesquels les pratiques de gestion des ressources humaines influencent la performance des organisations ont été repérés et exploités (Savaneviciene et Stankeviciute, 2015). Une description de chacun de ces modèles est fournie dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Modèles liant les pratiques de gestion des ressources humaines à la performance des organisations

Modèles	Hypothèses	Pratiques de gestion des ressources humaines	Mécanismes	Effets
Le modèle de Becker et ses collaborateurs (Becker et al., 1997)	Ce modèle soutient que les pratiques de gestion des ressources humaines ont des effets sur la créativité, la productivité et les efforts discrétionnaires des employés et, partant, sur la performance opérationnelle des organisations. Ces effets sont médiatisés par les compétences des employés, leur motivation, ainsi que la conception et la structure du travail.	Pratiques de gestion des ressources humaines	Compétences et motivation des employés, conception et structure du travail	Créativité, productivité, efforts discrétionnaires et performance opérationnelle
Ability-Motivation-Opportunity (AMO) framework (Appelbaum et al., 2001; Boxall et Purcell, 2011; Purcell et Chartered Institute of Personnel and Development, 2009)	D'après ce cadre, trois facteurs déterminent la performance des employés. Il s'agit de la <i>capacité des employés</i> (connaissances, compétences, aptitudes nécessaires), de leur <i>motivation</i> à accomplir les tâches qui leur sont dévolues et des <i>opportunités</i> qu'ils ont de performer et de contribuer au succès de l'organisation. En d'autres termes, cela veut dire que les employés sont performants lorsqu'ils sont capables d'exécuter les tâches qui leur incombent parce qu'ils possèdent les connaissances et les compétences nécessaires ; lorsqu'ils ont la motivation pour le faire ; et lorsqu'ils ont la possibilité de déployer leurs compétences pour contribuer à réussite organisationnelle	Sélection/recrutement, formation, travail d'équipe, etc	Capacités, motivation, opportunités de contribuer,	Engagement organisationnel, satisfaction au travail, productivité, performance
Le modèle de Guest (Guest, 1997)	En s'inspirant de la théorie des attentes (Expectancy theory) de Victor Vroom, Guest (1997) soutient que la performance au niveau individuel découle d'une forte motivation et de la possession des compétences et capacités nécessaires et d'un rôle et d'une compréhension appropriés de ce rôle. Ainsi, pour être performantes, les organisations se doivent d'adopter des pratiques de gestion des ressources humaines qui affectent positivement ces facteurs.	Gestion des ressources humaines (sélection, formation, rémunération, conception du travail, etc)	Motivation, compétences, capacités, rôles et compréhension appropriés des rôles	Engagement des employés, flexibilité fonctionnelle, personnel de qualité
Le modèle de Wright et Nishii (Wright et Nishii, 2006)	Ce modèle fait valoir que les perceptions des employés à l'égard des pratiques de gestion des ressources humaines influencent leur réactions (affectives, cognitives et comportementales) au sein de l'organisation et la performance de celle-ci.	Pratiques de gestion des ressources humaines	Perception des employés	Réactions des employés, performance des employés et/ou de l'organisation.
Boxall and Purcell (Boxall et Purcell, 2011)	Selon ce modèle, les perceptions des employés relatives aux politiques et pratiques de gestion déterminent leurs réponses (amélioration des compétences et des connaissances, quantité et qualité de l'effort, coopération, engagement, intentions de démission, roulement du personnel, etc) et la performance organisationnelle.	Valeurs et politiques et pratiques de gestion de l'organisation	Perception des employés	Réponses des employés et performance de l'organisation

À ces modèles, il faut ajouter la théorie de l'auto-détermination de Ryan et Deci (2000). Cette théorie a été repérée et retenue pour ses explications sur les motivations qui poussent les personnes à s'engager ou non dans une activité. Elle distingue trois grands types de motivation : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation. La motivation intrinsèque fait référence à la satisfaction personnelle, au plaisir ou à l'intérêt que les individus trouvent dans leur participation au travail, sans attente de récompense externe. La motivation extrinsèque survient lorsque les personnes sont stimulées au travail par l'attente (espérée) d'une récompense (salaire, reconnaissance sociale, etc.). Et, enfin, l'amotivation renvoie à l'absence totale de motivation (Ryan et Deci, 2000).

À la lumière de ce qui précède, trois hypothèses de recherche ont été formulées. La première (H1) stipule que la délégation des tâches aux ASCP améliore la performance des organisations de santé (effets). La deuxième hypothèse (H2) soutient que les effets de la délégation des tâches aux ASCP sur la performance des organisations de santé incluent l'augmentation de la production des services de santé, le rapprochement des services de santé des populations, l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services de santé. Quant à la troisième (H3), elle fait valoir que les effets de la délégation des tâches sur la performance des organisations de santé sont modérés par le contexte d'implantation, de sorte que sa mise en œuvre réussie nécessite d'impliquer la communauté dans la sélection/recrutement des ASCP, de former les ASCP ou de s'assurer qu'ils ont reçu la formation nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, de les encadrer/soutenir par des activités de supervision et de veiller à ce qu'ils disposent des moyens matériels et des équipements de travail adéquats. Ci-après, la figure 5 présente un schéma illustratif de ces hypothèses, soit une formulation de l'esquisse de la théorie de la délégation de tâches aux ASCP qui a été soumise à l'épreuve des faits par la suite.

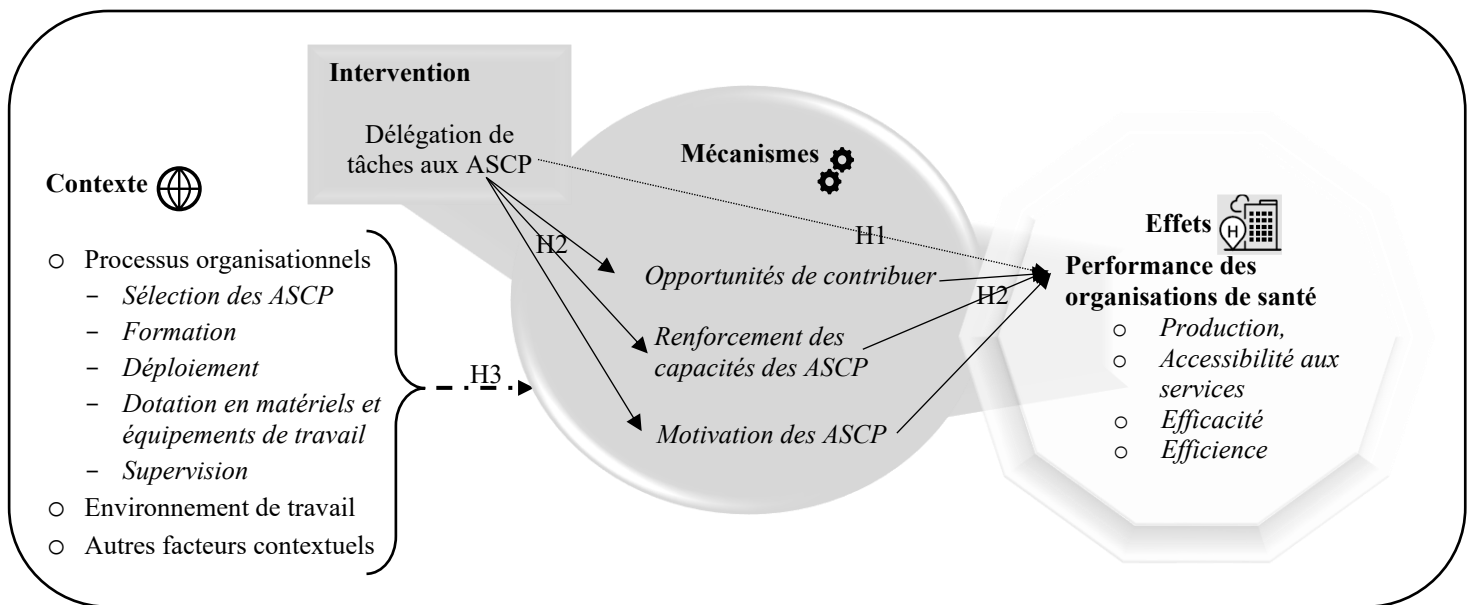


Figure 5 : Esquisse de la théorie de la délégation de tâches aux ASCP

## Étape 2 et 3 : Recherche et évaluation des preuves

À la suite de la formulation de la théorie initiale de la délégation de tâches aux ASCP, la deuxième étape a consisté à rechercher les preuves pertinentes en vue de la tester. Les recherches ont été effectuées dans différentes sources de données, dont les bases de données bibliographiques MEDLINE\Pubmed, APA PsycNET, CENTRAL, CINAHL, Google scholar, des sites internet gouvernementaux et d'organismes non gouvernementaux. Dans un premier temps, une exploration préliminaire de la littérature a été effectuée en vue de se faire une idée des publications disponibles et des mots-clés de recherche qui peuvent être utilisés pour atteindre efficacement les objectifs visés. Cette exploration préliminaire a permis notamment d'observer que la dénomination "Agent de santé communautaire polyvalent" ou son équivalent anglais "Polyvalent Community Health Workers" ou "multipurpose community health worker" est très peu répandu dans la littérature scientifique. Seulement une étude évoquant les "Polyvalent Community Health Workers" a été identifiée (Brooks et al., 2015). En tenant compte de ces observations, les syntaxes de recherche utilisées ont été élaborées à partir des vedettes-matières suivantes : "Community Health Workers", "Program effectiveness", "Program Evaluation" et "productivity". Ainsi, 793 documents ont été repérés dans les bases de données bibliographiques citées ci-dessus.

Chacun de ces documents a fait l'objet d'un examen minutieux en vue de statuer sur leur inclusion ou non dans l'étude. Cet examen a consisté en la lecture attentive du titre, du résumé et au besoin de l'intégralité du document. Pour être inclus dans l'étude, les documents devaient satisfaire différents critères, dont deux se rapportant à la qualité des preuves, à savoir la pertinence et la rigueur de celles-ci. Tel que préconisé par Pawson et al. (2005), la pertinence des études primaires a été évaluée afin de déterminer si elle aborde des questions relatives aux hypothèses à l'étude. Quant au critère de rigueur, il a été utilisé pour sélectionner les recherches primaires qui apportent une contribution significative et crédible au test des hypothèses à l'étude. Plus concrètement, les critères utilisés pour la sélection des études sont les suivants : (i) être une étude primaire portant sur une initiative de délégation de tâches similaire à celle des ASCP en Haïti ; (ii) fournir des informations pertinentes au regard des objectifs de l'étude (c'est-à-dire contribuer à l'amélioration des connaissances sur la théorie à l'étude ; (iii) être méthodologiquement crédible ; (iv) être écrit en français ou anglais ; (v) être entièrement accessible (texte au complet) et (vi) avoir été publié entre 2000 et 2020. S'agissant spécifiquement du premier critère, les initiatives de délégation de tâches ont été considérées comme étant similaires à celle des ASCP d'Haïti lorsqu'elles présentent les caractéristiques suivantes :

- *Nature gouvernementale* – l'initiative est gouvernementale, prescrite et encadrée dans les politiques publiques et/ou des documents officiels ;
- *Polyvalence* – les agents de santé communautaires sont polyvalents. Ils ont au moins une double compétence ou ils couvrent plus d'un domaine de la santé ;
- *Statut professionnel* – les agents de santé communautaires ne sont pas des bénévoles. Ce sont des salariés du gouvernement ou d'organisations non gouvernementales ;
- *Temps de travail consacré aux activités communautaires* – les agents de santé communautaire travaillent en temps plein.
- *Mode de recrutement* – Les agents de santé communautaires sont des membres issus de la communauté.

L'application de ces critères a nécessité parfois des recherches complémentaires afin de disposer davantage d'informations sur la nature des interventions. Ces recherches ont été effectuées en

s'appuyant essentiellement sur les références bibliographiques des premiers documents trouvés (méthode boule de neige). Ce faisant, 39 ressources documentaires supplémentaires ont été repérées sur des sites internet gouvernementaux ou d'organismes internationaux. Issues essentiellement de la littérature grise, ces ressources incluent des documents de politique nationale de la santé, des manuels de formation des agents de santé communautaires, des directives nationales relatives à l'offre des services ou des rapports d'activités.

En fin de compte, les recherches de preuves effectuées ont permis de repérer au total 832 documents, dont 129 ont été inclus dans l'étude, après l'application de critères d'éligibilité et suppression des doublons (voir figure 6 - diagramme ci-après). Parmi les documents inclus dans la synthèse, 51 sont des recherches primaires. Celles-ci constituent la base de preuves empiriques sur laquelle repose la présente synthèse réaliste. Les caractéristiques de ces études, incluant le nom du premier auteur, le titre, la date de publication, le sujet abordé, le pays, la méthode de collecte de données utilisée et des informations sur la qualité des données, sont présentées dans le tableau 9 en annexe de cet article. Elles proviennent de huit pays, à savoir : Brésil (27%), Éthiopie (29%), Malawi (12%), Mali (6%), Ouganda (2%), Pakistan (10%), Tanzanie (6%) et Zambie (8%). Plus de 60% d'entre elles sont de type qualitatif, réalisées à travers des entrevues individuelles et/ou discussions de groupe. Notons également que dans les pays couverts par ces études, les ASCP ont respectivement les dénominations suivantes : Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Health Extension Worker (HEW), Health surveillance assistants (HSA), Agents de santé Communautaire (ASC), Community Health Extension Worker (CHEW), Lady Health Workers (LHW), Community health worker (CHW) et Community Health Assistant (CHA). Concernant les autres documents utilisés dans le cadre de cette synthèse réaliste, ils sont issus de la littérature grise ou de recherches secondaires. Ces documents ont été utiles pour mieux connaître et comprendre le contexte des huit pays couverts par la synthèse réaliste et les initiatives de délégation des tâches aux ASCP qui y sont implantées.

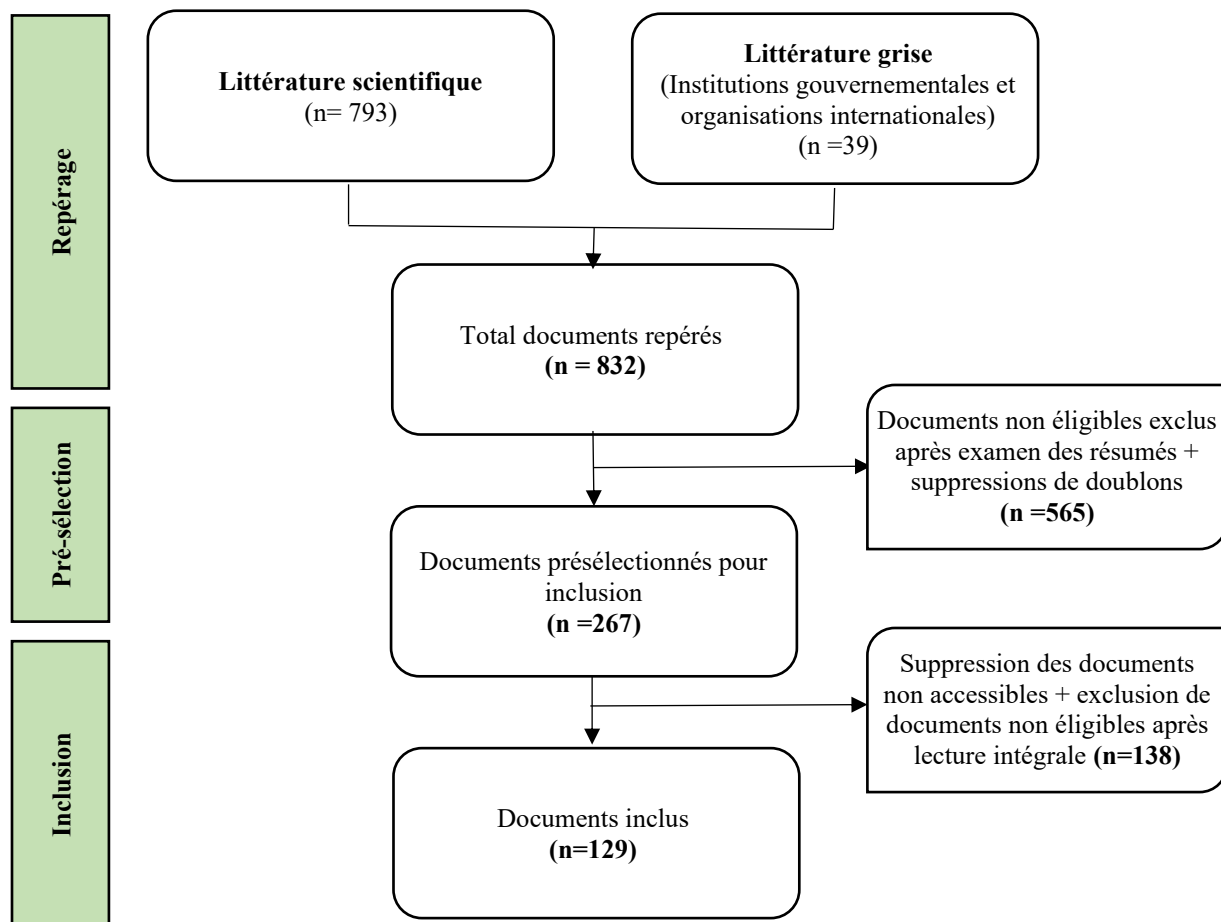


Figure 6 : Diagramme PRISMA de sélection des documents

#### Étape 4 : Extraction des données

L'extraction des données a été un processus itératif, impliquant d'abord la lecture et la relecture des documents en vue de se familiariser avec les contenus, puis l'identification, le codage et la récupération des données d'intérêt relatives au contexte, aux mécanismes et aux effets/résultats de la délégation des tâches aux ASCP. Elle a été réalisée à l'aide du logiciel QDA Miner. L'approche de codage mise en œuvre est de type hybride (déductif et inductif). Cela veut dire que le codage a débuté avec une liste de codes de départ. Puis, cette liste a été inductivement révisée et mise à jour pour prendre en compte toutes les données pouvant être d'intérêt pour confirmer ou infirmer les hypothèses à l'étude. Pour rappel, ces hypothèses se rapportent aux concepts suivants :

- *le contexte de l'intervention* qui désigne les circonstances dans lesquelles celle-ci est implantée, y compris les caractéristiques et les capacités des parties prenantes, les relations

interpersonnelles entre elles, les processus mis en œuvre, l'environnement institutionnel et le contexte social, économique, politique et culturel plus large (Robert et Ridde, 2013).

- *les mécanismes de fonctionnement de l'intervention* qui renvoient aux ressources offertes par celle-ci, y compris les croyances, valeurs, désirs, processus cognitifs et aux autres éléments du raisonnement de l'acteur ou des parties prenantes à son égard (Dalkin et al., 2015; Pawson et al., 2005; Shaw et al., 2018).
- *les effets ou résultats* (attendus ou non) de l'interaction entre les mécanismes de l'intervention et son contexte d'implantation (Robert et Ridde, 2013) sur la performance des organisations de santé qui sont les résultats.

Afin de mener à bien l'extraction et le traitement des données relatives au contexte de l'intervention, différentes perspectives théoriques d'analyse du changement organisationnel ont été mises à contribution (Champagne, 2002). Ces perspectives théoriques, y compris des informations sur les thèmes qui s'y rattachent ou les catégories de codage des données considérées, sont présentées dans le tableau 5 ci-après. De même, les modèles présentés plus haut (au tableau 4) et les types de motivation qui poussent les personnes à s'engager ou non dans une activité (Ryan et Deci, 2000) ont été utilisés pour guider le codage, l'extraction et l'analyse des données relatives au mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP. Les codes utilisés à cet effet avaient trait notamment aux concepts suivants : connaissances et compétences des ASCP ; motivation au travail des ASCP, opportunités offertes aux ASCP de contribuer à l'offre des services de santé, et ; compréhension des rôles qui leur sont dévolues. Par ailleurs, les dimensions de la performance des organisations de santé du modèle EGIPSS<sup>1</sup> (Champagne et al., 2005; Sicotte et al., 1999) ont servi de grille d'analyse des effets. Celles-ci incluent : l'efficacité, l'efficience, la satisfaction des personnes cibles des interventions, le volume des services produits, la productivité et la qualité (accessibilité, continuité, humanisation, justesse, etc.).

---

<sup>1</sup> *Évaluation Globale Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé*



**Tableau 5 : Résumés des perspectives théoriques concernant le changement organisationnel (Champagne, 2002)**

Perspectives théoriques	Résumés	Catégories	Sous-catégories
Le modèle hiérarchique et rationnel	Ce modèle stipule que la réussite de l'implantation d'une intervention dépend de sa planification et de l'exécution de cette planification. Il valorise le contrôle hiérarchique des individus sur les lieux de travail et accorde un rôle-clé et déterminant à la supervision des gestionnaires en position d'autorité pour la réussite des interventions. En d'autres termes, le modèle hiérarchique et rationnel suggère que la planification des programmes ou interventions, le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions et la supervision des gestionnaires sont des facteurs importants pour comprendre la mise en œuvre des changements dans les organisations.	Planification du programme	Disponibilité de plans d'actions et de financement du programme
			Niveau de cohérence et complétude de plans d'actions et de financement
			État d'exécution des plans du programme
			Existence d'un mécanisme de supervision fonctionnel
L'approche du développement organisationnel	Cette approche met en lumière la nécessité de promouvoir des valeurs de participation et de consensus au sein des organisations en vue de réussir les interventions. Ces valeurs favorisent des rapports positifs et non conflictuels entre les professionnels et permettent de dépasser les tensions (éventuelles) qui nuisent à la solidarité intra-organisationnelle. Ainsi, l'existence d'un style de gestion favorisant la participation des parties prenantes aux prises de décision, la communication efficace entre les acteurs et la décentralisation sont des facteurs qui influencent la qualité de la vie organisationnelle et l'implantation des interventions.	Style de gestion	Degré de décentralisation des décisions de management
		Participation de toutes catégories professionnelles au processus de décision	Niveau de représentation des différentes catégories professionnelles dans les processus de prises de décisions
			Existence d'un mécanisme fonctionnel assurant la participation de toutes les catégories professionnelles aux prises de décisions
			Taux de participation des différentes catégories professionnelles aux prises de décisions
		Climat organisationnel	Qualité des relations sociales au sein du programme
			Niveau de stabilité et assiduité du personnel
			Indice d'engagement et de satisfaction au travail
		Le modèle psychologique	Le modèle psychologique met l'emphase sur les réactions des acteurs à l'égard des changements organisationnels. Ces réactions peuvent être positives et favoriser l'implantation des interventions ; tout comme, elles peuvent être négatives ou défensives et engendrer des résistances des acteurs, susceptibles d'entraver la mise en œuvre des changements organisationnels. Ainsi, les réactions des acteurs constituent des facteurs à considérer dans l'étude des variations du niveau de mise en œuvre des interventions. Elles peuvent être appréhendées en examinant les croyances, les perceptions, les attitudes et les
Attitudes des acteurs à l'égard de l'implantation du programme	Niveau de conviction relative à la capacité du programme à atteindre ses objectifs		
	Existence de résistances à l'implantation du programme		
	Niveau de satisfaction à l'égard du programme		

Perspectives théoriques	Résumés	Catégories	Sous-catégories
	comportements des parties prenantes à l'égard de l'implantation des interventions.		
Le modèle structurel	Le modèle structurel soutient que la réussite des changements dans les organisations est déterminée par la capacité de celles-ci à adapter leurs structures aux exigences du changement. Cette capacité d'adaptation peut être mesurée par : le niveau de centralisation ou décentralisation, la formalisation des processus, la taille des organisations. Elle peut également être influencée par la capacité de réorganisation ou restructuration des gestionnaires, leur d'expertise et l'environnement de l'organisation (degré d'urbanisation, l'accessibilité géographique; niveau socio-économique, etc).	Attributs du gestionnaire	Niveau d'éducation
			Domaine d'expertise ou de formation
			Nombre d'années d'expérience professionnelles
			Leadership et style de gestion
		Attributs de l'organisation	Type d'institutions de santé
			Statut de l'institution sanitaire (privé ou public)
			Domaine de spécialité
			Degré de formalisation des processus du programme
Contexte organisationnel	Densité de la population		
	Dotation en ressources humaines de la santé (nombre de prestataires pour 10000 habitants).		
Le modèle politique	Le modèle politique fait valoir que c'est la poursuite d'intérêts particuliers par des acteurs ou groupes d'acteurs influents au sein de l'organisation qui détermine l'implantation des changements ou interventions. Il suggère de considérer les conflits de compétences ou de pouvoir et les conflits d'intérêts éventuels entre les acteurs ou entre groupements professionnels dans l'analyse du niveau d'implantation des interventions.	Conflits de compétences	Existence de conflits de compétences entre les catégories professionnelles (relations tendues entre catégories professionnelles)
		Conflits d'intérêts entre les groupements professionnels	Existence de conflits d'intérêts entre les groupements professionnels
L'approche de la gestion stratégique	L'approche de la gestion stratégique porte sur les changements organisationnels en tant que processus discontinu et révolutionnaire, consécutif à une situation de crise. Elle stipule que la mise en œuvre réussie des changements, dans ces conditions, est rendue possible lorsque l'on dispose de dirigeants stratégiques qui assurent la transformation radicale de la culture, de la stratégie et de la structure de l'organisation. Ainsi, dans l'étude des facteurs qui influencent la mise en œuvre des changements organisationnels, il importe d'examiner les stratégies utilisées par les responsables ou gestionnaires des organisations.	Stratégies des gestionnaires	Adéquation des stratégies adoptées et mises en œuvre
Les approches gurus	Les approches gurus incitent à réfléchir sur l'influence des leaders dans la mise en œuvre des interventions. Selon ce modèle, les compétences et l'efficacité des leaders peuvent être déterminantes pour la réussite ou l'échec des interventions. Il suggère d'observer les traits caractéristiques des	Compétences et efficacité des leaders	Existence de leaders ou champions compétents et efficaces assurant le la mise en œuvre et le fonctionnement optimal du programme

Perspectives théoriques	Résumés	Catégories	Sous-catégories
	leaders de l'organisation (entrepreneurs, visionnaires, stratèges, prévoyants, charismatiques, fins psychologues capables de vaincre les résistances de leurs troupes ou autres) et de voir comment ces traits influencent la mise en œuvre des interventions.		
Approches institutionnelles	Cette approche communique l'idée selon laquelle les principales sources de changement et les facteurs qui déterminent le niveau de mise en œuvre des interventions résident dans l'environnement externe de l'organisation. Elle met l'accent sur la nécessité de prendre en compte l'environnement institutionnel (associations professionnelles, système juridique, technocratique, gouvernemental, etc), les normes, valeurs et pratiques culturels (religion, croyances populaires, stigmatisation liée à la maladie, relations de genre, etc) et le contexte socio-économique dans l'évaluation de l'implantation des interventions.	Contexte socio-économique et culturel	Existence de facteurs facilitants ou entravants la mise en œuvre du programme Nature des facteurs facilitants ou entravants la mise en œuvre du programme
		Cadre légal régissant la mise en œuvre du programme	Lois, normes réglementaires et organisationnelles facilitant ou entravant la mise en œuvre du programme
Modèle de l'apprentissage organisationnel	Ce modèle met l'emphase sur la mise en œuvre de processus d'apprentissage collectif basé sur l'expérimentation, l'essai et l'erreur au sein des organisations. Selon ce modèle, le niveau d'implantation des changements organisationnels est influencé par ces processus. L'existence et le fonctionnement de ces processus sont donc à considérer lorsqu'on évalue la mise en œuvre des interventions.	Mise en œuvre de processus d'apprentissage collectif	Niveau d'exécution des activités d'apprentissage collectif planifiées

## Étape 5 : Synthèse des preuves

La synthèse des preuves a consisté dans un premier temps à développer des configurations Contexte-Mécanismes-Effets (CME) fournissant un aperçu explicatif de la façon dont fonctionne la délégation des tâches aux ASCP (tableau 6 ci-après). Pour ce faire, l'approche dite « abductive » ou « rétroductive » a été mise en œuvre. La mise en œuvre de cette approche repose sur des aller-retours entre les données empiriques et la théorie (les hypothèses à l'étude), en utilisant à la fois un raisonnement inductif et déductif. Ce faisant, des demi-régularités ont été identifiées. Les demi-régularités désignent les patterns ou modèles qui émergent de manière régulière, mais non nécessairement permanente, à la suite de la mise en place d'une intervention (Robert et Ridde, 2013). L'analyse des demi-régularités observées, à travers des opérations de juxtaposition, organisation ou des résumés, a permis par la suite de soutenir, réfuter ou affiner les hypothèses à

l'étude. Cela a conduit également à la formulation d'une théorie de moyenne portée de la délégation des tâches aux ASCP, c'est-à-dire une théorie plus détaillée (que la théorie formulée à l'étape 1) et proche des données empiriques. Cette théorie apporte une meilleure connaissance et compréhension des contextes dans lesquels la délégation des tâches aux ASCP fonctionnent, ses mécanismes de fonctionnement et les effets qu'elle produit sur la performance des organisations de santé.

**Tableau 6: Configurations Contexte-Mécanismes-Effets**

Configurations Contexte-Mécanismes-Effets					Preuves
N°	Contexte (C)	Mécanisme (M)	Effets (E)	Description/Explications	
<b>Composantes de l'intervention</b>					
01	<b>Sélection des ASCP</b> (Implication des communautés dans la sélection des ASCP)	Motivation des ASCP	Augmentation de la production/Amélioration de l'accessibilité des services de santé	La sélection des ASCP avec l'aval de représentants de celle-ci (C), stimule leur motivation à s'acquitter des tâches qui leur sont déléguées (pour mériter la confiance placée en eux) (M), ce qui accroît leur contribution à l'offre des services de santé	(Datiko et al., 2015; Kok et al., 2016 ; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017). Galavote et al., 2011 Joseph Mumba Zulu et al., 2014b)
02	<b>Sélection des ASCP</b> (parmi les membres de la communauté visée)	Renforcement du pouvoir d'agir des ASCP (opportunité de contribuer)	Augmentation de la production/Amélioration de l'acceptabilité des services de santé	La sélection des ASCP parmi les membres de des communautés visées par les interventions (C) donne l'opportunité aux ASCP d'utiliser ou de faire valoir leurs connaissances, compétences et expériences acquises au sein de cette communauté, ce qui favorise la mise en œuvre des tâches qui leur sont déléguées, l'amélioration de leur productivité et l'acceptabilité des soins et services de santé offerts à la population (E)	(Admasu, 2017; Baralhas et Pereira, 2013; Costa et al., 2013; Filgueiras et Silva, 2011; Galavote et al., 2011; Grossman-Kahn et al., 2018; Lara et al., 2012; Marzari et al., 2011; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017)
03	<b>Formation des ASCP</b>	Renforcement des connaissances et compétences des ASCP	Accessibilité géographique des soins de santé	Lorsque les ASCP sont formés à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, (C), ils acquièrent des compétences qui leur permettent d'offrir des services de santé communautaire ou des soins de proximité (prodigués près des lieux où vivent les personnes) (E)	(Alvarez Morán et al., 2018; Asimwe et al., 2017 ; Bittencourt et Scarinci, 2019; Coutinho et al., 2014; Datiko et al., 2015; Dynes et al., 2014; Fausto et al., 2011; Filgueiras et Silva, 2011; Melo e Lima et al., 2018; Pinto et al., 2012; Rabbani et al., 2016)
04	<b>Formation des ASCP</b>	Motivation au travail des ASCP	Augmentation de la production et de l'accessibilité des services de santé	La formation des ASCP les motivent à mettre en œuvre les tâches qui leur sont déléguées (M), ce qui se traduit par des améliorations dans la production et l'accessibilité des services offerts (E)	(Chikaphupha et al., 2016; Gilroy et al., 2013; Kok et Muula, 2013; Kok et al., 2016; Rabbani et al., 2016; Tesfaye, 2017; Joseph Mumba Zulu et al., 2014)
05	<b>Formation des ASCP</b>	Renforcement du pouvoir d'agir des ASCP	Productivité des ASCP	Quand les ASCP sont formés à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, (C), leur confiance en soi (ou leur confiance en leurs capacités) s'améliore, ce qui favorise leur productivité (E)	(Bittencourt et Scarinci, 2019)
06	<b>Dotation en matériels et fournitures de travail</b>	Renforcement du pouvoir d'agir des ASCP	Augmentation de la production et de l'accessibilité aux soins de santé (+)	Si les ASCP sont dotés de matériels et fournitures de travail adéquats, cela renforce leur capacité d'intervention, ce qui contribue à l'amélioration de la productivité et l'accessibilité aux services de santé.	(Chipukuma et al., 2018; Galavote et al., 2011; Mengesha et al., 2018; Phiri et al., 2017; Rabbani et al., 2016; Raifman et

Configurations Contexte-Mécanismes-Effets					Preuves
N°	Contexte (C)	Mécanisme (M)	Effets (E)	Description/Explications	
					al., 2013; Smith et al., 2014; Tesfaye, 2017; Joseph M. Zulu et al., 2019).
07	Dotation en matériels et fournitures de travail	Renforcement du pouvoir d'agir des ASCP	Qualité des soins de santé (acceptabilité, accessibilité, globalité)	Quand les ASCP disposent du matériel de travail nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, cela les rend plus crédibles aux yeux de la communauté (M), ce qui favorise l'acceptation des services qu'ils offrent.	(Gilroy et al., 2013; Rabbani et al., 2016; Rafiq et al., 2019; Shelley et al., 2016; Joseph M. Zulu et al., 2019).
08	Dotation en matériels et fournitures de travail	Motivation	Augmentation de la production des services de santé	Les ASCP se sentent motivés au travail lorsqu'ils disposent du matériel de travail adéquat, ce qui améliore la productivité.	(Chikaphupha et al., 2016; Kok et Muula, 2013; Phiri et al., 2017b; Rabbani et al., 2016)
09	Supervision des ASCP	Renforcement des connaissances et compétences des ASCP	Augmentation de la production/Accessibilité des services de santé	La supervision (C) améliore la productivité des ASCP (E) en contribuant au renforcement de leurs capacités (connaissances, compétences, encadrement) (M)	(Aftab et al., 2018; Ameha et al., 2014; Befekadu et Yitayal, 2020; Hafeez et al., 2011; Morán et al., 2018; Phiri et al., 2017 ; Rabbani et al., 2016; Robertson et al., 2015; Shelley et al., 2016; Whidden et al., 2018; Joseph M. Zulu et al., 2019)
10	Supervision des ASCP	Renforcement des connaissances et compétences des ASCP	Qualité technique des services offerts (justesse et exécution compétente)	Lorsque les ASCP bénéficient de supervision, cela améliore leurs compétences et leur permet d'offrir aux personnes des soins et services de qualité techniquement justes et pertinents	(Aftab et al., 2018; Ameha et al., 2014; Datiko et al., 2015; Hafeez et al., 2011; Phiri et al., 2017 ; Robertson et al., 2015; Whidden et al., 2018; Joseph Mumba Zulu et al., 2014)
11	Supervision des ASCP	Motivation au travail des ASCP	Augmentation de la production/Accessibilité des services de santé	La supervision (C) motive les ASCP (M), ce qui a des effets positifs sur leur productivité (E)	(Chikaphupha et al., 2016 ; Kok et Muula, 2013; Kok et al., 2016 ; Rabbani et al., 2016; Shelley et al., 2016) (Joseph Mumba Zulu et al., 2014)
12	Supervision des ASCP	Renforcement du pouvoir d'agir des ASCP	Augmentation de la production des services de santé	La supervision (C) procure aux ASCP un sentiment de légitimité (M) qui renforce leur pouvoir d'agir (M) et mène à des améliorations de leur productivité (E),	(Ávila, 2011; Robertson et al., 2015)
13	Rémunération/incitation	Motivation au travail des ASCP	Augmentation de la production des services de santé	La rémunération et les incitatifs (C) stimulent la motivation au travail des ASCP (M), ce qui se traduit par des gains de productivité accrus des ASCP (E)	(Chikaphupha et al., 2016; Dessalegn, 2018; Jackson, 2018; Khan et al., 2019; Kok et al., 2016 ; Ormel et al., 2019;

Configurations Contexte-Mécanismes-Effets					Preuves
N°	Contexte (C)	Mécanisme (M)	Effets (E)	Description/Explications	
					Rabbani et al., 2016; Smith et al., 2014; Joseph Mumba Zulu et al., 2014)
<i>Contexte général</i>					
14	<b>Acceptation de la communauté</b>	Motivation au travail des ASCP	Productivité (+)/accessibilité des services	Dans les contextes où les ASCP sont acceptés par les communautés, ils se sentent soutenus, ce qui les motive à travailler davantage pour rendre les services plus accessibles	(Baralhas et Pereira, 2013; Grossman-Kahn et al., 2018; Kok et al., 2016 ; Pinto et al., 2012; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017; Joseph M. Zulu et al., 2019)
15	<b>Acceptation au sein de la communauté</b>	Renforcement du pouvoir d'agir des ASCP	Rendement/Productivité	Lorsque que les ASCP sont accepté dans la communauté, cela leur offre l'opportunité de performer, ce qui se traduit par des gains de productivité	(Baralhas et Pereira, 2013; Kok et al., 2016 ; Rafiq et al., 2019; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017).
16	<b>Confiance de la communauté envers les ASCP</b>	Motivation au travail des ASCP	Productivité (+)/accessibilité des services	Lorsque que les ASCP ont le sentiment que les communautés leur font confiance, cela les motive à travailler davantage et améliore leur contribution à rendre les services plus accessibles	(Frumence et al., 2019; Getnet et al., 2017; Sedlander et al., 2018; Joseph Mumba Zulu et al., 2014)
17	Qualité/Réactivité des organisations de santé face aux besoins des patients (délais d'attente, respect des personnes)	Motivation au travail des ASCP/pouvoir d'agir des ASCP	Productivité des ASCP/ Continuité des soins	Dans les contextes où les organisations de santé sont réactives face aux problèmes des patients (délais d'attente raisonnables, respect envers les personnes), les ASCP développent un sentiment de confiance ou se sentent soutenus par leurs collègues, ce qui les motive à s'acquitter des tâches qui leurs sont déléguées, tel que la référence des personnes vers les services de santé dont ils ont besoin.	(Afsar et al., 2005; Baralhas et Pereira, 2013; Gebrehiwot et al., 2014; Grossman-Kahn et al., 2018, p.; Jackson et Hailemariam, 2016; Kok et al., 2016 ; Shaw et al., 2015; Joseph Mumba Zulu et al., 2014).
18	<b>Surcharge de travail</b>	Motivation au travail des ASCP	Production des services de santé	La surcharge de travail des ASCP (C) réduit leur motivation au travail (M), ce qui mène à des baisses de productivité	(Chikaphupha et al., 2016; Dessalegn, 2018; Jackson, 2018; M C Kok et Muula, 2013; Smith et al., 2014; Tesfaye, 2017)
19	<b>Possibilités de développement de carrière professionnelle</b>	Motivation au travail des ASCP	Augmentation de la production des services de santé	Lorsque des possibilités de développement de carrières existent, les ASCP sont motivés au travail (M) car ils y voient une opportunité pour faire évoluer leur carrière, ce qui améliore leur productivité (E)	(Chikaphupha et al., 2016; H. Ormel et al., 2019; Tesfaye, 2017; Joseph Mumba Zulu et al., 2014)

Configurations Contexte-Mécanismes-Effets					Preuves
N°	Contexte (C)	Mécanisme (M)	Effets (E)	Description/Explications	
20	<b>Reconnaissance sociale</b>	Motivation au travail des ASCP	Augmentation de la production des services de santé	Dans les contextes où les ASCP bénéficient d'une reconnaissance sociale pour leur travail, ils se sentent motivés (M), ce qui se traduit par des gains de productivité	(Baralhas et Pereira, 2013; Chikaphupha et al., 2016; Datiko et al., 2015; Grossman-Kahn et al., 2018; Khan et al., 2019 ; M C Kok et Muula, 2013; Kok et al., 2016 ; H. Ormel et al., 2019; Simas et al., 2017 ; Grossman-Kahn et al., 2018 ; Ávila, 2011)
21	<b>Valorisation des ASCP par le système de santé</b>	Motivation au travail des ASCP	Augmentation de la production des services de santé	Dans les systèmes de santé où les ASCP se sentent valorisés pour leur travail, leur motivation au travail est renforcée (M), ce qui se traduit par des gains de productivité	(Chikaphupha et al., 2016; Kok et al., 2016 ; Joseph M. Zulu et al., 2019; Joseph Mumba Zulu et al., 2014)
22	<b>Travail en équipe</b>	Renforcement des connaissances et compétences des ASCP	Qualité des services offerts (Accessibilité, globalité, continuité)	Lorsque les ASCP travaillent en équipe avec d'autres professionnels de santé, cela améliore leurs compétences, ce qui leur permet d'offrir aux personnes des soins et services de qualité	(Filgueiras et Silva, 2011; Galavote et al., 2011; Kok et Muula, 2013; Kok et al., 2016)
23	<b>Travail en équipe</b>	Renforcement du pouvoir d'agir des ASCP	Augmentation de la production des services de santé	Quand les ASCP sont intégrés dans des équipes de travail où règne le respect, l'entraide, la coopération et la collaboration (C), ils se sentent soutenus et disposent de plus de moyens pour s'acquitter de leurs tâches, ce qui aboutit à des améliorations dans la productivité (E).	(Baralhas et Pereira, 2013; Grossman-Kahn et al., 2018)
24	<b>Travail en équipe</b>	Motivation au travail des ASCP	Augmentation de la production des services de santé	Le travail en équipe (C) stimule la motivation au travail des ASCP (M), ce qui mène à l'amélioration de leur rendement	(Baralhas et Pereira, 2013; Tesfaye, 2017)
25	<b>Soutien des collègues (médecins, infirmières, etc)</b>	Motivation au travail des ASCP	Augmentation de la production des services de santé	la reconnaissance et l'appréciation du travail des ASC par les autres membres des équipes de santé familiale et de la communauté alimentent leur satisfaction et motivation au travail	(Ávila, 2011) (Galavote et al., 2011; Grossman-Kahn et al., 2018; Simas et al., 2017)



Configurations Contexte-Mécanismes-Effets					Preuves
N°	Contexte (C)	Mécanisme (M)	Effets (E)	Description/Explications	
26	<b>Facteurs culturels et géographiques</b>	Renforcement du pouvoir d'agir des ASCP/ Motivation au travail des ASCP	Augmentation de la production des services de santé	Lorsqu'il existe des facteurs socio-culturels (normes et valeurs sociales liées à la sexualité, principes religieux, croyances liées à la maladie, etc) ou géographique (relief, climat, etc) qui entravent la mise en œuvre des activités des ASCP (C), cela réduit leur possibilité d'actions (M) et/ou constitue une source de démotivation pour eux (M) qui mène à des pertes de productivité (E).	(Amare et al., 2018; Banteyerga, 2011; Frumence et al., 2019; Gebrehiwot et al., 2014; Grossman-Kahn et al., 2018, 2018; B. Shaw et al., 2015; Joseph M. Zulu et al., 2019)

## Résultats

D'une manière générale, les résultats obtenus répondent aux questions de recherches abordées. Ils renseignent notamment sur le contexte dans lequel fonctionne la délégation des tâches aux ASCP, ses mécanismes de fonctionnement et les effets qu'elle produit.

### Contexte d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP

D'après les observations effectuées, les contextes dans lesquels fonctionne la délégation des tâches aux ASCP sont caractérisés par la mise en œuvre d'un certain nombre de processus et des conditions de travail qui se distinguent au niveau du climat organisationnel, de l'attitude et du soutien de la communauté envers les ASCP, ainsi que de la culture ambiante, du climat ou des conditions géographiques.

#### *Les processus*

Plusieurs processus apparaissent comme étant incontournables pour mener à bien la délégation des tâches aux ASCP. Ils concernent notamment la sélection des ASCP, leur formation, la supervision de leurs activités, leur dotation en matériels et équipement de travail nécessaire. Dans tous les pays couverts par cette synthèse réaliste, des études font cas de ces processus.

#### *Sélection des ASCP*

La sélection des ASCP se présente comme étant l'un des principaux processus d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. De nombreuses études y font mention, en expliquant qu'elle consiste à choisir parmi les candidats à l'emploi d'ASCP ceux qui possèdent le potentiel nécessaire pour contribuer à l'atteinte des objectifs visés (Datiko et Lindtjørn, 2010; Filgueiras et Silva, 2011; Kok, Namakhoma et al., 2016; Marzari et al., 2011; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017; Wang et al., 2016; Zulu et al., 2014). Pour ce faire, les critères de sélection des ASCP généralement utilisés comprennent : l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le lieu de résidence (voir tableau 7 ci-après). Par exemple, au Pakistan, pour devenir Lady Health Workers, il faut être membre résidant de la

communauté, de sexe féminin, être âgée entre 18 à 45 ans, disposer d'au moins huit années d'éducation scolaires et avoir l'appui ou l'aval de sa communauté de résidence (Hafeez et al., 2011).

**Tableau 7 : Sélection des ASCP selon les pays**

Critères/participants	Brésil	Éthiopie	Malawi	Mali	Ouganda	Pakistan	Tanzanie	Zambie
Âge	18 ans ou plus	18 ans ou plus	19 ans ou plus	18 ans ou plus	18 à 35 ans	Entre 18 et 45 ans	18 ans ou plus	18 à 38 ans
Sexe	-	Féminin	-	-	-	Féminin	-	-
Éducation (nombre d'années d'études)	12 ans ou plus	10 ans ou plus	Minimum certificat scolaire	Minimum Certificat <sup>2</sup>	Minimum Certificate of Education	8 ans et plus	Form IV education <sup>3</sup>	12 ans ou plus
Être membre résidant de la communauté visée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Réussir un test de recrutement	Oui	-	-	-	-	-	-	Oui
Implication de la communauté	-	Oui	-	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Références	(Perry et al., 2016)	(Wang et al., 2016)	(Kristen et al., 2016b)	(Kristen et al., 2016c)	(O'Donovan et al., 2018)	(Rabbani et al., 2016)	(Kristen et al., 2017)	(Kristen et al., 2016d)

Plusieurs études indiquent que l'implication des communautés dans la sélection des ASCP et le recrutement de candidats déjà résidents dans la communauté sont des facteurs favorisant la mise en œuvre réussie de la délégation des tâches aux ASCP. Elles soutiennent notamment que cela a une incidence positive sur la confiance des communautés envers les ASCP, leur acceptation au sein des communautés et la mise en œuvre des tâches qui leur sont déléguées (Baralhas et Pereira, 2013; Dynes et al., 2014; Grossman-Kahn et al., 2018 ; Sedlander et al., 2018; Shaw et al., 2015; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017).

<sup>2</sup> Certificat d'aide-soignant ou matrone

<sup>3</sup> Niveau secondaire

### *Formation des ASCP*

La délégation des tâches aux ASCP rime avec des activités de formation. C'est aussi l'un des constats effectués. Que celles-ci soient de type formation initiale des ASCP, dispensée avant leur mise en service ou une formation continue de mise à niveau ou de recyclage, des formations sont régulièrement offertes aux ASCP en vue de leur transférer les connaissances et compétences nécessaires à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées (Befekadu et Yitayal, 2020; Bittencourt et Scarinci, 2019; Coutinho et al., 2014; Fausto et al., 2011; Hamainza et al., 2014; Melo e Lima et al., 2018; Moura et al., 2010; Rabbani et al., 2016; Smith et al., 2014; Tesfaye, 2017; Zulu et al., 2019). Par exemple, en Ouganda, les Community Health Extension Workers (CHEW) reçoivent une formation initiale de six (6) mois, dont 360 heures de cours théorique et 360 heures de pratique (Ministry of Health of Uganda, 2018a), tandis qu'en Éthiopie, la formation de base des HEW, composée également de cours théoriques et pratiques, dure 12 mois (Wang et al., 2016). Par la suite, des formations continues ou de recyclage peuvent être offertes pour accroître leurs compétences pratiques ou pour répondre à de nouveaux besoins émergeant (Datiko et Lindtjørn, 2009; Desta et al., 2017), tel que la promotion du dépistage du cancer du sein au Brésil (Bittencourt et Scarinci, 2019).

### *Supervision des ASCP*

La supervision des ASCP constitue également une composante indispensable dans l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. On la retrouve dans de nombreux écrits, dont les documents officiels qui régissent l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans les pays et des articles scientifiques. Dans ces écrits, la Supervision des ASCP fait couramment référence à l'encadrement, au suivi, à l'évaluation ou contrôle de leurs activités au moyen de listes de vérification, ainsi qu'au soutien, mentorat ou coaching qu'ils reçoivent en vue de la mise en œuvre réussie des tâches qui leur sont déléguées (Bilal et al., 2011; Fonds Français Muskoka, 2019; Kok et al., 2018; Ministry of Health of Malawi, 2017; Ministry of Health of Uganda, 2018; Phiri et al., 2017; Robertson et al., 2015; Shelley et al., 2016; Silva et al., 2014; Wang et al., 2016). Par exemple, au Pakistan, les Lady Health Workers (LHW) sont supervisées par les Lady Health Supervisor (LHS) qui les accompagnent et soutiennent dans leurs activités, les guident et aident à trouver des

solutions à leurs préoccupations dans le but de maintenir et améliorer leur performance (Aftab et al., 2018; Egan et al., 2016; Rabbani et al., 2016).

Les observations effectuées indiquent également que les ASCP sont généralement supervisés par des professionnels de santé de leur institution sanitaire de rattachement. Ces professionnels sont des infirmier(e)s, des sages-femmes ou des agents de santé environnementale et de l'hygiène (Bilal et al., 2011; Kimberly et al., 2017; Kok et al., 2018; Kristen et al., 2016d; Phiri et al., 2017; Shelley et al., 2016; Wang et al., 2016) ou des ASCP seniors (Kok et al., 2018). Dans certains contextes, tels qu'au Malawi, des ASCP seniors sont également chargés de mener des activités de supervision (Ministry of Health of Malawi, 2017). En Tanzanie, des leaders ou représentants de la communauté sont également impliqués dans la supervision des ASCP (Kimberly et al., 2017; Kristen et al., 2017; Ministry of Health of Uganda, 2018b; Roberton et al., 2015). Les chefs de villages y sont notamment sollicités pour la planification, la facilitation et l'évaluation des activités des agents de santé communautaire (Roberton et al., 2015).

#### *Fourniture de matériels et équipements de travail*

Plusieurs études font état de ce que la mise en œuvre réussie de la délégation des tâches aux ASCP est conditionnée ou facilitée par la dotation de ceux-ci en matériels et équipements de travail adéquats. Ces matériels et équipements incluent des : outils de collecte de données, uniformes, badges d'identité, balances, chronomètres, thermomètres, mètre ruban, matériels pédagogiques ou d'Information, Éducation et Communication (IEC), préservatifs, contraceptifs, médicaments, etc. (Chikaphupha et al., 2016; Phiri et al., 2017; Pinto et al., 2012; Rabbani et al., 2016; Rafiq et al., 2019; Roberton et al., 2015; Schoen et al., 2017; Simas et al., 2017; Zulu et al., 2015). Lorsque le matériel et les équipements de travail ne sont pas disponibles, les ASCP peuvent rencontrer des difficultés à mettre en œuvre les tâches qui leur sont déléguées. Par exemple, au Malawi, des ASCP ont rapporté que leur travail est assez souvent entravé par des pénuries d'outils de collecte de données ou le manque de matériels de travail, tels que les uniformes, les chaussures et les imperméables (Chikaphupha et al., 2016). De même, au Pakistan, plusieurs auteurs signalent que les ruptures de fournitures, de contraceptifs et de médicaments (SRO, zinc, antibiotiques, etc.)

empêchent les Ladies Health Workers de mener à bien les tâches qui leur sont dévolues (Khan et al., 2012; Rabbani et al., 2016).

### ***Conditions de travail des ASCP***

Au-delà des différents processus présentés ci-dessus, nos résultats mettent en évidence d'autres facteurs contextuels qui influencent le fonctionnement et la réussite de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. Ces facteurs sont liés aux conditions de travail des ASCP. Ils peuvent être regroupés en deux catégories. D'un côté, il y a ceux qui concernent le contexte interne des organisations de santé où travaillent les ASCP. De l'autre, il y a le contexte externe, incluant le contexte communautaire, la situation géographique, les normes et les valeurs culturelles, ainsi que la situation politique.

#### *Contexte interne des organisations de santé*

Au sein des organisations de santé, le travail en équipe, l'existence de possibilités de développement de carrières pour les ASCP, la charge de travail des ASCP, les conditions de rémunération et les mécanismes d'incitation au travail, l'attitude des autres agents de santé envers les ASCP et la qualité des services offerts constituent des facteurs déterminants pour la mise en œuvre réussie de la délégation des tâches aux ASCP. Plusieurs études montrent que les interventions impliquant les ASCP sont couronnées de succès lorsque ceux-ci travaillent en équipe avec les autres intervenants, dont les infirmiers, les sages-femmes, les médecins (Filgueiras et Silva, 2011; Grossman-Kahn et al., 2018; Kok et Muula, 2013; Tesfaye, 2017) ou se sentent soutenus par leurs collègues (Ávila, 2011; Grossman-Kahn et al., 2018; Simas et al., 2017). De même, il existe des études soutenant que la valorisation des ASCP au sein du système de santé et l'existence de possibilités de développement de carrière professionnelle favorisent la performance des ASCP (Tesfaye, 2017; Zulu et al., 2014). En revanche, la surcharge de travail est susceptible d'entraver leur performance et l'atteinte des objectifs visés (Chikaphupha et al., 2016; Dessalegn, 2018; Jackson, 2018; Kok et Muula, 2013; Smith et al., 2014; Tesfaye, 2017). Par exemple, dans une étude qualitative réalisée au Malawi, des Health Surveillance Assistants (HSA) ont déclaré qu'ils n'arrivaient pas à effectuer correctement l'ensemble des tâches qui leur sont déléguées à

cause de leur charge de travail qu'ils trouvent excessive (Smith et al., 2014). Les ASCP peuvent être également peu enclins à exécuter les tâches qui leur sont déléguées lorsqu'ils trouvent leur rémunération insuffisante, insatisfaisante, irrégulière ou dévalorisante (Banteyerga, 2011; Chipukuma et al., 2018; Dessalegn, 2018; Jackson, 2018; Khan et al., 2019; Kok et Muula, 2013; Ormel et al., 2019; Rabbani et al., 2016; Santos et al., 2011; Simas et al., 2017; Smith et al., 2014; Tesfaye, 2017; Joseph Mumba Zulu et al., 2014). Par ailleurs, la qualité des services offerts dans les organisations de santé est susceptible de faciliter ou d'entraver l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. En effet, le mauvais traitement des patients dans les centres de santé ou l'attitude condescendante ou méprisante de certains des agents de santé peut conduire à des perceptions négatives généralisées des services de santé, nuire à la réputation des ASCP et entraver l'offre et l'utilisation des services de santé (Gebrehiwot et al., 2014; Jackson et Hailemariam, 2016; Shaw et al., 2015).

### *Environnement externe*

L'environnement à l'extérieur ou aux alentours des organisations sanitaires où travaillent les ASCP comporte également des facteurs qui influencent l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP et ses effets. Plusieurs de ces facteurs ont été identifiés dans la littérature. Ils sont liés à la confiance de la communauté envers les ASCP et à l'acceptation de leurs interventions par les membres de celle-ci, à la reconnaissance sociale de leur travail, aux normes et valeurs culturelles en vigueur et aux conditions géographiques dans lesquelles vivent les populations desservies. En Éthiopie, par exemple, Dynes et ses collègues ont observé que les membres de la communauté qui ont une plus grande confiance dans les HEW sont significativement plus susceptibles d'interagir avec elles que les participants ayant une confiance moindre envers eux (Dynes et al., 2014). D'autres études menées dans différents pays soutiennent que la confiance des membres des communautés envers les ASCP facilite l'acceptation des services offerts par ceux-ci et la mise en œuvre des tâches qui leur sont déléguées (Frumence et al., 2019; Getnet et al., 2017; Pinto et al., 2012; Rabbani et al., 2016; Rafiq et al., 2019; Sedlander et al., 2018; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017).

Concernant la reconnaissance sociale du travail des ASCP, elle est rapportée comme étant un facteur favorisant la réussite des initiatives de délégation de tâches aux ASCP (Baralhas et Pereira, 2013; Datiko et al., 2015; Grossman-Kahn et al., 2018; Khan et al., 2019 ; Kok et Muula, 2013 ; Ormel et al., 2019 ; Simas et al., 2017). Au Malawi, par exemple, Chikaphupha et al. (2016) ont observé que les Health Surveillance Assistants (HSA) sont plus enclins à s’acquitter des tâches qui leur sont déléguées lorsque leur travail est reconnu et apprécié au sein de la communauté (Chikaphupha et al., 2016). De même, au Pakistan, Khan et al. (2019) ont constaté que la reconnaissance sociale du travail des Lady Health Workers fait partie des facteurs qui les incitent à s’engager plus activement dans le dépistage des cas de tuberculose (Khan et al., 2019).

Quant aux normes et valeurs culturelles ou aux conditions géographiques, les preuves indiquent qu’elles constituent généralement des barrières à l’offre, à l’acceptation ou à la demande des services de santé offerts par les ASCP. Ces barrières incluent les valeurs traditionnelles qui favorisent l’accouchement à domicile (Admasu, 2017; Gebrehiwot et al., 2014), les normes et valeurs sociales liées à la sexualité (Joseph M. Zulu et al., 2019), la perception que la planification familiale est un péché et contre les principes religieux (Khan et al., 2012) ; les croyances liées à la maladie et les rumeurs anti-vaccination (Banteyerga, 2011) et le recours aux services de guérisseurs traditionnels (Grossman-Kahn et al., 2018). Elles font aussi référence au relief (montagnes, collines), au climat (pluie, inondations) qui rendent difficile l’accès aux populations, surtout lorsque les infrastructures routières ou de transport sont en mauvais état, insuffisantes ou absentes (Amare et al., 2018; Banteyerga, 2011; Frumence et al., 2019; Gebrehiwot et al., 2014; Shaw et al., 2015) ou encore à l’insécurité ou la violence qui entrave l’offre des services dans certains contextes (Bellas et al., 2019).

En somme, on retiendra que les contextes dans lesquels la délégation des tâches aux ASCP fonctionne pour produire les effets escomptés, tels que l’augmentation de la production des services de santé, l’amélioration de l’accès des populations aux services de santé et l’amélioration de la santé des populations, sont caractérisés par la mise en œuvre de quatre processus : la sélection des ASCP, leur formation à l’exécution des tâches qui leur sont déléguées, la supervision de leur activité et leur dotation en fourniture de matériels et équipements de travail. De plus, il a été observé que la relation entre ces processus et les effets de la délégation des tâches aux ASCP peut



être modérée par des facteurs liés aux conditions de travail des ASCP, dont le travail en équipe au sein des organisations où travaillent les ASCP, leur charge de travail, la qualité des services offerts dans les organisations sanitaires, la confiance de la communauté envers les ASCP et les normes et valeurs culturelles en vigueur dans leur zone d'interventions. Par ailleurs, plusieurs mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP ont été identifiés.

### **Mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP identifiés**

Ces mécanismes sont au nombre de trois. Ils concernent le renforcement des capacités des ASCP, leur motivation au travail et leur pouvoir d'agir ou de contribuer (davantage) à l'offre des services de santé.

#### ***Mécanisme # 1 : le renforcement des compétences des ASCP***

Le renforcement des compétences des ASCP se rapporte à l'augmentation, à l'amélioration ou à la consolidation de leurs connaissances, savoir-faire et savoir-être. Il a été identifié comme étant l'un des mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches. D'emblée, ce mécanisme s'explique par le fait que la délégation des tâches constitue en elle-même une opportunité offerte aux ASCP de s'impliquer dans de nouvelles tâches et de s'entraîner à les maîtriser en vue de contribuer à l'offre des services de santé. Cela est d'autant plus vrai qu'au Brésil, des ASC ont expliqué qu'ils n'avaient pas reçu de formation pour certaines tâches, mais qu'ils ont appris à les exécuter grâce à l'expérience concrète des processus de travail et des échanges avec les collègues (Filgueiras et Silva, 2011). De même, dans une analyse descriptive transversale menée auprès de 82 HEW en Éthiopie, plus de la moitié des participantes ont déclaré que la formation en cours d'emploi était le parcours d'apprentissage le plus courant pour la gestion communautaire intégrée de cas et la gestion de la santé (Desta et al., 2017).

Cela dit, il est bien documenté que le renforcement des compétences des ASCP est également enclenché lorsque l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP implique des activités de formation et de supervision. La formation fournit aux ASCP les compétences (complémentaires) nécessaires à l'exécution des tâches qui leur sont confiées (Befekadu et Yitayal, 2020; Bittencourt

et Scarinci, 2019; Coutinho et al., 2014; Fausto et al., 2011; Hamainza et al., 2014; Melo e Lima et al., 2018; Moura et al., 2010; Rabbani et al., 2016; Smith et al., 2014; Tesfaye, 2017; Zulu et al., 2019). Par exemple, une étude de Bittencourt et Scarinci portant sur la formation des agents de santé communautaire en promotion du dépistage du cancer du sein au Brésil a révélé qu'une formation de huit heures est susceptible d'apporter des améliorations significatives dans les connaissances objectives des ASCP sur le cancer du sein en général, leurs compétences et leur confiance quant à leurs propres capacités à motiver les femmes à passer une mammographie et à résoudre les problèmes (Bittencourt et Scarinci, 2019).

Plusieurs études soutiennent également que la supervision des activités des ASCP participe au renforcement de leurs compétences, notamment dans les contextes où elle permet d'évaluer leurs pratiques, d'identifier et corriger les éventuelles lacunes observées, de les encadrer, de les guider et de les aider à remplir adéquatement les tâches qui leur sont assignées. (Aftab et al., 2018; Datiko et al., 2015; Hafeez et al., 2011; Robertson et al., 2015; Whidden et al., 2018; Zulu et al., 2014). En Tanzanie, par exemple, il a été observé que la supervision aide les ASCP à corriger leurs erreurs de rédaction, à mieux appréhender les protocoles de mise en œuvre des activités et contribue à améliorer leur réputation auprès des membres de la communauté, à asseoir leur légitimité et à consolider leurs relations avec la population desservie (Robertson et al., 2015).

Par ailleurs, le travail en équipe contribue au renforcement des capacités des ASCP, en facilitant le partage et l'acquisition des connaissances entre les ASCP eux-mêmes, mais aussi entre eux et les professionnels de la santé (Filgueiras et Silva, 2011). Dans une étude qualitative réalisée au Brésil, des ASCP ont déclaré que le travail en équipe leur apporte des connaissances sur le travail des autres agents de santé, l'organisation des services et les procédures en place (Filgueiras et Silva, 2011). À l'inverse, la non-intégration des ASCP dans des équipes de santé, le déficit de communication et le manque de soutien des autres agents de santé fragilisent les ASCP et entravent le renforcement de leurs capacités (Ávila, 2011; Baralhas et Pereira, 2013; Grossman-Kahn et al., 2018; Santos et al., 2011).

## *Mécanisme # 2 : la motivation au travail*

La motivation au travail constitue un autre mécanisme de fonctionnement de la délégation des tâches des ASCP. Celle-ci peut être intrinsèque ou extrinsèque. Lorsqu'elle est intrinsèque, les ASCP sont motivés à réaliser les tâches qui leur ont été déléguées par altruisme, par amour du travail communautaire ou en raison de la satisfaction personnelle que cela leur apporte de contribuer à l'amélioration de la santé de la communauté (Marzari et al., 2011; Mpembeni et al., 2015; Tesfaye, 2017). En Éthiopie, par exemple, des HEW ont révélé être motivées intrinsèquement par la fierté et le plaisir d'aider les patients et les membres de la communauté grâce aux tâches qui leur sont déléguées (Fetene et al., 2016). S'agissant de la motivation extrinsèque, les preuves indiquent que les ASCP peuvent être motivés à réaliser les tâches qui leur sont transférées en raison de certains facteurs liés au contexte d'implantation de la délégation. Ces facteurs incluent la formation des ASCP, la supervision de leurs activités, leur rémunération ou l'existence d'incitatifs financiers ou matériels, leur dotation en matériels et équipements de travail et l'acceptation de leurs interventions par les membres de la communauté.

En ce qui concerne la formation, plusieurs études rapportent qu'elle est source de motivation au travail chez les ASCP (Datiko et al., 2015; Nsibande et al., 2018; Rabbani et al., 2016; Smith et al., 2014; Tesfaye, 2017). Au Pakistan, par exemple, les Lady Health Workers considèrent la formation comme l'un des principaux facteurs de motivation pour mieux performer (Rabbani et al., 2016). Chikaphupha et ses collaborateurs expliquent qu'il y a dans les activités de formation des possibilités de progression de carrières qui motivent les HSA au Malawi (Chikaphupha et al., 2016). D'un autre côté, Kok et ses collègues ont constaté que la formation constitue une source de motivation pour les ASCP en raison des gains monétaires (per diem ou indemnités financières) qu'elle est susceptible de leur permettre d'obtenir (Kok et al., 2016).

En plus des éventuels gains monétaires associés à la formation des ASCP, plusieurs études soutiennent que la rémunération des ASCP représente un facteur important de motivation. Au Pakistan, Khan et ses collègues ont observé que le revenu monétaire est la raison la plus citée par les LHW pour expliquer leur intérêt à travailler en tant qu'ASCP (Khan et al., 2019). Des études réalisées dans d'autres pays révèlent également que la rémunération et les incitatifs financiers font

partie des facteurs primordiaux qui déterminent la motivation extrinsèque au travail des ASCP (Nsibande et al., 2018; H. Ormel et al., 2019). Ainsi, lorsque le paiement des rémunérations est irrégulier ou lorsque les ASCP jugent leurs salaires insatisfaisants ou en deçà des attentes, ils peuvent être démotivés ou frustrés (Banteyerga, 2011; Dessalegn, 2018; Jackson, 2018; Kok et Muula, 2013; Mpembeni et al., 2015; Ormel et al., 2019 ; Tesfaye, 2017 ; Zulu et al., 2015). Dans de telles conditions, ils peuvent être plus enclins à donner la priorité aux activités offrant des possibilités de revenus supplémentaires, telles que les interventions de certains programmes ou organisations non-gouvernementale, au détriment d'autres activités probablement plus importantes ou urgentes (Chikaphupha et al., 2016). Plus regrettables encore, les ASCP peuvent démissionner et quitter leur emploi s'ils ne sont pas satisfaits de leur rémunération (Dessalegn, 2018; Jackson, 2018)

Il existe également des preuves indiquant que les activités de supervision motivent les ASCP à travailler davantage, surtout lorsque celles-ci sont réalisées régulièrement et de manière formative (Ormel et al., 2016; Phiri et al., 2017; Rabbani et al., 2016; Robertson et al., 2015, act 201; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017). En revanche, le manque de supervisions régulières peut conduire à la démotivation (Kok et al., 2016). De même, la supervision peut devenir démotivante lorsque les rétroactions des superviseurs sont effectuées uniquement pour montrer les erreurs commises par les ASCP, les blâmer ou punir, sans faire des compliments pour leurs bonnes actions et la reconnaissance de leurs efforts (Chikaphupha et al., 2016). Tesfaye et ses collègues (2017) ont observé aussi que des visites de supervision peu fréquentes, une approche de supervision qui repose sur la recherche de fautes plutôt que sur le soutien et l'emploi de mots offensants par les superviseurs, peuvent causer de l'inconfort et la démotivation chez les ASCP (Tesfaye, 2017).

Par ailleurs, les ASCP peuvent être motivés au travail lorsqu'ils sont dotés du matériel, des intrants et des équipements nécessaires à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées (Chikaphupha et al., 2016; Kok et Muula, 2013; Rabbani et al., 2016). Des données indiquent également que les ASCP peuvent être extrinsèquement motivés en considérant la délégation des tâches comme une possibilité pour faire évoluer leur carrière professionnelle (Datiko et al., 2015; Nsibande et al., 2018; Zulu et al., 2019). De même, ils peuvent être motivés par la reconnaissance sociale qu'ils peuvent tirer de l'exécution des tâches qui leur sont déléguées (Datiko et al., 2015; Kok et Muula,

2013; Marzari et al., 2011; Ormel et al., 2019 ; Simas et al., 2017) ou par les possibilités accrues que la délégation des tâches leur offre d'établir ou de renforcer des relations de confiance avec les communautés (Frumence et al., 2019; Getnet et al., 2017; Pinto et al., 2012; Sedlander et al., 2018). En Éthiopie, des HEW ont expliqué également que l'acceptation par la communauté, exprimée par l'accueil et le respect, est un facteur de motivation au travail (Tesfaye, 2017). Des observations similaires ont été effectuées dans les autres pays (Baralhas et Pereira, 2013; Grossman-Kahn et al., 2018; Pinto et al., 2012; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017; Zulu et al., 2019). À l'inverse, lorsque les ASCP ne se sentent pas acceptés, écoutés, soutenus, valorisés ou respectés dans la communauté ou au sein des équipes de travail ou encore, lorsque des problèmes de communication ou d'incompréhension persistent dans l'environnement de travail, cela peut déboucher sur des problèmes de démotivation des ASCP et de baisse de productivité (Nsibande et al., 2018; Pinto et al., 2012; Santos et al., 2011; Tesfaye, 2017; Zanchetta et al., 2009). Afin de favoriser l'acceptation des ASCP par les membres de leur communauté d'affectation, des études suggèrent d'impliquer leurs représentants ou des leaders communautaires dans leur sélection (Baralhas et Pereira, 2013; Datiko et al., 2015; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017). Des études font également état de ce que la valorisation des ASCP par le système de santé (Chikaphupha et al., 2016) et le travail en équipe (Baralhas et Pereira, 2013; Tesfaye, 2017) stimulent la motivation des ASCP.

### ***Mécanisme # 3 : le pouvoir d'agir des ASCP***

Ce mécanisme réfère aux possibilités dont disposent les ASCP pour faire valoir leurs connaissances, compétences et motivation au travail ou aux opportunités qui leur sont offertes de contribuer à l'offre des services de santé. Il s'explique d'emblée par le fait que la délégation des tâches donne la possibilité à de nombreux membres des communautés de devenir des ASCP et de contribuer par leurs efforts individuels et collectifs à la production des services de santé (voir tableau 8 ci-après). Au Brésil, par exemple, on évalue leur nombre à plus de 263 000 (Cupertino de Barros et al., 2015). Grâce à la délégation des tâches, ils acquièrent le pouvoir d'intervenir comme des médiateurs sociaux chargés de traduire les besoins de la population aux équipes de santé familiale en vue de leur prise en compte par les organisations de santé (Filgueiras et Silva, 2011).

**Tableau 8 : Aperçu des nombre d'ASCP par pays**

Pays	Population Générale (World Bank, 2019)	Estimation des augmentations de ressources humaines induites	
		Nombre d'ASCP	Sources de données
Brésil	211 049 527	238 000	(Exemplars in Global Health, 2020)
Éthiopie	112 078 730	42 000	(Assefa et al., 2019)
Malawi	18 628 747	13 500	(Kristen et al., 2016b)
Mali	19 658 031	2 317	(Kristen et al., 2016c)
Ouganda	44 269 594	15 000	(O'Donovan et al., 2018)
Pakistan	216 565 318	130 000	(Rabbani et al., 2016)
Tanzanie	58 005 463	24 886	(Kristen et al., 2017)
Zambie	17 861 030	5000	(Phiri et al., 2017)

En habilitant des membres des communautés, en tant que fournisseurs de services de santé, la délégation des tâches aux ASCP donne aussi l'opportunité aux ASCP d'utiliser ou de faire valoir leurs savoirs expérientiels, leurs acquis au sein de la communauté, en vue de l'atteinte des objectifs poursuivis. Ces savoirs concernent notamment les normes et valeurs sociales locales, la langue, les expressions familières, les dictons et coutumes et les déterminants sociaux de la santé, tels que la pauvreté et la violence interpersonnelle (Grossman-Kahn et al., 2018). Les ASCP et leurs organisations d'attache peuvent s'en servir pour réussir leur intégration dans la communauté, connaître la dynamique sociale de la population, ses besoins, son potentiel et ses limites, ainsi que les partenaires existants et les ressources pouvant être exploitées pour améliorer l'offre de services de santé (Admasu, 2017; Marzari et al., 2011). Filgueiras et Silva (2011) expliquent également que déployer des agents dans la communauté facilite la compréhension de la routine et de la dynamique des personnes desservies et apporte une meilleure connaissance de la réalité de chaque famille, sa situation financière, sociale et culturelle, ce qui facilite la mise en œuvre de soins efficaces centrés sur les personnes (Filgueiras et Silva, 2011).

Par ailleurs, certaines des observations effectuées indiquent que le mode de sélection des ASCP influence leur pouvoir d'agir. En effet, l'implication des communautés dans la sélection des ASCP et le recrutement de candidats déjà résidents dans la communauté ont une incidence positive sur la confiance des populations envers les ASCP, leur acceptation au sein des communautés et la mise en œuvre des tâches qui leur sont déléguées (Baralhas et Pereira, 2013; Dynes et al., 2014; Sedlander et al., 2018; Shaw et al., 2015; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017). Par exemple, en

Zambie, il a été observé que l'acceptation des ASC par la communauté est plus probable s'ils sont sélectionnés avec l'aval de représentants de la communauté (Shelley et al., 2016). En revanche, lorsque les ASCP ne résident pas dans la communauté desservie, cela peut engendrer la méfiance des populations à leur endroit et entraver leur pouvoir de mise en œuvre des tâches qui leur sont dévolues (Shaw et al., 2015).

Le pouvoir d'intervention des ASCP est aussi influencé par leur dotation en matériels, médicaments et équipements de travail. Une étude réalisée en Tanzanie soutient que les communautés sont plus accueillantes, apprécient et acceptent les interventions des *community health workers* lorsque ceux-ci disposent de médicaments (Rafiq et al., 2019). Par contre, lorsque les ASCP ne disposent pas de matériel promotionnel, d'outils de collecte de données, de médicaments, d'intrants ou de tout autre matériel et équipements de travail nécessaires, ils peuvent être incapables d'accomplir les tâches qui leur incombent (Chipukuma et al., 2018; Phiri et al., 2017; Rabbani et al., 2016; Raifman et al., 2013; Tesfaye, 2017; Wang et al., 2016; Zulu et al., 2019). Dans une étude réalisée au Pakistan, Rabbani et al (2016) ont observé que l'insuffisance de médicaments et matériels nuit à la crédibilité des Ladies Health Workers (LHW) et entrave la gestion communautaire intégrée des cas de diarrhée infantile et de la pneumonie (Rabbani et al., 2016). En Zambie, il a été constaté également que le manque de médicaments peut éroder la confiance que les membres de la communauté ont en leurs ASCP (Zulu et al., 2015). En Éthiopie, une étude de Tesfaye (2017) indique aussi que l'approvisionnement irrégulier en vaccins, l'absence de moyen de stockage et de transport pour les vaccins sont des défis qui compromettent la performance des HEW (Tefaye, 2017).

En résumé, les résultats obtenus indiquent que la délégation de tâches aux ASCP déclenche des mécanismes de renforcement des compétences des ASCP, de stimulation des ASCP au travail et d'élargissement de leur pouvoir d'agir. Ce faisant, elle est susceptible de produire différents types d'effets sur la performance des organisations de santé.

## **Effets de la délégation de tâches aux ASCP**

Au total, six différents types d'effets de la délégation des tâches aux ASCP ont été identifiés. Parmi eux, quatre sont proximaux, c'est-à-dire qu'ils découlent directement de la mise en œuvre des processus inhérents à la délégation des tâches. Ils concernent l'augmentation de la production des services de santé et l'amélioration de la qualité des services de santé (accessibilité, globalité et continuité). Par la suite, ces effets proximaux entraînent à leur tour des effets distaux que sont l'efficacité et l'efficience des soins et des services.

### ***Augmentation de la production des services de santé***

L'augmentation de la production des services de santé représente un effet proximal de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP (Asimwe et al., 2017; Coutinho et al., 2014; Gilroy et al., 2013; Khan et al., 2012; López-Ejeda et al., 2020; Phiri et al., 2017a; Rogers et al., 2018; Shelley et al., 2019). Plusieurs études expliquent que cette augmentation résulte directement du renforcement de leurs compétences, de leur motivation au travail et des possibilités que la délégation des tâches leur offre de contribuer à l'offre des services de santé (Afework et al., 2014; Assefa et al., 2019; Banteyerga, 2011; Celletti et al., 2010; Datiko et Lindtjörn, 2009; Fekadu et al., 2017; Wang et al., 2016). Par exemple, au Brésil, la formation et le déploiement d'agents de santé communautaire dans les équipes de santé familiale a engendré une augmentation significative de la vaccination et des consultations prénatales (Celletti et al., 2010). De même, il a été observé en Éthiopie que la délégation de tâches aux HEW – les ASCP Ethiopiens – est associée à l'augmentation de la couverture des services de planification familiale, de la vaccination, des soins prénatals, des accouchements supervisés par des intervenants qualifiés, des soins postnatals, de l'hygiène et l'assainissement de l'environnement (Admassie et al., 2009; Assefa et al., 2019; Bilal et al., 2011; Teklehaimanot et Teklehaimanot, 2013). De plus, une enquête communautaire transversale révèle que la probabilité que les femmes enceintes qui ont été visitées au moins une fois par les HEW, pendant la grossesse, se rendent aux soins prénatals au moins quatre fois, est environ trois fois plus élevée que chez celles qui n'ont pas été visitées (Afework et al., 2014).



## *Amélioration de la qualité des services de santé*

La délégation des tâches aux ASCP apporte également des améliorations au niveau de la qualité des services de santé offerts. Ces améliorations concernent notamment l'acceptabilité, l'accessibilité, la globalité et la continuité des soins et services de santé.

### *Acceptabilité des services de santé*

L'acceptabilité des services de santé reflète la volonté des gens de rechercher des services de santé (Evans et al., 2013). Elle renvoie à l'adaptation des soins aux souhaits, aux attentes et aux valeurs des patients et de leurs familles (Donabedian, 1990). Plusieurs des études consultées témoignent de ce que la délégation des tâches aux ASCP améliore l'adaptation des services de santé en fonction des caractéristiques sociales et culturelles des personnes (Filgueiras et Silva, 2011; Marzari et al., 2011). Admasu (2017) explique cela par le fait que les ASCP font remonter des informations qui aident à adapter l'offre des services aux normes sociétales (Admasu, 2017). Ainsi, en Éthiopie, les HEW ont incité à des changements de politique, tels que permettre aux chefs religieux d'assister aux accouchements dans les centres de santé, en faisant savoir aux responsables sanitaires que la réticence ou le refus des femmes d'aller accoucher à l'hôpital s'expliquait par le fait que les mères voulaient que leurs chefs religieux soient présents pour bénir leurs nouveau-nés (Admasu, 2017). De même, les HEW ont permis de savoir que les femmes en travail ne voulaient pas être transportées sur une civière parce que les civières étaient associées à la mort, étant donné qu'assez souvent les personnes qui ont quitté le village sur une civière ne sont jamais revenues (Admasu, 2017). Filgueiras et Silva (2011) expliquent également que les ASCP facilitent la compréhension de la routine et de la dynamique des personnes desservies et apportent une meilleure connaissance de la réalité de chaque famille, sa situation financière, sociale et culturelle, ce qui facilite l'acceptabilité des soins et services de santé (Filgueiras et Silva, 2011).

### *Accessibilité aux services de santé*

L'amélioration de l'accessibilité des personnes aux services de santé fait partie des effets de la délégation des tâches aux ASCP les plus documentés. Plusieurs études incluses dans cette synthèse

réaliste y font cas. Parmi elles, certaines évoquent un rapprochement des services de santé des personnes (accessibilité géographique), tandis que d'autres soutiennent que la délégation des tâches aux ASCP les rend plus accessibles économiquement.

*Accessibilité géographique.* La délégation des tâches rapproche les services de santé des populations, en permettant aux ASCP d'offrir des soins et services de proximité au sein de leurs communautés (Asiimwe et al., 2017; August et al., 2016; Douthwaite et Ward, 2005; Fekadu et al., 2017; Gilroy et al., 2013; Lema et al., 2014; López-Ejeda et al., 2020; Medhanyie et al., 2012; Mubi et al., 2011; Negussie et Girma, 2017; Nisar et al., 2020; Owais et al., 2011; Shelley et al., 2019; Teklehaimanot et Teklehaimanot, 2013; Zulu et al., 2015). Ainsi, les personnes qui éprouvent des difficultés liées à la distance les séparant des établissements de santé, au temps nécessaire pour s'y rendre ou aux moyens de transport, telles que les handicapé(e)s et les personnes âgées peuvent avoir accès plus facilement à des services de santé dont ils ont besoin (Zulu et al., 2015). En Éthiopie, par exemple, l'introduction des HEW dans le système de santé a contribué à faire passer le pourcentage de la population ayant accès aux services de santé de 64 % en 2004 à 92,1 % en 2011 (Teklehaimanot et Teklehaimanot, 2013). Des observations similaires ont été faites également en Ouganda (Asiimwe et al., 2017) et en Zambie (Phiri et al., 2017; Zulu et al., 2015)

*Accessibilité économique.* Il existe aussi des études soutenant que la délégation des tâches améliore l'accès des personnes aux soins et services de santé, en réduisant les barrières financières telles que les frais de consultation, les coûts des médicaments, les frais de transport, etc. (Asiimwe et al., 2017; Rogers et al., 2018; Sadruddin et al., 2012; Shaw et al., 2015). Parmi elles, on peut citer l'essai randomisé en grappes de Sadruddin et ses collègues (2012) portant sur les coûts des ménages pour le traitement de la pneumonie sévère au Pakistan. Cet essai a révélé que le coût moyen supporté par les ménages pour les cas de pneumonie sévères pris en charge dans la communauté était de 1,46 \$ contre 7,60 \$ pour ceux référés aux établissements de santé, en raison des différences dans les frais directs (consultation, médicaments, frais de lit et transport) et indirects (coût d'opportunité et perte de revenus) induites par la délégation de tâches aux Lady Health Workers, les ASCP Pakistannaises (Sadruddin et al., 2012). Au Mali, Rogers et ses collaborateurs (2018) ont constaté également que le traitement de la malnutrition aiguë sévère par

les agents de santé communautaire réduit les coûts supportés par les ménages bénéficiaires (Rogers et al., 2018). De même, il a été observé en Ouganda que les Community Health Extension Workers peuvent être rapidement déployés en milieu rural pour fournir des services de conseils et dépistage du VIH à moindres coûts (Asiimwe et al., 2017).

### *Globalité des soins de santé*

La globalité des soins fait référence au caractère holistique des soins de santé, soit à la mesure dans laquelle les services offerts aux usagers sont complets pour répondre à leurs besoins de santé (Da Silva et al., 2011; Haggerty et al., 2011). Plusieurs études indiquent que cette qualité de l'offre des soins de santé s'améliore lorsque des tâches de santé sont déléguées aux ASCP (López-Ejeda et al., 2020; Moura et al., 2010; Wang et al., 2016). En effet, la délégation des tâches donne l'opportunité aux ASCP d'offrir une gamme plus large de services de santé, dépendamment des besoins des personnes. En Éthiopie, par exemple, le panier de services offerts par les HEW a été élargi au fil du temps afin de mieux répondre aux besoins des populations, en ajoutant aux services de santé préventifs essentiels, initialement offerts par les HEW, des services curatifs pour le paludisme, la tuberculose, la diarrhée, la pneumonie et d'autres affections faciles à traiter (Wang et al., 2016). De même, au Brésil, l'éventail des services de santé offerts par les agents de santé communautaire s'est accru progressivement pour inclure de nouveaux domaines, tels que la surveillance des individus atteints de dengue (Cazola et al., 2014) ou la santé bucco-dentaire (Mialhe et al., 2011; Moura et al., 2010).

### *Continuité des services et soins de santé*

L'amélioration de la continuité des services et soins de santé est un autre effet possible de la délégation des tâches aux ASCP. Cet effet a été relevé dans plusieurs études. Certaines évoquent la continuité informationnelle des soins de santé, tandis que d'autres mettent en évidence leur continuité relationnelle. La continuité informationnelle des soins de santé réfère à la disponibilité d'informations sur les patients (antécédents médicaux, résultats de laboratoire, consultations, références, etc.), au partage de ces informations au sein des organisations de santé et à leur utilisation en vue de fournir les soins adéquats centrés sur les personnes (Da Silva et al., 2011).

Lorsque les ASCP sont formés pour l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, motivés au travail et impliqués dans l'offre des services de santé, ils réalisent des activités à base communautaire (visites à domicile, dans des lieux de rassemblement communautaire, etc.) qui permettent de disposer d'informations sur ce qui se passe dans la communauté (assainissement, éducation, logement, travail, nutrition, loisirs, etc.), d'informer les professionnels de la santé sur les problèmes et besoins de santé (Grossman-Kahn et al., 2018; Moura et al., 2010; Tilahun et al., 2017) et/ou au besoin de référer les personnes vers les services de santé dont ils ont besoin (Fausto et al., 2011; Fekadu et al., 2017; Frumence et al., 2019; Hafeez et al., 2011; Phiri et al., 2017; Shelley et al., 2019; Yitayal et al., 2014). Par exemple, environ 38 % de cas de tuberculose notifiés en 2016 dans les organisations de santé en Éthiopie ont été référés par les HEW (Fekadu et al., 2017).

Concernant la continuité relationnelle des soins de santé, la délégation des tâches aux ASCP renforce les relations entre les familles ou usagers et les professionnels de santé (Filgueiras et Silva, 2011). Non seulement les ASCP entretiennent des relations continues de promotion de la santé et de prévention des maladies avec les familles, de distribution de médicaments, de suivi et soutien aux malades, tels que les hypertendus, les diabétiques ou les personnes vivant avec le VIH/SIDA (Banteyerga, 2011; Fausto et al., 2011; Hafeez et al., 2011; Zulu et al., 2019), mais aussi ils jouent un rôle de médiateur entre ceux-ci et les autres agents de santé (Fausto et al., 2011; Grossman-Kahn et al., 2018). Au Brésil, par exemple, les ASC fixent des rendez-vous pour les individus avec d'autres professionnels de la santé et encouragent les membres de la communauté à se faire soigner dans les cliniques (Grossman-Kahn et al., 2018).

### *Efficacité et efficience des soins et services de santé*

Au niveau distal, la délégation des tâches aux ASCP renforce l'efficacité et l'efficience des soins et services de santé. Plus explicitement, elle améliore les résultats pour les patients à moindres coûts, en augmentant l'accessibilité, la globalité et la continuité des soins services de santé. Concernant l'efficacité, les résultats les plus documentés portent sur la réduction de la mortalité. Par exemple, en Éthiopie, les statistiques de l'Institute for Health Metrics and Evaluation montrent une diminution continue de la mortalité des enfants de moins de 5 ans depuis le début du

programme des HEW en 2004 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020). Entre 2005 et 2011, ce taux est passé de 123 à 88 en 2011 pour 1000 naissances vivantes (Teklehaimanot et Teklehaimanot, 2013). Des tendances similaires ont été observées pour la mortalité maternelle et infantile en Éthiopie et au Pakistan (Hafeez et al., 2011). Au Brésil, Hone et ses collègues (2017) ont également observé que l'expansion des soins de santé primaires, impliquant le recrutement et le déploiement d'ASCP, est associée à une baisse de mortalité au sein des populations les plus démunies, soit les métisses et noirs (Hone et al., 2017).

S'agissant de l'efficacité, des réductions de coûts imputables à la délégation de tâches aux ASCP ont été relevées en Éthiopie, au Mali, en Ouganda et en Tanzanie. Dans un essai communautaire randomisé portant sur le coût et la rentabilité du traitement antituberculeux à frottis positif, Datiko et Lindtjorn (2010) ont observé en Éthiopie que le traitement à base communautaire effectué par les HEW ne coûte que 39 % de ce qu'il coûte lorsqu'il est donné par des professionnels de la santé pour des résultats similaires (Datiko et Lindtjorn, 2010). De même, il a été observé en Ouganda que les Community Health Extension Workers peuvent être rapidement déployés en milieu rural pour fournir des services de conseils et dépistage du VIH à moindres coûts pour le système de santé (Asiimwe et al., 2017). Dans une étude réalisée en Tanzanie, portant sur la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME), il a été également constaté que la délégation de tâches aux Community Health Worker permet aux infirmières de consacrer plus de temps à des tâches spécialisées de PTME et réduit considérablement le coût moyen des services de PTME par patient (Naburi et al., 2017).

## **Discussion**

Cette synthèse réaliste s'est intéressée au fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP, soit aux effets ou résultats qu'elle est susceptible de produire, aux contextes dans lesquels elle parvient à les obtenir et aux mécanismes à travers lesquels elle fonctionne. L'objectif visé était de proposer une théorie de moyenne portée de cette approche de gestion des ressources humaines de santé, régulièrement recommandée ou mise en œuvre pour faire face à des problèmes de pénuries de main-d'œuvre. D'une manière générale, les résultats obtenus proposent une théorie de moyenne portée qui stipule que : « *la délégation des tâches aux ASCP déclenche des mécanismes de*

*renforcement des capacités des ASCP, de stimulation de leur motivation au travail et d'élargissement de leur pouvoir d'agir ; ce qui produit des effets bénéfiques sur la performance des organisations de santé, notamment dans les contextes où les ASCP sont sélectionnés/recrutés avec l'aval de leur communauté d'affectation et disposent des conditions de travail propices à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées (formation, supervision, dotation en matériels et équipements de travail adéquats, climat organisationnel, soutien de la communauté, etc.)*». Une illustration schématique de cette théorie est donnée à la page suivante (figure 7).

S'agissant spécifiquement des effets de la délégation des tâches aux ASCP sur la performance des organisations de santé, les résultats obtenus indiquent que ceux-ci se traduisent par l'augmentation de la production des services de santé, des progrès au niveau de la qualité de ceux-ci (acceptabilité, accessibilité géographique et financière, globalité, continuité et efficience), ce qui conduit subséquemment à l'amélioration de l'état de santé de la population. À cet égard, ils sont en cohérence avec plusieurs travaux de recherche antérieurs soutenant que les agents de santé communautaire apportent des améliorations significatives dans la couverture sanitaire des populations (Jeet et al., 2017; Kim et al., 2016; Lefevre et al., 2014a; MacRae et al., 2020; Mwai et al., 2013; Nkonki et al., 2017; Paintain et al., 2014; Seidman et Atun, 2017; Sharma et al., 2019; Vaughan et al., 2015). Les domaines de services de santé dans lesquels ces améliorations sont régulièrement répertoriées sont : la prévention et la prise en charge communautaire des maladies (telles que le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, les maladies infantiles, le diabète ou l'hypertension) ; la promotion de la santé ; l'éducation en santé ; la détection et la référence de cas de maladies vers les institutions sanitaire ; l'aide à la navigation dans le système de santé ; la distribution de médicaments ; l'hygiène et l'assainissement de l'environnement ; la vaccination et la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale.

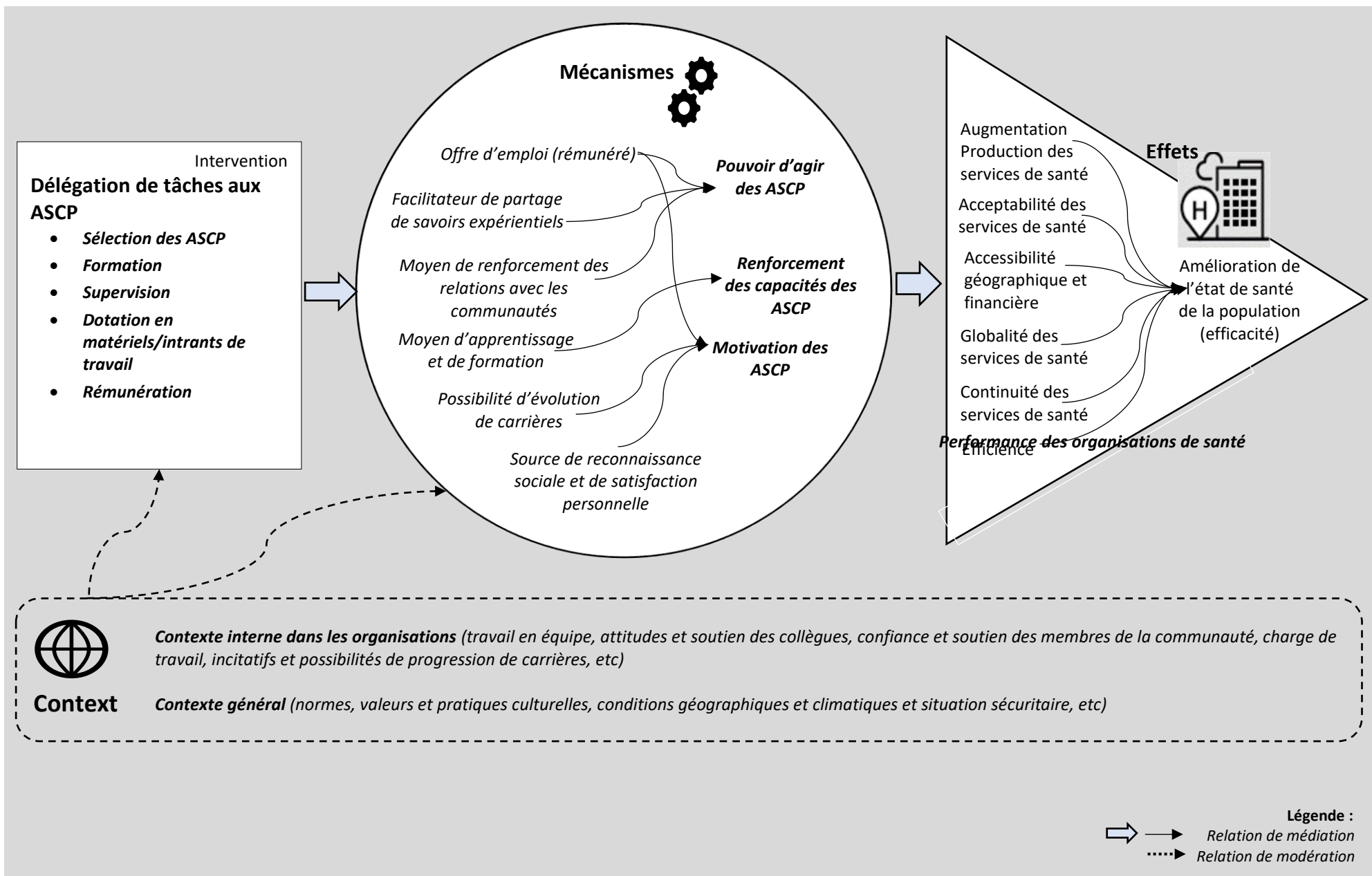


Figure 7 : Théorie de moyenne portée de la délégation de tâches aux ASCP

Concernant les mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP, la théorie proposée explique que la délégation des tâches aux ASCP contribue au renforcement de leurs connaissances et compétences, notamment dans les contextes où ils bénéficient de formation et de supervision en vue de l'exécution des tâches qui leur sont confiées et/ou lorsqu'ils sont intégrés dans des équipes de travail, facilitant le partage et l'acquisition des connaissances et des expériences. Plusieurs études antérieures font écho de résultats similaires, notamment en ce qui a trait à la formation et à la supervision qui apparaissent comme étant des processus incontournables à mettre en œuvre si l'on veut mener à bien la délégation de tâches aux ASCP (Kim et al., 2016; Kok, Dieleman, et al., 2015 ; Lefevre et al., 2014; MacRae et al., 2020; Nguyen et al., 2013; Paintain et al., 2014; Scott et al., 2018). De plus, il a été observé que la délégation des tâches parvient à renforcer les connaissances et compétences des ASCP, lorsqu'elle leur offre la possibilité de s'impliquer dans de nouvelles tâches et de s'entraîner à les maîtriser.

En ce qui concerne la motivation des ASCP à s'acquitter des tâches qui leur sont dévolues, elle est stimulée intrinsèquement et/ou extrinsèquement lorsque ceux-ci s'attendent à tirer des bénéfices de l'implantation de la délégation des tâches. Nos résultats confortent ceux d'une revue systématique réalisée par Shipton et ses collègues (2017) qui citent l'altruisme et la volonté de contribuer au développement de leur communauté parmi les facteurs de motivation au travail des agents de santé communautaire (Shipton et al., 2017). Ils sont également cohérents avec les conclusions d'autres recherches indiquant que les ASCP sont plus enclins à réaliser les tâches qui leur sont transférées dans les contextes où la délégation de tâches leur permette d'apprendre ou d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, d'établir et renforcer des liens de confiance avec les membres de la communauté et les professionnels de la santé, d'obtenir de la reconnaissance sociale pour leur contribution à l'offre des services de santé ou de recevoir des rémunérations ou des incitatifs (matériels ou monétaires) ou encore de bénéficier de possibilités d'évolution de carrières (Chipukuma et al., 2018; Scott et al., 2018). À l'inverse, il a été constaté que la surcharge de travail, l'inexistence de possibilités de développement de carrières, le mauvais traitement salarial (insatisfaisant et irrégulier), le rejet par les membres de la communauté, l'absence de soutien des autres agents de la santé sont des facteurs qui réduisent ou annihilent la motivation des ASCP à s'acquitter de leurs tâches.



Quant au troisième mécanisme de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP identifié, c'est-à-dire l'élargissement de leur pouvoir d'agir, nos résultats soulignent que la délégation des tâches donne l'opportunité à des membres résidents de la communauté de devenir des ASCP, de s'impliquer dans l'offre des services de santé, de faire valoir leurs connaissances ou savoirs expérientiels (normes, valeurs et pratiques locales, etc.), compétences et motivation au travail et de contribuer par leurs efforts individuels et collectifs à la production des services de santé. Ils concordent également avec les résultats d'autres études montrant que la sélection des ASCP parmi les membres résidents de la communauté d'affectation visée, avec l'aval de représentants de celle-ci, renforce leur pouvoir d'agir, en favorisant la confiance des populations envers eux, l'acceptation et la mise en œuvre des activités qui leur sont dévolues (Kok, Kane, et al., 2015; Miller et al., 2020; Organisation mondiale de la Santé, 2018; Scott et al., 2018; Sharma et al., 2019). D'autres facteurs contextuels susceptibles d'accroître ou de réduire le pouvoir d'agir des ASCP ont été identifiés. Ils concernent leur environnement de travail. En effet, le pouvoir d'agir des ASCP peut être entravé lorsqu'ils interviennent dans des endroits où les normes et valeurs culturelles sont défavorables à l'acceptation et à l'utilisation des services offerts par les organisations de santé. Cela peut également subvenir s'ils sont confrontés à la concurrence de guérisseurs traditionnels ou lorsqu'ils sont affectés dans des zones où les conditions climatiques ou géographiques, l'insécurité et la violence rendent difficiles les déplacements et la mise en œuvre des activités qui leur sont déléguées. Des observations similaires ont été effectuées par Kok et ses collègues (2015) dans une revue de la littérature portant sur la façon dont le contexte influence la performance des agents de santé communautaires (Kok, Kane, et al., 2015). Par ailleurs, il a été observé que les interventions des ASCP sont plus susceptibles d'être acceptées par les populations et couronnées de succès lorsqu'ils opèrent dans des contextes où les services offerts par les organisations de santé sont perçus comme étant de bonne qualité (services disponibles, adaptés aux besoins de la clientèle et exempts de mauvais traitement de la part des agents). Cela suggère que la qualité perçue des services de santé par les communautés influence le pouvoir d'agir des ASCP.

Alors que l'amélioration de la performance constitue un enjeu majeur dans les organisations de santé, et en particulier dans le contexte actuel de pandémie de la COVID-19, les résultats de cette

synthèse réaliste peuvent contribuer à optimiser les efforts de délégation de tâches aux ASCP consentis à cet effet. Ils montrent que l'implantation réussie de la délégation des tâches aux ASCP requiert que ces derniers possèdent les connaissances et compétences nécessaires à l'exécution des tâches qui leur sont transférées. Ils montrent également que leur motivation au travail et leur pouvoir d'agir sont déterminants. Sans cela, les initiatives de délégation de tâches aux ASCP courent des risques considérables d'échec. Pour se prémunir contre les risques d'échec d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP, nos résultats suggèrent de s'assurer que les ASCP possèdent les connaissances et compétences nécessaires à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées ou de les former à cet effet, de leur fournir des moyens matériels et équipements de travail adéquats et d'assurer leur encadrement/soutien par le biais d'activités de supervision. De plus, ils soulignent la nécessité d'offrir aux ASCP un environnement de travail stimulant (travail en équipe, rémunération régulière, soutien des collègues et de la communauté, etc.), sécuritaire et, où le contexte politique et socioculturel favorise l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

Pour terminer, il convient de signaler que cette synthèse réaliste présente plusieurs limites qui devraient être abordées dans les recherches futures. Les premières sont inhérentes à la nature de l'approche réaliste. Plusieurs auteurs, dont Pawson et ses collègues (2005), les ont déjà mentionnés, en soulignant qu'il est difficile ou incertain d'identifier les mécanismes, de les démêler de certains facteurs contextuels et d'établir des configurations Contexte-Mécanismes-Effets lors de l'analyse des preuves (Pawson et al., 2005; Ridde et al., 2012; Shaw et al., 2018). Dans la présente synthèse réaliste, cela s'est avéré problématique. Plusieurs études incluses manquaient d'informations d'intérêt concernant notamment les mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP et les conditions contextuelles qui doivent être en place pour assurer la production des effets ou résultats attendus. De ce fait, certaines configurations Contexte-Mécanismes-Effets n'ont pas pu être plus amplement décrites et quelques liens manquants ont été établis en s'appuyant sur la littérature théorique. Une autre limite de cette synthèse est liée à la stratégie de recherche des preuves employée. Étant donné que nos recherches se limitaient à des articles publiés en Anglais et Français au cours de la période 2000-2020, il est possible que nous ayons manqué des études pertinentes qui ne répondaient pas à ces critères d'inclusion. De plus, le codage des données a été effectué uniquement par l'étudiant chercheur, ce qui comporte des risques d'omissions ou d'erreurs d'appréciation ou de jugement lors des opérations de traitement

et d'analyse des preuves. Pour le reste, les résultats de cette synthèse réaliste reposent sur les données provenant de pays à revenu faible ou intermédiaire. Par conséquent, il convient de s'abstenir de les généraliser à tous les contextes.

Compte tenu de ces limites, des recherches supplémentaires sont recommandées pour faire progresser les connaissances sur la délégation de tâches aux ASCP, pour tester la théorie proposée et l'améliorer. Dans cette perspective, il serait intéressant d'apprendre davantage sur le contexte et les mécanismes à travers lesquels la délégation des tâches aux ASCP parvient à améliorer la performance des organisations de santé. Ce faisant, il est suggéré de se pencher sur les gains potentiels d'efficacité induits par la délégation des tâches aux ASCP, qui reste un sujet peu exploré dans la littérature.

## **Conclusion**

À notre connaissance, cette synthèse réaliste est la première étude à fournir une théorie de moyenne portée de la délégation de tâches aux ASCP. Cette théorie renseigne sur les mécanismes de fonctionnement de cette stratégie de gestion des ressources humaines de la santé, sur les facteurs contextuels qui favorisent ou entravent le déclenchement de ces mécanismes et sur les effets ou améliorations qu'elle est susceptible de produire sur la performance des organisations de santé. Alors que le déploiement des ASCP est en cours en Haïti et dans d'autres pays pour remédier aux pénuries de personnel de santé, les résultats obtenus peuvent être utilisés pour évaluer les interventions, pour les ajuster ou pour améliorer la conception et la mise en œuvre des politiques et programmes d'ASCP. Nos résultats suggèrent également de poursuivre les efforts de recherche en vue d'affiner la théorie proposée ou d'améliorer les connaissances sur la délégation de tâches aux ASCP.

## Références bibliographiques de l'article 1

- Admassie, A., Abebaw, D. et Woldemichael, A. D. (2009). Impact evaluation of the Ethiopian Health Services Extension Programme. *Journal of Development Effectiveness*, 1(4), 430-449. <https://doi.org/10.1080/19439340903375724>
- Admasu, K. (2017). *Goalkeepers – Maternal mortality: Ethiopia*. <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepersreport2017/case-studies/maternal-mortality-ethiopia/>
- Afewerk, M. F., Admassu, K., Mekonnen, A., Hagos, S., Asegid, M. et Ahmed, S. (2014). Effect of an innovative community based health program on maternal health service utilization in north and south central Ethiopia: a community based cross sectional study. *Reproductive Health*, 11, 28. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-28>
- Aftab, W., Rabbani, F., Sangrasi, K., Perveen, S., Zahidie, A. et Qazi, S. A. (2018). Improving community health worker performance through supportive supervision: a randomised controlled implementation trial in Pakistan. *Acta Paediatrica*, 107(S471), 63-71. <https://doi.org/10.1111/apa.14282>
- AKhan, A. W., Amjad, C. M., Hafeez, A. et Shareef, R. (2012). Perceived individual and community barriers in the provision of family planning services by lady health workers in Tehsil Gujar Khan. *J Pak Med Assoc*, 62(12), 4.
- Amare, Y., Scheelbeek, P., Schellenberg, J., Berhanu, D. et Hill, Z. (2018). Early postnatal home visits: a qualitative study of barriers and facilitators to achieving high coverage. *BMC Public Health*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5922-7>
- Amouzou, A., Hazel, E., Shaw, B., Miller, N. P., Tafesse, M., Mekonnen, Y., Moulton, L. H., Bryce, J. et Black, R. E. (2016). Effects of the integrated Community Case Management of Childhood Illness Strategy on Child Mortality in Ethiopia: A Cluster Randomized Trial. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 94(3), 596-604. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0586>

- Andrews, J. O., Felton, G., Wewers, M. E. et Heath, J. (2004). Use of Community Health Workers in Research With Ethnic Minority Women. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 358-365. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04064.x>
- Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P., Kalleberg, A. L. et Bailey, P. T. A. (2000). *Manufacturing Advantage: Why High-performance Work Systems Pay Off*. Cornell University Press.
- Asimwe, S., Ross, J. M., Arinaitwe, A., Tumusiime, O., Turyamureeba, B., Roberts, D. A., O'Malley, G. et Barnabas, R. V. (2017). Expanding HIV testing and linkage to care in southwestern Uganda with community health extension workers. *Journal of the International AIDS Society*, 20(Suppl 4). <https://doi.org/10.7448/IAS.20.5.21633>
- Assefa, Y., Gelaw, Y. A., Hill, P. S., Taye, B. W. et Van Damme, W. (2019). Community health extension program of Ethiopia, 2003–2018: successes and challenges toward universal coverage for primary healthcare services. *Globalization and Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0470-1>
- August, F., Pembe, A. B., Mpembeni, R., Axemo, P. et Darj, E. (2016). Effectiveness of the Home Based Life Saving Skills training by community health workers on knowledge of danger signs, birth preparedness, complication readiness and facility delivery, among women in Rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0916-x>
- Ávila, M. M. M. (2011). A case study of the Community Health Agents Program in Uruburetama, Ceará (Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 349-360. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100037>
- Banteyerga, H. (2011). Ethiopia's health extension program: improving health through community involvement. *MEDICC Review*, 13, 46-49. <https://doi.org/10.1590/S1555-79602011000300011>
- Baralhas, M. et Pereira, M. A. O. (2013). Daily practice of community health agents: difficulties and limitations of care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 358-365. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300009>
- Becker, B. E., Huselid, M. A., Pickus, P. S. et Spratt, M. F. (1997). HR as a source of shareholder value: Research and recommendations. *Human Resource Management*,

36(1), 39-47. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-050X\(199721\)36:1<39::AID-HRM8>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-050X(199721)36:1<39::AID-HRM8>3.0.CO;2-X)

Befekadu, A. et Yitayal, M. (2020). Knowledge and practice of health extension workers on drug provision for childhood illness in west Gojjam, Amhara, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08602-y>

Bellas, H. C., Jatobá, A., Bulhões, B., Koster, I., Arcuri, R., Burns, C., Grindrod, K. et de Carvalho, P. V. R. (2019). Effects of Urban Violence on Primary Healthcare: The Challenges of Community Health Workers in Performing House Calls in Dangerous Areas. *Journal of Community Health*, 44(3), 569-576. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00657-2>

Bilal, N., Herbst, C., Zhao, F., Soucat, A. et Lemièrre, C. (2011). Health Extension Workers in Ethiopia: Improved Access and Coverage for the Rural Poor. *Yes Africa can success stories from a dyn cont.*

Bittencourt, L. et Scarinci, I. C. (2019). Training Community Health Workers to promote breast cancer screening in Brazil. *Health Promotion International*, 34(1), 95-101. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax058>

Brooks, B. A., Davis, S., Kulbok, P., Frank-Lightfoot, L., Sgarlata, L. et Poree, S. (2015). Aligning Provider Team Members With Polyvalent Community Health Workers: *Nursing Administration Quarterly*, 39(3), 211-217. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000110>

Brownson, R. C., Fielding, J. E. et Maylahn, C. M. (2009). Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*, 30(1), 175-201. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134>

Cazola, L. H. de O., Tamaki, E. M., Pontes, E. R. J. C. et de Andrade, S. M. O. (2014). The incorporation of activities to control dengue by community health agents. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 113-122. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004687>

Celletti, F., Wright, A., Palen, J., Frehywot, S., Markus, A., Greenberg, A., de Aguiar, R. A. T., Campos, F., Buch, E. et Samb, B. (2010). Can the deployment of community health workers for the delivery of HIV services represent an effective and sustainable response

- to health workforce shortages? Results of a multicountry study. *AIDS*, 24, S45-S57.  
<https://doi.org/10.1097/01.aids.0000366082.68321.d6>
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé.  
<https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>
- Champagne, François, Contandriopoulos, A.--Pierre, Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le Modèle EGIPSS (Evaluation Globale Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé) Résumé du rapport technique. Université de Montréal.  
<http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/n05-02.pdf>
- Chikaphupha, K. R., Kok, M. C., Nyirenda, L., Namakhoma, I. et Theobald, S. (2016). Motivation of health surveillance assistants in Malawi: A qualitative study. *Malawi Medical Journal*, 28(2), 37-42.
- Chipukuma, H. M., Zulu, J. M., Jacobs, C., Chongwe, G., Chola, M., Halwiindi, H., Zgambo, J. et Michelo, C. (2018). Towards a framework for analyzing determinants of performance of community health workers in malaria prevention and control: a systematic review. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0284-x>
- Collinsworth, A. W., Vulimiri, M., Schmidt, K. L. et Snead, C. A. (2013). Effectiveness of a Community Health Worker–led Diabetes Self-Management Education Program and Implications for CHW Involvement in Care Coordination Strategies. *The Diabetes Educator*, 39(6), 792-799. <https://doi.org/10.1177/0145721713504470>
- Coutinho, S. B., Lira, P. I., Lima, M. C., Frias, P. G., Eickmann, S. H. et Ashworth, A. (2014). Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutrition*, 17(4), 948-955. <https://doi.org/10.1017/S1368980013001833>
- Cupertino de Barros, F. P., Mendonça, A. V. M. et de Sousa, M. F. (2015). Agents communautaires de santé : un modèle de santé sans murs. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, 106(3), e154-e156.  
<https://doi.org/10.17269/CJPH.106.4947>

- Da Silva, R. B., Contandriopoulos, A.-P., Pineault, R. et Tousignant, P. (2011). A Global Approach to Evaluation of Health Services Utilization: Concepts and Measures. *Healthcare Policy*, 6(4), e106-e117.
- Dalkin, S. M., Greenhalgh, J., Jones, D., Cunningham, B. et Lhussier, M. (2015). What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. *Implementation Science*, 10(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0237-x>
- Datiko, D. G. et Lindtjørn, B. (2009). Health Extension Workers Improve Tuberculosis Case Detection and Treatment Success in Southern Ethiopia: A Community Randomized Trial. *PLoS ONE*, 4(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005443>
- Datiko, D. G. et Lindtjørn, B. (2010). Cost and Cost-Effectiveness of Smear-Positive Tuberculosis Treatment by Health Extension Workers in Southern Ethiopia: A Community Randomized Trial. *PLoS ONE*, 5(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009158>
- Datiko, D. G., Yassin, M. A., Tulloch, O., Asnake, G., Tesema, T., Jamal, H., Markos, P., Cuevas, L. E. et Theobald, S. (2015). Exploring providers' perspectives of a community based TB approach in Southern Ethiopia: implication for community based approaches. *BMC Health Services Research*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1149-9>
- Dessalegn, M. H. (2018). Ethiopias health extension program: Opportunities and challenges of its implementation in Shiromeda. *International Journal of Sociology and Anthropology*, 10(5), 53-58. <https://doi.org/10.5897/IJSA2017.0723>
- Desta, F. A., Shifa, G. T., Dagoye, D. W., Carr, C., Van Roosmalen, J., Stekelenburg, J., Nedi, A. B., Kols, A. et Kim, Y. M. (2017). Identifying gaps in the practices of rural health extension workers in Ethiopia: a task analysis study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2804-0>
- Dixon-Woods, M., Bosk, C. L., Aveling, E. L., Goeschel, C. A. et Pronovost, P. J. (2011). Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 167-205. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00625.x>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.



- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118.
- Douthwaite, M. et Ward, P. (2005). Increasing contraceptive use in rural Pakistan: an evaluation of the Lady Health Worker Programme. *Health Policy and Planning*, 20(2), 117-123.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czi014>
- Dynes, M. M., Stephenson, R., Hadley, C. et Sibley, L. M. (2014). Factors shaping interactions among community health workers in rural Ethiopia: rethinking workplace trust and teamwork. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 Suppl 1, S32-43.  
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12135>
- Egan, K. F., Kristen, D. et Tanvi, P.-R. (2016). Community Health Systems Catalog Country Profile: Pakistan (Punjab), 20.
- Evans, D. B., Hsu, J. et Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 546-546A.  
<https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Exemplars in Global Health. (2020). Why is Brazil an Exemplar?  
<https://www.exemplars.health/topics/community-health-workers/brazil/why-is-brazil-an-exemplar>
- Fausto, M. C. R., Giovanella, L., de Mendonça, M. H. M., de Almeida, P. F., Escorel, S., de Andrade, C. L. T. et Martins, M. I. C. (2011). The Work of Community Health Workers in Major Cities in Brazil: Mediation, Community Action, and Health Care. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 34(4), 339-353.  
<https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e31822cbe60>
- Fekadu, L., Hanson, C., Osberg, M., Makayova, J., Mingkwan, P. et Chin, D. (2017). Increasing Access to Tuberculosis Services in Ethiopia: Findings From a Patient-Pathway Analysis. *The Journal of Infectious Diseases*, 216(Suppl 7), S696-S701.  
<https://doi.org/10.1093/infdis/jix378>
- Fetene, N., Linnander, E., Fekadu, B., Alemu, H., Omer, H., Canavan, M., Smith, J., Berman, P. et Bradley, E. (2016). The Ethiopian Health Extension Program and Variation in Health

- Systems Performance: What Matters? *PLOS ONE*, 11(5), e0156438.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156438>
- Filgueiras, A. S. et Silva, A. L. A. (2011). Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 899-916.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>
- Fonds Français Muskoka. (2019). Politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre : Rapport d'analyse. <https://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2020/01/Rapport-Politiques-et-programmes-de-sante%CC%81-communautaire-en-AOC.pdf>
- Frumence, G., Goodman, M., Chebet, J. J., Moshia, I., Bishanga, D., Chitama, D., Winch, P. J., Killewo, J. et Baqui, A. H. (2019). Factors affecting early identification of pregnant women by community health workers in Morogoro, Tanzania. *BMC Public Health*, 19.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7179-1>
- Gebrehiwot, T., San Sebastian, M., Edin, K. et Goicolea, I. (2014). Health workers' perceptions of facilitators of and barriers to institutional delivery in Tigray, Northern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 137. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-137>
- Getnet, F., Hashi, A., Mohamud, S., Mowlid, H. et Klinkenberg, E. (2017). Low contribution of health extension workers in identification of persons with presumptive pulmonary tuberculosis in Ethiopian Somali Region pastoralists. *BMC Health Services Research*, 17(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2133-3>
- Gilroy, K. E., Callaghan-Koru, J. A., Cardemil, C. V., Nsona, H., Amouzou, A., Mtimuni, A., Daelmans, B., Mgalula, L. et Bryce, J. (2013). Quality of sick child care delivered by Health Surveillance Assistants in Malawi. *Health Policy and Planning*, 28(6), 573-585.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czs095>
- Giugliani, C., Harzheim, E., Duncan, M. S. et Duncan, B. B. (2011). Effectiveness of Community Health Workers in Brazil: A Systematic Review. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 34(4), 326-338. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e31822cbdfc>
- Grossman-Kahn, R., Schoen, J., Mallett, J. W., Brentani, A., Kaselitz, E. et Heisler, M. (2018). Challenges facing Community Health Workers in Brazil's Family Health Strategy: a

- qualitative study. *The International journal of health planning and management*, 33(2), 309-320. <https://doi.org/10.1002/hpm.2456>
- Guest, D. E. (1997). Human resource management and performance: a review and research agenda. *The International Journal of Human Resource Management*, 8(3), 263-276. <https://doi.org/10.1080/095851997341630>
- Hafeez, A., Mohamud, B. K., Shiekh, M. R., Shah, S. A. I. et Jooma, R. (2011). Lady health workers programme in Pakistan: challenges, achievements and the way forward. *J Pak Med Assoc*, 61(3), 6.
- Haggerty, J. L., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Burge, F., Lévesque, J.-F., Santor, D. A., Bouharaoui, F. et Beaulieu, C. (2011). Comprehensiveness of Care from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthcare Policy*, 7(Spec Issue), 154.
- Hamainza, B., Moonga, H., Sikaala, C. H., Kamuliwo, M., Bennett, A., Eisele, T. P., Miller, J., Seyoum, A. et Killeen, G. F. (2014). Monitoring, characterization and control of chronic, symptomatic malaria infections in rural Zambia through monthly household visits by paid community health workers. *Malaria Journal*, 13, 128. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-13-128>
- Hone, T., Rasella, D., Barreto, M. L., Majeed, A. et Millett, C. (2017). Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLOS Medicine*, 14(5), e1002306. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020). Ethiopia | Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://www.healthdata.org/ethiopia>
- Jackson, R. (2018). “We Prefer the Friendly Approach and Not the Facility”: On the Value of Qualitative Research in Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(5), 555-562. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i5.6>
- Jackson, R. et Hailemariam, A. (2016). The Role of Health Extension Workers in Linking Pregnant Women With Health Facilities for Delivery in Rural and Pastoralist Areas of Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 26(5), 471-478.

- Jeet, G., Thakur, J. S., Prinja, S. et Singh, M. (2017). Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. *PloS One*, *12*(7), e0180640. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180640>
- Joshi, R., Alim, M., Kengne, A. P., Jan, S., Maulik, P. K., Peiris, D. et P. et A, A. (2014). Task Shifting for Non-Communicable Disease Management in Low and Middle Income Countries – A Systematic Review. *PLoS ONE*, *9*(8), 103754.
- Khan, M. S., Mehboob, N., Rahman-Shepherd, A., Naureen, F., Rashid, A., Buzdar, N. et Ishaq, M. (2019). What can motivate Lady Health Workers in Pakistan to engage more actively in tuberculosis case-finding? *BMC Public Health*, *19*(1), 999. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7326-8>
- Kim, K., Choi, J. S., Choi, E., Nieman, C. L., Joo, J. H., Lin, F. R., Gitlin, L. N. et Han, H.-R. (2016). Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, *106*(4), e3-e28. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302987>
- Kimberly, F. E., Kristen, D. et Tanvi, P.-R. (2017). Community Health Systems Catalog Country Profile: Uganda. Advancing Partners & Communities. [https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/uganda\\_chs\\_catalog\\_profile.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/uganda_chs_catalog_profile.pdf)
- Kok, M C et Muula, A. S. (2013). Motivation and job satisfaction of Health Surveillance Assistants in Mwanza, Malawi: an explorative study. *Malawi Medical Journal*, *25*(1), 5-11.
- Kok, Maryse C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E., Kane, S. S., Ormel, H., Tijm, M. M. et De Koning, K. A. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers in low-and middle-income countries? A systematic review. *Health policy and planning*, *30*(9), 1207-1227. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu126>
- Kok, Maryse C., Kane, S. S., Tulloch, O., Ormel, H., Theobald, S., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E. et de Koning, K. A. (2015). How does context influence performance

- of community health workers in low-and middle-income countries? Evidence from the literature. *Health research policy and systems*, 13(1), 1-14.
- Kok, Maryse C., Namakhoma, I., Nyirenda, L., Chikaphupha, K., Broerse, J. E., Dieleman, M., Taegtmeier, M. et Theobald, S. (2016). Health surveillance assistants as intermediates between the community and health sector in Malawi: exploring how relationships influence performance. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-12.
- Kok, Maryse C, Vallières, F., Tulloch, O., Kumar, M. B., Kea, A. Z., Karuga, R., Ndima, S. D., Chikaphupha, K., Theobald, S. et Taegtmeier, M. (2018). Does supportive supervision enhance community health worker motivation? A mixed-methods study in four African countries. *Health Policy and Planning*, 33(9), 988-998.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czy082>
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2016a). Community Health Systems Catalog Country Profile: Malawi - September 2016.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/malawi\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/malawi_chs_catalog_profile_0.pdf)
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2016b). Community Health Systems Catalog Country Profile: Mali.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/mali\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/mali_chs_catalog_profile_0.pdf)
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2016c). Community Health Systems Catalog Country Profile : Zambia.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/zambia\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/zambia_chs_catalog_profile_0_0.pdf)
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2017). Community Health Systems Catalog Country Profile: Tanzania.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/sites/default/files/resources/apc\\_tanzania\\_profile-web\\_tagged.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/sites/default/files/resources/apc_tanzania_profile-web_tagged.pdf)

- Lara, M. O., Brito, M. J. M. et Rezende, L. C. (2012). The cultural aspects of the Practice of Community Health agents in rural areas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(3), 673-680. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300020>
- Lefevre, D., Dieng, M., Lamara, F., Raguin, G. et Michon, C. (2014). Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida, Community health workers in HIV/AIDS care. *Santé Publique*, 26(6), 879-888. <https://doi.org/10.3917/spub.146.0879>
- Lema, I. A., Sando, D., Magesa, L., Machumi, L., Mungure, E., Mwanyika Sando, M., Geldsetzer, P., Foster, D., Kajoka, D., Naburi, H., Ekström, A. M., Spiegelman, D., Li, N., Chalamilla, G., Fawzi, W. et Bärnighausen, T. (2014). Community Health Workers to Improve Antenatal Care and PMTCT Uptake in Dar es Salaam, Tanzania: A Quantitative Performance Evaluation. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 67(Suppl 4), S195-S201. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000371>
- López-Ejeda, N., Charle-Cuellar, P., G. B. Alé, F., Álvarez, J. L., Vargas, A. et Guerrero, S. (2020). Bringing severe acute malnutrition treatment close to households through community health workers can lead to early admissions and improved discharge outcomes. *PLoS ONE*, 15(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227939>
- MacRae, M. C., Fazal, O. et O'Donovan, J. (2020). Community health workers in palliative care provision in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature. *BMJ Global Health*, 5(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002368>
- Marzari, C. K., Junges, J. R. et Selli, L. (2011). Community health agents: profile and education. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 873-880. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700019>
- Medhanyie, A., Spigt, M., Kifle, Y., Schaay, N., Sanders, D., Blanco, R., GeertJan, D. et Berhane, Y. (2012). The role of health extension workers in improving utilization of maternal health services in rural areas in Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-352>
- Melo e Lima, T. R. de, Maia, P. F. C. de M. D., Valente, E. P., Vezzini, F. et Tamburlini, G. (2018). Effectiveness of an action-oriented educational intervention in ensuring long term

- improvement of knowledge, attitudes and practices of community health workers in maternal and infant health: a randomized controlled study. *BMC Medical Education*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1332-x>
- Mialhe, F. L., Lefèvre, F. et Lefèvre, A. M. C. (2011). Community health agents and their educational practices in oral health: a qualitative/quantitative evaluation. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4425-4432. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200015>
- Miller, N. P., Ardestani, F. B., Dini, H. S., Shafique, F. et Zunong, N. (2020). Community health workers in humanitarian settings: Scoping review. *Journal of Global Health*, 10(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020602>
- Ministry of Health of Malawi, G. of the R. of M. (2017). National community health strategy 2017 2022 : Integrating health services and engaging communities for the next generation. [https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/National\\_Community\\_Health\\_Strategy\\_2017-2022-FINAL.pdf](https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/National_Community_Health_Strategy_2017-2022-FINAL.pdf)
- Ministry of Health of Uganda. (2018a). Community Health Extension Workers (CHEWS) Training Curriculum - Uganda. [www.health.go.ug](http://www.health.go.ug)
- Ministry of Health of Uganda, R. of U. (2018b). Community Health Extension Workers National Policy 2018. <http://library.health.go.ug/publications/policy-documents/community-health-extension-workers-national-policy-2018>
- Moura, M. S. de, Carvalho, C. J. de, Amorim, J. T. C. de, Marques, M. F. S. S., Moura, L. de F. A. de D. et Mendes, R. F. (2010). Profile and procedures of the community health agents regarding oral health in the countryside of Piauí State, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1487-1495. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700061>
- Mpembeni, R. N. M., Bhatnagar, A., LeFevre, A., Chitama, D., Urassa, D. P., Kilewo, C., Mdee, R. M., Semu, H., Winch, P. J., Killewo, J., Baqui, A. H. et George, A. (2015). Motivation and satisfaction among community health workers in Morogoro Region, Tanzania: nuanced needs and varied ambitions. *Human Resources for Health*, 13(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0035-1>

- MSPP. (2013). Haïti Plan Directeur de la Santé 2012-2022.  
<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sante%202012%2022%20version%20web.pdf>
- MSPP. (2015). Le Paquet Essentiel de Services.  
<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Manuel%20du%20PES%20Lancement%201er%20Septembre%202016%20compressed.pdf>
- MSPP. (2017a). Formation des agents de sante communautaires polyvalents : manuel de référence.
- MSPP. (2017b). Haïti Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030 | HFG. <https://www.hfgproject.org/haiti-plan-strategique-de-developpement-des-ressources-humaines-pour-la-sante-2030/>
- MSPP et Organisation Panaméricaine de la Santé. (2017). *Organisation des services de santé communautaire en Haïti - Mise en oeuvre dans la commune de Carrefour (2011 - 2015)* ([Rapport d'activités]). Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) d'Haïti.
- Mubi, M., Janson, A., Warsame, M., Mårtensson, A., Källander, K., Petzold, M. G., Ngasala, B., Maganga, G., Gustafsson, L. L., Masseur, A., Tomson, G., Premji, Z. et Björkman, A. (2011). Malaria Rapid Testing by Community Health Workers Is Effective and Safe for Targeting Malaria Treatment: Randomised Cross-Over Trial in Tanzania. *PLOS ONE*, 6(7), e19753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019753>
- Mwai, G. W., Mburu, G., Torpey, K., Frost, P., Ford, N. et Seeley, J. (2013). Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 16(1), 18586. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.1.18586>
- Naburi, H., Ekström, A. M., Mujinja, P., Kilewo, C., Manji, K., Biberfeld, G., Sando, D., Chalamila, G. et Bärnighausen, T. (2017). The potential of task-shifting in scaling up services for prevention of mother-to-child transmission of HIV: a time and motion study in Dar es Salaam, Tanzania. *Human Resources for Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0207-2>



- Negussie, A. et Girma, G. (2017). Is the role of Health Extension Workers in the delivery of maternal and child health care services a significant attribute? The case of Dale district, southern Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2590-8>
- Nguyen, D. T. K., Leung, K. K., McIntyre, L., Ghali, W. A. et Sauve, R. (2013). Does Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Training Improve the Skills of Health Workers? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066030>
- Nisar, S., Khan, M. et Nisar, U. (2020). Impact Of Lady Health Workers On The Contraceptive Prevalence Rate In District Mardan. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 32(1), 104-110.
- Nkonki, L., Tugendhaft, A. et Hofman, K. (2017). A systematic review of economic evaluations of CHW interventions aimed at improving child health outcomes. *Human Resources for Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0192-5>
- Nsibande, D., Loveday, M., Daniels, K., Sanders, D., Doherty, T. et Zembe, W. (2018). Approaches and strategies used in the training and supervision of Health Extension Workers (HEWs) delivering integrated community case management (iCCM) of childhood illness in Ethiopia: a qualitative rapid appraisal. *African Health Sciences*, 18(1), 188-197. <https://doi.org/10.4314/ahs.v18i1.24>
- O'Donovan, J., Stiles, C., Sekimpi, D., Ddumba, I., Winters, N. et Jr, E. (2018). Potential challenges of implementing the Community Health Extension Worker programme in Uganda. *BMJ Global Health*, 3(4), e000960. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000960>
- ONUSIDA. (2016). Urgent need to strengthen community health systems to achieve the 90–90–90 treatment target. <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/june/909090humanresourceshealth>
- Organisation mondiale de la Santé[OMS]. (2018). *Directives de l’OMS sur la politique de santé et l’accompagnement au sein du système en vue d’optimiser les programmes relatifs aux*

*agents de santé communautaires*. Organisation mondiale de la Santé.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325564>

Ormel, H., Kok, M., Kane, S., Ahmed, R., Chikaphupha, K., Rashid, S. F., Gemechu, D., Otiso, L., Sidat, M., Theobald, S., Taegtmeier, M. et de Koning, K. (2019). Salaried and voluntary community health workers: exploring how incentives and expectation gaps influence motivation. *Human Resources for Health*, 17(1), 59.

<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0387-z>

Ormel, N., Linnander, E., Fekadu, B., Alemu, H., Omer, H., Canavan, M., Smith, J., Berman, P. et Bradley, E. (2016). The Ethiopian Health Extension Program and Variation in Health Systems Performance: What Matters? *PLOS ONE*, 11(5), e0156438.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156438>

Owais, A., Hanif, B., Siddiqui, A. R., Agha, A. et Zaidi, A. K. (2011). Does improving maternal knowledge of vaccines impact infant immunization rates? A community-based randomized-controlled trial in Karachi, Pakistan. *BMC Public Health*, 11, 239.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-239>

Paintain, L. S., Willey, B., Kedenge, S., Sharkey, A., Kim, J., Buj, V., Webster, J., Schellenberg, D. et Ngongo, N. (2014). Community Health Workers and Stand-Alone or Integrated Case Management of Malaria: A Systematic Literature Review. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 91(3), 461. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.14-0094>

Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. et Walshe, K. (2005). Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1\_suppl), 21-34. <https://doi.org/10.1258/1355819054308530>

Perry, H. (2013). A brief history of community health worker programs. Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide and case studies for program managers and policymakers.

Perry, H. B., Akin-Olugbade, L., Lailari, A. et Son, Y. (2016). A comprehensive description of three national community health worker programs and their contributions to maternal and child health and primary health care. <https://www.exemplars.health/>

/media/files/egh/resources/community-health-workers/ethiopia/perrychwprogramsibrazilethiopiaandnepal2016.pdf

- Perry, Zulliger, R. et Rogers, M. M. (2014). Community Health Workers in Low-, Middle-, and High-Income Countries: An Overview of Their History, Recent Evolution, and Current Effectiveness. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 399-421.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182354>
- Phiri, S. C., Prust, M. L., Chibawe, C. P., Misapa, R., van den Broek, J. W. et Wilmink, N. (2017). An exploration of facilitators and challenges in the scale-up of a national, public sector community health worker cadre in Zambia: a qualitative study. *Human Resources for Health*, 15(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0214-3>
- Pinto, R. M., da Silva, S. B. et Soriano, R. (2012). Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A Framework of their Praxis and Contributions to Patient Health Behaviors. *Social science & medicine* (1982), 74(6), 940-947.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.025>
- Rabbani, F., Perveen, S., Aftab, W., Zahidie, A., Sangrasi, K. et Qazi, S. A. (2016). Health workers' perspectives, knowledge and skills regarding community case management of childhood diarrhoea and pneumonia: a qualitative inquiry for an implementation research project "Nigraan" in District Badin, Sindh, Pakistan. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1699-5>
- Rafiq, M. Y., Wheatley, H., Mushi, H. P. et Baynes, C. (2019). Who are CHWs? An ethnographic study of the multiple identities of community health workers in three rural Districts in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 19.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4563-6>
- Raifman, S., Mellese, S., Hailemariam, K., Askew, I. et Erulkar, A. (2013). Assessment of the availability and use of maternal health supplies in the primary health care system in Amhara Region, Ethiopia. *Population Council*, 35.
- Ridde, V., Robert, E., Guichard, A., Blaise, P. et Van Olmen, J. (2012). L'approche Realist à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3), 37-59.

- Robert, É. et Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108. <https://doi.org/10.7202/1025741ar>
- Roberton, T., Applegate, J., Lefevre, A. E., Mosha, I., Cooper, C. M., Silverman, M., Feldhaus, I., Chebet, J. J., Mpembeni, R., Semu, H., Killewo, J., Winch, P., Baqui, A. H. et George, A. S. (2015). Initial experiences and innovations in supervising community health workers for maternal, newborn, and child health in Morogoro region, Tanzania. *Human Resources for Health*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0010-x>
- Rogers, E., Martínez, K., Morán, J. L. A., Alé, F. G. B., Charle, P., Guerrero, S. et Puett, C. (2018). Cost-effectiveness of the treatment of uncomplicated severe acute malnutrition by community health workers compared to treatment provided at an outpatient facility in rural Mali. *Human Resources for Health*, 16(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0273-0>
- Rosenthal, E. L., Brownstein, J. N., Rush, C. H., Hirsch, G. R., Willaert, A. M., Scott, J. R., Holderby, L. R. et Fox, D. J. (2010). Community Health Workers: Part Of The Solution. *Health Affairs*, 29(7), 1338-1342. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0081>
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sadrudin, S., Shehzad, S., Bari, A., Khan, A., Ibad-ul-Haque, Khan, A. et Qazi, S. (2012). Household Costs for Treatment of Severe Pneumonia in Pakistan. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87(5\_Suppl), 137-143. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2012.12-0242>
- Santos, K. T. dos, Saliba, N. A., Moimaz, S. A. S., Arcieri, R. M. et Carvalho, M. de L. (2011). Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 1023-1028. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700035>

- Savaneviciene, A. et Stankeviciute, Z. (2015). The Models Exploring the “Black Box” between HRM and Organizational Performance. *Engineering Economics*, 21(4), 426-434. <https://doi.org/10.5755/j01.ee.21.4.11719>
- Schoen, J., Mallett, J. W., Grossman-Kahn, R., Brentani, A., Kaselitz, E. et Heisler, M. (2017). Perspectives and experiences of community health workers in Brazilian primary care centers using m-health tools in home visits with community members. *Human Resources for Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0245-9>
- Scott, K., Beckham, S. W., Gross, M., Pariyo, G., Rao, K. D., Cometto, G. et Perry, H. B. (2018). What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0304-x>
- Sedlander, E., Bingenheimer, J. B., Edberg, M. C., Rimal, R. N., Shaikh, H. et Munar, W. (2018). Understanding modern contraception uptake in one Ethiopian community: a case study. *Reproductive Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0550-3>
- Seidman, G. et Atun, R. (2017). Does task shifting yield cost savings and improve efficiency for health systems? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries. *Human Resources for Health*, 15(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0200-9>
- Sharma, N., Harris, E., Lloyd, J., Mistry, S. K. et Harris, M. (2019). Community health workers involvement in preventative care in primary healthcare: a systematic scoping review. *BMJ Open*, 9(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031666>
- Shaw, B., Amouzou, A., Miller, N. P., Tsui, A. O., Bryce, J., Tafesse, M. et Surkan, P. J. (2015). Determinants of Utilization of Health Extension Workers in the Context of Scale-Up of Integrated Community Case Management of Childhood Illnesses in Ethiopia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 93(3), 636-647. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.14-0660>
- Shaw, J., Gray, C. S., Baker, G. R., Denis, J.-L., Breton, M., Gutberg, J., Embuldeniya, G., Carswell, P., Dunham, A., McKillop, A., Kenealy, T., Sheridan, N. et Wodchis, W. (2018). Mechanisms, contexts and points of contention: operationalizing realist-informed

- research for complex health interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0641-4>
- Shelley, K. D., Belete, Y. W., Phiri, S. C., Musonda, M., Kawesha, E. C., Muleya, E. M., Chibawe, C. P., van den Broek, J. W. et Vosburg, K. B. (2016). Implementation of the Community Health Assistant (CHA) Cadre in Zambia: A Process Evaluation to Guide Future Scale-Up Decisions. *Journal of Community Health*, 41(2), 398-408. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0110-5>
- Shelley, K. D., Mpembeni, R., Frumence, G., Stuart, E. A., Killewo, J., Baqui, A. H. et Peters, D. H. (2019). Integrating Community Health Worker Roles to Improve Facility Delivery Utilization in Tanzania: Evidence from an Interrupted Time Series Analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 23(10), 1327-1338. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02783-8>
- Shipton, L., Zahidie, A. et Rabbani, F. (2017). Motivating and demotivating factors for community health workers engaged in maternal, newborn and child health programs in low and middle-income countries: a systematic review., 27(1), 157-165.
- Sicotte, C., Champagne, F. et Contandriopoulos, A.--Pierre. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. [https://www.researchgate.net/profile/Claude-Sicotte/publication/274136966\\_La\\_performance\\_organisationnelle\\_des\\_organisations\\_de\\_sante/links/5516a66e0cf2d70ee2754ba0/La-performance-organisationnelle-des-organisations-de-sante.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Claude-Sicotte/publication/274136966_La_performance_organisationnelle_des_organisations_de_sante/links/5516a66e0cf2d70ee2754ba0/La-performance-organisationnelle-des-organisations-de-sante.pdf)
- Simas, P. R. P., Pinto, I. C. de M. et Pinto, I. C. de M. (2017). Health work: portrait of community workers in the Northeast region of Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1865-1876. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.01532017>
- Smith, S., Deveridge, A., Berman, J., Negin, J., Mwambene, N., Chingaipe, E., Puchalski Ritchie, L. M. et Martiniuk, A. (2014). Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi. *Human Resources for Health*, 12, 24. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-24>

- Teklehaimanot, H. D. et Teklehaimanot, A. (2013). Human resource development for a community-based health extension program: a case study from Ethiopia. *Human Resources for Health*, 11, 39. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-39>
- Tesfaye, C. (2017). Factors Affecting Health Extension Workers motivation in selected rural districts of Ethiopia: A qualitative study. <http://etd.aau.edu.et/bitstream/handle/123456789/7476/Chala%20Tesfaye.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tilahun, H., Fekadu, B., Abdisa, H., Canavan, M., Linnander, E., Bradley, E. H. et Berman, P. (2017). Ethiopia's health extension workers use of work time on duty: time and motion study. *Health Policy and Planning*, 32(3), 320-328. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw129>
- Vareilles, G., Pommier, J., Marchal, B. et Kane, S. (2017). Understanding the performance of community health volunteers involved in the delivery of health programmes in underserved areas: a realist synthesis. *Implementation Science : IS*, 12. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0554-3>
- Vaughan, K., Kok, M. C., Witter, S. et Dieleman, M. (2015). Costs and cost-effectiveness of community health workers: evidence from a literature review. *Human Resources for Health*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0070-y>
- Wang, H., Tesfaye, R., Ramana, G. N. V. et Chekagn, C. T. (2016). *Ethiopia health extension program: an institutionalized community approach for universal health coverage*. World Bank Group.
- Whidden, C., Kayentao, K., Liu, J. X., Lee, S., Keita, Y., Diakité, D., Keita, A., Diarra, S., Edwards, J., Yembrick, A., Holeman, I., Samaké, S., Plea, B., Coumaré, M. et Johnson, A. D. (2018). Improving Community Health Worker performance by using a personalised feedback dashboard for supervision: a randomised controlled trial. *Journal of Global Health*, 8(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.08.020418>
- WHO. (2007). Task shifting to tackle health worker shortages. <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Task-shifting-to-tackle-health-worker-shortages.pdf>

- WHO. (2013). Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84202/9789242504842\\_fre.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84202/9789242504842_fre.pdf?sequence=1)
- WHO. (2016). Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf>
- World Bank. (2017). *Mieux dépenser pour mieux soigner : un regard sur le financement de la santé en Haïti* [text/html]. World Bank.  
<https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/publication/better-spending-better-care-a-look-at-haitis-health-financing>
- World Bank. (2019). *Population, total - Pakistan | Data*.  
<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL?locations=PK>
- Wright, P. M. et Nishii, L. H. (2006). Strategic HRM and organizational behaviour : integrating multiple levels of analysis. Cornell University, School of Industrial and Labor Relations, Center for Advanced Human Resource Studies.  
<http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cahrswp/405/>
- Yitayal, M., Berhane, Y., Worku, A. et Kebede, Y. (2014). Health extension program factors, frequency of household visits and being model households, improved utilization of basic health services in Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 14, 156.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-156>
- Zanchetta, M. S., McCrae Vander Voet, S., Galhego-Garcia, W., Smolentzov, V. M. N., Talbot, Y., Riutort, M., Galhego, A. M. M. F., de Souza, T. J., Caldas, R. S., Costa, E., Kamikihara, M. M. et Smolentzov, S. (2009). Effectiveness of community health agents' actions in situations of social vulnerability. *Health Education Research*, 24(2), 330-342.  
<https://doi.org/10.1093/her/cyn023>
- Zulu, Joseph M., Kinsman, J., Hurtig, A.-K., Michelo, C., George, A. et Schneider, H. (2019). Integrating community health assistant-driven sexual and reproductive health services in the community health system in Nyimba district in Zambia: mapping key actors, points of



integration, and conditions shaping the process. *Reproductive Health*, 16.  
<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0788-4>

Zulu, Joseph Mumba, Hurtig, A.-K., Kinsman, J. et Michelo, C. (2015). Innovation in health service delivery: integrating community health assistants into the health system at district level in Zambia. *BMC Health Services Research*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0696-4>

Zulu, Joseph Mumba, Kinsman, J., Michelo, C. et Hurtig, A.-K. (2014). Hope and despair: community health assistants' experiences of working in a rural district in Zambia. *Human Resources for Health*, 12(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-30>

## Annexe de l'article 1

**Tableau 9: Caractéristiques des études incluses**

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet (Qualité/pertinence)	Contribution à la théorie \ Qualité (rigueur) (N° demi-régularité correspondant dans le tableau 6 des configurations CME)
Afsar	2005	Outcome of Patient Referral made by the Lady Health Workers in Karachi, Pakistan	Pakistan	Étude quantitative transversale	Patients référés par les des Lady Health Workers (LHW)	Effets des activités de référence des LHW	17
Asiimwe	2017	Expanding HIV testing and linkage to care in southwestern Uganda with community health extension workers	Ouganda	Données de routine	Community Health Extension Workers (CHEWs)	Efficacité des community health extension workers dans le dépistage du VIH	03
Aftab	2018	Improving community health worker performance through supportive supervision: a randomised controlled implementation trial in Pakistan	Pakistan	Entrevues	Superviseurs des Lady Health Workers (LHW)	Effets de la supervision sur la performance des Lady Health Workers (LHW)	09 ; 10
Alvarez Morán	2018	The effectiveness of treatment for Severe Acute Malnutrition (SAM) delivered by community health workers compared to a traditional facility based model	Mali	Étude d'intervention randomisée multicentrique	Agents de santé communautaires	Efficacité des agents de santé communautaires	03
Amare	2018	Early postnatal home visits: a qualitative study of barriers and facilitators to achieving high coverage	Ethiopie	Entretiens qualitatifs et discussions de groupe	Familles and Health Extension Workers	Obstacles et facilitateurs des visites postnatales	26
Ameha	2014	Effectiveness of supportive supervision on the consistency of integrated community cases management skills of the health extension workers in 113 districts of Ethiopia	Ethiopie	Analyse des registres	Non applicable	Supervision des Health Extension Workers	09 ; 10
Ávila	2011	A case study of the Community Health Agents Program in Uruburetama, Ceará (Brazil)	Brésil	Entretiens et des observations participantes	Agents de santé communautaires	Formation et interventions des Agents de Santé Communautaires	12

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet (Qualité/pertinence)	Contribution à la théorie \ Qualité (rigueur) (N° demi-régularité correspondant dans le tableau 6 des configurations CME)
Baralhas	2013	Daily practice of community health agents: difficulties and limitations of care	Brésil	Entretiens qualitatifs	Agents de santé communautaires	Pratiques, difficultés et limites des agents de santé communautaires	02; 14; 15; 17; 20; 23; 24
Befekadu	2020	Knowledge and practice of health extension workers on drug provision for childhood illness in west Gojjam, Amhara, Northwest Ethiopia	Ethiopie	étude transversale institutionnelle	Health Extension Workers	Connaissances et pratiques des Health Extension Workers sur la fourniture de médicaments pour les maladies infantiles	09
Bittencourt	2019	Training Community Health Workers to promote breast cancer screening in Brazil	Brésil	Questionnaires d'évaluation pré et post-formation	Agents de santé communautaires	Formation des agents de santé communautaires	03; 05
Chikaphuha	2016	Motivation of health surveillance assistants in Malawi: A qualitative study	Malawi	Entretiens qualitatifs et discussions de groupe	Health Surveillance Assistants (HSA)	Motivation des agents de santé communautaires	04 ; 08; 11; 13; 18; 19; 20; 21
Costa	2013	Community health worker: a core element of health actions	Brésil	Étude transversale et quantitative	Agent de santé communautaire	Interventions des Agents de santé communautaires	02
Coutinho	2014	Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil	Brésil	Enquêtes transversales	Agent de santé communautaire	Effets de la formation au conseil en allaitement pour les agents de santé communautaires	03
Datiko	2015	Exploring providers' perspectives of a community based TB approach in Southern Ethiopia: implication for community based approaches	Ethiopie	Entretiens qualitatifs	Health Extension Workers, Techniciens de laboratoire et superviseurs	Expériences des prestataires de santé impliqués dans une intervention communautaire de diagnostic et traitement de la tuberculose	01 ; 03; 10; 20
Hailu	2018	Ethiopia's health extension program: Opportunities and challenges of its implementation in Shiromeda	Ethiopie	Entretiens qualitatifs et discussions de groupe	Health Extension Workers	Opportunities and challenges du Ethiopia's health extension program	13; 18

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet (Qualité/pertinence)	Contribution à la théorie \ Qualité (rigueur) (N° demi-régularité correspondant dans le tableau 6 des configurations CME)
Dynes	2014	Factors Shaping Interactions Among Community Health Workers in Rural Ethiopia: Rethinking Workplace Trust and Teamwork	Ethiopie	Enquête quantitative	Health Extension Workers, community health development agent, Traditional birth attendant	Facteurs sociodémographiques et structurels façonnent le travail d'équipe parmi les agents communautaires de santé maternelle et néonatale en Éthiopie.	03
Fausto	2011	The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care	Brésil	Enquête (quantitative) par questionnaire	Agent de santé communautaire	Rôle des agents de santé communautaires (ASC) et défis liés à l'exercice de leurs multiples fonctions	03
Filgueiras	2011	Community Health Agent: a new actor in the Brazilian health scenario	Brésil	Enquête qualitative	Agent de santé communautaire	Activités des Agents de Santé Communautaires et les facilitateurs et limitants leurs interventions	02; 03; 22
Frumence	2019	Factors affecting early identification of pregnant women by community health workers in Morogoro	Tanzania	Groupes de discussion semi-structurés	Community health workers	Facteurs affectant l'identification précoce des femmes enceintes par les agents de santé communautaires	16; 26
Galavote	2011	Disclosing the work processes of the community health agents on the Family Health Strategy in Vitória (ES, Brazil)	Brésil	Entretien qualitatif individuel semi-directif	Agent de santé communautaire	Processus de travail des ASC	01; 02; 06; 22; 25
Gebrehiwot	2014	Health workers' perceptions of facilitators of and barriers to institutional delivery in Tigray, Northern Ethiopia	Ethiopie	Entretiens qualitatifs approfondis	Health Extension Workers	Perceptions des Health Extension Workers	17; 26
Getnet	2017	Low contribution of health extension workers in identification of persons with presumptive pulmonary tuberculosis in Ethiopian Somali Region pastoralists	Ethiopie	Approche mixte de méthodes quantitatives et qualitatives	Health Extension Workers	Contribution des Health Extension Workers dans l'identification des personnes atteintes de tuberculose pulmonaire	16

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet (Qualité/pertinence)	Contribution à la théorie \ Qualité (rigueur) (N° demi-régularité correspondant dans le tableau 6 des configurations CME)
Gilroy	2013	Quality of sick child care delivered by Health Surveillance Assistants in Malawi. Health Policy and Planning	Malawi	Enquête quantitative	Health Surveillance Assistants	Qualité des soins aux enfants malades dispensés par les assistants de surveillance sanitaire	04; 07
Grossman-Kahn	2018	Challenges facing Community Health Workers in Brazil's Family Health Strategy: a qualitative study	Brésil	Entretiens qualitatif semi-structurés	Agent de santé communautaire	Défis rencontrés par les agents de santé communautaires	02; 14 ; 17 ; 20 ; 23; 25; 26
Hafeez	2011	Lady health workers programme in Pakistan: challenges, achievements and the way forward	Pakistan	Examen documentaire et entrevues	Lady health workers	Défis, réalisations et voie à suivre par les Lady health workers	09; 10
Jackson	2018	"We Prefer the Friendly Approach and Not the Facility": On the Value of Qualitative Research in Ethiopia	Ethiopie	Discussions de groupe	Health Extension Workers	Experiences des Health Extension Workers	13; 18
Jackson	2016	The Role of Health Extension Workers in Linking Pregnant Women With Health Facilities for Delivery in Rural and Pastoralist Areas of Ethiopia	Ethiopie	Entretiens qualitatifs et discussions de groupe	Health Extension Workers	Rôle des Health Extension Workers dans la mise en relation des femmes enceintes avec les établissements de santé pour l'accouchement	17
Khan	2019	What can motivate Lady Health Workers in Pakistan to engage more actively in tuberculosis case-finding?	Pakistan	Entretiens semi-structurés	Lady Health Workers	Motivation des Lady Health Workers à s'engager dans la recherche des cas de tuberculose	13; 20
Kok	2013	Motivation and job satisfaction of health surveillance assistants in Mwanza, Malawi: an explorative study	Malawi	Entretiens qualitatifs et discussions de groupe	Health Surveillance Assistants et leurs superviseurs	Motivation et satisfaction au travail des Health Surveillance Assistants	04 ; 08 ; 11 : 17 ; 20 ; 22
Kok	2016	Health surveillance assistants as intermediates between the community and health sector in Malawi	Malawi	Entretiens qualitatifs semi-structurés et discussions de groupe	Health Surveillance Assistants	Health Surveillance Assistants et performance du système de santé	01; 04; 11; 13; 14; 15; 17; 21; 22

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet (Qualité/pertinence)	Contribution à la théorie \ Qualité (rigueur) (N° demi-régularité correspondant dans le tableau 6 des configurations CME)
Lara	2012	The cultural aspects of the practice of Community Health Agents in rural areas	Brésil	Entretiens qualitatif individuels semi-structurés	Agents de santé communautaire, infirmiers, médecin, aides-soignants et usagers	Facteurs culturels influençant la pratique des Agents de Santé Communautaire	02
Marzari	2011	Community health agents: profile and education	Brésil	Focus groupe de discussion	Agentes comunitários de saúde	Profil et formation des Agents de Santé Communautaire	02
Melo e Lima	2018	Effectiveness of an action-oriented educational intervention in ensuring long term improvement of knowledge, attitudes and practices of community health workers in maternal and infant health: a randomized controlled study	Brésil	Étude contrôlée randomisée (évaluation pré et post-intervention)	Community Health Workers (CHWs)	Connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé communautaires en santé maternelle et infantile	03
Mengesha	2018	Can mHealth improve timeliness and quality of health data collected and used by health extension workers in rural Southern Ethiopia?	Ethiopie	Données (quantitatives) de routines et entretiens semi-structurés	Health Extension Workers	Qualité des données de santé collectées par les Health Extension Workers	06
Morán	2018	Quality of care for treatment of uncomplicated severe acute malnutrition delivered by community health workers in a rural area of Mali	Mali	Observation directe (utilisation de liste de contrôle et formulaire)	Agents de Santé Communautaires (ASC)	Qualité des soins offerts par les agents de santé communautaires	03; 09
Ormel	2019	Salaried and voluntary community health workers: exploring how incentives and expectation gaps influence motivation	Éthiopie, Malawi	Entretiens qualitatifs individuels et discussions de groupe	Agents de Santé Communautaires	Facteurs influençant la motivation et la performance des ASC	13; 19; 20
Phiri	2017	An exploration of facilitators and challenges in the scale-up of a national, public sector community health worker cadre in Zambia: a qualitative study	Zambia	Entretiens individuels semi-structurés et discussions de groupe	Agents de Santé Communautaires	Facteurs facilitants ou défis entrant les interventions d'agents de santé communautaires	06; 08; 09; 10
Pinto	2011	Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and	Brésil	Entretiens approfondis	Agents de Santé Communautaires	Connaissances, compétences, pratique des agents de santé	03; 14

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet (Qualité/pertinence)	Contribution à la théorie \ Qualité (rigueur) (N° demi-régularité correspondant dans le tableau 6 des configurations CME)
		contributions to patient health behaviors				communautaires et résultat pour le patient	
Rabbani	2016	Health workers' perspectives, knowledge and skills regarding community case management of childhood diarrhoea and pneumonia: a qualitative inquiry for an implementation research project "Nigraan" in District Badin, Sindh, Pakistan	Pakistan	Groupes de discussion et entretiens approfondis	Lady Health Workers (LHWs)	Perspectives, connaissances et compétences des agents de santé communautaire dans la prise en charge des cas de diarrhée et de pneumonie infantiles	03; 04; 06; 07; 09; 11; 13
Rafiq	2019	Who are CHWs? An ethnographic study of the multiple identities of community health workers in three rural Districts in Tanzania	Tanzania	Entretiens individuels semi-structurés et discussions de groupe	Agents de santé communautaires	Identités et pratiques des agents de santé communautaires	07; 15
Raifman	2013	Assessment of the availability and use of maternal health supplies in the primary health care system in Amhara Region, Ethiopia	Ethiopie	Observation directe et entretiens individuels	Health Extension Workers	Fournitures et matériels de travail des agents de santé communautaires	06
Roberton	2015	Initial experiences and innovations in supervising community health workers for maternal, newborn, and child health in Morogoro region, Tanzania	Tanzania	Entretiens semi-structurés	Community Health Workers (CHWs)	Supervision des agents de santé communautaires	09; 10; 12
Sedlander	2018	Understanding modern contraception uptake in one Ethiopian community: a case study	Ethiopie	Groupes de discussion et entretiens individuels	Health Extension Workers	Performance des Health Extension Workers	16
Shaw	2015	Determinants of Utilization of Health Extension Workers in the Context of Scale-Up of Integrated Community Case Management of Childhood Illnesses in Ethiopia	Ethiopie	Enquête transversale auprès des ménages (quantitative)	Health Extension Workers	Déterminants de l'utilisation des Health Extension Workers	17; 26
Shelley	2016	Implementation of the Community Health Assistant (CHA) Cadre in	Zambia	Entretiens en petits groupes (2 à 4 personnes)	Community Health Assistant (CHA)	Obstacles et facilitateurs des interventions des	01; 02; 07; 09; 11; 14; 15

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet (Qualité/pertinence)	Contribution à la théorie \ Qualité (rigueur) (N° demi-régularité correspondant dans le tableau 6 des configurations CME)
		Zambia: A Process Evaluation to Guide Future Scale-Up Decisions				Community Health Assistant (CHA)	
Simas	2017	Health work: portrait of community workers in the Northeast region of Brazil	Brésil	Entretien par questionnaire et revue documentaire	Agents de Santé Communautaires	Profil, formation, embauche, rémunération et conditions de travail des Agents de Santé Communautaires	20; 25
Smith	2014	Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi	Malawi	Groupes de discussion et entretiens individuels	Health Surveillance Assistants	Rôles et responsabilités de Health Surveillance Assistants	06; 13; 18
Tesfaye	2017	Factors Affecting Health Extension Workers motivation in selected rural districts of Ethiopia: A qualitative study	Ethiopie	Mémoire de Master, incluant revue de littérature et entretiens approfondis structurés	Health Extension Workers	Motivation des Health Extension Workers	01; 02; 04; 06; 14; 15; 18; 19; 24
Whidden	2018	Improving Community Health Worker performance by using a personalised feedback dashboard for supervision: a randomised controlled trial	Mali	Essai contrôlé randomisé	Agents de Santé Communautaires	Supervision et performance des agents de santé communautaires	09; 10
Zulu	2019	Integrating community health assistant-driven sexual and reproductive health services in the community health system in Nyimba district in Zambia: mapping key actors, points of integration, and conditions shaping the process	Zambia	Entretiens approfondis	Community Health Assistant (CHA)	Acceptabilité des Community Health Assistant (CHA)	06; 07; 09; 14; 21; 26
Zulu	2014	Hope and despair: community health assistants' experiences of working in a rural district in Zambia	Zambia	Examen documentaire, entretiens approfondis et observations directes	Community Health Assistant (CHA)	Motivations, expériences, rémunérations, défis des assistants de santé communautaires	01; 04; 10; 11; 13; 16; 19; 21;



## Chapitre V – Résultats | Article 2 : Analyse logique de la délégation de tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) en Haïti

---

### Résumé

**Contexte :** En Haïti, la délégation de tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) figure parmi les interventions prioritaires visant à améliorer la couverture sanitaire universelle. En vue de contribuer à l'implantation réussie de cette intervention et l'atteinte des objectifs visés, cet article examine la plausibilité des hypothèses qui la sous-tendent, ainsi que l'adéquation des processus et ressources qui y sont associés. En d'autres termes, il effectue une analyse logique de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti.

**Méthodes :** L'analyse logique appartient à la famille des approches d'évaluation fondées sur la théorie. Elle est dédiée à l'étude du bien-fondé des interventions. Pour la mener à bien, trois étapes successives ont été mises en œuvre. La première a donné lieu à l'élaboration d'un modèle logique de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Puis, la seconde a consisté à faire une synthèse réaliste en vue de mieux appréhender le fonctionnement de cette intervention, les contextes dans lesquels elle fonctionne et les effets qu'elle est susceptible de produire sur la performance des organisations de santé. Enfin, la troisième étape a consisté à évaluer le bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti en utilisant comme base de référence les résultats de la synthèse réaliste.

**Résultats :** D'une manière générale, les résultats obtenus soutiennent la plausibilité du modèle logique théorique qui sous-tend la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Ils appuient les hypothèses stipulant que cette intervention produit des effets positifs sur la performance des organisations de santé, dont l'amélioration de la globalité, de la justesse, de l'accessibilité géographique et économique et de l'efficacité des services de santé offerts aux populations. Les résultats obtenus témoignent aussi de la validité des processus planifiés en vue de l'obtention de ces effets, à savoir : l'implication de représentants de la communauté dans la sélection des ASCP,

*leur formation à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, leur intégration dans les Équipes de Santé Familiale (ESF), la supervision de leurs activités, leur dotation en matériels et équipement de travail nécessaire et la rémunération des ASCP. Cependant, des déficiences préjudiciables à l'atteinte des objectifs visés ont été identifiées dans le modèle logique opérationnel de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Celles-ci concernent notamment les ressources (financières, matérielles et humaines) planifiées ou engagées, le recrutement, la rétention, la motivation au travail et la performance des ASCP.*

**Conclusion :** *La délégation des tâches aux ASCP en Haïti est théoriquement bien-fondé. Cependant, des améliorations sont nécessaires au niveau des ressources qui y sont consacrées et de la planification opérationnelle en vue de l'atteinte des résultats visés. De plus, des efforts supplémentaires de recherche sont recommandés pour apprendre davantage sur cette intervention potentiellement efficace pour progresser dans la couverture sanitaire des populations.*

**Mots clés :** *délégation des tâches, Agents de Santé Communautaire, analyse logique, plausibilité, modèle logique, Haïti.*

## Contexte et justification

Au cours des dernières années, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) d'Haïti a entrepris la mise en œuvre d'un modèle novateur de soins de santé communautaire en vue de favoriser des progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'amélioration de la santé de la population (MSPP et Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017). Ce modèle repose sur la délégation de tâches à des Agents de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) (MSPP, 2017b). Il supprime les postes existants d'Agents de Santé Communautaire (ASC) monovalents, c'est-à-dire spécialisés dans un domaine prioritaire de la santé (VIH/Sida, Paludisme, Planification Familiale, etc) et les remplacent par les ASCP. Les ASCP sont de nouveaux acteurs sur la scène des services de santé en Haïti. En 2017, leur nombre était de 3036 dans le pays, correspondant à 46,4 % de l'objectif de 6 550 ASCP visé par le MSPP (MSPP, 2017b). Dans l'organisation du système de santé, ils opèrent en première ligne et servent d'interface avec la communauté. Contrairement aux ASC spécialisés, ils sont polyvalents. Ainsi, selon les besoins, ils peuvent se voir déléguer ou confier différentes tâches d'éducation sanitaire, de promotion de la santé, d'orientation et d'accompagnement des personnes vers les centres de santé dans plusieurs domaines prioritaires de la santé, dont : les soins néo-natals, la planification familiale, la tuberculose, la santé infantile, la nutrition, le VIH/SIDA, la santé maternelle et le paludisme (MSPP, 2013b, 2015).

À travers la délégation de tâches aux ASCP, le MSPP entend réduire la pénurie de ressources humaines de la santé qui sévit dans le pays et accroître l'accès des populations aux services de santé (MSPP, 2017b). La densité de professionnels de la santé (médecins, infirmier(e)s et sages-femmes) en Haïti est évaluée à 6,5 pour 10 000 habitants, largement en dessous du seuil minimum nécessaire pour assurer les soins de santé primaires (MSPP, 2013b). Ce seuil est établi par l'OMS à 23 professionnels pour 10 000 habitants (WHO, 2016a). De plus, la répartition du personnel de la santé dans le pays est problématique : 88 % se trouvent en zone urbaine contre seulement 12 % en zone rurale où vit près de la moitié (49 %) de la population (MSPP, 2017b). Parallèlement, seulement 47 % des populations ont accès aux services de santé (MSPP, 2012), tandis que la situation sanitaire du pays reste préoccupante. La mortalité maternelle et infantile y est classée parmi les plus élevées au monde. D'après les résultats de l'Enquête Mortalité, Morbidité et

Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017, le taux de décès maternels est de 532 pour 100 000 naissances vivantes ; pendant que le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 81 pour 1000 naissances vivantes (IHE et ICF, 2018). Des besoins non satisfaits en matière de planification familiale existent également. Plus de la moitié (52 %) des femmes vivant en Haïti, sexuellement actives et pas en union, ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (IHE et ICF, 2018). Plusieurs autres indicateurs témoignent de la gravité de la situation sanitaire qui y prévaut. Ceux-ci incluent la prévalence élevée de la malnutrition, des diarrhées infantiles, de l'anémie et des maladies infectieuses, telles que le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et les infections respiratoires aiguës (MSPP, 2013b, 2017b; World Bank, 2017).

Bien que dans la littérature scientifique, des études témoignent de la pertinence et de l'efficacité de la délégation de tâches en santé pour réduire les pénuries de ressources humaines de santé et améliorer la santé des populations (Collinsworth et al., 2013; Giugliani et al., 2011; Jeet et al., 2017; Lema et al., 2014; López-Ejeda et al., 2020; Negussie et Girma, 2017; Nisar et al., 2020, 2020; Shelley et al., 2019; Teklehaimanot et Teklehaimanot, 2013; Wang et al., 2016), des questions cruciales subsistent concernant l'adéquation entre les différents objectifs visés par l'implantation du modèle des ASCP en Haïti et les moyens (ressources et processus) mis en œuvre pour les atteindre. Aucune étude abordant ces questions n'a été repérée dans les publications scientifiques ou trouvée auprès du MSPP en Haïti. Pourtant, de telles études présentent des avantages multiples. D'après Rey et al (2011), elles ont le potentiel d'apporter une compréhension éclairante des interventions, utile pour (ré)orienter les actions afin de maximiser leurs effets ou impacts (Rey et al., 2011). D'autres auteurs soutiennent aussi que l'examen de ces questions offre aussi l'opportunité de savoir si les fondements théoriques des interventions sont suffisamment solides pour espérer obtenir les résultats ou effets escomptés (Champagne, Brousselle, Contandriopoulos et Hartz, 2011).

Afin de contribuer à la mise en œuvre réussie de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, cet article tente de combler les lacunes susmentionnées. Plus concrètement, l'objectif visé est de déterminer si cette intervention réunit les caractéristiques nécessaires et les conditions optimales pour obtenir les effets souhaités. Pour ce faire, les deux questions suivantes sont abordées : les

hypothèses sous-jacentes à la délégation des tâches aux ASCP en Haïti sont-elles plausibles ? les ressources et processus planifiés pour atteindre les objectifs visés sont-ils adéquats et suffisants ?

## **Méthodes**

Pour répondre à ces questions, l'approche méthodologique adoptée est *l'analyse logique* (Champagne, Brousselle, Contandriopoulos et Hartz, 2011). L'analyse logique appartient à la famille des évaluations fondées sur la théorie (Bickman, 1987; Weiss, 1997). Elle consiste en l'évaluation de la plausibilité du modèle logique théorique des interventions en s'appuyant sur les connaissances scientifiques disponibles ou les savoirs d'experts du domaine (Rey et al., 2011). Deux types d'analyse logique existent : l'analyse logique directe et l'analyse logique inverse. L'analyse logique directe évalue la conception de l'intervention afin de déterminer si elle est susceptible de produire les effets désirés ; tandis que l'analyse logique inverse, elle est dédiée à la recherche des meilleurs moyens disponibles ou des alternatives existantes pour obtenir les résultats ou effets souhaités (Rey et al., 2011). Compte tenu des questions à l'étude, une analyse logique directe a été effectuée. La mise en œuvre de celle-ci a suivi trois étapes successives, à savoir : (i) la construction du modèle logique théorique de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, (ii) élaboration d'un cadre conceptuel et (iii) l'évaluation de la plausibilité du modèle logique théorique de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti au regard des connaissances scientifiques disponibles (Champagne, Brousselle, Hartz et Contandriopoulos, 2011).

### **Étape 1 : construction du modèle logique de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti**

Avant toute chose, soulignons que la notion de modèle logique désigne l'ensemble des hypothèses sur lesquelles, consciemment ou inconsciemment, les intervenants planifient leurs programmes et leurs actions (Weiss, 1997). Les modèles logiques identifient non seulement les ressources, les activités, les résultats souhaités de l'intervention, mais aussi ils précisent la chaîne des hypothèses causales qui établit un lien entre ces composantes et les buts ultimes visés (Champagne, Brousselle, Hartz et Contandriopoulos, 2011). La construction d'un tel modèle a été rendue nécessaire par l'absence d'un modèle logique officiel de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti faisant office

de référence au sein des institutions de santé. C'est du moins le constat fait après l'examen de documents officiels et des consultations menées auprès des intervenants.

Pour réussir la construction de ce modèle, l'approche ARA (Active, Réactive, Adaptative) a été utilisée (Champagne, Brousselle, Hartz et Contandriopoulos, 2011). Elle a consisté dans un premier temps à formuler une ébauche du modèle et à la soumettre à des responsables/professionnels du MSPP pour observations et validation. À cet effet, les ressources documentaires (politique nationale de santé, programmes de santé, plan stratégique, plan d'actions et budgets, documents de suivi et évaluation, rapports d'activités, etc) ont été recherchées et consultées. Les recherches ont été effectuées auprès du MSPP et de ses partenaires, notamment des organisations internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF (le fonds des Nations unies pour l'enfance), la Banque Mondiale et l'USAID (United States Agency for International Development). De même, des entrevues ont été menées auprès de quinze personnes-ressources (tableau 10 ci-après), soit des personnes susceptibles de fournir des informations pertinentes ou de contribuer à une compréhension plus approfondie des objectifs de l'intervention, des hypothèses sur lesquelles elle repose, de son organisation, ainsi que des ressources et processus qu'elle implique. Le recrutement des participants à ces entrevues a été effectué en utilisant la méthode « boule de neige ». Pour des raisons d'ordre éthique, méthodologique et pratique, les participants aux entrevues devraient remplir les critères d'éligibilité suivants : (i) être âgé(e) d'au moins 18 ans (âge de la majorité civile en Haïti) ; (ii) justifier au moins six mois d'expérience pertinente liée à l'implantation du programme ; (iii) comprendre et s'exprimer raisonnablement en français ou en créole, et ; (iv) consentir à participer à l'étude.

**Tableau 10 : Personnes-ressources rencontrées au sein du système de santé d'Haïti**

Niveau et type de participants	Sexe		Ensemble
	Féminin	Masculin	
<i>Central</i>			
<i>Directeurs techniques ou administratifs</i>	1	1	2
<i>Responsables de programmes prioritaires</i>	3	2	5
<i>Agents des organisations partenaires</i>	1	3	4
<i>Département sanitaire du Nord (Direction)</i>			
<i>Fonctionnaires</i>	3	1	4
<b>Totaux</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>15</b>

À la lumière des informations récoltées, les Hypothèses d'Intervention (HI) et l'Hypothèse Causale (HC) qui sous-tendent la délégation des tâches aux ASCP en Haïti peuvent être résumées comme suit :

*HI<sub>1</sub>/ déléguer des tâches à des ASCP élargit l'éventail des services de santé offerts à la population (amélioration de la globalité des services de santé) ;*

*HI<sub>2</sub>/ la délégation des tâches aux ASCP améliore la justesse des services de santé offerts aux populations ;*

*HI<sub>3</sub>/ la délégation des tâches aux ASCP rapproche les services de santé des populations (amélioration de l'accessibilité géographique des services de santé) ;*

*HI<sub>4</sub>/ la délégation des tâches aux ASCP réduit les barrières financières aux soins de santé pour les personnes (amélioration de l'accessibilité économique) ;*

*HC/ l'amélioration de la globalité, de la justesse et de l'accessibilité (géographique et économique) des services de santé améliore l'efficacité de ceux-ci, c'est-à-dire qu'elle accroît la capacité des services de santé à produire de meilleurs résultats de santé.*

Ces hypothèses renseignent sur le *modèle logique théorique* de la délégation des tâches en Haïti, soit le cheminement causal présumé entre les objectifs de production et les objectifs ultimes (voir schéma 1). Pour atteindre ces objectifs, le *modèle logique opérationnel* prévoit la mobilisation de ressources humaines, financières, matérielles et documentaires en vue de la mise en œuvre des processus suivants : sélection et formation des ASCP ; acquisition de matériels et équipements de travail des ASCP ; embauchage et mise en activité des ASCP ; intégration à la fonction publique/rémunération des ASCP ; supervision de leurs activités ; collecte et analyse des données générées par leurs activités et mise en place des Équipes de Santé Familiale (ESF). La mise en œuvre de ces processus vise l'acquisition et le renforcement des connaissances/compétences d'ASCP, leur dotation en matériels et équipements de travail adéquats, leur accompagnement et encadrement dans la mise en œuvre des activités qui leur sont déléguées, l'offre des services de santé communautaire, leur motivation au travail et rétention, le suivi et l'évaluation de leurs activités et la coordination ou harmonisation de leurs interventions avec celles des autres acteurs (objectifs de production ou outputs attendus). L'atteinte de ces objectifs devrait se traduire par des améliorations au niveau de la globalité, de la justesse et de l'accessibilité géographique et

économique des services de santé offerts (objectifs d'intervention). Ce faisant, l'objectif ultime visé est l'amélioration de l'état de santé des populations (efficacité).



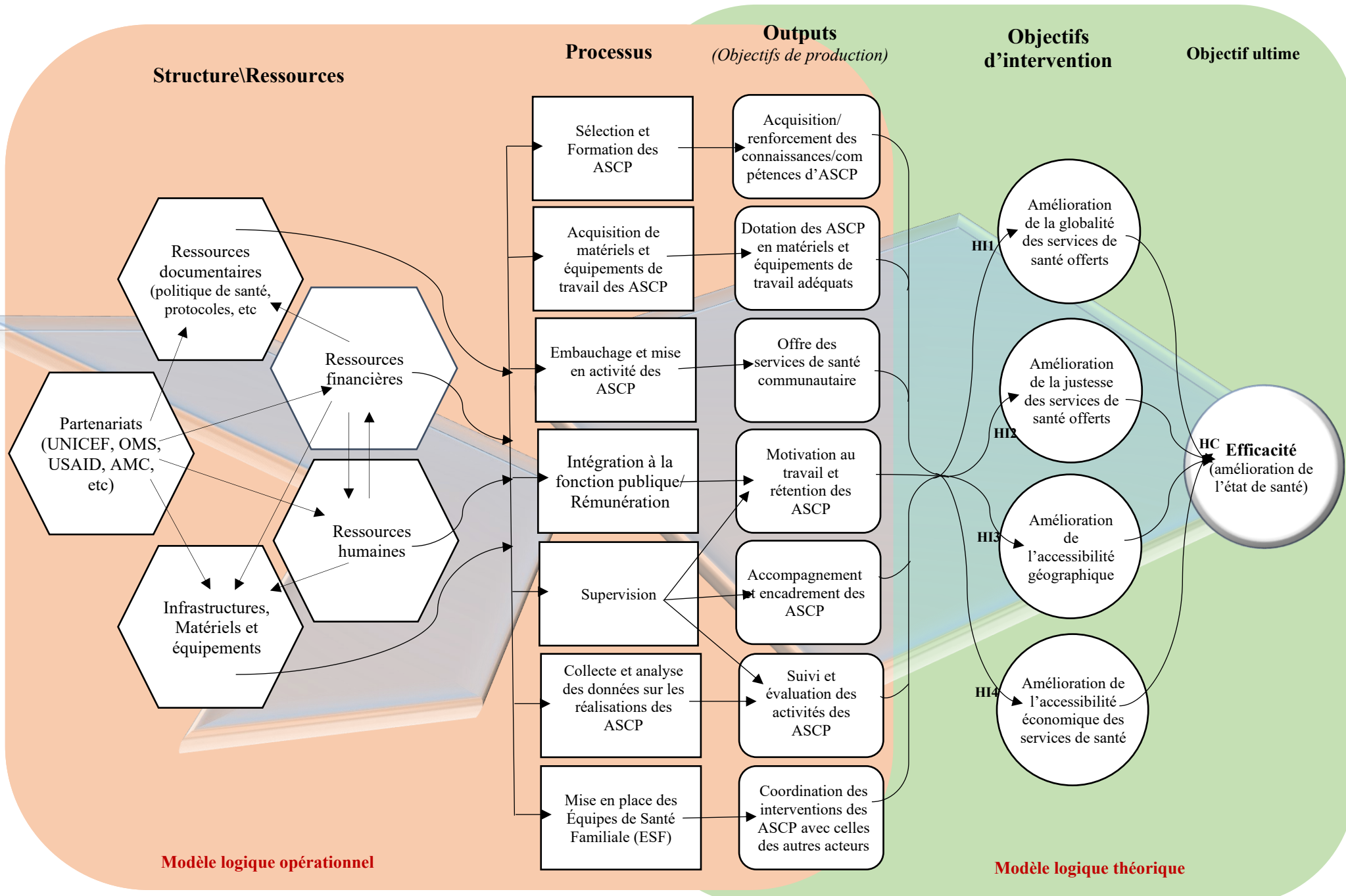


Figure 8 : Modèle logique théorique de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti

## Étape 2 : Cadre conceptuel

La deuxième étape de l'analyse logique consiste à se doter d'un cadre conceptuel. Un tel cadre est nécessaire pour servir de référentiel lors de l'évaluation de la plausibilité des hypothèses sous-jacentes à l'intervention à l'étude, ainsi que pour déterminer si les ressources et processus planifiés pour atteindre les objectifs visés par celle-ci sont adéquats et suffisants. Pour mener à bien l'analyse logique de délégation des tâches aux ASCP en Haïti, le cadre conceptuel utilisé est dérivé d'une synthèse réaliste réalisée auparavant. Celle-ci avait pour objectif de proposer une théorie de moyenne portée, soit une théorie de niveau d'abstraction élevé qui décrit et explique les mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP, ses effets sur la performance des organisations de santé et des conditions contextuelles dans lesquelles ce type d'intervention parvient à produire les effets escomptés. D'une manière générale, les résultats de synthèse réaliste soutiennent que la délégation des tâches aux ASCP déclenche des mécanismes de renforcement des capacités des ASCP, de stimulation de leur motivation au travail et d'élargissement de leur pouvoir d'agir, qui produisent des améliorations dans la production, l'acceptabilité, l'accessibilité (géographique, culturelle et économique), la globalité et la continuité des soins et services de santé. Ils montrent également que la délégation des tâches aux ASCP fonctionne lorsqu'elle implique la mise en œuvre de processus suivants : sélection des ASCP, avec l'aval de représentants de la communauté, leur formation à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, la supervision de leurs activités et leur dotation en matériels et équipements de travail adéquats. De plus, offrir aux ASCP des conditions de travail favorables à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées apparaît déterminant. Ces conditions de travail renvoient notamment au climat organisationnel (attitudes et soutien des collègues, possibilités de développement de carrières, charge de travail des ASCP, etc.), à l'attitude et au soutien de la communauté envers eux, ainsi qu'à la culture ambiante, le climat ou les conditions géographiques.

Ces résultats reposent sur un corpus de 51 recherches primaires sélectionnées dans la littérature, en suivant les critères suivants : (i) être une étude primaire portant sur une initiative de délégation de tâches similaire à celle des ASCP en Haïti ; (ii) fournir des informations pertinentes sur le contexte d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP (facteurs entravant ou facilitant), les mécanismes de fonctionnement de cette intervention et/ou les effets qu'elle produit sur la

performance des organisations de santé ; (iii) être méthodologiquement crédible ; (iv) être écrit en français ou anglais ; (v) être entièrement accessible (texte au complet) et (vi) avoir été publié entre 2000 et 2020. Ces recherches forment la base de données empiriques sur laquelle l'analyse logique de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti a été réalisée. Une présentation de chacune de ces recherches est fournie au tableau 11 en annexe de cet article. Ce tableau fournit des informations sur le nom du premier auteur, le titre, la date de publication, le sujet abordé, le pays, la méthode de collecte de données utilisée et des informations sur la qualité des données.

### **Étape 3 : Évaluation du bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti**

Par la suite, l'évaluation du bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti a consisté à porter un jugement sur le modèle logique théorique présenté ci-dessus (étape 1), sur la base du cadre conceptuel établi (étape 2). Ce faisant, la validité des hypothèses causales et des hypothèses d'intervention a été examinée. De même, les ressources et activités planifiées pour la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti ont été évaluées afin de voir dans quelle mesure celles-ci sont suffisantes ou complètes pour atteindre les objectifs visés (validité du modèle logique opérationnel).

## **Résultats**

D'une manière générale, les résultats obtenus appuient la plausibilité des hypothèses qui sous-tendent la délégation de tâches aux ASCP en Haïti. Cependant, ils émettent un avis plutôt mitigé sur l'adéquation entre les objectifs visés et les moyens (ressources et processus) planifiés en vue de les atteindre.

### **Plausibilité des hypothèses**

Au regard des connaissances disponibles dans la littérature, les hypothèses qui fondent la délégation des tâches aux ASCP en Haïti ont été jugées plausibles. En effet, elles fournissent des preuves permettant de croire qu'il existe des liens causaux entre l'implantation de la délégation

des tâches aux ASCP et l'amélioration de la globalité, de la justesse, de l'accessibilité (géographique et économique) et de l'efficacité des services de santé offerts.

*Délégation des tâches aux ASCP et globalité des services de santé (HI<sub>1</sub>).* La globalité des services de santé se rapporte à l'éventail des soins et services de santé offerts aux personnes (Champagne et al., 2005; Da Silva et al., 2011). Les preuves à l'appui de cette hypothèse proviennent de plusieurs pays, dont le Brésil, l'Éthiopie, le Malawi, le Mali, l'Ouganda, le Pakistan, la Tanzanie et la Zambie. Elles indiquent que le volume et l'éventail des services de santé offerts à la population s'accroissent lorsque des tâches de promotion de la santé, de prévention et prise en charge des maladies (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose et autres), de vaccination, de distribution communautaire de médicaments et contraceptifs ou autres tâches de santé sont déléguées aux ASCP (Asiimwe et al., 2017; August et al., 2016; Banteyerga, 2011; Douthwaite et Ward, 2005; Fekadu et al., 2017; Gilroy et al., 2013; Lema et al., 2014; López-Ejeda et al., 2020; Medhanyie et al., 2012 ; Mubi et al., 2011; Negussie et Girma, 2017; Nisar et al., 2020; Owais et al., 2011; Shelley et al., 2019; Teklehaimanot et Teklehaimanot, 2013). Par exemple, au Brésil, la gamme de services de santé offerts par les agents de santé communautaire s'est accrue progressivement pour inclure de nouveaux services, tels que la surveillance des individus atteints de dengue (Cazola et al., 2014) ou la santé bucco-dentaire (Mialhe et al., 2011; Moura et al., 2010). De même, en Éthiopie, l'éventail des services offerts par les ASCP a été élargi au fil du temps afin de mieux répondre aux besoins des populations, en ajoutant aux services de santé préventifs essentiels, initialement offerts par les Health Extension Workers, des services curatifs pour le paludisme, la tuberculose, la diarrhée, la pneumonie et d'autres affections faciles à traiter (Wang et al., 2016). Compte tenu de ces observations, il a été estimé que la délégation des tâches aux ASCP possède le potentiel nécessaire pour contribuer à l'élargissement de l'éventail des services de santé offerts aux personnes (López-Ejeda et al., 2020; Moura et al., 2010; Wang et al., 2016). Cet élargissement de l'offre des services de santé trouve des explications dans l'opportunité que la délégation des tâches offre à de nombreux membres des communautés de devenir des ASCP formés, équipés, motivés et impliqués dans la production des services de santé (Assefa et al., 2019; Cupertino de Barros et al., 2015; Filgueiras et Silva, 2011; Kristen et al., 2016b, 2016 c, 2017; O'Donovan et al., 2018; Phiri et al., 2017; Rabbani et al., 2016). En Tanzanie, par exemple, le nombre de

membres de la communauté qui participent à la production des services de santé, en tant qu'ASCP, est estimé à 24 886 (Kristen et al., 2017).

*Délégation des tâches aux ASCP et justesse des services de santé (HI<sub>2</sub>).* Plusieurs études soutiennent également que la délégation des tâches aux ASCP aide à faire correspondre les services de santé aux besoins des personnes (Admasu, 2017; Filgueiras et Silva, 2011; Grossman-Kahn et al., 2018; Lara et al., 2012). Elles confortent donc l'hypothèse selon laquelle des améliorations dans la justesse des services de santé peuvent être obtenues en déléguant des tâches de santé aux ASCP. Une explication de la plausibilité de cette hypothèse réside dans le fait que les interventions des ASCP génèrent des informations qui aident à comprendre les connaissances et pratiques des personnes, leurs habitudes et dynamiques, leurs réalités économiques, sociales et culturelles, ce qui facilite l'adaptation de l'offre des services à leurs besoins (Admasu, 2017; Filgueiras et Silva, 2011). Par exemple, Admasu (2017) révèle que dans certaines régions de l'Éthiopie les interventions des Health Extension Worker (les ASCP Ethiopiens) ont permis de se rendre compte que c'est parce que les civières sont associées à la mort que les femmes en travail sont réticentes à être transportées sur une civière, étant donné qu'assez fréquemment les personnes qui ont quitté le village sur une civière ne sont jamais revenues (Admasu, 2017).

*Délégation des tâches aux ASCP et accessibilité géographique des services de santé (HI<sub>3</sub>).* Cette hypothèse stipule que l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP rapproche les services de santé des populations. D'emblée, elle a été jugée valide en raison du fait que les ASCP sont des membres des communautés, recrutés, formés et déployés au sein de leur communauté de résidence pour y offrir des services de santé de proximité. De plus, il a été observé que la délégation des tâches aux ASCP a contribué à faire augmenter le pourcentage de la population ayant accès aux services de santé de 64 % en 2004 à 92,1 % en 2011 en Éthiopie (Teklehaimanot et Teklehaimanot, 2013). Dans d'autres pays, plusieurs travaux de recherche témoignent également de ce que les ASCP facilitent l'accès aux soins et services de santé aux personnes à mobilité réduite (Zulu et al., 2015) ou aux personnes qui rencontrent des difficultés pour rejoindre les établissements de santé, du fait notamment de la distance les séparant des centres de santé, du temps nécessaire pour s'y rendre, de l'absence ou de l'insuffisance de moyens de transport (Asiimwe et al., 2017; August et al., 2016; Banteyerga, 2011; Douthwaite et Ward, 2005; Fekadu et al., 2017; Gilroy et al., 2013;

Lema et al., 2014; López-Ejeda et al., 2020; Medhanyie et al., 2012 ; Negussie et Girma, 2017; Nisar et al., 2020; Owais et al., 2011; Shelley et al., 2019).

*Délégation des tâches aux ASCP et accessibilité économique des services de santé (HI<sub>4</sub>).* Cette hypothèse trouve appui dans plusieurs études qui ont examiné les effets de la délégation des tâches aux ASCP sur les barrières financières qui entravent l'accès des personnes aux soins de santé (Asiimwe et al., 2017; Rogers et al., 2018; Sadruddin et al., 2012; Shaw et al., 2015). Au Pakistan, les résultats de l'une de ces études, soit un essai randomisé en grappes, a révélé que le coût moyen supporté par les ménages pour les cas de pneumonie sévère pris en charge dans la communauté est de 81 % plus moins cher (1,46 \$ contre 7,60 \$) que ceux pris en charge dans les établissements de santé, en raison des réductions des frais directs (consultation, médicaments, frais de lit et transport) et indirects (coût d'opportunité et perte de revenus) induites par la délégation de tâches aux ASCP (Asiimwe et al., 2017; Rogers et al., 2018; Sadruddin et al., 2012). De même, au Mali et en Ouganda, des réductions de coûts supportés par les ménages, respectivement pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère et les services de conseils et dépistage du VIH, ont été constaté suite à l'implantation la délégation des tâches aux ASCP (Asiimwe et al., 2017; Rogers et al., 2018).

*Délégation des tâches aux ASCP et efficacité des services de santé (HC).* Cette hypothèse causale stipule que l'amélioration de l'accessibilité (géographique et économique) des services de santé, de leur globalité et justesse à travers la délégation des tâches aux ASCP optimise la prise en charge des besoins de la population (augmentation de l'efficacité des organisations de santé). Des preuves de la plausibilité de cette hypothèse ont été repérées dans la littérature scientifique. Elles proviennent notamment du Brésil et de l'Éthiopie. Au Brésil, Hone et ses collègues (2017) ont constaté que l'expansion des soins de santé primaires, à travers le recrutement et le déploiement d'ASCP, est associée à une baisse de mortalité chez les métisses et les noirs (Hone et al., 2017). De même en Éthiopie, une diminution continue du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a été observée depuis le début du programme des Health Extension Workers (HEW) en 2004 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020). Entre 2005 et 2011, ce taux est passé de 123 à 88 en 2011 pour 1000 naissances vivantes (Teklehaimanot et Teklehaimanot, 2013).

## **Validité du modèle opérationnel de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti**

À propos du modèle opérationnel, les analyses effectuées mettent en évidence plusieurs points forts qui peuvent être évoqués pour étayer sa validité. Cependant, cette validité peut être également remise en cause en raison de certaines faiblesses observées.

### ***Les points forts***

En amont des points forts qui militent en faveur de la validité du modèle opérationnel de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, il y a le fait que ses processus d'implantation incluent : (i) la sélection/recrutement des ASCP, (ii) leur formation à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, (iii) leur intégration dans les Équipes de Santé Familiale (ESF), (iv) la supervision de leurs activités, (v) leur dotation en matériels et équipement de travail nécessaire et (vi) la rémunération des ASCP. D'après connaissances disponibles dans la littérature, la mise en œuvre de ces processus déclenche des mécanismes de renforcement de capacités, de motivation et d'élargissement de leur pouvoir d'agir qui favorisent l'atteinte des objectifs visés. De manière plus spécifique, l'implication de représentants de la communauté dans la sélection des ASCP favorise la confiance envers les ASCP, leur acceptation au sein des communautés et la mise en œuvre des tâches qui leur sont déléguées (Baralhas et Pereira, 2013; Dynes et al., 2014; Grossman-Kahn et al., 2018; Sedlander et al., 2018; B. Shaw et al., 2015; Shelley et al., 2016; Tesfaye, 2017). De même, il a été observé que lorsque les ASCP disposent de matériels et équipements de travail adéquats, les communautés sont plus ouvertes et réceptives vis-à-vis d'eux et de leurs interventions (Chipukuma et al., 2018; Mengesha et al., 2018; Phiri et al., 2017; Rabbani et al., 2016; Rafiq et al., 2019; Raifman et al., 2013; Tesfaye, 2017; Wang et al., 2016; Zulu et al., 2019). Quant à la formation, à la supervision et au travail en équipe, il existent des recherches primaires dans le domaine qui expliquent que ces processus sont indispensables non seulement pour fournir aux ASCP les connaissances, les compétences et l'encadrement nécessaires à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, mais aussi pour stimuler leur motivation au travail. Ils montrent aussi que la rémunération des ASCP et leur dotation en matériels et équipement de travail adéquat constituent des sources supplémentaires de motivation au travail des ASCP.

D'autres points forts qui appuient la validité du modèle opérationnel de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti sont : la mise en place d'outils de sélection, de formation et de supervision ; l'existence de pools de formateurs des ASCP ; la planification d'opérations régulières de supervision de leurs activités, l'intégration des ASCP dans la fonction publique et la prise en compte de leurs salaires dans le budget national. En accord avec les observations effectuées dans la littérature, ces ressources ou dispositions prises ou envisagées ont le potentiel d'apporter une contribution significative à la mise en œuvre des tâches déléguées aux ASCP et à l'atteinte des objectifs visés. Cela est d'autant plus plausible qu'il existe une cohérence interne entre le contenu des outils de formation, de supervision et les tâches assignées aux ASCP (MSPP, 2015, 2017a).. Les tâches assignées aux ASCP concernent, entre autres, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des activités de prise en charge et de protection de la santé des individus et groupes sociaux à domicile et dans la communauté (MSPP, 2017a). Elles couvrent notamment les domaines de : la santé de l'enfant ; la vaccination ; la santé de la reproduction, y compris la planification familiale ; l'hygiène, la tuberculose, la lèpre, les infections sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA, la malaria, la filariose, la dengue et autres (MSPP, 2017a).

Il convient aussi de souligner que l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti bénéficie du soutien de plusieurs partenaires internationaux. D'après les personnes-ressources rencontrées (responsables et experts du MSPP, partenaires internationaux), ce soutien contribue considérablement à la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines nécessaires pour la formation, la supervision, la dotation en matériels et équipement de travail et la rémunération des ASCP. Pour étayer cela, un haut responsable du MSPP a affirmé que : *" Le ministère [le MSPP] ne peut pas travailler sans les partenaires, parce que ce sont eux qui financent en grande partie les agents de santé"*.

### ***Les points faibles***

Au-delà des points forts présentés ci-dessus, plusieurs lacunes ont été observées. Celles-ci peuvent être mises en avant pour remettre en cause l'adéquation des moyens envisagés en vue de l'atteinte des objectifs poursuivis. Ces lacunes découlent notamment du fait que certains facteurs contextuels ne sont pas clairement pris en compte. Parmi ces facteurs, il y a l'absence d'un cadre explicite de



progression de carrières pour les ASCP. La mise en place d'un tel cadre est reconnue comme étant un facteur qui favorise le recrutement et la rétention des ASCP, qui accroît leur motivation et qui améliore leur performance (Chikaphupha et al., 2016; Tesfaye, 2017; Zulu et al., 2019). De plus, plusieurs auteurs mettent en garde contre les risques de surcharge de travail des ASCP et leurs conséquences néfastes sur leur performance et l'atteinte des objectifs visés (Dessaegn, 2018; Jackson, 2018; Kok et Muula, 2013; Smith et al., 2014; Tesfaye, 2017). Par conséquent, le manque d'information sur les mesures envisagées pour prévenir la surcharge de travail des ASCP constitue une préoccupation majeure. Cette préoccupation est d'autant plus fondée qu'il s'agit d'agents polyvalents qui peuvent être sollicités pour couvrir de nombreux domaines de la santé.

Une autre lacune concerne la promotion des ASCP en vue de mieux les faire connaître et de faciliter l'acceptation de leurs interventions au sein des communautés. À part l'implication de représentants de la communauté dans leur sélection, aucune activité n'est prévue à cet effet. Ainsi, des risques réels de confusion existent au sein de la population au sujet des rôles des ASCP, qui peuvent être pris pour des agents de santé communautaires monovalents (spécialisés dans un domaine particulier). Advenant le cas où ces risques se réalisent, la reconnaissance sociale du travail de ASCP et la mise en œuvre de certaines tâches qui leur sont dévolues peuvent être compromises (Baralhas et Pereira, 2013; Chikaphupha et al., 2016; Datiko et al., 2015; Grossman-Kahn et al., 2018; Khan et al., 2019; Kok et Muula, 2013; Ormel et al., 2019; Simas et al., 2017).

Par ailleurs, il ressort des observations effectuées dans la littérature que la qualité des services offerts dans les organisations de santé peut faciliter ou entraver les interventions des ASCP et l'atteinte des objectifs visés. Plus concrètement, elle révèle que le mauvais traitement des patients dans les centres de santé est susceptible de nuire à la réputation et à l'utilisation des services de santé, y compris ceux offerts par les ASCP (Afsar et al., 2005; Gebrehiwot et al., 2014; Jackson et Hailemariam, 2016; Shaw et al., 2015; Zulu et al., 2014). Compte tenu de cela, il aurait été conforme aux objectifs visés de prévoir dans le modèle logique opérationnel des processus d'évaluation et d'assurance qualité des services offerts dans la communauté par les ASCP, mais aussi dans les centres de santé.

Pour finir, il existe des doutes raisonnables quant à savoir si les ressources financières nécessaires pour assurer la mise en œuvre des processus d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP pourront être suffisamment mobilisées afin de favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis. Ces doutes trouvent leurs justifications dans les déclarations de personnes-ressources rencontrées. En effet, la quasi-totalité d'entre elles a évoqué des difficultés financières qui entravent le recrutement, la formation, le déploiement, la supervision, la rémunération et la dotation en matériels et équipement de travail des ASCP. À titre illustratif, une gestionnaire du MSPP a déclaré ceci :

*"...Pour le moment présent, le ministère n'a pas les moyens financiers pour former les agents de santé. Ce sont des partenaires qui font la formation pour nous. Le ministère ne peut pas les employer aussi. Le ministère n'a pas les moyens financiers pour employer les agents de santé. Donc, le problème que nous avons actuellement, quand les partenaires nous laissent [quittent], le ministère ne peut pas embaucher les agents de santé. Donc, c'est l'une des raisons pour lesquelles on demande aux partenaires certaines exigences de ne pas prendre trop d'agents de santé, de ne pas leur confier trop de tâches. Pour qu'à leur départ, au départ des partenaires, nous n'ayons pas des charlatans dans les zones ; parce qu'ils sont formés avec toutes ces connaissances-là. Et puis les partenaires vont nous laisser. Le ministère ne peut pas les embaucher, nous aurons des charlatans partout dans le département."*

## **Discussion**

Dans cet article, nous avons effectué une analyse logique en vue de contribuer à la mise en œuvre réussie de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Plus spécifiquement, l'objectif visé était de déterminer si cette intervention réunit les caractéristiques et conditions nécessaires pour obtenir les effets souhaités. À cet effet, la plausibilité des hypothèses qui la sous-tendent a été évaluée, de même que l'adéquation entre les objectifs visés et les moyens envisagés pour les atteindre. D'une manière générale, les résultats obtenus montrent que l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti est fondée sur des hypothèses fortes, qui trouvent appui dans la littérature scientifique. Celles-ci sont étayées par plusieurs études attestant de ce que la délégation des tâches aux ASCP a le potentiel nécessaire pour atteindre les objectifs suivants : amélioration de la

globalité, de la justesse et de l'accessibilité (géographique et économique) des services de santé, ainsi que subséquemment, de l'efficacité des organisations de santé.

S'agissant de l'adéquation des moyens opérationnels envisagés pour atteindre ces objectifs, les résultats obtenus sont plutôt mitigés. Bien que des facteurs clés de succès, tels que l'implication de représentants de la communauté dans la sélection des ASCP, leur formation à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, leur intégration dans les Équipes de Santé Familiale (ESF), la supervision de leurs activités, leur dotation en matériels et équipement de travail nécessaire et la rémunération des ASCP, soient pris en considération dans les processus de mise en œuvre de la délégation des tâches en Haïti et que cette intervention bénéficie du soutien financier, technique et matériel de bailleurs de fonds et partenaires internationaux, il existe des doutes raisonnables concernant l'atteinte des objectifs visés. Ces doutes concernent en premier lieu les ressources (financières, matérielles et humaines) nécessaires pour assurer l'implantation de l'intervention et sa pérennité. Les observations effectuées indiquent que le MSPP ne dispose pas de suffisamment de fonds pour le faire. De plus, il y a l'absence d'un cadre explicite de progression de carrières pour les ASCP qui pourrait entraver leur recrutement, rétention et motivation au travail. Des risques réels de surcharge de travail des ASCP existent aussi en raison de leur polyvalence et des besoins en ressources humaines de la santé du pays. Des mesures de prévention de ces risques ne sont pas clairement pris en compte dans la planification de l'intervention. S'ils surviennent, ils pourraient nuire à la motivation des ASCP, à leur performance et à la qualité des services offerts. Il est souhaitable aussi d'envisager des activités d'information et de promotion des ASCP en vue de mieux les faire connaître au sein des communautés, de faciliter l'acceptation de leurs interventions et la reconnaissance sociale de leur contribution à l'offre des services de santé. La justification de telles activités réside dans le fait qu'il existe des risques de confusion au sein de la population au sujet des domaines de compétences et rôles des ASCP. Il importe aussi de veiller à la bonne qualité des services offerts dans les organisations de santé. En effet, plusieurs études montrent que le mauvais traitement des patients est susceptible de nuire à la réputation et à l'utilisation des services de santé, y compris ceux offerts par les ASCP.

Quoique cette analyse logique apporte un éclairage sur la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, elle présente quelques limites potentielles qu'il conviendrait d'examiner dans des études futures.

L'une de ces limites concerne le modèle logique qui sous-tend l'intervention. À défaut d'avoir trouvé un qui fait autorité auprès des différents intervenants, le modèle logique utilisé dans cette étude a été élaboré sur la base des données recueillies auprès du MSPP et de ses partenaires. Bien que ce modèle ait été soumis à la validation de plusieurs intervenants, il se peut que certains aspects de l'intervention n'aient pas été suffisamment pris en compte. Des biais de mémoire ont éventuellement été commis lors des entrevues avec les parties prenantes. Par ailleurs, la portée des analyses effectuées a été souvent réduite par certaines limites inhérentes aux recherches primaires retenues comme base de référence. Ces limites incluent l'omission probable de certaines études pertinentes en raison de la stratégie de recherche des preuves employée (critères d'inclusion/exclusion) et le manque d'informations détaillées sur la façon dont les processus clés de succès de l'intervention doivent être menés pour atteindre les objectifs visés. Ces lacunes d'informations détaillées concernent aussi les facteurs contextuels qui sont susceptibles de favoriser ou d'entraver la mise en œuvre réussie de l'intervention.

## **Conclusion et recommandations**

Cette analyse logique montre que l'initiative de délégation des tâches aux ASCP en Haïti est théoriquement bien-fondé. L'hypothèse causale et les hypothèses d'intervention sur lesquelles repose cette initiative ont été jugées plausibles. Elles trouvent plusieurs appuis dans la littérature disponible. Cependant, des doutes raisonnables existent au sujet de l'adéquation des moyens envisagés en vue de l'atteinte des objectifs visés. Bien que les processus d'implantation de cette intervention soient pertinents et adéquats, certaines déficiences pourraient compromettre sa mise en œuvre et son succès. Pour faire face à ces déficiences, les recommandations suivantes sont formulées :

- *Pallier l'absence d'un modèle logique officiel de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti.* À cet effet, le modèle logique élaboré dans le cadre de la présente étude peut être adopté comme base de discussion. Soulignons qu'un tel modèle est particulièrement utile pour circonscrire l'intervention, pour évaluer sa plausibilité et pour guider ou faciliter sa mise en œuvre et son évaluation (Champagne, Brousselle, Hartz et Contandriopoulos, 2011).

- *Mobiliser davantage de ressources financières en vue d'assurer la mise en œuvre complète de l'intervention, sa pérennisation et l'atteinte des objectifs visés ;*
- *Promouvoir un environnement de travail stimulant pour les ASCP.* Pour ce faire, il importe de mettre en place des possibilités de progression de carrières pour les ASCP. Des mesures sont aussi nécessaires pour prévenir ou résoudre des problèmes éventuels de surcharge de travail, qui pourrait entraver leur recrutement, rétention et performance, y compris la qualité des services offerts. Il s'avère aussi que des activités de promotion des ASCP peuvent être utiles afin de mieux les faire connaître dans leurs communautés d'affectation et de faciliter l'acceptation de leurs interventions, ainsi que la reconnaissance sociale de leur travail qui constitue une source importante de motivation.
- Veiller à la qualité des services de santé offerts afin que d'éventuels cas de mauvais traitement de patients n'entament pas la crédibilité et la réputation des ASCP, ce qui pourrait entraver la mise en œuvre des tâches qui leur sont déléguées.

Par ailleurs, des efforts supplémentaires de recherche pourraient aider à apprendre davantage sur la délégation des tâches aux ASCP et à faire des recommandations plus spécifiques ou plus nuancées en vue de favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis. Dans cette perspective, il serait particulièrement intéressant d'effectuer des études empiriques permettant d'appréhender les liens entre la polyvalence des ASCP et l'efficacité des services de santé.

## Références bibliographiques de l'article 2

- Admasu, K. (2017). *Goalkeepers – Maternal mortality: Ethiopia*.  
<https://www.gatesfoundation.org/goalkeepersreport2017/case-studies/maternal-mortality-ethiopia/>
- Afsar, H., Younus, M. et Gul, A. (2005). Outcome of patient referral made by the Lady Health Workers in Karachi, Pakistan. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 55, 209-11.
- Alvarez Morán, J. L., Alé, G. B. F., Charle, P., Sessions, N., Doumbia, S. et Guerrero, S. (2018). The effectiveness of treatment for Severe Acute Malnutrition (SAM) delivered by community health workers compared to a traditional facility based model. *BMC Health Services Research*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2987-z>
- Asimwe, S., Ross, J. M., Arinaitwe, A., Tumusiime, O., Turyamureeba, B., Roberts, D. A., O'Malley, G. et Barnabas, R. V. (2017). Expanding HIV testing and linkage to care in southwestern Uganda with community health extension workers. *Journal of the International AIDS Society*, 20(Suppl 4). <https://doi.org/10.7448/IAS.20.5.21633>
- Assefa, Y., Gelaw, Y. A., Hill, P. S., Taye, B. W. et Van Damme, W. (2019). Community health extension program of Ethiopia, 2003–2018: successes and challenges toward universal coverage for primary healthcare services. *Globalization and Health*, 15.  
<https://doi.org/10.1186/s12992-019-0470-1>
- August, F., Pembe, A. B., Mpembeni, R., Axemo, P. et Darj, E. (2016). Effectiveness of the Home Based Life Saving Skills training by community health workers on knowledge of danger signs, birth preparedness, complication readiness and facility delivery, among women in Rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0916-x>
- Banteyerga, H. (2011). Ethiopia's health extension program: improving health through community involvement. *MEDICC Review*, 13, 46-49. <https://doi.org/10.1590/S1555-79602011000300011>

- Baralhas, M. et Pereira, M. A. O. (2013). Daily practice of community health agents: difficulties and limitations of care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 358-365.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300009>
- Bickman, L. (1987). The functions of program theory. *New Directions for Program Evaluation*, 1987(33), 5-18. <https://doi.org/10.1002/ev.1443>
- Cazola, L. H. de O., Tamaki, E. M., Pontes, E. R. J. C. et de Andrade, S. M. O. (2014). The incorporation of activities to control dengue by community health agents. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 113-122. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004687>
- Champagne, F., Brousselle, A., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). L'analyse logique. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e éd. mise à jour., p. 117-126). Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z. et Contandriopoulos, A.-P. (2011). Modéliser les interventions. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e éd, p. 71-84). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.--Pierre, Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le Modèle EGIPSS (Evaluation Globale Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé) Résumé du rapport technique. Université de Montréal.  
<http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/n05-02.pdf>
- Chikaphupha, K. R., Kok, M. C., Nyirenda, L., Namakhoma, I. et Theobald, S. (2016). Motivation of health surveillance assistants in Malawi: A qualitative study. *Malawi Medical Journal*, 28(2), 37-42.
- Chipukuma, H. M., Zulu, J. M., Jacobs, C., Chongwe, G., Chola, M., Halwiindi, H., Zgambo, J. et Michelo, C. (2018). Towards a framework for analyzing determinants of performance of community health workers in malaria prevention and control: a systematic review. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0284-x>
- Cupertino de Barros, F. P., Mendonça, A. V. M. et de Sousa, M. F. (2015). Agents communautaires de santé : un modèle de santé sans murs. *Canadian Journal of Public*

- Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, 106(3), e154-e156.  
<https://doi.org/10.17269/CJPH.106.4947>
- Da Silva, R. B., Contandriopoulos, A.-P., Pineault, R. et Tousignant, P. (2011). A Global Approach to Evaluation of Health Services Utilization: Concepts and Measures. *Healthcare Policy*, 6(4), e106-e117.
- Datiko, D. G., Yassin, M. A., Tulloch, O., Asnake, G., Tesema, T., Jamal, H., Markos, P., Cuevas, L. E. et Theobald, S. (2015). Exploring providers' perspectives of a community based TB approach in Southern Ethiopia: implication for community based approaches. *BMC Health Services Research*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1149-9>
- Dessalegn, M. H. (2018). Ethiopias health extension program: Opportunities and challenges of its implementation in Shiromeda. *International Journal of Sociology and Anthropology*, 10(5), 53-58. <https://doi.org/10.5897/IJSA2017.0723>
- Douthwaite, M. et Ward, P. (2005). Increasing contraceptive use in rural Pakistan: an evaluation of the Lady Health Worker Programme. *Health Policy and Planning*, 20(2), 117-123. <https://doi.org/10.1093/heapol/czi014>
- Dynes, M. M., Stephenson, R., Hadley, C. et Sibley, L. M. (2014). Factors shaping interactions among community health workers in rural Ethiopia: rethinking workplace trust and teamwork. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 Suppl 1, S32-43. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12135>
- Fekadu, L., Hanson, C., Osberg, M., Makayova, J., Mingkwan, P. et Chin, D. (2017). Increasing Access to Tuberculosis Services in Ethiopia: Findings From a Patient-Pathway Analysis. *The Journal of Infectious Diseases*, 216(Suppl 7), S696-S701. <https://doi.org/10.1093/infdis/jix378>
- Filgueiras, A. S. et Silva, A. L. A. (2011). Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 899-916. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>
- Gebrehiwot, T., San Sebastian, M., Edin, K. et Goicolea, I. (2014). Health workers' perceptions of facilitators of and barriers to institutional delivery in Tigray, Northern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 137. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-137>



- Gilroy, K. E., Callaghan-Koru, J. A., Cardemil, C. V., Nsona, H., Amouzou, A., Mtimuni, A., Daelmans, B., Mgalula, L. et Bryce, J. (2013). Quality of sick child care delivered by Health Surveillance Assistants in Malawi. *Health Policy and Planning*, 28(6), 573-585. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs095>
- Grossman-Kahn, R., Schoen, J., Mallett, J. W., Brentani, A., Kaselitz, E. et Heisler, M. (2018). Challenges facing Community Health Workers in Brazil's Family Health Strategy: a qualitative study. *The International journal of health planning and management*, 33(2), 309-320. <https://doi.org/10.1002/hpm.2456>
- Hone, T., Rasella, D., Barreto, M. L., Majeed, A. et Millett, C. (2017). Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLOS Medicine*, 14(5), e1002306. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
- IHE et ICF. (2018). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017). <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020). Ethiopia | Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://www.healthdata.org/ethiopia>
- Jackson, R. (2018). "We Prefer the Friendly Approach and Not the Facility": On the Value of Qualitative Research in Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(5), 555-562. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i5.6>
- Jackson, R. et Hailemariam, A. (2016). The Role of Health Extension Workers in Linking Pregnant Women With Health Facilities for Delivery in Rural and Pastoralist Areas of Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 26(5), 471-478.
- Khan, M. S., Mehboob, N., Rahman-Shepherd, A., Naureen, F., Rashid, A., Buzdar, N. et Ishaq, M. (2019). What can motivate Lady Health Workers in Pakistan to engage more actively in tuberculosis case-finding? *BMC Public Health*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7326-8>
- Kok, M. C. et Muula, A. S. (2013). Motivation and job satisfaction of Health Surveillance Assistants in Mwanza, Malawi: an explorative study. *Malawi Medical Journal*, 25(1), 5-11.

- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2016a). Community Health Systems Catalog Country Profile: Malawi - September 2016.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/malawi\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/malawi_chs_catalog_profile_0.pdf)
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2016b). Community Health Systems Catalog Country Profile: Mali.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/mali\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/mali_chs_catalog_profile_0.pdf)
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2017). Community Health Systems Catalog Country Profile: Tanzania.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/sites/default/files/resources/apc\\_tanzania\\_profile-web\\_tagged.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/sites/default/files/resources/apc_tanzania_profile-web_tagged.pdf)
- Lara, M. O., Brito, M. J. M. et Rezende, L. C. (2012). The cultural aspects of the Practice of Community Health agents in rural areas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(3), 673-680. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300020>
- Lema, I. A., Sando, D., Magesa, L., Machumi, L., Mungure, E., Mwanyika Sando, M., Geldsetzer, P., Foster, D., Kajoka, D., Naburi, H., Ekström, A. M., Spiegelman, D., Li, N., Chalamilla, G., Fawzi, W. et Bärnighausen, T. (2014). Community Health Workers to Improve Antenatal Care and PMTCT Uptake in Dar es Salaam, Tanzania: A Quantitative Performance Evaluation. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 67(Suppl 4), S195-S201. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000371>
- López-Ejeda, N., Charle-Cuellar, P., G. B. Alé, F., Álvarez, J. L., Vargas, A. et Guerrero, S. (2020). Bringing severe acute malnutrition treatment close to households through community health workers can lead to early admissions and improved discharge outcomes. *PLoS ONE*, 15(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227939>
- Medhanyie, A., Spigt, M., Kifle, Y., Schaay, N., Sanders, D., Blanco, R., GeertJan, D. et Berhane, Y. (2012). The role of health extension workers in improving utilization of maternal health services in rural areas in Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-352>

- Mengesha, W., Steege, R., Kea, A. Z., Theobald, S. et Datiko, D. G. (2018). Can mHealth improve timeliness and quality of health data collected and used by health extension workers in rural Southern Ethiopia? *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 40(Suppl 2), ii74-ii86. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy200>
- Mialhe, F. L., Lefèvre, F. et Lefèvre, A. M. C. (2011). Community health agents and their educational practices in oral health: a qualitative/quantitative evaluation. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4425-4432. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200015>
- Moura, M. S. de, Carvalho, C. J. de, Amorim, J. T. C. de, Marques, M. F. S. S., Moura, L. de F. A. de D. et Mendes, R. F. (2010). Profile and procedures of the community health agents regarding oral health in the countryside of Piauí State, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1487-1495. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700061>
- MSPP. (2012). Politique nationale de la santé. <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PNS%2021juillet%20version%20finale.pdf>
- MSPP. (2013). Haïti Plan Directeur de la Santé 2012-2022. <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sante%202012%2022%20version%20web.pdf>
- MSPP. (2015). Le Paquet Essentiel de Services. <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Manuel%20du%20PES%20Lancement%201er%20Sseptembre%202016%20compressed.pdf>
- MSPP. (2017a). Formation des agents de sante communautaires polyvalents : manuel de référence.
- MSPP. (2017b). Haïti Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030 | HFG. <https://www.hfgproject.org/haiti-plan-strategique-de-developpement-des-ressources-humaines-pour-la-sante-2030/>
- MSPP et Organisation Panaméricaine de la Santé. (2017). *Organisation des services de santé communautaire en Haïti - Mise en oeuvre dans la commune de Carrefour (2011 - 2015)* ([Rapport d'activités]). Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) d'Haïti.
- Mubi, M., Janson, A., Warsame, M., Mårtensson, A., Källander, K., Petzold, M. G., Ngasala, B., Maganga, G., Gustafsson, L. L., Massele, A., Tomson, G., Premji, Z. et Björkman, A.

- (2011). Malaria Rapid Testing by Community Health Workers Is Effective and Safe for Targeting Malaria Treatment: Randomised Cross-Over Trial in Tanzania. *PLOS ONE*, 6(7), e19753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019753>
- Negussie, A. et Girma, G. (2017). Is the role of Health Extension Workers in the delivery of maternal and child health care services a significant attribute? The case of Dale district, southern Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2590-8>
- Nisar, S., Khan, M. et Nisar, U. (2020). Impact Of Lady Health Workers On The Contraceptive Prevalence Rate In District Mardan. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 32(1), 104-110.
- O'Donovan, J., Stiles, C., Sekimpi, D., Ddumba, I., Winters, N. et Jr, E. (2018). Potential challenges of implementing the Community Health Extension Worker programme in Uganda. *BMJ Global Health*, 3(4), e000960. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000960>
- Ormel, H., Kok, M., Kane, S., Ahmed, R., Chikaphupha, K., Rashid, S. F., Gemechu, D., Otiso, L., Sidat, M., Theobald, S., Taegtmeier, M. et de Koning, K. (2019). Salaried and voluntary community health workers: exploring how incentives and expectation gaps influence motivation. *Human Resources for Health*, 17(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0387-z>
- Owais, A., Hanif, B., Siddiqui, A. R., Agha, A. et Zaidi, A. K. (2011). Does improving maternal knowledge of vaccines impact infant immunization rates? A community-based randomized-controlled trial in Karachi, Pakistan. *BMC Public Health*, 11, 239. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-239>
- Phiri, S. C., Prust, M. L., Chibawe, C. P., Misapa, R., van den Broek, J. W. et Wilmink, N. (2017). An exploration of facilitators and challenges in the scale-up of a national, public sector community health worker cadre in Zambia: a qualitative study. *Human Resources for Health*, 15(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0214-3>
- Rabbani, F., Perveen, S., Aftab, W., Zahidie, A., Sangrasi, K. et Qazi, S. A. (2016). Health workers' perspectives, knowledge and skills regarding community case management of childhood diarrhoea and pneumonia: a qualitative inquiry for an implementation research

- project “Nigraan” in District Badin, Sindh, Pakistan. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1699-5>
- Rafiq, M. Y., Wheatley, H., Mushi, H. P. et Baynes, C. (2019). Who are CHWs? An ethnographic study of the multiple identities of community health workers in three rural Districts in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4563-6>
- Raifman, S., Mellese, S., Hailemariam, K., Askew, I. et Erulkar, A. (2013). Assessment of the availability and use of maternal health supplies in the primary health care system in Amhara Region, Ethiopia. *Population Council*, 35.
- Rey, L., Brousselle, A. et Dedobbeleer, N. (2011). Logic analysis : Testing program theory to better evaluate complex interventions. *The Canadian journal of program evaluation = La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26(3), 61-89.
- Rogers, E., Martínez, K., Morán, J. L. A., Alé, F. G. B., Charle, P., Guerrero, S. et Puett, C. (2018). Cost-effectiveness of the treatment of uncomplicated severe acute malnutrition by community health workers compared to treatment provided at an outpatient facility in rural Mali. *Human Resources for Health*, 16(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0273-0>
- Sadrudin, S., Shehzad, S., Bari, A., Khan, A., Ibad-ul-Haque, Khan, A. et Qazi, S. (2012). Household Costs for Treatment of Severe Pneumonia in Pakistan. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87(5\_Suppl), 137-143. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2012.12-0242>
- Sedlander, E., Bingenheimer, J. B., Edberg, M. C., Rimal, R. N., Shaikh, H. et Munar, W. (2018). Understanding modern contraception uptake in one Ethiopian community: a case study. *Reproductive Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0550-3>
- Shaw, B., Amouzou, A., Miller, N. P., Tsui, A. O., Bryce, J., Tafesse, M. et Surkan, P. J. (2015). Determinants of Utilization of Health Extension Workers in the Context of Scale-Up of Integrated Community Case Management of Childhood Illnesses in Ethiopia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 93(3), 636-647. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.14-0660>

- Shelley, K. D., Belete, Y. W., Phiri, S. C., Musonda, M., Kawesha, E. C., Muleya, E. M., Chibawe, C. P., van den Broek, J. W. et Vosburg, K. B. (2016). Implementation of the Community Health Assistant (CHA) Cadre in Zambia: A Process Evaluation to Guide Future Scale-Up Decisions. *Journal of Community Health, 41*(2), 398-408. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0110-5>
- Shelley, K. D., Mpembeni, R., Frumence, G., Stuart, E. A., Killewo, J., Baqui, A. H. et Peters, D. H. (2019). Integrating Community Health Worker Roles to Improve Facility Delivery Utilization in Tanzania: Evidence from an Interrupted Time Series Analysis. *Maternal and Child Health Journal, 23*(10), 1327-1338. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02783-8>
- Simas, P. R. P., Pinto, I. C. de M. et Pinto, I. C. de M. (2017). Health work: portrait of community workers in the Northeast region of Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva, 22*(6), 1865-1876. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.01532017>
- Smith, S., Deveridge, A., Berman, J., Negin, J., Mwambene, N., Chingaibe, E., Puchalski Ritchie, L. M. et Martiniuk, A. (2014). Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi. *Human Resources for Health, 12*, 24. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-24>
- Teklehaimanot, H. D. et Teklehaimanot, A. (2013). Human resource development for a community-based health extension program: a case study from Ethiopia. *Human Resources for Health, 11*, 39. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-39>
- Tesfaye, C. (2017). Factors Affecting Health Extension Workers motivation in selected rural districts of Ethiopia: A qualitative study. <http://etd.aau.edu.et/bitstream/handle/123456789/7476/Chala%20Tesfaye.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wang, H., Tesfaye, R., Ramana, G. N. V. et Chekagn, C. T. (2016). *Ethiopia health extension program: an institutionalized community approach for universal health coverage*. World Bank Group.
- Weiss, C. H. (1997). How Can Theory-Based Evaluation Make Greater Headway? *Evaluation Review, 21*(4), 501-524. <https://doi.org/10.1177/0193841X9702100405>

WHO. (2016). Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf>

World Bank. (2017). *Mieux dépenser pour mieux soigner : un regard sur le financement de la santé en Haïti* [text/html]. World Bank.

<https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/publication/better-spending-better-care-a-look-at-haitis-health-financing>

Zulu, Joseph M., Kinsman, J., Hurtig, A.-K., Michelo, C., George, A. et Schneider, H. (2019).

Integrating community health assistant-driven sexual and reproductive health services in the community health system in Nyimba district in Zambia: mapping key actors, points of integration, and conditions shaping the process. *Reproductive Health*, 16.

<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0788-4>

Zulu, Joseph Mumba, Hurtig, A.-K., Kinsman, J. et Michelo, C. (2015). Innovation in health service delivery: integrating community health assistants into the health system at district level in Zambia. *BMC Health Services Research*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0696-4>

Zulu, Joseph Mumba, Kinsman, J., Michelo, C. et Hurtig, A.-K. (2014). Hope and despair: community health assistants' experiences of working in a rural district in Zambia. *Human Resources for Health*, 12(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-30>

## Annexe de l'article 2

Tableau 11 : Caractéristiques des études primaires formant le cadre conceptuel de l'analyse logique

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet
Afsar	2005	Outcome of Patient Referral made by the Lady Health Workers in Karachi, Pakistan	Pakistan	Étude quantitative transversale	Patients référés par les des Lady Health Workers (LHW)	Effets des activités de référence des LHW
Asiimwe	2017	Expanding HIV testing and linkage to care in southwestern Uganda with community health extension workers	Ouganda	Données de routine	Community Health Extension Workers (CHEWs)	Efficacité des community health extension workers dans le dépistage du VIH
Aftab	2018	Improving community health worker performance through supportive supervision: a randomised controlled implementation trial in Pakistan	Pakistan	Entrevues	Superviseurs des Lady Health Workers (LHW)	Effets de la supervision sur la performance des Lady Health Workers (LHW)
Alvarez Morán	2018	The effectiveness of treatment for Severe Acute Malnutrition (SAM) delivered by community health workers compared to a traditional facility based model	Mali	Étude d'intervention randomisée multicentrique	Agents de santé communautaires	Efficacité des agents de santé communautaires
Amare	2018	Early postnatal home visits: a qualitative study of barriers and facilitators to achieving high coverage	Ethiopie	Entretiens qualitatifs et discussions de groupe	Familles and Health Extension Workers	Obstacles et facilitateurs des visites postnatales
Ameha	2014	Effectiveness of supportive supervision on the consistency of integrated community cases management skills of the health extension workers in 113 districts of Ethiopia	Ethiopie	Analyse des registres	Non applicable	Supervision des Health Extension Workers
Ávila	2011	A case study of the Community Health Agents Program in Uruburetama, Ceará (Brazil)	Brésil	Entretiens et des observations participantes	Agents de santé communautaires	Formation et interventions des Agents de Santé Communautaires
Baralhas	2013	Daily practice of community health agents: difficulties and limitations of care	Brésil	Entretiens qualitatifs	Agents de santé communautaires	Pratiques, difficultés et limites des agents de santé communautaires
Befekadu	2020	Knowledge and practice of health extension workers on drug provision for childhood illness in west Gojjam, Amhara, Northwest Ethiopia	Ethiopie	étude transversale institutionnelle	Health Extension Workers	Connaissances et pratiques des Health Extension Workers sur la fourniture de médicaments pour les maladies infantiles



Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet
Bittencourt	2019	Training Community Health Workers to promote breast cancer screening in Brazil	Brésil	Questionnaires d'évaluation pré et post-formation	Agents de santé communautaires	Formation des agents de santé communautaires
Chikaphuha	2016	Motivation of health surveillance assistants in Malawi: A qualitative study	Malawi	Entretiens qualitatifs et discussions de groupe	Health Surveillance Assistants (HSA)	Motivation des agents de santé communautaires
Costa	2013	Community health worker: a core element of health actions	Brésil	Étude transversale et quantitative	Agent de santé communautaire	Interventions des Agents de santé communautaires
Coutinho	2014	Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil	Brésil	Enquêtes transversales	Agent de santé communautaire	Effets de la formation au conseil en allaitement pour les agents de santé communautaires
Datiko	2015	Exploring providers' perspectives of a community based TB approach in Southern Ethiopia: implication for community based approaches	Ethiopie	Entretiens qualitatifs	Health Extension Workers, Techniciens de laboratoire et superviseurs	Expériences des prestataires de santé impliqués dans une intervention communautaire de diagnostic et traitement de la tuberculose
Hailu	2018	Ethiopia's health extension program: Opportunities and challenges of its implementation in Shiromeda	Ethiopie	Entretiens qualitatifs et discussions de groupe	Health Extension Workers	Opportunities and challenges du Ethiopia's health extension program
Dynes	2014	Factors Shaping Interactions Among Community Health Workers in Rural Ethiopia: Rethinking Workplace Trust and Teamwork	Ethiopie	Enquête quantitative	Health Extension Workers, community health development agent, Traditional birth attendant	Facteurs sociodémographiques et structurels façonnent le travail d'équipe parmi les agents communautaires de santé maternelle et néonatale en Éthiopie.
Fausto	2011	The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care	Brésil	Enquête (quantitative) par questionnaire	Agent de santé communautaire	Rôle des agents de santé communautaires (ASC) et défis liés à l'exercice de leurs multiples fonctions

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet
Filgueiras	2011	Community Health Agent: a new actor in the Brazilian health scenario	Brésil	Enquête qualitative	Agent de santé communautaire	Activités des Agents de Santé Communautaires et les facilitateurs et limitants leurs interventions
Frumence	2019	Factors affecting early identification of pregnant women by community health workers in Morogoro	Tanzania	Groupes de discussion semi-structurés	Community health workers	Facteurs affectant l'identification précoce des femmes enceintes par les agents de santé communautaires
Galavote	2011	Disclosing the work processes of the community health agents on the Family Health Strategy in Vitória (ES, Brazil)	Brésil	Entretien qualitatif individuel semi-directif	Agent de santé communautaire	Processus de travail des ASC
Gebrehiwot	2014	Health workers' perceptions of facilitators of and barriers to institutional delivery in Tigray, Northern Ethiopia	Ethiopie	Entretiens qualitatifs approfondis	Health Extension Workers	Perceptions des Health Extension Workers
Getnet	2017	Low contribution of health extension workers in identification of persons with presumptive pulmonary tuberculosis in Ethiopian Somali Region pastoralists	Ethiopie	Approche mixte de méthodes quantitatives et qualitatives	Health Extension Workers	Contribution des Health Extension Workers dans l'identification des personnes atteintes de tuberculose pulmonaire
Gilroy	2013	Quality of sick child care delivered by Health Surveillance Assistants in Malawi. Health Policy and Planning	Malawi	Enquête quantitative	Health Surveillance Assistants	Qualité des soins aux enfants malades dispensés par les assistants de surveillance sanitaire
Grossman-Kahn	2018	Challenges facing Community Health Workers in Brazil's Family Health Strategy: a qualitative study	Brésil	Entretiens qualitatif semi-structurés	Agent de santé communautaire	Défis rencontrés par les agents de santé communautaires
Hafeez	2011	Lady health workers programme in Pakistan: challenges, achievements and the way forward	Pakistan	Examen documentaire et entrevues	Lady health workers	Défis, réalisations et voie à suivre par les Lady health workers
Jackson	2018	"We Prefer the Friendly Approach and Not the Facility": On the Value of Qualitative Research in Ethiopia	Ethiopie	Discussions de groupe	Health Extension Workers	Experiences des Health Extension Workers
Jackson	2016	The Role of Health Extension Workers in Linking Pregnant Women With Health Facilities for Delivery in Rural and Pastoralist Areas of Ethiopia	Ethiopie	Entretiens qualitatifs et discussions de groupe	Health Extension Workers	Rôle des Health Extension Workers dans la mise en relation des

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet
						femmes enceintes avec les établissements de santé pour l'accouchement
Khan	2019	What can motivate Lady Health Workers in Pakistan to engage more actively in tuberculosis case-finding?	Pakistan	Entretiens semi-structurés	Lady Health Workers	Motivation des Lady Health Workers à s'engager dans la recherche des cas de tuberculose
Kok	2013	Motivation and job satisfaction of health surveillance assistants in Mwanza, Malawi: an explorative study	Malawi	Entretiens qualitatifs et discussions de groupe	Health Surveillance Assistants et leurs superviseurs	Motivation et satisfaction au travail des Health Surveillance Assistants
Kok	2016	Health surveillance assistants as intermediates between the community and health sector in Malawi	Malawi	Entretiens qualitatifs semi-structurés et discussions de groupe	Health Surveillance Assistants	Health Surveillance Assistants et performance du système de santé
Lara	2012	The cultural aspects of the practice of Community Health Agents in rural areas	Brésil	Entretiens qualitatif individuels semi-structurés	Agents de santé communautaire, infirmiers, médecin, aides-soignants et usagers	Facteurs culturels influençant la pratique des Agents de Santé Communautaire
Marzari	2011	Community health agents: profile and education	Brésil	Focus groupe de discussion	Agentes comunitários de saúde	Profil et formation des Agents de Santé Communautaire
Melo e Lima	2018	Effectiveness of an action-oriented educational intervention in ensuring long term improvement of knowledge, attitudes and practices of community health workers in maternal and infant health: a randomized controlled study	Brésil	Étude contrôlée randomisée (évaluation pré et post-intervention)	Community Health Workers (CHWs)	Connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé communautaires en santé maternelle et infantile
Mengesha	2018	Can mHealth improve timeliness and quality of health data collected and used by health extension workers in rural Southern Ethiopia?	Ethiopie	Données (quantitatives) de routines et entretiens semi-structurés	Health Extension Workers	Qualité des données de santé collectées par les Health Extension Workers
Morán	2018	Quality of care for treatment of uncomplicated severe acute malnutrition delivered by community health workers in a rural area of Mali	Mali	Observation directe (utilisation de liste de contrôle et formulaire)	Agents de Santé Communautaires (ASC)	Qualité des soins offerts par les agents de santé communautaires

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet
Ormel	2019	Salaried and voluntary community health workers: exploring how incentives and expectation gaps influence motivation	Éthiopie, Malawi	Entretiens qualitatifs individuels et discussions de groupe	Agents de Santé Communautaires	Facteurs influençant la motivation et la performance des ASC
Phiri	2017	An exploration of facilitators and challenges in the scale-up of a national, public sector community health worker cadre in Zambia: a qualitative study	Zambia	Entretiens individuels semi-structurés et discussions de groupe	Agents de Santé Communautaires	Facteurs facilitants ou défis entrant les interventions d'agents de santé communautaires
Pinto	2011	Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and contributions to patient health behaviors	Brésil	Entretiens approfondis	Agents de Santé Communautaires	Connaissances, compétences, pratique des agents de santé communautaires et résultat pour le patient
Rabbani	2016	Health workers' perspectives, knowledge and skills regarding community case management of childhood diarrhoea and pneumonia: a qualitative inquiry for an implementation research project "Nigraan" in District Badin, Sindh, Pakistan	Pakistan	Groupes de discussion et entretiens approfondis	Lady Health Workers (LHWs)	Perspectives, connaissances et compétences des agents de santé communautaire dans la prise en charge des cas de diarrhée et de pneumonie infantiles
Rafiq	2019	Who are CHWs? An ethnographic study of the multiple identities of community health workers in three rural Districts in Tanzania	Tanzania	Entretiens individuels semi-structurés et discussions de groupe	Agents de santé communautaires	Identités et pratiques des agents de santé communautaires
Raifman	2013	Assessment of the availability and use of maternal health supplies in the primary health care system in Amhara Region, Ethiopia	Ethiopie	Observation directe et entretiens individuels	Health Extension Workers	Fournitures et matériels de travail des agents de santé communautaires
Robertson	2015	Initial experiences and innovations in supervising community health workers for maternal, newborn, and child health in Morogoro region, Tanzania	Tanzania	Entretiens semi-structurés	Community Health Workers (CHWs)	Supervision des agents de santé communautaires
Sedlander	2018	Understanding modern contraception uptake in one Ethiopian community: a case study	Ethiopie	Groupes de discussion et entretiens individuels	Health Extension Workers	Performance des Health Extension Workers
Shaw	2015	Determinants of Utilization of Health Extension Workers in the Context of Scale-Up of Integrated Community Case Management of Childhood Illnesses in Ethiopia	Ethiopie	Enquête transversale auprès des ménages (quantitative)	Health Extension Workers	Déterminants de l'utilisation des Health Extension Workers
Shelley	2016	Implementation of the Community Health Assistant (CHA) Cadre in Zambia: A Process Evaluation to Guide Future Scale-Up Decisions	Zambia	Entretiens en petits groupes (2 à 4 personnes)	Community Health Assistant (CHA)	Obstacles et facilitateurs des interventions des

Premier auteur	Année	Titre	Pays	Méthode de collecte des données	Participants	Sujet
						Community Health Assistant (CHA)
Simas	2017	Health work: portrait of community workers in the Northeast region of Brazil	Brésil	Entretien par questionnaire et revue documentaire	Agents de Santé Communautaires	Profil, formation, embauche, rémunération et conditions de travail des Agents de Santé Communautaires
Smith	2014	Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi	Malawi	Groupes de discussion et entretiens individuels	Health Surveillance Assistants	Rôles et responsabilités de Health Surveillance Assistants
Tesfaye	2017	Factors Affecting Health Extension Workers motivation in selected rural districts of Ethiopia: A qualitative study	Ethiopie	Mémoire de Master, incluant revue de littérature et entretiens approfondis structurés	Health Extension Workers	Motivation des Health Extension Workers
Whidden	2018	Improving Community Health Worker performance by using a personalised feedback dashboard for supervision: a randomised controlled trial	Mali	Essai contrôlé randomisé	Agents de Santé Communautaires	Supervision et performance des agents de santé communautaires
Zulu	2019	Integrating community health assistant-driven sexual and reproductive health services in the community health system in Nyimba district in Zambia: mapping key actors, points of integration, and conditions shaping the process	Zambia	Entretiens approfondis	Community Health Assistant (CHA)	Acceptabilité des Community Health Assistant (CHA)
Zulu	2014	Hope and despair: community health assistants' experiences of working in a rural district in Zambia	Zambia	Examen documentaire, entretiens approfondis et observations directes	Community Health Assistant (CHA)	Motivations, expériences, rémunérations, défis des assistants de santé communautaires

## Chapitre VI – Résultats | Article 3 : Analyse de l’implantation de la délégation des tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) dans le département sanitaire du nord d’Haïti

---

### Résumé

**Contexte :** Alors que la délégation des tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) est une stratégie phare du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) d’Haïti visant à améliorer couverture sanitaire de la population, cet article renseigne sur l’implantation de cette intervention dans le département sanitaire du nord du pays. Il évalue le niveau d’implantation atteint et met en lumière les facteurs contextuels qui facilitent ou entravent la mise en œuvre de cette intervention.

**Méthodes :** Pour ce faire, une étude de cas unique a été réalisée. Celle-ci a nécessité la collecte et l’analyse de données. Deux approches complémentaires de collecte des données ont été mises en œuvre, à savoir : la revue des documents relatifs à la conception et l’implantation de la délégation des tâches aux ASCP et des entrevues non dirigées réalisées avec 35 intervenants. Le traitement et l’analyse des données obtenues ont été réalisés à l’aide du logiciel QDA Miner 5.0. L’approche d’analyse utilisée est à la fois déductive et inductive. Elle met à contribution les perspectives théoriques du changement organisationnel dans l’identification des facteurs contextuels qui influencent l’implantation de la délégation aux ASCP.

**Résultats :** Les résultats obtenus montrent que l’implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le département sanitaire du nord d’Haïti s’articule principalement autour des activités suivantes : sélection, formation et déploiement des ASCP, dotation en matériels de travail, supervision, collecte et analyse de données sur les réalisations des ASCP et la mise en place des Équipes de Santé Familiale (ESF). À l’exception de la mise en place des ESF, des avancées notables ont été réalisées dans la mise en œuvre de chacune de ces activités, de sorte qu’à la fin du mois de septembre 2019, 215 ASCP étaient en activité, ce qui représente 44,3 % des 485 ASCP prévus pour couvrir les besoins du département. Plusieurs facteurs contextuels entravant ou

*facilitant la mise en œuvre de cette intervention ont été également identifiés. Ceux-ci ont trait à la planification et au suivi de l'implantation de l'intervention, à l'environnement institutionnel, à des facteurs d'ordre politique, aux caractéristiques structurelles et aux conditions environnementales des organisations.*

**Conclusion :** *Cette étude apporte des preuves supplémentaires de la nécessité de prendre en compte le contexte dans l'implantation des interventions en santé publique. Dans le département sanitaire du nord d'Haïti, elle montre que des facteurs contextuels d'ordre institutionnel, organisationnel, politique et environnemental déterminent le degré d'implantation de la délégation des tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP).*

**Mots clés :** *délégation des tâches, Agents de Santé Communautaire, Haïti, analyse de l'implantation, département sanitaire du nord*

## Contexte

En Haïti, améliorer la couverture sanitaire de la population est un objectif primordial du système de santé (MSPP, 2013b, 2017b; MSPP et Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017). Cet objectif est justifié par la situation sanitaire précaire qui y prévaut, laquelle est caractérisée par des niveaux de mortalité et de morbidité figurant parmi les plus élevés au monde. La mortalité infanto-juvénile en Haïti est estimée à 81 pour 1000 naissances vivantes, tandis que les décès maternels sont évalués à 532 pour 100 000 naissances vivantes (Institut Haïtien de l'Enfance [IHE] et Inner City Fund [ICF], 2018). Il est fait également état d'une prévalence préoccupante de maladies infectieuses, telles que le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et les infections respiratoires aiguës dans le pays (MSPP, 2013b, 2017b; World Bank, 2017). À cela, s'ajoutent des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Une enquête menée dans le pays indique que 38 % des femmes sexuellement actives vivant en Haïti qui souhaitent éviter, espacer ou limiter les grossesses n'ont pas accès à des moyens de contraception moderne (IHE et ICF, 2018). Par ailleurs, plus de la moitié de la population (53 %) n'a pas accès aux services de santé (MSPP, 2012), tandis que la densité des professionnels de la santé (médecins, infirmier(e)s et sages-femmes) est de 6,5 pour 10 000 habitants, soit largement en dessous du seuil minimum nécessaire pour assurer l'offre des soins de santé primaires dans le pays (MSPP, 2013b ; WHO, 2016).

Pour faire face au déficit de ressources humaines de la santé et accroître la couverture sanitaire en Haïti, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a initié en 2011 la mise en œuvre d'une approche innovante de délégation des tâches. Elle consiste en la suppression des agents de santé communautaires (ASC) spécialisés dans des domaines spécifiques de la santé (tels que les ASC recrutés pour la lutte contre le VIH/SIDA, les ASC dédiés à la vaccination des enfants ou encore les ASC spécialisés en Nutrition) et la délégation des tâches qui leur étaient dévolues à un type nouveau d'agents, appelé Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) (MSPP, 2015). Comme leur nom l'indique, les ASCP sont polyvalents. Ce sont des aides-soignants communautaires recrutés et formés qui sont capables d'intervenir dans différents domaines de la santé : vaccinations, planification familiale, nutrition, choléra, tuberculose, paludisme, VIH/SIDA, filariose, santé maternelle, santé de l'enfant, des jeunes et des personnes âgées, préparation aux catastrophes, premiers soins et respect de la médication, etc. (MSPP, 2017a). Contrairement aux



ASC spécialisés et à d'autres travailleurs communautaires, le gouvernement d'Haïti offre aux ASCP des possibilités de devenir des fonctionnaires de l'État, avec des avantages tels que : salaire mensuel, congés, affectation et retraite. Dans l'organisation du système de santé d'Haïti, ils occupent une place de premier plan. Ils assurent l'interface avec la communauté. Pour répondre aux besoins de santé de la population, le MSPP entend disposer de 6 550 ASCP. En juin 2017, l'on dénombrait un effectif de 3036 ASCP en activité en Haïti, soit 46,4 % des besoins en ASCP du pays (MSPP, 2017b). L'implantation de la délégation des tâches aux ASCP incombe aux directions départementales de la santé (Kristen et al., 2016a). Celles-ci sont responsables de la mise en œuvre des stratégies nationales. Elles fournissent le soutien technique et la gestion de routine dans leurs zones de compétence.

Alors que l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP est en cours d'expansion en Haïti, des lacunes d'informations posent un problème. Dans la littérature, seulement quelques documents renseignant sur les effets des interventions des agents de santé communautaire sur l'offre et l'accessibilité des services de santé ont été répertoriés (DeGennaro et al., 2019; Malcolm et al., 2019; Mandigo et al., 2015; Matousek et al., 2015; Matousek et al., 2017; McLean et al., 2015; Rajasingham et al., 2011; Reif et al., 2016; Séraphin et al., 2017). Parmi ceux-ci, on peut citer celui de Mandigo et ses collègues qui rapportent que des femmes à haut risque de développer un cancer du col de l'utérus ont été identifiées et référées vers des soins préventifs grâce à des agents de santé communautaires (Mandigo et al., 2015). De même, dans une publication, Séraphin et ses collègues (2017) font état de ce que les interventions des ASCP améliorent les connaissances des mères sur les principales pratiques de santé infantile dans les zones rurales d'Haïti (Séraphin et al., 2017). Ceci étant, des questions importantes demeurent sans réponse sur les ressources nécessaires, les processus permettant de réussir la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP, ainsi que sur les facteurs contextuels qui peuvent entraver ou faciliter son implantation. Aucune étude portant sur ces questions n'a été relevée dans la littérature. Pourtant, sans de telles études, l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP peut être plus coûteuse et hasardeuse. Ces études sont cruciales pour fonder la mise en œuvre des interventions sur des données probantes afin d'éviter la reproduction des erreurs et améliorer les chances de succès de celles-ci (Brownson et al., 2009; Dixon-Woods et al., 2011).

Dans cette perspective, la présente étude analyse l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le département sanitaire du nord d'Haïti. L'objectif visé est de contribuer aux efforts d'amélioration de la couverture sanitaire universelle en Haïti et dans d'autres pays, en fournissant des informations utiles et fiables qui peuvent être utilisées pour orienter la mise en œuvre réussie de cette intervention. Plus concrètement, cette étude entend combler les lacunes constatées dans la littérature concernant les facteurs qui déterminent le degré de mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP. Pour ce faire, les questions de recherche abordées sont les suivantes : (i) quel est le niveau de mise en œuvre de la délégation de tâches aux ASCP dans le département sanitaire du Nord d'Haïti ? (ii) quels sont les facteurs contextuels qui favorisent ou entravent la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP dans ce département ? On entend ici par facteurs contextuels, l'ensemble des facteurs qui ne font pas partie de l'intervention elle-même (Øvretveit, 2011), les caractéristiques ou attributs du milieu d'implantation (Champagne et Denis, 1992) ou encore l'ensemble des circonstances ou des facteurs qui entourent les efforts d'implantation de l'intervention (Damschroder et al., 2009).

L'étude de ces facteurs contextuels renvoie à une analyse d'implantation de *type I-b* (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos et Denis, 2011). Ce type d'analyse renferme des enjeux importants pour l'amélioration de la mise en œuvre des interventions et la maximisation des résultats (Fassier et Durand, 2010). L'analyse d'implantation de *type I-b* possède le potentiel d'accroître la validité externe des résultats en fournissant des informations sur les conditions de généralisation des programmes à d'autres contextes (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos et Denis, 2011). Elle est particulièrement importante lorsque des niveaux variables d'implantation sont observés selon le contexte (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos et Denis, 2011 ; Frieden, 2010). C'est notamment le cas pour la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. En effet, un rapport du MSPP, publié en 2019, montre des taux de couverture des besoins en ASCP des départements sanitaires variant entre 67 % et 154 % (MSPP, 2019).

## Méthodes

Pour atteindre les objectifs de l'étude, l'approche générale adoptée est la recherche synthétique. Cette approche est appropriée pour l'étude des phénomènes complexes (Contandriopoulos et al., 2005), tels que l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dont la conceptualisation et la compréhension nécessitent la prise en compte de multiples facteurs liés aux acteurs, aux organisations et au contexte.

*Devis* : Le devis de recherche utilisé est une "étude de cas unique". Ce devis est approprié pour les recherches qui visent une compréhension optimale des phénomènes difficilement dissociable de leur contexte (Yin, 2009), comme c'est notamment le cas ici. L'étude de cas unique, qu'elle soit à un seul niveau d'analyse ou à niveaux d'analyse imbriqués, possède un potentiel élevé de validité interne (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos et Denis, 2011). Deux facteurs clés favorisent cette validité : (i) la qualité et l'exhaustivité de l'articulation théorique sous-jacente à l'étude et (ii) l'adéquation entre le mode d'analyse choisi et le modèle théorique adopté (Contandriopoulos et al., 2005). S'agissant spécifiquement de l'articulation théorique relative à l'étude des facteurs contextuels, elle repose sur l'utilisation de perspectives théoriques complémentaires telles que proposées par Champagne F., à savoir : le modèle psychologique ; le modèle hiérarchique et rationnel ; l'approche du développement organisationnel ; le modèle structurel ; le modèle politique ; l'approche de la gestion stratégique ; l'approche institutionnelle ; les approches gurus et le modèle de l'apprentissage organisationnel (Champagne, 2002). Elles comprennent un ensemble logiquement cohérent de propositions théoriques qui, appliquées à l'analyse du changement, augmentent la validité interne de l'étude. L'adoption de modèles théoriques dans les études de cas représente ce que sont les degrés de liberté en analyse statistique (Campbell, 1975). Elles compensent le fait que, dans les études de cas, le nombre de variables est supérieur au nombre de points d'observation (Yin, 2009). Par ailleurs, il convient de souligner que l'étude d'un seul cas limite la validité externe de la recherche. Cette validité externe ne repose pas sur la représentativité du cas mais plutôt sur la richesse et la profondeur de la description des mécanismes de causalité. Pour ce qui concerne la présente recherche, cette limite est compensée par le fait que l'analyse de l'implantation elle-même vise à fournir une description du contexte.

Cette description inclut des informations sur les conditions de transférabilité des résultats à d'autres contextes.

*Choix du cas* : Le cas à l'étude est la délégation des tâches aux ASCP dans le Département Sanitaire du Nord (DSN) de la République d'Haïti. À l'instar des autres départements sanitaires du pays, la délégation des tâches aux ASCP est implantée dans le DSN pour faire face à des problèmes de pénurie de ressources humaines de la santé en vue d'améliorer la couverture sanitaire des populations. La densité du personnel essentiel de la santé (médecins, infirmières et sages-femmes) qui s'y trouve est estimée à 8,57 pour 10 000 habitants (MSPP, 2017c), alors que le seuil minimal nécessaire pour couvrir les besoins des population est estimé à 23 pour 10 000 habitants selon l'OMS (WHO, 2018). Au-delà du fait que la délégation des tâches aux ASCP est mise en œuvre dans le DSN, ce département a été choisi pour la richesse des données que l'on peut y trouver et l'opportunité ou les possibilités d'apprentissage qu'il offre. En effet, le DSN se classe parmi les trois meilleurs départements du pays pour ce qui concerne le fonctionnement du Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU). Selon un rapport du MSPP, le taux de couverture des rapports mensuels de services dans ce département était de 99,6% en 2018 (MSPP, 2019). Soulignons aussi que le DSN compte parmi les départements les plus stables et les plus sécuritaires, compte tenu des troubles socio-politiques récurrents dans le pays. De plus, le choix du DSN repose aussi sur des considérations de faisabilité et de commodité. En effet, l'Unité de Santé Internationale (USI) de l'Université de Montréal est présente dans le DSN à travers son projet *Appui au Continuum de Services Mère-Enfant* (ACOSME). L'USI a aidé à remplir les formalités administratives nécessaires pour la mise en œuvre des opérations de collecte de données dans le pays, y compris l'obtention de l'approbation du Comité National de Bioéthique (CNB) d'Haïti. L'équipe du projet ACOSME a également fourni un bureau de travail et facilité le transport vers les sites de collecte de données, dans un contexte marqué par d'importantes difficultés liées à une grave crise de carburant et de violentes manifestations socio-politiques dans le pays. L'USI a aussi apporté un soutien financier et facilité l'hébergement durant toute la durée de la collecte des données en Haïti.

La collecte des données s'est déroulée du 12 juin au 09 octobre 2019, soit près de quatre mois de séjour de recherche en Haïti. Elle a porté, d'une part, sur le niveau d'implantation de la délégation de tâches aux ASCP dans le DSN et, d'autre part, sur les facteurs contextuels qui influencent la

mise en œuvre de cette intervention. Pour chacune de ces dimensions de l'analyse de l'implantation réalisée, des détails sur les méthodes de collecte de données utilisées, les données obtenues et les analyses effectuées sont fournies dans les lignes qui suivent.

*Évaluation du niveau d'implantation de l'intervention* – La mise en œuvre de cette évaluation a débuté par la construction du modèle logique de l'intervention. Une présentation de ce modèle est fournie ci-après à la page 164. Elle offre une description des ressources mobilisées, des processus planifiés, des extrants attendus, des résultats escomptés et des liens présumés entre ces différentes composantes de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN. Pour élaborer ce modèle, l'approche *Active, Réactive, Adaptative* (ARA) a été utilisée (Champagne, Brousselle, Hartz et Contandriopoulos, 2011). Elle a consisté dans un premier temps à formuler une version initiale du modèle logique et à la soumettre aux observations des responsables et experts du MSPP. Puis, en tenant compte des observations reçues de ces derniers, cette version initiale a été ajustée pour correspondre à la vision du MSPP. Pour ce faire, les documents de conception et de planification de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN ont été recherchés et analysés. Les recherches ont été effectuées auprès du MSPP et de ses partenaires. Des entrevues ont été également menées auprès d'informateurs clés (experts du MSPP, personnel de mise en œuvre, partenaires impliqués, etc.) en vue de se faire une compréhension plus approfondie de l'intervention.

Par la suite, des indicateurs ont été conçus sur la base du modèle logique mis en place en vue de mesurer le niveau d'implantation de l'intervention. Ces indicateurs portent notamment sur les processus et extrants de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN, incluant les activités prévues réalisées, les résultats immédiats obtenus et les écarts entre les réalisations effectives et celles prévues dans le plan d'implantation de l'intervention. Ils sont présentés dans le tableau 15 en annexe de cet article, y compris les composantes de l'intervention auxquelles chacun d'entre eux se rattache. Pour les mesurer, des données quantitatives et qualitatives sur les réalisations enregistrées dans le cadre de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN ont été collectées et analysées. Celles-ci proviennent essentiellement de deux sources, à savoir la revue documentaire d'une part et des entrevues réalisées auprès d'informateurs clés d'autre part. *La revue documentaire* a permis d'examiner différents documents portant sur l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN, y compris des plans d'actions, le Plan stratégique

de Développement des Ressources humaines pour la Santé 2030, des rapports d'activités et des bases de données. Ces documents ont été recherchés et recueillis auprès de responsables et gestionnaires du MSPP et de ses partenaires, sur les sites internet officiels du MSPP ou dans la base de données bibliographiques PubMed. Par ailleurs, des entrevues ont été réalisées auprès d'informateurs clés, dont des gestionnaires et experts du MSPP et de ses partenaires afin d'obtenir une connaissance plus approfondie du niveau d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN. La méthodologie utilisée pour mener à bien ces entrevues est présentée à la section suivante.

À propos de l'analyse des données, elle a été menée à bien en utilisant la stratégie dite "par appariement de modèle" (Yin, 2009). Plus concrètement, cela veut dire que le niveau de mise en œuvre de l'intervention a été évalué en confrontant les données sur ses processus d'implantation et les extrants attendus (fournies par le modèle logique) et les données sur ce qui a été réellement réalisé. Ce faisant, des statistiques descriptives, telles que le nombre d'ASCP formés, la moyenne d'âge des ASCP ou le taux de couverture des besoins en ASCP ont été calculées à partir des données quantitatives récoltées. S'agissant des données qualitatives recueillies, la méthode préconisée par Miles et Huberman a été mise en œuvre (Miles et Huberman, 2003). Par souci de synthèse, la description de la mise en œuvre de cette méthode est faite dans la section suivante.

*Identification des facteurs contextuels qui influencent le niveau d'implantation de l'intervention* – ce volet de l'analyse d'implantation repose essentiellement sur les données issues des entrevues. Ces entrevues ont été réalisées auprès de 35 participants (voir tableau 12). Parmi eux, on dénombre des directeurs et responsables du MSPP, tant au niveau national que départemental, des agents d'organisations internationales partenaires du MSPP, des ASCP et leurs superviseurs. Ces personnes ont été sélectionnées sur la base d'un échantillonnage raisonné, en recherchant les personnes qui étaient les plus à même de nous fournir les informations nécessaires pour mener l'étude à bien. Le recrutement de ces personnes s'est fait en utilisant la méthode « *boule de neige* ». Pour des raisons d'ordre éthique, méthodologique et pratique, les participants aux entrevues devaient remplir les critères d'éligibilité suivants : (i) être âgé(e) d'au moins 18 ans (âge de la majorité civile en Haïti) ; (ii) justifier au moins six mois d'expérience pertinente liée à l'implantation du programme ; (iii) comprendre et s'exprimer raisonnablement en français ou en

créole, et ; (iv) consentir à participer à l'étude. S'agissant du nombre de participants visés, le critère de saturation théorique développé par Glaser et Strauss (1967) a été appliqué. Cette saturation est atteinte lorsque le chercheur ne trouve plus de données supplémentaires enrichissant ses connaissances sur le sujet étudié et ses perspectives théoriques (Saunders et al., 2018).

**Tableau 12 : Participants aux entrevues**

Niveau et type de participants	Sexe		Ensemble
	Féminin	Masculin	
<b>National</b>			
<i>Directeurs techniques ou administratifs</i>	1	1	2
<i>Responsables de services</i>	3	2	5
<i>Agents des organisations partenaires</i>	1	3	4
<b>Département sanitaire du Nord (Direction)</b>			
<i>Fonctionnaires</i>	3	1	4
<b>Local (institutions sanitaires)</b>			
<i>Infirmiers(ères) ou Auxiliaires Infirmières</i>	3	2	5
<i>ASCP</i>	8	7	15
<b>Totaux</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>35</b>

Les entrevues ont été réalisées de manière libre (ou non directif). Cela signifie que les participants avaient la possibilité de s'exprimer librement et spontanément sur la délégation des tâches aux ASCP, sur les objectifs visés, les activités mises en œuvre ou planifiées et les facteurs contextuels qui influencent des éléments spécifiques de l'implantation. Cette approche a été utilisée afin de maximiser la validité des données collectées, les entrevues ayant été menées de manière à éviter le plus possible d'induire des éléments de réponses ou d'influencer les opinions des participants. De manière plus concrète, les échanges débutaient par une phrase introductive du type : "Pour commencer, j'aimerais que vous me racontiez votre expérience avec les ASCP... parlez-moi de vos activités, des activités de vos collègues ...ou en quoi consiste la délégation des tâches aux ASCP ? " En réponse, la quasi-totalité des participants a fourni des informations générales sur : l'histoire de la mise en œuvre de l'intervention ; les objectifs visés ; les processus (sélection et formations des ASCP; le déploiement des ASCP, etc.) et les difficultés rencontrées. Puis, les participants ont été incités à développer ou approfondir certains thèmes d'intérêt pour l'étude, à travers des questions du genre : comment cela a été mis en place ? comment comptez-vous améliorer l'accès aux soins de santé à travers le déploiement d'ASCP ? En quoi la sélection des ASCP est-elle importante ? À quel niveau êtes-vous dans la sélection des ASCP ou la formation?

Comment s'effectue la formation ? Pourquoi ? Qu'apporte cette formation aux ASCP? De quoi les ASCP disposent-ils ou de quoi ont-ils besoin pour mener à bien les tâches qui leur sont déléguées ? Y a-t-il des choses qui facilitent ou entravent la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP dans le département ? Lesquelles? Comment (ou par quels mécanismes cela se produit)? Ce faisant, le modèle logique de l'intervention (présenté ci-après) a été utilisé pour approfondir les investigations sur le niveau d'implantation. De même, différentes perspectives théoriques du changement organisationnel (présentées dans le tableau 16 en annexe de cet article) ont été utilisées pour mieux appréhender les facteurs contextuels qui influencent l'implantation de l'intervention. Par exemple, sur la base du modèle hiérarchique et rationnel, des questions ont été posées sur l'existence de plans d'actions et de financement de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN et, le cas échéant, pour déterminer comment l'utilisation de tels plans influence cette implantation.

Par ailleurs, il convient de souligner que tout au long des entrevues, des efforts ont été faits pour que les propos des participants soient ancrés dans une base factuelle. Les entrevues ont été réalisées en français ou en créole, selon la langue avec laquelle le participant était le plus à l'aise. Pour ce faire, l'équipe de collecte des données était composée de l'étudiant-chercheur, assisté par un interprète recruté localement. Durant les entrevues, un dictaphone a été utilisé afin d'enregistrer les conversations et faciliter la collecte des données.

S'agissant de l'analyse des données, elle a été réalisée en s'inspirant de la méthode préconisée par Miles et Huberman (2003). La mise en œuvre de cette méthode s'articule autour d'activités de condensation des données (retranscription, codage, abstraction), de présentation des données et élaboration/vérification des conclusions (Miles et Huberman, 2003). La retranscription des données a été réalisée parallèlement à la collecte des données. Cela a permis de contrôler, au fur et à mesure, la qualité des données obtenues (complétude, cohérence et pertinence des données) et d'apporter des corrections ou ajustements au besoin. Quant au codage des données, il a été effectué à l'aide du logiciel QDA Miner, en suivant une approche à la fois déductive et inductive. Ainsi, le modèle logique de l'intervention et les perspectives théoriques du changement organisationnel (présentées dans le tableau 16 en annexe cet article) ont été mis à contribution dans la catégorisation des données, tout en laissant ouverte la possibilité de prendre en compte



d'éventuelles catégories (ou thèmes) pertinentes additionnelles qui émergeraient des données collectées. Par la suite, les données ont été présentées sous forme des matrices. Cela a permis notamment d'avoir une vue d'ensemble de celles-ci, de faciliter leur exploitation, leur interprétation et l'élaboration des conclusions. À cet effet, les approches dites "orientée-cas" et "orientée-variable" de Miles et Huberman (2003) ont été mises en œuvre. La première a été utilisée pour examiner en profondeur chacun des cas (ou entrevue) afin de saisir au mieux la perspective de chaque participant aux entrevues, de mieux appréhender la teneur essentielle de chaque document recueilli et d'y repérer des critères de description (ou modèles) communs. S'agissant de la *stratégie orientée variable*, elle a permis de rechercher, dans toutes les entrevues et documents exploités, les facteurs contextuels récurrents ou transversaux qui influencent chacun des processus d'implantation de l'intervention et de décrire la façon dont cette influence se produit le plus fréquemment. Pour ce faire, des tableaux synoptiques ont été utilisés. L'analyse de ces tableaux a été effectuée en suivant la stratégie dite "par appariement de modèle" de Yin (2009). À propos de l'élaboration et de la vérification des conclusions, principalement deux stratégies ont été mises en œuvre pour assurer leur crédibilité. La première est la triangulation des sources de données (recoupement des données de la revue documentaire, des entrevues et du journal de bord) ; tandis que la seconde a consisté à valider les résultats obtenus avec des informateurs clés de la recherche, dont des gestionnaires et responsables du MSPP au niveau de la DSN.

*Considérations éthiques* : Tout au long de la préparation et de la mise en œuvre de l'étude, une attention particulière fut accordée au respect des principes d'éthiques qui régissent la recherche impliquant des sujets humains, à savoir : la bienfaisance, le respect de l'autonomie des participants, la non-malfaisance, la responsabilité, le respect de la confidentialité et la protection de la vie privée des personnes. Dans cette perspective, l'approbation du comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal, ainsi que de celle du Comité National de Bioéthique (CNB) d'Haïti a été recherchée et obtenue avant la mise en œuvre proprement dite des opérations de collecte de données. Notons également qu'un formulaire d'information et de consentement éclairé des participants à l'étude a été élaboré et utilisé. Il était disponible en version française et en version créole (voir copies en annexe).

## **Modèle logique de la délégation des tâches aux ASCP**

La figure 9 propose une représentation schématique du modèle logique de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Elle met en évidence la façon dont cette initiative est censée fonctionner, les objectifs visés, ses processus, ses ressources et les hypothèses sous-jacentes. Les flèches représentent les mécanismes liant les composantes du modèle. D'une manière générale, on retiendra que cette intervention est fondée sur l'idée que la délégation de tâches aux ASCP est un moyen efficace pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire des populations. Son implantation implique la mobilisation et l'utilisation de ressources humaines, financières, matérielles et documentaires en vue d'assurer la mise en œuvre de différents processus. Principalement, ces processus renvoient à des activités de sélection et de formation des ASCP, l'acquisition de matériels et les équipements de travail pour ceux-ci, leur embauchage et mise en activité, ainsi que leur intégration à la fonction publique, rémunération, supervision et d'autres activités (voir figure 9 ci-après). Ces activités sont supposées avoir une incidence positive directe sur les connaissances et compétences des ASCP, leur dotation en matériel et équipements de travail, l'offre des services de santé communautaire, la motivation au travail et la rétention des ASCP, l'accompagnement et l'encadrement de ceux-ci, le suivi et l'évaluation de leurs activités et la coordination des interventions des ASCP avec celles des autres acteurs. Ces outputs (ou objectifs de production), à leur tour, devraient apporter des améliorations au niveau de l'accessibilité géographique et économique des services de santé, de la globalité de ceux-ci, de leur justesse et de l'état de santé des populations.

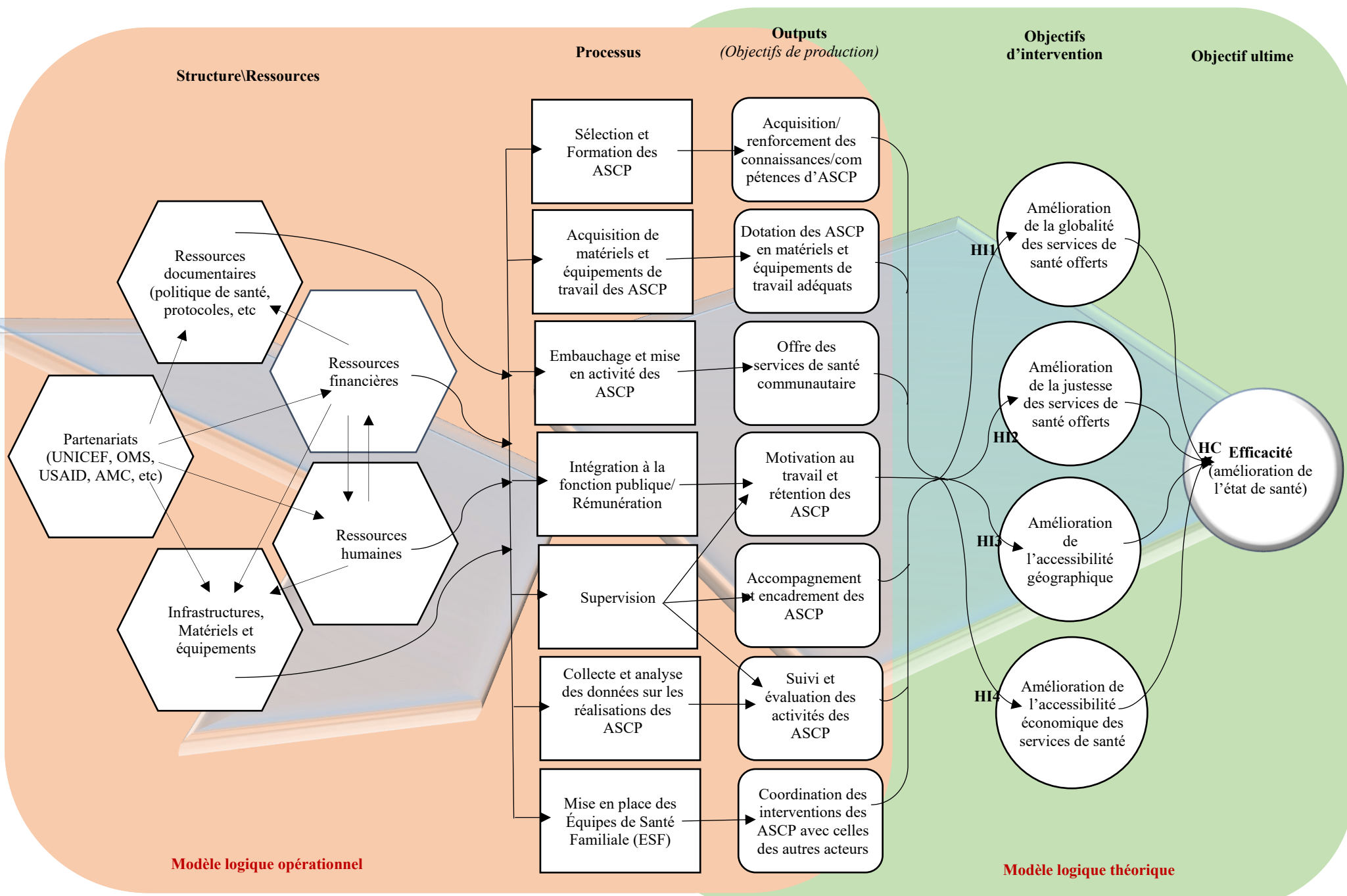


Figure 9 : Modèle logique théorique de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti

## **Résultats**

D'une manière générale, les résultats obtenus indiquent que des avancées notables ont été enregistrées dans l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN. Plusieurs facteurs contextuels ayant de l'influence sur l'implantation de l'intervention ont également été identifiés.

### **Niveau d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN**

Concernant le degré d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN, les résultats portent principalement sur les processus. Plus précisément, ils renseignent sur la mise en œuvre des activités de sélection et formation des ASCP, d'embauche et de mise en activité des ASCP, de dotation en matériel de travail, de supervision des activités des ASCP, de suivi - évaluation de la mise en œuvre de l'intervention, de coordination des interventions et de mise en place des Équipes de Santé Familiale (ESF).

#### ***Sélection et formation des ASCP***

L'implantation de la délégation des tâches aux ASCP rime avant toute chose avec des activités de sélection et de formation dans le DSN. De l'avis de bon nombre des personnes interrogées, ces activités sont cruciales pour assurer le succès des interventions. La sélection des ASCP consiste à identifier les candidats qui satisfont aux exigences d'emploi d'agent de santé communautaire polyvalent. Elle incombe à l'équipe de santé communautaire de la direction sanitaire du Nord. Celle-ci travaille de concert avec les Institutions Sanitaires (IS). Les IS sont sollicitées au besoin, soit pour recommander des candidats parmi les bénévoles qui disposent d'une expérience satisfaisante de travail avec l'institution sanitaire, soit pour diffuser les appels à candidatures, organiser des concours de sélection et assurer la participation des communautés en vue de l'identification des meilleurs candidats. Ce faisant, au moins deux à trois candidats à l'emploi d'ASCP ont été identifiés dans chacune des 19 communes du département sanitaire du Nord. Des listes de candidats sélectionnés sont disponibles à la direction départementale de la santé et ont été consultées.

Par ailleurs, il a également été observé que les critères de sélection des ASCP du MSPP ne sont pas toujours appliqués. Plusieurs participants ont déploré le fait que des candidats sélectionnés n'étaient pas des résidents dans les communes cibles des interventions et/ou n'avaient pas reçu l'aval de la communauté. Ces manquements engendreraient des difficultés d'acceptation et d'accès aux ménages de certains ASCP dans les communautés. De plus, alors que les ASCP doivent être âgés de 18 à 35 ans, l'analyse des données collectées a révélé qu'environ 70 % des nouvelles recrues en cours de formation étaient âgées de plus de 35 ans (tableau 13 ci-après). Ce qui signifie que la plupart de ces agents ne pourront pas intégrer la fonction publique, comme en attestent ces propos du Gestionnaire R3 :

*« ...on sait que pour avoir une nomination, pour être fonctionnaire public, il y a aussi des critères d'âge à respecter. On ne recrute pas de nouveaux après trente-cinq ans. Mais si la personne était déjà sur le terrain pendant dix à quinze ans par exemple, on le garde sur le terrain".*

*Participant R3, Gestionnaire*

S'agissant des *activités de formation des ASCP*, elles sont organisées pour fournir aux candidats sélectionnés les connaissances et compétences nécessaires pour offrir des services de santé communautaires dans tous les domaines prioritaires du MSPP. Ces domaines prioritaires incluent : la vaccination des enfants, la lutte contre le VIH/SIDA, la malaria et la planification familiale. Selon les données recueillies, les formations des ASCP peuvent durer trois à cinq mois ou plus, dépendamment de la disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles nécessaires. Elles combinent à la fois des cours théoriques et des exercices pratiques. A la fin du mois de septembre 2019, le nombre de personnes ayant pris part à ces formations dans le DSN était estimé à 276 (tableau 13). Parmi celles-ci, 226 avaient complété la formation et obtenu la qualification d'ASCP. Ce chiffre correspond à 46,6 % des besoins en ASCP dans le département. Selon les estimations du MSPP, il faut 485 ASCP pour couvrir les besoins de la population du département (MSPP, 2019).

**Tableau 13 : Résultats des activités de formation des ASCP dans le DSN**

Tranche d'âge des participants	Niveau d'achèvement de la formation				Ensemble	
	Achevée		En cours		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
[18 -35]	23	10 %	16	32 %	39	14 %
]35 -55[	135	60 %	30	60 %	165	60 %
55 ans et plus	68	30 %	4	8 %	72	26 %
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>276</b>	<b>100 %</b>

### ***Embauche et mise en activité des ASCP***

Afin d'améliorer l'offre et l'accessibilité des services de santé dans le département, des ASCP ont été embauchés et mis en activité. À la fin du mois de septembre 2019, on évaluait à 199 le nombre d'ASCP déployés sur le terrain, soit 88 % de l'ensemble des ASCP formés dans le département. La quasi-totalité de ces agents (95 %) est embauchée et rémunérée par des partenaires internationaux<sup>4</sup> du MSPP, sous des contrats de travail dont la durée varie entre dix mois et trois ans. Seulement dix ASCP avaient intégré la fonction publique et émargeaient au budget du MSPP. À ces agents, il faut ajouter 16 autres ASCP qui offrent des services de santé communautaire de manière bénévole sans rémunérations, ce qui porte à 215 l'effectif total des ASCP en activité dans le département. Le travail des ASCP consiste essentiellement à effectuer des visites domiciliaires dans leur zone de desserte (au moins 50 visites par mois) et à organiser des postes de rassemblement (au moins 4 par mois) et des réunions communautaires (au moins 2 réunions par mois). Afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ces activités, des calendriers mensuels d'activités sont élaborés par les superviseurs des ASCP. Cette planification du travail, y compris des objectifs spécifiques pour chaque ASCP, a été observée dans les institutions sanitaires visitées. Elle est très souvent présentée sur des tableaux d'affichage.

L'analyse de ces résultats montre que le nombre d'ASCP en activité dans le département reste largement insuffisant, au regard des besoins en ASCP (Tableau 14 ci-après). Seulement 44,3 %

<sup>4</sup> Notamment l'USAID, le PEPFAR et le consortium USI – CECI

des besoins en ASCP du département sont couverts. Cela signifie aussi qu'il reste à former et déployer au moins 270 ASCP pour atteindre les objectifs établis pour le département. Les observations effectuées indiquent également des variations dans la répartition des ASCP entre les communes du département. Alors que les besoins en ASCP des communes d'Acul du Nord, Pignon, Dondon, Quartier Morin et La victoire sont comblés (voire dépassés), d'autres communes du département (Bas Limbé, Pilate et Plaisance) ne disposaient pas encore d'un seul ASCP (Tableau 14).

*Tableau 14: Distribution des ASCP par commune du département*

Communes	Effectif de la population	Effectif d'ASCP	Besoins en ASCP	Taux de couverture des besoins en ASCP
1 Cap Haïtien	287 946	43	113	38,1 %
2 Acul du Nord	58 668	29	27	107,4 %
3 Borgne	70 224	26	31	83,9 %
4 Pignon	45 398	20	19	105,3 %
5 Saint Raphaël	56 409	20	26	76,9 %
6 Dondon	36 313	17	17	100,0 %
7 Plaine du Nord	43 291	13	19	68,4 %
8 Quartier Morin	28 708	13	13	100,0 %
9 Ranquitte	29 071	8	13	61,5 %
10 La Victoire	11 061	6	6	100,0 %
11 Limonade	57 867	6	24	25,0 %
12 Port Margot	52 340	5	24	20,8 %
13 Grande Rivière du Nord	43 403	4	21	19,0 %
14 Milot	33 561	3	14	21,4 %
15 Limbé	89511	1	38	2,6%
16 Bahon	24 400	1	12	8,3 %
17 Bas Limbé	21 930	0	10	0,0 %
18 Pilate	56 716	0	26	0,0 %
19 Plaisance	73 017	0	32	0,0 %
<b>Total</b>	<b>1 119 834</b>	<b>215</b>	<b>485</b>	<b>44,3 %</b>

*Source des données : Rapport cartographie des ASCP (MSPP, 2019) et Direction départementale de la santé du nord d'Haïti*

### ***Dotation en matériel de travail et intrants des ASCP***

L'implantation de la délégation des tâches aux ASCP prévoit également la dotation de ceux-ci en matériel et intrants de travail. Cela devrait leur permettre de mener à bien les prestations de services

de santé qui leur sont dévolues. Les outils les plus fréquemment cités par les personnes rencontrées sont : des registres, cahiers et fiches de rapports mensuels pour la collecte et le rapportage des données générées par les activités, des dépliants, albums d'images ou affiches pour les activités d'Information, Éducation et Communication (IEC) ; des lampes ou torches, des parapluies ; des bottes ; « tee-shirts » promotionnels et valises pour transporter le matériel. Quant aux intrants, il s'agit généralement de : vitamines, vaccins, condoms, produits contraceptifs, tests de dépistage de la malaria ou du VIH/SIDA. Ces outils et intrants sont fournis aux institutions sanitaires par la Direction départementale de la santé du Nord, avec l'appui de partenaires du MSPP (ONG internationales ou agences des Nations-Unies ou organismes internationaux de coopération bilatérale ou multilatérale)

S'agissant de la disponibilité de ces matériels, des problèmes d'insuffisance ou de ruptures fréquentes ont été révélés par les données obtenues. De l'avis de nombreux participants, ces problèmes entravent la mise en œuvre des activités des ASCP. À ce sujet, le participant I7 affirme ceci :

*"...nous avons des mégaphones pour faire la sensibilisation. Mais maintenant, nous ne l'avons plus. Ils sont gâtés. Bien des temps que nous n'en avons plus. Mais nous en avons vraiment besoin. Il y a beaucoup de matériels qu'on devrait avoir, mais nous ne les avons pas pour le moment. Parfois nous avons besoin des cartes pour donner aux enfants qui ont reçu des services, mais nous n'en avons plus. Des fois, nous sommes obligés de découper des morceaux de carton pour inscrire les services, et pour que quand le superviseur arrive qu'il vérifie qu'on leur a bien donné des services. Parfois les registres n'arrivent pas à temps, on est obligé d'utiliser nos cahiers....pour ne pas perdre de rapport."*

*Participant I7, ASCP*

Le manque de matériel de travail concerne en premier lieu les outils de collecte de données, à savoir : les registres, les outils de compilation des données et les fiches de rapports mensuels des institutions sanitaires. Que ce soit au niveau central du MSPP ou au niveau du département sanitaire du nord, les personnes rencontrées ont déploré des ruptures fréquentes et parfois longues qui contraignent assez souvent les ASCP et leurs superviseurs à trouver des palliatifs, tels que faire



des reproductions des outils sur fonds propres, collecter les données dans des cahiers ou feuilles volantes ou simplement mener les activités sans collecte de données.

Par ailleurs, la plupart des ASCP rencontrés ont évoqué la nécessité de disposer de mégaphones pour faciliter la mobilisation communautaire, de parapluies et de bottes pour assurer l'offre des services en périodes de pluie et des valises ou sac à dos pour faciliter le transport du matériel. De plus, des cas de ruptures d'intrants ont été signalés dans des institutions sanitaires. Plusieurs ASCP ont également plaidé pour des moyens de déplacement (bicyclette ou motocyclette) ou pour le remboursement de frais de transport. Ils justifient cette requête par les longues distances qu'ils doivent parfois parcourir (plus 2 ou 4 heures de marche) pour rejoindre des familles dans des localités reculées et difficiles d'accès et/ou pour se rendre dans leur institution sanitaire d'attache, en vue de prendre part à des activités, des réunions de personnel et/ou pour s'approvisionner en fournitures de travail. À ce propos, le participant F1 apporte cet éclairage :

*"On vient ici (au centre de santé) pendant quatre fois pour prendre des vaccins. À chaque poste (de rassemblement) on vient prendre des vaccins pour le poste. On vient encore ici pour une réunion institutionnelle, ça fait déjà cinq voyages. On vient ici pour une rencontre chaque 26 du mois aussi. Ça fait déjà six. Et quand ils ont besoin de nous, ils nous demandent de venir. À chaque fois (qu'on vient au centre), on paie entre 450 et 500 gourdes [entre 3,72 et 4,13 dollars Américains]."*

*Participant F1, ASCP*

### ***Supervision des activités des ASCP***

La supervision est considérée comme indispensable pour assurer ou améliorer les services offerts par les ASCP. Elle consiste à offrir aux ASCP un encadrement continu et de l'assistance pour parvenir à la maîtrise et à l'accomplissement satisfaisant des prestations de service qui leur sont dévolues (MSPP, 2008). Cela inclut : la planification des interventions ; le suivi de la mise en œuvre des activités ; des visites de terrain pour vérifier l'application des normes de prestation de services ; l'évaluation et la validation des données collectées lors des activités ; la formulation de recommandations ou le coaching pour l'amélioration de l'offre de service ; des encouragements ou félicitations pour renforcer les performances.

*"Sans supervision, il y a manque d'organisation ; problème de dotation en matériels de travail ; manque de motivation ; des erreurs à répétition dans le remplissage des registres, dans l'inscription des données et/ou de la négligence chez les ASCP ".*

*Participant T1, Infirmière*

S'agissant spécifiquement des visites de supervision sur le terrain, elles sont soit inopinées, soit programmées à l'avance dans des calendriers mensuels d'activités. Leur fréquence varie considérablement. Des ASCP ont estimé à une ou deux le nombre de visites de supervision reçues par mois, tandis que d'autres ont révélé que leur dernière visite de supervision sur le terrain remontait à trois mois, à plusieurs mois et même à plus d'un an.

La supervision des ASCP incombe aux Auxiliaires Infirmier(e)s Polyvalents (AIP). Selon les directives officielles du MSPP en Haïti, chaque AIP devrait superviser 5 à 6 ASCP (MSPP, 2015). Mais, l'application pratique de ces normes se bute à des difficultés. En effet, la disponibilité d'AIP n'est pas suffisante dans toutes les institutions sanitaires (IS). Ainsi, la supervision des ASCP est assez souvent assurée par des infirmier(e)s, des animateurs en santé communautaire ou des ASCP reconvertis en superviseurs dans les IS. Il a été observé également que certains superviseurs étaient en charge de plus de 6 ASCP. De plus, plusieurs ASCP rencontrés ont affirmé qu'ils n'avaient plus de superviseur depuis plusieurs mois.

### ***Collecte et analyse des données sur les réalisations des ASCP***

L'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN se fait également au moyen d'opérations de collecte et analyse des données. Ces données sont utiles pour assurer le suivi de la mise en œuvre des activités, évaluer les performances, identifier les points faibles et forts et guider les prises de décisions de gestion. Pour les obtenir, les ASCP sont chargés de remplir des registres d'activité, d'élaborer des rapports hebdomadaires et de les soumettre à la vérification et à la validation de leur superviseur. Ces outils de collecte de données et rapports de suivi des activités sont produits et fournis par le MSPP et ses partenaires. Ils font partie des composantes du Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU) d'Haïti.

Sur le terrain, des preuves de collecte et de transmission de données à la Direction du DSN ont été observées. Dans toutes les institutions sanitaires visitées, des registres complétés et des rapports mensuels d'activités sont disponibles. Cependant, les agents (ASCP et Superviseurs) rencontrés ont déploré, presque à l'unanimité, des ruptures fréquentes (et parfois longues) des outils de collecte et de rapportage des données. Ces problèmes les obligeraient fréquemment à recourir à des cahiers de prise de notes ou d'autres moyens palliatifs qui n'assurent pas la standardisation et la fiabilité des opérations de collecte de données.

S'agissant de l'analyse et de l'utilisation des données collectées, des tableaux d'évaluation et de suivi des performances des ASCP ont été observés. Ces tableaux sont parfois affichés dans l'institution sanitaire. Ils fournissent des informations sur les résultats réalisés dans les domaines prioritaires, tels que la vaccination, la santé maternelle et infantile, ainsi que le VIH/Sida. De plus, des réunions hebdomadaires ou périodiques de staff sont organisées. Ces réunions servent de cadre pour partager les résultats obtenus, trouver des solutions aux problèmes rencontrés et prendre des décisions en vue de l'amélioration des résultats. Elles sont organisées dans les institutions sanitaires, comme au niveau de la direction départementale de la santé. Au niveau des institutions sanitaires, elles ont lieu avec les ASCP, leurs superviseurs et les responsables de l'IS

Au niveau départemental, ces réunions sont présentées comme étant nécessaires pour assurer le suivi des interventions, la coordination efficace de celles-ci, la mobilisation de ressources supplémentaires et la gestion participative. Elles réunissent l'ensemble des parties prenantes, dont le directeur départemental de la santé, des responsables et chefs de service de la direction du DSN et d'autres parties prenantes, telles que les partenaires du MSPP ou bailleurs de fonds. Ces rencontres peuvent être organisées spontanément pour répondre à des besoins d'échange d'information et de concertation en vue d'harmoniser les interventions et de rationaliser l'utilisation des ressources. Des tables sectorielles sont également organisées régulièrement par le « staff » de la direction départementale de la santé.

### ***Mise en place des Équipes de Santé Familiale (ESF)***

Selon l'organisation des services de santé communautaire en Haïti, l'ASCP devrait être membre d'une Équipe de Santé Familiale (ESF). Théoriquement, les ESF sont composées d'un médecin, de deux infirmières, de quatre Auxiliaires Infirmières Polyvalent (AIP) et de 60 ASCP. Ces ESF sont responsables de la santé de soixante mille habitants. Leur mise en place incombe aux directions départementales. En septembre 2019, des ESF n'avaient pas encore été constituées, du moins formellement, dans le département sanitaire du Nord, leur mise en place n'étant même pas prévue dans le plan d'action de la DSN. Selon les personnes rencontrées, la mise en place des ESF n'a pas encore été décidée au niveau du DSN. Cette situation s'expliquerait par les déficits de ressources humaines, notamment d'infirmier(e)s pour assurer la supervision.

En somme, l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN a enregistré des avancées notables dans le département sanitaire du nord d'Haïti. Cependant, les résultats obtenus restent largement en deçà des objectifs. Le nombre d'ASCP formé et mis en activité est insuffisant pour couvrir les besoins. De plus, des manquements ont été observés dans la dotation des ASCP en matériels de travail, dans la supervision, le suivi et l'évaluation des activités et la mise en place des ESF. Plusieurs facteurs contextuels expliquent les niveaux d'implantation observés.

### **Facteurs contextuels influençant l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP**

L'implantation de la délégation des tâches aux ASCP est influencée par des facteurs contextuels. Ces facteurs sont d'ordre rationnel, hiérarchique, institutionnel, politique et structurel. Ils concernent notamment : la planification et le suivi de l'implantation de l'intervention ; l'environnement institutionnel ; les attributs et le contexte organisationnels.

### ***Planification et le suivi de l'implantation de l'intervention***

Se doter d'un plan d'action et assurer le suivi de l'exécution de ce plan favorisent la mise en œuvre réussie de la délégation des tâches aux ASCP. C'est l'un des premiers constats de cette étude. Ce constat vaut à tous les niveaux, notamment à la direction départementale de la santé et dans les

institutions sanitaires. Au niveau de la direction départementale de la santé, la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP suit un plan d'action triennal. De l'avis des intervenants rencontrés, ce plan d'action est particulièrement utile (voire indispensable) pour garder le cap sur les objectifs visés, les résultats attendus et les activités à réaliser, pour identifier les ressources nécessaires et stimuler les efforts vers l'action en vue de l'atteinte des résultats escomptés. À ce propos, un participant a déclaré ceci :

*"...c'est très important. Avec le plan, on a les résultats attendus. Il y a les indicateurs, vous pouvez comme ça ...utiliser les agents de santé au niveau communautaire pour nous aider à trouver les résultats, à atteindre nos objectifs. Je pense qu'il faut avoir un plan par exemple [...] il faut savoir combien d'enfants complètement vaccinés sont attendus. Ça se trouve dans le plan. Mais maintenant, il nous faut des activités. Pour faire des activités, on aura besoin des opérateurs qui sont des agents de santé. C'est comme ça on fait".*

*Participant Y4, Gestionnaire*

Au niveau des institutions sanitaires, la planification est matérialisée par des programmes mensuels d'activités. Ces programmes sont élaborés par les superviseurs des ASCP de concert avec ces derniers. Ils établissent pour chaque ASCP des objectifs mensuels. D'après les ASCP et les superviseurs rencontrés, cette planification du travail est nécessaire pour assurer le succès de l'implantation de l'intervention. Plusieurs d'entre eux ont expliqué qu'elle sert de référentiel pour le suivi des activités et des progrès réalisés.

S'agissant du suivi de l'implantation de l'intervention, nos observations indiquent qu'il est crucial. C'est un facteur clé de différenciation entre les institutions sanitaires. En effet, il a été observé que les institutions sanitaires qui réussissent le mieux l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP sont celles qui assurent le mieux le suivi de leur progrès. En pratique, ce suivi se fait au moyen de mécanismes tels que les réunions et la supervision des agents. Lors des réunions de staff ou des rencontres avec les partenaires, les plans ou programmes sont passés en revue pour déterminer les niveaux de réalisation des activités et trouver des solutions aux éventuels problèmes rencontrés. Pour bon nombre de participants, ces réunions permettent de rester concentré et d'avancer vers l'atteinte des objectifs. S'agissant des supervisions, elles permettent de contrôler

les ASCP en situation de travail, de s'assurer qu'ils respectent les normes de prestation de services et de leur apporter de l'assistance en cas de besoin.

### ***L'environnement institutionnel***

L'environnement institutionnel s'est révélé être un facteur catalyseur de la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN. Il est marqué par une forte dynamique d'amélioration continue de l'accès des populations aux services de santé. Dans cette perspective, la politique nationale de la santé favorise la participation communautaire dans l'offre des soins de santé. De plus, de nouvelles normes de prestation de services de santé ont été établies. Ces normes sont consignées dans le Manuel de Paquet Essentiel de Services (MSPP, 2015). Elles requièrent l'emploi des ASCP dans les services de santé de première ligne (MSPP, 2017b).

Les normes de prestation de service contenues dans le manuel de Paquet Essentiel de Services (PES) sont régulièrement invoquées comme argument pour soutenir l'organisation, la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des activités. Par exemple, un responsable du MSPP a expliqué qu'il avait dû citer ces normes institutionnelles pour convaincre des partenaires de financer la formation et le déploiement des ASCP en lieu et place d'agents communautaires spécialisés. Le manuel de PES est un outil de référence. Il fournit de la légitimité aux actions d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP et facilite la mobilisation des ressources nécessaires pour réussir cette implantation.

### ***Les facteurs politiques***

L'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le département sanitaire du Nord est également influencée par des facteurs d'ordre politique. Ceux-ci peuvent être internes à l'organisation ou externes à celle-ci. Au sein des organisations, la poursuite des intérêts particuliers par les parties prenantes a des répercussions sur la mise en œuvre de cette intervention. Ces répercussions peuvent être négatives ou positives. Elles se manifestent négativement lorsqu'elles entravent les processus de recrutement, de déploiement des ASCP ou de mise en œuvre des activités. Selon les personnes rencontrées, ces entraves surviennent notamment lorsque des agents

de santé, bénévoles ou leaders communautaires tentent de contourner les procédures établies pour se faire recruter ou faire recruter leurs enfants ou des protégés, quand bien même que ceux-ci ne respecteraient pas les critères de sélection.

*"... Suivant l'un des critères, il faut habiter dans la zone. [Mais] Il y a aussi des personnels de santé qui veulent faire rentrer (ou recruter) leurs fils ou filles. Même si la personne n'habite pas dans la zone. Il vous dit que c'est mon enfant, il faut prendre cette personne-là... je vais mourir, j'aimerais caser mon enfant....[Même quand] l'enfant n'est pas intéressé ou n'a jamais travaillé comme bénévole..."*

*Participant W7, Infirmière*

Des difficultés similaires liées à l'immixtion de politiciens locaux ont été également évoquées :

*"...Par exemple, il y a des maires, il y a des CASEC<sup>5</sup> qui veulent que vous preniez tel ou tel personne même quand la personne n'est pas qualifiée. Donc ils veulent que vous preniez cette personne pour eux.....Ils vous appellent tout le temps au téléphone. Et parfois, ils viennent ici même vous trouver..."*

*Participant I3, Infirmière*

*"... des fois, on peut avoir des agents de santé avec toute leur potentialité. Mais nous n'avons pas les moyens pour pouvoir faire la nomination de cette personne. Et puis quelqu'un vient avec un, soit qui est ami d'un député, sénateur, etc. vient avec sa lettre de nomination sans avoir aucune qualification. Et ceci c'est partout au niveau de tous les départements. Ça, c'est un véritable problème ..."*

*Participant Z3, Gestionnaire*

Lorsque les procédures de recrutement des ASCP ne sont pas respectées, l'offre des services de santé en pâtit. De nombreux intervenants ont expliqué que les ASCP qui ne sont pas recrutés dans leur zone d'affectation, qui n'y résident pas et/ou qui n'ont pas reçu l'aval de la communauté, sont

---

<sup>5</sup> Conseil d'Administration de la Section Communale

particulièrement à risques de rencontrer des difficultés d'acceptation sur le terrain. À ce sujet, un intervenant a déclaré ce qui suit :

*"...l'inconvénient ici c'est que les gens de la communauté ne te connaissent pas. D'abord ils ne vont pas s'ouvrir, tu ne vas pas avoir accès aux ménages parce que tu es un inconnu de la zone et donc ça rend [le travail] un petit peu difficile..."*

*Participant U8, Gestionnaire*

Par ailleurs, des intervenants tels que le participant P8 cité ci-dessous ont expliqué que les rivalités politiques entre les membres des communautés rendent parfois difficiles (voire impossible) les activités communautaires.

*"... Par exemple [lorsque] le CASEC fait partie d'un parti politique ...et que vous faites une rencontre. Parfois les gens refusent de s'asseoir en compagnie de cette personne. Donc, par rapport à son comportement le peuple ne l'aime plus. Donc, c'est ce qui occasionne des disputes pendant les réunions. Les gens envoient des vagues contre ces gens-là au lieu de poser des questions. Tout ça, c'est juste parce qu'ils n'aiment pas la présence de quelqu'un qui fait partie de tel groupe politique qu'ils n'aiment pas ou qui ne travaille pas très bien..."*

*Participant P8, ASCP*

Des conflits d'intérêts avec les guérisseurs traditionnels (appelés Bôkors) peuvent également survenir et entraver l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. Des ASCP ont expliqué que certains Bôkors font beaucoup d'argent avec les malades qu'ils reçoivent. Ainsi, ils voient dans les activités des ASCP des menaces pour leurs gains et refusent de collaborer. Des Bôkors cacheraient même des patients ou inciteraient leurs fidèles à ne pas recevoir les ASCP ou à ne pas prendre part à leurs activités.

À l'opposé, l'implantation de cette intervention est favorisée par l'appui de certains partenaires du MSPP dans le pays. Plusieurs d'entre eux sont impliqués dans le financement de la formation des ASCP, dans leur recrutement, dans leur dotation en matériels et fournitures de travail et dans la



supervision de leurs activités. Par exemple, il a été observé qu'un projet financé par un organisme international assurait à lui seul la rémunération de plus de 80 % des ASCP du DSN. Ainsi, la plupart des ASCP du département étaient déployés dans des communes couvertes par les activités de ce projet, ce qui explique en grande partie les disparités observées dans la répartition des ASCP entre les communes du département (tableau 14 ci-avant).

### ***Les caractéristiques structurelles des organisations***

Deux caractéristiques structurelles des organisations ont été identifiées parmi les facteurs contextuels qui influencent l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. Elles concernent les attributs et les aptitudes des organisations. Pour ce qui a trait aux *attributs des organisations*, il a été observé que la gamme de services offerts par les institutions sanitaires d'attache des ASCP, ainsi que les horaires d'ouverture de ces institutions, ont une incidence significative sur la mise en œuvre des activités. Un intervenant a expliqué cette incidence, en affirmant ceci :

*"...Parfois quand je réfère les gens au centre [de santé], ils ne sont pas vraiment intéressés parce qu'ils ne peuvent obtenir ce qu'ils en ont besoin comme service."*

*Participant T8, ASCP*

Et, un autre a renchéri, en ses termes :

*"...Par exemple, nous avons un dispensaire qui n'est pas trop fonctionnel que ça....Vers les midi le dispensaire se ferme... Donc si quelqu'un a un problème il va aller voir ailleurs. En plus, nous avons une maternité ou les gens pourraient venir prendre des soins. Mais le fait qu'il n'est pas fonctionnel, il n'y a pas d'employés pour faire des accouchements, les gens vont ailleurs, comme au Cap-Haitien pour prendre des soins, ce qui n'est pas très bon pour eux, ce qui rend difficile le travail..."*

*Participant S8, ASCP*

S'agissant de l'aptitude organisationnelle, elle a plutôt des effets positifs sur l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. De fait, l'expérience accumulée par les acteurs depuis des années dans le domaine de la santé communautaire impliquant des agents de santé communautaire

spécialisés offre un cadre organisationnel propice à la mise en œuvre de cette intervention, qu'il s'agisse de leur recrutement, de leur déploiement ou de la supervision de leurs activités. Par exemple, une infirmière a fait valoir que les relations tissées au fil du temps avec les communautés desservies facilitent l'application des procédures de sélection des ASCP, l'acceptation des ASCP par les communautés et l'offre des services de santé.

### ***L'environnement externe de l'organisation***

L'environnement externe des organisations renvoie aux conditions naturelles (relief, végétation, climat, etc.), culturelles, socio-politiques, économiques et autres qui les entourent. D'après les données collectées, plusieurs facteurs liés à ces conditions entravent l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN. Ces facteurs sont :

- *les troubles socio-politiques récurrents dans le pays.* Ces troubles prennent assez souvent la forme de manifestations populaires violentes, avec notamment des jets de pierres ou de bouteilles et barricades sur les routes. De nombreux participants aux entrevues ont expliqué que ces troubles mettent fréquemment à mal la mise en œuvre de leurs activités (offre de services de santé, supervision, rencontres, etc.) et l'atteinte des objectifs visés. Elles constituent une menace pour la sécurité des agents de santé et rendent difficiles les déplacements.
- *les conditions climatiques et géographiques.* En Haïti, le relief est dominé par des montagnes ou collines, avec des moyens/infrastructures de transport insuffisants. De plus, les conditions climatiques sont parfois difficiles (pluies, cyclones, inondations, ouragans et tremblements de terre). Plusieurs ASCP et certains de leurs superviseurs ont fait savoir que ces conditions rendent difficile l'accès des ASCP aux endroits les plus reculés et nuisent à l'offre des services de santé.
- *la situation économique précaire dans laquelle vivent les populations.* Cette situation affecte négativement la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP. La pauvreté endémique des populations renforce les facteurs politiques (présentés précédemment), dont la poursuite des intérêts particuliers qui nuit à l'exécution des activités. Elle nuit ou réduit

la demande et l'utilisation des services de santé au sein des populations, comme le souligne ci-dessous un ASCP :

*"Parfois quand le peuple a faim et que vous leur parlez pendant les réunions. C'est seulement une fine partie de l'assistance qui vous répond. Parfois on fait des rencontres avec douze, treize ou quinze personnes, ils demandent qu'est-ce qu'on va leur donner, parce qu'ils ont faim, ils ont besoin de la nourriture et on a rien à leur donner. C'est une situation qui donne de la panique."*

*Participant D8, ASCP*

- *L'environnement social et culturel.* Les données collectées révèlent un ensemble de facteurs liés à l'environnement social et culturel qui font obstacle à la pleine réalisation des activités d'implantation de l'intervention. Ces facteurs incluent : la religion, les croyances et la stigmatisation liée à la maladie, les valeurs culturelles et le niveau d'éducation des personnes. Par exemple, des ASCP ont indiqué que certains membres de la communauté refusent de collaborer avec eux en avançant des arguments du genre :

*"...par exemple les gens disent : ah la filariose ! Jésus a dit quand il va retourner il y aurait tous ces maux-là. Je ne prends donc pas de médicaments. On voit le choléra, on voit la filariose. Le pasteur a dit que Jésus va revenir, c'est la fin des temps, qu'il n'est pas nécessaire de prendre ces médicaments ou bien ils croient dans la guérison divine. Ils ne veulent pas aller à l'hôpital, ils passent leur temps dans des cellules de prière sans prendre les médicaments."*

*Participant C8, ASCP*

Beaucoup se croiraient également victimes de la sorcellerie, de maladies mystiques ou sataniques qui ne peuvent pas être prises en charge dans les institutions sanitaires, mais par les Bôkors. À cela, il faut ajouter des préjugés répandus, selon lesquels des vaccins seraient néfastes pour la santé, qui rendent des parents réticents à la vaccination de leurs enfants. De même, la stigmatisation liée à certaines maladies, telles que le VIH/SIDA, peut rendre difficile (voire risqué) l'offre de services aux malades. À ce propos, un des ASCP rencontrés a dévoilé ceci :

*"Quelques fois, on rencontre des difficultés. Parce qu'on se rend dans des zones quand on va visiter les PVVIH [Personnes Vivant avec le VIH], des gens nous courent après avec des machettes, ils nous menacent, une fois ils m'ont même volé mon téléphone. Tout ça parce que les gens ne veulent pas qu'on leur rende visite.... Parce que parfois ils sont stigmatisés, ils craignent que d'autres gens sachent qu'ils sont malades. Parfois ils donnent de fausses adresses, de fausses informations. Parfois, on leur parle et ils sont tellement excités qu'ils agissent violemment. Nous, dans ces cas on est obligé de courir."*

*Participant C7, ASCP*

## **Discussion**

À notre connaissance, il s'agit de la première étude sur l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. L'objectif visé par cette étude est de fournir des informations fiables sur les facteurs qui déterminent le degré d'implantation de cette intervention dans le département sanitaire du nord du pays, de manière à contribuer aux efforts d'amélioration de la couverture sanitaire des populations en Haïti et éventuellement ailleurs. Dans cette perspective, les résultats obtenus sont plutôt intéressants. D'emblée, ils mettent en lumière les processus clés d'implantation de cette intervention. Ceux-ci sont la sélection et la formation des ASCP, l'acquisition de matériels et équipements de travail des ASCP, l'embauchage et mise en service de ceux-ci, leur intégration à la fonction publique et rémunération, la supervision de leurs activités, la collecte et analyse des données sur leurs réalisations et la mise en place d'Équipes de Santé Familiale (ESF). À l'exception de la mise en place des ESF, des progrès notables ont été réalisés dans la mise en œuvre de chacun de ces processus dans le DSN d'Haïti. À la fin du mois de septembre 2019, le nombre d'ASCP en activité dans ce département a été évalué à 215, ce qui correspond à 44,3 % des 485 ASCP prévus pour couvrir les besoins du département. Dans leur zone d'affectation, les ASCP mettent en œuvre des activités de promotion de la santé, de prévention des maladies, d'éducation en santé, de vaccination, de planification familiale (y compris la distribution de méthodes contraceptives), de soins et soutiens aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et bien d'autres activités de santé communautaire. Ces activités prennent essentiellement la forme de visites à

domicile, de postes de rassemblement et de réunions communautaires. Elles donnent également lieu à des opérations de collecte et analyse des données, au moyen de registres et rapports d'activité, en vue du suivi et de l'évaluation des réalisations et des progrès engrangés.

Afin de permettre aux ASCP de mener à bien les tâches qui leur sont déléguées, du matériel et des équipements de travail sont mis à leur disposition. Cependant, des manques ou ruptures fréquentes de matériels et équipements de travail entravant la conduite des activités des ASCP ont été relevés. De même, des opérations de supervision des activités des ASCP sont réalisées par les Auxiliaires Infirmier(e)s Polyvalents (AIP), des infirmier(e)s, des animateurs en santé communautaire ou d'autres ASCP. Mais, celles-ci sont irrégulières, insuffisantes et parfois non conformes aux normes du MSPP qui prévoient que les ASCP devraient être supervisés par des AIP en raison de 5 à 6 ASCP.

Plusieurs facteurs contextuels expliquent les variations observées dans l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN ont été identifiés. Ces facteurs sont soit entravants ou facilitants. Parmi les facteurs facilitants, on peut citer en premier lieu, l'existence de politiques de santé favorables à la participation communautaire dans l'offre des soins de santé. Cette recherche a révélé que de telles politiques sont essentielles pour initier et faire avancer l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. En Haïti, l'influence de la politique nationale de la santé, en tant que facteur favorisant l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP, est particulièrement médiatisée par le manuel du Paquet Essentiel de Services (PES). Ce manuel définit les lignes directrices en vue de l'application optimale de la politique de santé du pays, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité aux soins et services de santé (MSPP, 2017c). Il consacre l'intégration des ASCP dans les équipes de soins de santé primaires et établit clairement les domaines de prestation de services dans lesquels ils peuvent opérer, ainsi que les tâches qui leur incombent. Bon nombre des intervenants rencontrés ont expliqué que le PES facilite l'adhésion des communautés et des acteurs de la coopération internationale à la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP, renforce la légitimité des activités des ASCP ou aide dans la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines nécessaires. Cette observation est en cohérence avec *les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux*

*agents de santé communautaires* (World Health Organization, 2018). Fondées sur des données probantes, ces directives soulignent la nécessité de clarifier les rôles des ASCP par rapport aux autres agents de santé et de les intégrer de manière appropriée dans les politiques ou systèmes de santé. En accord avec des études antérieures, l'intégration des ASCP dans les politiques et systèmes nationaux de santé constitue un facteur clé favorisant la réussite des interventions de santé communautaire (Pallas et al., 2013; Scott et al., 2018). Cependant, pour que cela soit valable et efficace, cette intégration devrait assurer aux ASCP un environnement de travail adéquat, notamment en ce qui concerne la charge de travail, les supervisions de soutien, les fournitures et équipements de travail, et le respect de la communauté et du système de santé (Jaskiewicz et Tulenko, 2012). Cometto et ses collègues soutiennent qu'il faut prendre aussi en considération les droits fondamentaux du travail qui incluent des conditions de travail sûres, décentes, sans discrimination ni coercition (Cometto et al., 2018). De même, le soutien de partenaires internationaux du gouvernement s'est révélé être un facteur contextuel important dans l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN.

Les partenaires internationaux renvoient ici aux agences du système des nations unies, aux donateurs internationaux et aux organisations gouvernementales ou non gouvernementales de coopération internationale. En Haïti, leur soutien à l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP est déterminant. Les observations effectuées dans le département sanitaire du nord indiquent que les communes où plus d'avancées ont été observées sont celles qui ont bénéficié de l'appui de ces partenaires. Des intervenants ont expliqué cette situation par le fait que le financement de la mise en œuvre de l'intervention émanant du budget national est insignifiant, voire inexistant. Ainsi, des activités de plaidoyer sont régulièrement organisées afin de convaincre les partenaires internationaux de prendre en charge les dépenses liées à la formation, aux fournitures et équipements ou rémunération des ASCP. Dans une revue de la littérature publiée récemment, Nanyonjo et ses collègues ont fait des observations similaires. Cette revue a montré que dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les donateurs et partenaires du gouvernement sont assez souvent sollicités pour faire face à des difficultés de financement des interventions des agents de santé communautaire (Nanyonjo et al., 2019).

Au-delà des partenaires internationaux du gouvernement, les résultats obtenus suggèrent de prendre en compte les intérêts d'autres acteurs en présence. Ces acteurs se retrouvent au sein même du système de santé ou en dehors de celui-ci. Par exemple, il a été observé que des difficultés d'acceptabilité des ASCP dans les communautés desservies et/ou des problèmes de performance peuvent survenir lorsque des intervenants enfreignent aux règles et procédures de sélection des ASCP au profit de leurs proches. La sélection inappropriée des agents de santé communautaire peut aussi être le fait de leaders politiques locaux ou de responsables communautaires qui souhaitent faire recruter leurs protégés par la corruption ou des pressions indues exercées sur les agents de santé. De même, une attention particulière doit être accordée aux guérisseurs traditionnels ou "Bôkors". Dans certains cas, ils se posent en concurrent du système de santé et incitent les populations à ne pas accepter l'offre de services des ASCP. Des situations de conflits d'intérêts analogues et les entraves qu'ils engendrent dans la mise en œuvre des interventions des agents de santé communautaires ont été observées dans des études antérieures (Haines et al., 2007; Jaskiewicz et Deussom, 2013; Sharma et al., 2014).

Le succès de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP passe aussi par la prise en considération des caractéristiques des institutions sanitaires et du contexte organisationnel. Cette recherche a montré que la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP est favorisée lorsque les populations desservies par ceux-ci peuvent obtenir les services dont ils ont besoin dans les institutions sanitaires à des heures qui leur conviennent le mieux. Cela signifie que la disponibilité et l'accessibilité des services de santé sont cruciales pour permettre d'atteindre les objectifs visés. En effet, les agents de santé communautaires peuvent être démotivés quand les personnes qu'ils réfèrent vers les institutions sanitaires ne peuvent pas recevoir les services dont ils ont besoin (Gusdal et al., 2011). De même, cela peut nuire à leur réputation au sein des populations et avoir des répercussions négatives sur leur performance.

Par ailleurs, les conditions environnementales peuvent engendrer des difficultés. Les résultats obtenus montrent que des facteurs d'ordre géographique et climatique tels que le relief, les pluies et tempêtes et l'urbanisation peuvent entraver considérablement l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. Ces résultats sont en accord avec ceux d'études antérieures (Jerome et Ivers, 2010; Kok, Dieleman et al., 2015). Ils suggèrent de prendre en compte les conditions

environnementales lors de l'assignation de tâches aux ASCP. Cela concerne notamment la délimitation des zones de travail des ASCP ou la définition de leur charge de travail (Jaskiewicz et Tulenko, 2012). À ces facteurs, il faut ajouter les troubles socio-politiques récurrents dans le pays et la pauvreté des populations. Ces facteurs ont une incidence négative sur l'offre et la demande des services des ASCP. Ils ont été régulièrement mis en cause dans les études traitant de la santé en Haïti (Dévieux et al., 2013; Mukherjee et Eustache, 2007; Schwartz, 2008; World Bank, 2017). Cette recherche montre également que des facteurs d'ordre culturel sont actifs en Haïti. Ils ont trait principalement à la religion, aux croyances liées aux maladies et aux valeurs culturelles. Ces facteurs peuvent constituer des obstacles à l'acceptabilité et à la demande des services des ASCP. Par exemple, au terme d'une enquête portant sur les déterminants du recours aux de soins de santé mentale dans les régions rurales d'Haïti, Wagenaar et ses collègues ont observé que 32 % des participants avaient cité Dieu comme leur premier choix pour les soins s'ils souffrent de détresse mentale, tandis que 29 % ont déclaré les cliniques et les hôpitaux comme leur premier choix (Wagenaar et al., 2013).

Un autre facteur contextuel important à considérer concerne l'aptitude des organisations chargées de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP. Cette recherche a montré que leur expérience ou expertise en matière de santé communautaire peut être déterminante. L'expérience des intervenants rencontrés dans le département sanitaire du nord d'Haïti s'est révélée nécessaire pour surmonter des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des processus et pour faire avancer l'implantation de la délégation de tâches aux ASCP. De même, la planification et le suivi de l'exécution des activités ont été régulièrement cités comme étant d'importants facteurs favorisant l'implantation de cette intervention. Cela va dans le sens des théories du changement prônant la rationalité (Champagne, 2002).

Une limite potentielle de cette étude concerne sa validité externe. Celle-ci est restreinte lorsque le devis de recherche utilisé est une étude de cas unique (Yin, 2009). Par conséquent, les résultats obtenus ne peuvent pas être facilement généralisés à d'autres contextes. Cette limite est toutefois compensée le fait qu'une description détaillée du contexte de l'étude est fournie. Cette description renseigne sur les conditions dans lesquelles les résultats ont été obtenus et à quels contextes ils peuvent être extrapolés. Une autre limite de cette étude réside dans le fait que des biais de rappel



(ou de mémoire) ont probablement pu se produire durant les entrevues. Pour les minimiser et améliorer la qualité de l'étude, nous avons procédé à la triangulation des sources de données (revue documentaire et entrevue). De plus, il y a le fait que cette étude repose essentiellement sur les expériences et les opinions des intervenants. En tant que tel, il manque des données pertinentes sur les avis des populations ou bénéficiaires finals, ainsi que sur leurs perspectives et leurs expériences relativement à l'intervention. Par conséquent, des recherches supplémentaires donnant la parole à ceux-ci sont souhaitables. Cela pourrait permettre de mieux appréhender les facteurs contextuels qui constituent des conditions déterminantes pour la réussite de l'implantation de la délégation de tâches aux ASCP en Haïti et éventuellement ailleurs. Dans la même veine, des recherches sur les moyens utilisés pour contrôler les facteurs entravant l'implantation de cette intervention peuvent également apporter une contribution significative.

## **Conclusion**

L'implantation réussie de la délégation des tâches aux ASCP requiert une attention soutenue et continue à l'égard du contexte dans lequel elle s'opère. C'est la principale conclusion de cette étude. Cette étude a montré que des facteurs contextuels peuvent entraver ou favoriser la mise en œuvre des processus planifiés. Plus concrètement, elle a mis en évidence les facteurs contextuels qui influencent l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le département sanitaire du nord d'Haïti. Ces facteurs concernent notamment : la politique et le système de santé, l'existence de conflits ou de troubles politiques fréquents, l'adhésion et le soutien des parties prenantes à la mise en œuvre de l'intervention, le contexte socio-culturel, la situation économique et les conditions environnementales, y compris le relief et le climat. Afin d'enrichir la connaissance de ces facteurs et de favoriser le succès des initiatives de mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP, des études supplémentaires sont recommandées.

### Références bibliographiques de l'article 3

- Brownson, R. C., Fielding, J. E. et Maylahn, C. M. (2009). Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*, 30(1), 175-201. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134>
- Campbell, D. T. (1975). III. "Degrees of Freedom" and the Case Study. *Comparative Political Studies*, 8(2), 178-193. <https://doi.org/10.1177/001041407500800204>
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. <https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P. et Denis, J.-L. (2011). L'analyse de l'implantation. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes* (2<sup>e</sup> éd., p. 237-273). Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F. et Denis, J.-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service social*, 41(1), 143-163. <https://doi.org/10.7202/706562ar>
- Cometto, G., Ford, N., Pfaffman-Zambruni, J., Akl, E. A., Lehmann, U., McPake, B., Ballard, M., Kok, M., Najafizada, M., Olaniran, A., Ajuebor, O., Perry, H. B., Scott, K., Albers, B., Shlonsky, A. et Taylor, D. (2018). Health policy and system support to optimise community health worker programmes: an abridged WHO guideline. *The Lancet Global Health*, 6(12), e1397-e1404. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30482-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30482-0)
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L. et Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Gaëtan Morin éditeur/Chenelière éducation.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science : IS*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

- DeGennaro, V., Shafer, M., Kelly, M., Cornely, J. R. et Bernard, J. (2019). Cervical cancer treatment in Haiti: A vertically-integrated model for low-resource settings. *Gynecologic Oncology Reports*, 28, 71-75. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2019.03.009>
- Déviex, J. G., Rosenberg, R., Saint-Jean, G., Bryant, V. E. et Malow, R. M. (2013). The Continuing Challenge of Reducing HIV Risk among Haitian Youth: The Need for Intervention. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*. <https://doi.org/10.1177/2325957411418119>
- Dixon-Woods, M., Bosk, C. L., Aveling, E. L., Goeschel, C. A. et Pronovost, P. J. (2011). Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 167-205. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00625.x>
- Fassier, J.-B. et Durand, M.-J. (2010). L'analyse d'implantation des interventions en santé et sécurité au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 71(2), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2010.02.022>
- Frieden, T. R. (2010). A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(4), 590-595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>
- Gusdal, A. K., Obua, C., Andualem, T., Wahlström, R., Chalker, J., Fochsen, G. et project, on behalf of the I.-I. (2011). Peer counselors' role in supporting patients' adherence to ART in Ethiopia and Uganda. *AIDS Care*, 23(6), 657-662. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.532531>
- Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, S., Walker, D. G. et Bhutta, Z. (2007). Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet (London, England)*, 369(9579), 2121-2131. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60325-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60325-0)
- IHE et ICF. (2018). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017). <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>

- Institut Haïtien de l'Enfance [IHE] et Inner City Fund [ICF]. (2018). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017).  
<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>
- Jaskiewicz, W. et Deussom, R. H. (2013). Recruitment of Community Health Workers.  
[https://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/07\\_CHW\\_Recruitment.pdf](https://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/07_CHW_Recruitment.pdf)
- Jaskiewicz, W. et Tulenko, K. (2012). Increasing community health worker productivity and effectiveness: a review of the influence of the work environment. *Human Resources for Health*, 10, 38. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-38>
- Jerome, J. et Ivers, L. (2010). Community Health Workers in Health Systems Strengthening: A qualitative evaluation from rural Haiti. *AIDS (London, England)*, 24(Suppl 1), S67-S72.  
<https://doi.org/10.1097/01.aids.0000366084.75945.c9>
- Kok, M. C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E., Kane, S. S., Ormel, H., Tijm, M. M., Koning, D. et Am, K. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy and Planning*, 30(9), 1207-1227. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu126>
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2016). Community Health Systems Catalog Country Profile: Haiti - September 2016. Arlington, VA: Advancing Partners & Communities.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/apc\\_haiti\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/apc_haiti_chs_catalog_profile_0_0.pdf)
- Malcolm, S., Cadet, J., Crompton, L. et DeGennaro, V. (2019). A model for point of care testing for non-communicable disease diagnosis in resource-limited countries. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 4. <https://doi.org/10.1017/gheg.2019.6>
- Mandigo, M., Frett, B., Laurent, J. R., Bishop, I., Raymondville, M., Marsh, S. et Kobetz, E. (2015). Pairing community health workers with HPV self-sampling for cervical cancer prevention in rural Haiti. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(3), 206-210. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.09.016>
- Matousek, A. C., Addington, S. R., Kahan, J., Sannon, H., Luckner, T., Exe, C., Jean Louis, R. R. E., Lipsitz, S., Meara, J. G. et Riviello, R. (2017). Patient Navigation by Community

- Health Workers Increases Access to Surgical Care in Rural Haiti. *World Journal of Surgery*, 41(12), 3025-3030. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4246-6>
- Matousek, A., Paik, K., Winkler, E., Denike, J., Addington, S. R., Exe, C., Louis, R. R. E. J. et Riviello, R. (2015). Community health workers and smartphones for the detection of surgical site infections in rural Haiti: a pilot study. *The Lancet*, 385, S47. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60842-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60842-X)
- McLean, K. E., Kaiser, B. N., Hagaman, A. K., Wagenaar, B. H., Therosme, T. P. et Kohrt, B. A. (2015). Task sharing in rural Haiti: Qualitative assessment of a brief, structured training with and without apprenticeship supervision for community health workers. *Intervention (Amstelveen, Netherlands)*, 13(2), 135-155. <https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000074>
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- MSPP. (2008). Manuel de supervision à l'usage des Directions Centrales, Départementales, UCS et Institutions de Soins. [https://www.mspp.gouv.ht/site/download/guide\\_supervision\\_a\\_usage\\_dsp.pdf](https://www.mspp.gouv.ht/site/download/guide_supervision_a_usage_dsp.pdf)
- MSPP. (2012). Politique nationale de la santé. <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PNS%201juillet%20version%20finale.pdf>
- MSPP. (2013). Haïti Plan Directeur de la Santé 2012-2022. <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sante%202012%202022%20version%20web.pdf>
- MSPP. (2015). Le Paquet Essentiel de Services. <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Manuel%20du%20PES%20Lancement%201er%20Septembre%202016%20compressed.pdf>
- MSPP. (2017a). Formation des agents de sante communautaires polyvalents : manuel de référence.
- MSPP. (2017b). Haïti Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030 | HFG. <https://www.hfgproject.org/haiti-plan-strategique-de-developpement-des-ressources-humaines-pour-la-sante-2030/>

- MSPP. (2017c). Rapport Statistique 2016.  
<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20Statistique%20MSPP%202016.pdf>
- MSPP. (2019). Haïti - Cartographie des Agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) : Rapport final. [https://d2s5011zf9ka1j.cloudfront.net/sites/default/files/2020-11/HTI\\_ASCP\\_Cartographie\\_20201105.pdf](https://d2s5011zf9ka1j.cloudfront.net/sites/default/files/2020-11/HTI_ASCP_Cartographie_20201105.pdf)
- MSPP. (2019). Rapport Statistique 2018.  
<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20Statistique%20MSPP%202018%20version%20web.pdf>
- MSPP et Organisation Panaméricaine de la Santé. (2017). *Organisation des services de santé communautaire en Haïti - Mise en oeuvre dans la commune de Carrefour (2011 - 2015)* ([Rapport d'activités]). Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) d'Haïti.
- Mukherjee, J. S. et Eustache, F. E. (2007). Community health workers as a cornerstone for integrating HIV and primary healthcare. *AIDS Care*, 19(sup1), 73-82.  
<https://doi.org/10.1080/09540120601114485>
- Nanyonjo, A., Counihan, H., Siduda, S. G., Belay, K., Sebikaari, G. et Tibenderana, J. (2019). Institutionalization of integrated community case management into national health systems in low- and middle-income countries: a scoping review of the literature. *Global Health Action*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1678283>
- Øvretveit, J. (2011). Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ quality & safety*, 20(Suppl\_1), i18-i23. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.045955>
- Pallas, S. W., Minhas, D., Pérez-Escamilla, R., Taylor, L., Curry, L. et Bradley, E. H. (2013). Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries: What Do We Know About Scaling Up and Sustainability? *American Journal of Public Health*, 103(7), e74-e82. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301102>
- Rajasingham, A., Bowen, A., O'Reilly, C., Sholtes, K., Schilling, K., Hough, C., Brunkard, J., Domercant, J. W., Lerebours, G., Cadet, J., Quick, R. et Person, B. (2011). Cholera Prevention Training Materials for Community Health Workers, Haiti, 2010–2011.

- Emerging Infectious Diseases*, 17(11), 2162-2165.  
<https://doi.org/10.3201/eid1711.110806>
- Reif, L. K., Rivera, V., Louis, B., Bertrand, R., Peck, M., Anglade, B., Seo, G., Abrams, E. J., Pape, J. W., Fitzgerald, D. W. et McNairy, M. L. (2016). Community-Based HIV and Health Testing for High-Risk Adolescents and Youth. *AIDS Patient Care and STDs*, 30(8), 371-378. <https://doi.org/10.1089/apc.2016.0102>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. et Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907.  
<https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Schwartz, T. T. (2008). *Travesty in Haiti: a true account of Christian missions, orphanages, fraud, food aid and drug trafficking*. BookSurge Publishing.
- Scott, K., Beckham, S. W., Gross, M., Pariyo, G., Rao, K. D., Cometto, G. et Perry, H. B. (2018). What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0304-x>
- Séraphin, M. N., Xinguang, C., Ayoya, M. A., Ngnie-Teta, I., Boldon, E., Mamadoultai bou, A., Saint-Fleur, J. E. et Pierre, I. (2017). Childhood anemia in Rural Haiti: the potential role of community health workers. *Global Health Research and Policy*, 2, 3.  
<https://doi.org/10.1186/s41256-016-0022-7>
- Sharma, R., Webster, P. et Bhattacharyya, S. (2014). Factors affecting the performance of community health workers in India: a multi-stakeholder perspective. *Global Health Action*, 7(1), 25352. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25352>
- Wagenaar, B., Kohrt, B., Hagaman, A., McLean, K. et Kaiser, B. (2013). Determinants of care seeking for mental health problems in rural Haiti: Culture, cost, or competency. *Psychiatric Services*, Volume 64, Issue 4.  
[https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/smhs\\_psych\\_facpubs/83](https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/smhs_psych_facpubs/83)

WHO. (2016). Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf>

World Bank. (2017). *Mieux dépenser pour mieux soigner : un regard sur le financement de la santé en Haïti* [text/html]. World Bank.

<https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/publication/better-spending-better-care-a-look-at-haitis-health-financing>

World Health Organization. (2018). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533329/>

Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods* (4th ed). Sage Publications.



**Tableau 15 : Indicateurs d'évaluation du niveau d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le DSN d'Haïti**

Catégories/Processus d'implantation	Indicateurs	Données de base collectées	Méthode/ sources de collecte	Méthodes d'analyse
Selection des ASCP	Nombre total de candidats à l'emploi d'ASCP sélectionnés dans les communes du département sanitaire	Effectifs des candidats sélectionnés dans les communes du départements	Revue documentaire (rapports d'activités, statistiques de services)	Calcul de fréquences (nombres, pourcentages)
	Niveau d'application des critères de sélection des ASCP	Critères appliqués, critères non appliqués	Entrevues	Analyse de contenu
Formation des ASCP	Contenu de la formation des ASCP	Modules de formation	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
	Durée de la formation	Nombre de jours ou mois nécessaire pour compléter la formation	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
	Nombre de personnes ayant débuté la formation d'ASCP	Effectifs de participants aux activités de formation	Revue documentaire (rapports d'activités, statistiques de services)	Calcul de fréquences (nombres, pourcentages)
	Nombre et proportion de personnes ayant complété la formation d'ASCP	Effectifs de personnes ayant achevé la formation des ASCP	Revue documentaire (rapports d'activités, statistiques de services)	Calcul de fréquences (nombres, pourcentages)
Embauchage et mise en service des ASCP	Nombre d'ASCP embauchés (par le MSPP et d'autres institutions ou organisations)	Effectifs d'ASCP embauchés	Revue documentaire (rapports d'activités et statistiques de services)	Calcul de fréquences (effectif et pourcentage)
	Nombre d'ASCP en service sur le terrain	Effectifs d'ASCP en activité	Revue documentaire (rapports d'activités et statistiques de services)	Calcul de fréquences (effectif et pourcentage)
	Taux de couverture des besoins en ASCP	Effectifs d'ASCP en activité, effectifs d'ASCP nécessaire pour couvrir les besoins du département	Revue documentaire (rapports d'activités, statistiques de services)	Calcul de taux
Acquisition et dotation des ASCP en équipements et matériels de travail	État de disponibilité du matériel et équipements de travail des ASCP	Type de matériels et équipements nécessaires, types de matériels et équipements disponibles	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
	Existence de besoins (non comblés) en matériels et équipements de travail des ASCP	Besoins en matériels et équipements de travail des ASCP	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
Supervision des ASCP	Fréquence des supervision	Nombre de supervision par mois, trimestres, semestres ou années	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu

Catégories/Processus d'implantation	Indicateurs	Données de base collectées	Méthode/ sources de collecte	Méthodes d'analyse
	Qualification des superviseurs	Données sur la profession ou qualification des ASCP	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
	Nombre de superviseurs disponibles	Effectifs de superviseurs disponibles	Revue documentaire (rapports d'activités) et entrevue	Calcul de fréquences (effectif et pourcentage)
	Ratio superviseurs/ASCP	Effectifs de superviseurs et d'ASCP en activité	Revue documentaire (rapports d'activités) et entrevue	Calcul de fréquences (effectif et pourcentage)
	Proportion d'ASCP bénéficiant d'au moins une mission de supervision par trimestre	Nombre de supervision	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
Collecte et analyse des données	Pourcentage des institutions sanitaires qui transmettent à la DSN des rapports d'activités sur les interventions des ASCP	Rapports d'activités des ASCP	Revue documentaire (rapports d'activités) et entrevue	Calcul de fréquences (effectif et pourcentage)
Mise en place d'Équipe de Santé Familiale (ESF)	Nombre d'ESF mises en place	ESF constituées et fonctionnelles	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu
	Pourcentage des ASCP du département appartenant à une ESF	ASCP membre d'une ESF	Revue documentaire et entrevues	Analyse de contenu

**Tableau 16 : Résumés des perspectives théoriques concernant le changement organisationnel (Champagne, 2002)**

Perspectives théoriques	Résumés	Catégories	Sous-catégories
Le modèle hiérarchique et rationnel	Ce modèle stipule que la réussite de l'implantation d'une intervention dépend de sa planification et de l'exécution de cette planification. Il valorise le contrôle hiérarchique des individus sur les lieux de travail et accorde un rôle-clé et déterminant à la supervision des gestionnaires en position d'autorité pour la réussite des interventions. En d'autres termes, le modèle hiérarchique et rationnel suggère que la planification des programmes ou interventions, le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions et la supervision des gestionnaires sont des facteurs importants pour comprendre la mise en œuvre des changements dans les organisations.	Planification du programme	Disponibilité de plans d'actions et de financement du programme
			Niveau de cohérence et complétude de plans d'actions et de financement
			État d'exécution des plans du programme
			Existence d'un mécanisme de supervision fonctionnel
L'approche du développement organisationnel	Cette approche met en lumière la nécessité de promouvoir des valeurs de participation et de consensus au sein des organisations en vue de réussir les interventions. Ces valeurs favorisent des rapports positifs et non conflictuels entre les professionnels et permettent de dépasser les tensions (éventuelles) qui nuisent à la solidarité intra-organisationnelle. Ainsi, l'existence d'un style de gestion favorisant la participation des parties prenantes aux prises de décision, la communication efficace entre les acteurs et la décentralisation sont des facteurs qui influencent la qualité de la vie organisationnelle et l'implantation des interventions.	Style de gestion	Degré de décentralisation des décisions de management
		Participation de toutes catégories professionnelles au processus de décision	Niveau de représentation des différentes catégories professionnelles dans les processus de prises de décisions
			Existence d'un mécanisme fonctionnel assurant la participation de toutes les catégories professionnelles aux prises de décisions
			Taux de participation des différentes catégories professionnelles aux prises de décisions
		Climat organisationnel	Qualité des relations sociales au sein du programme
			Niveau de stabilité et assiduité du personnel
			Indice d'engagement et de satisfaction au travail
			Intention de rester
Le modèle psychologique	Le modèle psychologique met l'emphase sur les réactions des acteurs à l'égard des changements organisationnels. Ces réactions peuvent être positives et favoriser l'implantation des interventions ; tout comme, elles peuvent être négatives ou défensives et engendrer des résistances des acteurs, susceptibles d'entraver la mise en œuvre des changements organisationnels. Ainsi, les réactions des acteurs constituent des facteurs à considérer dans l'étude des variations du niveau de mise en œuvre des interventions. Elles peuvent être appréhendées en examinant les	Perceptions à l'égard du programme	Opinions des acteurs à l'égard de la pertinence et de l'efficacité du programme
		Attitudes des acteurs à l'égard de l'implantation du programme	Niveau de conviction relative à la capacité du programme à atteindre ses objectifs
			Existence de résistances à l'implantation du programme
			Niveau de satisfaction à l'égard du programme

Perspectives théoriques	Résumés	Catégories	Sous-catégories
	croyanances, les perceptions, les attitudes et les comportements des parties prenantes à l'égard de l'implantation des interventions.		
Le modèle structurel	Le modèle structurel soutient que la réussite des changements dans les organisations est déterminée par la capacité de celles-ci à adapter leurs structures aux exigences du changement. Cette capacité d'adaptation peut être mesurée par : le niveau de centralisation ou décentralisation, la formalisation des processus, la taille des organisations. Elle peut également être influencée par la capacité de réorganisation ou restructuration des gestionnaires, leur d'expertise et l'environnement de l'organisation (degré d'urbanisation, l'accessibilité géographique; niveau socio-économique, etc).	Attributs du gestionnaire	Niveau d'éducation
			Domaine d'expertise ou de formation
			Nombre d'années d'expérience professionnelles
			Leadership et style de gestion
		Attributs de l'organisation	Type d'institutions de santé
			Statut de l'institution sanitaire (privé ou public)
			Domaine de spécialité
Contexte organisationnel	Degré de formalisation des processus du programme		
	Densité de la population		
Le modèle politique	Le modèle politique fait valoir que c'est la poursuite d'intérêts particuliers par des acteurs ou groupes d'acteurs influents au sein de l'organisation qui détermine l'implantation des changements ou interventions. Il suggère de considérer les conflits de compétences ou de pouvoir et les conflits d'intérêts éventuels entre les acteurs ou entre groupements professionnels dans l'analyse du niveau d'implantation des interventions.	Conflits de compétences	Existence de conflits de compétences entre les catégories professionnelles (relations tendues entre catégories professionnelles)
		Conflits d'intérêts entre les groupements professionnels	Existence de conflits d'intérêts entre les groupements professionnels
L'approche de la gestion stratégique	L'approche de la gestion stratégique porte sur les changements organisationnels en tant que processus discontinu et révolutionnaire, consécutif à une situation de crise. Elle stipule que la mise en œuvre réussie des changements, dans ces conditions, est rendue possible lorsque l'on dispose de dirigeants stratégiques qui assurent la transformation radicale de la culture, de la stratégie et de la structure de l'organisation. Ainsi, dans l'étude des facteurs qui influencent la mise en œuvre des changements organisationnels, il importe d'examiner les stratégies utilisées par les responsables ou gestionnaires des organisations.	Stratégies des gestionnaires	Adéquation des stratégies adoptées et mises en œuvre
Les approches gurus	Les approches gurus incitent à réfléchir sur l'influence des leaders dans la mise en œuvre des interventions. Selon ce modèle, les compétences et l'efficacité des leaders peuvent être déterminantes pour la réussite ou l'échec des interventions. Il	Compétences et efficacité des leaders	Existence de leaders ou champions compétents et efficaces assurant le la mise en œuvre et le fonctionnement optimal du programme

Perspectives théoriques	Résumés	Catégories	Sous-catégories
	suggère d'observer les traits caractéristiques des leaders de l'organisation (entrepreneurs, visionnaires, stratèges, prévoyants, charismatiques, fins psychologues capables de vaincre les résistances de leurs troupes ou autres) et de voir comment ces traits influencent la mise en œuvre des interventions.		
Approches institutionnelles	Cette approche communique l'idée selon laquelle les principales sources de changement et les facteurs qui déterminent le niveau de mise en œuvre des interventions résident dans l'environnement externe de l'organisation. Elle met l'accent sur la nécessité de prendre en compte l'environnement institutionnel (associations professionnelles, système juridique, technocratique, gouvernemental, etc), les normes, valeurs et pratiques culturels (religion, croyances populaires, stigmatisation liée à la maladie, relations de genre, etc) et le contexte socio-économiques dans l'évaluation de l'implantation des interventions.	Contexte socio-économique et culturel	Existence de facteurs facilitants ou entravants la mise en œuvre du programme Nature des facteurs facilitants ou entravants la mise en œuvre du programme
		Cadre légal régissant la mise en œuvre du programme	Lois, normes réglementaires et organisationnelles facilitant ou entravant la mise en œuvre du programme
Modèle de l'apprentissage organisationnel	Ce modèle met l'emphase sur la mise en œuvre de processus d'apprentissage collectif basé sur l'expérimentation, l'essai et l'erreur au sein des organisations. Selon ce modèle, le niveau d'implantation des changements organisationnels est influencé par ces processus. L'existence et le fonctionnement de ces processus sont donc à considérer lorsqu'on évalue la mise en œuvre des interventions.	Mise en œuvre de processus d'apprentissage collectif	Niveau d'exécution des activités d'apprentissage collectif planifiées

## Chapitre VII - Discussion générale et conclusion

À l'origine de cette thèse se trouve, un constat de lacunes dans la littérature scientifique. Ces lacunes concernent la délégation des tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) en Haïti, une intervention de premier plan dans la réforme du système de santé post-séisme de 2010. En effet, après près de dix ans de mise en œuvre et d'expansion de cette intervention dans le pays (MSPP, 2013a), il n'existe quasiment pas d'étude renseignant sur les résultats ou effets obtenus, ni sur ses mécanismes de fonctionnement ou encore sur la façon dont elle interagit avec son contexte d'implantation. Ces lacunes sont problématiques. Elles peuvent entraver l'atteinte des objectifs visés, dont l'amélioration de la couverture sanitaire des populations (Brownson et al., 2009; Dixon-Woods et al., 2011; Fassier et Durand, 2010; Fishbein et al., 2016). Pour y remédier et contribuer à l'avancement des connaissances sur la délégation des tâches aux ASCP, cette thèse a été réalisée de manière à atteindre les objectifs suivants : proposer une théorie explicative du fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP ; évaluer le bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, et ; identifier les facteurs contextuels qui déterminent le niveau de mise en œuvre de cette intervention.

À cet effet, trois approches méthodologiques ont été mises en œuvre de manière complémentaire. Il s'agit de la synthèse réaliste de Pawson et ses collègues (2005), de l'analyse logique et de l'analyse de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Parmi les raisons qui ont présidé au choix de l'approche de synthèse réaliste, il y a le fait qu'elle soit appropriée pour l'étude des interventions complexes (Pawson et al., 2005; Ridde et al., 2012). De plus, cette méthode offre la possibilité d'élaborer des théories de moyenne portée qui explique comment, pourquoi et dans quel contexte les interventions fonctionnent (Pawson et al., 2005; Robert et Ridde, 2013). Concernant l'analyse logique, elle sert à évaluer la plausibilité des hypothèses sous-jacentes aux interventions d'une part, et d'autre part, à déterminer l'adéquation des ressources et processus de celles-ci avec les objectifs visés (Champagne, Brousselle, Contandriopoulos, et al., 2011). Elle a donc été utilisée pour évaluer le bien-fondé de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Quant à l'analyse de l'implantation, elle étudie les relations entre les interventions et leur contexte de mise en œuvre (Champagne, Brousselle, Hartz, et al., 2011). Cette approche méthodologique a été utile pour identifier les facteurs contextuels qui déterminent le niveau d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le département sanitaire du nord d'Haïti.

## Contributions de la thèse

D'une manière générale, les résultats obtenus apportent plusieurs contributions nouvelles et significatives à l'amélioration de la connaissance et de la pratique de la délégation des tâches aux ASCP. D'emblée, ils comblent un vide dans la littérature en proposant une théorie de moyenne portée qui peut servir de cadre conceptuel ou de référence dans des travaux de recherche, de planification/mise en place ou d'évaluation portant sur les initiatives de délégation de tâches aux agents de santé communautaire. Celle-ci stipule que :

*la délégation des tâches aux ASCP contribue au renforcement de leurs capacités, stimule leur motivation au travail et élargit leur pouvoir d'agir en matière d'offre de services de santé ; ce qui produit des effets bénéfiques sur la performance des organisations de santé, notamment dans les contextes où les ASCP sont sélectionnés/recrutés avec l'aval de leur communauté d'affectation et disposent des conditions de travail propices à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées (formation, supervision, dotation en matériels et équipements de travail adéquats, climat organisationnel, soutien de la communauté, etc.).*

À propos des effets sur la performance des organisations de la santé, cette théorie fait valoir que la délégation des tâches aux ASCP augmente la production des services de santé et apporte des améliorations au niveau de leur acceptabilité, accessibilité (géographique, culturelle et économique), globalité, continuité, efficience et efficacité. Elle est confortée à ce titre par plusieurs études antérieures, dont une dizaine de revues systématiques recensées dans la littérature. Ces études couvrent différents domaines de la santé, dont la santé maternelle et infantile (Gilmore et McAuliffe, 2013), le dépistage du cancer du col de l'utérus (Driscoll et al., 2018), la prévention et la prise en charge communautaire de paludisme (Paintain et al., 2014; Sunguya et al., 2017), la prise en charge des maladies chroniques chez les populations vulnérables (Kim et al., 2016; Mistry et al., 2021), la planification familiale (Scott et al., 2015) et la prise en charge du VIH/SIDA (Hartzler et al., 2018; Lefevre et al., 2014 ; Mwai et al., 2013; Perry et al., 2014).

Afin d'obtenir des effets positifs sur la performance des organisations de santé, incluant ceux mentionnés ci-avant, la théorie proposée suggère de prêter attention à trois mécanismes à travers lesquels la délégation des tâches aux ASCP fonctionne. Il s'agit du (i) renforcement des

connaissances et compétences des ASCP, (ii) de la stimulation de leur motivation au travail et (iii) de l'élargissement de leur pouvoir d'agir ou des possibilités (supplémentaires) que la délégation des tâches offre aux ASCP de contribuer à l'amélioration de la performance des organisations de santé. À cet égard, les résultats obtenus ajoutent de la valeur à plusieurs modèles théoriques explorant la « boîte noire » des mécanismes à travers lesquels les pratiques de gestion des ressources humaines influencent la performance des organisations (Savaneviciene et Stankeviciute, 2015). Parmi ces modèles, on peut citer le modèle de Guest (1997) qui stipule que la performance découle de la forte motivation des employés, de la possession par ceux-ci des compétences/capacités nécessaires à l'exécution des rôles qui leur incombent et d'une compréhension appropriée de ces rôles (Guest, 1997). De plus, le Ability-Motivation-Opportunity framework fait valoir que les employés sont performants lorsqu'ils possèdent les connaissances et les compétences nécessaires à l'exécution des tâches qui leur sont dévolues, ont la motivation pour le faire et dispose de l'opportunité de déployer leurs compétences pour contribuer à la réussite organisationnelle (Appelbaum et al., 2001 ; Boxall et Purcell, 2011; Purcell et Chartered Institute of Personnel and Development, 2009). Par ailleurs, il existe des preuves empiriques soutenant que le renforcement des connaissances et compétences des agents de santé communautaire, la stimulation de leur motivation au travail et/ou les opportunités dont ils disposent ou qui leur sont offertes par la délégation de tâches pour contribuer (davantage) à l'offre des services de santé constituent des leviers clés pour améliorer la performance des organisations (Chipukuma et al., 2018; Greenspan et al., 2013; Kok et al., 2017; Leong et al., 2021; Naimoli et al., 2014; Organisation mondiale de la Santé[OMS], 2018; Rabbani et al., 2016; Scott et al., 2018; Strachan et al., 2012; Tesfaye, 2017). Pour faire fonctionner ces leviers de manière optimale, la théorie proposée suggère de prêter attention au contexte d'implantation de la délégation de tâches aux ASCP.

La prise en compte du contexte d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP est cruciale. Le contexte regorge des facteurs qui peuvent faciliter ou compromettre l'atteinte des objectifs visés. Ces facteurs concernent la situation au sein et en dehors des organisations de santé où travaillent les ASCP, incluant les ressources disponibles, les processus mis en œuvre, la situation économique, communautaire et sociale, les normes et valeurs culturelles en vigueur, les conditions climatiques et géographiques. La théorie proposée soutient que l'implantation de la délégation des



tâches aux ASCP a plus de chance de contribuer à l'amélioration de la performance des organisations de santé dans les contextes où ceux-ci sont sélectionnés avec l'aval de leur communauté de résidence ou d'affectation, sont formés à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, bénéficient de soutien et encadrement par le biais d'activités de supervision et/ou sont intégrés dans des équipes de travail qui favorisent le partage et l'acquisition de connaissances et expériences. De même, l'existence de rémunération pour les ASCP, d'incitatifs (matériels ou monétaires), de possibilités de renforcement des capacités (connaissances et compétences), d'évolution de carrières et de reconnaissance sociale dans le contexte d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP est susceptible d'accroître leur motivation à mettre en œuvre les tâches qui leur sont déléguées et à contribuer subséquemment à l'amélioration de la performance des organisations de santé. À l'opposé, la surcharge de travail, le rejet par les membres de la communauté, l'absence de soutien du système de santé, l'inexistence de possibilités de développement de carrières, le mauvais traitement salarial sont des facteurs potentiels de démotivation au travail des ASCP. Il importe donc de veiller à ce que le contexte d'implantation de la délégation des tâches aux ASCP soit favorable à l'atteinte des objectifs visés. À cet égard, la théorie proposée est étayée par plusieurs études antérieures soutenant que la prise en compte du contexte d'implantation des interventions de santé est essentielle pour optimiser la performance des agents de santé communautaire et favoriser l'atteinte des objectifs visés (Scott et al., 2018).

Au-delà d'avoir proposé une théorie de la délégation des tâches aux ASCP, cette thèse apporte d'autres contributions intéressantes. Celles-ci découlent de l'analyse logique et de l'analyse de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. L'analyse logique apporte un éclairage sur le bien-fondé de cette intervention. Plus explicitement, les résultats de l'analyse logique réalisée démontrent que la délégation des tâches aux ASCP en Haïti repose sur des fondements théoriques suffisamment solides qui permettent de croire qu'elle produira les effets escomptés, dont l'amélioration de la globalité, de la justesse, de l'accessibilité géographique et économique et de l'efficacité des services de santé offerts aux populations. Ils appuient aussi la validité des processus planifiés en vue de l'obtention de ces effets, à savoir : l'implication de représentants de la communauté dans la sélection des ASCP, leur formation à l'exécution des tâches qui leur sont déléguées, leur intégration dans les Équipes de Santé Familiale (ESF), la supervision de leurs activités, leur dotation en matériels et équipement de travail nécessaire et la

rémunération des ASCP. Cependant, des lacunes considérables ont été identifiées dans la planification opérationnelle de cette intervention. Celles-ci sont susceptibles de compromettre le recrutement, la rétention, la motivation au travail et la performance des ASCP. Parmi elles, il y a notamment l'insuffisance des ressources (financières, matérielles et humaines) nécessaires pour atteindre les objectifs visés, l'absence ou l'insuffisance de rémunérations des ASCP, le manque de possibilités explicites de progression de carrières pour eux, des possibilités de confusion concernant leurs rôles et des risques de surcharge de travail des ASCP.

Concernant l'analyse de l'implantation, les résultats obtenus confirment la nécessité de prendre en compte le contexte où a lieu la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP. Ils mettent en lumière plusieurs facteurs contextuels entravant ou facilitant l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans le département sanitaire du nord d'Haïti. Ces facteurs sont d'ordre institutionnel, organisationnel, politique et environnemental. Parmi eux il y a la politique nationale de santé d'Haïti (MSPP, 2012) qui renforce la légitimité des ASCP, favorise leur participation dans l'offre des soins de santé et aide dans la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines nécessaires à cet effet. De même, la planification et le suivi de l'exécution des activités font partie des facteurs favorisant l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP, tout comme le soutien financier et technique d'organisations non gouvernementales ou de partenaires internationaux du MSPP. À ces facteurs, il faut ajouter la disponibilité et l'accès aux services dont les populations ont besoin dans les institutions sanitaires vers lesquelles elles sont référées par les ASCP. Lorsque les populations sont référées vers des institutions sanitaires qui ne disposent pas des services dont elles ont besoin, la réputation des ASCP au sein de leur communauté et leur performance peuvent être mises à mal. Les résultats obtenus montrent également que la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP dans le département sanitaire du nord d'Haïti est entravée dans les endroits où ceux-ci ne sont pas acceptés par la communauté ou font face à des guérisseurs traditionnels qui sabordent leurs activités. Par ailleurs, les conditions environnementales, incluant le relief, la végétation, les pluies et tempêtes, sont apparus comme étant des facteurs susceptibles d'empêcher les ASCP de mener à bien les tâches qui leur sont déléguées. Il faut ajouter aussi à cela les troubles socio-politiques récurrents dans le pays, la pauvreté des populations, les croyances liées aux maladies, les valeurs et pratiques culturelles qui

ont été relevées comme étant des facteurs contextuels entravant l'acceptation et la demande des services des ASCP dans le département sanitaire du nord d'Haïti.

## **Limites**

Cette thèse présente quelques limites qu'il convient de souligner. Ces limites sont essentiellement inhérentes aux options méthodologiques choisies. Les premières émanent de la synthèse réaliste. Au cours de la mise en œuvre de cette approche méthodologique, il n'a pas été toujours évident d'identifier dans les études incluses les mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP, de cerner les composantes de l'intervention et/ou les facteurs contextuels qui les déclenchent, ou d'appréhender les effets que cela peut générer sur la performance des organisations de santé. Pour surmonter cette difficulté, les modèles théoriques susmentionnés explorant les liens entre les pratiques de gestion des ressources humaines et la performance des organisations (Savaneviciene et Stankeviciute, 2015) et la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2009) ont été mis à contribution. Ce faisant, des erreurs d'interprétation ou d'analyses ou encore des omissions ont possiblement été commises lors de la formulation des configurations Contexte-Mécanismes-Effets. De plus, lors de la recherche des preuves, il se peut que nous ayons manqué de sélectionner des études pertinentes en raison des critères d'inclusion et d'exclusion adoptés.

Les autres limites potentielles de cette thèse concernent l'analyse logique et l'analyse de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti. Pour mener à bien ces analyses, des données ont été collectées auprès de plusieurs parties prenantes. Ce faisant, il se peut que certains aspects de l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP en Haïti n'aient pas été suffisamment appréhendés. Probablement, des biais de rappel (ou de mémoire) ont pu se produire lors des entrevues réalisées auprès des intervenants et leurs partenaires.

## **Implications de la thèse**

Cette thèse a des implications importantes pour la santé publique. Celles-ci concernent notamment les politiques de santé, la pratique et la recherche en santé.

*Implications pour les politiques de santé* – Au moins trois catégories de résultats de cette thèse devraient orienter les politiques de santé publique. La première a trait aux effets de la délégation des tâches aux ASCP. Ces effets incluent des améliorations dans la production, l’accessibilité (géographique, culturelle et économique), la globalité, l’efficacité et l’efficacités des services de santé. Ils témoignent du potentiel de la délégation des tâches aux ASCP à améliorer la performance des organisations de santé. Ils justifient ou appuient également les politiques de santé qui favorisent l’implantation de la délégation des tâches aux ASCP, comme c’est le cas en Haïti. De plus, ces résultats confortent les directives de l’OMS selon lesquelles les agents de santé qui sont en première ligne des systèmes de soins de santé devraient être polyvalents, c’est-à-dire dotés d’un ensemble relativement large de compétences, pour pouvoir mieux répondre aux besoins de la population et aux demandes de services, ou, à défaut, les orienter vers le niveau de soins qui convient (WHO, 2018). En accord avec Brooks et al (2015), ils suggèrent aussi de promouvoir la polyvalence des agents de santé communautaire dans les politiques de santé afin d’éviter la fragmentation des services de soins de santé, d’éviter que plusieurs agents de santé communautaire spécialisés visitent un même patient et/ou ménage pour s’occuper chacun des services et des tâches liés à un seul domaine de la santé (par exemple, le diabète, le paludisme ou le VIH/SIDA), et de permettre à des ASCP de fournir une gamme complète de services des soins centrés sur la personne (Brooks et al., 2015). En somme, ces résultats recommandent l’implantation de la délégation des tâches aux ASCP dans les choix stratégiques visant à améliorer l’état de santé des populations, notamment dans les contextes où les pays en proie à des déficits de ressources humaines de la santé.

Les deux autres catégories de résultats qui ont des implications pour les politiques de santé portent respectivement sur les mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP et les conditions contextuelles dans lesquelles cette intervention parvient à produire des effets positifs sur la performance des organisations de santé. À la lumière des résultats obtenus, plusieurs recommandations peuvent être formulées en vue d’assurer la mise en œuvre réussie de la délégation des tâches aux ASCP. En amont de celles-ci, il y a la nécessité de disposer d’une politique nationale de délégation des tâches aux ASCP ou d’une politique publique régissant la mise en œuvre de cette intervention. Celle-ci est nécessaire pour habiliter les ASCP dans l’offre

des services de santé, pour définir leurs champs d’actions et conditions de travail, pour les soutenir dans la mise en œuvre des tâches qui leur sont déléguées et pour favoriser la reconnaissance de leur contribution et l’atteinte des objectifs visés. Pour réussir la mise en œuvre des politiques de délégation des tâches aux ASCP, les résultats obtenus suggèrent d’assurer le financement adéquat des interventions de santé qui en découlent. Ils recommandent également d’offrir aux ASCP des conditions de travail décentes et stimulantes qui facilitent leur recrutement, favorisent leur rétention et qui leur permettent d’exécuter efficacement les tâches qui leur sont déléguées. Ces conditions concernent notamment leur charge de travail, leur rémunération, leur dotation en matériels et équipements de travail, ainsi que leur progression de carrières. Concernant spécifiquement la rémunération des agents de santé communautaire, les observations effectuées suggère de veiller à ce que celle-ci soit substantielle, régulière et non symbolique ou faible afin de retenir et d’inciter les ASCP à s’acquitter des tâches qui leur sont déléguées. À ce titre, elles appuient les directives de l’OMS (WHO, 2018) et plusieurs études antérieures soutenant que les ASCP qui sont rémunérés sont plus performants que leurs homologues bénévoles (Colvin et al., 2021; Kok et al., 2015; Ormel et al., 2019).

***Implications pour la pratique*** – Sur le plan de la pratique, la mise en œuvre de la délégation des tâches aux ASCP implique différents acteurs, dont des gestionnaires, des superviseurs d’ASCP et les ASCP eux-mêmes. Afin de leur permettre de jouer pleinement les rôles qui sont les siens et de concourir efficacement à l’atteinte des objectifs poursuivis, des recommandations fondées sur les résultats obtenus ont été formulées. À l’endroit des *gestionnaires*, ces recommandations sont les suivantes :

- Impliquer des représentants de la communauté dans la sélection/recrutement des ASCP afin de faciliter l’acceptation de ceux-ci par les populations desservies ;
- Veiller à ce que les ASCP aient les connaissances et compétences nécessaires à l’exécution des tâches qui leur sont déléguées, à travers notamment des activités de formation, de mentoring, coaching et/ou de supervision formative ;
- Disposer de suffisamment de superviseurs d’ASCP, de sorte que le ratio superviseur - personnes supervisées soit approprié, permettant un soutien adéquat aux ASCP ;

- S'assurer que les superviseurs des ASCP sont adéquatement formés pour jouer pleinement leur partition ;
- Intégrer les ASCP dans des équipes de travail afin qu'ils apprennent des autres agents de santé et collaborent avec eux dans un climat organisationnel de confiance et d'entraide mutuelle qui favorise l'atteinte des objectifs visés ;
- Veiller à ce que les ASCP et leurs superviseurs disposent de manière continue des matériels, équipements, intrants ou médicaments dont ils ont besoin pour mener à bien les tâches qui leur sont dévolues ;
- Tenir compte des conditions climatiques, géographiques, démographiques, sociales et socio-économiques dans la délimitation des zones couvertes par les ASCP ou dans la définition de leur charge de travail afin d'éviter des problèmes de surcharge de travail, sources de démotivation et de baisse de performance des ASCP.
- Veiller à ce que les ASCP soient rémunérés de manière adéquate, régulière et viable. Cela devrait permettre de réduire les risques d'attrition des ASCP et de les motiver à s'acquitter des tâches qui leur sont déléguées.
- Promouvoir les ASCP au sein du système de santé et auprès des populations afin de mieux les faire connaître et faciliter l'acceptation de leurs interventions, ainsi que la reconnaissance de leurs contributions à l'amélioration de l'état de santé des personnes.
- Veiller à ce que les services offerts par les ASCP et leurs institutions sanitaires de rattachement soient de bonne qualité, de sorte à faciliter l'accès des personnes aux soins ou services dont elles ont besoin et à éviter d'éventuels cas de mauvais traitement de patients qui pourraient entamer la réputation, la crédibilité et l'acceptation des ASCP au sein de leurs communautés d'affectation.

Pour ce qui concerne les *Superviseurs des ASCP*, cette thèse recommande de fournir aux ASCP une supervision formative de qualité, régulière, conforme aux normes en vigueur et adaptée aux besoins des supervisés. Celle-ci devrait inclure des activités d'encadrement des ASCP, de suivi, contrôle et évaluation de leurs interventions, ainsi que des activités de soutien, mentorat ou coaching afin de les aider à mettre en œuvre les tâches qui leur sont déléguées de manière optimale

et réussie. Ce faisant, les superviseurs devraient s'abstenir d'utiliser des mots ou d'avoir des comportements offensants envers les ASCP, notamment lors des rétroactions qu'ils formulent. De plus, les rétroactions des superviseurs ne devraient pas être faites uniquement pour blâmer ou punir les ASCP pour les erreurs commises. Ces derniers doivent être aussi complimentés pour leurs bonnes actions et la reconnaissance de leurs efforts. À défaut de cela, les supervisions peuvent conduire à la détérioration du climat organisationnel, à la démotivation et à l'attrition des ASCP.

Quant aux ASCP eux-mêmes, ils devraient garder à l'esprit que le mauvais traitement des personnes lors des interventions et une attitude condescendante ou méprisante de leur part entraînent des répercussions négatives sur l'acceptation, la demande et l'utilisation des services de santé par les populations. Par conséquent, les ASCP devraient veiller à ce que leurs prestations de services soient empreintes de professionnalisme, de confiance et de respect mutuels, de considération et de bonnes valeurs humaines envers les personnes desservies.

***Implications pour la recherche*** – Cette thèse souligne également le besoin de recherches supplémentaires afin de faire progresser les connaissances sur la délégation des tâches aux ASCP. Les domaines prioritaires de recherche identifiés couvrent entre autres :

- *les relations entre les guérisseurs traditionnels et les ASCP.* Etant donné que la médecine traditionnelle occupe une place importante en Haïti – elle représente dans 70 % des cas le premier recours de la population pour répondre aux problèmes de santé (MSPP, 2012) – il serait particulièrement intéressant d'étudier les relations possibles (synergie, complémentarité ou substitution) entre les guérisseurs traditionnels et les ASCP en vue de l'amélioration de la couverture sanitaire des populations. Cette recommandation est en cohérence avec la *stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023* qui vise à tirer parti de la contribution potentielle de la médecine traditionnelle à la santé, au bien-être et aux soins de santé ciblant les individus ainsi qu'à la couverture sanitaire universelle (Organisation Mondiale de la Santé, 2013). Elle est aussi en adéquation avec la politique nationale de la santé d'Haïti qui entend favoriser la recherche-action dans le domaine de la médecine traditionnelle (MSPP,2013).
- *les mécanismes de fonctionnement de la délégation des tâches aux ASCP et la façon dont cette intervention interagit avec son contexte d'implantation.* Des travaux pertinents de recherche peuvent notamment se pencher sur la théorie proposée en vue de la tester et au besoin de l'améliorer.

- *contexte et effets de la délégation des tâches aux ASCP.* Des recherches sont également nécessaires pour apprendre davantage sur la délégation des tâches aux ASCP en Haïti, notamment en ce qui a trait aux effets qu'elle produit et aux facteurs contextuels qui facilitent ou entravent son implantation.
- *efficience de la délégation des tâches aux ASCP.* Il importe aussi de mener des efforts de recherche dans ce domaine afin d'apprendre davantage sur la façon dont la délégation des tâches aux ASCP contribue à améliorer la couverture sanitaire des populations à moindres coûts.

## **Conclusion**

Au terme de cette étude, qui nous a amenés en Haïti et dans d'autres pays, une conclusion s'impose : la délégation des tâches aux ASCP est porteuse de performance pour les organisations de santé. Elle renforce les capacités des ASCP, stimule leur motivation au travail et leur offre l'opportunité de s'impliquer (davantage) dans l'offre des services de santé ; ce qui améliore l'accès aux services de santé et contribue à accroître l'acceptabilité, la globalité, la continuité, l'efficience et l'efficacité de ceux-ci. Cependant, la délégation des tâches aux ASCP peut échouer à améliorer la performance des organisations de santé, si certaines conditions liées à son implantation, aux processus qui s'y rattachent (sélection, formation, supervision, etc.) et au contexte dans lequel elle est mise en œuvre ne sont pas remplies. Afin de se prémunir contre les risques d'échecs dans l'implantation de la délégation des tâches aux ASCP, plusieurs recommandations ont été formulées. Elles concernent notamment le contexte d'Haïti, mais elles peuvent être adaptées et utiles dans d'autres contextes en vue de l'amélioration de la santé des populations. De plus, des efforts supplémentaires de recherches sont préconisés afin d'apprendre davantage sur la délégation des tâches aux ASCP.



## Références bibliographiques de la thèse

- Abdel-All, M., Putica, B., Praveen, D., Abimbola, S. et Joshi, R. (2017). Effectiveness of community health worker training programmes for cardiovascular disease management in low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Open*, 7(11), e015529. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015529>
- Admassie, A., Abebaw, D. et Woldemichael, A. D. (2009). Impact evaluation of the Ethiopian Health Services Extension Programme. *Journal of Development Effectiveness*, 1(4), 430-449. <https://doi.org/10.1080/19439340903375724>
- Admasu, K. (2017). *Goalkeepers – Maternal mortality: Ethiopia*. <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepersreport2017/case-studies/maternal-mortality-ethiopia/>
- Advancing Partners & Communities. (2014). Profil Du Pays : Haiti. [https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/landscape/countries/profiles/fre\\_haiti\\_km\\_final.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/landscape/countries/profiles/fre_haiti_km_final.pdf)
- Afework, M. F., Admassu, K., Mekonnen, A., Hagos, S., Asegid, M. et Ahmed, S. (2014). Effect of an innovative community based health program on maternal health service utilization in north and south central Ethiopia: a community based cross sectional study. *Reproductive Health*, 11, 28. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-28>
- Afsar, H., Younus, M. et Gul, A. (2005). Outcome of patient referral made by the Lady Health Workers in Karachi, Pakistan. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 55, 209-11.
- Aftab, W., Rabbani, F., Sangrasi, K., Perveen, S., Zahidie, A. et Qazi, S. A. (2018). Improving community health worker performance through supportive supervision: a randomised controlled implementation trial in Pakistan. *Acta Paediatrica*, 107(S471), 63-71. <https://doi.org/10.1111/apa.14282>

- Alam, K., Tasneem, S. et Oliveras, E. (2012). Performance of female volunteer community health workers in Dhaka urban slums. *Social Science & Medicine*, 75(3), 511-515. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.039>
- Alvarez Morán, J. L., Alé, G. B. F., Charle, P., Sessions, N., Doumbia, S. et Guerrero, S. (2018). The effectiveness of treatment for Severe Acute Malnutrition (SAM) delivered by community health workers compared to a traditional facility based model. *BMC Health Services Research*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2987-z>
- Amare, Y., Scheelbeek, P., Schellenberg, J., Berhanu, D. et Hill, Z. (2018a). Early postnatal home visits: a qualitative study of barriers and facilitators to achieving high coverage. *BMC public health*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5922-7>
- Amouzou, A., Hazel, E., Shaw, B., Miller, N. P., Tafesse, M., Mekonnen, Y., Moulton, L. H., Bryce, J. et Black, R. E. (2016). Effects of the integrated Community Case Management of Childhood Illness Strategy on Child Mortality in Ethiopia: A Cluster Randomized Trial. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 94(3), 596-604. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0586>
- Amouzou, A., Kanyuka, M., Hazel, E., Heidkamp, R., Marsh, A., Mleme, T., Munthali, S., Park, L., Banda, B., Moulton, L. H., Black, R. E., Hill, K., Perin, J., Victora, C. G. et Bryce, J. (2016). Independent Evaluation of the integrated Community Case Management of Childhood Illness Strategy in Malawi Using a National Evaluation Platform Design. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 94(3), 574-583. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0584>
- Andrews, J. O., Felton, G., Wewers, M. E. et Heath, J. (2004). Use of Community Health Workers in Research With Ethnic Minority Women. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 358-365. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04064.x>
- Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P. et Kalleberg, A. L. (2001). Do high performance work systems pay off? Dans S. Vallas (dir.), *The Transformation of Work* (vol. 10, p. 85-107). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1016/S0277-2833\(01\)80022-4](https://doi.org/10.1016/S0277-2833(01)80022-4)
- Asiimwe, S., Ross, J. M., Arinaitwe, A., Tumusiime, O., Turyamureeba, B., Roberts, D. A., O'Malley, G. et Barnabas, R. V. (2017). Expanding HIV testing and linkage to care in

- southwestern Uganda with community health extension workers. *Journal of the International AIDS Society*, 20(Suppl 4). <https://doi.org/10.7448/IAS.20.5.21633>
- Assefa, Y., Gelaw, Y. A., Hill, P. S., Taye, B. W. et Van Damme, W. (2019). Community health extension program of Ethiopia, 2003–2018: successes and challenges toward universal coverage for primary healthcare services. *Globalization and Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0470-1>
- August, F., Pembe, A. B., Mpembeni, R., Axemo, P. et Darj, E. (2016). Effectiveness of the Home Based Life Saving Skills training by community health workers on knowledge of danger signs, birth preparedness, complication readiness and facility delivery, among women in Rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0916-x>
- Ávila, M. M. M. (2011). A case study of the Community Health Agents Program in Uruburetama, Ceará (Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 349-360. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100037>
- Babigumira, J. B., Castelnuovo, B., Lamorde, M., Kambugu, A., Stergachis, A., Easterbrook, P. et Garrison, L. P. (2009). Potential impact of task-shifting on costs of antiretroviral therapy and physician supply in Uganda. *BMC Health Services Research*, 9, 192. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-192>
- Ballard, M. et Montgomery, P. (2017). Systematic review of interventions for improving the performance of community health workers in low-income and middle-income countries. *BMJ Open*, 7(10), e014216. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014216>
- Banteyerga, H. (2011). Ethiopia's health extension program: improving health through community involvement. *MEDICC Review*, 13, 46-49. <https://doi.org/10.1590/S1555-79602011000300011>
- Baralhas, M. et Pereira, M. A. O. (2013). Daily practice of community health agents: difficulties and limitations of care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 358-365. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300009>
- Becker, B. E., Huselid, M. A., Pickus, P. S. et Spratt, M. F. (1997). HR as a source of shareholder value: Research and recommendations. *Human Resource Management*,

36(1), 39-47. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-050X\(199721\)36:1<39::AID-HRM8>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-050X(199721)36:1<39::AID-HRM8>3.0.CO;2-X)

- Befekadu, A. et Yitayal, M. (2020). Knowledge and practice of health extension workers on drug provision for childhood illness in west Gojjam, Amhara, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08602-y>
- Bellas, H. C., Jatobá, A., Bulhões, B., Koster, I., Arcuri, R., Burns, C., Grindrod, K. et de Carvalho, P. V. R. (2019). Effects of Urban Violence on Primary Healthcare: The Challenges of Community Health Workers in Performing House Calls in Dangerous Areas. *Journal of Community Health*, 44(3), 569-576. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00657-2>
- Berman, P. A., Gwatkin, D. R. et Burger, S. E. (1987). Community-based health workers: head start or false start towards health for all? *Social Science & Medicine* (1982), 25(5), 443-459.
- Bickman, L. (1987). The functions of program theory. *New Directions for Program Evaluation*, 1987(33), 5-18. <https://doi.org/10.1002/ev.1443>
- Bigirwa, P. (2009). Effectiveness of community health workers (CHWS) in the provision of basic preventive and curative maternal, newborn and child health (MNCH) interventions: A systematic review, 7(3), 162-172.
- Bilal, N., Herbst, C., Zhao, F., Soucat, A. et Lemièrre, C. (2011). Health Extension Workers in Ethiopia: Improved Access and Coverage for the Rural Poor. *Yes Africa can success stories from a dyn cont.*
- Bittencourt, L. et Scarinci, I. C. (2019). Training Community Health Workers to promote breast cancer screening in Brazil. *Health Promotion International*, 34(1), 95-101. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax058>
- Boxall, P. et Purcell, J. (2011). *Strategy and Human Resource Management: Third Edition*. Macmillan International Higher Education.
- Brentlinger, P. E., Assan, A., Mudender, F., Ghee, A. E., Vallejo Torres, J., Martínez Martínez, P., Bacon, O., Bastos, R., Manuel, R., Ramirez Li, L., McKinney, C. et Nelson, L. J. (2010). Task shifting in Mozambique: cross-sectional evaluation of non-physician

- clinicians' performance in HIV/AIDS care. *Human Resources for Health*, 8, 23.  
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-23>
- Brooks, B. A., Davis, S., Kulbok, P., Frank-Lightfoot, L., Sgarlata, L. et Poree, S. (2015). Aligning Provider Team Members With Polyvalent Community Health Workers: *Nursing Administration Quarterly*, 39(3), 211-217.  
<https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000110>
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e édition). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brownson, R. C., Fielding, J. E. et Maylahn, C. M. (2009). Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*, 30(1), 175-201. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134>
- Callaghan, M., Ford, N. et Schneider, H. (2010). A systematic review of task- shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 8(8), 1-9.  
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-8>
- Campbell, C. et Scott, K. (2011). Retreat from Alma Ata? The WHO's report on Task Shifting to community health workers for AIDS care in poor countries. *Global Public Health*, 6(2), 125-138. <https://doi.org/10.1080/17441690903334232>
- Campbell, D. T. (1975). III. "Degrees of Freedom" and the Case Study. *Comparative Political Studies*, 8(2), 178-193. <https://doi.org/10.1177/001041407500800204>
- Cazola, L. H. de O., Tamaki, E. M., Pontes, E. R. J. C. et de Andrade, S. M. O. (2014). The incorporation of activities to control dengue by community health agents. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 113-122. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004687>
- Celletti, F., Wright, A., Palen, J., Frehywot, S., Markus, A., Greenberg, A., de Aguiar, R. A. T., Campos, F., Buch, E. et Samb, B. (2010). Can the deployment of community health workers for the delivery of HIV services represent an effective and sustainable response to health workforce shortages? Results of a multicountry study. *AIDS*, 24, S45-S57.  
<https://doi.org/10.1097/01.aids.0000366082.68321.d6>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020, 11 février). *Sharing and Shifting Tasks to Maintain Essential Healthcare During COVID-19 in Low Resource, non-US*

- settings*. Centers for Disease Control and Prevention.  
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/task-sharing.html>
- Champagne, François. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. <https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>
- Champagne, François, Brousselle, A., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). L'analyse logique. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e éd. mise à jour., p. 117-126). Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, François, Brousselle, A., Hartz, Z. et Contandriopoulos, A.-P. (2011). Modéliser les interventions. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e éd, p. 71-84). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, François, Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P. et Denis, J.-L. (2011). L'analyse de l'implantation. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes* (2<sup>e</sup> éd., p. 237-273). Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, François, Contandriopoulos, A.--Pierre, Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le Modèle EGIPSS (Evaluation Globale Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé) Résumé du rapport technique. Université de Montréal.  
<http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/n05-02.pdf>
- Champagne, François et Denis, J.-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service social*, 41(1), 143-163.  
<https://doi.org/10.7202/706562ar>
- Chikaphupha, K. R., Kok, M. C., Nyirenda, L., Namakhoma, I. et Theobald, S. (2016). Motivation of health surveillance assistants in Malawi: A qualitative study. *Malawi Medical Journal*, 28(2), 37-42.
- Chipukuma, H. M., Zulu, J. M., Jacobs, C., Chongwe, G., Chola, M., Halwiindi, H., Zgambo, J. et Michelo, C. (2018). Towards a framework for analyzing determinants of performance of community health workers in malaria prevention and control: a systematic review. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0284-x>

- Clerisme, C., Antoine, J. R. et Lyberal, J. (2003). Organisation Panaméricaine de la Santé Organisation Mondiale de la Santé OPS/OMS Étude sur la situation de la Médecine Traditionnelle en Haïti.  
[https://www.academia.edu/44183315/Organisation\\_Panam%C3%A9ricaine\\_de\\_la\\_Sant%C3%A9\\_Organisation\\_Mondiale\\_de\\_la\\_Sant%C3%A9\\_OPS\\_OMS\\_Etude\\_sur\\_la\\_situation\\_de\\_la\\_M%C3%A9decine\\_Traditionnelle\\_en\\_Ha%C3%Afti](https://www.academia.edu/44183315/Organisation_Panam%C3%A9ricaine_de_la_Sant%C3%A9_Organisation_Mondiale_de_la_Sant%C3%A9_OPS_OMS_Etude_sur_la_situation_de_la_M%C3%A9decine_Traditionnelle_en_Ha%C3%Afti)
- Collinsworth, A. W., Vulimiri, M., Schmidt, K. L. et Snead, C. A. (2013). Effectiveness of a Community Health Worker–led Diabetes Self-Management Education Program and Implications for CHW Involvement in Care Coordination Strategies. *The Diabetes Educator*, 39(6), 792-799. <https://doi.org/10.1177/0145721713504470>
- Colvin, C. J., Hodgins, S. et Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 8. Incentives and remuneration. *Health Research Policy and Systems*, 19(Suppl 3). <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00750-w>
- Cometto, G., Ford, N., Pfaffman-Zambruni, J., Akl, E. A., Lehmann, U., McPake, B., Ballard, M., Kok, M., Najafizada, M., Olaniran, A., Ajuebor, O., Perry, H. B., Scott, K., Albers, B., Shlonsky, A. et Taylor, D. (2018). Health policy and system support to optimise community health worker programmes: an abridged WHO guideline. *The Lancet Global Health*, 6(12), e1397-e1404. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30482-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30482-0)
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L. et Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Gaëtan Morin éditeur/Chenelière éducation.
- Coutinho, S. B., Lira, P. I., Lima, M. C., Frias, P. G., Eickmann, S. H. et Ashworth, A. (2014). Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutrition*, 17(4), 948-955. <https://doi.org/10.1017/S1368980013001833>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. et Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: The new medical research council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 587-592.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010>

- Crispin, N., Wamae, A., Ndirangu, M., Wamalwa, D., Wangalwa, G., Watako, P. et Mbiti, E. (2012). Effects of Selected Socio-Demographic Characteristics of Community Health Workers on Performance of Home Visits during Pregnancy: A Cross-Sectional Study in Busia District, Kenya. *Global Journal of Health Science*, 4(5), 78-90.  
<https://doi.org/10.5539/gjhs.v4n5p78>
- Cupertino de Barros, F. P., Mendonça, A. V. M. et de Sousa, M. F. (2015). Agents communautaires de santé : un modèle de santé sans murs. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, 106(3), e154-e156.  
<https://doi.org/10.17269/CJPH.106.4947>
- Da Silva, R. B., Contandriopoulos, A.-P., Pineault, R. et Tousignant, P. (2011). A Global Approach to Evaluation of Health Services Utilization: Concepts and Measures. *Healthcare Policy*, 6(4), e106-e117.
- Dalkin, S. M., Greenhalgh, J., Jones, D., Cunningham, B. et Lhussier, M. (2015). What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. *Implementation Science*, 10(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0237-x>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science : IS*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Das, L. K., Jambulingam, P. et Sadanandane, C. (2008). Impact of community-based presumptive chloroquine treatment of fever cases on malaria morbidity and mortality in a tribal area in Orissa State, India. *Malaria Journal*, 7, 75. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-7-75>
- Datiko, D. G. et Lindtjørn, B. (2009). Health Extension Workers Improve Tuberculosis Case Detection and Treatment Success in Southern Ethiopia: A Community Randomized Trial. *PLoS ONE*, 4(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005443>
- Datiko, D. G. et Lindtjørn, B. (2010). Cost and Cost-Effectiveness of Smear-Positive Tuberculosis Treatment by Health Extension Workers in Southern Ethiopia: A



- Community Randomized Trial. *PLoS ONE*, 5(2).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009158>
- Datiko, D. G., Yassin, M. A., Tulloch, O., Asnake, G., Tesema, T., Jamal, H., Markos, P., Cuevas, L. E. et Theobald, S. (2015). Exploring providers' perspectives of a community based TB approach in Southern Ethiopia: implication for community based approaches. *BMC Health Services Research*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1149-9>
- Dawson, A. J., Buchan, J., Duffield, C., Homer, C. S. E. et Wijewardena, K. (2014). Task shifting and sharing in maternal and reproductive health in low-income countries: a narrative synthesis of current evidence. *Health Policy and Planning*, 29(3), 396-408. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt026>
- Dawson, Pradhan, Y., Houston, R., Karki, S., Poudel, D. et Hodgins, S. (2008). From research to national expansion: 20 years' experience of community-based management of childhood pneumonia in Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(5), 339-343. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.047688>
- DeGennaro, V., Shafer, M., Kelly, M., Cornely, J. R. et Bernard, J. (2019). Cervical cancer treatment in Haiti: A vertically-integrated model for low-resource settings. *Gynecologic Oncology Reports*, 28, 71-75. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2019.03.009>
- Delacollette, C., Van der Stuyft, P. et Molima, K. (1996). Using community health workers for malaria control: experience in Zaire. *Bulletin of the World Health Organization*, 74(4), 423-430.
- Dessalegn, M. H. (2018). Ethiopias health extension program: Opportunities and challenges of its implementation in Shiromeda. *International Journal of Sociology and Anthropology*, 10(5), 53-58. <https://doi.org/10.5897/IJSA2017.0723>
- Desta, F. A., Shifa, G. T., Dagoye, D. W., Carr, C., Van Roosmalen, J., Stekelenburg, J., Nedi, A. B., Kols, A. et Kim, Y. M. (2017). Identifying gaps in the practices of rural health extension workers in Ethiopia: a task analysis study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2804-0>

- Devers, K. J. (1999). How will we know « good » qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1153-1188.
- Déviex, J. G., Rosenberg, R., Saint-Jean, G., Bryant, V. E. et Malow, R. M. (2013). The Continuing Challenge of Reducing HIV Risk among Haitian Youth: The Need for Intervention. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*. <https://doi.org/10.1177/2325957411418119>
- Dixon-Woods, M., Bosk, C. L., Aveling, E. L., Goeschel, C. A. et Pronovost, P. J. (2011). Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 167-205. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00625.x>
- Dobson, D. et Cook, T. J. (1980). Avoiding type III error in program evaluation: Results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning*, 3(4), 269-276. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(80\)90042-7](https://doi.org/10.1016/0149-7189(80)90042-7)
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118.
- Douthwaite, M. et Ward, P. (2005). Increasing contraceptive use in rural Pakistan: an evaluation of the Lady Health Worker Programme. *Health Policy and Planning*, 20(2), 117-123. <https://doi.org/10.1093/heapol/czi014>
- Dovlo, D. (2004). Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. *Human Resources for Health*, 2(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-7>
- Driscoll, S. D., Tappen, R. M., Newman, D. et Voegel-Harvey, K. (2018). Accuracy of visual inspection performed by community health workers in cervical cancer screening. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 142(3), 260-269. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12535>
- Druetz, T., Ridde, V., Kouanda, S., Ly, A., Diabaté, S. et Haddad, S. (2015). Utilization of community health workers for malaria treatment: results from a three-year panel study in

- the districts of Kaya and Zorgho, Burkina Faso. *Malaria Journal*, 14(1), 71.  
<https://doi.org/10.1186/s12936-015-0591-9>
- Dubois, C.-A. et Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7(1), 87.  
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-87>
- Dynes, M. M., Stephenson, R., Hadley, C. et Sibley, L. M. (2014). Factors shaping interactions among community health workers in rural Ethiopia: rethinking workplace trust and teamwork. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 Suppl 1, S32-43.  
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12135>
- Egan, K. F., Kristen, D. et Tanvi, P.-R. (2016). Community Health Systems Catalog Country Profile: Pakistan (Punjab), 20.
- Evans, D. B., Hsu, J. et Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 546-546A.  
<https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Exemplars in Global Health. (2020). Why is Brazil an Exemplar?  
<https://www.exemplars.health/topics/community-health-workers/brazil/why-is-brazil-an-exemplar>
- Farand, L., Champagne, F., Amyot, A., Denis, J.-L. et Contandriopoulos, A.-P. (1999). Évaluation de la réforme des services psychiatriques destinés aux adultes au pavillon Albert-Prévost 1. *Santé mentale au Québec*, 24(2), 90-125.  
<https://doi.org/10.7202/013014ar>
- Fassier, J.-B. et Durand, M.-J. (2010). L'analyse d'implantation des interventions en santé et sécurité au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 71(2), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2010.02.022>
- Fausto, M. C. R., Giovanella, L., de Mendonça, M. H. M., de Almeida, P. F., Escorel, S., de Andrade, C. L. T. et Martins, M. I. C. (2011). The Work of Community Health Workers in Major Cities in Brazil: Mediation, Community Action, and Health Care. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 34(4), 339-353.  
<https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e31822cbe60>

- Fekadu, L., Hanson, C., Osberg, M., Makayova, J., Mingkwan, P. et Chin, D. (2017). Increasing Access to Tuberculosis Services in Ethiopia: Findings From a Patient-Pathway Analysis. *The Journal of Infectious Diseases*, 216(Suppl 7), S696-S701.  
<https://doi.org/10.1093/infdis/jix378>
- Fetene, N., Linnander, E., Fekadu, B., Alemu, H., Omer, H., Canavan, M., Smith, J., Berman, P. et Bradley, E. (2016). The Ethiopian Health Extension Program and Variation in Health Systems Performance: What Matters? *PLOS ONE*, 11(5), e0156438.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156438>
- Filgueiras, A. S. et Silva, A. L. A. (2011). Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 899-916.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>
- Fishbein, D. H., Ridenour, T. A., Stahl, M. et Sussman, S. (2016). The full translational spectrum of prevention science: facilitating the transfer of knowledge to practices and policies that prevent behavioral health problems. *Translational Behavioral Medicine*, 6(1), 5-16.  
<https://doi.org/10.1007/s13142-015-0376-2>
- Fonds Français Muskoka. (2019). Politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre : Rapport d'analyse. <https://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2020/01/Rapport-Politiques-et-programmes-de-sante%CC%81-communautaire-en-AOC.pdf>
- Frieden, T. R. (2010). A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(4), 590-595.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>
- Frumence, G., Goodman, M., Chebet, J. J., Moshia, I., Bishanga, D., Chitama, D., Winch, P. J., Killewo, J. et Baqui, A. H. (2019). Factors affecting early identification of pregnant women by community health workers in Morogoro, Tanzania. *BMC Public Health*, 19.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7179-1>
- Fulton, B. D., Scheffler, R. M., Sparkes, S. P., Auh, E. Y., Vujicic, M. et Soucat, A. (2011). Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human Resources for Health*, 9(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-1>

- Gault, E. (2016). Critical Analysis of the Efficacy of Task-Shifting in Two Post-Earthquake Humanitarian Crisis Sites: Haiti and Nepal. <https://dukespace.lib.duke.edu/dspace/handle/10161/11986>
- Gebrehiwot, T., San Sebastian, M., Edin, K. et Goicolea, I. (2014). Health workers' perceptions of facilitators of and barriers to institutional delivery in Tigray, Northern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 137. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-137>
- Getnet, F., Hashi, A., Mohamud, S., Mowlid, H. et Klinkenberg, E. (2017). Low contribution of health extension workers in identification of persons with presumptive pulmonary tuberculosis in Ethiopian Somali Region pastoralists. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2133-3>
- Gilmore, B. et McAuliffe, E. (2013). Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*, *13*, 847. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-847>
- Gilroy, K. E., Callaghan-Koru, J. A., Cardemil, C. V., Nsona, H., Amouzou, A., Mtimuni, A., Daelmans, B., Mgalula, L. et Bryce, J. (2013). Quality of sick child care delivered by Health Surveillance Assistants in Malawi. *Health Policy and Planning*, *28*(6), 573-585. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs095>
- Giugliani, C., Harzheim, E., Duncan, M. S. et Duncan, B. B. (2011). Effectiveness of Community Health Workers in Brazil: A Systematic Review. *The Journal of Ambulatory Care Management*, *34*(4), 326-338. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e31822cbdfd>
- Gjesten, M. T., Wiig, S. et Testad, I. (2017). What are the key contextual factors when preparing for successful implementation of assistive living technology in primary elderly care? A case study from Norway. *BMJ Open*, *7*(9), e015455. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015455>
- Greenspan, J. A., McMahon, S. A., Chebet, J. J., Mpunga, M., Urassa, D. P. et Winch, P. J. (2013). Sources of community health worker motivation: a qualitative study in Morogoro Region, Tanzania. *Human Resources for Health*, *11*, 52. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-52>

- Grossman-Kahn, R., Schoen, J., Mallett, J. W., Brentani, A., Kaselitz, E. et Heisler, M. (2018). Challenges facing Community Health Workers in Brazil's Family Health Strategy: a qualitative study. *The International journal of health planning and management*, 33(2), 309-320. <https://doi.org/10.1002/hpm.2456>
- Guest, D. E. (1997). Human resource management and performance: a review and research agenda. *The International Journal of Human Resource Management*, 8(3), 263-276. <https://doi.org/10.1080/095851997341630>
- Gusdal, A. K., Obua, C., Andualem, T., Wahlström, R., Chalker, J., Fochsen, G. et project, on behalf of the I-I. (2011). Peer counselors' role in supporting patients' adherence to ART in Ethiopia and Uganda. *AIDS Care*, 23(6), 657-662. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.532531>
- Hafeez, A., Mohamud, B. K., Shiekh, M. R., Shah, S. A. I. et Jooma, R. (2011). Lady health workers programme in Pakistan: challenges, achievements and the way forward. *J Pak Med Assoc*, 61(3), 6.
- Haggerty, J. L., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Burge, F., Lévesque, J.-F., Santor, D. A., Bouharaoui, F. et Beaulieu, C. (2011). Comprehensiveness of Care from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthcare Policy*, 7(Spec Issue), 154.
- Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, S., Walker, D. G. et Bhutta, Z. (2007). Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet (London, England)*, 369(9579), 2121-2131. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60325-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60325-0)
- Hall, J. (2011). Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Midwifery*, 27(4), 497-502. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.03.011>
- Hamainza, B., Moonga, H., Sikaala, C. H., Kamuliwo, M., Bennett, A., Eisele, T. P., Miller, J., Seyoum, A. et Killeen, G. F. (2014). Monitoring, characterization and control of chronic, symptomatic malaria infections in rural Zambia through monthly household visits by paid

- community health workers. *Malaria Journal*, 13, 128. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-13-128>
- Hartzler, A. L., Tuzzio, L., Hsu, C. et Wagner, E. H. (2018). Roles and Functions of Community Health Workers in Primary Care. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 240. <https://doi.org/10.1370/afm.2208>
- Heller, R. (1978). Officiers de santé: the second-class doctors of nineteenth-century France. *Medical History*, 22(1), 25-43.
- Hone, T., Rasella, D., Barreto, M. L., Majeed, A. et Millett, C. (2017). Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLOS Medicine*, 14(5), e1002306. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
- IHE et ICF. (2018). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017). <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>
- IHSI. (2020). *Estimations de la population*. <https://ihsi.ayiti.digital/indicator-population>
- Ilozumba, O., Dieleman, M., Kraamwinkel, N., Van Belle, S., Chaudoury, M. et Broerse, J. E. W. (2018). « I am not telling. The mobile is telling »: Factors influencing the outcomes of a community health worker mHealth intervention in India. *PloS One*, 13(3), e0194927. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194927>
- Institut Haïtien de l'Enfance [IHE] et Inner City Fund [ICF]. (2018). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017). <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>
- Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique [IHSI]. (2015). *Estimation de la Population 2015*. pdfhall.com. [https://pdfhall.com/estimation-de-la-population-2015-ihsi\\_59fd10ca1723dd743b185fdf.html](https://pdfhall.com/estimation-de-la-population-2015-ihsi_59fd10ca1723dd743b185fdf.html)
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020). Ethiopia | Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://www.healthdata.org/ethiopia>

- Jackson, R. (2018). “We Prefer the Friendly Approach and Not the Facility”: On the Value of Qualitative Research in Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(5), 555-562. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i5.6>
- Jackson, R. et Hailemariam, A. (2016). The Role of Health Extension Workers in Linking Pregnant Women With Health Facilities for Delivery in Rural and Pastoralist Areas of Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 26(5), 471-478.
- Jaskiewicz, W. et Deussom, R. H. (2013). *Recruitment of Community Health Workers*.
- Jaskiewicz, W. et Tulenko, K. (2012). Increasing community health worker productivity and effectiveness: a review of the influence of the work environment. *Human Resources for Health*, 10, 38. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-38>
- Jeet, G., Thakur, J. S., Prinja, S. et Singh, M. (2017). Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. *PloS One*, 12(7), e0180640. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180640>
- Jerome, J. et Ivers, L. (2010). Community Health Workers in Health Systems Strengthening: A qualitative evaluation from rural Haiti. *AIDS (London, England)*, 24(Suppl 1), S67-S72. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000366084.75945.c9>
- Jobson, G., Naidoo, N., Matlakala, N., Marincowitz, G., Railton, J., McIntyre, J. A., Struthers, H. E. et Peters, R. P. (2020). Contextual factors affecting the integration of community health workers into the health system in Limpopo Province, South Africa. *International Health*, 12(4), 281-286. <https://doi.org/doi:10.1093/inthealth/ihz082>
- Joshi, Rohina, Alim, M., Kengne, A. P., Jan, S., Maulik, P. K., Peiris, D. et Patel, A. A. (2014a). Task Shifting for Non-Communicable Disease Management in Low and Middle Income Countries – A Systematic Review. *PLoS ONE*, 9(8), e103754. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103754>
- Khan, A. W., Amjad, C. M., Hafeez, A. et Shareef, R. (2012). Perceived individual and community barriers in the provision of family planning services by lady health workers in Tehsil Gujar Khan. *J Pak Med Assoc*, 62(12), 4.
- Khan, M. S., Mehboob, N., Rahman-Shepherd, A., Naureen, F., Rashid, A., Buzdar, N. et Ishaq, M. (2019a). What can motivate Lady Health Workers in Pakistan to engage more actively



- in tuberculosis case-finding? *BMC Public Health*, 19(1), 999.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7326-8>
- Kim, K., Choi, J. S., Choi, E., Nieman, C. L., Joo, J. H., Lin, F. R., Gitlin, L. N. et Han, H.-R. (2016). Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, 106(4), e3-e28.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302987>
- Kimberly, F. E., Kristen, D. et Tanvi, P.-R. (2017). Community Health Systems Catalog Country Profile: Uganda. Advancing Partners & Communities.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/uganda\\_chs\\_catalog\\_profile.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/uganda_chs_catalog_profile.pdf)
- Kok, M C et Muula, A. S. (2013). Motivation and job satisfaction of Health Surveillance Assistants in Mwanza, Malawi: an explorative study. *Malawi Medical Journal*, 25(1), 5-11.
- Kok, Maryse C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E., Kane, S. S., Ormel, H., Tijm, M. M. et De Koning, K. A. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers in low-and middle-income countries? A systematic review. *Health policy and planning*, 30(9), 1207-1227. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu126>
- Kok, Maryse C., Kane, S. S., Tulloch, O., Ormel, H., Theobald, S., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E. et de Koning, K. A. (2015). How does context influence performance of community health workers in low-and middle-income countries? Evidence from the literature. *Health research policy and systems*, 13(1), 1-14. <https://doi.org/DOI.10.1186/s12961-015-0001-3>
- Kok, Maryse C., Namakhoma, I., Nyirenda, L., Chikaphupha, K., Broerse, J. E., Dieleman, M., Taegtmeier, M. et Theobald, S. (2016). Health surveillance assistants as intermediates between the community and health sector in Malawi: exploring how relationships influence performance. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-12.
- Kok, Maryse C., Ormel, H., Broerse, J. E. W., Kane, S., Namakhoma, I., Otiso, L., Sidat, M., Kea, A. Z., Taegtmeier, M., Theobald, S. et Dieleman, M. (2017). Optimising the

- benefits of community health workers' unique position between communities and the health sector: A comparative analysis of factors shaping relationships in four countries. *Global Public Health*, 12(11), 1404-1432.  
<https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1174722>
- Kok, Maryse C, Vallières, F., Tulloch, O., Kumar, M. B., Kea, A. Z., Karuga, R., Ndima, S. D., Chikaphupha, K., Theobald, S. et Taegtmeier, M. (2018). Does supportive supervision enhance community health worker motivation? A mixed-methods study in four African countries. *Health Policy and Planning*, 33(9), 988-998.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czy082>
- Kredo, T., Adeniyi, F. B., Bateganya, M. et Pienaar, E. D. (2014). Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), 67.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007331.pub3>
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2016a). Community Health Systems Catalog Country Profile: Haiti - September 2016. Arlington, VA: Advancing Partners & Communities.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/apc\\_haiti\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/apc_haiti_chs_catalog_profile_0_0.pdf)
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2016b). Community Health Systems Catalog Country Profile: Malawi - September 2016.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/malawi\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/malawi_chs_catalog_profile_0.pdf)
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2016c). Community Health Systems Catalog Country Profile: Mali.  
[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/mali\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/mali_chs_catalog_profile_0.pdf)
- Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2016d). Community Health Systems Catalog Country Profile : Zambia.

[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/zambia\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/zambia_chs_catalog_profile_0_0.pdf)

Kristen, D., Kimberly, F. E. et Tanvi, P.-R. (2017). Community Health Systems Catalog Country Profile: Tanzania.

[https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/sites/default/files/resources/apc\\_tanzania\\_profile-web\\_tagged.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/sites/default/files/resources/apc_tanzania_profile-web_tagged.pdf)

Lara, M. O., Brito, M. J. M. et Rezende, L. C. (2012). The cultural aspects of the Practice of Community Health agents in rural areas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(3), 673-680. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300020>

Lefevre, D., Dieng, M., Lamara, F., Raguin, G. et Michon, C. (2014a). Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida, Community health workers in HIV/AIDS care. *Santé Publique*, 26(6), 879-888. <https://doi.org/10.3917/spub.146.0879>

Lehmann, U., Friedman, I. et Sanders, D. (2004). Review of the Utilization and Effectiveness of Community-Based Health Workers in Africa. University of the Western Cape. <https://www.hrhresourcecenter.org/node/3976>

Lema, I. A., Sando, D., Magesa, L., Machumi, L., Mungure, E., Mwanyika Sando, M., Geldsetzer, P., Foster, D., Kajoka, D., Naburi, H., Ekström, A. M., Spiegelman, D., Li, N., Chalamilla, G., Fawzi, W. et Bärnighausen, T. (2014). Community Health Workers to Improve Antenatal Care and PMTCT Uptake in Dar es Salaam, Tanzania: A Quantitative Performance Evaluation. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 67(Suppl 4), S195-S201. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000371>

Leong, S. L., Teoh, S. L., Fun, W. H. et Lee, S. W. H. (2021). Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *European Journal of General Practice*, 27(1), 198-210. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1954616>

Lewin, S. A., Dick, J., Pond, P., Zwarenstein, M., Aja, G., van Wyk, B., Bosch-Capblanch, X. et Patrick, M. (2005). Lay health workers in primary and community health care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD004015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004015.pub2>

- Limbani, F., Thorogood, M., Gómez-Olivé, F. X., Kabudula, C. et Goudge, J. (2019). Task shifting to improve the provision of integrated chronic care: realist evaluation of a lay health worker intervention in rural South Africa. *BMJ Global Health*, 4(1), e001084. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001084>
- López-Ejeda, N., Charle-Cuellar, P., G. B. Alé, F., Álvarez, J. L., Vargas, A. et Guerrero, S. (2020). Bringing severe acute malnutrition treatment close to households through community health workers can lead to early admissions and improved discharge outcomes. *PLoS ONE*, 15(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227939>
- Macinko, J. et Harris, M. J. (2015). Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Journal of Medicine*, 372(23), 2177-2181. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>
- MacRae, M. C., Fazal, O. et O'Donovan, J. (2020). Community health workers in palliative care provision in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature. *BMJ Global Health*, 5(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002368>
- Maes, K. et Kalofonos, I. (2013). Becoming and remaining community health workers: perspectives from Ethiopia and Mozambique. *Social Science & Medicine (1982)*, 87, 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.026>
- Malcolm, S., Cadet, J., Crompton, L. et DeGennaro, V. (2019). A model for point of care testing for non-communicable disease diagnosis in resource-limited countries. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 4. <https://doi.org/10.1017/gheg.2019.6>
- Mandigo, M., Frett, B., Laurent, J. R., Bishop, I., Raymondville, M., Marsh, S. et Kobetz, E. (2015). Pairing community health workers with HPV self-sampling for cervical cancer prevention in rural Haiti. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(3), 206-210. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.09.016>
- Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S. et Rosemann, T. (2015). The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human Resources for Health*, 13(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0049-8>

- Marzari, C. K., Junges, J. R. et Selli, L. (2011). Community health agents: profile and education. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 873-880. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700019>
- Matousek, A. C., Addington, S. R., Kahan, J., Sannon, H., Luckner, T., Exe, C., Jean Louis, R. R. E., Lipsitz, S., Meara, J. G. et Riviello, R. (2017). Patient Navigation by Community Health Workers Increases Access to Surgical Care in Rural Haiti. *World Journal of Surgery*, 41(12), 3025-3030. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4246-6>
- Matousek, A., Paik, K., Winkler, E., Denike, J., Addington, S. R., Exe, C., Louis, R. R. E. J. et Riviello, R. (2015). Community health workers and smartphones for the detection of surgical site infections in rural Haiti: a pilot study. *The Lancet*, 385, S47. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60842-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60842-X)
- Mays, N. et Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7226), 50-52.
- McLean, K. E., Kaiser, B. N., Hagaman, A. K., Wagenaar, B. H., Therosme, T. P. et Kohrt, B. A. (2015). Task sharing in rural Haiti: Qualitative assessment of a brief, structured training with and without apprenticeship supervision for community health workers. *Intervention (Amstelveen, Netherlands)*, 13(2), 135-155. <https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000074>
- Mdege, N. D., Chindove, S. et Ali, S. (2013). The effectiveness and cost implications of task-shifting in the delivery of antiretroviral therapy to HIV-infected patients: a systematic review. *Health Policy and Planning*, 28(3), 223-236. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs058>
- Medhanyie, A., Spigt, M., Kifle, Y., Schaay, N., Sanders, D., Blanco, R., GeertJan, D. et Berhane, Y. (2012a). The role of health extension workers in improving utilization of maternal health services in rural areas in Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 352. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-352>
- Melo e Lima, T. R. de, Maia, P. F. C. de M. D., Valente, E. P., Vezzini, F. et Tamburlini, G. (2018). Effectiveness of an action-oriented educational intervention in ensuring long term improvement of knowledge, attitudes and practices of community health workers in

- maternal and infant health: a randomized controlled study. *BMC Medical Education*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1332-x>
- Mengesha, W., Steege, R., Kea, A. Z., Theobald, S. et Datiko, D. G. (2018). Can mHealth improve timeliness and quality of health data collected and used by health extension workers in rural Southern Ethiopia? *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 40(Suppl 2), ii74-ii86. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy200>
- Mialhe, F. L., Lefèvre, F. et Lefèvre, A. M. C. (2011). Community health agents and their educational practices in oral health: a qualitative/quantitative evaluation. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4425-4432. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200015>
- Mijovic, H., McKnight, J. et English, M. (2016). What does the literature tell us about health workers' experiences of task-shifting projects in sub-Saharan Africa? A systematic, qualitative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2083-2100. <https://doi.org/10.1111/jocn.13349>
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Miller, N. P., Ardestani, F. B., Dini, H. S., Shafique, F. et Zunong, N. (2020). Community health workers in humanitarian settings: Scoping review. *Journal of Global Health*, 10(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020602>
- Ministère de la Santé Publique et de la Population [MSPP]. (2017). Haïti Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030 | HFG. <https://www.hfgproject.org/haiti-plan-strategique-de-developpement-des-ressources-humaines-pour-la-sante-2030/>
- Ministry of Health of Malawi. (2017). National community health strategy 2017 2022 : Integrating health services and engaging communities for the next generation. [https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/National\\_Community\\_Health\\_Strategy\\_2017-2022-FINAL.pdf](https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/National_Community_Health_Strategy_2017-2022-FINAL.pdf)
- Ministry of Health of Uganda. (2018a). Community Health Extension Workers (CHEWS) Training Curriculum - Uganda. [www.health.go.ug](http://www.health.go.ug)

- Ministry of Health of Uganda, R. of U. (2018b). Community Health Extension Workers National Policy 2018. <http://library.health.go.ug/publications/policy-documents/community-health-extension-workers-national-policy-2018>
- Mistry, S. K., Harris, E. et Harris, M. (2021). Community Health Workers as Healthcare Navigators in Primary Care Chronic Disease Management: a Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(9), 2755-2771. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06667-y>
- Moura, M. S. de, Carvalho, C. J. de, Amorim, J. T. C. de, Marques, M. F. S. S., Moura, L. de F. A. de D. et Mendes, R. F. (2010). Profile and procedures of the community health agents regarding oral health in the countryside of Piauí State, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1487-1495. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700061>
- Mpembeni, R. N. M., Bhatnagar, A., LeFevre, A., Chitama, D., Urassa, D. P., Kilewo, C., Mdee, R. M., Semu, H., Winch, P. J., Killewo, J., Baqui, A. H. et George, A. (2015). Motivation and satisfaction among community health workers in Morogoro Region, Tanzania: nuanced needs and varied ambitions. *Human Resources for Health*, 13(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0035-1>
- MSPP. (2008). Manuel de supervision à l'usage des Directions Centrales, Départementales, UCS et Institutions de Soins. [https://www.mspp.gouv.ht/site/download/guide\\_supervision\\_a\\_usage\\_dsp.pdf](https://www.mspp.gouv.ht/site/download/guide_supervision_a_usage_dsp.pdf)
- MSPP. (2012). Politique nationale de la santé. <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PNS%201juillet%20version%20finale.pdf>
- MSPP. (2013a). Grandes réalisations MSPP 2012-2013. <https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Grandes%20R%C3%A9%20%81alisations%20MSPP%202013.pdf>
- MSPP. (2013b). Haïti Plan Directeur de la Santé 2012-2022. <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sante%202012%202022%20version%20web.pdf>

- MSPP. (2015). Le Paquet Essentiel de Services.  
<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Manuel%20du%20PES%20Lancement%201er%20Septembre%202016%20compressed.pdf>
- MSPP. (2017a). Formation des agents de sante communautaires polyvalents : manuel de référence.
- MSPP. (2017b). Haïti Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030 | HFG. <https://www.hfgproject.org/haiti-plan-strategique-de-developpement-des-ressources-humaines-pour-la-sante-2030/>
- MSPP. (2017c). Rapport Statistique 2016.  
<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20Statistique%20MSPP%202016.pdf>
- MSPP. (2019). Haïti - Cartographie des Agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) : Rapport final. [https://d2s5011zf9ka1j.cloudfront.net/sites/default/files/2020-11/HTI\\_ASCP\\_Cartographie\\_20201105.pdf](https://d2s5011zf9ka1j.cloudfront.net/sites/default/files/2020-11/HTI_ASCP_Cartographie_20201105.pdf)
- MSPP. (2019). Rapport Statistique 2018.  
<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20Statistique%20MSPP%202018%20version%20web.pdf>
- MSPP et Organisation Panaméricaine de la Santé. (2017). *Organisation des services de santé communautaire en Haïti - Mise en oeuvre dans la commune de Carrefour (2011 - 2015)* ([Rapport d'activités]). Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) d'Haïti.
- Mubi, M., Janson, A., Warsame, M., Mårtensson, A., Källander, K., Petzold, M. G., Ngasala, B., Maganga, G., Gustafsson, L. L., Massele, A., Tomson, G., Premji, Z. et Björkman, A. (2011). Malaria Rapid Testing by Community Health Workers Is Effective and Safe for Targeting Malaria Treatment: Randomised Cross-Over Trial in Tanzania. *PLOS ONE*, 6(7), e19753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019753>
- Mukherjee, J. S. et Eustache, F. E. (2007). Community health workers as a cornerstone for integrating HIV and primary healthcare. *AIDS Care*, 19(sup1), 73-82.  
<https://doi.org/10.1080/09540120601114485>
- Munos, M., Guiella, G., Roberton, T., Maïga, A., Tiendrebeogo, A., Tam, Y., Bryce, J. et Baya, B. (2016). Independent Evaluation of the Rapid Scale-Up Program to Reduce Under-Five



- Mortality in Burkina Faso. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 94(3), 584-595. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0585>
- Mwai, G. W., Mburu, G., Torpey, K., Frost, P., Ford, N. et Seeley, J. (2013). Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 16(1), 18586. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.1.18586>
- Naburi, H., Ekström, A. M., Mujinja, P., Kilewo, C., Manji, K., Biberfeld, G., Sando, D., Chalamila, G. et Bärnighausen, T. (2017). The potential of task-shifting in scaling up services for prevention of mother-to-child transmission of HIV: a time and motion study in Dar es Salaam, Tanzania. *Human Resources for Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0207-2>
- Naimoli, J. F., Frymus, D. E., Wuliji, T., Franco, L. M. et Newsome, M. H. (2014). A Community Health Worker “logic model”: towards a theory of enhanced performance in low- and middle-income countries. *Human Resources for Health*, 12. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-56>
- Nanyonjo, A., Counihan, H., Siduda, S. G., Belay, K., Sebikaari, G. et Tibenderana, J. (2019). Institutionalization of integrated community case management into national health systems in low- and middle-income countries: a scoping review of the literature. *Global Health Action*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1678283>
- Negussie, A. et Girma, G. (2017). Is the role of Health Extension Workers in the delivery of maternal and child health care services a significant attribute? The case of Dale district, southern Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2590-8>
- Nemcek, M. A. et Sabatier, R. (2003). State of Evaluation: Community Health Workers. *Public Health Nursing*, 20(4), 260-270. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2003.20403.x>
- Neupane, D., Kallestrup, P., McLachlan, C. S. et Perry, H. (2014). Community health workers for non-communicable diseases. *The Lancet Global Health*, 2(10), e567. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70303-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70303-1)

- Nguyen, D. T. K., Leung, K. K., McIntyre, L., Ghali, W. A. et Sauve, R. (2013). Does Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Training Improve the Skills of Health Workers? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(6).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066030>
- Nisar, S., Khan, M. et Nisar, U. (2020). Impact Of Lady Health Workers On The Contraceptive Prevalence Rate In District Mardan. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 32(1), 104-110.
- Nkonki, L., Tugendhaft, A. et Hofman, K. (2017). A systematic review of economic evaluations of CHW interventions aimed at improving child health outcomes. *Human Resources for Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0192-5>
- Nsiband, D., Loveday, M., Daniels, K., Sanders, D., Doherty, T. et Zembe, W. (2018). Approaches and strategies used in the training and supervision of Health Extension Workers (HEWs) delivering integrated community case management (iCCM) of childhood illness in Ethiopia: a qualitative rapid appraisal. *African Health Sciences*, 18(1), 188-197. <https://doi.org/10.4314/ahs.v18i1.24>
- O'Donovan, J., Stiles, C., Sekimpi, D., Ddumba, I., Winters, N. et Jr, E. (2018). Potential challenges of implementing the Community Health Extension Worker programme in Uganda. *BMJ Global Health*, 3(4), e000960. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000960>
- O'Malley, G., Asrat, L., Sharma, A., Hamunime, N., Stephanus, Y., Brandt, L., Ali, D., Kainjee-Tjituka, F., Natanael, S., Gweshe, J., Feldacker, C. et Shihepo, E. (2014). Nurse Task Shifting for Antiretroviral Treatment Services in Namibia: Implementation Research to Move Evidence into Action. *PLOS ONE*, 9(3), e92014.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092014>
- ONUSIDA. (2016). Urgent need to strengthen community health systems to achieve the 90–90–90 treatment target.  
<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/june/909090humanresourceshealth>

- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*. Organisation mondiale de la Santé.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/95009>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2018). *Directives de l’OMS sur la politique de santé et l’accompagnement au sein du système en vue d’optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires*. Organisation mondiale de la Santé.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325564>
- Orkin, A. M., Rao, S., Venugopal, J., Kithulegoda, N., Wegier, P., Ritchie, S. D., VanderBurgh, D., Martiniuk, A., Salamanca-Buentello, F. et Upshur, R. (2021). Conceptual framework for task shifting and task sharing: an international Delphi study. *Human Resources for Health*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00605-z>
- Ormel, H., Kok, M., Kane, S., Ahmed, R., Chikaphupha, K., Rashid, S. F., Gemechu, D., Otiso, L., Sidat, M., Theobald, S., Taegtmeier, M. et de Koning, K. (2019). Salaried and voluntary community health workers: exploring how incentives and expectation gaps influence motivation. *Human Resources for Health*, 17(1), 59.  
<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0387-z>
- Ormel, N., Linnander, E., Fekadu, B., Alemu, H., Omer, H., Canavan, M., Smith, J., Berman, P. et Bradley, E. (2016). The Ethiopian Health Extension Program and Variation in Health Systems Performance: What Matters? *PLOS ONE*, 11(5), e0156438.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156438>
- Øvretveit, J. (2011). Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ quality & safety*, 20(Suppl\_1), i18-i23. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.045955>
- Owais, A., Hanif, B., Siddiqui, A. R., Agha, A. et Zaidi, A. K. (2011). Does improving maternal knowledge of vaccines impact infant immunization rates? A community-based randomized-controlled trial in Karachi, Pakistan. *BMC Public Health*, 11, 239.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-239>
- Paintain, L. S., Willey, B., Kedenge, S., Sharkey, A., Kim, J., Buj, V., Webster, J., Schellenberg, D. et Ngongo, N. (2014). Community Health Workers and Stand-Alone or Integrated

- Case Management of Malaria: A Systematic Literature Review. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 91(3), 461. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.14-0094>
- Pallas, S. W., Minhas, D., Pérez-Escamilla, R., Taylor, L., Curry, L. et Bradley, E. H. (2013). Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries: What Do We Know About Scaling Up and Sustainability? *American Journal of Public Health*, 103(7), e74-e82. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301102>
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. et Walshe, K. (2005). Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1\_suppl), 21-34. <https://doi.org/10.1258/1355819054308530>
- Pegurri, E., Fox-Rushby, J. A. et Damian, W. (2005). The effects and costs of expanding the coverage of immunisation services in developing countries: a systematic literature review. *Vaccine*, 23(13), 1624-1635. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2004.02.029>
- Pente, V., Bechange, S., Jolley, E., Tobi, P., Roca, A., Ruddock, A., Smart, N., Ogundimu, K., Vandy, M. et Schmidt, E. (2021). Task-shifting eye care to ophthalmic community health officers (OCHO) in Sierra Leone: A qualitative study. *Journal of Global Health*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.07001>
- Perry, H. (2013). A brief history of community health worker programs. Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide and case studies for program managers and policymakers.
- Perry, H. B., Akin-Olugbade, L., Lailari, A. et Son, Y. (2016). A comprehensive description of three national community health worker programs and their contributions to maternal and child health and primary health care. <https://www.exemplars.health/-/media/files/egh/resources/community-health-workers/ethiopia/perrychwprogramsibrazilethiopiaandnepal2016.pdf>
- Perry, Henry. (2013). A brief history of community health worker programs. *Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide and case studies for program managers and policymakers*, USAID, MCHIP, 1-16.
- Perry, Zulliger, R. et Rogers, M. M. (2014). Community Health Workers in Low-, Middle-, and High-Income Countries: An Overview of Their History, Recent Evolution, and Current

- Effectiveness. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 399-421.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182354>
- Phiri, S. C., Prust, M. L., Chibawe, C. P., Misapa, R., van den Broek, J. W. et Wilmink, N. (2017a). An exploration of facilitators and challenges in the scale-up of a national, public sector community health worker cadre in Zambia: a qualitative study. *Human Resources for Health*, 15(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0214-3>
- Pinto, R. M., da Silva, S. B. et Soriano, R. (2012). Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A Framework of their Praxis and Contributions to Patient Health Behaviors. *Social science & medicine* (1982), 74(6), 940-947.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.025>
- Polus, S., Lewin, S., Glenton, C., Lerberg, P. M., Rehfuess, E. et Gülmezoglu, A. M. (2015). Optimizing the delivery of contraceptives in low- and middle-income countries through task shifting: a systematic review of effectiveness and safety. *Reproductive Health*, 12(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0002-2>
- Postema, T. R. F., Peeters, J. M. et Friele, R. D. (2012). Key factors influencing the implementation success of a home telecare application. *International Journal of Medical Informatics*, 81(6), 415-423. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.12.003>
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida [ONUSIDA]. (2017). 2 millions d'agents de santé communautaires en Afrique.  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/African2mCHW\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/African2mCHW_fr.pdf)
- Projet Frontline Health et Zanmi Lasante. (2021). Évaluer la performance des agents de santé communautaires (ASC) à Haïti: principales conclusions d'une étude à méthodologie mixte, 5.
- Purcell, J. et Chartered Institute of Personnel and Development (dir.). (2009). *Understanding the People and Performance Link: Unlocking the black box* (repr). Chartered Institute of Personnel and Development.
- Rabbani, F., Perveen, S., Aftab, W., Zahidie, A., Sangrasi, K. et Qazi, S. A. (2016). Health workers' perspectives, knowledge and skills regarding community case management of childhood diarrhoea and pneumonia: a qualitative inquiry for an implementation research

- project “Nigraan” in District Badin, Sindh, Pakistan. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1699-5>
- Rafiq, M. Y., Wheatley, H., Mushi, H. P. et Baynes, C. (2019). Who are CHWs? An ethnographic study of the multiple identities of community health workers in three rural Districts in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4563-6>
- Raifman, S., Mellese, S., Hailemariam, K., Askew, I. et Erulkar, A. (2013). Assessment of the availability and use of maternal health supplies in the primary health care system in Amhara Region, Ethiopia. *Population Council*, 35.
- Rajasingham, A., Bowen, A., O’Reilly, C., Sholtes, K., Schilling, K., Hough, C., Brunkard, J., Domercant, J. W., Lerebours, G., Cadet, J., Quick, R. et Person, B. (2011). Cholera Prevention Training Materials for Community Health Workers, Haiti, 2010–2011. *Emerging Infectious Diseases*, 17(11), 2162-2165. <https://doi.org/10.3201/eid1711.110806>
- Razee, H., Whittaker, M., Jayasuriya, R., Yap, L. et Brentnall, L. (2012). Listening to the rural health workers in Papua New Guinea – The social factors that influence their motivation to work. *Social Science & Medicine*, 75(5), 828-835. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.013>
- Reif, L. K., Rivera, V., Louis, B., Bertrand, R., Peck, M., Anglade, B., Seo, G., Abrams, E. J., Pape, J. W., Fitzgerald, D. W. et McNairy, M. L. (2016). Community-Based HIV and Health Testing for High-Risk Adolescents and Youth. *AIDS Patient Care and STDs*, 30(8), 371-378. <https://doi.org/10.1089/apc.2016.0102>
- Rey, L., Brousselle, A. et Dedobbeleer, N. (2011). Logic analysis : Testing program theory to better evaluate complex interventions. *The Canadian journal of program evaluation = La Revue canadienne d’évaluation de programme*, 26(3), 61-89.
- Ridde, V., Robert, E., Guichard, A., Blaise, P. et Van Olmen, J. (2012). L’approche Realist à l’épreuve du réel de l’évaluation des programmes. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3), 37-59.

- Robert, É. et Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108. <https://doi.org/10.7202/1025741ar>
- Robertson, T., Applegate, J., Lefevre, A. E., Mosha, I., Cooper, C. M., Silverman, M., Feldhaus, I., Chebet, J. J., Mpembeni, R., Semu, H., Killewo, J., Winch, P., Baqui, A. H. et George, A. S. (2015). Initial experiences and innovations in supervising community health workers for maternal, newborn, and child health in Morogoro region, Tanzania. *Human Resources for Health*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0010-x>
- Robinson et Larsen, D. E. (1990b). The relative influence of the community and the health system on work performance: A case study of community health workers in Colombia. *Social Science & Medicine*, 30(10), 1041-1048. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90290-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90290-9)
- Rodriguez-García, R., Wilson, D., York, N., Low, C., N'Jie, N. et Bonnel, R. (2013). Evaluation of the community response to HIV and AIDS: Learning from a portfolio approach. *AIDS Care*, 25(sup1), S7-S19. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.764395>
- Rogers, E., Martínez, K., Morán, J. L. A., Alé, F. G. B., Charle, P., Guerrero, S. et Puett, C. (2018). Cost-effectiveness of the treatment of uncomplicated severe acute malnutrition by community health workers compared to treatment provided at an outpatient facility in rural Mali. *Human Resources for Health*, 16(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0273-0>
- Rosenthal, E. L., Brownstein, J. N., Rush, C. H., Hirsch, G. R., Willaert, A. M., Scott, J. R., Holderby, L. R. et Fox, D. J. (2010). Community Health Workers: Part Of The Solution. *Health Affairs*, 29(7), 1338-1342. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0081>
- Rowe, S. Y., Kelly, J. M., Olewe, M. A., Kleinbaum, D. G., McGowan, J. E., McFarland, D. A., Rochat, R. et Deming, M. S. (2007). Effect of multiple interventions on community health workers' adherence to clinical guidelines in Siaya district, Kenya. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 101(2), 188-202. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2006.02.023>

- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sadler, K., Puett, C., Mothabbir, G. et Myatt, M. (2011). Community Case Management of Severe Acute Malnutrition in Southern Bangladesh. <https://fic.tufts.edu/assets/Community-Case-Mgt.pdf>
- Sadrudin, S., Shehzad, S., Bari, A., Khan, A., Ibad-ul-Haque, Khan, A. et Qazi, S. (2012). Household Costs for Treatment of Severe Pneumonia in Pakistan. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87(5\_Suppl), 137-143. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2012.12-0242>
- Saha, U. R. et van Soest, A. (2013). Contraceptive use, birth spacing, and child survival in Matlab, Bangladesh. *Studies in Family Planning*, 44(1), 45-66. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2013.00343.x>
- Santos, K. T. dos, Saliba, N. A., Moimaz, S. A. S., Arcieri, R. M. et Carvalho, M. de L. (2011). Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 1023-1028. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700035>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. et Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Savaneviciene, A. et Stankeviciute, Z. (2015). The Models Exploring the “Black Box” between HRM and Organizational Performance. *Engineering Economics*, 21(4), 426-434. <https://doi.org/10.5755/j01.ee.21.4.11719>
- Schoen, J., Mallett, J. W., Grossman-Kahn, R., Brentani, A., Kaselitz, E. et Heisler, M. (2017). Perspectives and experiences of community health workers in Brazilian primary care centers using m-health tools in home visits with community members. *Human Resources for Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0245-9>



- Schwartz, T. T. (2008). *Travesty in Haiti: a true account of Christian missions, orphanages, fraud, food aid and drug trafficking*. BookSurge Publishing.
- Scott, K., Beckham, S. W., Gross, M., Pariyo, G., Rao, K. D., Cometto, G. et Perry, H. B. (2018). What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Human Resources for Health, 16*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0304-x>
- Scott, Lindsey B. Gottschalk, Wright, K. Q., Twose, C., Bohren, M. A., Schmitt, M. E. et Ortayli, N. (2015). Community Health Workers' Provision of Family Planning Services in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Effectiveness. *Studies in Family Planning, 46*(3), 241-261. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2015.00028.x>
- Sedlander, E., Bingenheimer, J. B., Edberg, M. C., Rimal, R. N., Shaikh, H. et Munar, W. (2018). Understanding modern contraception uptake in one Ethiopian community: a case study. *Reproductive Health, 15*. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0550-3>
- Seidman, G. et Atun, R. (2017). Does task shifting yield cost savings and improve efficiency for health systems? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries. *Human Resources for Health, 15*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0200-9>
- Séraphin, M. N., Xinguang, C., Ayoya, M. A., Ngnie-Teta, I., Boldon, E., Mamadoulaibou, A., Saint-Fleur, J. E. et Pierre, I. (2017). Childhood anemia in Rural Haiti: the potential role of community health workers. *Global Health Research and Policy, 2*, 3. <https://doi.org/10.1186/s41256-016-0022-7>
- Sharma, N., Harris, E., Lloyd, J., Mistry, S. K. et Harris, M. (2019). Community health workers involvement in preventative care in primary healthcare: a systematic scoping review. *BMJ Open, 9*(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031666>
- Sharma, R., Webster, P. et Bhattacharyya, S. (2014). Factors affecting the performance of community health workers in India: a multi-stakeholder perspective. *Global Health Action, 7*(1), 25352. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25352>
- Shaw, B., Amouzou, A., Miller, N. P., Tsui, A. O., Bryce, J., Tafesse, M. et Surkan, P. J. (2015). Determinants of Utilization of Health Extension Workers in the Context of Scale-Up of

- Integrated Community Case Management of Childhood Illnesses in Ethiopia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 93(3), 636-647.  
<https://doi.org/10.4269/ajtmh.14-0660>
- Shaw, J., Gray, C. S., Baker, G. R., Denis, J.-L., Breton, M., Gutberg, J., Embuldeniya, G., Carswell, P., Dunham, A., McKillop, A., Kenealy, T., Sheridan, N. et Wodchis, W. (2018). Mechanisms, contexts and points of contention: operationalizing realist-informed research for complex health interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0641-4>
- Shelley, K. D., Belete, Y. W., Phiri, S. C., Musonda, M., Kawesha, E. C., Muleya, E. M., Chibawe, C. P., van den Broek, J. W. et Vosburg, K. B. (2016). Implementation of the Community Health Assistant (CHA) Cadre in Zambia: A Process Evaluation to Guide Future Scale-Up Decisions. *Journal of Community Health*, 41(2), 398-408.  
<https://doi.org/10.1007/s10900-015-0110-5>
- Shelley, K. D., Mpembeni, R., Frumence, G., Stuart, E. A., Killewo, J., Baqui, A. H. et Peters, D. H. (2019). Integrating Community Health Worker Roles to Improve Facility Delivery Utilization in Tanzania: Evidence from an Interrupted Time Series Analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 23(10), 1327-1338. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02783-8>
- Shipton, L., Zahidie, A. et Rabbani, F. (2017). Motivating and demotivating factors for community health workers engaged in maternal, newborn and child health programs in low and middle-income countries: a systematic review., 27(1), 157-165.
- Sicotte, C., Champagne, F. et Contandriopoulos, A.--Pierre. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé.  
[https://www.researchgate.net/profile/Claude-Sicotte/publication/274136966\\_La\\_performance\\_organisationnelle\\_des\\_organisations\\_de\\_sante/links/5516a66e0cf2d70ee2754ba0/La-performance-organisationnelle-des-organisations-de-sante.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Claude-Sicotte/publication/274136966_La_performance_organisationnelle_des_organisations_de_sante/links/5516a66e0cf2d70ee2754ba0/La-performance-organisationnelle-des-organisations-de-sante.pdf)

- Simas, P. R. P., Pinto, I. C. de M. et Pinto, I. C. de M. (2017). Health work: portrait of community workers in the Northeast region of Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1865-1876. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.01532017>
- Smith, S., Agarwal, A., Crigler, L., Gallo, M., Finlay, A., Homsí, F. A., Lanford, E., Wiskow, C. et Wuliji, T. (2013). Community health volunteer program functionality and performance in Madagascar : a synthesis of qualitative and quantitative assessments. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/58003>
- Smith, S., Deveridge, A., Berman, J., Negin, J., Mwambene, N., Chingaipe, E., Puchalski Ritchie, L. M. et Martiniuk, A. (2014). Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi. *Human Resources for Health*, 12, 24. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-24>
- Stinson, W., Malianga, L., Marquez, L. et Madubuike, C. (1998). Quality supervision. *Q.A. Brief*, 7(1), 4-6.
- Stoebenau, K. et Valente, T. W. (2003). Using Network Analysis to Understand Community-Based Programs: A Case Study from Highland Madagascar. *International Family Planning Perspectives*, 29(4), 167-173. <https://doi.org/10.2307/3181045>
- Strachan, D. L., Källander, K., Asbroek, A. H. A. ten, Kirkwood, B., Meek, S. R., Benton, L., Conteh, L., Tibenderana, J. et Hill, Z. (2012). Interventions to Improve Motivation and Retention of Community Health Workers Delivering Integrated Community Case Management (iCCM): Stakeholder Perceptions and Priorities. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87(5 Suppl), 111. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2012.12-0030>
- Sunguya, B. F., Mlunde, L. B., Ayer, R. et Jimba, M. (2017). Towards eliminating malaria in high endemic countries: the roles of community health workers and related cadres and their challenges in integrated community case management for malaria: a systematic review. *Malaria Journal*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12936-016-1667-x>
- Teklehaimanot, H. D. et Teklehaimanot, A. (2013). Human resource development for a community-based health extension program: a case study from Ethiopia. *Human Resources for Health*, 11, 39. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-39>

- Tesfaye, C. (2017). Factors Affecting Health Extension Workers motivation in selected rural districts of Ethiopia: A qualitative study.  
<http://etd.aau.edu.et/bitstream/handle/123456789/7476/Chala%20Tesfaye.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Thiébaud, M. (1998). *La délégation*. <http://www.f-d.org/delegation.htm>
- Tilahun, H., Fekadu, B., Abdisa, H., Canavan, M., Linnander, E., Bradley, E. H. et Berman, P. (2017). Ethiopia's health extension workers use of work time on duty: time and motion study. *Health Policy and Planning*, 32(3), 320-328.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czw129>
- Urquhart, R., Porter, G. A., Sargeant, J., Jackson, L. et Grunfeld, E. (2014). Multi-level factors influence the implementation and use of complex innovations in cancer care: a multiple case study of synoptic reporting. *Implementation Science*, 9, 121.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-014-0121-0>
- Vareilles, G., Pommier, J., Kane, S., Pictet, G. et Marchal, B. (2015). Understanding the motivation and performance of community health volunteers involved in the delivery of health programmes in Kampala, Uganda: a realist evaluation protocol. *BMJ Open*, 5(1), e008614. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006752>
- Vareilles, G., Pommier, J., Marchal, B. et Kane, S. (2017). Understanding the performance of community health volunteers involved in the delivery of health programmes in underserved areas: a realist synthesis. *Implementation Science : IS*, 12.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-017-0554-3>
- Vaughan, K., Kok, M. C., Witter, S. et Dieleman, M. (2015). Costs and cost-effectiveness of community health workers: evidence from a literature review. *Human Resources for Health*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0070-y>
- Vries, D. H. de et Pool, R. (2017). The Influence of Community Health Resources on Effectiveness and Sustainability of Community and Lay Health Worker Programs in Lower-Income Countries: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 12(1), e0170217.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170217>

- Wagenaar, B., Kohrt, B., Hagaman, A., McLean, K. et Kaiser, B. (2013). Determinants of care seeking for mental health problems in rural Haiti: Culture, cost, or competency. *Psychiatric Services, Volume 64, Issue 4*.  
[https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/smhs\\_psych\\_facpubs/83](https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/smhs_psych_facpubs/83)
- Walt, G. (1988). CHWs: are national programmes in crisis? *Health Policy and Planning, 3*(1), 1-21. <https://doi.org/10.1093/heapol/3.1.1>
- Wang, H., Tesfaye, R., Ramana, G. N. V. et Chekagn, C. T. (2016). *Ethiopia health extension program: an institutionalized community approach for universal health coverage*. World Bank Group.
- Weiss, C. H. (1997). How Can Theory-Based Evaluation Make Greater Headway? *Evaluation Review, 21*(4), 501-524. <https://doi.org/10.1177/0193841X9702100405>
- Whidden, C., Kayentao, K., Liu, J. X., Lee, S., Keita, Y., Diakit , D., Keita, A., Diarra, S., Edwards, J., Yembrick, A., Holeman, I., Samak , S., Plea, B., Coumar , M. et Johnson, A. D. (2018). Improving Community Health Worker performance by using a personalised feedback dashboard for supervision: a randomised controlled trial. *Journal of Global Health, 8*(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.08.020418>
- WHO. (2007). Task shifting to tackle health worker shortages. <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Task-shifting-to-tackle-health-worker-shortages.pdf>
- WHO. (2008). *Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines*. World Health Organization. <https://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf?ua=1>
- WHO. (2013a). 3rd Global Forum on Human Resources for Health -The Recife Political Declaration on Human Resources for Health : renewed commitments towards universal health coverage.  
[https://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/recife\\_declaration\\_17nov.pdf?ua=1](https://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/recife_declaration_17nov.pdf?ua=1)
- WHO. (2013b). A Universal Truth: No Health Without a Workforce.  
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/ghwn/ghwa/ghwa\\_auniversaltruthreport.pdf?sfvrsn=966aa7ab\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/ghwn/ghwa/ghwa_auniversaltruthreport.pdf?sfvrsn=966aa7ab_3&download=true)

- WHO. (2013c). Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84202/9789242504842\\_fre.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84202/9789242504842_fre.pdf?sequence=1)
- WHO. (2016a). Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf>
- WHO. (2016b). *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*.  
[https://www.hhr-rhs.ca/fr/?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=11364&cf\\_id=69](https://www.hhr-rhs.ca/fr/?option=com_mtree&task=att_download&link_id=11364&cf_id=69)
- Witmer, A., Seifer, S. D., Finocchio, L., Leslie, J. et O'Neil, E. H. (1995). Community health workers: integral members of the health care work force. *American Journal of Public Health*, 85(8), 1055-1058.
- Wollinka, K. (ed ), Keeley, E. (ed ), Burkhalter, B. R. (ed ) et Bashir, N. (ed ). (1997). *Hearth nutrition model: applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh*. <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=XF2015033184>
- World Bank. (2017). *Mieux dépenser pour mieux soigner : un regard sur le financement de la santé en Haïti* [text/html]. World Bank.  
<https://www.banquemonde.org/fr/country/haiti/publication/better-spending-better-care-a-look-at-haitis-health-financing>
- World Bank. (2019). *Population, total - Pakistan | Data*.  
<https://donnees.banquemonde.org/indicateur/SP.POP.TOTL?locations=PK>
- World Health Organization. (2018). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533329/>
- World Health Organization [WHO]. (2008). *Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines*.  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/ttr\\_taskshifting\\_en\\_1.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ttr_taskshifting_en_1.pdf)

- Wright, P. M. et Nishii, L. H. (2006). Strategic HRM and organizational behaviour : integrating multiple levels of analysis. Cornell University, School of Industrial and Labor Relations, Center for Advanced Human Resource Studies.  
<http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cahrswp/405/>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods* (4th ed). Sage Publications.
- Yitayal, M., Berhane, Y., Worku, A. et Kebede, Y. (2014). Health extension program factors, frequency of household visits and being model households, improved utilization of basic health services in Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 14, 156.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-156>
- Zachariah, R., Ford, N., Philips, M., S.Lynch, Massaquoi, M., Janssens, V. et Harries, A. D. (2009). Task shifting in HIV/AIDS: opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(6), 549-558. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.09.019>
- Zanchetta, M. S., McCrae Vander Voet, S., Galhego-Garcia, W., Smolentzov, V. M. N., Talbot, Y., Riutort, M., Galhego, A. M. M. F., de Souza, T. J., Caldas, R. S., Costa, E., Kamikihara, M. M. et Smolentzov, S. (2009). Effectiveness of community health agents' actions in situations of social vulnerability. *Health Education Research*, 24(2), 330-342.  
<https://doi.org/10.1093/her/cyn023>
- Zulu, Joseph M., Kinsman, J., Hurtig, A.-K., Michelo, C., George, A. et Schneider, H. (2019). Integrating community health assistant-driven sexual and reproductive health services in the community health system in Nyimba district in Zambia: mapping key actors, points of integration, and conditions shaping the process. *Reproductive Health*, 16.  
<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0788-4>
- Zulu, Joseph Mumba, Hurtig, A.-K., Kinsman, J. et Michelo, C. (2015). Innovation in health service delivery: integrating community health assistants into the health system at district level in Zambia. *BMC Health Services Research*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0696-4>

Zulu, Joseph Mumba, Kinsman, J., Michelo, C. et Hurtig, A.-K. (2014). Hope and despair: community health assistants' experiences of working in a rural district in Zambia. *Human Resources for Health*, 12(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-30>



## Annexes

### Formulaires d'information et de consentement (Version finale)



#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (VERSION FRANÇAISE)

*Titre du projet de recherche*

### **Délégation des tâches dans les organisations de santé :** *Évaluation du programme des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) en Haïti*

#### **Étudiant-chercheur (Chercheur principal)**

*Gneninfo Lazar COULIBALY*

*Candidat au Doctorat en Santé Publique*

*École de Santé Publique de l'Université de Montréal (située au Canada)*

<b>Directeur de thèse</b> <i>Professeur Lambert Farand</i> <i>Professeur agrégé</i> <i>École de santé publique de l'Université de Montréal</i>	<b>Co-Directeur de thèse</b> <i>Professeur François Champagne</i> <i>Professeur titulaire</i> <i>École de santé publique de l'Université de Montréal</i>
<b>Superviseur en Haïti</b> <i>Dr Jean Géo Dubé, Directeur médical à l'Hôpital Universitaire Justinien d'Haïti</i>	

#### **Préambule**

Bonjour, vous êtes invité à participer à notre étude de recherche qui porte sur le programme des Agents de Santé Communautaires Polyvalent (ASCP) en Haïti. Avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les informations contenues dans ce document. Il s'agit d'un formulaire d'information et de consentement qui présente le but de l'étude, la méthodologie utilisée, la nature de votre participation, les avantages, les risques et inconvénients liés à l'étude, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de l'étude ou vos droits en tant que participant.

*Si vous avez des questions concernant l'étude, n'hésitez pas à les poser à la personne qui vous présente ce document, avant d'accepter d'y participer.*

### **Financement et conflits d'intérêts**

Ce projet de recherche bénéficiera d'un appui de l'Unité de Santé Internationale (USI), une organisation de l'Université Montréal dédiée à l'amélioration de la santé dans les pays en développement et en transition. L'Université de Montréal se trouve au Canada, plus précisément dans la province du Québec. Il n'y a pas de conflits d'intérêts connus associés à cette recherche.

### **But et méthodologie de l'étude**

Le but de cette étude est d'évaluer le programme des Agents de Santé Communautaires Polyvalent afin de comprendre comment il fonctionne, son contexte d'implantation et la façon dont son niveau de mise en œuvre est influencé par son contexte d'implantation. Pour atteindre cet objectif, il nous faut collecter et analyser des informations sur les activités du programme et les événements qui ont marqué sa mise en œuvre.

### **Nature de votre participation**

Si vous acceptez de participer à l'étude, nous allons avoir une conversation. Cette conversation sera planifiée selon vos disponibilités. Elle se déroulera à l'heure et à l'endroit que vous aurez choisi. Sa durée totale ne dépassera pas deux heures. Principalement, nos échanges porteront sur vos activités, votre expérience et vos opinions sur la mise en œuvre du programme des Agents de Santé Communautaires Polyvalent. Un dictaphone sera utilisé afin d'enregistrer notre conversation et faciliter la collecte des données, si vous y consentez. Seules les personnes impliquées dans le traitement et l'analyse des données de l'étude seront autorisées à écouter l'enregistrement audio.

### **Risques et inconvénients liés à l'étude**

On considère que le projet comporte peu de risques. Toutefois, si vous ressentez de l'inconfort face à une question, vous pouvez décider de ne pas répondre. Vous êtes libre de refuser de répondre à n'importe quelle question et de décider de ne pas parler de certains sujets. Après l'entrevue, à tout moment, si vous vous sentez stressé(e) ou anxieux/anxieuse en raison de votre participation à la recherche, nous vous invitons à contacter l'étudiant-chercheur, à l'adresse indiquée à la première page de ce formulaire.

### **Avantages et bénéfices**

Les avantages liés à cette étude sont plutôt d'ordre collectif. Elle fera progresser les connaissances sur le programme des Agents de Santé Communautaires Polyvalent. Les connaissances nouvelles qu'elle produira pourront aussi contribuer à l'amélioration des services offerts aux populations.

### **Confidentialité**

Toutes les informations que nous collecterons au cours de votre participation seront conservées de manière confidentielles, durant au moins sept années après l'acceptation de notre thèse de doctorat. Les données recueillies seront anonymisées afin que l'on ne puisse pas vous identifier. Les résultats du projet seront

diffusés par écrit (articles scientifiques, livres, rapports ou autres) et oralement (présentations dans des activités scientifiques). Aucune information permettant de vous identifier ne sera transmise ou publiée. Les résultats seront utilisés qu'à des fins scientifiques et d'enseignement.

### **Responsabilité de l'équipe de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez les chercheurs de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche, votre refus de participer ou votre retrait n'aura aucune conséquence sur votre emploi. En d'autres termes, vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison et sans aucun préjudice. Vous n'avez simplement qu'à nous aviser et ce, par simple avis verbal.

### **Personnes-ressources**

**Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez aussi contacter la personne-ressource suivante :**

**Président du Comité National de Bioéthique d'Haïti**  
*Dr Gerald Lerebours*  
*c/o AMH*  
*29, avenue de la Ligue Féminine ci-devant 1e avenue du Travail*  
*Port-au-Prince*  
*Haïti*

---

### **Consentement**

---

#### ***Déclaration du participant***

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche. Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités. J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

---

*Prénom et nom du participant (Caractères d'imprimerie)*

---

Signature du participant

---

Date :

---

***Engagement du chercheur***

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

---

Prénom et nom du chercheur (*Caractères d'imprimerie*)

---

Signature du chercheur

---

**FOMILÈ ENFÒMASYON AK KONSANTMAN (VERSION CRÉOLE)**

*Tit pwojè rechèch la*

**Delegasyon travay nan enstitisyon kap bay lasante yo  
Evalyasyon pwogram ajan sante kominotè polivalan (ASKP) yo nan peyi dAyiti**

**Etidyan kap fè rechèch la**

*Gneninfo Lazar COULIBALY*

*Kandida pou Doktora an Sante piblik*

*Lekòl sante piblik Inivèsite de Monreyal (ki chita nan Kanada)*

<p><b>Premye Direktè pwojè a</b> <i>Profesè Lambert Farand</i> <i>Profesè agreje</i> <i>Lekòl sante piblik Inivèsite de Monreyal</i></p>	<p><b>Dezyèm Direktè pwojè a</b> <i>Profesè François Champagne</i> <i>Profesè titilè</i> <i>Lekòl sante piblik Inivèsite de Monreyal</i></p>
<p><b>Sipèvizè an Ayiti</b> <i>Dr Jean Géo Dubé, Direktè medikal Jistis Inivèsite Jistinyen an Ayiti</i></p>	

**Entwodiksyon**

Bonjou,

W envite pou w patisipe nan yon rechèch kap fèt sou pwogram ajan sante kominotè polivalan yo nan peyi dAyiti. Anvan w aksepte patisipe nan etid la, svp pran yon ti tan pou w li enfòmasyon ki nan dokiman sa a pou w ka byen konprann etid la. Se yon fòmilè enfòmasyon ak konsantman ki pale de objektif etid la, fason etid la ap fèt, kijan wap patisipe, avantaj, risk ak enkonvenyan ke w ka jwenn pandan dewoulman etid la e lap di w tou avèk ki moun w ka kominike si w gen kesyon konsènan dewoulman etid la ak dwa w genyen antanke patisipan.

Si w gen kesyon konsènan etid la, pa ezite poze yo ak moun kap prezante w dokiman sa, anvan w aksepte patisipe nan etid la

**Finansman ak konfli enterè**

Pwojè rechèch sa a pral sipòte pa Inite Sante Entènasyonal, yon òganizasyon nan Montréal nan Université dedye a amelyore sante nan peyi devlope yo ak tranzisyon yo. Inivèsite a nan Monreyal sitiye nan Kanada, plis jisteman nan pwovens lan nan Quebec. Pa gen konfli li te ye nan enterè ki asosye ak rechèch sa a.

**Bi ak fason etid la ap dewoule**

Bi etid sa a, se evalye pwogram ajan sante kominotè polivalan pou nou ka byen konprann fason li fonksyone, nan ki kontèks yo te mete l sou pye e nan ki pwèn kontèks sa a enflyanse nivo pwogram nan. Pou nou rive

atenn objektif sa a, li enpòtan pou nou chèche non sèlman enfòmasyon sou aktivite pwogram nan men tou pou nou analize yo san nou pa bliye chèche konnen tout evenman ki make nivo pwogram nan

### **Nati patisipasyon w**

Si w aksepte patisipe nan etid la, nap gen yon ti konvèsasyon ke nap planifiye selon disponiblite w. Lap fèt nan lè ak kote w chwazi. Sa pap depase 2 èdtan. Nan moman ti echanj sa a nap genyen an, nap pale sitou sou aktivite w, eksperyans w ak opinyon w sou fason pwogram ajan sante kominotè polivalan an te rive mete sou pye. Si w dakò, map anrejistre konvèsasyon nou an nan yon ti aparèy anrejistreman yon fason pou m pa rate anyen nan sa nou te pale. Map di w tou ke non w pap figire sou okenn kote. Epi tou, se sèlman moun ki nan ekip rechèch la ki otorize pou koute anrejistreman sa a e m garanti w, nap efase l osito ke etid la fini.

### **Risk ak enkonvenyan**

Pwojè a konsidere kòm yon gwo risk. Men, si w santi w pa anvi reponn yon kesyon, w ka deside pa reponn. Santi w alèz pou w di sa, ak si w deside pa pale sou sèten sijè. Aprè antrevi a, a nenpòt ki moman, si w santi w strese paske w te patisipe nan rechèch la, w kapab kontakte moun ki responsab rechèch la nan adrès ki te ekri nan premye paj fòmilè an.

### **avantaj ak benefis**

Avantaj ki gen nan etid sa a, se pou tout moun lap ye. Lap ogmante konesans nou sou pwogram nan e konesans sa a kapab fè lòt sèvis yap ofri a tout popilasyon an vin amelyore. Pa gen okenn risk ak enkonvenyan si w patisipe nan etid sa a kap fèt la.

### **Konfidansyalite**

Tout enfòmasyon nou kolekte pandan patisipasyon nou an ap rete konfidansyèl pou omwen sèt ane apre akseptasyon nan tèt doktora nou yo. Done yo kolekte yo pral anonimize pou nou pa ka idantifye ou. Rezilta pwojè a pral distribye alekri (atik syantifik, liv, rapò oswa lòt) ak oral (prezantasyon nan aktivite syantifik). Yo pap transmèt oswa pibliye enfòmasyon ki idantifye yo. Rezilta yo pral itilize pou rezon syantifik ak edikatif sèlman.

### **Responsabilite ekip rechèch la**

Lefèt ke w aksepte patisipe nan etid sa a, sa pa retire dwa w genyen ni sa pa retire dwa chèchè yo genyen tou sou responsabilite sivil yo ak responsabilite pwofesyonèl yo.

### **Patisipasyon volontè ak dwa pou w retire tèt w nan rechèch la**

Patisipasyon ou nan pwojè rechèch sa a, refi ou a patisipe oswa retrè ou a pap gen okenn efè sou travay ou. W kapab retire tèt w tou a nenpòt ki moman w vle san w pa bezwen eksplike pouki rezon w fè sa, e sa pap ba w okenn pwoblèm. W ap tou senpleman avize nou nan bouch ke w vle fè sa.

### **Moun pou kontakte**

Pou tout enkyetid w genyen sou dwa w ak responsablite chèchè yo genyen konsènan patisipasyon w nan pwojè a, w kapab kontakte moun sa yo :

**Prezidan Komite Nasyonal la nan biyetik nan Ayiti**

*Dr Gerald Lerebours*

*c/o AMH*

*29, avenue de la Ligue Féminine ci-devant 1e avenue du Travail*

*Port-au-Prince, Ayiti*

---

**Konsantman**

---

**Deklarasyon moun kap patisipe a**

Mwen konprann ke mwen ka pran tan mwen pou m reflechi anvan m aksepte patisipe nan rechèch sa a. Mwen ka poze kesyon a ekip rechèch la e mwen ka egzije l ban m repons. Mwen konprann ke si m dakò patisipe nan rechèch sa a, mwen pa renonse a dwa mwen genyen ni chèchè a tou pa renonse a responsablite l. Mwen konprann tout sa ki di nan fòmilè a e mwen aksepte patisipe nan pwojè rechèch sa a .

---

Non moun kap patisipe a, an lèt detache

---

Siyati moun kap patisipe a

---

Dat :

---

**Angajman chèchè a**

Mwen eksplike tout kondisyon patisipasyon nan pwojè rechèch la, a patisipan an. Mwen reponn nan mezi konesans mwen a tout kesyon patisipan an poze et mwen asire ke patisipan an konprann tout repons yo. Mwen angaje m avèk ekip rechèch la pou m respekte tout sa ki te di nan fòmilè enfòmasyon ak konsantman an

---

Non chèchè prensipal la, an lèt detache)

---

Siyati chèchè a

---

Dat :

---

**Approbations des comités d'éthique**



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA POPULATION**  
*Comité National de Bioéthique*

13 mai 2019

**Evaluation initiale**

Gneninfole Lazar COULIBALY

Réf: 1819-40: ***Délégation des tâches dans les organisations de santé: Évaluation du programme des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) dans le département sanitaire du Nord d'Haïti*** Version 1.0, novembre 2018

Monsieur,

Le Comité National de Bioéthique a revu le dossier soumis et donne un avis favorable pour sa conduite du 13 mai 2019 au 13 janvier 2020 et approuve le protocole.

Le Comité vous rappelle qu'il vous faut

- soumettre pour approbation avant implémentation une copie de toute modification apportée au protocole,
- soumettre une copie des différents rapports, publications et présentations qui seront élaborés à partir de cette évaluation.

Le Comité vous souhaite du succès dans la conduite de cette étude.



Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

16 janvier 2019

Objet: Approbation éthique – « Délégation des tâches dans les organisations de santé: Évaluation du programme des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) en Haïti »

M. Gneninfo Lazar Coulibaly,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERSES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente  
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)  
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV  
Lambert Farand, professeur agrégé, École de santé publique - Département de gestion,  
d'évaluation et de politique de santé  
François Champagne, professeur titulaire, École de santé publique - Département de gestion,  
d'évaluation et de politique de santé  
p.j. Certificat #CERSES-18-006-D

**Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)**

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**

*Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.*

Projet	
<b>Titre du projet</b>	<b>Délégation des tâches dans les organisations de santé: Évaluation du programme des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) en Haïti</b>
<b>Étudiant requérant</b>	<b>Gneninfo Lazar Coulibaly</b> , Candidat au Ph. D. en santé publique, École de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé
<b>Sous la direction de:</b>	Lambert Farand, professeur agrégé, École de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Université de Montréal & François Champagne, professeur titulaire, École de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Université de Montréal.
Financement	
Organisme	Non financé

**MODALITÉS D'APPLICATION**

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est

Dominique Langlois, présidente  
Comité d'éthique de la recherche en sciences  
et en santé (CERSES)  
Université de Montréal

**16 janvier 2019**  
Date de délivrance

**1er février 2020**  
Date de fin de validité

**1er février 2020**  
Date du prochain suivi

adresse postale  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

adresse civique  
3333, Queen Mary  
Local 220-3  
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
cerses@umontreal.ca  
www.cerses.umontreal.ca