USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

PROJET
D'AMÉLIORATION
DES SOINS DE SANTÉ

RAPPORT DE LA RECHERCHE ET EVALUATION

Dissémination du Niger au Mali du collaboratif d'amélioration des soins obstétricaux et néonataux essentiels et des meilleures pratiques du collaboratif: *expériences, perceptions et efficacité*

AVRIL 2013

Ce rapport technique a été préparé par University Research Co., LLC (URC) pour une revue par l'Agence des États-Unis pour le développement international (l'USAID). Ses auteurs sont : Astou Coly, Zakari Saley, Haneefa Saleem, Sabou Djibrina, Maina Boucar et Karim Sangare. L'évaluation a été soutenue par le peuple américain à travers l'Projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID (HCI), que est géré par URC.

RAPPORT DE LA RECHERCHE ET EVALUATION

Dissémination du Niger au Mali du collaboratif d'amélioration des soins obstétricaux et néonataux essentiels et des meilleures pratiques du collaboratif: expériences, perceptions et efficacité

AVRIL 2013

Astou Coly
Zakari Saley
Haneefa Saleem
Sabou Djibrina
Maina Boucar
Karim Sangare

AVERTISSEMENT

Les vues exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou du gouvernement des États-Unis.

Remerciements : Les auteurs remercient le chef de la division santé de la reproduction de la DNS et son équipe, le Directeur régional de la santé de Kayes, les équipes des CSREF de Kayes et Diéma, l'équipe santé de la mission de l'USAID au Mali, les conseillers techniques HCI : M. Abdoulaye Sylla et Mme Kadiatou N'Diaye, toutes les équipes d'amélioration de la qualité, les coachs et les enquêteurs ayant participé à cette étude.

Cette étude a été soutenue par le peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et le Projet d'amélioration des Soins de Santé. Le Projet d'Amélioration des Soins de Santé est géré par la société University Research Co, LLC (URC), sous contrat numéro GHN-I-03-07-00003-00. Les sous-contractants pour le Projet d'amélioration de la Qualité inclut EnCompass LLC, Family Health International, Health Research Inc, Initiatives Inc, Institute for Healthcare Improvement et Johns Hopkins University Center for Communication Programs. Pour plus d'information sur le travail du projet, prier de visiter www.hciproject.org ou écrire à hci-info@urc-chs.com

Citation recommandée : Coly A, Saley Z, Saleem H, Djibrina S, Boucar M, Sangare K. 2013. Dissémination du Niger au Mali du collaborative d'amélioration des soins obstétricaux et néonataux essentiels et des meilleures pratiques du collaboratifs : expériences, perception et efficacité. *Rapport de la Recherche et Evaluation.* Publié par le Project d'amélioration des Soins de Santé, Bethesda, MD : University Research Co, LLC (URC)

TABLE DES MATIERES

Liste des Tableaux et Figures i
Abréviations ii
SOMMAIRE iii
I. INTRODUCTION 1
A. Collaboratif d'amélioration 1
B. Cadre de l'étude 2
C. Questions de recherche 3
II. METHODOLOGIE 3
A. Type d'étude 3
B. Echantillonnage 3
C. Collecte de données 4
D. Analyses de données 4
III. RESULTATS 5
A. Indicateurs cliniques 5
B. Données qualitatives 6
IV. DISCUSSION 22
V. CONCLUSION ET RECOMMENDATIONS 24
REFERENCES 26

Liste des Tableaux et Figures

Tableau 1. Indicateurs clés SONNE 4
Tableau 2. Domaines des meilleures pratiques mises en œuvre au Mali 7

Figure 1. Adhérence aux normes GATPA durant les 24 premiers mois du collaboratif au Mali comparé au Niger 5
Figure 2. Pourcentage d'hémorragie du postpartum durant les 24 premiers mois du collaboratif au Mali comparé au Niger 6
Figure 3. Adhérence aux normes SEN 24 premiers mois du collaboratif au Mali comparé au Niger 6

Abréviations

AQ	Amélioration de la qualité
ASACO	Association de santé communautaire
CSCOM	Centre de santé communautaire
DTC	Directeur Technique de Centre
GATPA	Gestion active de la troisième phase de l'accouchement
HCI	Projet d'USAID d'Amélioration des Soins de Santé (*USAID Health Care Improvement Project*)
HPP	Hémorragie post-partum
ONG	Organisations non-gouvernementales
SEN	Soins Essentiels Néonataux
SONNE	Soins obstétricaux et néonataux essentiels
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International *(United States Agency for International Development)*

SOMMAIRE

Introduction

Au Mali, le collaboratif des soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONNE) a débuté en fin 2009 et est basé sur les procédures et acquis du collaboratif SONNE du Niger mis en œuvre par le projet d'amélioration des soins de l'USAID (HCI) de 2006 à 2009 et a reçu une assistance technique de HCI moins importante qu'au Niger. Alors que la diffusion au sein d'un pays a été étudiée, il y a eu très peu, voire pas de recherches qui se sont intéressées au transfert d'un pays à l'autre. Pour contribuer à réduire ce gap de recherche, HCI a initié une étude sur le transfert de l'expérience du collaboratif SONNE et des meilleures pratique issues de ce collaboratif du Niger au Mali. L'objectif de cette étude visait à explorer la nature, l'étendue et l'efficacité de la dissémination du collaboratif SONNE et des meilleures pratiques du collaboratif du Niger au Mali.

Méthodologie

Cette étude transversale inclut une mesure quantitative des résultats sous forme d'indicateurs cliniques mais aussi une approche qualitative destinée à mieux appréhender le contexte dans lequel l'amélioration d'indicateurs liés au collaboratif s'est déroulée. Quinze centres de santé communautaires (CScoms) des districts de Kayes et de Diéma dans la région de Kayes ont fait partie de l'étude. Dans chaque site, trois membres des équipes d'amélioration de la qualité (AQ) ont été interviewés. Les informations ont été collectées auprès des membres des équipes AQ lors d'entretiens approfondis et des coachs lors de discussions de groupe dirigées (ou focus group) dans chaque district. Les indicateurs cliniques ont été collectés à partir de la base de données du collaboratif HCI Mali mise à jour mensuellement pour chaque site membre du collaboratif. Pour analyser les données qualitatives, un système de codage a été élaboré sur la base de thèmes guidés par les questions de recherche et sur la base d'autres thèmes qui ont émergé lors de la lecture des transcriptions. L'évolution dans le temps des variables indépendantes des indicateurs d'intérêt a été analysée en utilisant des données de série chronologiques.

Résultats

La mise en œuvre du collaboratif SONNE a conduit à des améliorations significatives des indicateurs cliniques au Mali. Les données qualitatives ont montré que le contenu clinique de l'intervention SONNE de même que des meilleures pratiques issues du collaboratif ont été disséminés avec succès du Niger au Mali. Les entretiens approfondis avec les membres des équipes AQ ont révélé qu'en plus du contenu clinique de l'intervention et des pratiques relatives aux activités AQ telles que le monitoring des données et la tenue régulière de réunions, les répondants ont révélé avoir mis en œuvre les meilleures pratiques du Niger relatifs aux intrants tels que le renforcement des compétences des prestataires, le renforcement en médicaments, équipements, matériels et support. Les répondants ont aussi déclaré avoir mis en œuvre les pratiques relatives à l'amélioration de l'adhésion aux normes de soins et au renforcement de l'organisation des services telles la pré-charge des seringues pour respecter l'heure d'administration de la l'ocytocine, la prolongation de la durée de la surveillance post-partum de la mère à six heures et la répartition des taches cliniques et des taches liées a l'AQ entre les membres de l'équipe Les répondants ont pu grâce à l'intervention identifier les problèmes et prendre les mesures nécessaires pour réduire l'hémorragie du post-partum et la mortalité néonatale. La plupart des répondants ont déclaré n'avoir fait aucune modification au paquet de changements de la GATPA et SEN présenté lors de la formation. Toutefois, deux formations sanitaires ont rapporté avoir ajouté un volet de sensibilisation communautaire au paquet de changements afin de répondre à la proportion très élevée d'accouchements à domicile et d'encourager les femmes enceintes à accoucher dans les centres de santé.

Les équipes AQ ont déclaré cependant avoir fait face à certains obstacles lors de la mise en œuvre du paquet de changements tels qu'un nombre insuffisant de personnel de santé ou des équipes AQ non-fonctionnelles, un manque de matériel et d'équipement, une mauvaise condition des établissements de

santé, une préférence pour les accouchements à domicile et des difficultés liés à la collecte de données tels que le nombre important de rapports et supports à remplir. D'un autre côté, les répondants ont révélé que le soutien de la communauté et le soutien financier des associations de santé communautaires (ASACO), le travail d'équipe et l'engagement des prestataires ont favorisé la mise en œuvre du paquet de changements.

Les coachs, quant à eux, ont révélé avoir bénéficié de bons nombres d'acquis durant leur formation et durant les sessions d'apprentissage dans les domaines de la gestion des ressources humaines et du coaching, de l'amélioration de la qualité, de la GATPA, du monitoring , de l'utilisation des données et dans le partage des résultats et leçons apprises. Ils ont souligné l'importance des données dans l'identification des problèmes et la prise de décisions, la concurrence entre les équipes AQ et leur relation avec les équipes AQ comme facteurs ayant favorisé l'appui aux équipes AQ. Les facteurs ayant entravé l'appui aux équipes AQ incluent les contraintes de temps et de personnel, les problèmes de transports, le manque de disponibilité des équipes AQ, la rotation du personnel, le manque de motivations financières, les lacunes en connaissances / compétences et le manque de matériels informatique.

Conclusion et recommandations

Cette étude a démontré que de meilleures pratiques développées dans un pays peuvent être transférées avec succès dans un pays similaire et avec une assistance technique moins importante de HCI lorsqu'elles s'adressent à un problème considéré comme une priorité par le système local. La valeur ajoutée de l'intervention SONNE a fait l'unanimité parmi les équipes AQ et les coachs interviewés et a été confirmée par l'amélioration des indicateurs cliniques.

La prise d'initiative, la perception de l'importance des données, le travail d'équipe et l'engagement des prestataires durant la mise en œuvre du paquet de changements sont particulièrement encourageant car pouvant contribuer au bon fonctionnement des centres de santé en général. Sur la base des résultats, les recommandations suivantes sont à considérer :

- Augmenter la durée des visites de coaching
- Prendre en compte la totalité des responsabilités des coachs
- Renforcer les formations des coachs et des équipes AQ.
- Continuer à mettre l'accent sur l'importance des données
- Organiser les outils de collecte de données et supports de manière plus efficiente

I. INTRODUCTION

Les résultats du projet d'Amélioration des Soins de Santé (Heath Care Improvement Project ou HCI) ont démontré la pertinence de l'approche collaborative quant à l'amélioration des soins de santé. Les observations, dans différents pays y compris le Niger, ont montré que les collaboratifs d'amélioration des soins de santé ont un impact sur les indicateurs cliniques, le personnel ainsi que les structures de santé [1, 2]. Par exemple, au Niger, les structures ayant travaillé sur ces améliorations ont généralement atteint un niveau de taux d'adhésion aux normes cliniques des soins maternels et néonataux d'au moins 80% sur une durée de 8 à 18 mois. De plus, le collaboratif a inspiré l'émergence d'un sentiment d'appartenance à un groupe dont la mission est de se rapprocher des autres et d'améliorer les soins de santé [3-4]

Le projet d'Amélioration des Soins de Santé a également démontré l'efficience du collaboratif dans la diffusion de l'amélioration des soins dans des régions d'un pays ou d'un système de santé [2, 5, 6]. Alors que la diffusion au sein d'un pays a été étudiée, il y a eu très peu, voire pas de recherches qui se sont intéressées au transfert d'un pays à l'autre. Pour contribuer à réduire ce gap de recherche, HCI a initié une étude sur le transfert de l'expérience du Niger au Mali dont les résultats sont ici partagés.

A. Collaboratif d'amélioration

Un «collaboratif d'amélioration » est un système d'apprentissage mutuel qui regroupe des équipes d'amélioration de la qualité (équipes AQ) en vue de réaliser rapidement des améliorations significatives dans les processus, la qualité et l'efficience d'un domaine spécifique de soins de santé. Les résultats des collaboratifs d'amélioration visent l'adaptation et l'extension des acquis vers d'autres sites. Ces acquis peuvent comprendre des pratiques cliniques basées sur des preuves scientifiques, des pratiques avérées qui sont généralement considérées comme « bonnes » ou même « les meilleures » ou tous autres changements dans les prestations des services, qui se traduisent par l'amélioration des soins de santé. Ces acquis constituent le « paquet de changements » du collaboratif : les changements dans les processus et l'organisation des soins que le collaboratif vise à introduire, perfectionner et disséminer. Pendant la durée du collaboratif, ce paquet initial de mise en œuvre est amélioré et renforcé à travers le travail des équipes AQ qui génèrent des preuves pour améliorer les normes, modèles de soins et/ou meilleures pratiques qui peuvent être rapidement vulgarisées vers d'autres sites.

Equipes d'amélioration de la qualité (équipes AQ) : Dans un collaboratif d'amélioration, les membres des équipes AQ travaillant au niveau de la prestation des services recherchent et testent les voies et moyens de mettre en pratique les concepts inclus dans le paquet de changements et surmonter les obstacles à leur mise en œuvre. Chaque équipe collecte des données sur des indicateurs pour déterminer si les changements mis en œuvre mènent à une amélioration. Les équipes des différents sites partagent les résultats, les innovations et défis et apprennent ainsi les unes des autres, notamment lors des sessions d'apprentissage.

Sessions d'apprentissage: Les sessions d'apprentissage sont des réunions qui regroupent certains membre des équipes d'AQ et des experts en contenu clinique et en amélioration de la qualité de façon régulière pour mener trois principales activités : partager les changements et les résultats (bons et mauvais), identifier les innovations et les pratiques prometteuses, renforcer leurs connaissances en contenu technique et en AQ. Dès leur retour à leurs sites respectifs, ils les partagent avec les autres membres des équipes AQ et élaborent des plans d'action pour commencer à effectuer les changements. En général, toute phase d'un collaboratif comprend trois à six sessions d'apprentissage suivies par un atelier/conférence de synthèse où les meilleures pratiques et les modifications finales au paquet de changements sont identifiées.

Coach : L'expérience dans les pays en voie de développement a montré que l'appui technique de « coachs » peut aider les équipes AQ à mener leurs activités à bon terme. Les coachs sont des personnes qui ont des connaissances et aptitudes développées en amélioration de la qualité et/ou le contenu technique du collaboratif et qui apportent un appui technique et des encouragements aux équipes en vue d'améliorer leurs performance. Le coach aide une équipe à mener son travail efficacement et s'acheminer vers l'autosuffisance. Le coach se rend sur les sites en moyenne une fois par trimestre et assure la formation sur le terrain en contenu technique et en AQ, vérifie les données du monitoring, assurent l'appui du processus de monitoring et aident les équipes à rechercher d'autres possibilités pour améliorer leur façon de faire.

B. Cadre de l'étude

De 2006 à 2009, le collaboratif des soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONNE) qui avait pour but de réduire la mortalité maternelle et néonatale par l'application d'une approche d'amélioration des soins qui couvre les périodes pré et post natales a couvert 7 des 8 régions du Niger et a obtenu des résultats significatifs concernant l'amélioration de la qualité des soins [3]. Le collaboratif SONNE du Niger a été mis en œuvre en deux phases. Durant la première phase (2006-2007), le collaboratif a introduit la prévention des infections, la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA), et l'application des soins essentiels néonataux (SEN). L'évidence scientifique a démontré que ces interventions à haut impact réduisent l'hémorragie post-partum (HPP) et la mortalité néonatale. La GATPA, une intervention en post-partum composée de trois éléments, est associée à une réduction de la survenue des HPP de plus de 60%. [7] La GATPA inclut l'administration d'un utérotonique (par exemple, l'ocytocine), la traction contrôlée du cordon, et le massage utérin après la délivrance du placenta. Les pratiques SEN comprennent l'évaluation (apprécier la coloration et la respiration) et le séchage immédiat du nouveau-né, le contrôle thermique (contact peau à peau et report du bain), la mise au sein du nouveau-né dans l'heure qui suit l'accouchement, les soins pour le cordon ombilical et les yeux, la surveillance post-partum et les conseils pour la mère et le bébé.

En 2008, lors de la visite de l'équipe de HCI du Niger au Mali, le Ministère de la Santé du Mali avait exprimé le besoin de disséminer l'utilisation de la GATPA dans le pays. HCI fut ainsi orienté vers Kayes qui ne bénéficiait à ce moment là d'aucun soutien technique ou financier pour former les prestataires en gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA). HCI trouva ce travail à Kayes comme une bonne opportunité de démontrer aussi la bonne mise en œuvre de qualité d'une intervention à haut impact basée sur l'évidence et mais aussi démontrer la valeur ajoutée de l'amélioration comme science et méthode de gestion des processus. Il fut donc question de disséminer le contenu clinique du collaboratif SONNE de même que le paquet des meilleures pratiques du collaboratif SONNE du Niger dans la région de Kayes.

Le collaboratif d'amélioration a débuté en fin 2009 au Mali et est basé sur les procédures et acquis du collaboratif SONNE du Niger. En étroite collaboration avec le Ministère de la Santé du Mali, des organisations non-gouvernementales (ONG) et divers partenaires internationaux, HCI s'est alors focalisée sur l'amélioration des soins obstétricaux essentiels et soins néonataux au sein des centres de santé communautaires (CScom) et la maternité de l'hôpital régional. L'assistance technique de HCI au Mali a été moins importante qu'au Mali. En effet, alors qu'au Niger, un staff technique de huit personnes a supervisé les formations et la mise en œuvre du collaboratif, au Mali, l'assistance de HCI a consisté à des visites de courte durée faites par l'équipe régionale de HCI du Niger. En Juin 2011, au moment ou l'étude a été menée, deux districts de la région de Kayes, Kayes et Diéma faisaient partie du collaboratif et 41 sur 57 formations sanitaires faisaient partie du programme SONNE au Mali.

La sélection des 41 sites a été effectuée à l'issue de consultations avec les responsables sanitaires des deux districts et de la région et était basé sur des critères tels que l'accessibilité (particulièrement pendant la saison des pluies) ainsi que le nombre d'accouchements ayant lieu dans les centres. Les discussions ont révélé que les résultats obtenus au niveau de ces centres et de l'hôpital régional auraient

un impact important. L'hôpital régional a été inclus au sein du collaboratif puisque tous les cas compliqués y sont envoyés. Lors de la sélection des sites du collaboratif, Diéma comprenait 19 CSComs fonctionnels et 2 CSComs non-fonctionnels. Tous les sites fonctionnels furent sélectionnés pour faire partie du collaboratif, cependant avant le début de la formation des prestataires, les 2 CSComs qui étaient non-fonctionnels devinrent fonctionnels en ayant une association de santé communautaire ASACO, engagé au moins un médecin, un gérant de dépôt de médicaments, une matrone et des équipements et médicaments appropriés. Ces 21 CSComs et le centre de santé de référence furent inclus dans les sites du collaboratif ramenant ainsi le nombre de sites total à 41 (38 CSComs, 2 Centres de santé de référence de district et un hôpital régional).

A la suite de l'évaluation de base du collaboratif qui s'est déroulée au début du mois d'Octobre 2009, les prestataires de santé, incluant les matrones ont été formées dans les pratiques de la GATPA et soins essentiels néonataux (SEN) de même que les procédures d'amélioration de la qualité des soins. Des équipes d'amélioration de la qualité ont été mises en place dans tous les sites du collaboratif et des « coachs » ont été formés pour superviser ces équipes. Les coachs sont des médecins et sages-femmes qui ont été sélectionnés parmi les formateurs de la GATPA, les superviseurs locaux et certains responsables de la Direction Régionale de la Santé. En moyenne, les visites de coaching étaient trimestrielle et duraient une journée par site au début du collaboratif et une demi journée vers la fin du collaboratif.

Les leçons tirées de l'expérience du Niger ainsi que des informations sur l'approche collaborative ont été partagées avec les partenaires.

C. Questions de recherche

L'objectif de cette étude visait à explorer la nature, l'étendue et l'efficacité de la dissémination du collaboratif SONNE et des meilleures pratiques du collaboratif du Niger au Mali. Spécifiquement, nous voulions déterminer l'expérience des membres d'équipes d'amélioration de la qualité et des coaches lors du transfert du collaboratif SONNE et des meilleures pratiques du collaboratif du Niger au Mali. Nous espérons, à travers cela, améliorer notre compréhension des procédures permettant d'appliquer ce transfert d'améliorations des soins d'un pays à l'autre.

II. METHODOLOGIE

A. Type d'étude

Cette étude transversale inclut une mesure quantitative des résultats mais aussi une approche qualitative destinée à mieux appréhender le contexte dans lequel l'amélioration d'indicateurs liés à l'intervention s'est déroulée. Les informations ont été collectées des membres des équipes AQ lors d'entretiens approfondis et des coachs lors de discussions de groupe dirigées (ou focus group).

B. Echantillonnage

Au total, 16 sites avaient été sélectionnés pour faire partie de l'étude : 8 CSComs dans chaque district ainsi que les deux centres de santé de référence. Un des sites sélectionné à Kayes a décliné de participer ramenant le nombre total de sites inclus dans l'étude à 15 (7 à Kayes et 8 à Diéma). Dans chaque site, trois membres des équipes d'AQ ont été interviewés. Les personnes interviewées incluent les directeurs techniques des CSCom, les matrones et les sages-femmes.

Dans chaque district, un groupe de discussion s'est réuni pour recueillir les informations qualitatives auprès des coaches qui soutiennent ces sites. Sept coachs de Diéma et huit coachs de Kayes ont participé aux groupes de discussion.

C. Collecte de données

Données qualitative : La composante qualitative de l'étude est rétrospective et vise à décrire la procédure à travers laquelle une liste de changements est disséminée d'un pays à un autre et à documenter l'expérience et la perception des coachs et des équipes AQ durant la mise en œuvre du paquet de changements. Les données qualitatives ont été collectées en Français à l'aide de :

- Groupes de discussion avec les coachs des 2 districts.
- Entretiens approfondis avec 15 équipes AQ (3 membres par équipe) des 2 districts.

Les entretiens ont été menés par trois spécialistes en techniques de groupes de discussions et en entretiens approfondis et ont été enregistres et transcrits.

Données quantitatives: Cette composante vise à déterminer les changements des indicateurs SONNE survenus depuis la mise en œuvre du collaboratif au Mali. Les indicateurs clés collectés dans le cadre de l'étude sont listes dans le Tableau 1. Ces indicateurs constituent une liste partielle des indicateurs collectés. Ces données ont été collectées à partir de la base de données du collaboratif HCI Mali mise à jour mensuellement pour chaque site membre du collaboratif.

Tableau 1. Indicateurs clés SONNE

Indicateurs	Source de données
% Accouchements par voie basse effectués à la maternité pour lesquels les trois éléments de la GATPA ont été appliqués	Formations sanitaires/base de données HCI
% d'adhésion aux normes SEN	
% d'hémorragies de la délivrance survenues chez les femmes ayant accouché par voie basse à la maternité	

Considérations éthiques

Les données cliniques ont été recueillies auprès des formations sanitaires. Aucun contact direct avec les patientes n'a eu lieu et aucune information permettant d'identifier les patientes n'a été collectée. En ce qui concerne les entretiens approfondis et les groupes de discussion, les participants ont reçu des explications sur la nature de l'étude et leur consentement leur a été demandé. Pour maintenir l'anonymat des participants, ni le nom des répondants ou le nom de leur formation sanitaire ne sont spécifiés dans la présentation des résultats de l'étude.

D. Analyses de données

Analyses qualitatives : Toutes les entrevues avec les équipes AQ et les groupes de discussion (focus groups) avec les coachs ont été enregistrés et transcrits. Les transcriptions ont été lues par deux membres de l'équipe de recherche et une analyse thématique a été utilisée pour analyser les transcriptions. Un système de codage a été élaboré sur la base de quelques thèmes guidés par les questions de recherche et sur la base d'autres thèmes qui ont émergé lors de la lecture des transcriptions. Le codage a été principalement mené en utilisant le programme 9.1 QSR NVivo. Les principales caractéristiques de la source de la transcription telles que la méthode de collecte de données (entrevue ou groupe de discussion) et le poste de travail de l'informateur, ont accompagné les textes codés : et le nom du district. Ces caractéristiques permettent la comparaison des expériences et des perceptions entre les districts et les personnes de différents niveaux au sein du système de soins de santé. Le nom du répondant et de sa formation sanitaire n'ont pas été inclus pour protéger l'anonymat des répondants.

Analyses quantitatives : L'évolution dans le temps des variables indépendantes des indicateurs d'intérêt a été analysée en utilisant des données de série chronologiques.

III. RESULTATS

A. Indicateurs cliniques

La figure 1 montre l'évolution dans le temps des indicateurs de la GATPA, figure 2 montre le pourcentage d'hémorragie du postpartum, tandis que la figure 3 montre l'adhérence aux soins SEN au Mali comparé au Niger durant les 24 premiers mois de la mise en œuvre du collaboratif. Comme l'indiquent les figures, la mise en œuvre du collaboratif a induit des améliorations significatives au niveau de ces indicateurs dans les deux pays. Les indicateurs ont en général un meilleur niveau de performance au Mali qu'au Niger au début du collaboratif et ont mis moins de temps au Mali qu'au Niger pour atteindre un niveau de bonne performance. En ce qui concerne la GATPA, l'adhérence a augmenté de 24% à 100% en huit mois au Mali. La fréquence de HPP a également diminué de manière significative au Mali (1.2% à 0%) et l'adhésion aux normes SEN de 32.2% à a 100%.

Figure 1. Adhérence aux normes GATPA durant les 24 premiers mois du collaboratif au Mali comparé au Niger

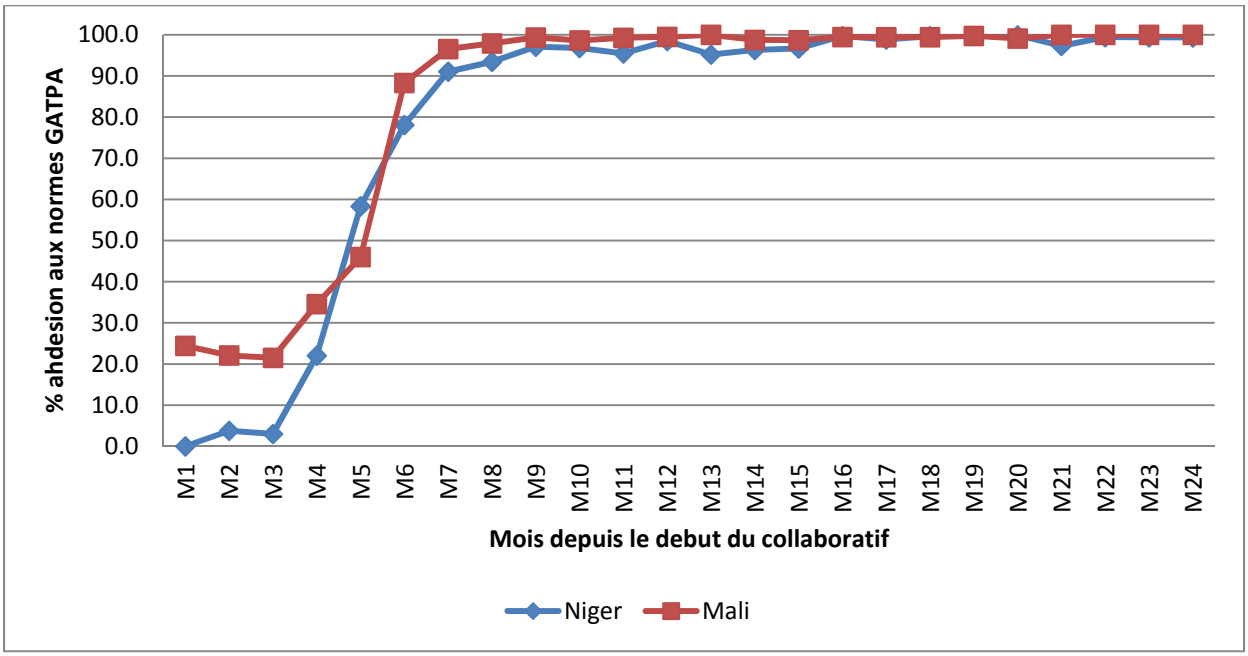


Figure 2. Pourcentage d'hémorragie du postpartum durant les 24 premiers mois du collaboratif au Mali comparé au Niger

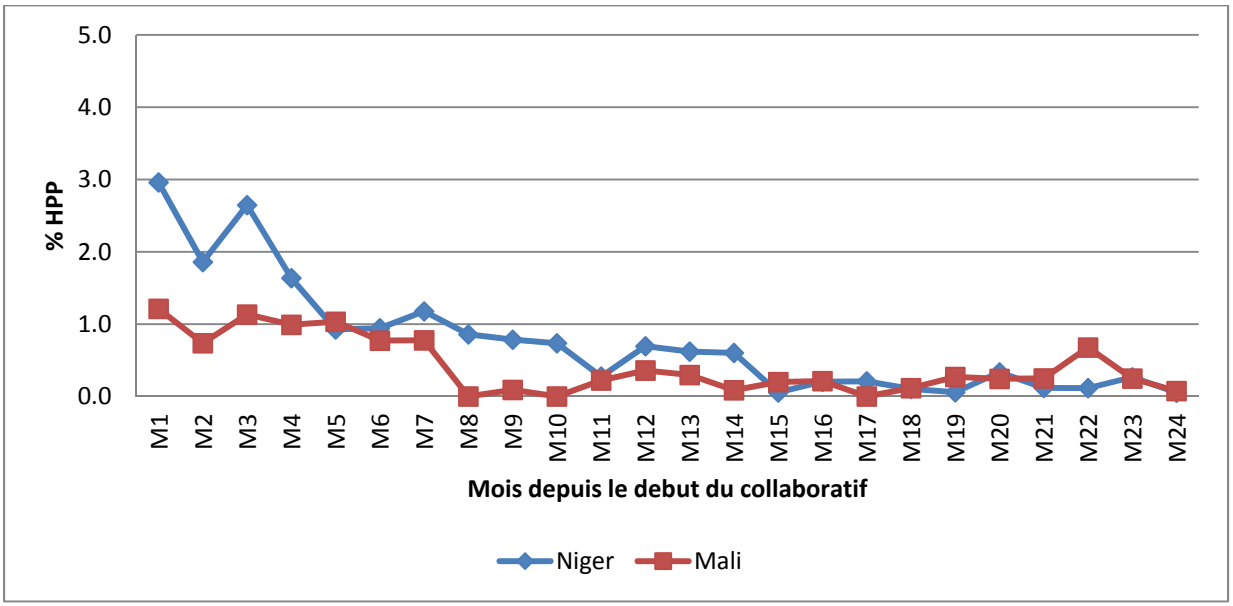
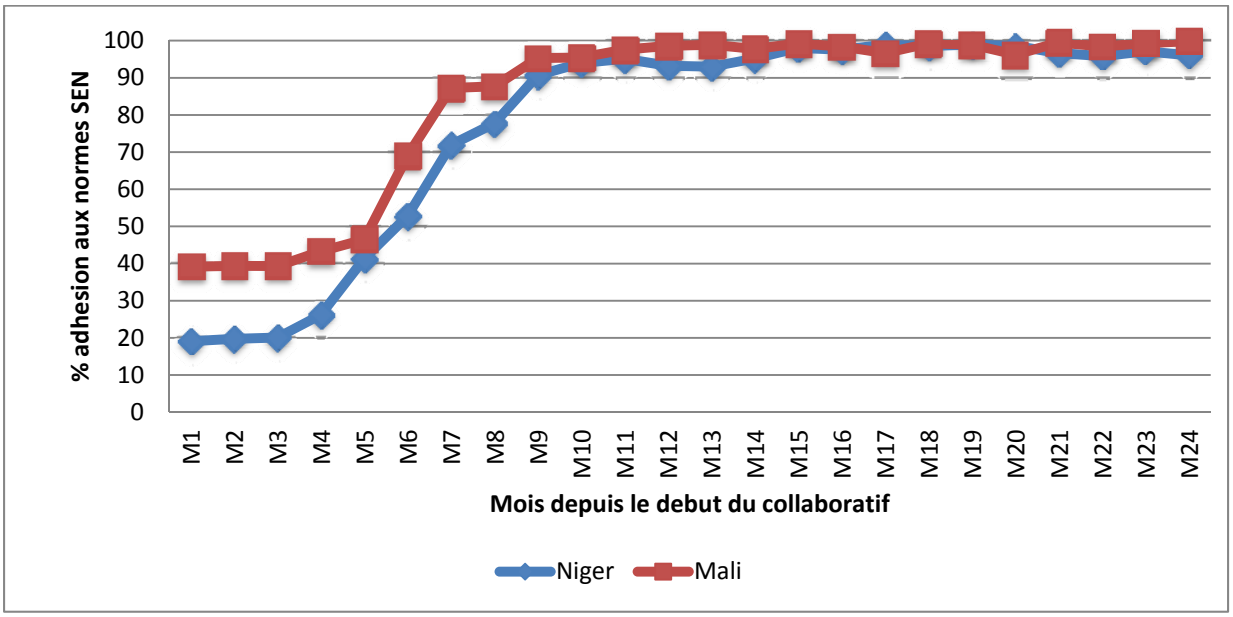


Figure 3. Adhérence aux normes SEN 24 premiers mois du collaboratif au Mali comparé au Niger



B. Données qualitatives

1. Entretiens approfondis avec les membres des équipes AQ

Mise en œuvre du contenu clinique

Les membres des équipes AQ ont signalé avoir mis en œuvre des procédures d'amélioration de la qualité, les pratiques de la GATPA, les pratiques des SEN et celles de la prévention des infections acquises lors de la formation clinique et de l'amélioration de la qualité menée par HCI.

Les répondants ont déclaré avoir mis en œuvre la GATPA dans leurs établissements de santé respectifs, y compris l'administration de l'ocytocine, la traction contrôlée du cordon ombilical, et le massage utérin après la délivrance du placenta, qui n'était pas pratiquée dans de nombreux établissements sanitaires auparavant. Selon les répondants, les éléments des soins essentiels du nouveau-né mis en œuvre comprennent : sécher et stimuler le nouveau-né après l'accouchement, évaluer l'état de santé du nouveau-né, placer le nouveau-né sur le ventre de la mère, et s'assure que la mère allaite son nouveau né dans l'heure qui suit la naissance. Les répondants ont aussi déclaré avoir adopté la pratique de la surveillance de la mère et du nouveau-né pendant six heures après l'accouchement. Certains répondants ont aussi indiqué qu'ils avaient intégré la planification familiale post-partum dans les activités du centre.

De nombreux répondants ont également souligné avoir mis en œuvre des améliorations en matière d'hygiène pour prévenir les infections depuis le début du collaboratif. Les pratiques d'hygiène adoptées comprennent se laver les mains avec du savon avant chaque étape de la GATPA et des soins essentiels du nouveau-né , changer la couverture en plastique sur laquelle les femmes accouchent après chaque accouchement, nettoyer régulièrement l'établissement de santé, utiliser des poubelles couvertes et les boîtes à déchets pour disposer du matériel utilisé et des déchets biomédicaux, utiliser de l'eau de Javel pour désinfecter les outils et les matériaux, et utiliser des gants propres durant les procédures cliniques. Comme souligné par ces répondants :

> *L'environnement de qualité, assainir tous les endroits, par rapport à l'hygiène toujours, chaque femme utilise son alèze parce qu'en accouchant sur le même plastique, elles peuvent s'infecter donc chaque femme avec son plastique. Auparavant on faisait l'accouchement avec les mêmes gants qu'on portait. Mais maintenant chaque fois que tu utilises les gants pour un travail on la change, les gants on les met dans l'eau de décontamination, et puis se laver les mains proprement et porter d'autres gants tout ça pour éviter les infections, dont on ne le faisait pas avant. [*Membre Equipe AQ, Matrone]

> *Il y'avait des nuages* parce qu'avant on les faisait accoucher sur la même alèze, maintenant chaque femme vient avec une alèze. Et les matériels aussi ne sont pas réutilisés après un accouchement pour une autre personne. Tout ça c'est du changement et c'est grâce au paquet de changements. Les gants n'étaient pas disponibles à tout moment, on réutilisait les mêmes gants souvent pour d'autres patientes. Maintenant chaque patiente avec de nouveaux gants, de l'eau de javel, donc il y a eu beaucoup de changements. [Membre Equipe AQ, Matrone]*

* nuages: étapes à problème dans le processus représentées par le symbole « nuage » dans le diagramme de processus

Mise en œuvre des meilleures pratiques du Niger

Les répondants ont également déclaré avoir adopté plusieurs changements provenant des meilleures pratiques du Niger. Les changements mis en places sont listés ci-dessous et sont relatifs aux intrants, au processus de soins et aux activités AQ (Tableau 2).

Tableau 2. Domaines des meilleures pratiques mises en œuvre au Mali

Changements relatifs aux intrants	Renforcement des compétences des prestataires
	Renforcement en médicaments, équipements, matériels, et supports
Changements relatifs au processus de soins	Améliorations de l'adhésion aux normes de soins (contenu des soins)
	Renforcement de l'organisation du service pour offrir les soins
Changements relatifs aux activités AQ	Renforcement du travail en équipe et de la redevabilité

Renforcement des compétences des prestataires

Les répondants de plusieurs établissements de santé ont déclaré avoir affiché des aide-mémoire dans les salles d'accouchement pour renforcer les compétences des agents de santé en GATPA / SEN. Un répondant a même déclaré que ces aide-mémoire ont conduit à des changements de comportement.

> *Nous avons des affiches dans la salle d'accouchement pour nous souvenir de tout ce qu'on va faire dans la salle d'accouchement, nous avons changé de comportement. [Membre Equipe AQ]*

Les répondants ont également signalé que des agents de santé non formés ont été systématiquement formés à la GATPA / SEN, en particulier après la formation formelle GATPA / SEN et les sessions d'apprentissage.

L'une des meilleures pratiques provenant du Niger et qui a abouti à des résultats positifs a été la mise en œuvre de réunions quotidiennes entre les agents de santé pour discuter des problèmes rencontrés dans la prestation de soins et de solutions potentiels à ces problèmes. Cependant, la plupart des répondants interviewés au Mali ont déclaré tenir des réunions hebdomadaires ou bi-mensuelle pour discuter de l'utilisation du partogramme et réfléchir à des solutions aux problèmes rencontrés dans l'exécution GATPA / SEN. Cependant, aucune des personnes interrogées n'a déclaré tenir des réunions quotidiennes pour discuter de ces questions. De manière analogue, la plupart des répondants ont indiqué passer en revue et corriger les partogrammes en tenant compte des commentaires de l'équipe. Toutefois, cela n'a pas été effectué tous les jours, ce qui est une des meilleures pratiques provenant du Niger.

Renforcement en médicaments, équipements, matériels et supports

En ce qui concerne le renforcement en médicaments, équipements, matériels et supports, les répondants ont souvent décrit qu'ils ont pu maintenir en stock les médicaments, matériels et équipements nécessaires à la mise en œuvre des soins GATPA / SEN et à la prévention des infections, y compris l'ocytocine, la tétracycline, la vitamine K, le savon et l'eau de Javel.

> *Donc comme changement, on a été voir toujours les matériels propres, les gants stériles, l'achat des pommades Tétracycline, l'achat également de la vitamine K1, bien avant la venue de la GATPA la vitamine K1 souvent était en rupture. Depuis que la GATPA est venue il y a disponibilité constante, il n'y a jamais eu de rupture. [Membre Equipe AQ]*

L'ocytocine, qui est nécessaire à la GATPA, doit être conservée à basse température afin de maintenir son efficacité. Une des meilleures pratiques de la GATPA était de maintenir un stock d'ocytocine et de disposer d'un réfrigérateur pour le conserver à la température appropriée. Des répondants ont spécifiquement indiqué qu'ils ont maintenu un stock d'ocytocine dans un réfrigérateur ou qu'ils ont mis en place une quantité d'ocytocine en salle d'accouchement dans un accumulateur congelé. Comme l'a déclaré un répondant :

> *Notre ocytocine est désormais gardée dans le frigo. Quand on a une femme en travail, on a un accumulateur congelé avant que la femme n'accouche. Dès qu'on sent que la femme est à complèt on charge l'ocytocine qui est toujours prêt après la sortie du fœtus sachant qu'il n'y a pas d'autres on met notre ocytocine. [Membre Equipe AQ]*

Cependant, certains répondants ont déclaré avoir eu des difficultés à maintenir leur stock d'ocytocine à la température appropriée en raison de l'absence ou du mauvais fonctionnement du réfrigérateur.

> *La difficulté qu'on a ou qu'on peut avoir dans ce changement peut être le problème de frigo qui souvent avec les pétroles de mauvaise qualité peut poser le problème de conservation de l'ocytocine qui doit être toujours disponible et à tout moment. [Membre Equipe AQ]*

Améliorations de l'adhésion aux normes de soins (contenu des soins)

Les répondants ont indiqué avoir intégré les éléments clés de la GATPA et SEN dans leurs pratiques de soins maternels et néonatals. Tous les répondants ont déclaré avoir adopté la meilleure pratique de prolonger la durée de la surveillance post-partum immédiat de la mère à six heures selon les meilleures pratiques du Niger.

> *La surveillance post partum, au cours de la GATPA 6 heures de temps surveillance après l'accouchement, au début c'était difficile, les femmes ne comprenaient pas, puisque c'est trop long. Au fur et à mesure qu'on a appliqué, elles même ont vu l'avantage. Dans le cadre de la GATPA, la surveillance pendant 6 heures nous a beaucoup aidés. [Membre Equipe AQ]*

Cependant certains répondants ont déclaré qu'au début ce changement n'a pas été facile à appliquer mais que les choses se sont amélioré une fois les patientes sensibilisées quant à la valeur de cette surveillance.

> *Il y a eu un nouveau changement, la durée fait à peu près 6 heures de temps dons vraiment ça n'a pas été facile...Une autre difficulté aussi c'est par rapport au séjour des patients mais je crois qu'avec la sensibilisation ça a amélioré qu'à même les 6 heures là qui est prévu au post-partum, les femmes ont compris ça et ont adhéré. [Membre Equipe AQ]*

Aucun répondant n'a indiqué prolonger la période d'hospitalisation après l'accouchement à 24 heures, cependant cela n'a pas été expressément demandé lors des entretiens.

Renforcement de l'organisation du service pour offrir les soins

Les membres des équipes d'AQ de plusieurs sites ont déclaré avoir adopté un système de nettoyage régulier du centre de santé. Dans certains cas, ils ont impliqué la communauté dans l'assainissement de l'établissement de santé. Dans d'autre cas, ils ont embauché un « manœuvre » ou ont impliqué le personnel du site.

Les répondants ont également signalé la répartition des tâches cliniques et des taches liées à l'amélioration de la qualité entre les membres de l'équipe, ce qui représente une des meilleures pratiques provenant du Niger. Cette répartition a permis de renforcer l'organisation du site.

> *Les éléments du changement par rapport aux ressources humaines comme je vous ai dit c'est la répartition des tâches, les gens ont été responsables désormais tout le monde à une responsabilité qu'à même et par rapport aux soins, oui les soins qu'à même sont prodigués selon les normes dans la mesure du possible. [Membre Equipe A Q]*

> *Les PV* sont tenus, le chef de poste prend les PV, les tâches sont reparties, c'es lui qui veille sur le temps, c'es lui qui doit décider des prochaines rencontres et c'est lui qui préside. [Membre Equipe AQ]*

** PV=procès verbaux*

En outre, bien que les répondants n'aient pas spécifiquement cité la création d'un poste d'accueil pour les femmes enceintes, une meilleure pratique provenant du Niger, ils ont déclaré avoir fait des améliorations dans le domaine de l'accueil et de l'admission des patients et de manière globale, dans la manière dont les patientes sont traitées.

> *Par rapport à l'accueil on assure le bon accueil, on leur souhaite la bienvenue, on les installe, les met à l'aise, il y a la courtoisie. [Membre Equipe AQ]*

Renforcement du travail en équipe et de la redevabilité

Les répondants ont déclaré qu'après la formation SONNE, la première mesure prise par les établissements de santé était de créer une équipe d'amélioration de la qualité pour la mise en œuvre du paquet de changement et de développer des stratégies pour améliorer la qualité des services au sein de leur formation sanitaire. Le nombre de membres et la composition des équipes AQ varie selon les établissements de santé. Cependant, les équipes d'amélioration sont souvent composées du chef du poste médical, des matrones ou infirmières obstétriciennes et des représentants de l'Association de Santé Communautaire (ASACO) pour les CSComs. Selon les répondants, les équipes AQ se sont réunies régulièrement pour discuter des défis rencontrés dans la mise en œuvre des changements aussi bien dans les pratiques cliniques que dans les domaines non-cliniques. La fréquence des réunions tenues avec les membres de l'équipe d'AQ a également varié selon les établissements de santé, mais en général, une à quatre réunions se sont tenues par mois. Les répondants ont déclaré utiliser des diagrammes de processus pour identifier et résoudre les problèmes au sein de leur formation sanitaire. L'importance des réunions a été mise en exergue. Selon un répondant :

> *Le changement qu'on a apporté dans le centre, chaque jeudi, on tient la réunion du staff, on échange et discute sur les différentes activités à mener, les problèmes rencontrés pour la mise en œuvre de ces activités, proposer des solutions pour les changements à faire. [Membre Equipe AQ, Matrone]*

Apres avoir examiné leur processus de soins maternels et néonataux, de nombreuses formations sanitaires ont reconnu que des améliorations étaient nécessaires notamment en ce qui concerne la manière dont les femmes qui arrivent à l'établissement de santé pour accoucher sont traitées. Selon un directeur technique de centre (DTC) :

> *Surtout on a commencé par l'accueil, la première des choses même, il faut que c'est l'accueil soit bien fait c'est cela qui va améliorer même la situation. Si l'accueil n'est pas bien faite ça ne pourra pas marcher. [Membre Equipe AQ, DTC]*

> *Par rapport à la GATPA, SEN ce qu'on a mis en œuvre, ici c'est l'amélioration dans l'accueil des femmes. Dès qu'une femme enceinte arrive pour l'accouchement nous l'accueillons rapidement pour l'amener dans la salle, la mettre à l'aise, parce que quand une femme en travail arrive, il faut toujours la mettre à l'aise, la tranquilliser. [Membre Equipe AQ, gérant du dépôt de vente de médicament]*

D'autres changements mis en œuvre au niveau des formations sanitaires comprennent une meilleure communication avec les patients, l'achat de matériaux nécessaires pour mener à bien les tâches cliniques l'amélioration de l'éclairage à l'électricité et, dans certains cas la rénovation du centre de santé.

Modifications du paquet de changements

La plupart des répondants ont déclaré n'avoir fait aucune modification au paquet de changements de la GATPA et SEN du Niger. Toutefois, deux formations sanitaires ont rapporté avoir ajouté un volet de sensibilisation communautaire au paquet de changements afin de répondre à la proportion très élevée d'accouchements qui se produisent dans les maisons et d'encourager les femmes enceintes à accoucher dans les centres de santé.

Dans l'un de ces sites, l'équipe AQ a mis en place des messages de communication visant à encourager les femmes enceintes à se rendre aux consultations prénatales et à accoucher dans les établissements de santé, et à éduquer la communauté sur l'importance de l'ocytocine et de la vitamine K. L'autre site s'est

focalisé sur l' éducation des femmes quant à l'importance de l'utilisation de nouvelles couvertures en plastique pour chaque accouchement.

Perceptions du paquet de changements

Les répondants ont trouvé les paquets GATPA et SEN utiles dans la réduction de l'hémorragie post-partum et facile à mettre en œuvre. De nombreux répondants ont décrit que l'adoption de la GATPA a amélioré leur capacité à prévenir l'hémorragie post-partum, qui était jusque l'a un sérieux problème.

> *Bon, d'autres commentaires, je ne fais que remercier l'initiative parce que c'est cette initiative là, je dirais ça été très bien prise parce que ça nous a permis d'acquérir beaucoup d'expériences et grâce à ça, ça permis à nos dames, mères et nos sœurs d'avoir moins de conséquences, moins de problèmes après l'accouchement parce qu'auparavant il y a avait beaucoup de décès maternels liés à l'hémorragie du post-partum. Mais avec l'arrivée de la GATPA, vraiment il y a eu beaucoup de diminution de cas d'hémorragies, et en ce qui concerne les SEN aussi ça permis à l'entretien, la prise en charge rigoureuse du nouveau né pour éviter les problèmes surgissant c'est ce que j'avais à dire. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Un répondant a mis l'accent sur l'identification de problèmes ou « erreurs ». Il a déclaré que les procédures du paquet de changements ont permis à son établissement d'identifier les problèmes et de prendre les mesures nécessaires pour réduire l'hémorragie du post-partum et la mortalité néonatale.

> *Le paquet de changement est utile puisque ça nous a permis d'évaluer nos activités mensuelles de déceler les erreurs. Le paquet est fait pour réduire le taux de mortalité infantile et le taux d'hémorragie après l'accouchement. On sait à partir de ce paquet ce qui a réussi et ce qui n'a pas réussi. [Membre Equipe AQ, Matrone]*

Certains répondants ont perçu le paquet comme étant difficile à mettre en œuvre initialement, particulièrement la période de surveillance de six heures. Toutefois, quelques répondants ont suggéré que la mise en œuvre est devenue plus facile avec le temps. Les aide-mémoires ont été jugées particulièrement utiles à la mise en œuvre du paquet de changements.

> *Son application n'a pas été facile surtout, la surveillance au post partum là auparavant qui eh… auparavant qui étaient eh aux environs de 6, 2 heures de temps là eh… il ya eu un nouveau changement, la durée fait à peu près 6 heures de temps donc vraiment ça n'a pas été facile. [Membre Equipe AQ, DTC]*

> *Bon l'application est un peu difficile mais il faut de courage, parce que dans tout travail le début est un peu difficile avant que tu t'habitues. Actuellement on peut dire que c'est presque amélioré mais au début avant que tu ne comprennes, il y a des parties que tu peux oublier certains comme tu peux te rappeler d'autres. Mais maintenant, on a presque maîtrisé parce qu'on a placé les supports qu'on a amené de la formation dans les endroits indiqués. Et au moment de la mise en œuvre (travail) il suffit de jeter un coup d'œil pour rappeler de ce que tu dois faire. Ça se passe comme ça et c'est facile pour nous maintenant. [Membre Equipe AQ, Matrone]*

Disséminations vers d'autres régions du Mali

Bien que tous les répondants aient recommandé la dissémination du paquet de changements dans d'autres régions du Mali, citant souvent son utilité dans la réduction de l'hémorragie post-partum, peu ont fourni des recommandations concrètes pour l'expansion du paquet de changements vers d'autres régions. Les répondants qui ont abordé ce sujet ont recommandé que le Ministère de la Santé et les partenaires concernés fournissent le matériel et les

équipements nécessaires à la mise en œuvre du paquet, y compris les tables d'accouchement, les réfrigérateurs, l'ocytocine et la vitamine K. Un répondant a également recommandé que la durée des visites de supervision soit augmentée afin de mieux aider le personnel à améliorer la qualité des prestations et remplir les documents requis. Une autre recommandation est que la formation soit dispensée non seulement aux chefs de centres de santé, mais aussi aux autres agents de santé. Comme l'a déclaré un chef de poste :

> *Le commentaire que j'ai à faire, c'est de ne pas limiter seulement la formation aux leaders et directeurs de centre, d'amener les autres à la formation pour rehausser leur niveau. [Membre Equipe AQ]*

Méthodes de communication en dehors des sessions d'apprentissage et des visites de coaching

Les répondants ont indiqué utiliser plusieurs méthodes pour échanger des informations au sein de leur formation sanitaire, avec les autres formations sanitaires et avec les coachs en dehors des sessions d'apprentissage et des visites de coaching. Certains répondants ont déclaré tenir des réunions avec tout le personnel de santé au retour des sessions d'apprentissage, pour discuter de ce qui s'est passé au cours de la session d'apprentissage, y compris les meilleures pratiques examinées, et comment mettre en œuvre de nouvelles recommandations et s'attaquer aux défis rencontrés au sein de leur formation sanitaire. Des réunions du personnel sont également tenues de manière régulière pour identifier les problèmes et trouver des solutions appropriées à ces problèmes.

En plus des sessions d'apprentissage et de réunions du personnel, d'autres méthodes de communication ont été utilisés pour partager les expériences et les leçons apprises avec les collègues des formations sanitaires du district. Certains répondants ont déclaré s'être rendus dans d'autres établissements de santé dans le district afin d'échanger des idées sur l'amélioration de la qualité en dehors des sessions d'apprentissage. Ces visites entre établissements de santé ont contribué à faciliter la diffusion des idées de changement au sein du district.

> *Bon, moi j'ai un site, ici souvent, on échange ensemble parce qu'on se côtoie, on échange des idées et tout ça c'est dans le but de l'amélioration de la qualité. On se côtoie, on se déplace moi souvent je me déplace pour aller chez lui, pour aller recueillir ses connaissances et ses améliorations également et venir adapter ça ici dans mon centre, c'est le déplacement seulement. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Cependant, tous les répondants n'ont pas signalé échanger des informations en dehors des sessions d'apprentissage et des visites de coaching. Trouver le temps et des moyens de transport pour se rendre visite à d'autres sites dans le district était un obstacle pour certains membres des équipes AQ. Cependant, passer des coups de téléphone aux collègues d'autres établissements de santé a été un moyen efficace d'échanger des idées de changement et apprendre des autres équipes.

Un répondant a même rapporté faire appel aux coachs en dehors des visites de coaching et des séances d'apprentissage pour discuter des problèmes auxquels son centre de santé est confronté :

> *Vraiment il nous ont apporté beaucoup de changement durant le coaching, surtout nous on a eu une chance que les autres n'ont pas eu parce qu'on est en contact vraiment avec les coachs souvent on les fait appel en dehors même du calendrier ordinaire du coaching pour des problèmes, des aspects qui nous dépassent on leur fait appel pour bénéficier de leur expérience, vraiment leur appui qu'à même n'a pas manqué, c'est ce qui nous a beaucoup soutenu dans la mise en œuvre du paquet de changement. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Obstacles à la mise en ouvre

Les équipes AQ ont déclaré avoir fait face à de nombreux obstacles lors de la mise en œuvre du paquet de changements. Les principaux obstacles rencontrés sont : la pénurie de personnel, le manque de matériel et d'équipement, la mauvaise condition des établissements de santé, les préférences pour les accouchements à domicile, les équipes AQ non-fonctionnelles ou avec un nombre insuffisant de membres, et les problèmes liés à la collecte de données.

Pénurie de personnel

De nombreux répondants ont mentionné que deux agents de santé sont nécessaires pour effectuer les tâches de la GATPA et de SEN indiqués dans le paquet de changements correctement puisqu'il faut s'occuper à la fois de la mère et son nouveau-né. Cependant, ceci pose un problème dans la pratique puisque de nombreux établissements sanitaires n'ont pas un nombre suffisant de personnel de santé qualifiés. Souvent seul un agent de santé est présent au moment ou la femme est sur le point d'accoucher.

> *On a mis en œuvre ici, nous sommes deux matrones ici, après la formation nous avons dit que le travail demandé est trop pour une seule personne, parce que s'occuper de la mère et l'enfant en même temps s'il y a réanimation, un geste ne sera pas fais à temps ou ne sera pas respecter comme ça se doit. Alors qu'on dit que la GATPA doit se faire immédiatement aux minutes qui suivent l'accouchement. L'injection se fait à la minute qui suit l'accouchement. S'il trouve que tu es seule et qu'il y'a un besoin de réanimation de l'enfant, ça peut poser des difficultés. C'est pour cela qu'on a jugé nécessaire de faire le travail ensemble à deux ; on a décidé comme ça. [Membre Equipe AQ, Matrone]*

La déclaration suivante illustre qu'au delà de la pénurie de personnel, il y aussi des lacunes du point des vue de la compétence de certains agents de santé tels que les matrones.

> *Il y a des …vraiment des difficultés pour l'application de ce paquet surtout en milieu rural et la principale difficulté, difficulté que nous avons rencontré c'est… Moi, l'insuffisance du personnel au niveau des maternités et la compétence aussi, parce que nos personnels au niveau de la maternité sont essentiellement constitués de matrone et là…Les choses ne sont pas vraiment facile, il faut du temps. [Membre Equipe AQ]*

Manque de matériel et d'équipement

Afin de bien mettre en œuvre le paquet de changements, les établissements de santé dans les sites cibles avaient besoin de certains intrants et équipements. Ces matériaux ont souvent fait défaut au début de la mise en œuvre du paquet de changements et ont du être achetés, souvent grâce à l'aide de l'ASACO.

> *Donc ensuite les matériels, il y'avait beaucoup, il y avait assez de matériels qui manquaient mais on a été obligé d'acheter, chercher des matériels. Il y'a des appareils à tension, 2 appareils à tension, trois seaux, un stock suffisant en eau de javel, il y a ensuite du savon, les fils de suture et puis il y a comment on appelle là, la chaine de froid était un problème ; si vous avez regardé au niveau de notre dernière réunion, j'ai même parlé de ça où il fallait s'investir à mettre sur place cette chaine de froid à tout moment voila. [Membre Equipe AQ, DTC]*

De plus, certains établissements de santé n'avaient pas de réfrigérateurs ou n'avaient pas de source d'électricité fiable pour stocker l'ocytocine à la bonne température. Un répondant a suggéré l'utilisation de réfrigérateurs solaires ou à gaz.

> *La difficulté qu'on a ou qu'on peut avoir dans ce changement peut être le problème de frigo qui souvent avec les pétroles de mauvaises qualité peut poser le problème de conservation de l'ocytocine qui doit être toujours disponible et à tout moment. S'il faut garder l'ocytocine dans un autre CSCom ou autre lieu ça pose problème. Donc si on peut avoir un frigo solaire ou à gaz c'est mieux. [Membre Equipe AQ, Matrone]*

Certains répondants se sont plaints du fait qu'ils devaient payer pour certains matériaux eux-mêmes à cause du manque de soutien financier de l'ASACO qui était non-fonctionnel dans un des sites au moment où ils ont commencé à mettre en œuvre la GATPA et les SEN et des autorités administratives locales.

> *Jusqu'à présent on en a manque, on en a, mais il y a des manques, il ya des trucs là qui, là auparavant ici mais ils sont défectueux on veut les changer. Il faut la disponibilité des boites également et les blouses là, on avait recommandé ça, parce que moi j'avais une liste de matériels au complet pour donner ça au maire et jusqu'à présent, jusqu'à présent, parce que chaque année je fais une liste, un lot de liste pour donner au maire, il m'a promis qu'à même qu'il va acheter ces matériels, jusqu'à présent ce n'est pas venu. Ce sont les grandes difficultés. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Pauvre état physique des centres de santé

Les obstacles structurels rencontrés par les centres de santé dans la mise en œuvre de la GATPA et des SEN comprennent le manque d'électricité, l'absence d'eau courante, et l'absence de clôture physique de l'enceinte du centre de santé. Un chef de poste a également indiqué que son centre de santé était infesté de souris.

Préférence pour les accouchements à domicile

Le personnel de santé fait face à des défis liés au fait que de nombreuses femmes accouchent à domicile et qui se rendent aux centres de santé lorsque des complications surviennent.

> *Bon souvent à présent on a des femmes qui accouchent à domicile, on a des problèmes, qui accouchent à domicile ou bien qui viennent avec des problèmes qui vont nous confronter à des problèmes là quand elles accouchent à domicile quand tu vois vraiment il y a des nuages à ce niveau qu'on a essayé d'améliorer ça, elles nous ont posé de problèmes qu'à même. [Membre Equipe AQ, Matrone]*

Les membres des équipes AQ ont souligné que pour que les femmes enceintes et leurs nouveau-nés puissent bénéficier de la GATPA, des SEN et de la prévention de l'hémorragie post-partum, il est impératif qu'elles accouchent dans les établissements de santé et non à domicile.

EAQ non-fonctionnelles ou partiellement fonctionnelles

Certains répondants ont signalé des défis liés à la tenue des réunions avec les membres de l'équipe AQ. Dans certains cas, tous les membres ne sont pas présents lors les réunions de l'équipe AQ. Un chef de poste a rapporté avoir remplacé deux membres de l'équipe AQ qui ne participaient pas activement aux réunions avec des membres de l'ASACO et autres personnels du centre de santé pour maintenir le bon fonctionnement de l'équipe AQ. Les saisons de pluies et de récolte ont été citées comme des obstacles à la participation aux réunions AQ:

> *Oui la fonctionnalité de l'EAQ, effectivement moi ici à [nom du centre] les réunions se tiennent correctement mais à l'heure où nous sommes c'est la période hivernale donc c'est ça qui nous pose beaucoup de problèmes, parce que en cette période ce n'est pas facile de regrouper les membres de l'EAQ parce que les gens partent aux champs. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Cependant, malgré les difficultés rencontrées par certains sites, la plupart des sites ont déclaré avoir des équipes AQ fonctionnelles qui se réunissent régulièrement.

Collecte et partage des données

Le paquet de changements inclut la collecte et le partage des données au niveau de l'établissement afin de guider la prise de décision et de développer des stratégies pour améliorer les soins de santé. De nombreux répondants ont déclaré cependant avoir rencontré des défis dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. Bien que la collecte des données et le remplissage des supports requis devrait être un travail d'équipe, cette responsabilité repose souvent sur le manager du centre, en particulier le directeur technique du centre de santé. Certains répondants se sont particulièrement plaints de la trop grande quantité de rapports et de supports à remplir. Comme l'illustre ces propos d'un membre de l'équipe AQ:

> *Mais le problème peut se poser aussi dans le remplissage des supports, par rapport à la collecte des données, il y a trop de supports de papiers, il faut renseigner, finalement on est tellement épuisé que tu ne peux rien faire après. C'est la difficulté majeure que je vois sin on il n'y a pas d'autres difficultés. [Membre Equipe AQ, Matrone]*

Comme l'indique ce répondant, le temps requis par le remplissage des supports a des répercutions sur les activités quotidiennes des membres des équipes AQ. Des défis liés au remplissage correct de ces supports ont aussi été reportés. Selon les membres des équipes AQ, les coachs ont souvent passé beaucoup de temps à aider le personnel de santé à remplir correctement les supports durant les visites de coaching.

Facteurs ayant favorisé la mise en œuvre du paquet de changements

Soutien financier de l'ASACO

Pour de nombreux répondants, le soutien financier de l'ASACO a été essentiel à l'adoption du paquet de changements. Un répondant s'exprime à ce propos :

> *Le soutien de l'ASACO c'est nécessaire parce que toutes ces choses là, ne peuvent pas marcher sans l'appui de l'ASACO parce que sur le plan financier c'est l'ASACO qui intervient. Donc si l'ASACO ne fait pas parti cela veut dire la chose ne peut pas marcher, donc l'ASACO a beaucoup de rôles à jouer dedans. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Les membres des équipes AQ ont précisé que, sans soutien financier, en particulier pour acheter les intrants et l'équipement, ils n'auraient pas été en mesure de mettre en œuvre les changements dictés par le paquet de changements. L'aide financière reçue, en particulier de l'ASACO, semble cependant avoir varié de site en site. Comme mentionné précédemment, certains centres de santé ont eu du mal à obtenir le soutien financier de leur ASACO.

Visites de supervision des coachs

Selon les répondants, les visites de supervision des coachs ont joué un rôle essentiel et ont facilité la mise en œuvre du paquet de changements. Les coachs ont fourni un appui à la fois technique et moral aux équipes AQ. Ces visites ont permis aux coachs d'examiner et de renforcer les enseignements tirés des séances d'apprentissage, d'aider le personnel à remplir les supports et rapports, d'observer et de fournir un feedback sur les procédures, et aider les équipes AQ à réfléchir à des solutions pour améliorer les soins de santé.

> *Le soutien des coachs a été nécessaire, très nécessaire d'ailleurs parce que c'est grâce aux coachs que les problèmes aux quels nous sommes confrontés on essaye de trouver des solutions par rapport à ça, grâce à leurs explications parce que quand ils viennent, ils nous donnent des explications par rapport aux parties non comprises. Donc on dirait que leur soutien a été, leur soutien est sollicité. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Certains répondants ont déclaré qu'il n'y avait pas suffisamment de temps alloué aux visites de coaching et ont recommandé d'accroitre le niveau de soutien fourni par les coachs. En particulier, les membres des équipes AQ ont suggéré que les coachs passent davantage de temps dans les formations sanitaires et davantage de temps à aider le personnel à remplir les documents de support. Un répondant a sous-entendu que les coachs semblent un peu pressés durant les visites de coaching :

> *Moi je propose que quant ils viennent ici, qu'ils prennent tout leur temps à ce que vraiment nous les, les supervisés qui sont sur place là nous parvenons qu'à même à maitriser les éléments nécessaires pour l'amélioration de la qualité. C'est un problème de temps, d'augmenter la durée de supervision et si possible, même s'il ya des difficultés à remplir les documents, il faut qu'on les remplisse ensemble. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Soutien à la formation

Les membres des équipes AQ ont mis en exergue la nécessite des formations pour la mise en œuvre du paquet de changements. Cette formation a permis au personnel de santé d'identifier leurs lacunes et d'appliquer ces nouvelles compétences à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale au niveau de leurs sites de santé. Comme l'a indiqué un membre de l'équipe AQ:

> *Je dirais qu'on a tous adhéré à la chose, on a vu la réalité durant même la formation pratique. On s'est rendu compte qu'on avait beaucoup de lacunes et la formation nous permit vraiment de combler beaucoup d'insuffisances. Et c'est cette formation qui nous permis qu'en même d'appliquer le paquet de changement vraiment sans grande difficulté. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Cependant, selon les répondants, seule une partie du personnel de santé impliquée dans les soins de santé maternelle et néonatale a été formée en GATPA /SEN et en amélioration de la qualité dans les deux districts. Certains répondants ont exprimé des préoccupations au sujet de la sélection du personnel de santé qui a été formé. Dans certains cas, seul le personnel de santé de niveau supérieur, tel que le directeur technique, a reçu une formation. Cela a amené certains membres de l'équipe d'AQ à suggérer que la formation soit étendue à d'autres membres du personnel de santé impliqués dans des soins de santé maternelle et néonatale. Les extraits ci-dessous expriment cette préoccupation :

> *Moi je préfère qu'en même il faut améliorer un peu le staff technique c'est dire en terme de qualification c'est à dire il faut pas seulement que ça soit seulement le directeur technique du centre qui soit le seul concerné… Le commentaire que j'ai à faire, c'est de ne pas limiter seulement la formation aux leaders et directeurs de centre, d'amener les autres à la formation pour rehausser leur niveau. [Membre Equipe AQ, DTC]*

> *Bon je pense que tout le monde doit être formé… Former tout le personnel pour que chacun puisse être au même niveau d'information. [Membre Equipe AQ, Matrone, District]*

Il faut noter que cette préoccupation ne s'est fait ressentir que parmi les membres des équipes AQ d'un seul site. Il est donc possible que ce problème ne se limite qu'à ce site.

En plus de la formation initiale, de nombreux répondants ont estimé que des recyclages ont été nécessaires pour le renforcement des connaissances et compétences acquises dans la formation initiale:

> *Bon ça ne finit pas parce que toujours il faut faire, même si tu as été formé sur quelque chose, il faut souvent faire des recyclages, c'est bon parce qu'on peut oublier quelques points, mais il peut y avoir d'autres choses qui peuvent en venir donc si on a tout vraiment tout le temps d'avoir des sessions de recyclages aussi vraiment c'est bon. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Soutien communautaire

Le soutien communautaire a été également important dans de la mise en œuvre du paquet de changements. Selon les répondants, ce soutien a pris deux formes principales : la promotion des accouchements au sein des formations sanitaires et l'aide à l'assainissement des formations sanitaires.

Beaucoup de femmes n'accouchent pas dans les établissements de santé au Mali. Comme mentionné précédemment, pour encourager les accouchements dans les formations sanitaires, certains établissements de santé ont mené des activités de sensibilisation dans les zones cibles afin d'enseigner les dangers liés à l'accouchement à domicile. Dans un centre de santé, l'équipe AQ, l'ASACO et les chefs de village ont travaillé ensemble pour encourager les femmes enceintes à accoucher au centre de santé. La communauté a également imposé des amendes aux femmes vivant dans un rayon de 5km du centre de santé qui accouchent à domicile. Il en est résulté une augmentation significative du nombre d'accouchement dans les centres de santé, selon le DTC :

> *Au début les femmes ont commencé à un certain niveau elles ont relâché et maintenant une sanction a été imposée à toutes les femmes qui accouchent à domicile pour qu'elles viennent toutes accoucher au centre et actuellement les 99% des femmes viennent accoucher au centre. [Membre Equipe AQ, DTC]*

Des amendes ont été également mises en place par l'ASACO et les anciens du village dans une autre localité pour décourager les accouchements à domicile et réduire les taux de l'hémorragie postnatale et autres complications obstétricales. Les collectivités ont également fourni d'autres soutiens. Par exemple, dans la même localité, un groupe de femmes s'est impliqué dans un nettoyage régulier du centre de santé.

Le travail d'équipe et l'engagement des prestataires

De nombreux répondants ont exprimé l'importance du travail d'équipe et l'engagement des agents de santé dans la mise en œuvre du paquet de changements. Le travail en équipe optimise les compétences que chaque membre de l'équipe détient afin d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé.

Un répondant a également déclaré que chaque personne avait un rôle et une fonction au sein de l'équipe. Ce partage des responsabilités permet à l'équipe d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients, si chaque membre de l'équipe accomplis les taches qui lui sont confiées. Les répondants ont également suggéré que l'engagement des prestataires était essentiel à la mise en œuvre du paquet de changement.

> *Les efforts particuliers là c'est le sacrifice. Je pense que je me suis vraiment sacrifié pour la réussite de cette activité. Voilà et tout le personnel d'ailleurs, nous sommes tous engagés moi, je pense que comme je l'ai dit toujours dans mes diapos là c'est-à-dire : « la réussite est au bout de l'effort » Voilà c'est ça. [Membre Equipe AQ, DTC]*

2. Discussions de groupe avec les coachs

Acquis des formations et des sessions d'apprentissage

Les coachs ont révélé avoir bénéficié de bon nombre d'acquis durant leur formation et durant les sessions d'apprentissage dans les domaines de la gestion des ressources humaines et du coaching, de

l'amélioration de la qualité, de la GATPA, du monitoring , de l'utilisation des données et dans le partage des résultats et leçons apprises.

Dans le domaine des ressources humaines, les coachs ont mis en exergue les compétences en coaching et les capacités managériales dont les formations et les sessions d'apprentissage les ont dotés. Les compétences en coaching et en techniques de supervision acquises incluent la manière d'encourager et de communiquer avec le personnel de santé. Comme l'illustre l'extrait ci-dessous, servir de coachs à des agents de santé nécessite des compétences particulières et les coachs ont acquis ces compétences lors de leur formation.

> *…Les coachs également ont reçu la formation comme on disait la formation ciblée par rapport au technique de coaching et ça c'est à mon avis très important parce que tu vas coacher des adultes il faut avoir une bonne expérience à la matière donc la formation donc, nous a beaucoup outillé, comment aborder le personnel, comment sortir les différents problèmes et sur comment amener, pas forcer mais amener l'équipe vraiment à changer parce qu'il faut être comme quelqu'un l'avait dit tantôt il faut avoir des compétences en supervision formative sur ça tu apportes l'expertise de ça il faut avoir une certaine formation et une notion de base. [Coach]*

En matière de gestion des ressources humaines les coachs ont cité l'importance des réunions. Comme l'a déclaré un médecin coach :

> *Quand on ne se réunit pas, on ne peut maitriser les problèmes. On ne peut pas chercher les solutions pour les problèmes. [Coach]*

Un coach a en outre déclaré que l'AQ a changé leur état d'esprit et leur a appris à atteindre des résultats significatifs en dépit du manque de moyens financiers :

> *Ce que nous avons appris également c'est qu'à la pauvreté ne tienne l'environnement défectueux ne tienne on peut s'en sortir parce que quand vous voyez le [nom du centre] voyez dans quelles conditions on travaille, mais on a pu qu'a même amener le minimum de changements malgré que l'environnement est défavorable on a même le minimum de changement. Ce minimum là on peut dire sans risque de ce tromper ça répond aux standard normes, c'est que l'environnement de travail est nettement amélioré et cet état de fait contribue à beaucoup de changement. [Coach]*

Facteurs favorisants l'appui aux équipes AQ

L'utilisation des données

Beaucoup de coachs ont souligné l'importance des données pour identifier les problèmes et guider la prise de décisions au niveau des formations sanitaires. Les coachs ont indiqué que l'utilisation de données leur a permis de résoudre des problèmes de façon opportune et d'améliorer la qualité des soins. Cette idée est exprimée dans l'extrait ci-dessous :

> *Le monitoring et l'utilisation des données nous permettent d'identifier précocement les problèmes non seulement sur le plan pratique, mais, dans le fonctionnement du centre également donc, ce qui nous permet d'apporter des solutions rapidement aux problèmes identifiés. Quand au partage des données: là aussi c'est un point important, déjà, ça nous permet de reproduire les meilleures pratiques observées chez les autres. [Coach]*

Un autre coach également a déclaré que l'utilisation des données permettait aux équipes AQ de se remettre en question et de chercher des solutions à leurs problèmes avant même l'arrivée des coachs sur le terrain.

> *…Et quand on prend les CSCom individuellement, l'utilisation en tous cas de ces données leur permet de prendre des décisions locales à leur niveau parce que tu as ce taux. Tu poses la question comment tu es arrivé à avoir 80%, comment tu as 60%, pourquoi tu n'as pas 100% alors que la façon dont l'indicateur est libellé tu dois avoir 100%. Donc tu te poses la question donc en ce moment bien avant l'arrivée de l'équipe de coache au niveau local, il y a les initiatives locales qui sont développées et qui permettent de solutionner vraiment ces problèmes. Donc voilà c'est un monitoring qui est immédiat et qui donne beaucoup de solutions aux problèmes de ces zones. [Coach]*

Les coachs on souligné ceci était du à la nature objective des données. Un coach a déclaré « les indicateurs parlent »

La concurrence entre les équipes AQ

L'importance du travail d'équipe a été mis en exergue par a un coach :

> *…Comme on le dit chez nous un seul doigt ne prend pas le caillou. Donc le concept d'équipe est très important parce qu'une équipe, la volonté c'est surtout gagner et quand on est d'esprit d'équipe on minimise les faiblesses, donc on tient toujours à gagner. Donc actuellement on peut dire qu'on a une équipe soudée, donc ce sont des leçons d'expériences qu'on a tire toujours du concept assurance qualité. [Coach]*

Les coachs ont cité la concurrence entre les diverses équipes d'amélioration de la qualité du collaboratif comme étant un facteur clé au développent d'un sentiment d'esprit d'équipe et à la motivation des membres de l'équipe AQ d'un même site. La concurrence a permis de motiver le personnel de santé à mettre en œuvre le paquet de changements.

> *Tout ce qu'ils ont dit moi je vais ajouter seulement il y avait un très grand engagement au niveau des sites, parce que du fait que c'est la compétition dans la collaboration les sites sont engagés, ça nous a sur tout favoriser réellement la gestion des ressources humaines l'engagement des sites. [Coach]*

> *…Une équipe qui travaille mieux il faut toujours l'encourager ça permet aux autres de faire mieux aussi parce que chaque équipe va dire ah! L'année prochaine je ferais tout pour avoir le prix. [Coach]*

Relation avec les équipes AQ

Certains coachs on cité la bonne relation qu'ils entretiennent avec les équipes AQ comme un facteur qui a facilité leur appui. A Diéma comme à Kayes, les coachs ont déclaré communiquer avec les équipes AQ en dehors des visites de coaching et des sessions d'apprentissage

> *Donc par rapport au partage des résultats et leçons apprises comme je l'ai dit donc ça nous a permis de nous connaître donc les équipes connaissent les coachs, les coachs aussi connaissent les équipes et nous avons nos numéro de téléphone s'il y a problèmes il y a les équipes qui se téléphonent, il y a les équipes qui téléphonent les coach pour leur demander ah ? L'autre jour qu'est ce qu'on a dit par rapport à ça, moi j'ai oublié donc ça c'est par rapport au partage des expériences. Je vous remercie. [Coach]*

Cependant un coach a déclaré ne pas répondre parfois au coup de fils des équipes AQ.

Les coachs ont aussi indiqué que la disponibilité du chef de service et d'autres membres clés de l'équipe AQ leur a facilite la tâche.

Facteurs ayant entravé l'appui aux équipes AQ

Les coachs ont déclaré être confrontés a une série d'obstacles tels que les contraintes de temps et de personnel, le manque de moyens de transport, les défis dans la mobilisation des membres de l'équipe AQ, le manque de motivation, le manque de connaissances et de compétences nécessaires et l'absence de matériel informatique. L'extrait ci-dessous résume les défis auxquels les coachs sont confrontés :

> *Nous sommes obligés d'appeler le chef de poste qui doit venir jusqu'à [nom du site] Diéma pour qu'on puisse travailler ensemble et exploiter le journal avec lui. Donc 22 sites préparer ces canevas de 22 sites. Souvent nous sommes qu'un seul pour préparer ce canevas et présenter les résultats. Faire la synthèse, faire la préparation des résultats des coachs. Egalement souvent ce sont des contraintes de temps. Il y a la disponibilité du personnel également en nombre voilà. Et puis comme le chef a si bien dit le matériel logistique manque en terme d'instrument sûr ou de machine, on peut se partager les sites chacun puisse s'occuper mais souvent nous sommes obligés de jongler avec les autres activités de routine et puis la préparation des [Sessions d'Apprentissage]. Voilà. Je laisse la parole aux autres. [Coach]*

Contraintes de temps et de personnel

Les coachs ont la responsabilité de fournir un soutien technique à plusieurs centres de santé. Ce soutient nécessite qu'ils se rendent dans les différents sites qui sont sous leur supervision. Ils supervisent également l'animation des sessions d'apprentissage. A cela, s'ajoutent leurs tâches cliniques ; ces différents rôles exigent beaucoup de temps. Les coachs doivent donc jongler les multiples tâches liées au collaboratif, en plus de leurs tâches régulières en tant qu'agents de santé.

En outre, certains coachs ont souligné qu'il était important de passer plus de temps à effectuer des visites dans les sites. Le temps passé sur le terrain pour des visites de supervision a été perçu comme étant insuffisant pour soutenir les équipes AQ et certains coachs ont suggéré augmenter le temps passé dans les sites afin de pourvoir apporter un soutien de qualité. Il faut noter que les équipes AQ partage cette préoccupation. Les coachs ont également déclaré que les visites de coaching devraient continuer dans le temps. Cet extrait, tiré d'un commentaire d'un coach témoigne de cette idée :

> *OK, pour mieux soutenir les équipes, moi je pense qu'il ne faut pas arrêter brusquement les supervisions, même si c'est une à deux fois par an qu'à même, je pense que les visites de coaching sont indispensables vraiment pour voir le niveau du travail des équipes. Je pense que les visites de coaching sont indispensables pour soutenir les équipes. [Coach]*

Tout comme les équipes AQ, les coachs ont aussi mis en exergue la nécessite des formations pour la mise en œuvre du paquet de changements.

Problèmes de transport

Le transport a également été identifié comme un obstacle à l'appui aux équipes d'AQ. Les coachs ont déclaré que leurs visites d'appuis étaient rendus difficiles par le manque de véhicules.

Disponibilité des équipes AQ

Certains répondants ont décrit les défis rencontrés pour rassembler tous les membres de l'équipe d'AQ lors des visites de coaching. Parfois, des membres clés de l'équipe AQ ne sont pas présents dans le centre de santé lors de la visite de coaching, ce qui rend la tâche des coachs difficile. Un répondant a mentionné le fait que les représentants des ASACO, qui sont des membres clés de l'équipe AQ compte tenu de leur rôle financier, sont souvent absents lors des visites de coaching.

> *Les facteurs qui ont limité : il ya la non disponibilité des membres de l'ASACO dans les réunions de l'EAQ parce que c'est eux qui gèrent le coté finance si eux ne sont pas présents. [Coach]*

Rotation du personnel

Les coachs ont également identifié la rotation du personnel comme un facteur qui représente un obstacle à leur capacité à fournir un appui aux équipes AQ. La rotation du personnel de santé perturbe la composition des équipes d'AQ et rend nécessaire la formation du nouveau personnel afin de soutenir les efforts d'AQ au fil du temps.

Manque de motivations financières

Le manque de motivations financières a été un autre facteur mentionné par plusieurs répondants comme un obstacle à l'appui aux équipes AQ. Les coachs sont appelés à accomplir leurs tâches de coachs en plus de leurs tâches régulières. Cependant, ils estiment qu'ils ne reçoivent pas de compensation adéquate pour l'effort et le temps supplémentaires qui leur est exigé.

Lacunes en connaissances et compétences

En dépit du fait que les coachs aient reçu une formation pour remplir les documents de support, ils ont suggéré qu'il existe encore des lacunes dans ce domaine, ce qui entrave leur capacité à fournir une assistance technique aux équipes AQ. Certains coachs ont déclaré qu'il y avait des supports tels que les journaux des équipes AQ que tous les coachs ne savent pas remplir. Par conséquent, ces coachs ne sont pas toujours en mesure d'aider les équipes AQ à remplir ces documents. Ceci suggère un fort besoin de formation supplémentaire pour les coachs. Comme le dit un répondant:

> *Les facteurs qui ont limité notre soutien c'est surtout la maîtrise des documents. Il y a le livre journal que beaucoup de coachs ne maitrisent pas. Pour pouvoir apprendre quelque chose à quelqu'un, il faut connaitre la chose d'abord. Mais le livre journal là il ya beaucoup de coachs qui ne savent pas comment remplir ça. Donc si tu vas faire le coaching et tu vois qu'il ya des défaillances dans là dans le remplissage, comment tu peux dire à la personne faire ça. Il faut faire ça. Il faut que toi-même tu connaisses d'abord. [Coach]*

Moyens informatiques

Plusieurs coachs ont indiqué qu'avoir accès à des ordinateurs leur permettraient d'améliorer leur soutien aux équipes AQ. Ils ont déclaré qu'il y avait énormément de rapports mensuels et de documents de support à gérer. Selon eux, la gestion de ces documents et des partogrammes par voie électronique prendrait moins de temps et leur rendrait la tache plus facile. Ce thème a été particulièrement mentionné par les coachs d'un District.

> *…en tous cas l'insuffisance en moyen en matériel informatique, je pense qu'au 21ieme siècle chacun doit avoir un ordinateur que ca soit le chargé SIS, que ca soit le médecin chef même, chaque sage-femme doit avoir son ordinateur, parce que ce n'est plus un luxe. C'est un moyen de travail sur parce que l'ordinateur augmente les compétences. [Coach]*

Recommandations des coachs

Recommandations pour améliorer la qualité du travail des coachs

En plus d'allouer davantage de temps aux visites de coaching, les coachs ont recommandé que davantage de liberté leur soit donnée dans la conduite de ces visites.

> *Voilà donc pour être plus efficace en tant que coach ce que moi je recommande c'est que vraiment chaque coach ait son site avec vraiment une liberté de mouvement. Par exemple si j'ai jamais, [nom du centre], que je sois libre d'aller même les voir en réunion voir même une planification en dehors même de chose, faire des sorties pour aller suivre la réunion c'est comme ça que je peux améliorer leur compétences. [Coach]*

Les répondants ont également recommandé une politique de motivations financières pour les coachs. En outre, les coachs ont suggéré qu'avoir accès à un véhicule pour se rendre dans formations sanitaires et doter les coachs et les formations sanitaires d'ordinateurs afin de mieux gérer les documents de supports rendraient leur travail de coachs plus efficace.

Recommandations pour la pérennité

Les coachs ont déclaré, de manière consensuelle, que le gouvernement du Mali devrait assumer le rôle principal de soutien et financeur des activités de coaching afin d'assurer la durabilité des activités d'amélioration de la qualité au sein du système de santé. Bien que le collaboratif SONNE soit axé sur la GATPA et les SEN, un répondant a suggéré que les activités de coaching d'AQ pourraient être incorporées dans d'autres domaines de santé:

> *Pour ce qui serait intéressant parce que c'est vrai nous sommes des soins obstétricaux essentiels. Mais c'est quelque chose qui peut être appliqué à tous domaines, ça peut s'appliquer au VIH/SIDA, à la PTME, ça peut s'appliquer à toutes les activités réellement qu'en santé mère. Donc c'est très intéressant, l'Etat malien doit commencer même à s'approprier pour qu'après le départ de HCI, il puisse prendre la relève. [Coach]*

Le soutien financier a été identifié par les répondants comme essentiel à la pérennité des activités AQ. Le soutien financier est nécessaire pour couvrir les coûts associés aux visites de coaching sur le terrain, y compris les dépenses liées aux déplacements, et à la formation. Un répondant a recommandé que les activités des coachs soient financées à travers la structure de supervision du Ministère de la Sante.

Les répondants ont également recommandé le développement d'un système de recrutement pour les coachs et l'élargissement des formations et des formations de recyclage afin de s'assurer que les coachs sont qualifiés et qu'ils ont les compétences nécessaires pour atteindre leurs buts et objectifs.

> *Oui, j'ai des recommandations en termes de la qualité du personnel, donc l'Etat doit essayer de mettre en place un bon système de recrutement des coachs, c'est-à-dire les coachs doivent être de qualité pour pouvoir obtenir les objectifs fixés. Donc, puis essayer de planifier les sources de financement des activités de coaching dans le système sanitaire et dans le bref délai, parce que c'est important qu'à même. [Coach]*

Un répondant a également recommandé d'impliquer des partenaires pour compléter le soutien financier du Ministère de la Santé.

IV. DISCUSSION

Cette étude est l'une des rares à examiner le transfert d'un paquet de changements d'un pays à un autre. Elle avait pour but de décrire comment un paquet de changements a été transféré du Niger au Mali, les méthodes appliquées pour reproduire cette amélioration ainsi que l'expérience et les perceptions des acteurs de l'AQ durant la mise en œuvre de ce paquet de changements. Des discussions de groupe ont été menées avec des coachs et des entretiens approfondis avec les équipes d'améliorations des districts de Kayes et de Diéma. L'objectif final vise à améliorer notre compréhension des procédures permettant d'appliquer ce transfert d'améliorations des soins d'un pays à l'autre.

Cette étude a démontré que de meilleures pratiques développées dans un pays peuvent être transférées avec succès dans un pays similaire et avec une assistance technique moins importante de HCI lorsqu'elles s'adressent à un problème considéré comme une priorité par le système local. La valeur ajoutée du paquet de changements a fait l'unanimité parmi les équipes AQ et les coachs interviewés. Les répondants ont déclaré que le collaboratif SONNE a abouti à une meilleure prise an charge des femmes qui accouchent dans leurs formations sanitaires et de leurs nouveaux nés. Cette amélioration significative des soins a été confirmée par les indicateurs cliniques. Sur la base de ces indicateurs, le collaboratif SONNE au Mali a été un succès au moins autant qu'au Niger. L'amélioration de l'adhésion aux normes de la GATPA a augmenté de manière plus rapide au Mali qu'au Niger. Ceci pourrait être du au fait que les indicateurs avaient un meilleur de performance au Mali qu'au Niger au début du collaboratif mais ce rapide succès succès pourrait également être du au fait que les équipes du Mali ont bénéficié des meilleures pratiques des équipes du Niger. La mise en œuvre au Mali de pratiques prouvées efficaces au Niger a sans doute conduit à des résultats plus rapides.

Cette étude montre que l'utilisation des données pour guider la prise des décisions, le soutien des coachs, l'engagement et la motivation des prestataires, la tenue des réunions, la disponibilité des canevas et le soutien de la communauté sont les facteurs essentiels qui ont contribué au succès de la dissémination du Niger au Mali du collaboratif SONNE et des meilleures pratiques du collaboratif.

Certains éléments rapportés par les répondants sont à souligner :

- La prise d'initiative : Certaines équipes AQ ne se sont pas contentées de mettre en œuvre le paquet de changements tel quel. Ayant observe la prépondérance des accouchements à domicile, deux centres de santé ont décidé d'ajouter un volet communauté à l'intervention afin d'encourager les femmes à accoucher dans les centres de santé et ainsi bénéficier des soins GATPA et SEN.
- L'importance des données: Les équipes AQ tout comme les coachs n'ont pas manqué de souligner l'importance des données dans le succès dans la mise en œuvre du paquet de changements. Pour eux, les indicateurs sont une mesure objective de l'impact du collaborative SONNE parce qu'ils « parlent ».
- Le travail d'équipe: Selon les répondants, le SONNE a favorisé le travail d'équipe et la tenue de réunions, ce qui a énormément contribué à l'amélioration des soins.
- L'engagement des prestataires de santé : Les coaches tout comme les membres des équipes AQ ont souligné l'importance de l'engagement des acteurs AQ. Cet engagement s'est manifesté par la communication des équipes entres elles et avec les coachs en dehors des visites de coaching et des sessions d'apprentissage.

En effet, ces éléments sont importants parce qu'ils ont contribué au succès du programme SONNE au Mali mais ont aussi le potentiel de contribuer au bon fonctionnement des formations sanitaires en général puisque ces acquis peuvent être appliqués à d'autres domaines.

Il y a un consensus entre les coachs et les équipes AQ en ce qui concerne les domaines à améliorer:

Prolonger la durée des visites de coaching : Les équipes AQ tout comme les coachs ont mis l'accent sur la nécessité d'augmenter le temps passé par les coachs dans les sites pour les visites de coaching. Pour les équipes AQ comme pour les coachs, la durée des visites ne permet pas d'apporter un soutien adéquat aux équipes AQ. Les coachs ont également mis l'accent sur le fait que les visites de coaching ne devraient pas être arrêtées subitement t à la fin du collaboratif.

Plus de formations : Les coachs et les membres des équipes AQ ont cité des lacunes en compétence comme un frein à leurs activités d'AQ. Les coachs et les équipes AQ ont rapporté faire face à des défis dans le domaine du remplissage des documents et supports. Les coachs qui sont censés soutenir les équipes AQ dans ce domaine ne maitrisent pas toujours le remplissage des documents de support tels

que les journaux des équipes AQ. A cela s'ajoutent le manque de compétences parfois rencontré parmi les membres des équipes AQ.

Moyens financiers et matériels : Comme anticipé, les répondants se sont plaints du manque de moyens financiers et matériels. Pour les coachs, les moyens de transports et de motivations financières pour accompagner leurs tâches de coach font défaut. Ils estiment également que la disponibilité d'ordinateurs leur faciliterait la tache. Pour les membres des équipes AQ, la non-disponibilité d'intrants et les conditions des centres de santé rendent leur travail difficile. Cependant un coach a mis en exergue le fait que l'AQ leur a permis d'améliorer les soins qu'ils dispensent malgré les défis financiers auxquels il font fassent.

Limites de l'étude

Les résultats de l'étude sont limités par les circonstances de l'étude. Il nous est impossible d'exclure la possibilité que la désirabilité sociale ait pu jouer un rôle sur les réponses données par les participants. En effet, parfois les enquêtés donnent des réponses qui sont « désirables sur le plan social » pour plaire aux chercheurs ou pour donner l'impression qu'ils ont des attitudes ou des comportements qui d'après eux sont « désirables ». En outre, la qualité des entretiens qualitatifs a varié de site en site. Les entretiens de Diéma ont été conduits après ceux de Kayes et ont bénéficié de l'expérience de Kayes. De plus, les entretiens ont été menées par des personnes qui sont pas des experts de l'amélioration de la qualité ou du SONNE. Par conséquent, lors des entretiens, ils n'ont pas toujours été en mesure de sonder les participants sur des domaines particulièrement pertinents à l'amélioration de la qualité. Par exemple, il n'a pas été demande expressément aux équipes AQ s'ils ont mis en œuvre des meilleures pratiques spécifiques. Par conséquent, le fait que qu'une équipe AQ n'ait pas déclaré avoir mis en œuvre une meilleure pratique ne veut pas nécessairement dire que cette pratique n'a pas été mise en œuvre dans le site.

V. CONCLUSION ET RECOMMENDATIONS

Les résultats de cette étude permettent de mettre en lumière l'expérience des équipes AQ et des coachs lors de la mise en œuvre du paquet de changements SONNE au Mali et de mieux appréhender les facteurs qui ont favorisé le succès de la dissémination du Niger au Mali du collaboratif SONNE et des meilleures pratiques issues de cette intervention.

La valeur ajoutée du paquet de changements a fait l'unanimité parmi les équipes AQ et les coachs interviewés et a été confirmée par l'amélioration des indicateurs cliniques. La prise d'initiative, la perception de l'importance des données, le travail d'équipe et l'engagement des prestataires durant la mise en œuvre du paquet de changements sont particulièrement encourageant car pouvant contribuer au bon fonctionnement des centres de santé en général.

Sur la base des résultats, les recommandations suivantes sont à considérer :

- Augmenter la durée des visites de coaching : Les coachs et les équipes AQ ont noté que le temps alloué aux visites de coaching ne permettait pas un soutien adéquat.
- Prendre en compte la totalité des responsabilités des coachs. Les coachs ont déclaré jongler beaucoup de responsabilités vu le temps requis pour accomplir leurs taches de coach en plus de leur activités cliniques régulière. Le fait qu'un coach ait déclaré ne pas répondre au téléphone lorsque les équipes AQ appelle met en exergue la frustration à laquelle certains coachs font fasse.
- Renforcer les formations des coachs et des équipes AQ. Pour les coachs, les domaines de lacunes sont le remplissage des supports (livre journal). Pour les équipes AQ, en plus du remplissage des dossiers de supports, il y a également des lacunes dans les domaines tels que la collecte et l'interprétation des données et les connaissances cliniques des agents de santé.

- Continuer à mettre l'accent sur l'importance des données : Les coachs tout comme les membres des EAQ ont mis en exergue l'importance des données. La déclaration d'un coach « les indicateurs parlent » en dit long sur l'impact de la collecte de données sur les activités
- Organiser les documents et supports de manière plus efficiente : les équipes AQ ont déclaré que le remplissage des documents et supports prenait tellement de temps que cela avait un impact sur leurs taches cliniques. Il serait important d'examiner comment éviter de dupliquer le remplissage de documents et supports.

REFERENCES

1. Franco, LM, Marquez L, Effectiveness of collaborative improvement: evidence from 27 applications in 12 less-developed and middle-income countries. *BMJ Qual Saf*, 2011. 20(8): p. 658-65.
2. Øvretveit J, Broughton E, Towards more effective spread of improvement methods in lower and middle income countries: A synthesis of the research. *Research and Evaluation Report*. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). 2011.
3. Boucar M, et al., Sustaining Better maternal and Newborn Care and quality Improvement in Niger: Challenges and Successes. *Research and Evaluation Report*. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). 2011.
4. Boucar M, Jennings L, Mohan D, Sabou D, Saley Z, How do quality improvement teams function after an improvement intervention ends? A description of team performance after the end of an obstetric and newborn QI initiative in Niger. *Research and Evaluation Report*. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). 2011.
5. Hurtado E, Ramírez L, Spreading learning from health centers to posts in the improvement of maternal and newborn care in San Marcos, Guatemala. *Research and Evaluation Report*. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). 2012.
6. Franco L, Nguessan J, Ackah A, Gondwe T, Kouassi V, Etude Sur L'apprentissage Partage en Cote d'Ivoire: La Diffusion des Changements Parmi les EAQ. *Rapport de la Recherche et Evaluation*. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). 2011.
7. Prendiville WJ, Elbourne D, and M. S., Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*., 2000. CD000007.

Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID
University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814 États-Unis
www.hciproject.org