



**Projet d'Expansion et de Soutien Technique des Services
de Planification Familiale**

SEATS II

**Stratégie de la qualité des soins
pour la planification familiale et la santé reproductive**

JSI

Linda Ippolito
Nancy Pendarvis Harris
Don Lauro

JSI/Washington, D.C.
1616 N. Fort Myer Drive. 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Tél. (703) 528-7474

Remerciements

Comme il convient pour tout document sur la qualité, la présente stratégie bénéficie de la connaissance et de l'expertise d'un grand nombre des membres de l'équipe. Les approches et les expériences pratiques s'inspirent du travail d'un grand nombre de collègues et d'organisations partenaires de SEATS. Ils ont concouru à la formulation, à la mise en oeuvre et au perfectionnement des activités en vue de garantir la qualité des soins et l'amélioration continue de la qualité des programmes de planification familiale et de santé reproductive.

Outre les auteurs cités, nous tenons à faire mention des personnes qui ont participé directement à la formulation, à l'examen et au feed-back de ce document : Laurie Cappa, Directrice adjointe de SEATS ; Elaine Rossi, Conseillère technique pour la qualité dans le cadre de SEATS I et à présent Directrice des Initiatives Spéciales de SEATS II ; Joan Haffey, Responsable technique pour l'IEC de PATH/SEATS ; Mona Khan, Associée de programme pour la santé reproductive ; Virginia Hight-Laukaran, Responsable de l'évaluation de SEATS ; David O'Brien, co- Directeur régional de SEATS pour l'Asie/le ProcheOrient/l'Europe ; Carolyn Vogel, Conseillère technique pour l'Initiative Urbaine de SEATS Paula Nersesian, Associée de programme SEATS et Coordinatrice du Projet JSI/santé reproductive pour les réfugiés ; Bill Brady, Conseiller de MotherCare pour la lutte contre les maladies infectieuses ; Stephanie Kendall et Dana Gelfeld, Associées du personnel de SEATS et Erika Pluhar, stagiaire SEATS chargée de la compilation de l'information trouvée dans « le guide d'outils et de ressources proposés pour la qualité des soins » (Annexe A du présent document). Il convient également de faire mention d'autres membres de l'équipe SEATS I & SEATS II dont le travail en matière de qualité et d'accès fait partie des exemples donnés dans ce document : Martin Gorosh, Alain Damiba, Paul Sossa, Marc Okunnu, Melinda Qjermark, Ade Adelakun, Ismail Thioye et Mary Lee Mantz.

JSI/ SEATS tient à remercier ses partenaires de leurs contributions continues à une prestation de haute qualité des services de santé reproductive et de planification familiale dispensés par le biais du projet SEATS :

- AVSC International qui a collaboré à la conception du Système de suivi médical de SEATS II et aux *Protocoles cliniques pour les programmes de planification familiale de SEATS II: un manuel*, dont des sections ont été incluses au présent document.
- American College of Nurse-Midwives (ACNM).
- The Program for Appropriate Technology in Health (PATH).
- Planned Parenthood Federation of America (PPFA).
- Initiatives, Inc.
- World Education, Inc. (WEI).

SEATS tient à faire mention du soutien financier de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international qui a permis de préparer le présent document.

Table de Matieres

LISTE DES SIGLES	III
LISTE DE FIGURES	V
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	VI
INTRODUCTION	1
I. LA STRUCTURE DE LA QUALITÉ DANS LE CADRE DU PROJET SEATS	3
I.A. I.A les Objectifs stratégiques de l'USAID et les buts de SEATS.....	3
I.B. La qualité des soins dans la structure générale basée sur la performance de SEATS	5
I.C. Le But de la stratégie de la qualité des soins pour la planification familiale et la santé reproductive de SEATS.....	5
II. QU'EST LA QUALITÉ?	7
II.A. Comment trouvons-nous la qualité ?	7
II.B. Qui sont nos clients?	9
II.C. les Eléments de la qualité des soins dans les programmes de planification familiale	12
II.D. Maximiser l'Accès et la Qualité (MAQ).....	13
II.E. Pourquoi la qualité des soins compte-t-elle ?	16
II.F. L'importance du choix, du counseling et de l'accès à toute une gamme de méthodes contraceptives	18
II.G. Bâtir le fondement de la qualité des soins sous SEATS I.....	19
III. LES ÉLÉMENTS ESSENTIELS DE L'APPROCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE SEATS	23
III.A. Encourager l'institutionnalisation	24
III.A.1. Le Rôle de catalyseur de l'assistance externe	26
III.B. L'Orientation sur le processus pour l'amélioration continue	26
III.C. Une approche guidée par l'information.....	28
III.D. L'Utilisation et l'adaptation de systèmes existants.....	30
III.E. l'Incorporation de l'utilisation de protocoles cliniques.....	32
III.F. l'Utilisation des "meilleures pratiques" et des outils reconnus.....	35
III.G. l'Orientation sur le client.....	35
III.H. Intégrer la planification familiale et la santé reproductive.....	36
III.H.1. Les Priorités en santé reproductive de SEATS II.....	37

III.H.2. la Planification familiale en post –partum /post -avortement.....	39
III.H.3. le Soutien pour la méthode MAMA/ allaitement maternel.....	40
III.H.4. la Prévention des MST/VIH.....	41
III.H.5. les Efforts pour éradiquer la mutilation génitale féminine (MGF).....	42
III.H.6. les Activités de l'Initiative Spéciale.....	43
IV. INTÉGRER LA QUALITÉ DES SOINS AUX SOUS-PROJETS DE SEATS II.....	44
IV.A. les Ressources et les outils pour la QS.....	44
IV.B. Exemples d'indicateurs dominants de la QS dans les sous-projets de SEATS II.....	46
IV.C. Le récapitulatif du système de suivi médical pour la CCV et le NORPLANT® de SEATS II.....	52
IV.C.1. Les grandes lignes du processus de mise en place d'activités et de comptes rendus dans le cadre du système de suivi médical de SEATS II.....	53
IV.C.2. La Description sommaire du système de suivi médical de SEATS II..	54
NOTES FINALES	56
LISTE DE RÉFÉRENCES.....	57
ANNEXE A. GUIDE D'OUTILS ET DE RESSOURCES PROPOSÉS POUR LA QUALITÉ DES SOINS PAR SEATS II	A-1
ANNEXE B. AVANT-PROJET DE LISTE DE VÉRIFICATION POUR MAXIMISER L'ACCÈS ET LA QUALITÉ (MAQ) USAID	B-1
ANNEXE C. MODÈLES UTILES LIÉS À LA QUALITÉ DES SOINS.....	C-1

Liste des sigles

AC.....	Agence de collaboration
ACNM.....	American College of Nurse-Midwives
ACQ.....	Amélioration continue de la qualité
AIDSCAP.....	Projet de Contrôle et Prévention du SIDA
AJJDC.....	American Jewish Joint Distribution Committee
AMEG.....	American Manufactures Export Group
AQ.....	Amélioration de la qualité
AQ.....	Assurance de la qualité
ASHMEI.....	Alumni Society of the Harvard Middle East Institute
AT.....	Assistance technique
AVSC International.....	Access to Voluntary and Safe Contraception, International Accès à une contraception volontaire et sûre, International
CAFS/CEFA.....	Centre d'études sur la famille africaine
CAP.....	Couple - années de protection
CCC.....	Communication pour le changement de comportement
CCV.....	Contraception chirurgicale volontaire
CM.....	Conseiller médical
COPE.....	Services efficaces axés sur le client
CPFH.....	Center for Population and Family Health (Columbia University)
CSS.....	Centre pour les services de santé
DBC.....	Distribution à base communautaire
ECC.....	Estimateur de la capacité des clients
EDS.....	Enquêtes démographiques et de santé
ESARO.....	Bureau régional de l'Afrique orientale et australe
FdF.....	Formation des formateurs
FPMD.....	Développement de la gestion de la planification familiale
GLPF.....	Gestion de la logistique de la planification familiale
GQ.....	Gestion de la qualité
GQT.....	Gestion de qualité totale
GTZ.....	Organisation allemande d'assistance technique
ICP.....	Interaction client prestataire
IEC.....	Information, éducation, communication
IHI.....	Institute for Healthcare Improvement
IPPF/WHR.....	International Planned Parenthood Federation/Région de l'hémisphère de
.....	l'Ouest (Fédération internationale pour la planification familiale)
IRH.....	Institute for Reproductive Health (Georgetown University)
.....	(Institut pour la santé reproductive)
IS.....	Initiatives spéciales

ISEPME.....	Institute for Social and Economic Policy in the Middle East (Institut pour la politique sociale et économique au Moyen-Orient)
JDC.....	Joint Distribution Committee
JSI.....	John Snow, Inc.
MA.....	Mémoire d'accord
MAMA.....	Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée
MAPS.....	Midwifery Association Partnerships for Sustainability (Associations de sages-femmes Partenaires pour la pérennisation)
MAQ.....	Maximiser l'accès et la qualité
MGF.....	Mutilation génitale féminine
MS.....	Ministère de la Santé
MSH.....	Management Sciences for Health
MSP.....	Ministère de la Santé publique
MST.....	Maladies sexuellement transmissibles
OBP.....	Organisation bénévole privée
OMS.....	Organisation mondiale de la santé
ONG.....	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA.....	Programme des Nations Unies pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA
PAQ.....	Projet d'assurance de la qualité
PATH.....	Program for Appropriate Technology in Health
PF.....	Planification familiale
PHNC.....	Population, Health and Nutrition Center (Centre pour la population, la santé et la nutrition)
PPFA.....	Planned Parenthood Federation of America
QS.....	Qualité des soins
RO.....	Recherche opérationnelle
RPEL.....	Résolution de problèmes par équipe locale
SEATS.....	Projet d'expansion et de soutien technique aux services de planification familiale
SIDA.....	Syndrome d'immuno- déficience acquise
SIG.....	Système d'information de gestion
SMI.....	Santé maternelle et infantile
SR.....	Santé reproductive
SSEPPF.....	Système de suivi et d'évaluation des programmes de planification familiale
TPC.....	Taux de prévalence contraceptive
USAID.....	Agence pour le développement international des Etats-Unis
VIH.....	Virus de l'immuno- déficience humaine
WARO.....	Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest
WEI.....	World Education, Inc.

Liste de figures

1. La Relation entre les objectifs stratégiques, les approches et les résultats de l'USAID et les objectifs stratégiques et les jalons de SEATS II	4
2. Définitions utiles de la qualité	7
3. L'approche traditionnelle d'assurance de qualité mise en contraste avec la qualité totale et l'amélioration continue des soins de santé	8
4. Le Cadre conceptuel de l'interdépendance de la qualité de fait et de la qualité telle que perçue	10
5. L'Approche de la qualité axée sur le client.....	11
6. Eléments de la qualité des soins (Cadre QDS Bruce/Jain)	12
7. Les Jalons et les activités de SEATS II pour améliorer l'accès aux services de planification familiale.....	14
8. Améliorer l'accès et la qualité : Initiative urbaine de SEATS	16
9. La Gestion de la qualité totale* et l'amélioration continue de la qualité**	20
10. Décentraliser l'analyse de données pour la résolution de problèmes au Maroc	21
11. Les leçons de QS apprises par le biais de SEATS I.....	22
12. Les éléments essentiels de l'approche de Qualité de SEATS	23
13. Le Cycle d'amélioration de SEATS	27
14. Utiliser l'information et le travail en équipe pour l'évaluation et l'amélioration continues de la qualité au Togo	30
15. l'Amélioration de la qualité et l'intégration de la santé reproductive au Burkina Faso	38
16. les Priorités en santé reproductive de SEATS II	39
17. les Activités de MAMA/ allaitement maternel au Zimbabwe.....	41
18. Choisir les améliorations de la qualité qui comptent	45
19. Exemples d'indicateurs pour le suivi routinier présentés en fonction du Cadre de Bruce/ Jain pour la qualité des soins dans les programmes de planification familiale. (les indicateurs-clés sont donnés en caractères gras.).....	47
20. les Indicateurs intermédiaires de processus pour la qualité des soins	50

Résumé analytique

Pour le Projet d'expansion et de soutien technique des services de planification familiale (SEATS II), la *Stratégie pour la qualité des soins dans la planification familiale et la santé reproductive* occupe une place centrale pour la réalisation du but et de la contribution du Projet aux buts généraux et aux objectifs stratégiques du Centre pour la population, la santé et la nutrition (PHNC) de l'Agence pour le développement international des Etats-Unis (USAID).

Dans l'Appui aux résultats de programme de l'USAID visant la "demande accrue, l'accès élargi et la qualité renforcée des services de planification familiale et d'autres services choisis d'informations et de santé reproductive », SEATS II vise en général par l'approche stratégique à renforcer l'accès et la qualité des services de planification familiale et de santé reproductive. Dans l'appui aux résultats de programme de l'USAID visant le "meilleur contexte politique et l'augmentation des ressources mondiales pour les programmes de planification familiale", l'approche stratégique générale de SEATS II vise à fournir une assistance technique et une formation pertinente et de qualité en matière de gestion, de qualité des soins, de pérennisation et d'autres domaines techniques.

Depuis longtemps, SEATS a démontré son engagement ferme pour la promotion et l'assurance de services de haute qualité dans le cadre des sous - projets qu'il soutient et pour l'avancement dans le domaine de l'amélioration de la qualité pour la planification familiale et la santé reproductive. Cet engagement est motivé en partie par les conclusions montrant que la qualité a un effet positif sur les résultats souhaitables cités le plus souvent pour les activités de planification familiale :

1. Augmenter le taux de prévalence contraceptive (le pourcentage de femmes en âge de procréer pratiquant la contraception à un moment donné) menant à des réductions de la fécondité et à des améliorations de la santé maternelle et infantile (Jain, 1990).
2. Répondre à la demande non satisfaite pour des services de planification familiale en fournissant des services qui sont accessibles, acceptables, appropriés et en proposant un choix adéquat aux clients.
3. Aider les personnes à atteindre leurs buts en matière de fécondité, encourageant ainsi une clientèle satisfaite d'utilisateurs continus qui, dans le long terme, contribuera également à des réductions de la fécondité (Bruce, 1990).

La *Stratégie de QS de SEATS* offre des directives pratiques pour mettre en application les aspects de l'approche stratégique de SEATS II se rapportant à la qualité et pour atteindre les résultats susmentionnés. La stratégie vise à intégrer aux sous -projets de SEATS II les stratégies de qualité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Les directives données dans cette stratégie sont conformes aux obligations contractuelles de SEATS, à ses objectifs généraux de programme et à sa philosophie concernant la qualité. Elles se fondent sur les leçons provenant de l'expérience de terrain et l'adaptation de modèles théoriques et de techniques pratiques actuelles de la qualité dans les soins de santé et l'industrie.

La *Stratégie de QS de SEATS* a été élaborée en fonction de trois préalables importants :

- Répondre aux besoins de multiples groupes dont les sous –projets, les programmes de pays, la direction régionale et centrale de SEATS, les Missions USAID et le Centre pour la population, la santé et la nutrition de l'USAID à Washington.
- S'inspirer des approches d'amélioration de la qualité des soins qui ont fait leurs preuves ailleurs et qui ont été élaborées dans le cadre de SEATS I, puis ont été adaptées et améliorées pour SEATS II.
- Répondre aux nouvelles conditions du système de contrat basé sur la performance et répondre aux besoins changeants du terrain et du contexte général.

La *Stratégie de QS de SEATS* présente :

- Le cadre intellectuel de la qualité par le biais duquel SEATS prend les décisions concernant l'évaluation et l'amélioration de la qualité.
- Les éléments essentiels de l'approche de qualité de SEATS, en fonction de stratégies éprouvées.
- Les exemples pratiques d'initiatives de qualité réussies provenant des expériences de SEATS et d'autres sources.
- Les ressources et les outils recommandés en vue d'améliorer la qualité à divers niveaux.
- Des exemples d'indicateurs pour mesurer le résultat et l'impact des efforts d'amélioration de la qualité.

SEATS encourage l'utilisation de modèles de qualité qui sont axés sur le client. Pour cela, il faut équilibrer deux composantes interdépendantes ; la *qualité telle que perçue* : la reconnaissance des besoins, des attentes et de la satisfaction des clients face à l'organisation et à la prestation de services ; et la *qualité de fait* : la performance en fonction de directives de programme, de protocoles cliniques récents ainsi que de politiques institutionnelles et nationales qui ne limitent pas l'accès ou la qualité. Au niveau opérationnel, cela veut dire concevoir des sous -projets et choisir des activités et des indicateurs qui traitent et mesurent ces deux composantes.

Voici deux principes -clés qui guident l'application de la *Stratégie de QS de SEATS* :

- La « qualité » elle-même doit être comprise dans le contexte spécifique d'un programme donnée. Par conséquent, les composantes de la qualité des soins et les efforts d'amélioration doivent être adaptés respectivement dans le cadre de sous - projets spécifiques.
- Les modèles d'amélioration continue de la qualité reconnaissent que la qualité est une continuité, d'où, les besoins en matière de qualité et les possibilités d'amélioration, les structures d'appui, les activités et les indicateurs varieront entre les sous - projets et, parfois, tout au long d'un même sous - projet.

Pendant que le nombre de méthodes ou de modèles pour arriver à l'institutionnalisation de la qualité peut varier, SEATS vérifie que certains principes de promotion de la qualité sont appliqués avec consistance. L'approche de SEATS insiste sur le fait que la qualité doit être conceptualisée de pair avec le personnel à chaque niveau des institutions hôtes, en s'inspirant des principes et des modèles -clés de la qualité, avec le développement ultérieur de la structure et des compétences.

Les stratégies, les techniques et les indicateurs de qualité seront intégrés aux cycles de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des sous -projets de SEATS II. Ce faisant, la *Stratégie de QS de SEATS* offre des directives, et ainsi elle présente une direction fondamentale pour la promotion de l'amélioration de la qualité et la réalisation du prochain jalon de qualité de SEATS II : le suivi de la qualité pour soixante quinze pour cent des sous -projets.

Introduction

Le Projet d'expansion et de soutien technique aux services de planification familiale (SEATS II), financé par l'Agence pour le développement international des États-Unis (USAID), est mis en œuvre par John Snow, Inc (JSI) et ses partenaires, qui sont :

- American College of Nurse-Midwives (ACNM)
- AVSC International
- The Program for Appropriate Technology in Health (PATH)
- Planned Parenthood Federation of America (PPFA)
- Initiatives, Inc.
- World Education, Inc. (WEI)
- American Manufacturers Export Group (AMEG).

SEATS incarne un engagement de haut niveau à la qualité des soins (QS) dans les programmes de santé reproductive et de planification familiale (SR/PF). Les questions liées à la qualité de la SR/PF sont complexes et évoluent rapidement. Le présent document de stratégie récapitule l'évolution de la pensée en ce domaine, en faisant une description de l'expérience de SEATS et de la manière dont le Projet a bénéficié et a contribué au travail d'autres groupes à trouver les moyens pratiques de promouvoir la qualité. La stratégie vise à faire une brève présentation dans le domaine de la qualité, un survol de la philosophie et de l'approche de SEATS à l'amélioration continue de la qualité, et fournit des directives pratiques au personnel qui cherche à promouvoir la qualité dans le cadre des sous-projets. La stratégie comprend aussi des exemples d'activités et d'indicateurs ainsi que des ressources et outils recommandés pour l'amélioration de la qualité.

Par conséquent, les divers chapitres du document ont des hypothèses sous-jacentes interdépendantes alors que leurs buts restent différents :

Chapitre 1. La Structure de la qualité dans le cadre du Projet SEATS
Ce chapitre situe la qualité dans la structure des objectifs stratégiques et du cadre des résultats de l'USAID, les objectifs du programme de SEATS et le système de contrat basé sur la performance de SEATS.

Chapitre II. Qu'est la qualité ?
Le Chapitre II présente un cadre intellectuel pour la discussion de la qualité en fonction d'une revue de la littérature. C'est en s'appuyant sur ce cadre que SEATS prend les décisions concernant son approche de qualité.

Chapitre III. Éléments essentiels de l'approche d'amélioration de la qualité de SEATS

Dans ce chapitre sont décrites la philosophie et l'approche de qualité des soins et d'amélioration de la qualité de SEATS, et sont illustrés de plusieurs exemples tirés des sous-projets de SEATS .

Chapitre IV. Intégrer la qualité des soins aux sous-projets de SEATS II

Ce chapitre fournit des directives techniques et pratiques sur ce que les sous-projets pourraient et devraient faire pour intégrer l'amélioration continue de la qualité aux cycles de conception, de mise en œuvre et d'évaluation.

Annexe A. Guide d'outils et de ressources proposés pour la qualité des soins de SEATS II

L'Annexe A présente l'information sur les contacts, les descriptions et les emplois des outils et des ressources que SEATS recommande aux fins de :

- Evaluer la qualité et les besoins de qualité
- Améliorer l'orientation sur le client
- Améliorer la qualité clinique
- Améliorer la gestion.

Annexe B. Avant-projet de liste de vérification pour maximiser l'accès et la qualité (MAQ)

- La Prestation de services incluant l'interaction client - prestataire (ICP) et la compétence technique.
- Le Soutien aux services incluant la formation, le genre, les outils d'information, éducation et communication (IEC) et la supervision.
- Le Cadre pour les services, dont les politiques, les protocoles et la stratégie de programme.

Annexe C. Modèles utiles liés à la qualité des soins

Exemples de modèles qui se sont avérés utiles pour l'amélioration de la qualité, dont le Cycle d'amélioration de SEATS : Planifier –Faire – Contrôler - Agir, le CIBLAGE et le Trajet de Juran.

La *Stratégie de qualité des soins pour la planification familiale et la santé reproductive de SEATS II (Stratégie de QS de SEATS)* vise à fournir un soutien pratique et théorique pour intégrer les stratégies et les pratiques de QS dans les programmes nouveaux ou en cours.

I. la Structure de la qualité dans le cadre du Projet SEATS

Ce chapitre situe la qualité dans la structure des objectifs stratégiques et du cadre des résultats de l'USAID, les objectifs du programme de SEATS ainsi que le système de contrat basé sur la performance de SEATS.

I.A. IA les Objectifs stratégiques de l'USAID et les buts de SEATS

Le Projet SEATS II a pour objet "d'étendre le développement de l'accès à et l'utilisation des services de planification familiale et de santé reproductive de qualité au sein de groupes actuellement peu desservis et de vérifier que la demande non satisfaite de ces services est prise en compte par la fourniture de ressources financières, techniques et humaines appropriées" (JSI/SEATS, 1994). Ce propos contribue directement à l'objectif stratégique "d'accroître l'utilisation par les hommes et les femmes de pratiques volontaires qui continuent à diminuer la fécondité" du Centre pour la population, la santé et la nutrition (PHNC) de l'USAID et, aussi, à l'objectif général de "réduction durable des grossesses non désirées" de l'Agence (USAID, 1996).

En appui à l'approche "d'accroissement de la demande, de l'accès et de la qualité de services de planification familiale et d'autres services choisis d'informations et de santé reproductive" du programme de l'USAID, l'approche stratégique générale de SEATS II vise à élargir l'accès et à renforcer la qualité des services de planification familiale et de santé reproductive. SEATS réalise l'approche stratégique, par la fourniture d'une assistance technique (AT) en matière de qualité des soins, en planification stratégique, en politique et gestion, en pérennisation, en logistique et achat, en formation, en information, éducation et communication. Les jalons basés sur la performance et les objectifs stratégiques de SEATS sont définis conformément aux objectifs stratégiques et aux résultats escomptés par l'USAID (Figure 1).

Les éléments en rapport direct avec la QS sont mis en caractères gras dans le tableau ci-après.

Figure 1: La Relation entre les objectifs stratégiques, les approches et les résultats de l'USAID et les objectifs stratégiques et les jalons de SEATS II

Le But 3 de l'USAID : stabiliser la population mondiale et protéger la santé humaine		
Objectif stratégique 1 du PHNC USAID: réduction durable des grossesses non désirées		
Résultats du programme de L'USAID	Objectifs du programme de SEATS II	Jalons pertinents
1. Les technologies et les approches nouvelles et améliorées pour les méthodes contraceptives et la planification familiale sont identifiées, mis au point, testés, évaluées et diffusées.	1. Elaboration de plans stratégiques complets par pays. 2. Soutien de 50 projets de services de planification familiale de plusieurs années.	<ul style="list-style-type: none"> - Dix plans stratégiques pour pays - MA pour neuf pays - Cinquante accords de sous - projets - Deux millions de CAP - Sept cents sites de services nouveaux et améliorés - SEATS a atteint les objectifs de couple – années de protection (CAP) de la population cible.
1.2. Le contexte politique est amélioré et les ressources globales sont accrues pour les programmes de planification familiale.	3. Fournir l' AT et la formation pertinentes et de qualité en gestion , en qualité des soins, en pérennisation et d'autres domaines techniques. 4. Fournir une assistance spécialisée en acquisition de produits et en logistique.	<ul style="list-style-type: none"> - une Stratégie de qualité des soins pour la planification familiale et la santé reproductive - les Protocoles cliniques pour les méthodes à long terme.
1.3 La capacité de conception, d'exécution et d'évaluation de programmes durables de planification familiale est accrue dans les secteurs public, privé, des ONG et des organisations communautaires.	5. Concevoir et mettre en œuvre les plans de pérennisation des sous – projets.	<ul style="list-style-type: none"> - Plans de pérennisation dans 50% des sous – projets - Recouvrement des coûts dans 40% des projets - Organisation de trois séminaires régionaux sur la pérennisation.
1.4 La demande , l'accès et la qualité de la planification familiale et d'autres services choisis d'information et de santé reproductive sont accrues.	6. Suivre et évaluer les intrants, les effets et les résultats des programmes et des sous - projets.	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de suivi et d'évaluation - Suivi de la qualité des soins pour 75% des sous – projets - Mécanisme d'auto – évaluation est fonctionnel dans 12 sous - projets - Rapport final.

I.B. La qualité des soins dans la structure générale basée sur la performance de SEATS

La mission de SEATS de renforcer et d'étendre l'accès à des programmes de qualité de planification familiale, de pair avec l'hypothèse sous-jacente, à présent partagée dans la communauté de la population et de la santé reproductive, selon laquelle la qualité influence et a un impact positif sur la satisfaction des clients et les taux d'acceptation et de continuation de la contraception. Elle exige que des efforts considérables soient faits pour vérifier la qualité des services de planification familiale et de santé reproductive fournis dans le cadre des sous-projets de SEATS. Fidèle à son engagement de fournir des prestations de services de haute qualité, SEATS a trois jalons de qualité de soins de grande portée dans son contrat basé sur la performance:

- Jalon de QS 1 de SEATS** Approbation des protocoles cliniques pour les méthodes à long terme et les méthodes permanentes (Jalon de projet 3-a : *Livret ressources des protocoles cliniques de SEATS II* présenté et approuvé, dû en 10/95).
- Jalon de QS 2 de SEATS** Présentation de la stratégie de la qualité des soins pour la planification familiale et la santé reproductive (Jalon de projet 6-b : dû en 7/96).
- Jalon de QS 3 de SEATS** Suivi de la qualité des soins pour 75% des sous-projets (Jalon de projet 11-c : dû en 10/97).

Par conséquent, la *Stratégie de QS de SEATS* est primordial au projet dans la réalisation de ses objectifs et à sa contribution dans la réalisation du but général et des objectifs stratégiques de l'USAID.

I.C. Le But de la stratégie de la qualité des soins pour la planification familiale et la santé reproductive de SEATS.

La *Stratégie de QS de SEATS* fournit des directives au personnel de SEATS et aux institutions de collaboration sur:

- La relation entre la qualité des soins et la réalisation des objectifs stratégiques et de programmes.
- La promotion de la qualité des soins et de l'amélioration continue de la qualité dans les programmes de planification familiale et de santé reproductive.
- La conception et le suivi de la qualité dans le cadre des sous-projets de SEATS, tel que prévu par le Jalon de QS 3 de SEATS II : le suivi de la qualité pour 75 % des sous-projets.
- Les questions liées à l'intégration des interventions choisies de santé reproductive.

La *Stratégie de QS de SEATS* fournit des directives pour les évaluations dans les pays, la planification de programmes, la réalisation de sous-projets, les efforts d'évaluation de systèmes d'information en gestion (SIG) et un cadre pour bâtir le suivi de la qualité des soins dans les sous-projets. La *Stratégie de QS de SEATS continue* l'engagement du projet à vérifier que la qualité est prise en compte de manière appropriée dans tous les plans des pays et les conceptions de sous-projets.

Outre l'assistance qui vise en particulier à créer des processus et techniques d'amélioration continue de la qualité, l'AT pour la qualité fournie par SEATS continuera à insister sur les approches solides de counseling et qui sont axées sur les clients ; la promotion d'un plus grand choix de méthodes contraceptives et de systèmes adéquats de référence ; l'accès aux services par les utilisateurs et les clients éventuels — y compris les groupes peu desservis tels que les jeunes et les femmes en post-partum et en post-avortement ainsi que la mise en place de systèmes de soutien opérationnel tels que le SIG, la logistique, la formation, le suivi et la supervision.

Aux fins d'atteindre ces buts, la *Stratégie de QS de SEATS* a été élaborée en accord avec trois préalables importants:

- Répondre aux besoins de constituants multiples dont les sous-projets, les pays, la direction régionale et centrale de SEATS, les Missions de l'USAID et le Centre pour la santé, la population et la nutrition de l'USAID à Washington.
- S'inspirer des approches éprouvées d'amélioration de la qualité des soins qui ont été élaborées ailleurs dans le cadre de SEATS I, puis adaptées et améliorées pour SEATS II.
- Répondre aux nouvelles conditions du système de contrat basé sur la performance et répondre aux besoins changeants du terrain et du contexte général.

Depuis sa création, SEATS a maintenu un engagement ferme à la programmation orientée sur les résultats qui prennent de plus en plus d'importance dans le contexte actuel. Comme il est indiqué dans le Plan de travail de la deuxième année du Projet SEATS II:

L'USAID aussi bien que JSI sont fortement engagés à la gestion pour les résultats et au système de contrat basé sur la performance... Faire correspondre les jalons du niveau central aux repères de financement et de génération par le terrain demande que la performance soit vue sous une autre optique. De même, il est essentiel de contrôler les coûts supplémentaires du suivi et de l'évaluation requis par ce mécanisme de contrat si SEATS veut rester compétitif concernant le financement de soutien sur le terrain. SEATS continue à engager des ressources en vue de relever ce défi (SEATS, 1996).

Conformément à ces priorités, la *Stratégie de QS de SEATS* vise à intégrer la qualité des soins aux cycles de conception, de mise en oeuvre et d'évaluation des sous-projets de manière à répondre à la fois aux besoins du terrain et des projets individuels tout en restant rentables. Ainsi, la *Stratégie de QS de SEATS* évite les fardeaux supplémentaires ou inutiles pesant sur les programmes tout en relevant de manière simultanée le défi de réaliser les jalons de performance du niveau central et de contribuer à la réalisation des objectifs stratégiques et des résultats de l'USAID. La *Stratégie de QS de SEATS* sert à la fois de référence et de guide pour l'amélioration continue de la qualité dans la conception de sous-projets, les programmes des pays, les institutions partenaires, les activités spécifiques et le suivi de programmes.

II. Qu'est la qualité?

Ce chapitre présente un cadre intellectuel pour la discussion de la qualité, qui est basé sur la revue de la littérature. C'est dans ce cadre que SEATS prend activement les décisions concernant son approche de qualité.

II.A. Comment trouvons-nous la qualité ?

Les efforts en vue de définir et de mesurer la qualité sont motivés par un l'intérêt à (1) identifier les domaines d'amélioration dans un programme de planification familiale donné et (2) déterminer si le niveau de la qualité affecte les résultats tels que les taux de continuation (Blaney, 1993).

Bien qu'on prétende, parfois et à juste titre, qu'il existe peu de consensus sur ce qui constitue des soins de haute qualité (Hardee et Gould, 1992), et sur la manière de les évaluer (Brown et al., 1995), ces dix dernières années ont été le témoin d'un intérêt accru dans ces domaines et d'un effort significatif qui résultait dans le développement et l'adaptation de concepts, d'approches, d'outils et d'indicateurs de mesure de la qualité des soins -- dont les professionnels de la santé reproductive ont trouvé utiles un grand nombre d'entre-eux.

De plus, le manque apparent de consensus, du moins en termes de définition de la qualité, peut être une excroissance naturelle de la pensée actuelle qui veut que la qualité, alors qu'elle est présente dans tous les programmes, est mieux définie, promue et mesurée dans un programme particulier.

Donabedian, écrivant en 1988 sur les progrès faits pour définir et évaluer la qualité notait que "dès que nous cherchons à définir la qualité, nous devenons aussitôt conscients du fait que plusieurs formulations sont à la fois possibles et légitimes »... (Donabedian, 1988).

Les définitions de la qualité et de l'amélioration de qualité trouvées utiles par SEATS mettent la perspective du client, y compris les attentes et le niveau de satisfaction du client dans une position centrale, de pair avec les normes cliniques ou les autres directives et protocoles de programme (Figure 4). Auparavant, seule l'inspection de la performance selon des normes et des protocoles externes pré - établis préalablement suffisait traditionnellement pour l'évaluation et l'assurance de qualité.

Figure 2: Définitions utiles de la qualité

Répondre aux besoins, attentes et demandes des clients et/ou des usagers... avec un minimum d'effort, de travail refait et de gaspillage (NDP sur l'AQ pour les soins de santé, 1991).

La satisfaction des clients avec les services en fonction d'un choix de mesures prises aux niveaux institutionnel et de prestation de services.

Faire la bonne chose, bien, au bon moment (adapté de Deming).

La manière dont les personnes et les clients sont traités par le système fournissant le service (Jain, 1992).

Figure 3: L'approche traditionnelle d'assurance de qualité mise en contraste avec la qualité totale et l'amélioration continue des soins de santé¹

APPROCHE TRADITIONNELLE d'ASSURANCE DE QUALITE	GESTION DE QUALITE TOTALE ET AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE
Perspectives Différentes	
<p><i>La qualité des soins de santé consiste à l'exécution correcte (selon les normes) d'interventions qui sont reconnues sûres, que la société peut se payer, et qui sont en mesure d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et la malnutrition. (Romer et Aquilar, OMS, 1988).</i></p>	<p><i>La qualité élevée est axée sur le client et cherche à aider les personnes à atteindre leurs buts et leurs intentions de reproduction (Bruce, 1990).</i></p> <p><i>Le concept de stratégie d'amélioration continue de la qualité insinue que la qualité est un processus plutôt qu'un résultat (Omachonu, 1992).</i></p>
Caractéristiques Différentes	
<p><i>Applique des "étalons or" externes de qualité.</i></p>	<p><i>Définit les concepts et processus de qualité en fonction des attentes des clients et des ressources organisationnelles avec les intrants du personnel.</i></p>
<p><i>Se concentre de manière rétrospective sur l'identification des écarts par rapport aux normes.</i></p>	<p><i>Converge sur les systèmes et processus en tant que sources éventuelles d'erreur et insiste sur l'amélioration continue dans l'exécution d'une activité.</i></p>
<p><i>Assigne aux superviseurs ou inspecteurs des responsabilités pour la qualité.</i></p>	<p><i>Confie à chaque employé la responsabilité de la qualité.</i></p>
<p><i>Insiste sur la "qualité de fait" et les résultats du traitement.</i></p>	<p><i>Insiste sur la "qualité telle que perçue" (répondre aux attentes du client) ainsi que la "qualité de fait" (protocoles et résultats de traitement).</i></p>
<p><i>Suppose que seuls la communauté médicale et les décideurs peuvent définir la qualité.</i></p>	<p><i>Permet la participation des clients à définir la qualité selon leurs besoins, souhaits et attentes.</i></p>
<p><i>Juge la qualité lors d'une visite annoncée par un inspecteur externe ou un membre du personnel central.</i></p>	<p><i>Juge et améliore la qualité sur une base continue avec tout le personnel impliqué (réceptionnistes, secrétaires, prestataires cliniques, administrateurs, chargés des dossiers médicaux, chauffeurs, etc.).</i></p>
<p><i>Insiste sur l'autorité administrative pour l'inspection des normes.</i></p>	<p><i>Insiste sur les équipes interdisciplinaires travaillant en vue d'atteindre les objectifs fixés par le client.</i></p>

Bien que les normes minimales spécifiques au programme peuvent être utiles (Jain *et al.*, 1992) et que SEATS a trouvé que la définition et l'utilisation de normes spécifiques au programme contribuent à la qualité des soins, l'expérience de SEATS, en accord avec les modèles actuels de qualité, suggère qu'il n'existe pas "d'étalon or" international ou externe de la qualité, comme

c'était parfois supposé avec les modèles "d'assurance de qualité, auparavant." Plutôt, la qualité est caractéristique à des contextes particuliers et peut être améliorée de manière continue.

La qualité elle-même n'est pas une norme unique, ou tel que l'indique Bruce, écrivant sur les programmes de planification familiale et utilisant les concepts de Donabedian, "la qualité n'est pourtant pas une norme du tout, mieux, c'est une propriété que tous les programmes ont... seul un jugement peut déterminer si la qualité est bonne ou mauvaise, satisfaisante ou non satisfaisante." L'un des récents grands tournants concernant en général la qualité dans les systèmes de soins de santé, et en particulier la planification familiale, est de reconnaître et de promouvoir le rôle et même la pré - éminence du client dans le jugement comme quoi la qualité d'un programme est satisfaisante ou non. La Figure 3 compare l'approche traditionnelle et l'approche continue.

II.B. Qui sont nos clients?

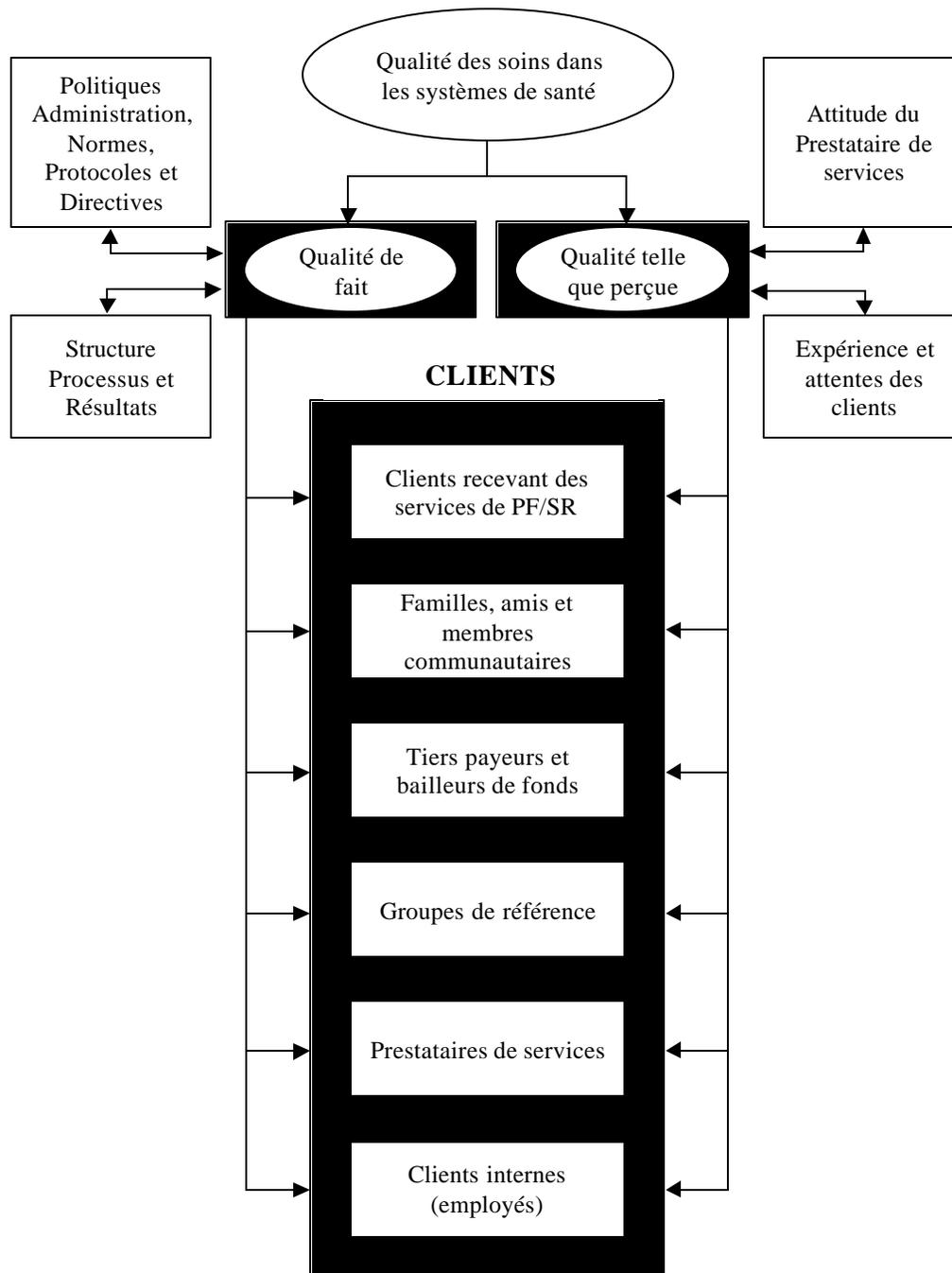
Les modèles et les programmes d'amélioration de la qualité axés sur les clients visent à augmenter la satisfaction pour les services aussi bien que pour l'adhésion du client aux normes cliniques. Les approches axées sur le client insistent sur l'identification, la connaissance et l'écoute des clients, la réponse à leurs intrants et l'organisation des services en vue de satisfaire leurs attentes et leurs besoins.

Dans le cadre des programmes de planification familiale et de santé reproductive, un *client* ou un utilisateur selon le lexique de la Gestion de qualité totale (GQT), est une personne ou un groupe recevant un service dispensé par un fournisseur. Les utilisateurs/clients peuvent être *externes* ou *internes* à l'organisation qui fournit le service.

- Les clients *externes* sont les récipiendaires, consommateurs ou bénéficiaires finaux du service qui est offert. Il s'agit des femmes et des hommes qui sont les utilisateurs ou les éventuels utilisateurs des services de planification familiale et de santé reproductive, leurs familles, leurs amis et les membres communautaires.
- Les clients *internes* sont « les personnes au sein de l'organisation qui dépendent de leurs camarades pour recevoir les produits et les services qui les aident à remplir leur part de provision des soins de santé de qualité aux clients externes. Les clients internes comprennent les agents de première ligne, les superviseurs et d'autres membres de l'équipe de santé » (Franco et al., 1994).

Les autres importants clients des services fournis par les programmes de santé reproductive et de planification familiale, comptent les organismes bailleurs de fonds tels que l'USAID et les autres tiers payeurs ; les groupes de référence et, dans une certaine mesure, les autres organisations impliquées dans la formulation et à la mise en oeuvre de programmes complémentaires, tels que les programmes de réduction de la mortalité maternelle ou de santé maternelle et infantile.

Figure 4: Le Cadre conceptuel de l'interdépendance de la qualité de fait et de la qualité telle que perçue²



Un cadre conceptuel utile pour équilibrer la traditionnelle assurance de qualité qui met l'accent sur les normes cliniques et la reconnaissance de la position intégrale du client dans la définition et le jugement de la qualité qui a été adapté d'Omachonu (Figure 4) et récapitulé ci après :

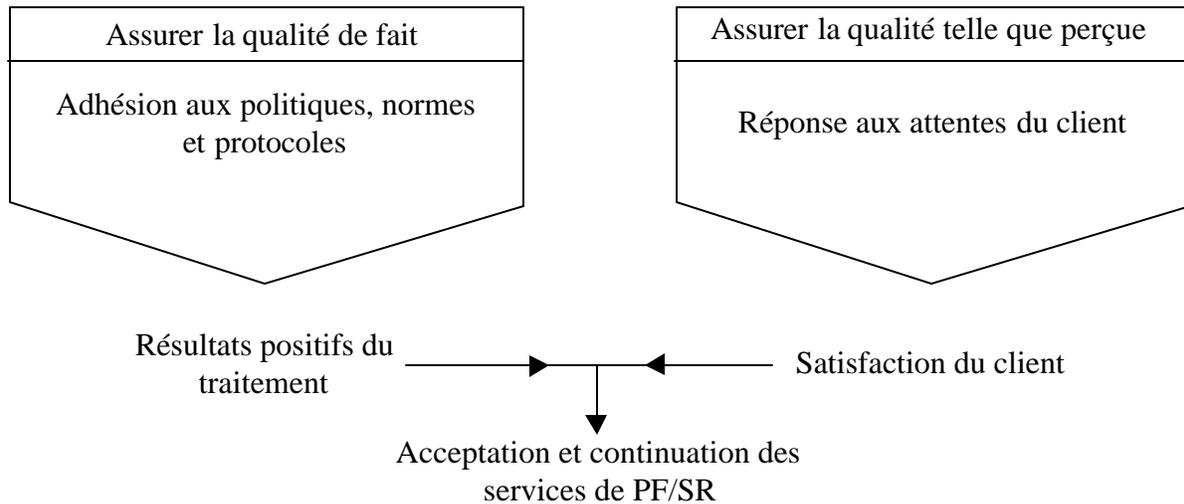
La qualité comprend deux parties interdépendantes : la qualité de fait et la qualité telle que perçue. La première consiste à satisfaire à ses propres spécifications (conformité aux normes), la seconde partie consiste à satisfaire aux attentes de votre client... La qualité telle que perçue par le bénéficiaire des soins est d'importance critique à la définition complète de la qualité... [une] définition serait jugée inadéquate et mal orientée [si] elle ne tenait pas compte d'un volet essentiel — à savoir le point de vue du patient (Omachonu, 1991).

Omachonu continue pour indiquer que les définitions de la qualité devraient se concentrer sur l'avenir et être orientées sur le processus plutôt que d'être simplement orientées sur les résultats.

Figure 5: L'Approche de la qualité axée sur le client

La qualité est définie avec la participation, la vision et les intrants des clients internes et externes. Les services de qualité devraient être organisés et fournis conformément aux attentes et aux besoins des clients en utilisant leur niveau de satisfaction aussi bien que d'adhésion aux protocoles cliniques en tant qu'indicateurs importants de notre niveau de réussite et des domaines d'amélioration éventuels.

UNE APPROCHE AXEE SUR LE CLIENT CONDUIT A:



Aussi, en répondant aux questions “*Qu'est-ce la qualité ?* “ et “*Comment la trouvons-nous ?* “ les prestataires de services, les planificateurs de programme, les administrateurs et les évaluateurs devraient tenir compte, dès le début, des réponses obtenues en demandant et en écoutant les clients, et devraient faire ainsi de manière régulière et continue.

L'Annexe A présente un choix récapitulatif de ressources et d'outils que SEATS a trouvé utiles pour améliorer la "qualité de fait" ou la qualité clinique et administrative et la "qualité telle que perçue" ou l'orientation-client.

II.C. les Eléments de la qualité des soins dans les programmes de planification familiale

L'articulation des concepts de Donabedian qui se sont avérés d'importance capitale pour les efforts d'amélioration de la qualité dans les soins de santé a servi de fondation à l'élaboration de la qualité dans les programmes de planification familiale. Dès 1966, il présentait la nouvelle catégorisation, bien persuasive à l'heure actuelle, de la qualité dans les soins de santé selon la structure, le processus et le résultat.

Le *résultat* renvoie aux conséquences ou aux avantages de l'intervention médicale ; le *processus* renvoie aux activités des prestataires de soins de santé et d'autres personnes impliquées dans la fourniture des services ; la *structure* renvoie aux qualifications, aux certifications, aux normes et aux autres caractéristiques des ressources employées. Par la suite, il a étendu à la description détaillée de trois domaines ou aspects : l'aspect *technique* ou "l'application de la science et de la technologie" ; les aspects *interpersonnels* ou sociaux et psychologiques de l'interaction client prestataire ; et plus tard, les *aménagements* des soins, y compris les éléments de confort, le côté pratique et attirant des structures (Donabedian, 1980).

S'inspirant de ce fondement, les "Eléments fondamentaux de la qualité des soins : un cadre simple" (Bruce, 1990) appliquait ces concepts aux programmes de planification familiale. Le "Cadre de Bruce/Jain, " tel qu'il est souvent appelé de nos jours, est une contribution qui sert de point de repère dans le domaine. Il décrit six éléments essentiels de la qualité des soins de planification familiale, tout en insistant sur l'interaction du client avec le système de prestation de service. Vu comme un tout, ce cadre recoupe non seulement les dimensions interpersonnelles nécessaires pour la satisfaction du client mais également l'adhésion aux normes cliniques (compétence technique) et aux autres aspects de l'infrastructure nécessaires pour arriver à des résultats positifs de traitement (Figure 6).

Figure 6: Eléments de la qualité des soins (Cadre QDS Bruce/Jain)

- Choix des méthodes
- Information aux utilisateurs
- Compétence technique des prestataires
- Interaction client-prestataire
- Continuité des soins
- Constellation (ou adéquation et acceptabilité des services)

Le Cadre de Bruce/Jain donne des directives sur quels éléments de programme il faut se concentrer pendant la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation. Tel que Bruce indiquait, le cadre devrait être pris comme un point de départ et être utilisé de manière souple. Toutefois, les planificateurs et les responsables de programme souhaitant appliquer le cadre à leurs propres programmes pour améliorer la qualité ont besoin d'outils et de techniques pratiques que le cadre lui-même ne fournit pas (Rosenfield et Damiba, 1991).³

Pendant ses années de mise en oeuvre, SEATS a à la fois bénéficié et contribué à l'élaboration, à l'adaptation et à l'application d'approches et d'outils utiles à l'amélioration de la qualité de la planification familiale. La plupart de ceux-ci sont décrits dans les sections suivantes de cette

stratégie. En outre, l'Annexe A fait une description des ressources et des outils recommandés par SEATS pour évaluer les besoins en qualité et améliorer l'orientation -client, la qualité et la gestion cliniques.

Outre les six éléments dont il est question dans le Cadre de Bruce/Jain, "l'accès" est souvent cité comme étant un élément d'importance critique. Certaines définitions de l'accès sont tout à fait compatibles avec « le choix de méthodes » et « la constellation de services ». Toutefois, tel qu'indiqué par l'initiative de l'USAID en vue de Maximiser l'Accès et la Qualité (MAQ), il convient de prêter une attention spéciale aux questions liées à la fourniture et à l'assurance de l'accès aux services. Tel que le remarque Bruce, "le choix de méthodes n'est pas possible sans un nombre suffisant de points d'approvisionnement" (Bruce, 1990).

II.D. Maximiser l'Accès et la Qualité (MAQ)

De manière consistante, L'USAID a soutenu l'amélioration de la qualité à travers ses propres initiatives techniques et de politiques et par le soutien et le développement de programmes mis en oeuvre par ses Agences de Collaboration (AC). "MAQ" est l'initiative de l'USAID qui a grandi des efforts de l'USAID pour fournir une « approche rentable aux programmes de planification familiale et de santé reproductive qui augmente la satisfaction du client en maximisant l'accès et la qualité des services" (USAID, 1996). L'approche de qualité de SEATS est compatible avec l'approche de l'USAID, telle que représentée par MAQ :

Bien que les objectifs de qualité et d'accès peuvent varier en fonction du contexte de prestation de services et des ressources disponibles, MAQ repose sur plusieurs principes universels qui peuvent être appliqués quel que soit le contexte. Voici ces principes MAQ :

- *Mettre l'accent sur l'accès avec la qualité*
- *Bâtir une orientation -client*
- *Soutenir la qualité d'en haut*
- *Bâtir la qualité d'en bas*
- *Construire des approches pour évaluer et améliorer (USAID, 1996).*

MAQ se concentre sur l'accès de manière à le mettre sur le même pied d'égalité que la qualité, et non seulement comme sa sous - composante. (Les autres aspects des principes de MAQ, ci-dessus, sont traités en détail dans les sections suivantes de la présente stratégie.)

Le Projet EVALUATION propose des indicateurs qui sont liés à cinq dimensions de l'accès et des barrières éventuelles qui "devraient être traitées par la direction de programmes de PF afin de promouvoir l'utilisation élargie des services disponibles ; à savoir, 'faire venir les clients'" (Bertrand et al., 1994). La Figure 7 récapitule ces dimensions.

Figure 7: Les Jalons et les activités de SEATS II pour améliorer l'accès aux services de planification familiale⁴

Dimension de l'accessibilité	Description	Exemple d'indicateur	Objectifs de SEATS... (exemples)
Géographique ou physique	Le niveau de difficulté/ facilité pour atteindre ou obtenir des services de PF	nombre de points de services (PS) situés à une distance fixe ou à un temps de déplacement d'une communauté donnée	<p><i>Jalon de SEATS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - la création de 700 sites nouveaux ou améliorés de services <p><i>Activité de SEATS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'étude et l'initiative urbaines de l'accès au service (dont une cartographie des lieux et de la capacité des points de prestation) et la qualité
Economique	La mesure dans laquelle les coûts pour obtenir les services restent dans les moyens économiques d'une grande majorité de la population cible	coût d'un mois d'approvisionnement en contraceptifs en tant que pourcentage du salaire mensuel	<p><i>Jalons de SEATS .-</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le plan de pérennisation et de recouvrement des coûts étudiera à la fois les systèmes de paiement des utilisateurs et les recettes obtenues grâce à d'autres sources que les paiements des utilisateurs, par exemple, les subventions croisées - la stratégie de suivi et d'évaluation suit le coût par client, le coût par CAP (par méthode, par type de conception), le coût par nouveau point de services, le coût par PS amélioré
Administrative	La mesure dans laquelle des règles et réglementations inutiles entravent le choix contraceptif	présence/ levée de politiques restrictives sur le choix	<p><i>Jalon de SEATS .-</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le Manuel des protocoles cliniques comprend les critères d'éligibilité de l'OMS pour la fourniture des méthodes contraceptives <p><i>Activité de SEATS :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - les activités d'amélioration de la qualité se concentrent sur divers niveaux du système pour identifier et supprimer les barrières entravant les services
Cognitive	La mesure dans laquelle les clients connaissent l'emplacement des points de services et les services disponibles	pourcentage de la population qui connaît au moins une source de services contraceptifs	<p><i>Activités de SEATS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'information, éducation et communication (IEC) utilise la recherche formatrice et son orientation sur l'action, pour vérifier que le message dirigé vers les utilisateurs et les utilisateurs éventuels des services sont bien transmis

Dimension de l'accessibilité	Description	Exemple d'indicateur	Objectifs de SEATS... (exemples)
Psychosociale	La mesure dans laquelle les clients éventuels qui souhaitent espacer ou limiter les naissances ne sont point contraints par des facteurs psychologiques, sociaux ou des attitudes	pourcentage de non-utilisation due à des barrières psychosociales	<p><i>Activités de SEATS</i></p> <p>- Le counseling et l'information l'IEC est dirigé vers les clients, les clients éventuels et la communauté. Cela comprend les groupes secondaires importants, tels que les hommes, les jeunes et les leaders sociaux et religieux.</p> <p>Initiatives spéciales de SEATS :</p> <p>- atteindre les populations cibles spéciales telles que les jeunes et les femmes analphabètes</p> <p>Initiative des jeunes : Premières Choses en Premier, Int'l.</p> <p>Alphabétisation des femmes et intégration de la PF.</p>

L'USAID a mis au point une liste de vérification pour aider à appliquer MAQ. La liste, qui est à présent sous sa forme finale, vise à aider à évaluer, à programmer ou à évaluer l'accès et la qualité des soins. C'est un guide excellent pour les questions et les indicateurs actuels dans les domaines de :

- **La Prestation de services**, y compris l'interaction prestataire -client, la compétence technique, l'infrastructure, les méthodes et les produits, le caractère privé et la prévention des infections.
- **Le Soutien aux services**, notamment la formation, l'IEC, le genre, la supervision et la gestion.
- **Le Cadre de services**, notamment les politiques, les protocoles et les directives, la constellation de services, la participation et la stratégie de programme.

La liste est donnée en Annexe B et est mentionnée dans le guide d'outils et de ressources proposés pour la qualité des soins de SEATS II, Annexe A.

Figure 8: Améliorer l'accès et la qualité : Initiative urbaine de SEATS

L'un des objectifs principaux de l'Initiative urbaine de SEATS est d'aider les programmes à accroître leur capacité de prestation de services pour répondre aux besoins d'un volume croissant de clients, suite à l'accroissement rapide de la population dans les zones urbaines. Un objectif tout aussi important de l'Initiative urbaine consiste à identifier les points faibles au niveau de la qualité des services et de concevoir des stratégies d'amélioration. L'Initiative urbaine de SEATS aide les représentants officiels des administrations locales, municipales et nationales et les secteurs privés à tous les niveaux, à collecter l'information et à utiliser les résultats de la recherche dans leurs efforts de programmation en vue d'atteindre ces objectifs.

L'Initiative urbaine s'inspire de l'expérience de SEATS I tirée de l'Etude de planification familiale en zones urbaines de l'Afrique subsaharienne et des sous-projets de prestation de services urbains dans lesquels une étude initiale faite par SEATS I constatait que les taux élevés de croissance urbaine en Afrique subsaharienne allaient probablement entraver la capacité des programmes urbains à maintenir ou à accroître la prévalence contraceptive. Pour répondre à la demande future et maintenir ou augmenter le TPC actuel, l'étude urbaine de SEATS a permis de se rendre compte que la prestation de service devait être élargie, soit en augmentant la capacité en volume de clients ou en accroissant le nombre de points de services. Un grand nombre de cliniques urbaines ne sont pas préparées à l'expansion qui sera nécessaire à l'avenir. La création de nouveaux points de services, la formation d'un nombre accru de prestataires de services, la mise en place de systèmes alternatifs de prestation et la réponse à la demande non satisfaite de l'utilisation de méthodes permanentes et à long terme sont des stratégies appropriées pour traiter les questions liées à la croissance de la capacité des cliniques en clients.

En accord avec l'approche de SEATS, l'Initiative urbaine est élaborée pour tenir compte des circonstances spéciales de chaque pays impliqué. L'équipe de recherche de l'étude urbaine de SEATS I a mis au point une approche pour évaluer les capacités de prestation de services des villes en utilisant une combinaison de méthodes nouvelles et des adaptations de méthodes existantes. Cela comprend le SSEPPF de SEATS (Système de suivi et d'évaluation des programmes de PF) qui calcule le TPC pour une zone définie ; l'Estimateur de capacité de SEATS qui évalue les futures capacités de prestation de service à la lumière de la croissance de la population ; l'Analyse situationnelle du Population Council ; les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et des applications informatiques de données cartographiques qui peuvent mettre à jour les points faibles dans l'accès aux services.

II.E. Pourquoi la qualité des soins compte-t-elle ?

Une revue de la littérature existante indique fortement que la qualité des services fournis est un déterminant important des taux d'acceptation et de continuation et, partant, une grande contribution au niveau de prévalence contraceptive (Jain, 1989).

La qualité des soins aurait un effet positif sur les résultats souhaitables cités le plus souvent pour les activités de planification familiale :

- Augmenter le taux de prévalence contraceptive (le pourcentage de femmes en âge de reproduction pratiquant la contraception à un moment donné) menant à des réductions de la fécondité et à des améliorations de la santé maternelle et infantile (Jain, 1990)
- Répondre à la demande non satisfaite de services de planification familiale par la fourniture de services qui sont accessibles, acceptables, appropriés et qui donnent un choix adéquat aux clients.

- Aider les personnes à atteindre leurs buts en matière de fécondité, donc en produisant une clientèle satisfaite d'utilisateurs continus qui, dans le long terme, contribuera à des réductions de la fécondité (Bruce, 1990).

Pendant qu'il y a une recherche encore limitée pour apporter un soutien direct à ce dernier point, "les études ont fortement suggéré une association positive de plusieurs éléments de la qualité et de l'acceptation de la contraception, de la prévalence et de la continuation accrue de l'utilisation de la contraception, notamment le choix des méthodes, l'information aux clients et l'interaction prestataire client" (Hardee et Gould, 1992 ; Jain, 1989 ; Pariani, 1991 ; Prabhavathi et Sheshadri, 1988).

Une étude récente fondée sur l'analyse de données provenant d'un échantillon de 7800 femmes en âge de procréer,

dégage quelques preuves empiriques les plus solides, à ce jour, sur l'importance de la qualité des soins pour l'acceptation et l'utilisation de la contraception. Les résultats démontrent que les perceptions des femmes concernant la qualité des soins fournis par les agents de terrain de la planification familiale étaient liées de manière significative à la probabilité qu'elles adoptent par la suite une méthode de planification familiale. Les femmes n'utilisant pas la contraception, se situant à un niveau élevé du classement de la perception de la qualité des soins, étaient 2,3 fois plus susceptibles d'adopter par la suite une méthode, comparé aux femmes avec un faible score sur le classement (Koeing et al., 1995).

Cette étude note également une relation significative entre la qualité des soins et l'utilisation continue de la contraception.

De pair avec les effets positifs de la qualité, les coûts relatifs d'une mauvaise qualité doivent également être notés. Les études faites dans l'industrie et les soins de santé ont montré que 20 % - 50 % des activités des processus administratif et de prestation de services sont un " travail pas vrai ", ce qui signifie que 10 % - 25 % des coûts peuvent être rangés dans la catégorie du gaspillage associé à la mauvaise qualité (Omachonu, 1991). Le travail pas vrai et le travail refait, ou l'exécution à nouveau de la même tâche une ou plusieurs fois afin de satisfaire à des normes minimales ou à cause d'une absence générale de qualité contribue à un gaspillage accru de ressources, telles que le temps, l'argent ainsi que la motivation et l'expertise du personnel.

D'autres coûts de la mauvaise qualité comprennent la sécurité et la satisfaction amoindries pour les clients ; la satisfaction professionnelle et la motivation amoindries du personnel ; le temps d'attente allongés ; la disponibilité amoindrie des méthodes contraceptives; le taux d'abandon (discontinuation) accru des utilisateurs de la planification familiale, et les échecs possibles des méthodes contraceptives dus à un counseling de mauvaise qualité pouvant mener à des grossesses et à des avortements non désirés.

II.F. L'importance du choix, du counseling et de l'accès à toute une gamme de méthodes contraceptives

S'inspirant d'un certain nombre d'études et d'expérience de programme, certains éléments-clés du Cadre de Bruce/Jain ont été identifiés, notamment le counseling et l'information du client ainsi que le choix à partir d'une gamme de méthodes contraceptives.

Certaines études ont constaté que le counseling et l'information des clients avaient une association positive apparente avec les taux d'acceptation et de continuation des méthodes contraceptives (Prabhavathi et Sheshadri, 1988). D'autres études ont montré que, lorsqu'un client, après un counseling, reçoit la méthode qu'elle (ou il) a choisie, les taux de continuation sont plus élevés que lorsque le prestataire choisit la méthode pour le client (Huezo, 1993 ; Pariani, 1991). Une autre étude importante a montré que, le trop d'informations données aux clients influence de manière négative les taux de continuation (Huezo, 1993).

Il s'agit là de conclusions importantes pour le counseling en planification familiale, l'information du client et les relations interpersonnelles puisqu'elles placent le choix du client au centre de la sélection de méthodes. Cela renforce également que l'interaction client -prestataire devrait être perçue comme une communication à double sens, avec le prestataire qui donne l'information et les directives de manière non autoritaire, respectueuse et flexible.

Pendant le counseling, le prestataire obtient une information du (ou de la) client(e) sur ses besoins et ses buts en matière de reproduction et donne l'information sur les méthodes qui intéressent la cliente. Si la cliente est indécise, ou si son choix comporte des risques ou est inadéquat (par exemple, une prostituée demandant un DIU), le prestataire informe la cliente de l'ensemble des méthodes disponibles et l'aide à choisir celle qui convient à ses besoins, à ses intentions reproductives et à son style de vie (USAID, MAQ/CCP, 1996). Ensemble, le client et le prestataire cherchent à faire concorder les préférences des clients et les méthodes contraceptives pouvant être données sans risques à une femme ou un homme en particulier.

Le *choix libre et informé* signifie que la décision du client est prise en toute connaissance de cause sur la nature, les risques et les avantages des méthodes de PF disponibles, et sans pression ou contraintes. Fournir le *choix* signifie également qu'une gamme de méthodes contraceptives est rendue régulièrement disponible pour le client. Le choix "ne signifie pas forcément que toutes les méthodes légales doivent être disponibles à chaque point de service mais que l'effort de l'ensemble du programme soit tel que les éventuels utilisateurs aient, dans une aire géographique, un accès raisonnable à une variété de méthodes" (Bruce, 1990). Cela suppose également que les systèmes de référence sont en place et fonctionnent de sorte à vérifier que le client peut obtenir la méthode de choix.

La fourniture de toute une gamme de méthodes répond à deux priorités importantes

- Permettre aux clients de choisir une méthode qui répond aux buts de reproduction – la cliente veut –elle remettre à plus tard un accouchement, espacer les grossesses ou arrêter de faire des enfants? – aussi bien qu'à son profil physique et son style de vie. (Les prestataires et les planificateurs de programme devraient se rappeler que les intentions en matière de fécondité changent tout au long des cycles de vie reproductive des individus et des couples).

- Fournir les méthodes alternatives pour les clients qui souhaitent changer à cause d'effets secondaires non tolérés puisque la majorité des discontinuations de méthodes contraceptives pendant la première année est attribuée à de tels effets secondaires.

Un soutien empirique de ces priorités est donné par la revue et l'analyse de données existantes tirées d'études faites dans de nombreux pays : "l'adjonction d'une méthode contraceptive entraîne une augmentation nette dans la prévalence contraceptive ; les programmes à méthode unique sont inadéquats pour répondre aux buts de fécondité de l'individu; la disponibilité de méthodes multiples augmente l'utilisation contraceptive, et la prévalence contraceptive dépend du nombre de méthodes disponibles dans de nombreux endroits du pays" (Jain, 1989).

En choisissant la méthode contraceptive appropriée, les clients, les conseillers et les prestataires de services devraient tenir compte de l'âge, du sexe, des buts en matière de fécondité, du style de vie, de l'état de la lactation, du profil de santé, de la tolérance des effets secondaires, du réapprovisionnement et du coût. Les programmes devraient être en mesure de fournir une prestation de service de qualité en soutien à la sélection et à l'utilisation de méthode.

II.G. Bâtir le fondement de la qualité des soins sous SEATS I

Depuis son commencement, le Projet SEATS a fait preuve d'un solide engagement à promouvoir la qualité des soins pour la planification familiale et la santé reproductive grâce à la conception, au test et à l'application d'approches techniquement appropriées et rentables.

Tôt dans sa première phase de financement, SEATS dépassait le modèle traditionnel "d'assurance de la qualité" qui dépend d'un suivi épisodique médical et de gestion, qui utilise un unique "étalon d'or" de la qualité. Par contre, les activités de SEATS liée à la qualité ont mis au point des techniques pour l'évaluation et l'amélioration continues de la qualité aux points de services, qui intègrent les concepts et les initiatives de qualité aux conceptions des sous -projets et qui impliquent les membres d'équipes de planification familiale et de reproduction à tous les niveaux afin de définir et d'assurer la qualité.

Tôt dans le Projet SEATS I, le personnel de SEATS a commencé à étudier les méthodes pour appliquer l'approche modifiée "Gestion de Qualité Totale," connue comme l'Amélioration Continue de la Qualité, aux systèmes de prestation de service de santé (Figure 9). S'inspirant de l'expérience considérable de groupes américains et européens qui ont utilisé avec succès les techniques d'amélioration de la qualité, les efforts de SEATS I se sont révélés complètement nouveaux dans l'application de ces modèles aux situations des pays en développement.

Le soutien pour l'amélioration continue de la qualité et des soins dans les programmes de planification familiale était un domaine prioritaire central pour SEATS I, ce qui comportait une formation en QS considérable, une élaboration de matériels et une étude pilote de l'approche d'amélioration continue de la qualité. Les réalisations faites sous SEATS I incluent la coordination d'un effort de grande envergure du Bureau régional de l'Afrique de l'Est et Australe (ESARO) pour faciliter le développement de programmes d'amélioration de la qualité dans toute cette région.

De son bureau régional d'Afrique de l'Ouest (WARO), SEATS a démarré un test pilote d'une approche communautaire nouvelle d'évaluation et d'amélioration de la qualité avec huit sites de services au Togo. Les ressources techniques et financières nécessaires pour aider à élaborer et appliquer des plans d'action spécifiques aux sites de services ont été fournies par SEATS. Malgré plusieurs obstacles externes, tels que les perturbations politiques, l'initiative d'amélioration continue de la qualité au Togo a eu des résultats positifs durables, notamment un plus grand nombre de clients et une meilleure combinaison de méthodes contraceptives. Même pendant les six premiers mois, avant que ces gains ne soient visibles, le personnel clinique s'autorisaient à cerner les problèmes et à trouver les solutions appropriées, faisant des progrès nets dans des domaines liés à la satisfaction du client et aux processus efficaces de programme.

Figure 9: La Gestion de la qualité totale* et l'amélioration continue de la qualité**

La Gestion de la qualité totale (GQT) réfère à un processus de gestion et un ensemble de disciplines qui sont coordonnées pour vérifier que l'organisation répond et dépasse constamment les besoins ou exigences des clients.

La GQT engage toutes les divisions, tous les départements et niveaux de l'organisation. La direction supérieure organise sa stratégie et ses opérations autour des besoins des clients et crée une culture organisationnelle avec la participation des cadres supérieurs. Les responsables amènent leurs équipes à créer et à s'engager à une vision de la qualité qui tient compte du point de vue du client. Ils doivent alors entraîner les employés vers la réussite de la mission commune.

Pour faire cette GQT, les sociétés sont concentrées sur la gestion systématique des données dans tous les processus et les pratiques pour éliminer le gaspillage et poursuivre l'amélioration continue.

La GQT est un trajet continu vers l'excellence dans le but de fournir la plus haute valeur au client.

L'Amélioration continue de la qualité (ACQ) reconnaît qu'un grand nombre de problèmes organisationnels tiennent aux systèmes et aux processus plutôt qu'aux individus.

L'ACQ permet au personnel à tous les niveaux de travailler en équipe, d'analyser les systèmes et les processus, d'utiliser l'information pour identifier la nature et la dimension de chaque problème ainsi que de concevoir et d'exécuter des activités pour améliorer les services. Les équipes interfonctionnelles travaillent aux améliorations qui répondent aux besoins des clients.

Le personnel lui-même suit l'impact de ses changements et, si les résultats escomptés du processus ne sont pas atteints, le personnel peut continuer à faire des améliorations jusqu'à ce que ces résultats soient atteints.

Il est capital de bâtir l'ACQ dans les procédures routinières de l'organisation en répétant continuellement le cycle de l'ACQ. Cela aidera à maintenir les améliorations et à cerner et à traiter de nouveaux domaines où la qualité peut être améliorée.

*Adapté de Capezie et Morehouse, 1993.

**Adapté du Management de la planification familiale, 1993.

Au Maroc, SEATS a pris la tête dans l'institutionnalisation de l'inclusion des volets de la qualité des soins dans le programme de planification familiale du Ministère de la Santé Publique du Maroc. L'importance particulière donnée au point de vue du client, à l'amélioration du counseling et à la formulation et à l'utilisation des normes cliniques, a produit des succès. Par la suite, les volets ont été élargis pour intégrer d'autres activités connexes de santé reproductive, notamment les soins maternels. De plus, des interventions spéciales avaient été menées pour promouvoir le concept d'amélioration continue de la qualité et avaient pavé le chemin pour une initiative réussie de qualité sous l'égide du projet bilatéral de l'USAID (Figure 10).

Figure 10: Décentraliser l'analyse de données pour la résolution de problèmes au Maroc

Une évaluation de la qualité des services de planification familiale dans des provinces choisies a marqué le début d'un effort soutenu d'amélioration de la qualité des soins au Maroc. Débutant en 1992 sous l'égide de SEATS et poursuivant après 1994 sous le Projet bilatéral de l'USAID, le Ministère marocain de la Santé a mis l'accent sur le point de vue du client, sur l'utilisation des données à tous les niveaux et sur l'approche d'équipe en tant que composante essentielle de l'amélioration de la qualité. Au Maroc, ces récentes années, de plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité, l'approche d'équipe à la résolution de problèmes s'est avérée particulièrement utile, de réplification facile et flexible.

Adapté de l'approche d'équipe de résolution de problèmes de district de l'OMS, l'approche d'équipe de résolution de problèmes du Maroc était appliquée pour la première fois en 1993 dans cinq provinces marocaines. Des équipes provinciales ont été mises sur pied et ont reçu une formation lors d'un séminaire de deux semaines sur les principaux éléments de cette approche : l'utilisation des données pour l'analyse des conditions et contraintes de prestation de santé au niveau local, l'interaction au sein de l'équipe pour établir les priorités et énoncer les solutions aux divers problèmes découverts, l'application de la solution d'équipe, le suivi des indicateurs pour mesurer les progrès dans la résolution du problème, comme l'évaluation et la présentation des résultats aux hauts responsables du MSP. Ce premier tour de résolution de problèmes réalisé sur une période d'une année a dégagé des résultats suffisamment positifs pour conduire à la réplification de l'approche dans 21 sites additionnels pendant les deux années suivantes.

Bon marché en termes de coûts externes, les itérations ultérieures de l'approche ont été financées par des sources extérieures à SEATS, notamment les applications les plus récentes qui ont été soutenues entièrement par les ressources du MSP. Outre les avantages spécifiques réalisés concernant des aspects particuliers de la prestation et de la gestion de services, la prise de contrôle grâce à l'utilisation de données était la plus remarquable et avec optimisme la plus durable. De concert avec l'importance grandissante accordée à la décentralisation au Maroc, l'approche d'équipe de résolution de problèmes a dégagé des expériences concrètes et puissantes pour l'implication du personnel et l'utilisation des données à divers niveaux pour cerner et résoudre les problèmes concrets de prestation de services.

SEATS II s'inspire de ces succès et des résultats que la qualité des soins s'est avéré être un déterminant important, bien que souvent négligé, de l'acceptation et de la continuation de la contraception. Ces efforts visent à étendre et à pérenniser la prestation de services de qualité en aidant à vérifier la satisfaction des clients, la compétence technique ainsi que l'utilisation appropriée des ressources locales.

Figure 11: Les leçons de QS apprises par le biais de SEATS I

Utiliser des stratégies multiples : l'utilisation d'un seul modèle (ou les efforts pour élaborer un modèle) pour l'amélioration de la QS en toute circonstance ne sera pas aussi efficace que plus d'approches flexibles qui reflètent des variations dans les conditions de prestation de services,

utiliser des stratégies multiples pour avoir un impact sur la QS à chaque niveau ou site

envisager des stratégies multiples lors de la conception de programmes et de projets.

Mettre la qualité à l'ordre du jour : dans plusieurs pays, provinces, municipalités et cliniques, la qualité n'est pas une priorité. Cela dépend d'un effort concerté pour en faire une priorité, mais sans un tel engagement, surtout parmi les décideurs, un programme d'amélioration de la qualité n'ira sans doute pas très loin ou ne durera pas très longtemps.

mettre la qualité au programme est la première étape de l'institutionnalisation

mettre la qualité au programme du secteur public peut signifier surmonter la perception selon laquelle la qualité ne compte que dans le secteur privé.

Bâtir des groupes de pression pour la qualité à tous les niveaux : Bâtir des groupes de pression pour la qualité à tous les niveaux d'autorité est très important pour démarrer et continuer les efforts d'amélioration de la qualité

le développement et la maintenance de coalitions, surtout là où les structures de supervision sont faibles et les actions de qualité des soins se font au niveau du district ou aux points de services, sont vitales pour l'institutionnalisation d'une culture de qualité et d'application de ressources.

Collaborer : la collaboration dans la mise en place et le soutien des améliorations de QS, est d'importance capitale, surtout pour l'impact à long terme

SEATS I et les AC spécialisés ont collaboré pour accroître le nombre de méthodes disponibles

SEATS I et la Corporation pour l'assistance technique allemande (GTZ) ont produit ensemble du matériel d'éducation communautaire.

Utiliser la QS comme un paquet : la QS présentée comme un paquet est souvent plus attirante pour la majorité des prestataires de services que de se concentrer sur un seul aspect de la qualité à la fois,

présenter la QS comme un jeu d'ensemble, tout en autorisant les équipes à choisir et à limiter leurs efforts aux articles sur lesquels elles travailleront à un moment donné.

Evaluer les systèmes et les points de services : les systèmes nationaux ou régionaux qui soutiennent les points de services peuvent avoir plus d'influence sur la QS qu'il est admis en général

les évaluations doivent se pencher sur des systèmes aussi bien que sur des points de services plus larges

relier les indicateurs qui reflètent la QS dans des points de services donnés à ces systèmes centraux ou régionaux qui ont également un impact sur ces indicateurs, tels que les systèmes de logistique pour la disponibilité de méthodes à un point de services.

III. Les éléments essentiels de l'approche d'amélioration de la qualité de SEATS

Ce chapitre décrit la philosophie et l'approche de qualité des soins et d'amélioration de la qualité de SEATS en utilisant plusieurs exemples et illustrations tirés de sous -projets de SEATS.

SEATS fournit à la fois des structures à l'échelle de projet et des initiatives spécifiques à un sous-projet qui visent à l'amélioration continue de la qualité. Cela inclut des approches novatrices de prestation de services, la formation et de l'assistance technique pour les compétences en prestation de services, le développement institutionnel, l'élaboration et l'utilisation de protocoles cliniques ainsi que la gestion et l'évaluation.

Tandis que le nombre de méthodes ou de modèles pour réussir l'institutionnalisation de la qualité et des améliorations mesurables de la qualité peut varier, SEATS vérifie que certains principes visant à promouvoir la qualité sont appliqués de manière consistante lors de la conception et de la mise en oeuvre de sous -projets et d'activités (Figure 12).

L'approche de SEATS insiste sur le fait que la qualité devrait être conceptualisée de concert avec les institutions hôtes et que les principes et techniques essentiels de qualité devraient être intégrés au cycle de conception, de mise en oeuvre et d'évaluation de chaque sous -projet. Cette intégration comprend l'évaluation des besoins et des ressources pour la qualité, la conception et la structure de projet pour promouvoir les activités d'amélioration de la qualité, et l'emphase sur les processus et résultats consistants avec les cadres-clés, tels que les six éléments du cadre de QS de Bruce/Jain, les principes de l'initiative pour maximiser l'accès et la qualité de l'USAID, ainsi que les techniques et processus appropriés d'amélioration de la qualité, tels que l'amélioration continue la qualité.

Figure 12: Les éléments essentiels de l'approche de Qualité de SEATS

- Encourage l'institutionnalisation par le biais de :
 - θ La Propriété
 - θ Les Echanges entre collègues
 - θ L'Approche d'Equipe démocratique
 - θ La Création de culture, structure et aptitude pour la qualité.
- 3 Orientée sur le processus pour l'amélioration continue.
- 3 Guidée par l'information.
- 3 Utilise et adapte les systèmes existants.
- 3 Incorpore l'utilisation de protocoles cliniques.
- 3 Utilise les "meilleures pratiques" et les outils reconnus ainsi que les approches novatrices.
- 3 Axée sur le client.
- 3 Intègre la planification familiale à la santé de la reproduction.

III.A. Encourager l'institutionnalisation

L'approche de qualité de SEATS encourage l'institutionnalisation en insistant sur la "propriété" par les membres de l'équipe des institutions hôtes. La définition de la qualité, la mise en place des structures pour promouvoir l'amélioration continue de la qualité et l'identification d'occasions spécifiques d'amélioration de la qualité sont ainsi conceptualisées, planifiées et exécutées de manière conjointe par les membres de l'équipe au sein de l'institution hôte, prenant en compte les attentes et les besoins de l'institution sur la base des clients éventuels.

La question de *la propriété* des efforts d'amélioration de la qualité (et le programme comme un tout) est capitale pour la réussite en général des activités d'amélioration continue de la qualité. Font partie intrinsèque de la GQT et de l'ACQ, l'engagement et une nouvelle orientation du personnel à tous les niveaux de l'organisation: les décideurs de politique, les cadres supérieurs, les prestataires de services, les techniciens, les employés, les chauffeurs et les réceptionnistes (Figure 9).

L'orientation de SEATS est de poursuivre les efforts simultanément dans deux directions – bénéficier du soutien "de haut-en- bas" et édifier les compétences et l'engagement " de bas- en - haut." Pour que les activités d'amélioration de la qualité prennent racines, les cadres supérieurs et les directeurs doivent s'engager à l'effort. Parallèlement, le personnel du projet à tous les niveaux doit être engagé et dévoué à l'effort. Il est souvent utile d'introduire ces changements considérables de perception en commençant les efforts de qualité avec un petit groupe choisi qui représente le système de haut en bas. L'attention consistante accordée aux points de vue des clients devrait être au centre de l'effort.

Pour promouvoir ce sentiment de propriété, SEATS encourage les directeurs et les hauts cadres à impliquer leur équipe toute entière au moment de l'établissement et de l'engagement à une vision de qualité et à la formulation de la mission dont la qualité est le volet essentiel et de faire ainsi de manière *démocratique, par ce qu'incluant un égal intrant* de tous les membres du groupe de travail. SEATS apporte le soutien aux hauts responsables pour vérifier que les employés reçoivent une formation et un appui adéquats en vue de réussir la mission commune. Cela prolonge la nature démocratique de la culture de la qualité qui est mise en place grâce au contrôle donnée au personnel pour agir sur la qualité et contribuer selon leurs compétences et leur point de vue à la mission et au plan général d'amélioration de la qualité.

La propriété également stimulée lorsque l'amélioration continue de la qualité (ACQ) permet au personnel à tous les niveaux de travailler en tant qu'équipe, d'analyser les systèmes et les processus comme étant la cause des problèmes dans la qualité. Le personnel travaille ensemble pour utiliser l'information afin de définir la nature et la dimension de chaque problème, de concevoir et de réaliser des activités pour améliorer les services, de suivre l'impact de leurs changements et de procéder à des ajustements jusqu'à ce que soient atteints les résultats souhaités. La formation et le soutien pour une résolution de problèmes structurée et tirée de l'information et le travail d'équipe renforcent les capacités de l'équipe à assumer efficacement ces fonctions et, partant, renforce la possession.

Un accord est nécessaire sur les autres intrants ou conditions préalables importantes dont les ressources et l'autorisation. L'expérience de programmes de SEATS fait constater qu'en tant que partie de la nature démocratique des efforts d'amélioration de la qualité, la fourniture directe de

certaines ressources aux équipes d'amélioration de la qualité, même en faibles montants, permet aux membres de l'équipe de tester et d'appliquer les solutions. Ceci fournit un élément important de «l'autorisation» aux membres de l'équipe et donne un sursaut vital aux efforts d'initiation ou de continuation de l'amélioration de la qualité.

SEATS soutient les échanges et les activités qui mettent en exergue la qualité comme étant la responsabilité de chaque membre de l'équipe, et que chaque membre du personnel a d'importantes contributions à faire pour l'amélioration de la qualité.

Réussir ceci, implique l'organisation d'une structure d'équipe de qualité, qui peut comporter un ou plusieurs des éléments suivants :

- *Le conseil de qualité*, composé de la direction, des chefs de département et superviseurs, qui dirige les responsables et le personnel de l'organisation dans la formulation de la mission de qualité, qui vérifie la formation et le soutien nécessaires à rendre routinier l'intégration de la qualité dans l'organisation et qui, par la suite, participe à la sélection et à la revue finale des «projets d'amélioration de la qualité».
- *Les équipes de qualité*, composée de participants volontaires issus du personnel pour coopérer à la définition et à la clarification des problèmes ou des possibilités d'améliorer la qualité, à la collecte d'information concernant les problèmes ainsi qu'à la conception et à l'application des solutions.
- *Le personnel*, dont les intrants aident à façonner la mission de qualité et l'ordre du jour de l'organisation aussi bien qu'à établir des activités de qualité de manière routinière quotidienne, et qui peut, à divers moments, prendre part aux équipes de qualité et aux cercles de qualité spécifiques.
- *Les cercles de qualité*, qui facilitent l'échange entre collègues sur les problèmes communs, les solutions, les nouvelles techniques et les ressources entre celles impliquées dans les activités de qualité à divers niveaux de l'organisation ou dans les organisations différentes.
- *Les dirigeants, les défenseurs et les agents de changement pour la qualité*, qui insistent sur l'importance de la qualité et motivent l'application des politiques, des compétences et des ressources dans son soutien, à la fois, aux niveaux national et communautaire.
- *Les moniteurs de la qualité*, qui ont reçu la formation sur les concepts et les techniques de la qualité, et qui fournissent l'assistance technique interne, le renforcement et les directives pour la qualité au sein des organisations.

Dans une étude récente sur le rôle des outils pour la théorie et la collecte de données sur l'amélioration de la qualité, les chercheurs se sentent obligés de souligner dans leurs résultats l'importance de la structure et de l'implication en tant que facteurs qui "contribuent de manière substantielle au succès de l'équipe : ... certainement le rôle des conseils de qualité, l'implication des cadres intermédiaires et supérieurs et la formation théorique et pratique sur l'amélioration continue de la qualité sont importants" (Gilman et Lammers, 1995).

III.A.1. Le Rôle de catalyseur de l'assistance externe

SEATS a constaté que le rôle de l'Agence de collaboration (AC) ou d'autre agence externe peut être catalytique au démarrage et à l'exécution de l'amélioration de la qualité. L'approche de SEATS, basée sur une expérience qui remonte à SEATS I et qui continue dans SEATS II, implique une assistance technique infuse au début de l'évaluation, de la conception et/ou des activités, à suivre par un suivi actif et une assistance technique périodique.

Afin d'encourager la propriété, l'échange entre collègues et une approche d'équipe démocratique d'amélioration de la qualité, SEATS apporte un soutien catalytique, dont l'assistance technique, dans les domaines suivants :

- Le renforcement de l'équipe et l'acquisition de compétences,
- La planification stratégique,
- La définition des concepts de qualité, de vision et de formulation de mission de l'organisation,
- Les visites d'études pour observer les activités d'amélioration de la qualité des soins,
- La création de conseils de qualité et d'équipes de qualité,
- La recherche formatrice sur le point de vue du client, notamment les discussions de groupe dirigées, les interviews des clients à la sortie et les interviews par interception de clients, et les mini-enquêtes,
- L'identification et le classement par priorité des possibilités d'amélioration,
- La collecte et l'analyse des données,
- L'élaboration de plans d'action de qualité.

En outre, SEATS soutient et facilite l'échange entre collègues concernant les meilleures pratiques et les leçons apprises à la fois avec les organisations engagées de longue date dans l'amélioration de la qualité, et celles qui entament juste leur trajet de qualité.

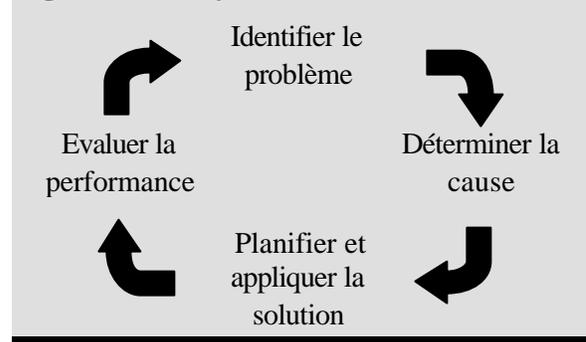
III.B. L'Orientation sur le processus pour l'amélioration continue

L'approche de SEATS utilise un modèle cyclique d'amélioration concentré sur l'amélioration des processus de travail. Ce cycle décrit une méthode d'identification et d'analyse continue des problèmes et des possibilités d'amélioration des processus de travail, de planification pour des solutions et d'application et d'évaluation des solutions (Figure 13). L'orientation sur le processus se concentre sur les systèmes et les processus, et non sur les personnes comme étant la cause des problèmes dans la qualité.

Un processus est un ensemble d'activités ou d'étapes qui aboutit à un résultat, tel que fournir un extrant pour les clients. Les types de processus dans les soins de santé incluent ceux se rapportant à la circulation des clients, au flux de l'information, au flux de matériel ou aux flux multiples. Pour chaque processus, il existe un ou plusieurs intrants, fournisseurs, extrants, utilisateurs, clients identifiables et, résultats éventuels dans le cadre de la planification familiale.

Les problèmes de qualité souvent surviennent de processus trop complexes, de problèmes d'exécution d'une ou plusieurs étapes au sein du processus, de problèmes de non intervention entre diverses étapes d'un processus et/ou de problèmes lorsque de multiples processus sont en jeu. Le "travail pas vrai" ou le "travail à refaire" survient à cause des tâches supplémentaires que nous devons exécuter parce que le processus lui-même n'est pas parfait (Institute for Healthcare Improvement, 1992).

Figure 13: Le Cycle d'amélioration de SEATS



Le modèle de SEATS d'amélioration continue de la qualité est conforme à la méthode scientifique et aux modèles dirigeants utilisés dans les efforts d'amélioration de la qualité,⁵ tel que le "Cycle Shewhart" ou le "Planifier-Faire-Contrôler-Agir" et le modèle CIBLAGE, souvent relié au Cycle Shewhart, qui comprend les étapes suivantes : Trouver une possibilité ou occasion d'amélioration ; Organiser l'équipe ; Clarifier le processus ; Découvrir les causes possibles et Choisir l'amélioration.

Le modèle de SEATS est également compatible avec le "Trajet de Juran," qui se concentre sur la création d'une structure organisationnelle qui soutient sans relâche l'amélioration continue de la qualité et qui utilise une approche de résolution de problèmes dans les "projets d'amélioration de la qualité" pour faire des changements basés sur l'identification et l'analyse des faiblesses individuelles dans le système. Un élément intéressant du Trajet de Juran est sa concentration sur le "maintien des gains", une phase explicite dans le processus d'amélioration de la qualité.⁶ (L'Annexe C comprend les diagrammes et les descriptions du Cycle de Shewhart, de CIBLAGE et du Trajet de Juran.)

Au sein de l'approche de SEATS, les résultats de l'« Amélioration continue » proviennent de :

➤ **L'application des principes de qualité au travail quotidien et le suivi des indicateurs choisis.**

Les indicateurs de qualité des soins à suivre à titre d'opérations routinières de programme sont incorporés dans le document de sous-projet de SEATS et sont mentionnées en détail dans chaque plan de suivi et d'évaluation de sous-projets de SEATS. Ainsi, la planification pour la qualité est incorporée dès le début du sous-projet et ainsi ne sera pas vue comme une activité "surajoutée" ou une charge supplémentaire dans la mise en oeuvre, le suivi et les comptes rendus. Les indicateurs sont ajustés à la situation et aux besoins spécifiques de chaque sous-projet et sont conformes aux indicateurs pour la qualité de l'USAID, tels que suggérés par le Projet EVALUATION. Pour des exemples d'indicateurs, voir au Chapitre IV.

➤ **La mise en oeuvre de "projets d'amélioration de la qualité" orientés sur le processus.**

Ces efforts se concentrent sur des problèmes, des questions ou des processus spécifiques. Les thèmes pour les projets d'amélioration de la qualité sont définis par les membres des

équipes de diverses organisations, dont un conseil de qualité mis en place, les équipes de qualité et les autres membres du personnel. Ces thèmes sont fréquemment inspirés par le feedback donné par les clients concernant leur niveau de satisfaction avec les services (par exemple, les plaintes au sujet des longues attentes pourraient stimuler une concentration sur les processus et les étapes liés à la circulation des clients). Le personnel doit être au courant de l'ordre du jour de qualité, arriver à un consensus et prendre leur propre responsabilité à participer de manière volontaire au projet d'amélioration de la qualité.

III.C. Une approche guidée par l'information

Une des clés de l'amélioration de la qualité consiste à soutenir et à renforcer l'utilisation de données qualitatives et quantitatives à tous les niveaux du programme. Bien que l'intuition et l'assertion subjective jouent de manière certaine des rôles aux diverses étapes de l'amélioration de la qualité, les données tangibles — tant qualitatives que quantitatives — apportent un degré d'objectivité qui est capital au processus.

Une gamme d'outils, tels que les lancements d'idées, les organigrammes et les diagrammes de cause à effet sont utiles pour identifier et clarifier les processus et les problèmes se rapportant à l'amélioration de la qualité. De tels outils sont appliqués de manière utile dans le cycle d'identification de problèmes, de détermination de causes et de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation des solutions proposées. Cependant, les données, et non juste les idées et les théories sans fondement, devraient être utilisées tout le temps, surtout dans des situations où les analystes participent tant au problème qu'à la solution.

L'utilisation de données et d'outils d'analyse pour donner des aperçus de programme permet de faire reposer les décisions sur des "faits" et évite les "falsifications" arbitraires du système existant qui pourraient exacerber les problèmes. Elle investit les participants dans une mentalité de mesure, de telle sorte les résultats du changement puissent objectivement être évalués. La prise de décisions fondée sur l'information aide de surcroît les nouveaux venus et les professionnels expérimentés, à aborder les problèmes de qualité et les solutions éventuelles de manière scientifiquement solide, mesurable et novatrice.

D'après le dicton de Bertrand Russell selon lequel "penser que vous savez alors qu'en fait, vous ne savez pas est une erreur fatale à laquelle nous sommes tous enclins" (Russell, 1950), les données utilisées dans un processus objectif d'analyse nous aident à casser le moule et à énoncer des solutions hardies. Tel que le fait remarquer une étude récente de 168 équipes d'action sur le processus qui a fait la corrélation de la fréquence d'utilisation de l'outil avec l'amélioration nette perçue, l'emploi d'outils analytiques était "nécessaire mais non suffisant des données doivent être collectées pour vérifier que le processus d'amélioration de la qualité va vraisemblablement réussir" (Gilman et Lammers, 1995).⁷

L'approche de qualité de SEATS est guidée par l'information à plusieurs égards :

- Les évaluations dans les pays pour définir les priorités, mettre sur pied les stratégies et concevoir les sous-projets reposent sur une analyse des données existantes — une collecte ciblée quoique spéciale de données est souvent entreprise ; des études spéciales pour générer de nouvelles informations d'importance critique sont à l'occasion nécessaires.

- Le suivi des progrès vers les résultats dans le plan de suivi et d'évaluation d'un sous -projet donné se fonde sur les données - les plans spécifient à l'avance les sources de données.
- Des processus particuliers de travail, par exemple, l'intégration ou le triage de la prestation de services, peuvent présenter des occasions spéciales pour l'amélioration de la qualité – ceux-ci peuvent entraîner des études spéciales ou si possible les applications de recherches opérationnelles.

Le travail en équipe est un volet essentiel de l'amélioration de la qualité et les équipes doivent collecter et utiliser l'information pour identifier la nature et la taille de chaque problème, pour concevoir et réaliser les activités en vue d'améliorer les services, pour suivre l'impact de leurs changements et pour procéder à des ajustements afin que les résultats souhaités soient atteints. Pour ce faire, les équipes doivent avoir les compétences et le soutien pour utiliser les données à chaque étape du processus.

La création et l'implication à propos des équipes à divers niveaux se fondent sur l'hypothèse selon laquelle ceux qui font le travail le connaissent mieux, et ceux qui travaillent en équipe réussissent mieux que ceux qui travaillent seuls. Les données fournissent aux équipes une mesure d'objectivité -- elles reflètent sur le travail qu'elles font, avec un certain recul, pour déterminer comment il peut être amélioré. Les données, exposées graphiquement sous forme d'histogrammes, de graphiques à barre, de diagrammes de dispersion, de diagrammes de Pareto et de diagrammes de contrôle en vue de faciliter l'analyse, la prise de décisions et la diffusion, rendent explicite l'objectivité. (L'Annexe A comprend une description.)

Pour aider le personnel et des membres de l'équipe à tous les niveaux à planifier et à améliorer la qualité, SEATS utilise les sources de données existantes et spéciales. Parmi les importantes, notons : les groupes de discussion dirigée, les listes de vérification pour l'observation et la collecte de données ; les enquêtes démographiques et de santé (Macro International) ; l'analyse situationnelle pour les programmes de planification familiale (Population Council) ; l'analyse situationnelle pour la santé maternelle (JSI/ MotherCare) ; les interviews de client à la sortie et la technique du client mystérieux (Annexe A).

Lorsque de telles données n'existent pas mais sont nécessaires aux fins de résolution d'un problème particulier, SEATS peut soutenir leur collecte. Deux exemples d'utilisation d'information pour l'amélioration de la qualité dans des sous-projets de SEATS proviennent de l'initiative d'amélioration continue du Togo et de l'initiative de résolution de problèmes de l'équipe de district au Maroc (Figures 10 et 14).

Figure 14: Utiliser l'information et le travail en équipe pour l'évaluation et l'amélioration continues de la qualité au Togo

Le sous -projet togolais de SEATS I a utilisé le travail en équipe pour analyser de manière régulière l'information pour l'évaluation et l'amélioration continues. Dès 1990, neuf sites pilotes ont participé au test d'une méthodologie d'évaluation continue qui a démontré des résultats, tels que l'accroissement du nombre de clients et l'amélioration de la combinaison des méthodes contraceptives.

La méthodologie d'évaluation continue de SEATS signifie que les interventions de qualité des soins sont constamment identifiées, appliquées et suivies. Les phases du cycle sont représentées dans la Figure 13. L'approche utilisée par SEATS fait appel à toute l'équipe du personnel à tous les niveaux de chaque point de services et à chaque phase du cycle.

Au départ, l'équipe a revu l'information collectée par le biais de l'analyse situationnelle, de l'EDS et d'autres sources externes pour permettre de cerner les problèmes possibles. La collecte de données visant à fournir une information suffisante sur laquelle fonder l'identification de problèmes et la prise de décisions a comporté des groupes de discussions dirigées avec les utilisateurs, les non -utilisateurs et le personnel clinique ; des interviews en profondeur avec le personnel à chaque site de services ; des mini-enquêtes dans la communauté , l'observation de l'organisation et du fonctionnement de services, et l'analyse de statistiques de services.

Armés de cette information, les membres de l'équipe auraient choisi un problème et désigné un membre de l'équipe à collecter l'information pour mesurer l'ampleur du problème, en utilisant les données acceptées par le groupe. Les réunions de personnel étaient utilisées pour faire un compte rendu des résultats. Ensuite, l'équipe aurait identifié la cause possible du problème en indiquant si plus de données étaient nécessaires. Des recommandations et un plan d'action seraient formulés par l'équipe incluant les indicateurs pour mesurer l'efficacité des solutions proposées. Peu après la mise en oeuvre du plan d'action, les résultats seraient mesurés pour déterminer si des améliorations avaient eu lieu. Une fois l'équipe satisfaite du résultat, elle allait se concentrer sur un autre problème, commençant ainsi le cycle à nouveau.

Les ressources et les activités des plans d'action variaient d'une clinique à une autre, elles comportaient :

- Amélioration de l'accès par les modifications des heures de services et par les sorties communautaires.
- Accroissement de l'intimité pour répondre aux demandes et perceptions des clients.
- Amélioration du système d'enregistrement, de la supervision et de l'utilisation des données collectées.
- Amélioration du système de référence ; de l'intégration de la PF et de la SMI à plusieurs sites de services.

L'impact comprenait : l'augmentation du nombre de nouveaux clients, meilleurs taux de continuation, meilleure combinaison de méthodes. La comparaison des sites pilotes et des sites témoins a montré qu'en 1991-1992, alors que le nombre de nouveaux clients et de visites retours de clients avait diminué sur les sites témoins, les deux avaient nettement augmenté sur les sites pilotes. La collecte de données de suivi est actuellement en cours.

III.D. L'Utilisation et l'adaptation de systèmes existants

La *Stratégie de QS de SEATS* est conforme à l'approche stratégique générale de SEATS qui consiste à utiliser et à intégrer des systèmes existants chaque fois que possible, incluant les systèmes de suivi, de supervision et de formation des institutions hôtes et des programmes nationaux. Ceci accentue le fait que l'amélioration de la qualité des soins n'est pas un programme vertical mais qu'elle est intégrée à d'autres fonctions techniques et de gestion, telles que le suivi

et la formation. SEATS vise à réaliser ceci d'une manière qui est rentable et qui revalorise les systèmes existants lorsque c'est nécessaire, sans ajouter un surcroît de travail ou un système parallèle pour l'amélioration de la qualité.

Le soutien de SEATS I au Burkina Faso est un excellent exemple de l'utilisation et de l'adaptation de systèmes existants. Un programme d'amélioration de la qualité qui mettait l'accent sur l'intégration de services de planification familiale et de santé reproductive pour améliorer la satisfaction du client, les taux d'utilisation et de continuation, l'intégration de la prestation de services de PF /SR / SMI a conduit à l'intégration de diverses fonctions de gestion de la planification familiale et de la santé reproductive, dont la supervision. L'augmentation et l'amélioration de la supervision a été le résultat dans bien des districts et sur de nombreux sites (Figure 15).

Au niveau du projet central, SEATS a mis au point une multitude de systèmes et d'outils spécialisés pour appuyer l'analyse de données et l'utilisation de l'information par le personnel de SEATS. Au point que ceux-ci ont été décentralisés, rendus conviviaux et fournissent, en temps opportun, l'information nécessaire, ils peuvent grandement contribuer aux efforts d'amélioration de la qualité.

Un récapitulatif de ces systèmes et de ces outils est donné ci-après ; une description complète se trouve dans la *Stratégie de suivi et d'évaluation de SEATS II*

Le Système de gestion de la base de données (SGBD)

Le SGBD fournit sur tous les sous-projets actifs, ce qui suit : les informations financières et les objectifs de sous-projet ; les traces des réalisations des objectifs ; les données d'extrants de prestation de services ; les informations sur la couverture ; aussi bien que d'autres informations tirées des rapports trimestriels de sous-projet qui sont essentiels à la gestion du projet.

En accord avec l'objectif d'amélioration de l'utilisation de l'information pour la gestion à tous les niveaux, SEATS II a, de manière systématique et consciente, augmenté l'accessibilité et l'utilité de l'information du SGBD par le personnel surtout des sous-projets, à tous les niveaux. Durant les trois premiers trimestres du projet actuel, le SGBD de SEATS I a été révisé et mis à jour pour inclure les jalons pour SEATS II et améliorer les rapports et les graphiques réalisés par le programme. Aux fins d'utiliser efficacement le SGBD, le personnel du projet a reçu une formation sur l'utilisation de Paradox, le logiciel de programmation du SGBD.

Le Système de suivi des sous-projets

Le suivi régulier des rapports trimestriels des sous-projets et de sous-contractants assure l'intégration du suivi financier et technique d'un projet. Les résultats des sous-projets sont portés dans le SGBD et utilisés pour identifier les problèmes ou les questions qui peuvent avoir un effet ou un impact sur la qualité, et qui peuvent ensuite être traités par le personnel des sous-projets.

La Base de données sur l'assistance technique (AT)

La base de données sur l'AT maintient un recueil, d'accès facile, de l'AT pour les besoins de gestion du projet en cours, aussi, elle facilite les évaluations de l'AT à mi-parcours et en fin de projet. Chaque visite d'AT est recueillie selon le secteur du projet, les personnes qui ont fourni l'AT, la durée des sous -projets, le pays et le type d'AT. De brefs récapitulatifs des objectifs, des réalisations, des contacts et du suivi nécessaire pour l'AT sont portés dans chaque fiche. Pour évaluer l'AT, une fiche d'évaluation a été élaborée pour obtenir le feed-back des bénéficiaires de l'AT aux fins d'évaluation de la satisfaction avec l'AT entre les organisations bénéficiaires et les Missions de l'USAID.

Le Système de suivi et d'évaluation des programmes de planification familiale (SSEPPF)

Le SSEPPF convertit les données trimestrielles de l'approvisionnement en contraceptifs en estimations de taux de prévalence contraceptive (TPC) et de couples -années de protection (CAP) pour les méthodes contraceptives. Il peut également être utilisé pour prévoir l'impact des changements dans la combinaison de méthodes sur le CAP, le TPC et la prestation de services. Dans le cadre de SEATS II, le SSEPPF a été intégré au SGBD en vue de permettre l'utilisation plus complète de l'information sur les statistiques de services des sous -projets. Une étape ultérieure de cet effort sera de relier le produit du SSEPPF aux résultats de santé reproductive, tels que les naissances prévenues, les avortements évités ainsi que les décès maternels et infantiles évités.

III.E. l'Incorporation de l'utilisation de protocoles cliniques⁸

L'élaboration et l'application de directives de prestation de services et les protocoles cliniques sont essentielles dans l'effort pour uniformiser les pratiques et améliorer la qualité des services de planification familiale. Les directives et les protocoles cliniques donnent une fondation et un guide prêt pour les planificateurs de programme, les formateurs, les prestataires de services, les superviseurs, les évaluateurs et les décideurs de politique - en aidant chacun à aborder les pratiques de prestation de services avec une connaissance commune.⁹

Les protocoles et les directives, de même que les politiques et l'administration, font partie du volet de la "qualité de fait" du cadre conceptuel de la qualité des systèmes de santé présenté par Omachonu (Figure 4) et est ainsi concerné par la structure, le processus et les résultats du service fourni, surtout les "résultats cliniques." Des protocoles cliniques, bien conçus et bien appliqués, peuvent améliorer la qualité en aidant à vérifier que toute interaction client prestataire répond aux normes fixées dans l'éligibilité du client, l'utilisation des diverses méthodes contraceptives, la fourniture d'informations mises à jour et de counseling, la provision de méthodes, les pratiques de prévention des infections, la référence et le suivi.

De plus, l'élaboration et l'application de protocoles cliniques influencent des systèmes et des processus plus généraux, en soutenant les prestataires de services qui aident les clients à devenir des utilisateurs continus des services de planification familiale. Ces systèmes et processus incluent la logistique et l'acquisition, la formation et la supervision des prestataires de services, le suivi et l'évaluation.

Au sein de chaque système, l'existence et l'adhésion aux protocoles cliniques aideront à uniformiser et à renforcer les processus de prestation de service et à rationaliser les fonctions,

conduisant en fin de compte à une plus grande motivation du personnel et une meilleure satisfaction du client ainsi qu'une plus grande efficacité. Pour promouvoir la formulation, la mise à jour et l'utilisation de protocoles cliniques, SEATS II, en collaboration avec l'AVSC International, a élaboré et diffusé les *Protocoles cliniques pour les programmes de planification familiale : un livret-ressource* de SEATS II pendant la première année du Projet. Souvent, l'identification du besoin d'élaboration ou de renforcement de protocoles est exprimé en termes de problème ou d'une série de problèmes qui naissent d'une absence de pratiques uniformisées. Reconnaître ce besoin peut commencer avec les clients, les prestataires de services, les directeurs des cliniques, des décideurs de politiques ou d'autres membres de l'équipe de l'organisation. Il est important d'obtenir l'intrant et le soutien de ces groupes au moment opportun en vue d'élaborer et d'appliquer avec succès les protocoles. Tel que décrit dans le manuel de *Protocoles cliniques de SEATS II*, l'élaboration et l'application des protocoles cliniques relèvent d'une *activité d'équipe*, une qui demande l'engagement et l'intrant d'une variété de professionnels et de clients de la planification familiale.

Le Manuel de Protocoles cliniques de SEATS II soulignent tant l'importance de protocoles cliniques opérationnels pour la qualité de services que le processus pour l'élaboration ou la révision de ces protocoles cliniques. Les protocoles cliniques devraient incorporer l'information sur les pratiques mises à jour et les nouvelles approches et technologies qui se développent rapidement dans les domaines de la santé reproductive et de la planification familiale. Par conséquent, ce manuel contient l'information la plus récente sur toutes les méthodes contraceptives, temporaires et permanentes, à côté du matériel de référence spécial sur le counseling, les pratiques de prévention des infections, les services de planification familiale en post-avortement ainsi que l'intégration des interventions de santé reproductive, telles que l'allaitement maternel et la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et du virus de l'immunodéficience humaine (MST/VIH).

Le Manuel de *Protocoles cliniques de SEATS II* fournit, en tant que référence supplémentaire, une étude de cas illustrant l'élaboration de protocoles cliniques au niveau national ainsi qu'une bibliographie considérable. Un document prototype des protocoles des programmes de planification familiale est également présenté, bien qu'il soit souligné que le développement réussi des protocoles de pays ou spécifiques à une institution ne peut pas être réalisé en copiant simplement un prototype car les protocoles doivent bien convenir aux conditions d'un pays et/ou spécifiques à une institution.

Le Manuel de *Protocoles cliniques de SEATS II* est conçu pour présenter une information techniquement correcte et de donner une vue d'ensemble du processus de formulation du protocole. L'approche est préférée à la diffusion d'un document générique qui risque d'être non approprié, du point de vue de programme, à quelques pays et qui sera très vite démodée.

Aussi, le Manuel de *Protocoles cliniques de SEATS II* présente les points suivants :

- Des références mises à jour telles que :
 - *Les recommandations pour la mise à jour de pratiques choisies en matière d'utilisation de contraceptifs (USAID)*

- *Les critères d'éligibilité médicale pour commencer et continuer l'utilisation des méthodes contraceptives, Organisation mondiale de la santé (OMS)*
- Une vue d'ensemble du processus d'élaboration des protocoles.
- Une étude de cas représentative sur l'élaboration de protocoles.
- Du matériel spécifique aux méthodes contenant l'information nécessaire pour les directives et les protocoles.
- Des documents de référence contenant une information mise à jour sur les critères et les pratiques nécessaires pour réduire les barrières à l'accès tout en améliorant la qualité des services.

Le Projet SEATS II s'assurera que l'information technique présentée dans les chapitres spécifiques aux méthodes contraceptives, la bibliographie et la liste des éventuels prototypes sont mis à jour régulièrement pour le personnel et les institutions partenaires de SEATS. En retour, les protocoles et les directives cliniques nationaux et institutionnels sur la planification familiale devraient comprendre l'engagement, à la fois, pour les revoir et les mettre à jour régulièrement, et pour vérifier que les protocoles reçoivent une diffusion et des activités de soutien appropriées, telles que la formation des prestataires de services et la supervision.

Il est très important que l'élaboration des protocoles ne soit pas vue comme une activité isolée. En effet, il est capital d'incorporer les protocoles cliniques dans le modèle d'amélioration de la qualité et de concevoir et d'exécuter des stratégies de formation et de gestion pour permettre aux prestataires d'apprendre, de suivre et de critiquer les protocoles. Qui plus est, les protocoles eux-mêmes sont sujets au cycle d'amélioration de la qualité, comme l'illustre le modèle présenté en Annexe C : "les Etapes de l'élaboration et/ou de la révision des protocoles cliniques." Prière de consulter le *Manuel de protocoles cliniques de SEATS II* pour une discussion détaillée de l'élaboration, de l'application et de l'évaluation des protocoles cliniques et de la performance selon des protocoles cliniques.

Les Systèmes de suivi médical pour la contraception chirurgicale volontaire (CCV) et le NORPLANT®

Le suivi de la qualité médicale dans les programmes de planification familiale est un composante intégrante d'une approche systématique à la prestation de services de qualité. Le suivi médical fournit également une base pour l'amélioration de la qualité médicale. Les services de planification familiale devraient être basés sur les normes ou directives de prestation de services, internationales, nationales ou organisationnelles qui donnent un cadre pour le personnel ainsi que pour les normes nécessaires au suivi.

Le suivi médical traditionnel, certes important, n'a pas été trouvé entièrement efficace. Souvent, il repose sur de courtes visites de sites à orientation médicale, conduites par un personnel médical externe venant d'organismes de financement et souvent d'autres pays. Souvent, les rapports de conclusions sont uniquement présentés à l'organisme de financement. Ce type de suivi contribue peu à l'institutionnalisation du système et au renforcement des compétences. En outre, le personnel voit souvent cette supervision comme policière et ces visiteurs comme une menace. Ils n'acceptent pas toujours le suivi fait par des personnes étrangères qui passent peu de temps dans l'établissement et qui peuvent manquer de compréhension des questions affectant le

fonctionnement quotidien de la clinique. Les contraintes des déplacements, du temps et financières peuvent également limiter l'efficacité de cette stratégie.

En renforçant la capacité d'une institution à faire son propre suivi, soit un Ministère de la Santé ou une ONG, le processus devient bien plus efficace et durable. Bien que, chaque pays doit concevoir et élaborer un système qui est adapté à ses propres circonstances, les approches novatrices mises au point par le partenaire de SEATS II, l'AVSC International, telles que les systèmes de suivi décentralisés et les stratégies d'auto-évaluation, ont montré les premiers signes de succès dans un nombre de programmes. Ces stratégies seront utilisées par SEATS, conjointement avec la supervision facilitative, se concentrant sur la résolution de problèmes et le soutien ainsi que sur d'autres techniques complémentaires d'amélioration de QS.

SEATS, en accord avec l'AVSC International, est en train de mettre en place un système de suivi médical pour les sous -projets de SEATS II qui fournissent des services de NORPLANT® et de CCV. SEATS II et son partenaire, l'AVSC International, fourniront également un suivi et une supervision médicale pour améliorer la qualité des services de CCV et de NORPLANT® Le Système de suivi médical de SEATS II sera un volet obligatoire de tous les sous –projets qui fournissent la formation et/ou des sources de fourniture de ces méthodes. Le système se concentre sur l'identification, la gestion, le suivi et la notification des complications liées à la prestation du NORPLANT® ou de la CCV ainsi qu'une enquête et un suivi de tout cas de décès suspecte d'être lié à la prestation de ces services.

Le Système implique l'établissement de systèmes de supervision au niveau des sous -projets qui repose sur l'approche décrite au Chapitre IV, "l'Intégration de la QS aux sous-projets de SEATS II, " que l'AVSC a mis en place avec succès dans d'autres pays.

III.F. l'Utilisation des "meilleures pratiques" et des outils reconnus

Un aspect central de l'approche de qualité de SEATS consiste à vérifier l'identification, la diffusion et l'utilisation des "meilleures pratiques" dans la planification familiale et la santé reproductive. Par exemple, en s'inspirant de bien des années d'expérience de conception de programmes de SR/PF et d'utilisation de l'AT et du soutien orientés, SEATS a réussi à utiliser des modes de prestation de services aussi éprouvés que la distribution à base communautaire (DBC) et à les introduire dans des pays où ils étaient inconnus mais où on en avait grandement besoin.

En outre, SEATS II a conçu et est en train de réaliser des initiatives nouvelles, fascinantes et fondées sur la replication de modèles réussis, tels que l'Initiative spéciale de l'Association des sages-femmes en partenariat pour la pérennisation (ASPP) qui se concentre sur le renforcement des réseaux du secteur privé. L'ASPP est fondé sur des modèles réussis trouvés au Ghana et en Ouganda, à intégrer la PF/ SR, les MST/ VIH/ SIDA ainsi que la SMI et les compétence en secourisme.

III.G. l'Orientation sur le client

Tel que décrit en détail au Chapitre II, une approche de santé reproductive et de planification familiale centrée sur le client est une caractéristique essentielle de l'approche de

qualité de SEATS. Cette orientation guide les prestataires de services, les planificateurs, les responsables, les formateurs et d'autres membres du personnel dans vérification du choix informé et la contribution à la satisfaction du client et aux taux de continuation, en général. En termes pratiques, cela signifie que les attentes et le niveau de satisfaction du client occupe une place centrale à côté des normes cliniques ou autres directives et protocoles de programme. Le niveau de satisfaction est un indicateur important de notre niveau de réussite et des domaines d'amélioration possible (Figure 5).

De même il convient avec l'approche de qualité de SEATS, de vérifier l'orientation sur le client des sous-projets et les besoins de services nécessaires qui doivent être envisagé et réalisé dans le contexte particulier d'une situation donnée. L'expérience de SEATS en la matière varie aussi largement dans son contenu que ne voudraient dicter ces programmes particuliers de pays et des clients servis. Malgré cette variation, cependant, plusieurs caractéristiques restent constantes, notamment :

- L'Identification des clients et l'utilisation de l'information concernant leurs besoins, leurs attentes et leur niveau de satisfaction.
- L'Organisation de la prestation de services et de la fourniture de soutien en vue de répondre aux attentes des clients et de vérifier leur satisfaction.
- Le Suivi des indicateurs pour les sous -projets qui reflètent une solide orientation -client, par exemple:
 - le client reçoit la méthode qu'il a choisie,
 - la perception du client pour l'intimité et la confidentialité du counseling et de l'examen est conciliée,
 - la perception du client pour le temps d'attente acceptable est conciliée,
 - la perception du client pour la période acceptable de temps passée avec le prestataire est conciliée,
 - les jours et les heures des cliniques sont pratiques et acceptables,
 - les prestations sont faites pour les clients avec leur famille et/ou des enfants qui viennent à la visite avec eux,
 - la perception du client pour la salle d'attente, la salle d'examen, la propreté/l'hygiène, l'eau et les toilettes est positive,
 - la capacité et la volonté des clients à payer pour les services,
 - le coût des services est acceptable pour les clients.

Pour une liste complète des exemples d'indicateurs de QS pour les sous-projets de SEATS II, voir "Intégration de la QS aux sous-projets de SEATS" au Chapitre IV.

III.H. Intégrer la planification familiale et la santé reproductive

La santé reproductive peut être définie de maintes manières. Selon Germaine et collègues, des programmes complets de santé reproductive devraient fournir des services aux femmes de tout âge, y compris les adolescentes et les femmes au-delà de l'âge de procréation en se concentrant

sur la santé sexuelle, outre la grossesse, la contraception et l'avortement, et inclure le traitement des infections des voies génitales, les services gynécologiques et les soins de santé de l'enfant (Germaine, 1994).

SEATS I était la première agence de collaboration à inclure un accent sur l'intégration d'interventions choisies de santé reproductive dans la planification familiale. L'expérience de SEATS I concernant l'intégration de la santé reproductive et ses liens avec la qualité présente une base solide pour un travail approfondi dans ce domaine (Figure 15).

Le mandat de SEATS est de renforcer et d'élargir les services de PF en répondant aux besoins non satisfaits et en augmentant la demande. Cependant, les sous-projets sont conçus et réalisés dans un cadre général de qualité et de santé reproductive. Ceci devra continuer comme les sous-projets à venir sont mis sur pied dans les pays cibles dans lesquels SEATS II intervient. SEATS II continuera également à faire partie du comité ad hoc de l'USAID sur la santé reproductive.

III.H.1. Les Priorités en santé reproductive de SEATS II

En termes de mise en oeuvre des interventions de santé reproductive, les efforts de SEATS correspondent aux six priorités de programme identifiées comme étant le cadre des activités de SR du Bureau pour la population de l'USAID : ¹⁰

- Maximiser l'accès et la qualité des soins.
- Diminuer les besoins non satisfaits et augmenter la demande.
- Répondre aux besoins des adolescents.
- Diminuer les avortements à risques par le traitement et la contraception en post -avortement.
- Ajouter d'autres interventions choisies de santé reproductive, dont la prévention des MST/VIH ; l'allaitement maternel ; le renforcement des liens entre la maternité sans risques et le traitement des MST ; et la diminution de pratiques nuisibles telles que la mutilation génitale féminine (MGF).
- Renforcer les liens avec d'autres domaines connexes tels que la survie de l'enfant, l'alphabétisation et l'éducation des femmes, l'emploi et le statut des femmes, l'environnement et la démocratie.

Le cadre de santé reproductive de SEATS II est défini d'abord et avant tout par le groupe cible primaire de femmes en âge de reproduction (FAR) dans les pays avec une fécondité élevée, un analphabétisme élevé des femmes, des taux croissants d'infection par le VIH et une mortalité maternelle et infantile élevée. Dans une plus large mesure, SEATS II aborde les questions de SR avec un accent sur la réponse aux besoins particuliers des femmes et de leurs partenaires.

SEATS II continuera à concevoir et à développer des activités dans ses sous-projets qui aident les femmes et les hommes à exercer leurs préférences sur le plan de la fécondité, à expérimenter des grossesses et des accouchements sans risques et à se protéger contre la transmission des MST/VIH. SEATS continue à intégrer les considérations culturelles et de genre à tous les niveaux de la conception, de la mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation de ses sous-projets.

Tous les sous -projets approuvés de SEATS II, à ce jour, intègrent des volets de santé reproductive, allant du dépistage et de la prise en charge des MST dans les services existants de PF à la promotion des nouveaux -nés dans la même chambre, à la méthode MAMA en tant que méthode transitoire de PF, et aux efforts pour éradiquer la MGF.

De manière à fonctionner dans son mandat et la structure de ses ressources et de ses jalons, SEATS II doit se concentrer sur les interventions -clés dans le domaine de la SR qui sont clairement liées à la prestation de services élargis et/ou améliorés de PF et qui entrent dans ses termes de référence. Les évaluations de santé reproductive telles que celles réalisées par SEATS en Albanie et en Russie¹¹ font ressortir un véritable besoin de services non satisfait, un intérêt local dans les activités intégrées de PF/SR et un soutien pour les activités de SR octroyé par l'USAID dans divers pays cibles.

Figure 15 : l'Amélioration de la qualité et l'intégration de la santé reproductive au Burkina Faso

Lorsque des services de planification familiale (PF) ont débuté en 1985 dans certaines cliniques publiques de la capitale Ouagadougou, les premières enquêtes ont confirmé que le personnel clinique accordait une faible priorité à la PF. Une stratégie de gestion a été conçue pour traiter cette perception et améliorer la prestation de service à travers l'intégration de la planification familiale et des services de santé reproductive. Le résultat était l'augmentation de la satisfaction du client et des prestataires, l'augmentation des taux d'utilisation et de continuation et l'amélioration de l'efficacité dans les autres domaines tels que la supervision et le SIG.

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, soutenu par des organismes tels que Columbia University et, par la suite, JSI/ SEATS, ont effectué des évaluations initiales - dont des enquêtes, des groupes de discussion dirigée et de la recherche opérationnelle - suivis par une conférence nationale pour faire la revue des résultats et planifier la stratégie. Le personnel à divers niveaux des points de services était impliqué au processus décisionnel – la définition des objectifs et de la stratégie, la création d'un plan d'action et l'analyse des résultats. La stratégie a identifié l'intégration de la PF et de la SR dans les services quotidiens — tous les services, toute la journée, chaque jour.

Une augmentation à la fois de l'utilisation des services de PF et de SMI a été réalisée et maintenue. Le nombre de services reçus par client a augmenté, au même titre que le nombre de visites et les demandes de services des clients.

Les clients ont indiqué qu'ils étaient contents du service intégré parce qu'il épargnait du temps par visite et diminuait le nombre de visites qu'ils avaient besoin de prévoir. Le personnel a également noté qu'il était plus satisfait — indiquant un nombre de clients également mieux distribué et un contexte de travail moins stressant.

L'intégration de la planification familiale et de la santé reproductive au Burkina Faso a maintenu ou réduit la charge de travail de gestion dans chaque clinique tandis qu'elle a augmenté la qualité et la quantité des services et les taux de continuation de la PF et de la SMI.

Outre la prévention des grossesses non désirées chez les femmes en âge de reproduction, les volets prioritaires des programmes de santé reproductive sous l'égide de SEATS II sont présentés sur la Figure 16, à côté des objectifs stratégiques pertinents de l'USAID.

Figure 16: les Priorités en santé reproductive de SEATS II

Interventions de SR de SEATS	Objectifs stratégiques de l'USAID
Planification familiale et soins en post-partum et en post –avortement	Réduction durable des grossesses non intentionnelles Réduction durable de la mortalité infantile Réduction durable de la mortalité maternelle
Soutien pour la MAMA/ allaitement maternel	Réduction durable des grossesses non intentionnelles Réduction durable de la mortalité maternelle Réduction durable de la la mortalité infantile
Prévention du VIH/ MST	Réduction durable de la transmission des MST/ VIH au sein des groupes cibles
Services de SR pour les Jeunes	Réduction durable des grossesses non intentionnelles
Eradication de la mutilation génitale de la femme	Réduction durable de la mortalité maternelle Réduction durable de la transmission des MST/VIH au sein des groupes cibles

En outre, SEATS II collaborera, là où c'est possible, avec les initiatives et les programmes de centrés sur les grossesses et la maternité sans risques de JSI /MotherCare. SEATS collabore aussi activement avec ses partenaires, à savoir : ACNM, PATH, Initiatives Inc., PPFA, WEI, AVSC International et d'autres agences de collaboration de l'USAID afin de maximiser l'expertise technique en SR disponible pour les sous -projets et partager les ressources. SEATS II mettra donc en place des sous -projets visant à coordonner ou à établir le lien avec d'autres services de santé reproductive qui résulteront en programmes synergiques et cohésifs.

L'infrastructure des services existants de PF fournit le lieu stratégique pour l'intégration de services fondamentaux de SR. SEATS II continue à chercher des possibilités pour intégrer et/ou améliorer les services de SR dans les systèmes existants et qui fonctionnent déjà dans un contexte donné. Cette approche donne l'utilisation la plus efficace et la plus effective des modiques ressources par l'utilisation et le développement des compétences et la formation du personnel existant et les ressources correspondantes des systèmes de prestation de service (Ashford, 1995). Elle soutient également l'approche de santé reproductive de l'USAID en termes d'intégration des activités de santé et de population afin de mieux répondre aux besoins de santé reproductive du groupe cible des femmes et des hommes.

III.H.2. la Planification familiale en post –partum /post -avortement

SEATS reconnaît que les services de post-partum et/ou de post-avortement jouent un rôle très important pour atteindre les objectifs de PF et de SMI. Ils peuvent offrir des moyens peu coûteux d'extension des services de PF à une partie de la population active en âge de procréer ainsi qu'à celles qui souhaitent retarder une grossesse. Ils peuvent éviter des grossesses non souhaitées en

fournissant un counseling et des contraceptifs rapidement après une naissance ou un avortement — puisque la plupart des couples féconds tendent à concevoir à nouveau rapidement. Cela s'applique tout particulièrement aux femmes qui allaitent partiellement ou pas du tout.

Un grand nombre de formations qui offrent une contraception en post -partum ou en post -avortement ont expérimenté une diminution du nombre d'avortements septiques. Par exemple, une étude menée dans six hôpitaux aux Etats-Unis indiquait une diminution de 22 % du taux d'avortement. Les programmes de post-partum ont été présentés pour avancer les objectifs de santé par l'élévation de la fréquentation à la vérification de six semaines, l'augmentation la vaccination infantile, la réduction de la fréquence des intervalles intergénéraliques, de l'insuffisance pondérale à la naissance et les risques associés à la mortalité infantile et la réduction de la fréquence des avortements répétés et des naissances non désirées (Ross, 1993).

Un programme complet de post -partum ou de post -avortement demande une coordination entre plusieurs départements et/ou unités, notamment les services prénatals, d'accouchement, de soins pour avortement, de chirurgie (pour la contraception chirurgicale volontaire) et de multiple services de consultations externes, surtout si la PF et la SMI sont fournis séparément.

SEATS fournit une assistance technique et un soutien pour établir les liens nécessaires pour la fourniture, aux hommes et aux femmes éligibles, de services de post -partum/ de post -avortement immédiats ou subséquents d'insertion de DIU et de stérilisation volontaire, de méthodes de barrières, de MAMA (comme méthode transitoire utilisée conjointement avec l'allaitement exclusif) et de méthodes hormonales appropriées. SEATS collabore avec des partenaires tels que l'AVSC International et l'ACNM et d'autres projets de JSI tels que MotherCare pour la conception et la fourniture de ces services, en cas de besoin.

Le sous -projet "Services de planification familiale de Chitungwiza : formation complète pour l'amélioration de la qualité" est un bon exemple de programme actuel de post-partum de SEATS réalisé au Zimbabwe. Les objectifs de ce programme sont de:

- Augmenter les services de counseling pour les femmes en post -partum.
- Augmenter l'utilisation de la planification familiale chez les femmes en post -partum.
- Augmenter l'utilisation de la MAMA.
- Améliorer les pratiques de l'allaitement maternel.
- Augmenter les références pour les méthodes permanentes et à long terme.

SEATS a défini les indicateurs recommandés pour l'évaluation d'un programme de post-partum "typique" (*la Stratégie de suivi et d'évaluation de SEATS II*). Pour chaque indicateur, le tableau présente l'objectif du sous -projet, l'information initiale et/ou ciblée ainsi que les sources possibles de données.

III.H.3. le Soutien pour la méthode MAMA/ allaitement maternel

La Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) de contraception contribue à la diminution de la fécondité, à la diminution de la mortalité infantile et à une meilleure nutrition de la femme. C'est un point d'entrée réussi à l'introduction d'une méthode appropriée de PF. La MAMA attire les femmes qui ne font pas confiance aux méthodes contraceptives et facilite

l'acceptation précoce de méthodes à long terme de planification familiale. Tel que l'indique Theresa de Vargas, Directrice adjointe de CEMOPLAF, "la MAMA est la seule méthode de planification familiale qui bénéficie directement tant à la mère qu'au bébé tout en améliorant le système de prestation de services par le développement et l'intégration de la planification familiale et de la santé.

SEATS s'est engagé à augmenter l'accès aux services de planification familiale de qualité et, à ce titre, reconnaît le potentiel de l'intégration des activités de MAMA et de l'allaitement maternel aux projets de planification familiale pour promouvoir la santé reproductive et infantile. Afin d'améliorer et de promouvoir la santé de la mère et de l'enfant, SEATS facilite l'intégration de la MAMA aux activités des sous-projets.

Dans le cadre d'un Mémoire d'accord (MA), signé en 1995 entre SEATS et l'Institut pour la santé reproductive (IRH) à Georgetown University, les activités de la MAMA seront incorporées aux sous-projets de SEATS à travers les activités suivantes :

- La Diffusion, l'élaboration et l'adaptation du matériel.
- La Formation.
- L'Elaboration d'une stratégie pour les activités intégrées.
- L'Assistance technique pour les activités intégrées.
- Les Petites études/ recherches possibles.

III.H.4. la Prévention des MST/VIH

L'incidence élevée des MST dans plusieurs pays dans lesquels intervient SEATS II ainsi que les besoins exprimés par les clients, les prestataires de service et les gouvernements ont amené SEATS à cibler la prévention des MST/VIH comme volet-clé de la santé reproductive. Les activités de lutte contre les MST/VIH sont et continueront d'être intégrées aux sous-projets appropriés. Les activités spécifiques comprennent:

- L'Inclusion des "méthodes de doublage" des messages d'IEC et de counseling pour encourager l'utilisation des condoms pour la prévention des MST/VIH.

Figure 17 : les Activités de MAMA/ allaitement maternel au Zimbabwe

Les sous-projets au Zimbabwe fournissent des exemples d'activités de MAMA/ allaitement maternel dans le cadre de SEATS II. En collaboration avec le Conseil National de la Planification Familiale du Zimbabwe (ZNPFC) et les départements de santé de Chitungwiza et de Gweru, SEATS a fait une étude sur l'utilisation de la MAMA en tant que volet des programmes de PF/SMI au Zimbabwe. L'étude répond aux efforts du MSP et du ZNFPC pour d'élargir la combinaison des méthodes de PF, de soutenir les buts des Initiatives des amis-des-bébés et de promouvoir la prestation de services rentables.

Un atelier sur l'intégration de la MAMA dans les programmes de PF est prévu au Zimbabwe pour les responsables du ZNFPC et d'autres responsables locaux, et prestataires de services ainsi que des représentants de l'USAID et du MSP.

SEATS traitera une gamme de questions, notamment la recherche internationale sur la MAMA et l'expérience de SEATS au Burkina Faso. Les participants aideront dans l'interprétation des données provenant de l'étude de la MAMA faite au Zimbabwe par SEATS et dans l'élaboration d'une stratégie et des plans d'action pour la MAMA. SEATS organisera également un atelier de formation des formateurs (FdF) pour les formateurs des sous-projets de Chitungwiza, Bulawayo et Gweru.

- La Prévention des infections en tant que domaine prioritaire de formation.
- La Mise à jour des pratiques, des normes et des modules de formation clinique.
- L'Intégration des compétences en information et en counseling sur la prévention des MST/VIH aux curriculums de formation initiale en PF du matériel de formation de SEATS II.

Des activités appropriées seront choisies qui incluent à la fois les aspects liés aux politiques et à la prestation de services. Des systèmes de référence seront mis en place pour que les clients de PF accèdent aux services existants de MST/VIH et vice-versa, et exécuté au besoin. Les liens entre les services seront établis ou améliorés sur les sites appropriés des sous -projets de SEATS.

Une priorité sera accordée aux jeunes dans le cadre des activités des sous -projets de SEATS II, particulièrement à travers l'Initiative des Jeunes/ Première Chose en Premier, International de SEATS sous l'égide du portefeuille des initiatives spéciales. Il traitera de divers aspects, tels que l'accès à l'information, l'intimité, le counseling et la prestation de services de qualité, ainsi que la participation des jeunes, chaque fois que possible, à la conception et à la réalisation des programmes et l'engagement des conseillers pairs à la prestation de services de PF/SR et de MST/VIH.

En outre, selon les besoins, la conception et les ressources disponibles aux sous -projets, SEATS II définira et mettra au point des approches novatrices telles que mentionnées ci-après :

- La Formation croisée des prestataires de services de MST et de PF là où les locaux et/ou les unités sont séparés.
- Le Marketing social des méthodes de barrières féminines et des trousseaux de traitement des MST ainsi que des condoms, lorsque c'est faisable.
- La Réforme des politiques pour élargir la distribution des médicaments pour le traitement des MST au-delà des cliniques de MST. (La disponibilité de médicaments dans les services de PF et de SMI peut améliorer l'accès au traitement pour les adolescents et les femmes.)
- Les Etudes pilotes pour introduire le diagnostic et le traitement dans les cliniques de PF/ SMI qui desservent les communautés connaissant une prévalence élevée des MST, notamment les études du coût- bénéfice.
- Les Activités d'IEC pour les unités de traitement en post -partum et en post -avortement à travers l'information, la prestation de services et les références pour les MST et la PF/ SR.

III.H.5. les Efforts pour éradiquer la mutilation génitale féminine (MGF)

La mutilation génitale féminine (MGF) est une pratique traditionnelle nuisible très répandue sur une partie de l'Afrique. Il est estimé qu'elle affecte un nombre important de femmes et de filles. La MGF comporte des risques pour la santé qui sont notamment les graves pertes de sang, les infections et/ou la mutilation de la vessie et de l'urètre, les problèmes menstruels ainsi que les complications de la grossesse et de l'accouchement. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la MGF augmente vraisemblablement le risque de mortalité maternelle et de mortalité infantile. Aussi, les femmes et les nourrissons courent sérieusement le risque de graves complications résultant de cette longue pratique.

Actuellement, la principale activité de MGF dans le cadre de SEATS II est réalisée en Erythrée en collaboration avec le Projet MotherCare et PATH (qui est à la fois partenaire de SEATS et de MotherCare). Le volet d'éradication de la MGF du programme SEATS PF/SR en Erythrée est le résultat des problèmes psychologiques et de santé que les femmes et les filles ont subi de cette pratique. Le soutien de SEATS pour l'éradication de la MGF a été demandé par plusieurs hauts responsables de la santé de l'Erythrée.

L'AT de SEATS joue un rôle moins visible que dans d'autres programmes de planification familiale ; ceci est dû en partie, à la nature délicate de la MGF mais surtout parce que l'AT sera fournie là où elle est demandée ou là où SEATS II peut soutenir les efforts locaux. Par exemple, l'AT de SEATS en Erythrée est issu d'une composante d'évaluation des besoins pour identifier les capacités et les efforts des organismes et des groupes nationaux et internationaux pour éradiquer la MGF en Erythrée, pour évaluer les ressources matérielles existantes pour la MGF en Erythrée et pour choisir les sites du projet en collaboration avec les futures organisations partenaires. Cette évaluation des besoins sera suivie par une recherche sur la MGF faite par les groupes partenaires de l'Erythrée afin de guider les interventions et les ateliers traitant de cette pratique et des implications.

III.H.6. les Activités de l'Initiative Spéciale

Le portefeuille des Initiatives spéciales (IS) répond aux quatre objectifs stratégiques de l'organisme et reflète une justification à deux sens :

- Se concentrer sur le renforcement de la prestation de services de planification familiale par le biais d'une approche rentable et axée sur les résultats, notamment par le biais des interventions de santé reproductive.
- Répondre aux indicateurs à dominante épidémiologique et démographique de la liste indicative par pays de SEATS II, nommément les MST/ VIH/ SIDA, la mortalité maternelle élevée et les taux de prévalence de la contraception faibles.

Deux des Initiatives spéciales qui traitent directement des préoccupations de SR, outre l'Initiative des jeunes discutée dans le cadre de la prévention des MST/ VIH, sont l'Association des sages-femmes en partenariat pour la pérennisation (ASPP) en collaboration avec l'American College of Nurse-Midwives (ACNM) et l'Initiative pour l'alphabétisation des femmes (IAF) en collaboration avec World Education, Inc. (WEI).

Par le biais de l'ASPP, SEATS soutient le développement institutionnel des associations de sages-femmes pour promouvoir l'expansion des services dans un contexte solide de SR qui traite tant la santé maternelle que la prévention et la prise en charge des MST/ VIH/ SIDA, partout où s'est approprié, tout en maintenant des normes élevées de QS. L'Initiative pour l'alphabétisation des femmes reconnaît le lien solide qui existe entre l'éducation des femmes et des indicateurs positifs de SR/PF et de QS. Par le biais de l'IAF, SEATS suit l'intégration de la PF/ SR aux programmes pour l'alphabétisation des femmes des ONG existants, tout en établissant des liens avec la prestation de services, notamment les systèmes de référence.

IV. Intégrer la qualité des soins aux sous-projets de SEATS II

Ce chapitre fournit des directives techniques et pratiques sur ce que les sous-projets peuvent et devraient faire pour intégrer l'amélioration continue de la qualité aux cycles de conception, de mise en oeuvre et d'évaluation.

L'approche de qualité de SEATS insiste sur l'importance d'inclure la qualité des soins dès le début des sous-projets. Chaque programme a son propre niveau de qualité qui demande une évaluation continue pour déterminer les domaines que les responsables de programme et les prestataires de services aimeraient améliorer afin de répondre aux attentes des clients et de vérifier leur satisfaction de l'utilisation des ressources disponibles. Par conséquent, la promotion de la qualité des soins dans la planification familiale est hautement contextuelle et a besoin d'être organisée et évaluée en fonction de la situation du programme spécifique et des clients en question. En outre, les modèles d'amélioration continue de la qualité reconnaissent la qualité comme un continuum et, par conséquent, les besoins de qualité, les opportunités d'amélioration, les structures d'appui, les activités et les indicateurs varieront d'un sous-projet à l'autre et, parfois, pendant la durée d'un sous-projet donné.

Le défi pour SEATS consiste à fournir des directives à son personnel pour mettre en place des efforts appropriés et significatifs d'amélioration de la qualité des soins dans ses sous-projets, et de le faire de manière à tenir compte des réalités du terrain et qui suit, et documente les réalisations d'une façon qui contribue en général aux jalons de SEATS, notamment le nombre de sites de services nouveaux et améliorés, le suivi de la qualité des soins de 75 % des sous-projets et l'accumulation des CAP.

IV.A. les Ressources et les outils pour la QS

L'approche de SEATS II à la qualité demande au personnel d'évaluer et de planifier la qualité des soins et l'amélioration continue de la qualité à chaque étape du cycle du sous-projet. Voici ces étapes :

- L'Évaluation par pays.
- L'Évaluation institutionnelle.
- La Planification stratégique.
- La Conception de sous-projets.
- La Mise en oeuvre.
- Le Suivi et l'évaluation.

Les ressources et les outils que SEATS recommande pour améliorer les efforts de QS sont décrits en détail en Annexe A. Sont incluses dans cette Annexe les informations sur les contacts, les descriptions et les utilisations de ces outils et ressources que SEATS recommande pour :

- Évaluer la qualité et les besoins de qualité.
- Améliorer l'orientation -client.
- Améliorer la qualité clinique.

- Améliorer la gestion.

La Figure 18 présente quelques principes généraux auxquels le personnel peut se reporter lorsqu'il choisit entre les priorités, les outils et les indicateurs d'amélioration de la qualité.

Figure 18: Choisir les améliorations de la qualité qui comptent

La *sélection* est capitale pour l'amélioration de la qualité – à partir d'un univers de problèmes, lesquels doivent être sélectionnés, à partir d'une gamme de solutions possibles, lesquelles doivent être appliquées. Cependant, il n'existe pas de formule simple pour choisir entre les problèmes et les solutions ceux qui sont les plus susceptibles de faire une grande différence, quelques principes et critères généraux pour guider ce choix sont donnés ci-dessous.

- θ Soit clair au sujet de ce qui est à être amélioré : le processus de la gestion lui-même, ou le produit de la prestation de services. Cependant, Il y a souvent des programmes combinés, dans la mesure où il y a la clarté de la concentration pour effort particulier d'amélioration de la qualité, les points suivants peuvent être appliqués :
 - Si le processus est la priorité, les efforts d'amélioration de la qualité peuvent commencer par se concentrer sur les domaines où existe une forte probabilité de réussite. Cela fera gagner de l'appui et développer des compétences pour des améliorations plus complexes, plus tard.
 - Si le *produit* est la priorité, vérifier que les prestataires de services sont impliqués dans le processus et que les attentes des clients constituent une partie de l'identification du problème et de l'application de la solution.

- θ Demande si les données soutiennent les théories concernant le problème et/ou les solutions ; réunit plus de données si nécessaire, surtout pour permettre à l'équipe de mesurer la réussite relative des solutions testées.

- θ Choisit les problèmes les plus importants et les améliorations dominantes de la qualité fondées sur des critères objectifs et des données tangibles.*

Les critères de sélection de problèmes comprennent:

- L'Importance générale du processus de travail et/ou des résultats du processus de travail pour les objectifs de sous-projets.
- L'Impact éventuel sur les clients.
- L'Importance du soutien interne pour faire quelque chose au sujet du problème.
- La Mesure dans laquelle l'élaboration et l'application de solutions est sous le contrôle des équipes.
- La Relation aux objectifs et/ou aux résultats escomptés des sous-projets, en général.

Les critères de sélection de solutions comprennent:

- Le Coût financier.
- Le Coût d'opportunité (le programme devra-t-il abandonner quelque chose d'autre ?).
- Les Difficultés techniques.
- La mesure où la charge de gestion est facilitée ou augmentée.
- Les Eventuels effets secondaires.
- La Résistance au changement.
- Le Temps nécessaire pour la mise en oeuvre.

*Critère adapté de l'Institute for HealthCare Improvement, 1994.

IV.B. Exemples d'indicateurs dominants de la QS dans les sous-projets de SEATS II

"Les résultats spécifiques choisis comme indicateurs de la qualité varieront dans une certaine mesure en fonction de l'aspect de la qualité évaluée mais le rôle des résultats dans les évaluations sera fondamentalement le même dans tous les cas"
(Donabedian, 1992).

Dans le cadre de son projet en général, SEATS II a formulé des indicateurs illustratifs ou prototypiques pour correspondre aux objectifs trouvés généralement dans les sous-projets qui peuvent être utilisés pour la planification stratégique, la conception, le suivi et l'évaluation des sous-projets. Il s'agit notamment d'indicateurs prototypiques pour le suivi de divers types de volets de sous-projets, notamment des domaines techniques spécialisés, tels que les programmes de PF/SR en post-partum, la pérennisation des programmes, les programmes de distribution communautaire et les initiatives pour les jeunes. Pour chaque indicateur, les tableaux présentent des objectifs des sous-projets, l'information initiale et/ou ciblée et les sources de données possibles. (Pour une liste complète de ces indicateurs et de leur utilisation, voir la *Stratégie de suivi et d'évaluation de SEATS II*)

Les indicateurs de SEATS II donnés à titre d'exemple pour la qualité des soins se fondent sur et sont conformes à ceux recommandés par le Projet EVALUATION financé par l'USAID. Ils sont incorporés au plan de suivi et d'évaluation des sous-projets de SEATS II.

- Le Nombre de méthodes contraceptives disponibles à un point de services spécifié.
- Le Pourcentage de séances de counseling à des nouveaux acceptants au cours desquelles le client reçoit la méthode qu'il ou elle a choisie.
- Le Pourcentage de clients qui ont reçu un counseling sur les éventuels effets secondaires et leur prise en charge.
- Le Pourcentage de visites de client pendant lesquelles un prestataire démontre ses compétences dans l'exécution des procédures cliniques, y compris l'asepsie.
- Le Pourcentage des clients satisfait du temps suffisant passé avec le prestataire.
- Le Pourcentage de clients informés de la date et de la source de réapprovisionnement /des revisites.
- L'Existence d'un plan d'amélioration de la qualité revu au moins chaque trimestre et mis à jour au moins une fois par an.
- L'Organisation et la prestation de services fondées sur les besoins et les attentes des clients.
- Le Pourcentage des clients indiquant qu'ils sont satisfaits des services.
- La Diminution des taux d'abandon.
- L'Augmentation des taux d'utilisation.
- L'Augmentation des taux de continuation.
- Le CAP.

Ces indicateurs reflètent la contribution collective de multiples domaines fonctionnels, pas simplement la qualité.

Afin d'aider le personnel dans leur choix d'indicateurs, ce document de stratégie fournit des indicateurs de la qualité sous deux formes supplémentaires :

➤ **Le Suivi routinier**

Les indicateurs sont présentés en fonction des volets du Cadre Bruce/Jain pour la qualité des soins (Figure 19).

➤ **Les Indicateurs de processus intermédiaires pour la QS.**

Les indicateurs sont présentés avec une liste récapitulative des activités de QS qui sert de référence lors de la conception et du suivi des initiatives d'amélioration de la qualité dans une organisation (Figure 20).

Les indicateurs et les activités sont choisis par le personnel de terrain et les consultants de SEATS responsables de leur conception. Les membres de l'équipe de qualité des soins, de santé reproductive et d'évaluation de SEATS basés à Washington participent à la planification et à l'exécution du suivi et de l'évaluation de la qualité en servant comme consultants qui fournissent des intrants pour la sélection d'indicateurs appropriés lors du processus de conception des sous-projets. Ils participent également à la planification et à l'élaboration de stratégies pour la mesure et l'évaluation par le biais des systèmes SIG, les rapports routiniers et les études spéciales.

Figure 19 : Exemples d'indicateurs pour le suivi routinier présentés en fonction du Cadre de Bruce/Jain pour la qualité des soins dans les programmes de planification familiale.
(*les indicateurs-clés sont donnés en caractères gras.*)

ELEMENT	EXEMPLES D'INDICATEURS
LE CHOIX DES METHODES	<ul style="list-style-type: none"> - Le client a reçu la méthode choisie - Le Nombre/ la gamme de méthodes disponibles - Les méthodes offertes sont disponibles - Les prestataires orientent les clients vers un autre point de services lorsque les méthodes ne sont pas disponibles à ce point de services - Peu de restrictions placées sur la fourniture de méthodes disponibles - Le prestataire de services ne limite pas de manière inappropriée le choix de la méthode - Toutes les méthodes appropriées pour les intentions de reproduction sont offertes au client par le prestataire - Le client reçoit la méthode qui convient à ses intentions de reproduction - Les contraceptifs sont stockés dans de bonnes conditions

ELEMENT	EXEMPLES D'INDICATEURS
LE COUNSELING ET L'INFORMATION DU CLIENT	<ul style="list-style-type: none"> - Le prestataire explique en général toutes les méthodes disponibles (première fois / clients indécis) - Le prestataire donne une explication approfondie des méthodes demandées et/ou acceptées, notamment la prise en charge des effets secondaires possibles - Le client explique correctement au prestataire la méthode choisie - Le matériel d'IEC est disponible et complet - Les salles d'attente sont dotées de matériel d'IEC - Le matériel d'IEC est disponible pour les clients - L'information spécifique aux méthodes est disponible - Le prestataire de services a reçu une formation sur les aptitudes au Counseling - Le prestataire de services donne des informations de manière complète, concise et non biaisée qui reflètent de manière exacte le style de vie et les besoins des clients - La liste de vérification est disponible sur l'information que le prestataire doit couvrir pendant la séance de counseling - Le prestataire de services demande au client de répéter les points essentiels concernant la méthode qu'il ou elle a choisie - L'intimité est acceptable pour le counseling et l'examen - Le formulaire de consentement de la CCV est disponible et signé par le client.
LA COMPETENCE TECHNIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - l'Existence de directives écrites sur la pratique de PF - Les prestataires sont informés et connaissent les directives écrites - Le prestataire peut expliquer la contraception : les avantages, l'utilisation, les contre-indications, les effets secondaires, la prise en charge des effets secondaires - Le prestataire démontre ses compétences dans les procédures cliniques - Le prestataire fait son travail en accord avec les directives écrites - Le client reçoit une méthode appropriée - Les bonnes procédures de prévention des infections sont suivies par le personnel dans tous les cas - Il existe une description des tâches pour chaque position - L'existence de critères de formation aux tâches des services, aux mécanismes pour tester les éventuels prestataires de services et aux descriptions de poste - Le prestataire clinique a reçu une formation professionnelle pertinente - Le nouveau personnel a reçu une formation sur les directives de services - Un recyclage périodique est donné à tout le personnel - La disponibilité des articles élémentaires adéquats à la prestation de toutes les méthodes disponibles - Le style, la fréquence et le contenu de la supervision sont adéquats - La Capacité de prendre en charge le VIH, les MST, les ITG, etc.

ELEMENT	EXEMPLES D'INDICATEURS
L'INTERACTION CLIENT PRESTATAIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Le prestataire établit un rapport pour évaluer la situation personnelle du client - Le client dit sentir le bon accueil, la mise à l'aise pour les questions et la politesse du personnel - Le prestataire de services respecte l'intimité du client lors des examens et des procédures - Les prestataires de services ont reçu une formation sur les relations interpersonnelles
LES MECANISMES POUR PROMOUVOIR LA CONTINUATION DE SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> - La connaissance du prestataire/ du client de la prise en charge des effets secondaires possibles - La Facilité de réapprovisionnement de la méthode contraceptive - Le prestataire encourage le client à revenir en cas de besoin - Les services sont disponibles en tout temps - Le prestataire définit un calendrier approprié pour les visites de retour - Le prestataire identifie ceux qui ne reviennent pas pour ces visites - Le client qui ne revient pas pour la visite de suivi est contacté - Les raisons pour les visites manquées sont identifiées - Le client est encouragé en fonction du calendrier de suivi
L'ACCEPTABILITE ET L'ADEQUATION DES SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> - Les services sont organisés en fonction des attentes des clients - Les attentes des clients pour la qualité et la satisfaction avec le niveau de la qualité sont mesurées et travaillées ; exemples : <ul style="list-style-type: none"> - les attentes des clients pour intimité et la confidentialité du counseling et des examens sont satisfaites ; - les attentes des clients pour le temps acceptable d'attente sont satisfaites - les attentes des clients pour le temps acceptable passé avec le prestataire sont satisfaites - les jours et les heures de clinique sont pratiques et acceptables - la fourniture est faite pour les clients avec la famille et/ou les enfants qui doivent les accompagner lors de la visite - les attentes des client pour la salle d'attente, la salle d'examen, la propreté et l'hygiène, l'eau et les toilettes sont positives - la capacité et la volonté des clients à payer pour les services sont connues - le coût des services est acceptable pour les clients

La Figure 20 présente une liste récapitulative des activités et des indicateurs qui peuvent être utilisés pour prolonger et soutenir les initiatives spécifique d'améliorations de la qualité (Ippolito, 1996).

Figure 20 : les Indicateurs intermédiaires de processus pour la qualité des soins

Exemples d'activités de QS	Exemples d'indicateurs (intermédiaires)
Créer un conseil de qualité Dans l'Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence de liste écrite des membres et charte du conseil de Qualité - Le conseil se rencontre régulièrement - Le conseil génère des idées pour les améliorations de la qualité - Le conseil identifie et supprime les barrières institutionnelles (politiques, réglementations) se rapportant à l'accès et à la QS - Le conseil revoit et approuve les activités d'amélioration QS du personnel
Créer des équipes ou des Cercles de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence d'équipes de qualité - Les membres reçoivent une formation sur les concepts et les compétences de la qualité - Les équipes se rencontrent régulièrement ou en cas de besoin pour travailler aux projets d'amélioration de la qualité - Les équipes ont accès aux ressources pour les activités d'amélioration de la qualité
Collecter et intégrer l'information sur les attentes et les besoins des clients	<ul style="list-style-type: none"> - Le groupe de discussion dirigée sur les attentes des clients est mené et les résultats sont utilisés pour la conception de programme et/ou les activités d'amélioration de la qualité - Les résultats du programme sont revus en tenant compte des besoins et des attentes des clients
Définir les concepts Organisationnels clés de la Qualité, notamment l'énoncé de la mission de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence d'un énoncé écrit sur la mission de la qualité et l'identification des clients, fait avec la participation de tout le personnel, approuvé par les cadres et facilement disponible /connu
Former le personnel en Processus d'amélioration continue de la qualité et de résolution de problèmes	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de membres du personnel ayant reçu une formation initiale (première génération) - Le nombre de membre du personnel formés en concepts et compétences de QS par la première génération du personnel formé (c'est-à-dire le nombre de membres du personnel formé en seconde génération) - Le pourcentage de membres du personnel formés qui appliquent les concepts et les compétences de qualité à leur travail - Le nombre de problèmes de QS identifiés et résolus - Le nombre de possibilités de QS pour l'amélioration identifiées et mises en application

Exemples d'activités de QS	Exemples d'indicateurs (intermédiaires)
Réaliser des évaluations de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> - La participation/ la représentation des membres du personnel de tout niveau aux évaluations de la qualité - L'évaluation réalisée : l'existence de rapport ou de documents écrits - L'existence d'un plan d'action d'amélioration de la qualité issu de l'évaluation - La recommandation/ le plan d'action sur la qualité, revus et appliqués par le conseil de qualité
Elaborer une structure pour l'amélioration continue de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence d'un conseil de qualité et d'équipes de qualité actifs - Les données sur la QS sont collectées, analysées et utilisées de manière régulière - Les projets spécifiques d'amélioration de la qualité sont identifiés et réalisés en fonction des informations réunies - Les ressources spécifiques de l'organisation sont engagées : argent ; pourcentage du budget général dépensé sur le personnel de qualité : nombre d'équivalents à temps plein/ à temps partiel consacrés à la QS et/ou avec des responsabilités et tâches liées à la QS, figurant dans leurs descriptions du travail
Former des moniteurs de Qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de moniteurs de qualité formés - Les moniteurs de la qualité fournissant une assistance technique régulière
Elaborer/adapter les Directives spécifiques et/ou Les protocoles cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence de protocoles cliniques mis à jour - Les protocoles cliniques opérationnels (voir la section sur les protocoles cliniques)
Utiliser les protocoles cliniques/ travailler en accord avec les protocoles cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - La performance selon les protocoles cliniques (<i>pourcentage d'interactions client-prestataire appuyées par les protocoles</i>) - Les prestataires sont au courant des protocoles - Les prestataires ont reçu une copie - Les prestataires peuvent présenter une copie sur demande - Les prestataires se rappellent l'essentiel des protocoles - Les prestataires ont reçu une formation sur la réalisation des protocoles - Les prestataires ont déjà cherché à appliquer le protocole - Les prestataires sont en train d'appliquer les protocoles et/ou ont reçu une supervision après la formation
Elaborer les plans d'action d'amélioration de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence de plans d'action d'amélioration de la qualité écrits - Le nombre d'améliorations de la qualité faits conformément aux plans d'action
Utiliser des moniteurs de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> - L'AT fournie par les moniteurs au personnel

Exemples d'activités de QS	Exemples d'indicateurs (intermédiaires)
Exécuter et évaluer les Améliorations en fonction du plan d'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les améliorations spécifiques de la qualité identifiées, clarifiées, testées et exécutées - Les processus et systèmes institutionnels existants sont simplifiés, perfectionnés ou autrement améliorés pour répondre aux attentes de qualité des clients, résoudre les problèmes ou diffuser des concepts, outils et informations de la qualité mis à jour
Organiser des réunions Périodiques sur les mesures d'amélioration de la qualité en fonction des plans d'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les réunions tenues ; les progrès évalués (les progrès en fonction Du plan d'action sont évalués)
Créer de scénarios sur les Activités d'amélioration de la qualté	<ul style="list-style-type: none"> - Les scénarios sont affichés
Diffuser l'information sur les réussites dans l'amélioration continue de la Qualité	<ul style="list-style-type: none"> - La diffusion de l'information par le biais de : rapports écrits, présentations par le personnel, scénarios, formation sur le tas

IV.C. Le récapitulatif du système de suivi médical pour la CCV et le NORPLANT® de SEATS II

SEATS II, en collaboration avec son partenaire l'AVSC International, est en train de mettre en place un système de suivi médical pour tous les programmes de SEATS qui fournissent des services de contraception chirurgicale volontaire et/ ou de NORPLANT®. Pour inclure les services de CCV ou de NORPLANT® aux sous -projets de SEATS II, le système de suivi médical de SEATS II doit être en place ou l'institution sous -traitante doit montrer à l'avance du soutien de SEATS II qu'elle dispose de la capacité interne nécessaire pour assumer les fonctions de suivi médical en adhérant aux stipulations du système de SEATS II. Tel serait le cas si un système de suivi médical comparable avait déjà été mis en place, répondant aux conditions du système de suivi médical de SEATS II. (Les institutions qui avaient déjà ou sont en train de collaborer avec des groupes tels que l'AVSC disposeront probablement de tels systèmes opérationnels.)

Un document détaillé sur les directives est en cours de préparation et le personnel de SEATS II devra s'y référer au moment de la proposition et de la conception de ces sous -projets. Actuellement, le personnel de SEATS basé à Washington, D.C., dont le Conseiller technique principal chargé de la qualité des soins et/ou le Directeur adjoint de SEATS apporte des intrants et une supervision technique aux propositions de sous -projet comportant des volets sur la prestation de NORPLANT® et la CCV. Ils continueront à fonctionner dans cette capacité une fois diffusé le document sur les directives.

Une description du système spécifique des sous -projets et sa relation au suivi et à l'amélioration de la qualité est spécifiée dans (a) le texte des propositions de sous -projet de SEATS II sous la "Qualité des Soins" (b) le plan de suivi et d'évaluation du sous -projet.

IV.C.1. Les grandes lignes du processus de mise en place d'activités et de comptes rendus dans le cadre du système de suivi médical de SEATS II

IV.C.1.a. Les activités en vue de créer et de soutenir les services :

- La réalisation d'une évaluation initiale (dont l'évaluation et la fourniture pour l'adéquation des sites de services et des sites de formation).
- Les visites de suivi médical des sites.
- L'assistance technique visant à la mise en place de services, au suivi interne et à l'auto-évaluation ainsi qu'à la résolution de problèmes.
- Les ateliers sur la QS.
- La formation sur le tas.
- La réalisation d'activités de formation et la distribution de matériel éducatif.
- Le suivi et l'évaluation des activités en cours.
- Le suivi des participants pour évaluer leurs activités et leurs compétences.

IV.C.1.b. La Notification des complications

La notification des complications aide à suivre la sécurité et la qualité des programmes de contraception clinique en fonction des normes de SEATS II/AVSC. Elle vise à identifier les problèmes de prestation de service et de formation et détermine les mesures à prendre pour améliorer les programmes.

Le processus de notification des complications :

1. Les rapports trimestriels écrits sur les complications (RTC) issus des sous-traitants sont présentés au Directeur Régional de SEATS et/ou à l'AVSC, tels que désignés.
2. Le Conseiller médical (CM) revoit les RTC et fournit un suivi approprié.
3. Le CM envoie les rapports revus à la Division médicale de l'AVSC/NY avec l'indication écrite sur le rapport qu'il a été revu. L'indication écrite des actions de suivi entreprises est somise à SEATS II.
4. La Division médicale de l'AVSC/NY revoit chaque rapport. Si une action additionnelle est requise, SEATS II est informé. Dans la négative, le rapport reçoit le cachet « revu et envoyé au traitement de donnée ».
5. Le classement des fichiers de complications sont organisés en fonction du numéro de sous-contrat d'accord sur chaque formulaire de complication.
6. Les Rapports annuels récapitulatifs de statistiques sont préparés par l'AVSC/NY et présentés au Directeur du projet SEATS II.
7. Le Directeur médical peut envoyer des notes à la Division des opérations de terrain ou aux Bureaux régionaux concernant les actions de suivi recommandées.

IV.C.1.c. La Notification et les enquêtes sur les cas de décès

Le Conseiller médical nommé doit signaler tous les cas de décès qui surviennent chez les clients de CCV ou de NORPLANT® dans les 42 jours suivant la procédure et qui sont liés ou soupçonnés d'être liés de toute manière à l'intervention ou l'anesthésie.

Voici le processus de notification et d'investigation de la mortalité :

1. Le rapport initial est fait au Directeur du Projet de SEATS II, dans les 24 heures suivant le décès.
2. Le rapport écrit est présenté à SEATS II après l'enquête.
3. L'enquête supplémentaire est faite, si nécessaire.

IV.C.2. La Description sommaire du système de suivi médical de SEATS II

L'évaluation initiale des sous -projets : dans chaque sous-projet, une évaluation initiale est faite du niveau actuel de la qualité et du système courant de suivi et de supervision dans ce pays et/ou au sein de l'institution du sous -projet. Le système de suivi médical et de supervision du sous -projet dépendra en grande partie de l'organisation de l'institution impliquée et de sa méthode actuelle de supervision, s'il en existait une, et des types de services fournis par le programme. Généralement, une équipe de médecin / infirmière sera formée pour chaque sous -division au sein du système. Un superviseur général devra être choisi dont la responsabilité sera de suivre les rapports et de travailler périodiquement avec les équipes de supervision pour leur apporter une supervision et une AT. Suivant la taille du système en question, il faudra peut-être un système à trois ou quatre niveaux.

Outre le système de supervision médicale, SEATS devra concevoir et dispenser une formation ou un recyclage spécifique pour répondre aux besoins identifiés lors de l'évaluation initiale des sous -projets et qui aura un impact sur la qualité des services fournis. Ce travail sera fait selon les recommandations données dans l'évaluation initiale et en collaboration avec les partenaires de SEATS II, en cas de besoin, et sera spécifié dans les sous -projets individuels et les tâches connexes.

La formation et la supervision pour la qualité des soins : une fois le système conçu, un avant -projet de plan de supervision sera mis au point et un atelier initial sur la qualité des soins sera organisé pour les hauts responsables des institutions impliquées ainsi que pour les personnes responsables du suivi de la qualité des soins. Lors de cet atelier, le système sera revu et affiné, et un accord trouvé sur les modalités de la mise en oeuvre.

Ensuite, un atelier pour les superviseurs désignés sera réalisé, qui porte sur les volets de la qualité des soins, la manière de réaliser les visites médicales de sites, les compétences pour la supervision facilitative, les mises à jour sur la technologie contraceptive (le cas échéant), une mise à jour sur les pratiques de prévention des infections et une vue d'ensemble des techniques spécifiques d'amélioration de la qualité. De plus, une revue des instruments à utiliser pour la collecte des statistiques de services, des complications et de la mortalité au sein des sous -projets sera faite. (Le Système de suivi médical de SEATS II utilise des formulaires adaptés de l'AVSC International.)

L'assistance technique et la supervision continues : le membre du personnel de SEATS II, le membre du personnel de l'AVSC ou le consultant responsable de la fourniture de l'assistance technique à l'équipe de supervision des sous -projets organisera un calendrier de visites médicales périodiques de sites conjointement avec les superviseurs des sous -projets. Le Directeur adjoint des services médicaux à l'AVSC devra revoir les rapports trimestriels pour détecter les problèmes de qualité éventuels et organisera des réunions avec les superviseurs deux fois par an pour orienter tous nouveaux superviseurs et revoir les questions pertinentes qui ont été soulevées dans les six mois précédents, tel que demandé par SEATS.

Notes finales

1. Caractéristiques adaptées en partie de Kaluzney, 1991.
2. Adapté de Omachonu, 1991.
3. Tel que noté à la réunion parrainée par SEATS sur "La qualité des services de planification familiale pour les projets de terrain" (Rosenfield et Damiba, 1991).
4. Les dimensions, la description et les indicateurs pour l'accès proposés par Bertrand et al, 1994.
5. La méthode scientifique : une approche systématique pour comprendre les systèmes complexes comprenant les étapes suivantes : réunir des informations ou observer ; chercher des thèmes ou des modes communs ; proposer une théorie pour expliquer les observations ; tester la théorie (IHI, 1994).
6. Les étapes du Trajet de Juran sont : la définition et l'organisation du projet ; le trajet du diagnostic ; le trajet des solutions ; et le maintien des gains (Institute for HealthCare Improvement, 1995).
7. Cette étude a aussi trouvé que "d'autres facteurs contribuent de manière importante à la réussite de l'équipe. Le rôle des conseils de qualité, l'implication des responsables aux niveaux supérieur et intermédiaire et la formation sur la théorie et la pratique de l'amélioration continue de la qualité sont des éléments certainement importants" (Gilman et Lammers, 1995).
8. Ce document, Stratégie de QS de SEATS, fournira une discussion sommaire de l'importance des protocoles cliniques et de leur évaluation. Pour une discussion plus détaillée comprenant les étapes de développement et de révision, voir les *Protocoles cliniques pour les programmes de planification familiale de SEATS II: un manuel*, (JSI/ SEATS et AVSC International, 1995).
9. Les protocoles aident à diriger les processus étape par étape et les étapes de prise de décisions requis pour fournir un service. Les directives traitent de questions plus larges à savoir quels services seront fournis, par qui et dans quel contexte (les *Protocoles cliniques pour les programmes de planification familiale de SEATS II: un manuel*, 1995).
10. Maguire, Elizabeth S. (1994) "Changing Paradigms and Lessons for the Public Health Sector in Population and Reproductive Health." Présentation lors de la 21^e Conférence annuelle sur la santé internationale du NCIH, 26-29 juin, pp.5-6.
11. L'évaluation de PF/ SR de SEATS en Russie a été réalisée en collaboration avec le projet JSI/MotherCare. Par la suite, les activités de PF/SR sont incluses dans les deux plans de mise en oeuvre du projet.

Liste de références

Quality of Care : Doing Things the Right Way. Safe Motherhood Newsletter. 1995 Mar ; (No. 17).

Adrian, L. K.J. Archer K. Hardee-Cleaveland and B. Janowitz, Family Health International. Catalogue of Family Planning Service Delivery Guidelines : An Inventory of Policies and Procedures. 1992. Bibliothèque JSI ou contacter Family Health International.

Agence pour le développement international des Etats-Unis. Maximiser l'Accès et la Qualité : Liste de vérification pour la Prestation de Service de Planification Familiale, avec les liens choisis de Santé Reproductive. Avril 1996. Note : fichier stratégique SEATS QS.

Agence pour le développement international des Etats-Unis. La Formation pour Maximiser l'Accès et la Qualité: Les Considerations pour la Planification Familiale et la Santé Reproductive Note : fichier stratégique de QS de SEATS.

Agence pour le développement international des Etats-Unis et Murphy, Elaine. PATH.Avant -projet récapitulatif des directives revues pour les interactions client -prestataire dans les programmes de planification familiale/santé reproductive. Juillet 1996.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.

Agence pour le développement international des Etats-Unis. Maximiser l'Accès et la Qualité (Exemplaire de diapositives pour la présentation.) Washington, DC : 1996.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.

Agence pour le développement international des Etats-Unis. La Division pour la Performance, les Mesures et l'Evaluation. Le Cadre Stratégique et les Indicateurs, 1995-1996.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.

AIDSCAP. Evaluation et Suivi des Interventions de BCC : le Revue de l'Efficacité des Interventions de BCC. (non daté).
Note : Bibliothèque JSI ou contacter AIDSCAP.

Al-Assaf, A.F.J.M. Reinke D. Zaenger et G. Murphy. Documentation et Diffusion. Q.A. Brief. 1995 ; Vol.4 (No. 1) : 2 pages.

Ashford L. Implementing Reproductive Health Programs [Rapport de l'Atelier des bailleurs de fonds co-parrainé par le U.K. Overseas Development Corporation et l'Agence pour le développement international des Etats-Unis, 12-14 juin 1995]. 1995.

- ASHMEI ; AJJDC ; ISEPME ; JDC-Brookdale Institute et IHIA Course for Senior Professionals Course Overview. 1995.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- . Lexicon of Quality Management Terms (A Course for Senior Professionals). 1995.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- . Quality Management Programs for Health Care Organizations in the Middle East Executive Summary. Novembre 1995.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- . TotalQuality Management : Proceedings of the Middle East Conférence on the Implementation of TQM Systems in Medical Centers (Jérusalem, 30 novembre-2 décembre 1993). 1995.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Askew 1. ; P. Tapsoda ; Y. Ouedraogo ; C. Viadro ; D. Bakouan et P. Sebgo. Qualité des Soins dans les Programmes de Planification Familiale : Une Evaluation Rapide au Burkina Faso. Health Policy and Planning. 1993 ; 8(I): 19-32.
- AVSC International. Carnet de Suivi Médical de l'AVSC [Avant-projet de travail]. Mars 1996. 95 pages. Note : Linda Ippolito (JSI/SEATS) ou contacter l'AVSC International.
- . Counseling en Planification Familiale : Un Prototype de Curriculum, Muanel du Formateur. 1995.
Note Linda Ippolito (JSI/SEATS) ou contacter l'AVSC International.
- Bader, Barry S. Rediscovering Quality. Rockville, MD : Bader & Associates, Inc. , 1992
Note contacter l'éditeur.
- Bertrand J. R.J. Magnani et J.C. Knowles, The EVALUATION Project Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation. 1994.
Note : contacter le Projet EVALUATION.
- Blaney, Carol Lynn Family Health International. 'Quality' Aims for Clients Often Relies on Staff. Network. 1993 ; 14(I):5-8.
- Blumenthal, P.D. et N. McIntosh. Guide de poche pour les prestataires de services de la planification familiale. Baltimore : JHPIEGO ; 1995.
Note : Linda Ippolito (JSI/SEATS) ou contacter JHPIEGO.
- Brassard M. The Memory Jogger : un Guide de Poche des Outils pour l'Amélioration Continue Methuen, MA: GOAL/QPC ; 1988. Note : Bibliothèque JSI ou contacter GOAL/QPC.
- Brown, Lisanne ; M. Tyane ; J. Bertrand ; D. Lauro ; M. Abou-ouakil et L. deMaria. La Qualité des Soins dans les Services de Planification Familiale au Maroc. Etudes en Planification Familiale. 1995 ; 26(3):154-168.
- Brown, Lori DiPrete. Les Leçons Apprises de l'Institutionnalisation des Programmes d'Assurance Qualité : Une Perspective Internationale. Journal International pour la Qualité de Soins. 1995 ; Vol. 7(No.4):419-425.

- Brown, Lori DiPrete L.M. Franco N. Rafeh et T. Hatzell. L'Assurance Qualité de Soins dans les Pays en Développement [Document de travail]. ?Bibliothèque JSI.
- Bruce, Judith. Les Eléments Fondamentaux de la Qualité de Soins : Un Cadre Simple. *Etudes en Planification Familiale*. 1990 ; 21(2):61-91.
- Capezio, P et D. Morehouse. Taking the Mystery Out of TQM. New Jersey : Career Press, Inc. 1993.
Note contacter l'éditeur pour obtenir des exemplaires.
- CARE Population Program. Guidelines Collection. Atlanta, GA : CARE Population Program ; September 1993.
Note Linda Ippolito (JSI/SEATS) ou contacter CARE.
- Carrigan, C. L. Ippolito et P. Nersesian. Les Protocoles cliniques pour les programmes de planification familiale de SEATS II : Un Manuel. Arlington, VA : John Snow, Inc. ; 1995.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Center for Disease Control et John Snow, Inc. Family Planning Logistics Guidelines. Atlanta, GA : U.S. Department of Health & Human Services ; December 1993.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Centre for African Family Studies ; John Snow, Inc SEATS and Center for Population and Family Health (Columbia University). Findings from the Sub-Saharan Africa Urban Family Planning Study : Bulawayo City Report. March 1995.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Centre for African Family Studies ; John Snow, Inc SEATS and Columbia University Center for Population and Family Health. Findings from the Sub-Saharan Africa Urban Family Planning Study : Blantyre City Report. Mars 1995. Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Centre for African Family Studies et SEATS/JSI. Management of Community-Based Family Planning Programmes : Manual for Trainers. 1994. Contacter JSI/SEATS.
- Comité directeur MAQ. Réunion du Comité Directeur sur : Maximiser l'accès et la Qualité (MAQ) [Minutes]. Mai 1994. 223 pages. Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa. Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa. Blantyre, Malawi : 14 November 1994.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Damiba, A. Présentation à la réunion "La Qualité de Services de Planification Familiale dans les Projets sur le Terrain", Ecole de santé publique de l'Université Columbia, New York, 18-20 juin 1991.
- . Présentation à la réunion "l'Evaluation de la Qualité des Soins dans les Programmes Internationaux de Planification Familiale", parrainée par le Projet EVALUATION et l'USAID. 1992.

- . Gestion Totale de la Qualité: les Programmes de Planification Familiale de la Qualité en Afrique de l'Ouest. Expériences. (présentation). ? De Castro Buffington, Sandra, éditrice. Bulletin MAQ. 1995. Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Debus, M. Methodological Review : Un Manuel pour l'Excellence dans les Recherches par Groupes Dirigés. Washington D.C. : Académie pour le développement de l'éducation, HEALTHCOM 1988. Note : bibliothèque JSI.
- Dickersio, Karen. Liste de Materiels de MAQ (avant-projet). 1er novembre 1995. Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Donabedian, A. La Qualité des Soins : Comment Peut- elle Etre Evaluée. Journal de l'Association Médicale Americaine. 1988 ; 260(12):1743-1748.
- . The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. Quality Review Bulletin Novembre 1992.
- Dwyer, J. ; J. Haws ; G. Wambwa ; M. Babawale ; F. Way et P. Laynam. COPE : Une Technique d'Auto-Evaluation pour l'Amélioration des Services de Planification Familiale. Document de travail de l'AVSC. 1991. Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Fajardo, Ileana M., Family Planning Management Development. Impact Evaluation of MEXFAM's TQM/CQI Project. Mars 1994. Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Family Health International Network. ? Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Family Health International et JHPIEGO. Maximizing Access and Quality : Updating Service Delivery Guidelines and Practices : A Workshop on Recent Recommendations and Experiences. Août 1995. Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Family Planning Management Development and MEXFAM . Manual De Calidad En Planification Familiar. 1994. Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Fisher, A. ; B. Mensch ; R. Miller ; 1. Askew ; A. Jain ; C. Ndeti ; L. Ndhlovu et P. Tapsoba. Guidelines and Instruments for a Family Planning Situation Analysis Study. 1994.
Note : Carolyn Vogel (JSI/SEATS) ou commande auprès du Population Council.
- Folch-Lyon, E. et J.F. Trost. Conducting Focus Group Discussions. Studies in Family Planning. 1981 ; 12(12):443-447.
- Ford Foundation. Reproductive Health : A Strategy for the 1990s. Juin 1991. Bibliothèque JSI.
- Franco, Lynne Miller ; J. Newman ; G. Murphy et E. Mariani. Achieving Quality Through Problem Solving and Process Improvement. Quality Assurance Methodology Refinement Series.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- Futures Group. Policy and Programmatic Use of DHS Data : A Tool for Family Planning Program Managers and Analysts. Washington, DC : Futures Group , 1995.
Note fichier stratégique de QS de SEATS.

- Germain, A. Naia Nowrojee et Hnin Hnin Pyne. Rethinking the Concept of Reproductive Health. In : Sen, Gita et A. Germain, Eds. Population Reconsidered : Health, Empowerment and Rights. Cambridge : Harvard Center for Population and Development Studies.
- Gilman, Stuart C. et J.C. Lammers. Tool Use and Team. Success in Continuous Quality Improvement : Are All Tools Created Equal ? Quality Management in Health Care. 1995 ; 4(1):56-61.
- Gorosh, Martin E. The CYP Target Model : A Management Tool for Planning, Monitoring, Evaluating, and Re-planning Family Planning Program Target Achievement. July 1991.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Graves, J. L. ; A.A. Hudgins ; J. DeLung ; C.A. Burnett ; P. Scanlon et D. Orentlicher. Computerized Patient-Flow Analysis of Local Family Planning Clinics. Family Planning Perspectives, 1981 ; 13(4):164-170.
- Green, E.C. A Consumer Intercept Study of Oral Contraceptive Users in the Dominican Republic. Studies in Family Planning. 1998 ; 19(2):109-117.
- Gutierrez, M.E. Total Quality Management Project, MEXFAM, Population Council et MSH/FPMD. 22 avril 1991. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Hardee, K. et B. Gould. A Process for Service Quality Improvement in Family Planning. Décembre 1992.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Harris, Nancy Pendarvis, Présentatrice (Directrice, SEATS/John Snow, Inc.). Services Intégrés au Burkina Faso (Rapport récapitulatif) ; octobre 1993. 294 pages.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Hart, Carolyn et A. Harvey, Eds., éditeurs. Pipeline. Arlington, VA : FPLM/JSI. 1995.
- Helitzer-Allen, D.L. et H.A. Allen, Jr. AIDSCAP. The Manual for Targeted Intervention Research on Sexually Transmitted Illnesses with Community Members. 1994.
Note bibliothèque JSI.
- Hermida, J. Robles, J. et Flores, R. Improving the Quality of Care in the Control of Diarrheal Diseases in El Salvador. In Q.A. Reports. Décembre 1995.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Hindin, M. J. ; D. L. Kincaid ; O. M. Kumah W. Morgan ; Y. M. Kim et J. K. Ofori. Gender Differences in Media Exposure and Action During a Family Planning Campaign in Ghana. Health Communication. 1994 ; 6(2):117-135.
- Hornick, Robert. Communication Research Approaches for Bank Projects (avant-projet). 12 mars 1996.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Huezo, C. et U. Malhorta. Choice and User-Continuation of Methods of Contraception : A Multi-Center Study. Londres : IPPF ; 1993.

- Huntington, D.C. Lettenmaier et Obeng-Quaidoo. User's Perspective of Counseling Training in Ghana : The 'Mystery Client' Trial. *Studies in Family Planning*. 1990 ; 21(3):171-177.
- Institute for Healthcare Improvement. *Methods and Tools for Quality Improvement : Putting Theory Into Action*. Boston : Institute for Healthcare Improvement ; 1992.
Note : Linda Ippolito (JSI/SEATS) ou contacter l'Institute for Healthcare Improvement.
- International Planned Parenthood Foundation. *Qualité des soins : une liste de ressources choisies*. Juillet 1991.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- International Planned Parenthood Foundation. *Droits du client*. Londres : IPPF , 1992.
Note contacter l'International Planned Parenthood Foundation.
- Ippolito, L. N. Harris et D. Lauro (JSI/SEATS). *Avant-projet de Stratégie de Qualité des Soins pour les programmes de planification familiale et de santé reproductive de SEATS II*. Août 1996. Arlington, VA : John Snow, Inc.
Note Linda Ippolito ou fichier stratégique de QS de SEATS.
- Jacobs, R.L. et M.J. Jones. *Structured On-the-Job Training : Unleashing Employee Expertise in the Workplace*. San Francisco : Berrett-Koehler Publishers ; 1995. 194 pages.
Note contacter l'éditeur.
- Jain, A.K. *Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services*. *Studies in Family Planning*. 1989 ; 20(1):1-16.
- . *Managing Quality of Care in Population Programs*. West Hartford, CT : Kumarian Press 1992.
- Jain, A.K. ; J. Bruce et B. Mensch. *Setting the Standards of Quality of Family Planning Programs*. *Studies in Family Planning*. 1992 ; 23(6):392-395.
- Jain, A. et J. Bruce. *Les Implications de Santé Reproductive pour les Objectifs et l'Efficacité des Programmes de Planification Familiale*. Document de travail #8 pour Le Population Council, Division des Programmes. 1993.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- A Reproductive Health Approach to the Objectives and Assessment of Family Planning Programs*. In. *Population Policies Reconsidered : Health, Empowerment, and Rights*. Cambridge : Harvard University Press , 1994.
- John Snow, Inc. FPLM. *The Forecasting Cookbook : A Commodity Forecasting and Requirements Estimation Manual for Family Planning and AIDS/STD Prevention Programs*. Arlington, VA : John Snow, Inc. ; 1994.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- John Snow, Inc. SEATS. *La Qualité des Soins : Les Méthodes et l'Impact [Récapitulatif de présentation]*. 2 mars 1994. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- . *The Quality of Family Planning Services in Field Projects : A Workshop Report*. Juin 1991. Contacter Elaine Rossi pour obtenir des exemplaires.

- . SEATS Engagement pour la Qualité des Soins : Les Méthodes et l'Impact (Vue d'ensemble d'une présentation à l'USAID). 2 mars 1994.
- . Workshop on Quality of Assurance and Contraceptive Update. Avril 1990.
Bibliothèque JSI.
- John Snow, Inc. SEATS II. Family Planning Service Expansion and Technical Support : Workplan. 1996.
- . Family Planning Service Expansion and Technical Strategy Technical Proposal. 1994.
- . Family Planning Service Expansion and Technical Support Strategic Plan. Juillet 1996.
Note : fichier stratégique de QS de SEATS.
- . SEATS II Commodity Procurement Reference Guide. 1995. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- John Snow, Inc. SEATS et AVSC International. Avant-projet de suivi médical et supervision médicale dans le cadre du Projet SEATS II. 1995.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- John Snow, Inc. ; Centre for African Family Studies and Columbia University Center for Population and Family Health. Findings from the Sub-Saharan Africa Urban Family Planning Study : Overview. March 1995. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- John Snow, Inc. ; Centre for African Family Studies and Columbia University Center for Population and Family Health. A New Vision for Urban Family Planning Programmes in Sub-Saharan Africa : A Workshop Report. 17 mars 1995.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Transitions : From QA to CQI : Using CQI Approaches to Monitor, Evaluate, and Improve Quality. Oakbrook Terrace, IL : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ; 1991.
Note : bibliothèque JSI.
- Juran, J.M. et F.M. Gyrna, Eds. Juran's Quality Control Handbook, 4' édition. New York : McGraw-Hill ; 1988.
Note : contacter l'éditeur.
- Kaiser Permanente and Andersen Consulting Quality Report Card. 1993. Elaine Rossi (JSI/SEATS) ou contacter auteurs/éditeurs.
- Kaluzny ; A.D. ; C.P. McLaughlin et K. Simpson. Applying Total Quality Management Concepts to Public Health Organizations. Public Health Reports. May 1992 107(3):257-264.

- Katz, K. ; K. Hardee et M.T. Villinskim (Family Health International) Quality of Care in Family Planning : A Catalog of Assessment and Improvement Tools. March 1993. Note : Linda Ippolito (JSI/SEATS) ou contacter Family Health International pour obtenir des exemplaires.
- Keller, Sarah (Family Health International). Updating Service Delivery Guidelines and Practices : A Workshop on Recent Recommendations and Experiences (Guatemala City, Guatemala). March 1995.
- Khan, M.E.B.C. Patel and R.B. Gupta. Quality of Family Planning Services From Provider's Perspective : Observations from a Qualitative Study in Sitapur District, Uttar Pradesh [Document] présenté lors du : séminaire national sur la "Quality of Services in Indian Family Welfare Programme" organisé conjointement par le Population Council, la Fondation Ford et l'USAID à Bangalore, 24-26 mai 1995. 24 pages.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Kim, Young Mi ; M. Amisshah ; J.K. Ofori, et K. White. Measuring the Quality of Family Planning Counseling : Integrating Observation, Interviews and Transcript Analysis in Ghana. Novembre 1994. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Kim, Young Mi P. M. Kumah ; P. T. Piotrow ; W. B. Morgan ; M. Kotei ; J. K. Ofori G. Osae 1. Obeng-Quaidoo et D. Blumenhagen. Family Planning IEC Project in Ghana : Impact on Ghanaian Males. Document présenté lors de la 120^e Réunion annuelle APHA, Washington, D.C. 1992. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Koeig, M.A. ; M.B. Hossian et M. Whittaker. The Influence of Quality of Care Upon Contraceptive Use in Rural Bangladesh. 1995.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Kumar, S. ; A. Jain et J. Bruce. Assessing the Quality of Family Planning Services in Developing Countries. Document de travail du Population Council. (Non daté.)
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Lettenmaier, C. et M. Gallen. Why Counseling Counts ! Population Reports. 1987 ; Series J(36).
- Lynam, P.F. ; T. Smith et J. Dwyer. Client Flow Analysis : A Practical Management Technique for Outpatient Clinic Settings. International Journal for Quality in Health Care. 1994 ; 6(2) :179-186.
- Lynam, P. ; L. McNeil Rabinovitz et M. Shobowale. The Use of Self-Assessment in Improving the Quality of Family Planning Clinic Operations : The Experience with COPE in Africa. Document de travail de l'AVSC #2. December 1992.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Lyons, Joyce V. et J.A. Huddart. Integrating Family Planning Into NGO Programs. 1996. SEATS II and Initiatives, Inc. Arlington, VA : John Snow, Inc. ; avant-projet.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Mariani, E. Some Strategies for Managing Change. Q.A. Brief. Avril 1995- 30 Juin 1995 4(l):22-24.

- Mariani, E. et Zaenger, D. The Quality Assurance Experience in Zambia. 1996.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Mason, D. et Benesch, B. Improving the Quality of the Regional Health System in Tahoua, Niger : The Process of Developing a Standard Operating Procedures Manual. In Q.A. Reports. Janvier 1996.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- McGinn, T. Avant-projet. Quality of Care Protocol for Use During Supervision Visits. In CARE Guidelines Collection. 1992.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Mensch, Barbara ; A. Fisher ; I. Askew et A. Ajayi (Population Council). Using Situation Analysis Data to Assess the Functioning of Family Planning Clinics in Nigeria, Tanzania et Zimbabwe. 1994.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Miller, K. ; M. Gorosh ; M. Ojermak et P. Wondergem. Family Planning Program Monitoring and Evaluation System, Version 2.0, SEATS Project Version : User's Manual. Arlington, VA : John Snow, Inc. ; 1996.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Miller, Kate. Client Contact Estimator Manual. Mars 1995. Arlington, VA : John Snow, Inc.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Miller, Robert A. et I. Askew. The Development and Evolution of Family Planning Situation Analysis Methodology [avant-projet de travail].
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Miller, Robert A. L. Ndhlovu M. M. Gachara et A.A. Fisher. The Situation Analysis Study of the Family Planning Program. in Kenya. Studies in Family Planning. 1991 Vol. 22 (No. 3):131-143.
- MotherCare. MotherCare Quality of Care Indicators. Appendix in : Quality of Care for Integrated Reproductive Health Programs. 10 mai 1996. Arlington, VA : John Snow, Inc.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Safe Motherhood Needs Assessment (avant-projet). 1996. Arlington, VA : John Snow, Inc.
Note : contacter MotherCare (JSI).
- Murphy, Elaine et C. Steele, PATH. Questionnaire on MAQ Committees [Fax]. Octobre 1995. 43 pages.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Murphy, G. et Winter, L. National Conférence on Quality Assurance Methods and Results Niger. In : Q.A. Reports. Février 1996. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.

- Ngallaba, S. ; Bardsley, P. Guilkey, D. et Riphahn, R. Improvements in Family Planning Services in Tanzania A Report Based on the 1991 and 1994 Demographic and Health Surveys. In : Focus on EVALUATION Results. 1996.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Oakley, D. Rethinking Patient Counseling Techniques for Changing Contraceptive Use Behavior. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 1994 ; 170(5):1585-1590.
- Okunnu, Marc A. Sr. (SEATS/ESARO). Consultation on Quality Improvement in the SEATS Project. ESARO, Harare ; mai 1993. 426 pages. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Omachonu, V.K. Total Quality Productivity Management in Health Care Organizations. Milwaukee, WI : American Society for Quality Control ; 1991.
Note contacter l'éditeur pour obtenir des exemplaires.
- Organisation mondiale de la santé. Rapid Evaluation Method Guidelines for Maternal and Child Health, Family Planning and Other Health Services. 1993. Note bibliothèque JSI ou contacter l'Organisation mondiale de la santé pour obtenir un exemplaire.
- Organisation mondiale de la santé (Programme mondial sur le SIDA). National AIDS Programme Management : A Training Course (Volumes 1- 11). 1993.
Note : contacter l'Organisation mondiale de la santé pour obtenir un exemplaire.
- Organisation pan-américaine de la santé et Family Health International. Quality of Care in Reproductive Health : Developing and Integrated Framework (Final Report of a Workshop). Mars 1995.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Palmer, R. Heather. Measuring Clinical Performance to Provide Information for Quality Improvement. Quality Management in Health Care. 1996 ; Vol. 4 (No.2):1-6.
- Pariani, S. Dm Heer et M.D. Van Ardsol. Jr. Does Contraceptive Choice Make a Différence to Contraceptive Use ? Evidence From East Java. Studies in Family Planning. 1991 ;22(6).
- Piotrow, P.T. ; Treiman, K.A. ; rlmou II, J.G. ; Yun, S.H. et Lozare, B.V. [Document technique de la Banque mondiale numéro 2231. Strategies for Family Planning Promotion. 1994. Contacter la Banque mondiale.
- Population Council. Reconsidering the Rationale, Scope, and Quality of Family Planning Programs. Document d'information (non daté). New York.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Prabhavathi, K. et A. Sheshadri. Pattern of IUD Use : A Follow-Up of Acceptors in Mysore. Journal of Family Welfare. 1988 ; 35(1).
- Program for International Training in Health (INTRAH). Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning : A Reference for Trainers, Second Edition. 1992. Bibliothèque JSI.

- Projet EVALUATION (groupe de travail sur la prestation de services, sous-comité sur la qualité). Indicators of Quality of Care in International Family Planning Programs. Série de documents de travail. 1993.
- Quality Assurance Project. Jordan : The Quality Assurance Practicum. In : Q.A. Reports. Février 1996.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- An Overview of Quality Assurance [Présentation]. Novembre 1995.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- The Quality Assurance Project : Applied Research in Child Survival Projects (Brochure)?
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Reinke, Jolee M.A.F. AlAssaf. Quality Assurance Program Results : The Jordanian Experience. Q.A. Brief. 1994 ; Vol.3(No.3) : 5 pages.
- Rosenfield, A. et A. Damiba. The Quality of Family Planning Services in Field Projects : A Workshop Report. 18-20 Juin 1991. Ecole de santé publique de l'Université Columbia (New York) et Projet JSI/SEATS (Arlington, VA). 1991.
- Ross, J.A. et E. Frankenberg. Findings from Two Decades of Family Planning Research. New York : Population Council ; 1993.
- Rothwell, W.J. et H.C. Kazanas. Improving On-the-Job Training : How to Establish and Operate a Comprehensive OJT Program. San Francisco : Jossey-Bass Inc. ; 1994. 162 pages. (Nadler, L. et Z. Nadler. The Jossey-Bass Management Series).
Note : contacter l'éditeur pour obtenir des exemplaires.
- Russell, Bertrand. Unpopular Essays. 1950.
- Salisbury, Frank S. Developing Managers As Coaches : A Trainer's Guide. Londres McGraw-Hill Book Company ; 1994. 137 pages (Bennett, Roger. The McGraw-Hill Training Series.) Note : contacter l'éditeur pour obtenir des exemplaires.
- Schuler, S.R. ; E.N. McIntosh ; M.C. Goldstein et B.R. Pande. Barriers to Effective Family Planning in Nepal. Studies in Family Planning. 1985 , 16(5):260-270.
- Stover, J. ; N. Rutenberg ; R. McKinnon et J. Hummel (Futures Group) EASEVAL : A Computer Program for Analysis of DHS Data for Evaluation User's Guide. 1994.
Note : contacter le Projet EVALUATION pour obtenir un exemplaire.
- Tasa, Kevin G. Ross Baker et M. Murray. Using Patient Feedback for Quality Improvement. Quality Management in Health Care. 1996 ; Vol. 4 (No.2):55-67.
- Thorne, Melvyn C., AA Professor, Université Johns Hopkins, Ecole d'hygiène et de santé publique. Initiation of the District Team. Problem-Solving Process in Morocco at the Institut national de l'administration sanitaire de Rabat [Document]. 17 mai 1993 avant-projet inédit. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.

- Uffelman, David A.; éditeur. Quality Management in Health Care. Edition printemps 1996. Gaithersburg, MD : Aspen Publishers. Vol.4, 1996.
- UNAIDS Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings. Note : contacter l'ONUSIDA pour obtenir un exemplaire.
- . Reform Glossary [Glossaire]. Octobre 1995, 138 pages ; avant-projet inédit.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- . Strategic Objectifs Results Framework Team Leaders. 1996
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Verzosa, Cecelia. Health Communications for Behavioral Change : A Guide for Task Managers (avant-projet). Juillet 1996. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Weber, V et Rosessner, J. Eds., éditeurs. Quality Connection : News from the Institute for Healthcare Improvement. Boston : Institute for Healthcare Improvement. Vol.5, 1996.
- Wilkinson, David. Avoidable Perinatal Deaths in a Rural Hospital : Strategies to Improve Quality of Care. Tropical Doctor. Janvier 1995 ; 25:16-20.
- Williams, T. IPPF WHR. Client Satisfaction Survey : Questionnaire, Reporting Form for Evaluation, and Instructions for Use. 1996. Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.
- Wolff, James, éditeur. The Family Planning Manager : Manager's Toolbox for CQI (supplément). Newton, MA : Family Planning Management Development (Management Sciences for Health). Vol. 11, 1993.
- Wolff , James A.L.J. Suttentfield et S.C. Binzen Eds. Managements Sciences for Health. The Family Planning Programs. Hartford : Kumarian Press , 1991. Note : Linda Ippolito (JSI/SEATS) ou contacter Management Sciences for Health/Kumarian Press.
- Wolff, James éditeur en chef, éditeur. The Family Planning Manager. Newton, MA : Family Planning Management Development (Management Sciences for Health). Vol II, 1993.
- Wouters, Annemarie et Tisna Veldhuyzen. Training and Cost and Quality : Helping Health Managers to Optimize Resources. Q.A. Brief. Avril 1994 - 30 juin 1994 ; 3(2):21-27.
- Zimbabwe National Family Planning Council , The Population Council's Africa OR/TA Project and SEATS Zimbabwe : A Situation Analysis of the Family Planning Programme. Mars 1992. Note : Carolyn Vogel (JSI/SEATS) ou commander auprès du Population Council.
- Zimmerman, M. ; Newton, N. ; Frumin, L. et Wittett, S. PATH. Developing Health and Family Planning Materials for Low-Literate Audiences : A Guide. Seattle, WA Program for Appropriate Technology in Health (PATH) ; 1996.
Note : Fichier stratégique de QS de SEATS.

Annexe A

Guide d'outils et de ressources proposés pour la qualité des soins par SEATS II

**Stratégie de la qualité des soins pour la planification
familiale et la santé reproductive de SEATS II**

Recherche et compilation par Erika Pluhar

Les utilisations et les notes proposées pour :

Le Guide des Outils et des Ressources Proposés pour la Qualité des Soins dans les Programmes de Planification Familiale et de Santé Reproductive par SEATS II

Les utilisations proposées

Le Guide des Outils et des Ressources Proposés pour la Qualité des Soins dans les Programmes de Planification Familiale et de Santé Reproductive par SEATS présente les recommandations de SEATS II à son personnel et à ses sous-contractants concernant les ressources et des outils utiles pour

- évaluer la qualité et les besoins de qualité
- améliorer l'orientation sur les clients
- améliorer la qualité clinique
- améliorer la gestion

Il est important de noter que le Guide est un ensemble d'outils choisis et recommandés par SEATS II. Il existe maints autres outils que ceux donnés dans cette compilation. Aussi, propose-t-on au personnel d'utiliser ce guide, NON PAS comme le dernier mot sur ce qu'il faudrait absolument utiliser mais plutôt comme un point de départ et un manuel de référence pour les types d'outils qui ont été appliqués de manière réussie dans le cadre des sous-projets de SEATS et d'autres initiatives d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

Les Notes

Il est également important de noter qu'un grand nombre d'outils, en termes de but et de résultat vont au-delà des diverses catégories sous lesquelles ils sont listés dans le Tableau récapitulatif. Par exemple, "l'Analyse de la circulation des patients/clients" est utilisée d'abord pour l'évaluation de la qualité, mais les résultats aideront à améliorer la qualité clinique générale.

Pour évaluer la qualité et les besoins de qualité

Nom et contact	Description	Utilisations
<p>Le Cadre de Bruce Bruce, Judith. 1990. " les Eléments Essentiels de la Qualité de Soins : un cadre simple." <i>Studies in Family Planning</i>, Vol.21, No.2:61-91.</p>	<p>Cadre théorique pour évaluer la qualité à partir du point de vue des clients. Identifie six éléments essentiels de la qualité pour les programmes de PF : le choix de méthodes, l'information donnée aux clients, la compétence technique, les relations interpersonnelles, le suivi et les mécanismes de continuité ainsi que l'adéquation et l'acceptabilité de services.</p>	<p>Point de départ pour l'évaluation de la qualité du programme Utile au moment de concevoir les sous – projets. Cadre pour la conception et l'application d'outils et d'indicateurs d'évaluation et d'amélioration de la qualité</p>
<p>L'Observation Exemples : Fisher A., B. Mensch, R. Miller, I. Askew, A. Jain, C. Ndoti, L. Ndhloru et P. Tapsoba. 1992. Directives et <i>Instruments pour les études d'analyse situationnelle en Planification Familiale</i>. NY : The Population Council. McGinn, T. 1992. "Draft Quality of Care Protocol for Use During Supervision Visits." Atlanta : CARE.</p>	<p>Méthodologie de recherche qualitative qui peut être utilisée seule ou conjointement avec d'autres méthodologies telles que les interviews avec les informants- clés. Un guide d'observation ou une liste de vérification devrait être élaboré auparavant en fonction des objectifs de recherche qui seront utilisés par un observateur formé au point de prestation (Katz et al., 1993).</p>	<p>Evaluer les procédures cliniques pour vérifier l'adhésion aux protocoles/directives Examiner le processus de prestation de services</p>

Pour évaluer la qualité et les besoins de qualité

Nom et contact	Description	Utilisations
<p>L'Interview de clients à la sortie Exemples :</p> <p>Williams, T. (International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (IPPF/WHI)). 1996. <i>L'Etude de la satisfaction des clients : Questionnaire, Forme du Rapport d'Evaluation, et Instructions pour l'Utilisation.</i></p> <p>Pour un exemple de la manière dont les interviews des clients à la sortie ont été utilisées pour évaluer la qualité de services, voir : Green, E.C. 1988. " une étude d'interception de client de contraception orale en République Dominicaine." <i>Studies in Family Planning</i>, Vol. 19, No.2:109-117.</p>	<p>Technique d'étude de marché pour réunir des données sur un échantillon de personnes qui utilisent un produit particulier (par exemple, une méthode contraceptive spécifique) à l'endroit où elles ont obtenu le produit (Katz et al., 1993).</p> <p>L'Enquête sur la satisfaction des clients - Questionnaire d'une page pour évaluer la satisfaction des clients avec les services de planification familiale (ou autres services dispensés dans la même clinique) au moment de la sortie de la clinique. Suffisamment simple pour être auto – administrée par la plupart des clients de la clinique et laissée confidentiellement dans une boîte fermée. Un enquêteur de l'extérieur devra peut-être intervenir dans le cadre d'une clinique dont les clients sont peu alphabétisés.</p>	<p>Evaluer le niveau de satisfaction des clients avec le service offert</p> <p>Evaluer le niveau de connaissance des clients concernant les méthodes contraceptives</p> <p>Utiliser <i>l'Enquête de satisfaction des clients</i> pour :</p> <p>Evaluer les éléments de la qualité de manière rapide, facile et pratique sans trop de surcharge financière ou technique</p> <p>Les résultats peuvent être utilisés pour identifier les domaines problématiques et prendre rapidement des actions pour combler les lacunes</p>

Pour évaluer la qualité et les besoins de qualité

Nom et contact	Description	Utilisations
<p>L'Analyse de situation</p> <p>Exemples :</p> <p>Fisher A., B. Mensch, R. Miller, I Askew, A. Jain, C. Ndoti, L. Ndhloru et P. Tapsoba. 1992. Directives et <i>Instruments pour les études d'analyse situationnelle en Planification Familiale</i>. NY : The Population Council.</p> <p>Zimbabwe National Family Planning Council, The Population Council's Africa Operations Research/Technical Assistance (OR/TA) Project and JSI/SEATS. Mars 1992. <i>Zimbabwe : une Analyse Situationnelle de Programme de Planification Familiale</i>.</p> <p>MotherCare. 1996. "Evaluation des besoins de la maternité sans risques (avant-projet). "</p>	<p>L'Analyse de situation : Outil qui peut être utilisé pour évaluer les points forts et les points faibles des sous-systèmes de PF et la qualité des soins pour un échantillon représentatif de points de services. Une journée est nécessaire pour évaluer chaque site d'étude par rapport aux sept sous-systèmes ou domaines tels que la logistique/l'approvisionnement, les locaux, le personnel, la formation, la supervision, l'IEC et la tenue de dossier. L'information est réunie par le biais d'observation directe et d'interviews des prestataires de services et des clients. Il existe quatre instruments de collecte de données et cette information est obtenue en l'espace de 4/6 heures par site. Il existe également trois instruments optionnels de collecte. Les équipes de recherche devraient comprendre au moins une personne avec un pré-requis clinique et une personne avec un pré-requis de sciences sociales et de l'expérience d'interviews de terrain. Chaque superviseur devrait être responsable de trois équipes de recherche ou moins. La formation prend au moins huit jours (Katz et al., 1993).</p> <p>L'Évaluation des besoins de maternité sans risques - Conçu tout particulièrement pour l'analyse des programmes intégrés de santé maternelle et infantile (SMI). A été testée sur le terrain au Malawi, en Ouganda et en Ethiopie. L'ensemble comprend des directives, des formulaires modèles, un manuel du formateur, un manuel de l'enquêteur, des exemples de tableau et de suggestions pour l'analyse et l'interprétation ainsi que des directives pour la revue des décès maternels.</p>	<p>Décrit la disponibilité, le fonctionnement et la qualité des activités de santé et de PF pour un échantillon représentatif de points de services.</p> <p>Analyse la relation entre le fonctionnement des sous-systèmes et la qualité des services fournis et reçus.</p> <p>Evalue l'impact que le programme de qualité des services a sur la satisfaction des clients, la dynamique de l'utilisation des contraceptifs, la réalisation des intentions en matière de reproduction et, en fin de compte, la fécondité.</p> <p>Utiliser <i>l'Évaluation des besoins de maternité sans risques</i> :</p> <p>Pour évaluer les besoins et la qualité des programmes intégrés de SMI.</p>

Pour évaluer la qualité et les besoins de qualité

Nom et contact	Description	Utilisations
<p>Les Outils d'analyse secondaire d'EDS</p> <p>Exemples</p> <p>Le Projet EVALUATION. Février 1994. <i>EASEVAL : un Programme informatique pour l'Analyse Facile des données d'EDS pour l'Evaluation.</i></p> <p>The Futures Group. 1995. L'utilisation des données d'EDS pour les Politiques et les Programmes: <i>un outil pour les gestionnaires et les analystes de la Planification Familiale.</i></p>	<p>EASEVAL - Logiciel mis au point tout particulièrement pour l'analyse d'EDS. Le programme utilise un système de menu convivial qui permet à l'utilisateur d'étudier les données d'EDS au delà de l'information disponible dans les rapports finaux (Projet EVALUATION, 1994).</p> <p>Le Manuel de programmes et de politiques - Se concentre sur l'utilisation de données d'EDS pour aider les responsables de programme à prendre des décisions avisées sur les directions du programme. Trois chapitres analytiques traitent des questions prioritaires qui se présentent aux programmes nationaux de planification familiale qui peuvent être examinées en utilisant les données d'EDS. Voici les questions prioritaires : concevoir une combinaison appropriée de méthodes, comprendre pourquoi les femmes n'utilisent pas la contraception et identifier une combinaison appropriée de sources. Chaque chapitre présente une approche analytique de la question, guide le lecteur tout au long d'un processus simple sur la manière de mettre les données sous forme de tableau et propose des options possibles de programme ainsi que des solutions en fonction des résultats. La section finale comprend un glossaire des termes techniques (The Futures Group, 1995).</p>	<p>Utiliser l'analyse d'EDS pour :</p> <p>Evaluer les besoins nationaux /régionaux de planification familiale et/ou la prévalence pour les utiliser comme cadre de conception ou d'amélioration de programme.</p> <p>Utiliser les outils d'analyse d'EDS pour :</p> <p>Augmenter l'exactitude, l'efficacité et l'applicabilité de l'analyse de données d'EDS.</p> <p>Guider l'utilisateur , étape par étape, tout au long d'un processus d'analyse des données EDS.</p>

Pour évaluer la qualité et les besoins de qualité

Nom et contact	Description	Utilisations
<p>Les Protocoles de MST/VIH Pour plus d'informations pour les outils donnés en italiques sous la colonne "Description", prière de contacter l'organisation correspondante donnée entre parenthèses (voir liste de contact des programmes ou demander cette information au bureau SEATS à Washington, DC).</p>	<p>Les Méthodologies d'évaluation de la prévalence et des facteurs de risque - Les méthodes quantitatives comprennent les enquêtes transversales de prévalence. Les méthodes qualitatives comprennent: <i>L'Evaluation et le Suivi de la Recherche sur l'intervention de communication pour le changement de comportement</i> (Lutte et prévention du SIDA (AIDSCAP)) <i>Les directives de méthode d'évaluation rapide pour la santé Maternelle et Infantile, la Planification Familiale et d'autres Services de santé</i> (Organisation mondiale de la santé (OMS)) <i>Recherche sur les Interventions Ciblées</i> (AIDSCAP). La Prévention – Les outils comprennent : Protocole d'évaluation rapide de planification : volet préservatif du programme de prévention MST/ Sida. (OMS) Directives pour une unité d'interventions d'urgence de VIH (ONUSIDA) Gestion de programme national Sida : Série de cours (OMS).</p>	<p>Utiliser les méthodologies d'évaluation de la prévalence et des facteurs de risque pour évaluer les taux de prévalence des MST/VIH et pour évaluer le niveau de risque d'une population donnée.</p> <p>Utiliser des outils de prévention pour concevoir et mettre en oeuvre des interventions (le marketing social des condoms, les directives cliniques pour améliorer la qualité des cliniques de MST/VIH et les ateliers de formation pour améliorer la gestion des programmes de MST/VIH) autour du but de prévention des MST/VIH.</p>
<p>Liste de vérification pour maximiser l'accès et la qualité USAID. Avril 1996. "Maximiser l'Access et la Qualité : liste de vérification pour la prestation de planification familiale et ses liens choisis avec la santé de la reproduction ."</p>	<p>La liste de vérification conçue pour aider à l'exécution des principes de base de MAQ : (1) insister sur l'accès et la qualité ; (2) construire une orientation sur les clients ; (3) soutenir la qualité à partir du sommet ; (4) construire la qualité à partir de la base et (5) Ensermer des approches pour évaluer et améliorer. La liste de vérification ne vise pas à être une encyclopédie ; elle suppose la connaissance de la part de l'utilisateur.</p>	<p>Destinée aux équipes conjointes de programmation et à d'autres pour évaluer, programmer ou évaluer l'accès et la qualité des soins dans les programmes de planification familiale et de santé reproductive.</p> <p>Les sections peuvent être utilisées indépendamment selon les besoins des utilisateurs.</p>

Pour évaluer la qualité et les besoins de qualité

Nom et contact	Description	Utilisations
<p>Formation pour maximiser l'accès et la qualité : points de vue pour les programmes de planification familiale et de santé reproductive (liste de vérification)</p> <p>USAID/MAQ, Division de communication, de gestion et de formation, Office de la population. 1995 (Brochure).</p>	<p>Liste de vérification pour aider à réfléchir sur la formation pour les programmes de planification familiale et de santé reproductive.</p>	<p>Pour aider les gestionnaires dans une réflexion plus complète et plus systématique sur le volet formation et développement des ressources humaines des programmes nationaux de PF et de SR.</p> <p>NE vise PAS à remplacer l'évaluation plus détaillée nécessaire pour concevoir des activités spécifiques.</p>
<p>Stratégie de qualité des soins pour les programmes de PF/SR de SEATS II</p> <p>Ippolito, L., N. Harris et D. Lauro. (JSI/SEATS). 1996. "Stratégie de qualité des soins pour les programmes de PF/SR de SEATS II (avant-projet)."</p>	<p>Résume l'approche stratégique de SEATS II pour intégrer la qualité des soins dans ses sous- projets. Offre des directives au personnel de SEATS et aux institutions de collaboration sur la relation entre la qualité des soins et la réalisation des objectifs stratégiques et de programmes, la promotion de la qualité des soins et l'amélioration continue de la qualité dans les programmes de PF/SR, les questions de qualité liées à l'intégration des interventions choisies de SR et à la conception de plans de suivi de la qualité des sous-projets de SEATS.</p>	<p>Guide stratégique pour le personnel de terrain de SEATS pour évaluer les besoins de qualité, concevoir et mettre en oeuvre des initiatives d'amélioration de qualité pour les sous- projets.</p>

Pour améliorer l'orientation sur le client

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Les Outils pour améliorer le Counseling</p> <p>Exemples :</p> <p>USAID/MAQ et E. Murphy (PATH). Juillet 1996. "Résumé provisoire des directives révisés pour l'interaction client prestataire (ICP) en Planning Familial/ Santé Reproductive (PF/SR). "</p> <p>Lettenmaier, C. et M Gallen. 1987. "Le counseling, pourquoi ?" <i>Population Reports, Series J</i> No.36. Baltimore : Population Information Program, Johns Hopkins University.</p> <p>AVSC International. 1995. <i>Le Counseling en Planning Familial: un prototype de Curriculum.</i> (Manuel du formateur et livret du participant). New York.</p>	<p>Guide pour l'ICP de USAID/MAQ - Résumé des recommandations et résultats les plus récents pour le counseling en planification familiale. Comprend une discussion de "l'Interaction dynamique" , un nouveau modèle de counseling qui insiste sur l'importance de la bonne manière de donner l'information, le choix éclairé et le respect du client.</p> <p>La Méthode du "CLIENT" - Un sigle similaire au BER CER tel qu'inclut dans le "Résumé des directives pour l'ICP de l'USAID /MAQ". "C" pour : le Client au centre des services; le choix contraceptif du Client ; la communication au sein du Couple; et l'a Courtoisie. "L" Libère et loue l'écoute des préoccupations et les intérêts du client ; l'étape de son cycle de vie ; l'Etat de santé ; et l'enquête sur les risques du client en matière de MST/ VIH. "I" pour : l'Interaction et non le monologue ; l'Inquisition au sujet de la préférence des méthodes ; les Intentions futures de procréation ; l'Invitation des clients à poser des questions et de soulever des éventuels problèmes. L'Information (brève et pratique sur les méthodes) ; et les Instructions (il faut vérifier qu'elles sont claires pour le client). "E" pour l'Environnement de confort, d'intimité et de confidentialité ; l'Exploration des aspects de sexualité et de genre en PF ; l'Explication des Effets secondaires et comment les prendre en charge ou les dépasser ; l'Encouragement du client au retour pour le suivi ou pour changer de méthode ; et la contraceptif d'urgence. "N" pour Ne pas gronder, ni manquer de respect au client ; Ne pas le pousser de manière désobligeante à accepter des méthodes ; et Ne pas lui refuser de changer de méthode. "T" pour totale confiance, qui fait que le client revienne ; et qu'il parle à d'autres : Testes le, Tu vas aimer!</p> <p>La Méthode du BER CER - Un sigle réunissant des indicateurs des éléments essentiels du counseling pour la planification familiale : la Bienvenue souhaitée au client, l'Entretien pour connaître les besoins ou intérêts du client, les Renseignements exacts et complets sur les méthodes contraceptives, le Choix de la méthode appropriée par le client, l'Explication sur la façon d'utiliser une méthode, le Retour rappelé par le rendez- vous de la visite de contrôle.</p> <p>Le Paquet de formation de l'AVSC - Comprend le manuel des formateurs et le livret des participants à utiliser comme prototype pour un stage de formation en counseling pour la planification familiale. La formation est estimée pour un durée de cinq ou six jours et comprend 14 modules, dont chacun se concentre sur un aspect du counseling. Les Annexes du manuel du formateur comportent des instruments d'évaluation, des directives sur la manière de réaliser des stages pratiques de counseling et des instructions sur la manière d'organiser des observations de procédure clinique. Le livret du participant comprend de la documentation et des exercices qui sont utilisés par les participants pendant l'atelier. Le curriculum contient est une revue fondamentale des méthodes de planification familiale, les maladies sexuellement transmissibles courantes, dont l'infection à VIH ainsi que l'anatomie et la physiologie de la reproduction (AVSC International, 1995).</p>	<p>La méthode BER CER peut être utilisée :</p> <p>Sous forme de liste de vérification pour évaluer la qualité du counseling reçu par les clients ou pour donner une formation sur le counseling.</p> <p>En tant que cadre pour concevoir et dispenser une formation sur le counseling. L'information de PATH (ainsi que d'autres organisations) peut être utilisée :</p> <p>Comme source pour voir quelle est la recherche la plus récente, les recommandations et la direction future du counseling pour la planification familiale. Le Jeu de formation de l'AVSC peut être utilisé : Pour réaliser une séance de formation visant à développer ou à améliorer les compétences de counseling chez les agents de santé et de planification familiale qui sont en contact avec les clients.</p>

Pour améliorer l'orientation sur le client

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Les Droits du client Fédération Internationale pour la Planification Familiale. 1992. <i>Les Droits du client</i>. Londres.</p>	<p>La liste des droits fondamentaux du client compilés par la Fédération Internationale pour la Planification Familiale :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'Information – S’informer sur les avantages et la disponibilité de la planification familiale. 2. l'Accès - Obtenir les services quel que soit le sexe, la religion, la couleur, le statut matrimonial ou l'emplacement. 3. le Choix - Décider librement que la planification familiale est à pratiquer et quelle méthode utiliser. 4. la Sûreté - Pouvoir pratiquer une planification familiale sûre et efficace. 5. l'Intimité - Recevoir les informations ou les services dans un contexte intime. 6. la Confidentialité - Etre assuré que l'information personnelle restera confidentielle. 7. la Dignité - Etre traité avec courtoisie, considération et attention. 8. le Confort - Se sentir à l'aise lorsqu'on reçoit les services. 9. la Continuité - Recevoir les services et les produits contraceptifs aussi longtemps que nécessaire. 10. l'Opinion - Exprimer les vues sur les services offerts (AVSC International, 1995.) 	<p>Ensemble de principes sur lesquels se fonde la conception des programmes et la prestation de service de planification familiale axées sur le client.</p> <p>Liste de vérification pour aider au développement de méthodologies d'évaluation (c.a.d. les listes de vérification) pour évaluer et améliorer la qualité des services et centrer sur l'orientation du client.</p>

Pour améliorer l'orientation sur le client

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>L'Information, l'éducation et la communication : guides de la communication pour le changement de comportement (CCC) Exemples Banque Mondiale ; Guides pour la conception des campagnes d'IEC: Première partie - Verzosa, C. 1996. La communication en santé pour le changement de comportement : <i>Un Guide pour les Gestionnaires de Tâche</i>. Washington DC : Banque mondiale. Deuxième partie - Hornick, R. 1996. <i>Les Approches de Recherche en Communication pour les projets de la Banque</i>. Washington DC : Banque mondiale. Kim, Young Mi, P.M. Kumah, P.T. Piotrow, W.B. Morgan, M. Kotei, J.K. Ofori, G. Osae, I. Obeng-Quaidoo et D. Blumhagen. 1992. "Family Planning IEC Project in Ghana : Impact on Ghanaian Males." Document présenté lors de la 120 Réunion annuelle APHA, Washington DC. Hindin, M.J., D.L. Kincaid, O.M. Kumah, W. Morgan, Y.M. Kim et J.K. Ofori. 1994. "Gender Differences in Media Exposure and Action During A Family Planning Campaign in Ghana." <i>Health Communication, Vol 6, No.2:117-135</i>.</p>	<p>Les Références de la Banque mondiale - Les références données sont des guides pour la conception de campagnes de communication pour le changement de comportement dans les programmes de santé reproductive. Elles offrent de méthodes et techniques simples pour aider les planificateurs et les gestionnaires de programme qui traitent des aspects de la CCC dont le counseling, l'utilisation efficace et efficiente des mass media, l'épargne et le recouvrement des coûts et l'évaluation. L'accent est mis sur les méthodes et approches de recherche formative et évaluative.</p> <p>Le Projet d'IEC au Ghana - Les deux documents mentionnés discutent des résultats d'une campagne multimédia à deux étapes pour améliorer le TPC déployé par la Division de l'éducation pour la santé du Ministère de la Santé au Ghana et démarré en 1990. La première étape de la campagne visait les femmes et la seconde étape visait les hommes. La campagne a obtenu le prix Global Media of the Population Institute pour l'effort de la meilleur combinaison médiatique soutenant les questions de population. Vu que la campagne ciblait les hommes et les femmes, il est utile de voir comment les différences entre sexes peuvent affecter l'exposition à et l'interprétation des messages de PF (Hindin et al., 1994).</p>	<p>Pour aider les responsables des programmes de SR à planifier, réaliser et superviser les campagnes de communication pour le changement de comportement.</p> <p>Présente des exemples de campagnes réussies pouvant être utilisées comme modèles pour la conception et la réalisation de programmes.</p> <p>Rédigé dans une perspective réaliste de "leçons apprises" en insistant sur le dépassement des barrières dans l'exécution, l'efficacité et la pérennisation de la campagne de CCC.</p>

Pour améliorer l'orientation sur le client

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>La Technique d'interview du client mystérieux</p> <p>Exemples:</p> <p>Huntington D., C. Lettemnaier et I. Obeng-Quaidoo. 1990. "User's Perspective of Counseling Trianing in Ghana : The 'Mystery Client' Trial." <i>Studies in Family Planning</i>, Vol.21, No.3:171-177.</p> <p>Schuler, S.R., E.N. McIntoch, M.C. Goldstein et B.R. Pande. 1985. "Barriers to Effective Family Planning in Nepal." <i>Studies in Family Planning</i>, Vol.16, No.5:260-270.</p>	<p>Des personnes et/ou couples sont formés pour figurer comme clients à la clinique de planification familiale en vue d'observer le point de vue du client. Il vaut mieux choisir des clients qui sont représentatifs de la clientèle effective et choisir également des personnes intéressées par la planification familiale ainsi elles peuvent être elles-mêmes et non jouer un rôle. Après la visite à la clinique, les clients mystérieux sont sollicités par un interviewer formé, à rendre compte des observations des clients. Généralement, ces informations sont enregistrées sur bandes magnétiques (Katz et al., 1992).</p>	<p>Une Méthode pour obtenir le point de vue de l'utilisateur sur la qualité des services reçus sans le biais qui peut être introduit par les études d'observation.</p> <p>Les interviews de clients mystérieux peuvent être utilisés pour élaborer un questionnaire ou des directives qui seront utilisées par la suite pour interviewer le personnel clinique lui-même (Katz et al., 1992).</p>

Pour améliorer l'orientation sur le client

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Index pour Aider les Couples à Réaliser les Intentions Reproductives (ACRIR)</p> <p>Exemples :</p> <p>Jain, A. et J. Bruce. 1995. "les Implications de Santé Reproductive pour les Objectifs et l'Efficacité des Programmes de Planification Familiale." Document de travail #8. NY : Population Council, Programs Division.</p> <p>The Population Council. "Reconsidérer la Justification, l'Etendue et la Qualité de Programmes de Planning Familial." NY : The Population Council.</p> <p>Jain, A. et J. Bruce. 1994. " Une Approche de Santé Reproductive pour les Objectifs et l'Evaluation des Programmes de Planification Familiale," in <i>Politiques de Population Reconsidérées: Santé, Autorisation et Droits</i>. G. Sen, A. Germain et L.C. Chéri, eds. Harvard University Press, pp.193-209.</p>	<p>Outil d'évaluation permettant d'estimer l'impact des programmes de planification familiale du point de vue de la qualité des services fournis ; leur succès à aider les personnes à éviter, sans risques, les procréations non désirées et non planifiées ; et leur impact sur la santé reproductive. ACRIR (HARI en anglais) aborde ces aspects de l'évaluation en se plaçant du point de vue du client plutôt qu'en voyant la méthode contraceptive ou la source d'approvisionnement. Elle relie les buts reproductifs du client, qui sont explicitement indiqués à un moment du service, avec son comportement procréateur et son état de santé subséquent. L'index ACRIR mesure cette approche à la planification familiale et à la santé reproductive en comptant comme réussite une cliente qui a évité une grossesse non désirée, quel que soit le nombre de services et de stratégies qu'elle a utilisés. Si un programme de planification familiale n'arrive pas à autoriser une cliente suffisamment à éviter une grossesse non désirée, le programme est compté comme un échec, et non la cliente (The Population Council).</p>	<p>Evaluer et améliorer les efforts des programmes en vue d'orientation les services vers les besoins des clients.</p> <p>Orienter les efforts de programme vers le concept de la prise de contrôle des clients dans le but de donner aux clients les moyens pour qu'ils prennent des choix conscients de planification familiale et de santé reproductive fondés sur la connaissance de toutes les méthodes disponibles (et appropriées) ainsi que des avantages et coûts de chacune.</p> <p>Aider à intégrer les programmes de planification familiale et les services de santé reproductive.</p>

Pour améliorer l'orientation sur le client

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Manuel de formation pour la DBC du CEFA/SEATS CEFA/SEATS. 1994. <i>Gestion des Programmes de Famille à Base Communautaire (CBD) : Manuel des Formateurs.</i></p>	<p>Manuel contenant des directives de curriculum uniformisé pour enseigner des compétences de gestion de programmes spécifiques aux programmes de distribution à base communautaire. Le matériel de formation, les visuels et le matériel de référence, reflètent la manière dont le CEFA a organisé l'atelier de formation. D'autres utilisateurs peuvent choisir de réorganiser l'atelier en ajoutant, en modifiant, en supprimant ou en remplaçant certains modules avec leur propre matériel de formation pour refléter leur orientation particulière de gestion des programmes de DBC. Les modules compris dans le curriculum font un atelier de quatre semaines. (CEFA/SEATS), 1994).</p>	<p>Pour les responsables de niveau intermédiaire qui souhaitent améliorer la gestion de leurs programmes.</p> <p>Pour le responsable qui n'a pas de programme de DBC mais souhaite en démarrer un.</p>

Pour améliorer la qualité clinique

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>La Formation sur le tas (FST) Exemples :</p> <p><i>Pipe-lines : Questions de Logistique pour la Planification Familiale Globale et la Prévention du Sida.</i> Family Planning Logistics Management Project (FPLM)/John Snow Inc.</p> <p>Pour de plus amples informations sur la formation sur le tas, prières de contacter Daniel Thompson, FPLM/JSI.</p> <p>Jacobs, R.L. et M.J. Jones. 1995. <i>Structured On-the-Job Training : Unleashing Employee Expertise in the Workplace.</i> San Francisco : Berrett-Koehler Publishers.</p> <p>Rothwell, W.J. et H.C. Kazanas. 1994. <i>Improving On-the-Job Training : How to Establish and Operate a Comprehensive OJT Program.</i> San Francisco : Jossey-Bass Publishers.</p> <p>Salisbury, Frank S. 1994. <i>Developing Managers As Coaches : A Trainer's Guide.</i> Londres : McGraw-Hill Book Company.</p>	<p>Le Projet de gestion de la logistique pour la planification familiale (FPLM) – Sous- projet de John Snow Inc. qui fournit une formation en logistique de l'approvisionnement en contraceptifs pour des programmes de planification familiale et de prévention du SIDA dans les pays en développement. Le FPLM a mis au point un modèle général de formation adapté aux besoins spécifiques des pays, avec une formation sur le tas qui se déroulera sur les lieux du travail. Les articles du <i>Pipeline</i> esquissent ce modèle et discutent de certains des outils spécifiques utilisés dans la formation sur le tas, tels que les aides professionnelles, les mécanismes pour emmagasiner et transmettre l'information, de sorte à guider la performance du travail qui est ensuite incorporée à la formation sur le tas (FPLM, 1995).</p> <p>La littérature de la formation sur le tas - Les deux premiers manuels mentionnés comprennent les explications détaillées de la structure et de la fonction de la formation sur le tas et offrent des conseils pratiques et par étapes sur la manière de réaliser des programmes de formation réussis. Le matériel ne se rapporte pas de manière spécifique aux systèmes de santé ou aux programmes de planification familiale, comme la formation du FPLM, mais il contient une information utile sur les aspects fondamentaux de la formation sur le tas qui s'applique à toute industrie.</p> <p>Le troisième ouvrage est un guide pour les responsables et les formateurs qui inspire que les managers et les formateurs sont des encadreurs. L'auteur se base sur le modèle d'encadrement "POSER" (Propos, Objectifs, Stratégies d'encadrement mises en oeuvre, Encourager /autoriser /Habiliter le prestataire à l'auto- apprentissage et la Revue, l'examen) et combine les stratégies d'encadrement du sport aux approches de gestion visant à la motivation. L'ouvrage offre : des directives pour enseigner aux responsables comment libérer les talents et les compétences latents des employés, à donner des conseils basés sur la recherche et à présenter des exemples réels (Salisbury, 1994).</p>	<p>Maximiser le potentiel des employés par le biais d'une formation sur les lieux du travail.</p> <p>Améliorer la performance professionnelles des employés par le biais d'une interaction face-à-face.</p>

Pour améliorer la qualité clinique

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Les Protocoles cliniques SEATS SEATS/John Snow, Inc et AVSC. Octobre 1995. <i>Les Protocoles pour les programmes de planification familiale : un livret- ressource de SEATS II.</i></p>	<p>Le but est de fournir des documents pouvant servir de ressources récentes sur les questions techniques et de programmes pour le développement et/ou la révision des protocoles cliniques et des directives pour les programmes de planification familiale. Le matériel spécifique à la méthode présentée comprend l'information utile pour les directives et les protocoles. Tandis que les documents de référence présentent une information à jour sur les critères et les pratiques nécessaires pour réduire les barrières à l'accès tout en améliorant la qualité des services (SEATS/JSI et AVSC International, 1995).</p>	<p>Aider ceux qui élaborent et exécutent les protocoles de prestation de services de planification familiale à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluer le besoin de protocoles et/ou de révision de protocoles. Identifier les utilisateurs finaux d'un protocole. Se mettre d'accord sur les tâches et les délais réalisables pour guider l'élaboration des protocoles et/ou le processus de révision. Planifier en vue de diffuser, appliquer et évaluer les protocoles élaborés.
<p>Le Système de suivi médical de SEATS II (AVSC) SEATS/AVSC. Juin 1995. <i>Le Suivi Médical et la supervision dans le projet SEATS II (avant-projet).</i>"</p>	<p>L'AVSC International, en collaboration avec SEATS II, fournit le suivi et la supervision médicale aux services de planification familiale, surtout ceux qui offrent des méthodes permanentes et à long terme. C'est fait par le biais de systèmes de supervision mis en place au niveau des sous- projets et qui s'inspirent de l'approche utilisée par l'AVSC. Voici les volets du système : l'évaluation initiale des besoins des sous- projets, l'atelier sur la qualité des soins, la formation pour la supervision ainsi que l'assistance technique et la supervision continues.</p>	<p>Mettre en place une base initiale pour comparer les données provenant d'évaluations ultérieures faites avec le même instrument.</p> <p>Comprendre comment les services sont organisés, quel équipement et quels produits sont nécessaires pour améliorer les services et comment la supervision de la qualité du service est exécutée.</p> <p>Diffuser et passer en revue les résultats des évaluations avec tous les hauts responsables et planifier une de mesures d'amélioration.</p> <p>Fournir une formation aux superviseurs désignés sur la manière de mettre en place et de conduire un système de suivi médical.</p>

Pour améliorer la qualité clinique

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>La Liste d'équipement et de matériel standard</p> <p>SEATS. 1995. SEATS II <i>le Guide de Référence pour l'acquisition des produits</i> .</p>	<p>Un Guide de référence officiel pour l'acquisition de produits pour le compte des organisations de sous- projet de SEATS. Comprend une vue d'ensemble et des directives du processus de passation de marché et une section sur la gestion post- acquisition.</p>	<p>Aider le personnel des bureaux régionaux et de terrain de SEATS :</p> <p>A mettre en place et à maintenir des procédures adéquates d'acquisition de produits pour les projets, conformément aux normes de l'USAID et de JSI.</p> <p>Comme Référence ou document de ressource pour le processus d'acquisition.</p> <p>A décider s'il faut acheter, par le biais de SEATS /Washington, au niveau local ou dans un pays tiers.</p>
<p>L'Analyse de la circulation des clients</p> <p>Exemples :</p> <p>Lynam, Pamela F., T. Smith et J. Dwyer. 1994. "l'analyse de la circulation du Client : une technique pratique de gestion pour les cliniques de soins externes." <i>International Journal for Quality in HealthCare</i>, Vol. 6, No.2:179-186.</p> <p>Graves, J.L., A.A. Hudgins, J. DeLung, C.A. Burnett, P. Scanlon et D. Orentlicher. 1981. "Logiciel pour l'analyse de la circulation du client dans les cliniques locales de planning familial." <i>Family Planning Perspectives</i>, Vol. 13, No.4:164-170.</p>	<p>Une Technique pratique qui traite de l'une des causes de mécontentement des clients le plus souvent citées dans la qualité des soins-- le temps d'attente. Un logiciel (appelé "Analyse de la circulation des patients") peut être utilisé ou une analyse peut être faite manuellement en utilisant un tableur. L'analyse permet aux responsables et aux agents des cliniques de voir comment les clients et les patients circulent dans le service. Elle donne des informations sur le temps d'attente, le temps passé en contact avec les différents praticiens, les goulots d'étranglement dans le service ainsi que les modes d'utilisation du personnel. Le logiciel est simple, d'application rapide, rentable, d'apprentissage facile et de transfert aisé. (Lynarn et al., 1994).</p>	<p>Evaluer la circulation des clients dans la clinique à différents aspects du processus de prestation de service.</p> <p>Améliorer la qualité des aspects spécifiques du processus de prestation de services, tels que le temps d'attente et la répartition du personnel.</p>

Pour améliorer la qualité clinique

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Services efficaces axés sur le client (COPE)</p> <p>Exemples :</p> <p>Dwyer J., J. Haws, G. Wambwa, M. Babawale, F. Way et P. Lynam. 1991. "COPE : une Technique d'auto-évaluation pour l'Amélioration des Services de Planning Familial." Cahiers pratiques AVSC.</p> <p>"L'utilisation de l'auto-évaluation pour améliorer la qualité des services de planification familiale : l'expérience de COPE en Afrique." Cahiers pratiques AVSC.</p>	<p>Outil d'évaluation et d'amélioration mis au point par l'AVSC pour que les programmes de planification familiale soient plus des services efficaces axés sur le client (COPE). Voici les trois étapes de l'évaluation : l'analyse de la circulation des clients, l'auto-évaluation du personnel et le plan de suivi. L'évaluation est faite par un facilitateur extérieur de COPE et le personnel de la clinique. L'évaluation initiale prend trois jours. Un logiciel ou une adaptation non informatique est utilisé pour mettre sous forme de graphique la manière dont les clients et le personnel passent leur temps dans la clinique. Ensuite, le personnel et le facilitateur remplissent une liste de vérification d'auto-évaluation qui examine tous les aspects de la prestation de services. Les résultats sont revus et le personnel se rencontre et met au point un plan de suivi. Le plan est rédigé avec le problème identifié, la solution recommandée, la personne responsable pour mettre en oeuvre la solution et la date à laquelle l'application devrait se faire. Le plan est affiché pour que les progrès puissent être suivis et pour que le personnel puisse voir ce qui reste à faire. Après plusieurs mois, le facilitateur de COPE revient pour évaluer les progrès et apporte une assistance technique (Katz et al., 1993).</p>	<p>Aider les prestataires des services de planification familiale à améliorer la qualité des opérations cliniques en les orientant davantage sur les besoins des clients et en les organisant plus efficacement pour le nombre de clients demandant les services (Lynam et al., 1992).</p>
<p>Les Indicateurs de la qualité des soins de MotherCare</p> <p>MotherCare. 1996. " la Qualité des soins pour les programmes intégrés de santé reproductive (avant-projet). "</p>	<p>Récapitulatif des indicateurs de qualité de soins pour les sous- projets de MotherCare. MotherCare est un sous- projet de John Snow, Inc. qui intervient dans le domaine de la santé et de la nutrition maternelles et néonatales.</p>	<p>Aider à évaluer et à améliorer la qualité des programmes individuels de SMI ou programmes de SMI intégrés aux programmes de SR.</p>

Pour améliorer la qualité clinique

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Les Modules de formation basée sur la compétence, le s listes de vérification et les guides de référence , de JHPIEGO</p> <p>Pour plus d'informations sur la manière de commander le matériel, contacter JHPIEGO (voir la liste des contacts d'organisation ou demander l'information par le biais du bureau de SEATS Washington, DC).</p> <p>Blumenthal, P.D. et N. McIntosh. 1995. <i>Pocket Guide for Family Planning Service Providers</i>. Baltimore : JHPIEGO.</p>	<p>Les Modules de formation basés sur la compétence, les listes de vérification et les guides de référence pour les processus cliniques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'Insertion et le retrait du DIU l'Insertion et le retrait du Norplant la Prévention des infections le Traitement et la prévention des infections du tractus génital (ITG) les Soins post- avortement. <p>Le Guide de poche – Conçu pour apporter aux cliniciens une information facilement accessible, orientée sur les aspects cliniques pour utilisation dans la prestation de service de planification familiale.</p>	<p>Standardiser la formation des prestataires pour les activités cliniques dont il est question dans la colonne description.</p> <p>Matériel de référence sur la consultation concernant la procédure clinique correcte.</p> <p><i>Guide de poche – à l'usage des cliniciens</i> lorsque :</p> <p>Ils sont face à une cliente avec des besoins spéciaux, par exemple, une femme avec un problème médical (diabète) ou qui a besoin d'une contraception d'urgence (avec des directives pour les problèmes médicaux courants ou plus rares).</p> <p>Une information est nécessaire sur une méthode contraceptive spécifique (comprend le mécanisme d'action, les avantages, les limites, les instructions et les effets secondaires).</p>

Pour améliorer la gestion

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Les Techniques de gestion de qualité totale : l'organigramme, la fiche de contrôle, le diagramme de Paréto et le diagramme de cause à effet</p> <p>Ces techniques et d'autres sont résumées dans :</p> <p>Brassard, M. 1988. <i>Le Memory Jogger : Un guide de Poche des Outils pour une Amélioration Continue</i>. Methuen, MA: GOAL/QPC.</p> <p>Institute for Healthcare Improvement. 1992. <i>Les Méthodes et les Outils pour l'Amélioration de la Qualité : Mettre la Théorie en Action</i>.</p> <p>Pour une information générale sur la GQT, voir :</p> <p>Kaluzny, A.D., C.P. McLaughlin et K. Simpson. 1992. "Applying Total Quality Management Concepts to Public Health Organizations." <i>Public Health Reports</i>, Vol. 107, No.3:257-264.</p> <p>Pour un exemple d'une intervention de GQT réussie, voir :</p> <p>Family Planning Management Development (FPMD)/Management Sciences for Health (MSH) et MEXFAM. 1994. "Manual De Calidad En Planificacion Familiar" et "Impact Evaluation of MEXFAM's TQM/CQI Project."</p>	<p>L'organigramme - une représentation illustrée montrant toutes les étapes d'un processus. L'organigramme fournit une excellente documentation d'un programme et peut être un outil utile pour examiner les relations mutuelles des différentes étapes d'un processus. L'étude des organigrammes permet souvent de découvrir des points faibles qui sont des sources potentielles de problèmes (Brassard, 1988).</p> <p>La Fiche de Contrôle – un Formulaire facile à comprendre utilisé pour répondre à la question, "Tous les combien surviennent certains événements ?" Elle commence le processus de traduction des "opinions" en "faits" (Brassard, 1988).</p> <p>Le Diagramme de Pareto – une Forme spéciale de graphique à barres verticales qui aide à déterminer dans quel ordre résoudre les problèmes, qui aide à diriger l'attention et les efforts sur les problèmes vraiment importants. Se fonde généralement sur les données des Fiches de vérification (Brassard, 1988).</p> <p>Le Diagramme de cause à effet - Mis au point pour représenter la relation entre certains "effets" et toutes les "causes" possibles les influençant. Les Diagrammes de cause à effet sont montés pour illustrer clairement les différentes causes affectant un processus en arrangeant et en reliant les causes entre elles (Brassard, 1988).</p> <p>Le Diagramme de dispersion – Une représentation graphique de la relation entre deux variables continues.</p> <p>Le Graphe de contrôle - Mis au point par le Dr Walter A. Shewhart pour donner aux responsables de la production une manière de distinguer entre les importants changements de la qualité et les simples fluctuations aléatoires.</p> <p>L'Histogramme – Récapitulatif graphique d'une tendance de variation d'un ensemble de données. En tant " qu'image" des données, il permet à l'utilisateur de voir le mode de variation plus clairement que s'il était présenté dans un simple tableau de chiffres.</p> <p>La Matrice de sélection des projets – une matrice qui donne les critères (à savoir, ceux importants pour le client externe et interne, les personnes dans le processus collaboreront, la visibilité élevée, etc.) par rapport aux éventuels problèmes/possibilités d'amélioration de la qualité (par exemple, le coût, les difficultés techniques, le temps nécessaire pour le changement, etc.).</p>	<p>L'organigramme - Pour identifier le cheminement réel et idéal qu'un service de PF/SR suit en vue d'identifier les déviations (Brassard, 1988).</p> <p>La Fiche de Contrôle – Pour rassembler les données sur la base d'exemples d'observations pour commencer à détecter les tendances. Un point logique pour commencer dans la plupart des cycles de résolution de problèmes (Brassard, 1988).</p> <p>Le Diagramme de Pareto – pour afficher l'importance relative de tous les problèmes ou conditions pour : choisir le point de départ pour la résolution de problèmes, suivre la réussite ou identifier la cause fondamentale d'un problème (Brassard, 1988).</p> <p>Le Diagramme de cause à effet – Pour identifier, explorer et afficher les causes possibles d'un problème ou d'une condition spécifique (Brassard, 1988).</p> <p>Le Diagramme de dispersion – Pour étudier les relations de cause à effet indépendamment ou en plus des histogrammes dans les études de l'utilisation du temps dans un processus.</p> <p>Le Graphe de contrôle – Pour voir là où il faut diriger une attention "spéciale" dans l'amélioration de la qualité, pour faire des prédictions sur la capacité d'un processus à l'avenir, et pour suivre un processus afin d'assurer sa réussite continue.</p> <p>L'Histogramme – Pour décrire les problèmes de processus dans les études d'utilisation du temps de performance et vérifier la performance des changements de processus.</p> <p>Matrice de sélection des projets - Identifie, explore et affiche les causes possibles d'un problèmes ou d'une condition spécifique (Brassard, 1988).</p>

Pour améliorer la gestion

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>La Résolution de Problèmes par l'Equipe de District (RPED) Thorne, Mel C. 1993. <i>L'Initiation du Processus de Résolution du Problème par l'Equipe de District au Maroc à l'Institut national de l'administration Sanitaire de Rabat.</i></p>	<p>Un moyen systématique de restructuration des relations de travail entre les agents de santé et les différents niveaux hiérarchiques dans un système de services de santé afin de les rendre plus communicatifs, créatifs, constructifs et efficaces. Le RPED est un moyen qui encourage une meilleure utilisation de l'intelligence et de l'énergie individuelle dans le système de services de santé par le biais du travail d'équipe ainsi qu'une utilisation plus rentable et plus efficace des ressources disponibles dans le système (Thorne, 1993).</p>	<p>Un processus d'une année pendant lequel les équipes de personnel de santé de District :</p> <ul style="list-style-type: none"> S'attaquent à un problème prioritaire de santé Examinent les données existantes puis collectent des données supplémentaires Analysent la nature et les causes du problème Conçoivent et appliquent une solution "sans budget supplémentaire" Produisent et présentent un plan de travail ou une proposition formalisée Mettent en oeuvre leur solution Évaluent leur solution et conçoivent les "étapes suivantes" (Thorne, 1993).

Pour améliorer la gestion

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Le Projet d'assurance Qualité (PAQ) Les publications- clés : <i>Les Séries de Raffinement de la Méthodologie d'Assurance Qualité</i>. Exemples de questions traitées : "Réaliser la Qualité à travers la Résolution des Problèmes et l'Amélioration des Processus" "l'Assurance Qualité des Soins de Santé dans les Pays en Développement" <i>Q.A. Brief : les sorties d'information sur les PAQ,</i></p>	<p>Le PAQ a été conçu pour introduire l'Assurance Qualité (AQ), une stratégie qui encourage l'amélioration continue et progressive dans la prestation des services de santé, aux systèmes de prestation de santé des pays en développement. Les deux objectifs généraux du projet sont de : (1) fournir une assistance technique aux pays qui souhaitent améliorer continuellement la qualité des soins fournis par les agents de soins de santé primaires en renforçant la capacité locale nécessaire à concevoir et à appliquer des stratégies efficaces de suivi de la qualité et de correction des déficiences ; et (2) affiner les méthodes existantes de vérification de la prestation de services de haute qualité par des agents de santé grâce à un programme de recherche appliquée qui cerne les volets critiques de la prestation de service et qui développe des outils et des techniques pour assurer la qualité. Le projet est financé par l'USAID, Office de la santé, Bureau de la Science et de la Technologie avec le Centre pour les services humains (CSH). L'Ecole d'Hygiène et de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins et l'Académie pour le Développement de l'Education collaborent avec le CSH. Le PAQ peut fournir une assistance à la plupart des pays à la demande de la Mission locale de l'USAID.</p> <p>Les deux publications importantes du PAQ sont <i>Les Séries de Raffinement de la Méthodologie d'Assurance Qualité</i>, une série de monographies réalisées sur des questions spécifiques liées à la qualité des soins, et le <i>Q.A. Brief</i>, un bulletin publié deux fois par an qui partage les méthodologies, les activités et les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité parrainées par le PAQ avec la communauté sanitaire internationale.</p>	<p>Le personnel du projet aidera les homologues du pays hôte à :</p> <p>Faire des évaluations des systèmes de prestation de service pour définir les niveaux actuels de la qualité et identifier les points faibles.</p> <p>Concevoir à nouveau et renforcer les systèmes de supervision pour qu'ils deviennent des volets importants du processus d'assurance de qualité. Les superviseurs sont engagés activement dans le suivi de la performance et la résolution de problèmes.</p> <p>Revaloriser les systèmes d'information de gestion pour inclure des données qui facilitent l'évaluation continue et l'amélioration de la qualité des soins.</p> <p>Modifier les programmes de formation pour intégrer la formation axée sur la compétence aux tâches routinières essentielles : le diagnostic, le counseling et l'éducation pour la santé, l'évaluation de la performance, la résolution de problèmes et la notification.</p>

Pour améliorer la gestion

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Les Listes de vérification de la supervision</p> <p>Exemples :</p> <p>McGinn, T. 1992. "Draft Quality of Care Protocol for Use During Supervision Visits." Atlanta : CARE.</p> <p>Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFPC). En sept volumes : directives et listes de vérification de la supervision mises au point par divers membres d'équipes.</p>	<p>Le Protocole de qualité de soins de CARE - Protocole pour une visite de supervision de services de planification familiale. Comprend le volet de gestion clinique, le volet de prestataire de services et le volet de client.</p> <p>Les Directives et listes de vérification du ZNFPC - Série de sept volumes pour des directives et la supervision pour divers prestataires de services des programmes de PF/SR. Comprend, par exemple, des directives/listes de vérification pour les activités et les processus réalisés par des infirmiers, des conseillers et des médecins.</p>	<p>Peut être utilisé comme liste de vérification lors d'une visite de supervision (interne ou externe) dans une clinique ou comme partie d'une évaluation de type d'observation clinique.</p>
<p>Le Manuel des gestionnaires de PF</p> <p>Wolff, J.A., L.J. Suttentfield et S.C. Binzen (Management Sciences for Health). 1991. <i>Le Manuel des Gestionnaires de Planning Familial : Compétences et Outils de Base pour Gérer les Programmes de Planification Familial</i>. Hartford : Kumarian Press.</p>	<p>Un Manuel exhaustif de compétences et d'outils conçus pour aider les responsables de la PF à améliorer la performance personnelle et de l'organisation.</p>	<p>Peut être utilisé comme une référence / un guide d'outils de gestion</p> <p>Pour aider à préparer un cours/ une session de formation dans un domaine spécifique de la gestion</p>
<p>Le livre de Recettes de la Prévision (Logistics)</p> <p>FPLM /John Snow, Inc. 1994. Le livre de Recettes de la Prévision. Arlington : John Snow, Inc.</p>	<p>Un manuel de référence pour les prévisions et les estimations de besoins pour les programmes de planification familiale et de prévention du SIDA/MST.</p>	<p>Pour guider à faire des prévisions en utilisant diverses méthodologies</p> <p>Pour valider/ réconcilier les prévisions faites par différentes méthodes</p> <p>Pour calculer les quantités de produits particuliers à acheter en fonction d'une prévision de la consommation</p>

Pour améliorer la gestion

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Les Prix de qualité Exemple : Mariani, E. Eté 1995. "Quelques Strategies pour Gérer le Changement." Q.A. <i>Brief</i>, Vol.4, No. 1:22-24.</p>	<p>Sont importantes les récompenses et la reconnaissance de ceux qui réalisent des projets d'assurance de qualité. La reconnaissance peut être aussi informelle qu'une simple indication à quelqu'un qu'il fait un bon travail, ou peut être une distribution de certificats ou une reconnaissance publique et professionnelle. Les récompenses aident à améliorer la gestion et encouragent le personnel et les autres membres de l'équipe à améliorer la qualité. Par exemple, le système réussi de récompense en Jordanie portait sur un système de motivation des personnes impliquées dans l'AQ mais sans forcément être des incitations monétaires. Le personnel a introduit l'idée de distribuer des certificats de réussite aux participants d'atelier d'AQ. La reconnaissance du travail des équipes a aussi débuté par la distribution de médailles, les annonces faites dans les journaux, les lettres de reconnaissance signées par les directeurs généraux, les certificats d'excellence distribués aux personnes méritantes par un comité spécial et la dédicace d'articles dans le journal local (Mariani, 1995).</p>	<p>Pour encourager les équipes d'amélioration continue de la qualité/assurance et les récompenser pour leurs efforts et leurs réalisations A utiliser conjointement avec les initiatives de formation et/ou d'évaluation.</p>
<p>Le Modèle de cibles CAP Gorosh, Martin. 1991. "le modèle de cibles CAP : un Outil de Gestion pour la Planification, le Suivi, l'Evaluation et la Re-planification dans la réalisation de cibles de programmes." Document de travail No.32 de l'Université Columbia, Ecole de Santé publique, Centre pour la Population et la Santé Familiale (CPFH).</p>	<p>Outil de gestion mis au point pour aider les responsables des programmes de planification familiale à déterminer les voies alternatives pour réaliser les cibles démographiques sur une période quinquennale. Il permet aux responsables de réconcilier les objectifs annuels tirés de l'application du modèle TARGET (le modèle de fixation des objectifs du Population Council, 1986) et la réalité des possibilités et contraintes de programme et de contexte. Il utilise un modèle de tableur adapté pour faciliter l'utilisation à grande échelle sur le terrain. Le modèle repose sur des données qui sont régulièrement collectées par les systèmes d'information pour la gestion de la planification familiale (Gorosh, 1991).</p>	<p>Permet à l'utilisateur de planifier, suivre, évaluer et re-planifier les cibles CAP sur une base mensuelle Encourage l'utilisateur à tenir compte de volets de programmes importants et variables selon l'endroit : le temps de démarrage nécessaire pour les services de tout un programme, un volet de programme particulier, ou une nouvelle méthode contraceptive ; les conditions de formation et de recyclage, l'IEC ; la logistique ; les résultats de la recherche et de l'évaluation ; l'expérience de prestation de services ; les capacités de gestion ; les changements de politiques ; les variations saisonnières et annuelles selon les facteurs religieux et culturels et les implications des diverses combinaisons de méthodes pour la performance du programme, la prévalence contraceptive et la pérennisation du programme (Gorosh, 1991).</p>

Pour améliorer la gestion

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Le Système de suivi et d'évaluation des programmes de planification familiale (SSEPPF) Miller, K. (SEATS/JSI). FPPMES Version 2.0 Le Manuel des Utilisateurs : la version du Projet SEATS (avant-projet 5/14/96)</p>	<p>Tableur adapté, développé pour être utilisé avec Lotus 123 Release 5 pour Windows qui convertit les données d'approvisionnement trimestrielles en estimations des taux de prévalence contraceptive (TPC) et des couples-années de protection (CAP). Le produit consiste en plusieurs tableaux affichant chacun la statistique par méthode et par trimestre ainsi que des graphiques faits automatiquement et qui peuvent être conçus par l'utilisateur.</p>	<p>Visé à être utilisé entre les enquêtes EDS Visé à être utilisé à tous les niveaux du programme (clinique de PF, niveaux régional et national) Pour simuler les effets des changements futurs des modes de distribution des méthodes afin de mieux planifier les futures conditions du programme</p>
<p>Les séminaires et les conférences nationales/internationales Exemple : Alumni Society of the Harvard Middle East Institute (ASHMEI), American Jewish Joint Distribution Committee (AJJDC), Institute for Social and Economic Policy in the Middle East (ISEPME), JDC.Brookdale Institute and Institute for Healthcare Improvement (MI). Novembre 1995. "Le Programme de Gestion de Qualité (GQ) pour les Organisation de Soins de Santé au Moyen Orient." Résumé analytique.</p>	<p>ASHMEI, AJJDC, ISEPME, JDC- Brookdale Institute et IHI dirigent une initiative pour soutenir l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de soins de santé dans le Moyen-Orient par le biais de l'application de la méthodologie de Gestion de qualité (GQ). Le programme représente le premier effort de coopération régionale dans le domaine de la santé ; des participants d'Israël, de la Jordanie, du Maroc et de la Palestine étaient présents lors de la première conférence de trois jours à Jérusalem en 1993. Les composantes de la Conférence comprennent une formation intensive de deux semaines, des activités d'animation et une étude parallèle de recherche/d'évaluation. Les publications suivantes sont également disponibles suite à la conférence :</p> <p><i>Le lexique des termes de gestion de qualité</i> <i>Les actes de la conférence du Moyen-Orient sur la mise en oeuvre des systèmes de GQT dans les centres médicaux</i> <i>Le stage pour les professionnels cadres : une vue d'ensemble du stage.</i></p>	<p>Encourager les efforts de collaboration dans les stratégies de recherche et d'évaluation de la qualité des soins Encourager l'échange d'idées et diffuser les résultats récents de la recherche entre les pays et les régions Améliorer les processus cliniques et non cliniques de la prestation de services de PF Libérer des épargnes et valoriser la satisfaction du patient Initier et uniformiser la formation Soutenir le processus d'amélioration de la qualité par le biais de quatre types d'activités de facilitation (1) la consultation ; (2) la formation/l'éducation (3) le partage d'information ; (4) l'échange professionnel.</p>
<p>Le Catalogue des outils de qualité de soins Katz, K., K. Hardee et M.T. Villinski. Mars 1993. <i>La Qualité de Soins en Planning Familial: un Catalogue d'outils d'Evaluation et d'Exécution..</i> Family Health International.</p>	<p>Une Compilation des outils disponibles pour l'évaluation et l'amélioration de la qualité des services des programmes de planification familiale. Le catalogue est divisé en trois sections : les indicateurs de qualité des soins, les outils d'évaluation et les outils d'amélioration. Pour chaque outil, un résumé descriptif est fourni avec les avantages et les inconvénients et des exemples d'utilisation de l'outil. Les Annexes sont fournis chaque fois que possible pour aider à clarifier l'utilisation de l'outil ; et les citations sont incluses pour tous les exemples.</p>	<p>Un ensemble de directives et un manuel de référence pour prendre connaissance et choisir les outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.</p>

Pour améliorer la gestion

Nom et référence	Description	Utilisations
<p>Le Manuel d'intégration des programmes de PF aux programmes des ONG de SEATS</p> <p>Lyons, Joyce V. et Jenny A. Huddart. 1996. "Le Manuel d'intégration des programmes de PF aux programmes des ONG de SEATS (avant-projet)." Washington DC : SEATS/John Snow, Inc.</p>	<p>Manuel à partir de l'initiative d'intégration des organisations non gouvernementales (ONG)/ des organisations bénévoles privées (OBP) de SEATS pour aider les ONG et les OBP à intégrer la PF dans leurs programmes en cours.</p>	<p>Conçu pour des ONG bien établies qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sont intéressées à explorer les possibilités pour intégrer les services de PF aux services existants N'ont aucune expérience passée dans la réalisation de programmes de PF Encouragent actuellement le développement économique et social dans leurs communautés Ont déjà des compétences et une expérience en matière de gestion de programmes de santé et/ou de développement communautaire efficaces.

Les Informations sur les contacts an niveau des organisations

Academy for Educational Development (AED)/HEALTHCOM
1255 23rd Street, NW
Suite 400
Washington, DC 20037
TEL (202) 862-1900
FAX (202) 884-8710

AIDS Control and Prevention (AIDSCAP)
2101 Wilson Blvd.
Suite 700
Arlington, VA 22201
TEL (703) 516-9779
FAX (703) 516-9781

Access to, Voluntary and Safe Contraception, (AVSC) International
79 Madison Ave., 7th Floor
New York, NY 10016
TEL (212) 561-8000
FAX (212) 779-9439

CARE
Population Unit
151 Ellis Street
Atlanta, GA 30303
TEL : (404) 681-2552

Center for Population and Family Health (CPFH)
Columbia University
60 Haven Ave., B-3
New York, NY 10032
TEL (212) 304-5210
FAX (212) 305-7024

Centre for African Family Health (CAFS)
Pamstech House Westland
Woodvale Grove
P.O. Box 60054
Nairobi, KENYA
TEL 011-254-2-448-618/619/620
FAX 011-254-2-448-621

The EVALUATION Project
Carolina Population Center
University of North Carolina at Chapel Hill
CB#8120 University Square
Chapel Hill, NC 27516
TEL (919) 966-7482
FAX (919) 966-2391

Family Health International (FHI)
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
TEL (919) 544-7040
FAX (919) 544-7261

The Futures Group
1050 17th Street, NW
Suite 1000
Washington, DC 20036
TEL (202) 775-9680
FAX (202) 775-9694

International Planned Parenthood Federation
Western Hemisphere Region (IPPF/WHR)
902 Broadway
New York, NY 10010
TEL (212) 995-8800
FAX (212) 995-8853

Institute for Social and Economic Policy in the Middle East (ISEPME)
John F. Kennedy School of Government
Harvard University
att. Tamar Miller
79 John F. Kennedy Street
Cambridge, MA 02138
TEL (617) 495-3666
FAX (617) 495-4188

Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO)
1615 Thames Street
Suite 200
Baltimore, MS 21231
TEL (410) 955-8558
FAX (410) 955-6199

Joint Distribution Committee (JDC)-Brookdale Institute
att. Meira Aboulafia
Joint Hill, P.O. Box 13087
Jerusalem, Israel 91130
TEL 972-2-6557445
FAX 972-2-635851

Management Sciences for Health (MSH)
400 Centre Street
Newton, MA 02158
TEL (617) 527-9202
FAX (617) 965-2208

Organisation mondiale de la santé (OMS)
Siège social
CH-1211 Genève 27
Suisse
TEL 41-22-791-2111
FAX 41-22-791-0746

Program for Appropriate Technology in Health (PATH)
4 Nickerson Street
Seattle, WA 98109-1699
TEL : (206) 285-3500

The Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, NY 10017
TEL (212) 339-0500
FAX (212) 755-6052

Quality Assurance Project (QAP)
University Research Corporation (URC)
7200 Wisconsin Ave.
Suite 600
Bethesda, MD 20814
TEL (301) 654-8338
FAX (301) 654-5976

United States Agency for International Development (USAID)
Office of Population
1801 N. Kent Street
Arlington, VA 22209
TEL (703) 875-4505

FAX (703) 875-4413

World Bank
Headquarters
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
TEL (202) 477-1234
FAX (202) 477-6391

Annexe B

Avant-projet de liste de vérification pour maximiser l'accès et la qualité (MAQ) USAID

AVANT-PROJET

**MAXIMISER L'ACCES ET LA QUALITE :
LISTE DE VERIFICATION POUR LES SERVICES DE
PLANIFICATION FAMILIALE
AVEC LIENS CHOISIS A LA SANTE REPRODUCTIVE**

MAQ

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
PRESTATION DE SERVICES	4
INTERACTION CLIENT-PRESTATAIRE.....	4
COMPETENCE TECHNIQUE	6
INFRASTRUCTURE, LOCAUX PHYSIQUES ET MATERIEL.....	7
METHODES/PRODUITS	8
INTIMITE ET CONFIDENTIALITE.....	9
PREVENTION DES INFECTIONS.....	10
SOUTIEN DES SERVICES.....	15
FORMATION	15
INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION (IEC).....	16
ECART ENTRE HOMMES ET FEMMES	18
SUPERVISION.....	19
GESTION.....	19
CADRE DE SERVICES	20
POLITIQUES, PROTOCOLES ET DIRECTIVES	21
CONSTELLATION DE SERVICES	22
PARTICIPATION.....	23
STRATEGIE DE PROGRAMME	23

INTRODUCTION

L'initiative de maximisation de l'accès et de la qualité vise à servir les clients et les programmes par l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de manière rentable. Elle vise à promouvoir des services de qualité que les clients souhaitent et nécessitent et à supprimer les barrières inutiles qui découragent les clients à l'utilisation des services. Cependant, l'accès et la qualité peuvent varier en fonction du contexte dans lequel les services sont fournis et des ressources disponibles, MAQ encourage plusieurs principes universels pouvant être utilisés quel que soit le contexte. Voici ces principes :

- 1 - Insister sur l'accès avec la qualité
- 2 - Créer une orientation sur le client
- 3 - Soutenir la qualité de haut en bas
- 4 - Bâtir la qualité de bas en haut
- 5 - Bâtir des approches pour évaluer et améliorer

Cette liste de vérification aide à opérationnaliser MAQ. Elle est destinée aux Equipes conjointes de programmation et à d'autres personnes qui cherchent à évaluer, à programmer ou à contrôler l'accès et la qualité des soins des programmes connexes de planification familiale et de santé reproductive. Bien que cette liste se concentre essentiellement sur les services de planification familiale dispensés en milieu clinique, elle peut également être utilisée pour évaluer la qualité et l'accès par le biais de divers contextes de prestation de services. La liste ne cherche pas à être une encyclopédie détaillée : elle suppose une certaine connaissance (à savoir une expertise clinique pour la section de compétence technique) chez l'utilisateur. Pour les utilisateurs qui ne connaissent pas bien les normes d'accès et de qualité dans certains domaines, des références sont données ci-après et tout au long de la liste. Généralement, les utilisateurs trouveront qu'il est utile de choisir les sections se rapportant à la tâche qui se présente à eux. La liste est conçue de sorte à permettre aux sections d'être utilisées de manière indépendante, ce qui explique que certaines parties se recoupent parfois.

L'utilisateur devrait se rappeler que l'amélioration de la qualité et de l'accès est un processus continu et que l'impact est graduel. L'identification des priorités dans lesquelles il faut améliorer l'accès et la qualité est d'importance centrale au processus. Dans cette liste de vérification, les articles qui sont jugés relever de la plus haute priorité sont mis en caractères gras et en lettres plus grandes pour indiquer les domaines possibles d'impact maximum. Cependant, la liste de vérification présente souvent des pratiques pouvant être jugées idéales, elle ne cherche pas à envoyer le message décourageant comme quoi un programme n'est pas de bonne qualité à moins que tous les articles sont parfaitement traités. Au contraire, elle cherche à cerner les volets qui permettront d'améliorer les programmes.

Il est aussi conseillé aux utilisateurs de se rappeler avant tout de la perception des clients au moment de la conception ou de l'évaluation de programme. Vu que les normes culturelles influencent la manière dont les clients perçoivent la qualité, il convient d'appliquer la connaissance du contexte culturel à l'utilisation de la liste MAQ. Par exemple, pour certaines populations locales, le long temps d'attente pourrait ou non être perçue comme un problème.

La visite des centres de santé pour "être témoin oculaire" des services et parler aux prestataires et aux clients est l'une des étapes les plus importantes de l'évaluation de l'accès et de la qualité. Des sources de données et références additionnelles fournissent aussi une information utile. Les activités suivantes sont particulièrement importantes pour évaluer l'accès et la qualité bien qu'elles ne soient pas disponibles dans chaque contexte

1. l'Analyse de la situation
2. l'Observation personnelle
3. l'Interviews avec des informants -clés
4. l'Etudes sur le suivi des clients
5. les Directives pour la prestation de services
6. les Evaluations et les estimations préliminaires
7. les Autres études spécifiques révélant le point de vue du client (à savoir des données sur la perception des clients du niveau de qualité de soins ; des données sur les composantes de la qualité des soins qui sont jugées les plus importantes par les clients)
8. les Enquêtes démographiques et de santé (EDS)
9. les Statistiques de services
10. l'Efficacité des services axés sur les clients (COPE)
11. l'Analyse de la circulation des clients

Les documents suivants sont des références utiles en ce qui concerne l'accès et la qualité

1. Les critères d'éligibilité de l'OMS
2. Les recommandations du groupe de travail technique de l'USAID sur la mise à jour de pratiques choisies d'utilisation de contraceptifs, Volume I (Volume II à paraître)
3. Le Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale (JHPIEGO)
4. Le Manuel des indicateurs pour les programmes de planification familiale (Projet EVALUATION)
5. Les séries de documents d'OPTIONS II de POLICY

LA PRESTATION DE SERVICES

L'INTERACTION CLIENT -PRESTATAIRE

- Est-ce que les clients de la planification familiale choisissent leur propre méthode (parmi les méthodes pour lesquelles ils sont médicalement éligibles)?
- Etend donné le peu de temps disponible pour l'interaction client prestataire, est-ce que le prestataire cherche surtout à donner une information qui est équilibrée, réaliste, compréhensive et qui profite au maximum au client ?
 - Est-ce que les prestataires de services transmettent l'information-clé sur la méthode choisie (à savoir, les effets secondaires, le mode d'emploi, les signes d'alarme à guêter, comment se réapprovisionner ?)

- Est-ce que les prestataires choisissent une information essentielle et la formule attentivement, évitant ainsi de donner trop de détails ou d'embrouiller le client ?
- Est-ce qu'ils taillent l'information aux besoins des clients plutôt que de réciter par cœur la même liste d'information, client après client ? Est-ce que les prestataires utilisent un langage et des termes qui sont facilement compris par les clients ?
- Est-ce que la communication entre les clients et les prestataires est interactive ? Est-ce que les clients sont encouragés à poser toutes les questions qu'ils peuvent avoir ? Est-ce que les prestataires pratiquent l'écoute active ? Offrent-ils un feed-back aux questions et préoccupations des clients ?
- Est-ce que le temps prévu pour le counseling suffit pour fournir une information-clé et répondre aux préoccupations des clients ?
- Est-ce que le personnel cherche à minimiser la "distance sociale" (différence de sexes, d'âge, de classe sociale, de situation économique, d'éducation et les facteurs culturels entre eux-mêmes et leurs clients) ? Est-ce que les prestataires cherchent à éviter les effets négatifs de la distance sociale en étant polis, non hiérarchiques, respectueux, sans préjugés et attentifs ?
- Quels sont les membres du personnel qui conseillent les clients ?
 - Est-ce que les membres du personnel qui conseillent les clients ont reçu une formation ?
 - Est-ce que le counseling est écrit dans leurs descriptions de tâches ? Est-ce que la direction de la clinique soutient leurs activités de counseling ?
 - Est-ce que leurs responsabilités autres que le counseling leur laissent suffisamment de temps et d'attention à consacrer au counseling ? (par exemple, les réceptionnistes sont souvent les conseillers nommés et, déjà ils ont de nombreuses autres fonctions telles que prendre les paiements et veiller à la circulation des clients)
- En aidant les clients à choisir une méthode, le prestataire considère –t-il les facteurs de niveau de vie, de situation de vie, de sexualité et de conditions de santé reproductive liées au choix de la contraception ? *Exemples de facteurs qui pourraient influencer le choix de la méthode :*
 - *cliente à risque élevé de contracter une MST/VIH*
 - *cliente avec un partenaire violent et qui ne peut assurer que la méthode est toujours utilisée*
 - *cliente qui allaite*
- Est-ce que le personnel (non-prestataires ainsi que prestataires) est respectueux des droits du client à l'intimité, la confidentialité, la dignité et la courtoisie ?

- Est-ce que le matériel d'IEC (boîtes à images, panneaux muraux, dépliants pour le client, modèles de bassin, etc.) prêt à l'emploi ? Est-t-il utilisé ? Est-il écrit dans une langue que comprennent les clients ?

LA PRESTATION DE SERVICES

LA COMPETENCE TECHNIQUE¹

- Est-ce que tous les prestataires de services ont reçu une formation pertinente pour leur travail ? Est-ce que les prestataires ont suivi récemment une mise à jour suffisante pour maintenir leur compétence technique ? A la fin de la formation, est-ce que les prestataires exécutaient avec compétence les procédures cliniques et les tâches de counseling appropriées à leur travail ?
- Est-ce que les prestataires cliniques font leur travail en fonction de normes prédéterminées dans les domaines suivants : (pour une information technique détaillée, prière de voir la source nommée) :
 - ✓ La prise en charge des effets secondaires liés à l'utilisation des contraceptifs ?
 - ✓ Le dépistage et la fourniture de COC et PSP ?
 - ✓ Le dépistage et l'insertion de DIU (y compris pendant les périodes post -partum et post -avortement) ?
 - ✓ La stérilisation volontaire des hommes et des femmes ?
 - ✓ Le dépistage correct et l'administration des injectables ?
 - ✓ Le dépistage correct, l'insertion et le retrait des implants de NORPLANT®
 - ✓ La fourniture de méthodes barrières (y compris l'ajustement de diaphragmes) ?
 - ✓ L'explication de la MAMA ? Aider les femmes qui allaitent (qui n'utilisent pas la MAMA) à choisir une méthode ?
 - ✓ La fourniture des conseils sur la PFN ?

¹ Outre les compétences données ci-après, le counseling et la prévention des infections constituent une compétence technique. Malgré leur importance, le counseling et la prévention des infections ne font pas partie de cette section puisqu'ils traités dans leurs propres sections.

- ✓ L'encouragement de la prévention, du dépistage et du traitement des MST/VIH ainsi que des infections du tractus génital ? (par exemple, diagnostic, référence, counseling pour la prévention, traitement, tel qu'approprié)

Pour des directives sur les normes prédéterminées, les références suivantes sont utiles :

1. les Normes adaptées par pays
2. les Critères d'Eligibilité de l'OMS
3. *les Recommandations du groupe de travail technique de l'USAID sur la mise à jour de pratiques choisies d'utilisation de contraceptifs, Volume I*
4. *le Guide de poche pour les prestataires de services de la planification familiale, JHPIEGO*
5. les Directives de l'IPPF
6. *les Aspects essentiels de la technologie contraceptive*
7. *la contraception chirurgicale sûre et volontaire : les directives pour les programmes de services, AVSC, 1988*
8. *les Directives pour les procédures cliniques de planification familiale : une référence pour les formateurs, INTRAH, 1993*
9. *La lutte contre les MST, Pop Reports, juin 1993 ; les Directives ITG pour les programmes de services de PF*
10. *la Planification familiale naturelle : un guide à la prestation de services, OMS*
11. *Directives : l'Allaitement Maternel, la Planification Familiale et l'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée --MAMA, Institute for Reproductive Health, 1994*
12. *L'insertion de DIU en Postpartum : Directives Cliniques et de Programmes, AVSC, 1994*
13. *Directives sur le DIU pour les programmes de services de planification familiale, JHPIEGO,*

LA PRESTATION DE SERVICES

L'INFRASTRUCTURE, LES LOCAUX PHYSIQUES ET LE MATERIEL

- Est-ce que les services disposent du matériel, des fournitures et de la structure physique nécessaires pour fournir les services de planification familiale et les services connexes de santé reproductive ? Est-ce que les services possèdent :
 - ✓ Des installations adéquates (par exemple, l'eau courante, un évier ou lavabo pour se laver les mains, l'électricité, l'accès aux toilettes/latrines pour les clients ainsi que pour le personnel) ?
 - ✓ un espace adéquat (par exemple, un espace intime pour les examens et le counseling ; un endroit d'emmagasinage sec et frais pour les contraceptifs ; une zone pour le travail administratif) ?
 - ✓ d'autres fournitures (par exemple, les fournitures de bureau, le matériel d'IEC pour les clients, le matériel de référence pour les prestataires)
 - ✓ des meubles adéquats ?
 - ✓ du matériel pour les examens routiniers au spéculum ?
 - ✓ du matériel pour les examens physiques (par exemple, appareil pour la tension artérielle fonctionnel, stéthoscope) ?
 - ✓ du matériel pour l'insertion et le retrait du DIU ?

- ✓ du matériel pour l'insertion et le retrait des implants de NORPLANT® ?
- ✓ du matériel pour la contraception chirurgicale volontaire (masculine et féminine) ?
- ✓ du matériel pour nettoyer et désinfecter (par exemple, du savon et de l'eau propre pour se laver les mains, des gants) ?
- ✓ du matériel pour faire des tests de laboratoire simples et appropriés ?

Voir les *Directives pour les procédures cliniques de planification familiale : une référence pour les formateurs*, INTRAH, 1993

LA PRESTATION DE SERVICES

LES METHODES/LES PRODUITS

- Quels produits sont réellement disponibles aux points de services ? (le COC, les condoms, la PSP, le DIU, les implants de NORPLANT®, les méthodes vaginales, les injectables) Existent-ils en stock suffisant ?
- Les CO, les DIUs, les injectables, les condoms, les tablettes de mousse et les implants de NORPLANT® sont –ils toujours non disponibles dû aux ruptures de stock? Pourquoi y a-t-il des ruptures de stock ? Tous les combien se présentent-elles ? A quel niveau surviennent- elles ?
- Est-ce que les méthodes sont appropriées (par exemple, pas de COC à dose élevée, sauf dans de rares cas) ? Est-ce que l'injectable à un seul progestatif est limité à un seul produit pour éviter la confusion ?
- Est-ce que les cliniques et les dépôts fonctionnent selon le système PEPS (premier -entré, premier -sorti) ? Existe-t-il un système logique et efficace qui permet de suivre les niveaux de stock et qui indique au personnel quand il faut passer une commande ?
- Les produits sont-ils en bon état (c'est à dire : non périmés, les cartons ou les unités individuelles non endommagés, les étiquettes intactes et correctes, etc.) ?
- Est-ce que les contraceptifs, les médicaments et les autres produits sont gardés de manière à assurer la bonne conservation (c.a.d. : à l'abri de la chaleur et de la lumière solaire directe)?
- Est-ce que les contraceptifs périmés sont détruits, de sorte à ce qu'on ne puisse pas les revendre ou les utiliser de manière inappropriée ?
- Est-ce que les établissements fournissent le nombre maximum de méthodes éventuellement disponibles (y compris la MAMA, les méthodes barrières, les méthodes hormonales, etc.) en fonction de leur capacité ?

- Si les injectables sont fournis, existe-t-il un approvisionnement adéquat d'aiguilles et de seringues et un mécanisme permettant de vérifier qu'ils ne sont pas "chapardés".

LA PRESTATION DE SERVICES

L'INTIMITE ET LA CONFIDENTIALITE

- Est-ce que le personnel frappe ou demande l'autorisation avant d'entrer dans une pièce où les clients sont en train d'être examinés ou conseillés ?
- Lorsque les tables d'examen ne se trouvent pas dans un endroit fermé, sont-elles entourées de rideaux ou derrière un paravent ?
- Les chambres/ les zones de counseling et d'examen offrent -elles une intimité du point de vue visuel et auditif?
- Les prestataires maintiennent -ils un degré de confidentialité avec leurs clients ?
- Le prestataire demande -t-il au client la permission de faire entrer des visiteurs pendant la consultation (par exemple, des stagiaires ou des visiteurs officiels) ?

LA PRESTATION DE SERVICES

LA PREVENTION DES INFECTIONS

- Les prestataires se lavent -ils les mains
 - avant le contact direct avec un client ?
 - après avoir touché des instruments souillés, des liquides organiques et des membranes muqueuses ?
 - après avoir enlevé les gants ?
- Tous les prestataires appliquent -ils les techniques appropriées de prévention des infections ? Le matériel approprié est -il disponible et utilisé ?

Voir : *La Prévention des infections pour les programmes de services de PF*, JHPIEGO, 1992

- Les installations d'eau courante existent -elles ? Avec des toilettes ou des latrines ?
- Les services ont -ils le matériel nécessaire pour la décontamination, la stérilisation ou la désinfection de haut niveau (un autoclave ou une "cocotte -minute") ? Les instruments réutilisables sont -ils traités (par le biais de la décontamination, du nettoyage et soit par la stérilisation, ou par la désinfection à haut niveau) avant d'être réutilisés ?

- Seulement des aiguilles stériles ou désinfectées à haut niveau sont –elles utilisées pour injecter les injectables, tels que le DMPA, Cyclofem et NET-EN ?
- Une solution antiseptique appropriée est-elle utilisée pour désinfecter le col avant l'insertion du DIU ? La solution est-elle utilisée correctement ?
- Les gants sont-ils disponibles et utilisés pour des procédures telles que les examens pelviens, l'insertion et le retrait du DIU, l'insertion et le retrait des implants de NORPLANT®, etc. ?
- Les prestataires observent -ils les bonnes techniques pour jeter les déchets infectieux (c.a.d. : mettre les objets pointus dans des récipients qui résistent aux piqûres, verser les liquides dans une conduite ou des toilettes, et enterrer ou brûler les déchets contaminés) ?

L'ACCÈS : LES ÉVENTUELLES BARRIÈRES AUX SERVICES

Un bon accès est extrêmement important mais il est souvent limité à différentes étapes du processus de consultation des services. La notion d'accès est complexe - elle suppose la facilité ou la difficulté d'atteindre un point de prestation de services et de recevoir les services une fois sur place. La distance physique et le manque de connaissance influencent l'accès du client au point de services alors que l'absence de choix quant aux options de services affecte l'accès une fois *dans* le centre de santé.

L'accès peut être évalué à partir de trois points de vue : le client, le prestataire et l'observateur troisième partie. La définition de l'accès approprié du client et le respect pour son autonomie devrait être utilisée pour guider les programmes chaque fois que possible. Mais le point de vue du client doit être mis en équilibre avec les besoins des praticiens et les normes appropriées. Il convient d'étudier attentivement les directives et les normes nationales car elles jouent un rôle important au niveau de l'accès qu'elles peuvent soit élargir, soit entraver. Le critère d'éligibilité est un exemple d'un domaine où les normes nationales peuvent limiter l'accès de manière appropriée et inappropriée. Le critère d'éligibilité approprié protège la sécurité du client alors que le critère inapproprié représente des barrières inutiles à l'accès du client. Les normes nationales doivent refléter une approche logique et rationnelle, équilibrant les avantages et les risques de l'utilisation de contraceptifs avec les droits du client à un choix informé et libre.

Les principales barrières à l'accès (données ci-après) sont des barrières physiques et de temps, des critères d'éligibilité, des barrières au niveau du processus, des barrières de coût, des barrières de distance sociale ainsi que des barrières juridiques et réglementaires.

Les Barrières physiques et les barrières de temps

- Les points de services sont –ils facilement accessibles aux clients (accessibles en marchant ou par transport public, facilement reconnus et ouverts aux heures pratiques) ?

- Une gamme raisonnable de contraceptifs et d'autres services connexes de santé reproductive existe-t-il dans ces centres, au moment de la visite,? Ces services sont -ils régulièrement disponibles, suffisamment pour les rendre facilement accessibles aux clients ?
- Les femmes ont –elles la liberté de quitter leur maison pour consulter les services de santé ou les services communautaires ?
- Le temps d'attente est-il raisonnable ?
- Pour les centres de santé plus grands, existe-t-il un système efficace de triage qui dirige les clients vers le prestataire approprié en fonction du but de leur visite ?
- Existe-t-il des obstacles physiques inappropriés (par exemple, manque de place, manque de propreté, manque de table d'auscultation ou de lumière, manque de matériel) ?

■ Les Critères d'éligibilité

Les maladies ou les conditions spécifiques qui déterminent si les clients peuvent utiliser sans risques les méthodes contraceptives.

Les critères d'éligibilité appropriés sont-ils appliqués en ce qui concerne

- L'âge ?
Exemple de directive recommandée : le DMPA, les CO (à moins qu'une femme fume et ait plus de 35 ans) et les DIU peuvent être utilisés par les clientes de tout âge
- La parité ?
Exemple de directive recommandée : le DMPA, les DIU et les CO peuvent être utilisés par une femme, quelle que soit la parité
- Le risque élevé de MST ?
Exemple de directive recommandée : l'utilisation du DIU n'est pas recommandée pour les femmes à risque élevé de MST
- Les contre -indications mal appliquées ou de manière imprécise ?
Exemple de directive recommandée : les contre-indications des COC ne s'appliquent pas forcément à la pilule à seul progestatif. Par exemple, les femmes avec une thromboembolie de veine profonde peuvent utiliser sans problèmes les PSP. Exemple de directive recommandée : les femmes avec des varices peuvent utiliser sans problèmes les COC
- L'allaitement ?
Exemple de directive recommandée : les méthodes à seul progestatif peuvent être données aux femmes qui allaitent, du moment qu'elles commencent six semaines en post -partum exemple de directive recommandée .- Généralement, les COC ne devraient pas être administrés aux femmes qui allaitent pendant les six premiers mois postpartum
- Le statut matrimonial ?
Exemple de directive recommandée : les clients ont le droit de choisir librement s'ils veulent pratiquer ou non la planification familiale et de choisir leur propre méthode, quelle que soit leur statut matrimonial.

- L'approbation des parents ou du conjoint ?
Exemple de directive recommandée : bien qu'il soit souhaitable d'avoir l'approbation des parents, les adolescents ont le droit de choisir librement de pratiquer la planification familiale et le droit de choisir leur propre méthode

▪ **Les Barrières au niveau du processus**

Les procédures non justifiées du point de vue scientifique et qui sont demandées avant de recevoir un moyen contraceptif

Le processus de réception de contraception, implique –t-il :

- des barrières inutiles ou inappropriées à l'initiation?
Exemple de directive recommandée : les DIU, les injectables et les implants de NORPLANT® peuvent être insérés à n'importe quel moment du cycle menstruel du moment que vous êtes raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte,
- les "périodes de repos ?"
Exemple de directive recommandée : arrêter une méthode pour la reprendre plusieurs mois plus tard est inutile pour l'utilisation sans risques d'une méthode,
- les procédures inutiles ou inappropriées liées à la fourniture de contraceptifs ?
Du point de vue médical, quatre classes ont été établies pour distinguer les procédures en fonction de leur pertinence pour initier la contraception. Lors de l'évaluation ou de la conception d'un programme, il peut-être utile d'envisager les procédures dans le contexte de ce cadre :

Classification de procédures selon la pertinence pour l'initiation contraceptive	
Classification	Exemple
A – essentielle et obligatoire dans toutes les Circonstances pour l'utilisation sans risques de la méthode	Counseling
B – rationnelle dans certaines circonstances pour être sûr au maximum de l'utilisation sans risques de la méthode mais n'est pas nécessaire ou appropriée pour toutes les clientes, dans tous les contextes	Tension artérielle pour la pilule Examen pelvien pour la pilule
C – peut être une bonne mesure de santé préventive mais n'est pas vraiment liée à l'emploi sans risques de la méthode	Dépistage du cancer du col pour le DIU
D – inutile et sans rapport avec l'emploi	Tests de laboratoire obligatoires, tels que glucose

Classification de procédures selon la pertinence pour l'initiation contraceptive	
Classification	Exemple
Sans risques de la méthode	Cholestérol et fonction rénale pour l'utilisation de COC, d'injectables, de DIU, d'implants de NORPLANT® et de stérilisation volontaire

- des calendriers de rendez-vous trop rigoureux alors que c'est inutile ?
Exemple de directive recommandée : les utilisatrices du DIU reviennent après l'insertion [de 4-6 semaines à 3 mois] et par la suite si elles ont des problèmes,
- la prise en charge inappropriée des effets secondaires ?
Exemple de directive recommandée : les femmes qui deviennent aménorrhéiques en utilisant le DMPA peuvent continuer à utiliser la méthode
- la difficulté à se réapprovisionner ?
Exemple de directive recommandée : si le stock le permet, on peut donner jusqu'à 13 plaquettes de pilules aux clientes qui viennent pour leur visite de contrôle

■ **les Barrières liées aux coûts**

- Les clients pensent -ils que le coût des services et des produits est abordable ?
- Des frais sont-ils demandés aux clients pour ce que les clients pensent être un service gratuit ? Fait-on payer les clientes qui font retirer les implants NORPLANT® ?

■ **Les Barrières liées à la distance sociale**

Les différences sociales entre les clients et le prestataire qui limitent l'interaction productive

- Les prestataires cherchent -ils à venir à bout des différences socio-économiques en rendant le contact plus personnel et plus familier ?
- Les clients et les prestataires ont -ils des différences de statut : social, âge, économique, religieux, ethnique ou de sexe ? Si oui, cette différence de statut intimide -t-elle ou décourage -t-elle les clients à consulter les services ou à poser des questions ? Le statut socioéconomique des clients influence -t-il le niveau de qualité des soins qu'ils reçoivent ?
- Les prestataires surmontent -ils la hiérarchie de la culture médicale qui peut être de nature conservatrice, distante et hautement technique ?

■ **Les Barrières juridiques et réglementaires**

Est-ce que l'accès aux services contraceptifs est limité par :

- le manque d'approbation pour certaines méthodes contraceptives ?
- les restrictions inappropriées concernant le catégorie de prestataire de services pouvant fournir des contraceptifs ?
Exemple de directive recommandée : des sages-femmes formées ainsi que des médecins formés peuvent insérer les implants de NORPLANT
Exemple de directive recommandée .- des pharmaciens, des agents de distribution communautaire, des sages-femmes et des infirmiers formés peuvent distribuer les CO (point

besoin d'une ordonnance du médecin)

Exemple de directive recommandée : s'ils ont été formés, les pharmaciens et les sages-femmes du secteur privé peuvent fournir toute une variété de méthodes

- la distribution de méthode limitée de manière inappropriée à certains sites de services ?
Exemple de directive recommandée : bien formés, les agents communautaires peuvent distribuer des contraceptifs oraux à l'extérieur des centres de santé
Exemple de directive recommandée : la vasectomie peut être réalisée dans tout endroit où sont respectées les normes de prévention des infections et où travaillent des prestataires formés (à savoir la vasectomie ne doit pas forcément être effectuée dans un hôpital)
- les barrières réglementaires et juridiques entravant la croissance du secteur privé ?
Exemple de directive recommandée : il convient d'évaluer et de modifier les politiques réglementaires et fiscales qui découragent la prestation de services dans le secteur privé

■ Les Préjugés liés au prestataire de services

- Refuse-t-on aux clients leur premier choix de méthode malgré qu'il répond aux critères d'éligibilité ?
- Existe-t-il des problèmes de "micro combinaison de méthodes" faisant qu'une certaine méthode connaît une utilisation inhabituellement élevée dans certains centres ou dans certaines régions ?
- Les prestataires sont-ils en mesure de tempérer leurs propres vues avec leur responsabilité qui consiste à fournir des services aux clients avec un large éventail de prérequis et de besoins ?

LE SOUTIEN DES SERVICES

LA FORMATION

- La formation sur la maximisation de l'accès et de la qualité est-elle donnée à tous les prestataires de planification familiale et de santé reproductive ? Voici les priorités de la formation :
 - L'interaction entre le client et le prestataire de services
 - La compétence technique en procédures cliniques
 - La compétence à la résolution de problèmes
 - L'accès et les barrières
 - La prévention des infections
- Est-ce que la formation :
 - suit un modèle basé sur la compétence ?
 - permet aux prestataires de pratiquer les compétences apprises ?
 - suit l'approche de la formation pour adultes ?

- observe les directives nationales de la prestation de services et sert à renforcer la pratique des normes nationales (du moment que les normes sont appropriées) ?
- Les stratégies de formation prévoient -elles l'inclusion des prestataires et des responsables du secteur privé ? Par exemple, les pharmaciens et les autres praticiens privés qui distribuent des produits obtenus par le biais du marketing social reçoivent -ils une formation sur la qualité des soins et l'accès ?
- La formation avant l'emploi et en cours d'emploi insiste-t-elle sur l'accès et la qualité ?
- La formation en cours d'emploi sur la maximalisation de l'accès et la qualité est-elle régulièrement disponible et facilement accessible aux prestataires de services ?
- Les méthodes de formation encouragent-elles la gestion de qualité (à savoir, font-elles participer les agents à tous les niveaux à la recherche conjointe de solutions créatives) ?

LE SOUTIEN DES SERVICES

L'INFORMATION, L'EDUCATION ET LA COMMUNICATION (IEC)

- Les prestataires ont -ils une fourniture adéquate de matériel d'IEC de bonne qualité dans les centres de santé et les points de distribution communautaire ? et CE MATERIEL EST-IL UTILISE ? (par exemple, boîtes à images, affiches, dépliants et vidéos) ? L'information donne -t-elle une attention équilibrée et sans biais aux les méthodes disponibles ? Le matériel d'IEC montre -t-il comment utiliser les méthodes ?
- Existe-t-il de la documentation que les clients peuvent emporter chez eux ?
- Existe-t-il une stratégie nationale d'IEC ? Est-elle conforme aux directives de la prestation de services ?
- La stratégie reflète-t-elle de bons principes d'IEC tels que
 - suivre un processus logique en fonction de principes scientifiques et de recherche,
 - comprendre les connaissances, les attitudes et les pratiques des publics visés,
 - prétester, suivre et évaluer les activités et le matériel,
 - mettre en place un mécanisme pour coordonner les efforts de diffusion et les messages-clés des diverses organisations d'IEC travaillant dans le pays.
- La stratégie encourage-t-elle les personnes à discuter de la planification familiale et de la santé reproductive avec leur partenaire, les prestataires de soins de santé et les autres membres de la communauté et à se préoccuper eux-mêmes de la qualité des services ?

- La stratégie retient-elle le counseling comme le principal moyen de diffuser une information et de promouvoir la communication sur la planification familiale et la santé reproductive ?
- Le matériel d'IEC est-il utilisé pour communiquer les effets secondaires, les choix ainsi que les avantages/ inconvénients des méthodes contraceptives ?
- Les stratégies et les messages d'IEC présentent-ils les prestataires de la planification familiale et de la santé reproductive comme des professionnels compétents, se souciant du bien-être de leurs clients et qui font attention à l'accès et à la qualité (modèle de professionnalisme du prestataire) ?
- Les interventions d'IEC utilisent-elles des canaux appropriés pour arriver jusqu'aux femmes et aux hommes (non alphabétisés, communication interpersonnelle en milieu communautaire) ? Le matériel insiste-t-il sur les rôles responsables en matière de fécondité et sur les droits des femmes à la santé reproductive et à la planification familiale ?
- Est-ce que les groupes communautaires, les sociétés professionnelles, les groupements féminins et d'autres ONG sont éduqués en matière de planification familiale, de santé reproductive et sont-ils organisés pour promouvoir des services accessibles de haute qualité ? Est-ce que des activités spécifiques traitent de ces aspects ?
- Est-ce que les mass media (press, radio, télévision, film) sont ouverts et capables de fournir des directives et une économique exacte et responsable sur la planification familiale et la santé reproductive de manière appropriée à la culture du pays ?
- Est-ce que les stratégies ou les messages d'IEC fournissent une information spécifique ou des incitations à l'action que les divers publics peuvent utiliser pour améliorer l'accès ou la qualité, par exemple, les adresses, les numéros de téléphone et les actions suggérées ?

LE SOUTIEN DES SERVICES

LE GENRE

- Les rôles et les différences liées au Genre (ainsi liés à l'accès et à l'utilisation des services de santé reproductive) sont-ils traités suffisamment, lors du counseling et de la prestation de services ? Par exemple, est-ce que les programmes de prestation font des efforts spéciaux pour arriver jusqu'aux femmes qui ne peuvent pas quitter la maison, qui n'ont pas d'argent ou qui ne peuvent pas être vues par des médecins hommes ?
- Les responsables de programme et les prestataires sont-ils sensibles au déséquilibre du pouvoir que subissent souvent les femmes lorsqu'elles prennent des décisions en matière de contraception et de santé reproductive avec leur partenaire ? Cette sensibilité est-elle

utilisée pour identifier les stratégies en vue de remédier au déséquilibre du pouvoir entre les hommes et les femmes ?

- La responsabilité des hommes est-elle encouragée par le biais des politiques, des mass media et de la prestation de services ? Les hommes sont-ils encouragés à assumer un rôle actif au niveau de la santé reproductive pour eux-mêmes et leur partenaire ?
- Sachant qu'il faut fournir un espace suffisant où les femmes peuvent recevoir les services en tout confort, des locaux sélectionnés sont facilement accessibles aux hommes ?
Exemples : des services de counseling et d'autres services pertinents sont –ils disponibles pour les couples qui veulent consulter ensemble ? Les hommes peuvent prendre des condoms dans les services sans se sentir embarrassés et sans déranger les clientes femmes ?
- Les prestataires sont-ils sensibilisés aux conséquences de la mutilation génitale féminine et de la violence au foyer sur la prestation de services et/ou l'utilisation de méthode ? Sont-ils formés pour aider les femmes à faire face à ces problèmes ?
- Les stratégies et les messages d'IEC reflètent –ils les différences liées au genre dans la connaissance, les attitudes et la pratique chez les hommes et les femmes ? dans la manière dont les hommes et les femmes sont motivés ?
- Les ateliers de formation conviennent -ils à la maximisation de la participation des femmes ? Les prestataires sont-ils formés pour traiter aussi bien les femmes et les hommes avec dignité et respect, malgré leur genre ?
- Les femmes ont -elles un accès égal aux possibilités d'emploi de haut niveau dans les programmes de planification familiale et d'autres programmes de santé reproductive?
- Là où c'est possible, les liens entre la PF/ SR et d'autres secteurs (l'éducation, la génération de revenus, les programmes de crédit des femmes) sont-ils établis par les références ou les liens de programmes?

LE SOUTIEN DES SERVICES

LA SUPERVISION

- Les visites de supervision sont-elles participatives, utiles et pertinentes ? Les superviseurs demandent -ils régulièrement aux prestataires quels sont leurs besoins au niveau du service ? Si oui, sont -ils efficaces pour répondre à ces besoins, soit en facilitant la résolution des problèmes au niveau du service, soit en référant au niveau supérieur de l'administration de la santé ? Font -ils participer les prestataires à la résolution de problèmes ?
- Les visites de supervision incluent –elles un feed-back immédiat, notamment des suggestions constructives pour l'amélioration et la reconnaissance du travail bien fait ?

- Les visites de supervision sont –elles assez fréquentes pour suivre et favoriser de manière adéquate l'amélioration de services ? Les superviseurs ont -ils la connaissance et l'expérience de planification familiale et de santé reproductive nécessaires pour offrir un soutien utile ?

LE SOUTIEN DES SERVICES

LA GESTION

- Est-ce que le style de gestion du programme
 - Autorise les prestataires à promouvoir la qualité au niveau des agents de santé ? Encourage –t-elle les prestataires à chercher et à appliquer leurs propres solutions créatives aux problèmes qui se présentent dans le travail ?
 - Utilise les données (collectées dans les points de services) pour prendre des décisions ?
 - Utilise les équipes (de prestataires, de gestionnaires et d'autres membres du personnel) pour procéder à des améliorations des systèmes et des processus ?
 - Focalise sur la compréhension des besoins des clients ?
 - Favorise la résolution de problèmes au niveau de la clinique ?
- Les documents de programme spécifient -ils que le programme doit être évalué du point de vue qualité ? Les résultats sont -ils bien diffusés et utilisés ?
Exemple d'indicateurs
 - *Le taux de continuation*
 - *La gamme de méthodes effectivement disponibles dans les points de services*
 - *Les directives nationales les plus récentes utilisées dans les points de services*
 - *Le pourcentage qui a reçu la méthode qu'il a choisie, parmi ceux dont le choix n'est pas contre-indiqué ?*
 - *Le pourcentage de clients qui ont reçu des conseils sur les effets secondaires*
- Les responsables cherchent –ils à rendre leurs programmes rentables, même si c'est de manière intuitive ? Utilisent -ils les données financières pour structurer les programmes de la manière la rentable ?
- Les descriptions de tâches pour chaque position existe –t-elles et sont-elles utilisées pour évaluer le personnel ?
- Le système de gestion a-t-il des mécanismes (c.a.d. : la formation, les récompenses, la reconnaissance, etc.) pour encourager l'amélioration continue chez le personnel ?
- Les responsables déploient –ils de manière efficace et appropriée le personnel, de sorte que chaque prestataire puisse maximiser son utilité ? Les responsables réussissent –ils à utiliser

les capacités et les compétences des prestataires pour faire progresser la qualité au niveau le plus élevé qui soit possible ?

- Existe-t-il un système d'information en gestion ? Permet-il un service de qualité plus élevé pour les clients ou entrave-t-il la qualité en demandant un surcroît de travail inutile aux prestataires ? Dégage-t-il une information utile pour les responsables ?
- Le personnel est-il payé à temps et en fonction des barèmes ?

LE CADRE DE SERVICES

LES POLITIQUES, LES PROTOCOLES ET LES DIRECTIVES

- Les protocoles et les directives de la planification familiale et d'autres services de santé reproductive comprennent –ils des volets de qualité tels que : le choix informé, l'intimité et la confidentialité, le counseling, la prévention des infections, la compétence technique, les critères appropriés d'éligibilité, le protocole de suivi et de levée des barrières inappropriées ?
- Est-ce que les protocoles et les directives ont été mis au point :
 - conformément aux normes internationales acceptées pour la prestation de services?
 - une fois que les prestataires ont été formés à la mise à jour de technologie contraceptive et santé reproductive et de prestation de service ?
 - grâce à un processus participatif impliquant les bénéficiaires et incluant la validation par les prestataires de services et les clients ?
- Existe-t-il une stratégie systématique pour diffuser et mettre en oeuvre les protocoles et les directives ? La stratégie comprend -elle :
 - La nomination d'un groupe central de collaborateurs formés pour diffuser les directives à tous les niveaux
 - Les mécanismes pour "multiplier" les collaborateurs en faisant connaître à d'autres personnes les directives et en les aidant à les diffuser
 - L'identification de "défenseurs de la cause" pour plaider l'utilisation des directives
 - La cérémonie de lancement officiel (avec les mass media et les dignitaires)
 - La distribution de documents
 - L'assurance de ressources nécessaires pour l'équipement, les fournitures et la supervision permettant d'appliquer les directives dans la pratique
 - La formation des prestataires dans les écoles de santé, professionnelles et techniques
 - L'uniformisation des directives point de service par points de services (avec des sites modèles en tant que sites de formation clinique)
 - L'évaluation de la mise en oeuvre des directives
- A-t-on cerné les politiques contenant des réglementations et des restrictions inutiles ? Des stratégies et solutions ont-elles été identifiées pour traiter ces restrictions ?
Exemple : au Togo, les politiques nationales qui n'étaient plus à jour limitaient l'accès aux

services de planification familiale dispensés dans les hôpitaux. L'éligibilité pour les services de planification familiale a été libéralisée et une formation a été donnée aux prestataires sur les nouvelles politiques. Après la libéralisation des critères d'éligibilité, le nombre d'adolescentes utilisant le DMPA a très nettement augmenté dans un échantillon d'hôpitaux togolais.

- Les directives de prestation de services ont-elles été mises au point avec la participation des bénéficiaires du secteur privé ? Le secteur privé est-il impliqué à la stratégie d'application des directives de prestation de service?

LE CADRE DE SERVICES

LA CONSTELLATION DE SERVICES

- Outre la planification familiale, quels autres services connexes de santé reproductive sont fournis ?
- Ces autres services reflètent-ils les priorités d'une bonne santé publique et santé reproductive ? (Offrent-ils de bons avantages de santé publique par rapport aux dépenses ?)
- Ces autres services de santé reproductive supportent-ils la planification familiale et vice-versa ? Le programme profite au maximum des liens pratiques et théoriques qui contribuent à une plus grande rentabilité et efficacité ?
Exemples de liens de soutien :
 - *La promotion de condoms pour la prévention des MST et la prévention des grossesses*
 - *Les soins en post-avortement et les services de planification familiale*
 - *Les feuillets encourageant une variété de comportements personnels tels que l'autonomie des femmes, la prévention des grossesses, la prévention des MST et la parenté responsable*
 - *La contraception appropriée pour les femmes qui allaitent*
 - *La promotion appropriée de l'allaitement maternel pour les sites de prestation de service de planification familiale*
- Les services préventifs prioritaires, tels que la planification familiale, reçoivent-ils la priorité méritée ou sont-ils submergés par les services curatifs ? Y a-t-il une surcharge de services généraux ? Le matériel, les locaux, le temps par client et les compétences techniques des prestataires sont-ils adéquats pour fournir l'ensemble de services offerts ?

LE CADRE DE SERVICES

LA PARTICIPATION

- Les points de vue des clients concernant leurs besoins et leurs souhaits ont –ils été déterminés systématiquement par le biais d'enquêtes ou de discussions de groupe dirigées ? Dans l'affirmative, les données ont –elles été intégrées à la conception de programme ?
- Les clients, les utilisateurs, les prestataires, les défenseurs de la santé de la femme et les autres groupes pertinents ont –ils participé à la définition des activités et des pratiques du programme ?

LE CADRE DE SERVICES

LA STRATEGIE DE PROGRAMME

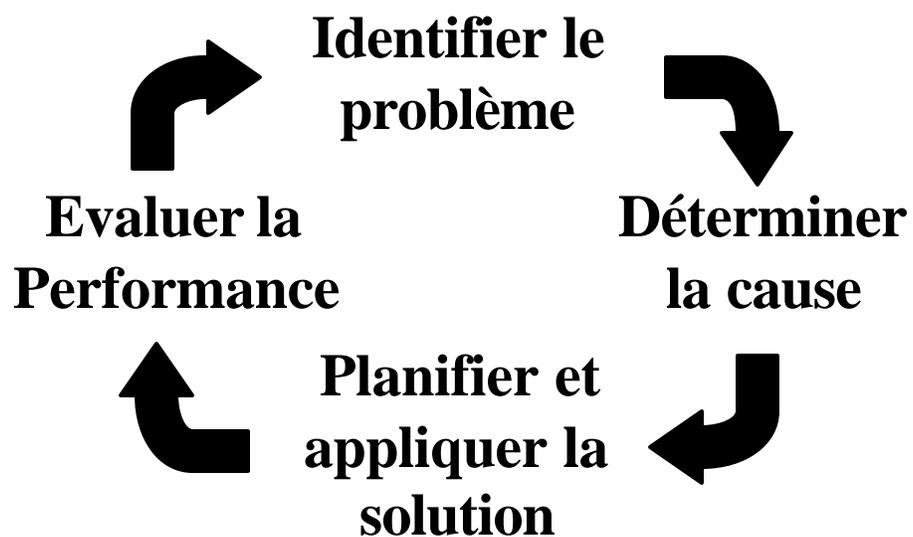
- Sachant que les programmes fonctionnent avec des ressources limitées, est-ce que le programme se concentre sur les volets prioritaires de la qualité et de l'accès dans sa stratégie d'amélioration de services ?
- Les "défenseurs" ou les "agents de changement" dans le domaine de l'accès et de la qualité ont –ils été identifiés tant aux niveaux national que communautaire ?
Ont –ils été incorporés dans l'effort d'amélioration des services ou autrement autorisés à réaliser des changements ?
Exemple au niveau communautaire : une sage-femme articulée, éloquente et motivée pour former les collègues en retrait des implants de NORPLANT®
Exemple au niveau de la formulation de politiques : les obstétriciens/gynécologues du Ministère de la Santé veulent à tout prix changer les protocoles médicaux du pays qui ne sont plus à jour.
- Une analyse est –elle faite des politiques, directives et protocoles existants ? Qu'indiquent ces documents en ce qui concerne :
 - l'engagement à maximiser l'accès et la qualité de manière parallèle et coordonnée ?
 - les normes de qualité et d'accès ? Existe-t-il un document définissant ce que signifient la qualité et l'accès dans le contexte local ?
Exemple : les documents d'AQ de l'Égypte
 - le ton des documents de politiques et de stratégie ? Sachant qu'il pourrait être approprié d'avoir des buts de programmes au niveau macro, insiste –t-on de trop sur les objectifs pour le personnel ? Existe-t-il des incitations chiffrées pour "faire passer" les femmes d'une méthode à une autre ?
 - la combinaison de méthodes ? La combinaison de méthodes semble –t-elle raisonnable dans un contexte où les clients font des choix libres ou alors insiste –t-on de manière disproportionnée sur l'une ou sur plusieurs méthodes ?

- Existe-t-il un mécanisme de mobilisation (tel qu'un comité national de santé reproductive ou de qualité des soins) qui encourage la mise à jour et l'amélioration de services ?
- Est-ce que le programme est conçu de sorte que les clients puissent avoir accès aux services par le biais de divers points, modes et secteurs de services ? (par exemple, les services cliniques et non cliniques, la distribution communautaire et en milieu clinique, les secteurs public et privé)
- Les stratégies de politiques aident –elles à élargir l'accès aux services de haute qualité en encourageant la prestation de service dans le secteur privé ? Voici des exemples de stratégie :
 - diminuer la concurrence entre le gouvernement et le secteur privé là où elle peut être contre-productive (c.a.d. : éliminer les subventions pour les groupes à revenus élevés qui utilisent le secteur public ou faire baisser le coût des services privés pour les utilisateurs)
 - encourager les programmes publics d'assurance pour financer et/ou fournir davantage de planification familiale (c.a.d. : l'utilisation accrue de la sécurité sociale pour la planification familiale ou la prestation obligatoire de services de planification familiale par le biais des employeurs)
 - sensibiliser davantage le secteur privé aux avantages de la planification familiale et améliorer les capacités organisationnelles ou techniques des groupes privés à la conception des programmes de planification familiale
- Une évaluation a –t-elle été faite de l'utilisation des points de services (par exemple, une analyse situationnelle) ? Un zonage a-t-il été fait des points de services pour qu'ils soient utilisés de manière rentable et pour un maximum d'impact ? Les points de services servant peu de clients ont -ils été fermés ou autrement améliorés pour attirer plus de clients ?
- Existe-t-il une stratégie pour mesurer et évaluer les programmes ? Dans l'affirmative, les résultats de l'évaluation sont -ils utilisés ?

Annexe C

Modèles utiles liés à la qualité des soins

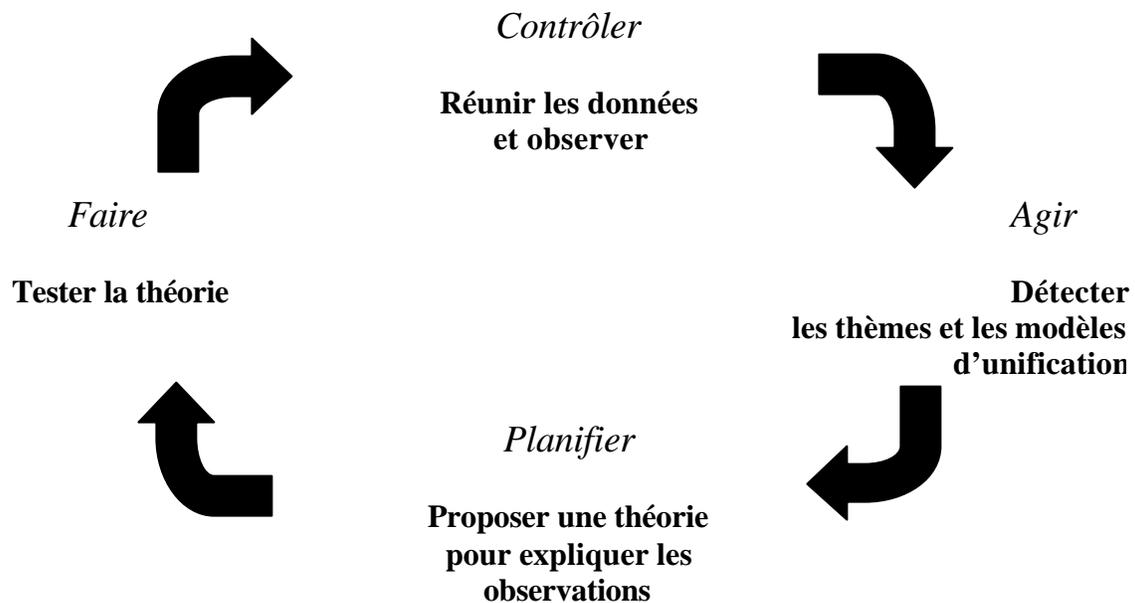
le Cycle d'amélioration de SEATS



Adapté de : Damiba, 1991.

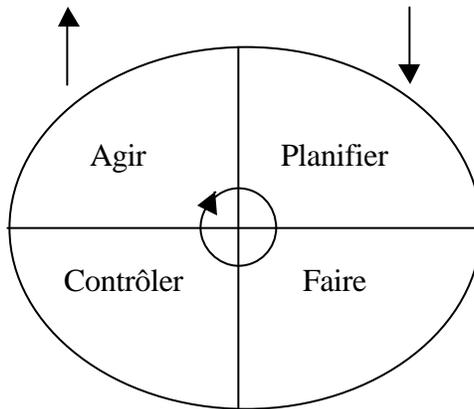
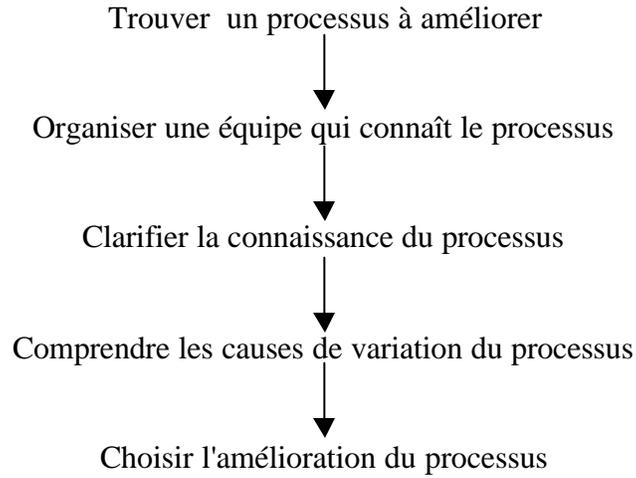
LA METHODE SCIENTIFIQUE
et
Le CYCLE de SHEWHART

**Approche systématique pour réduire les gaspillages chroniques
dans les processus**



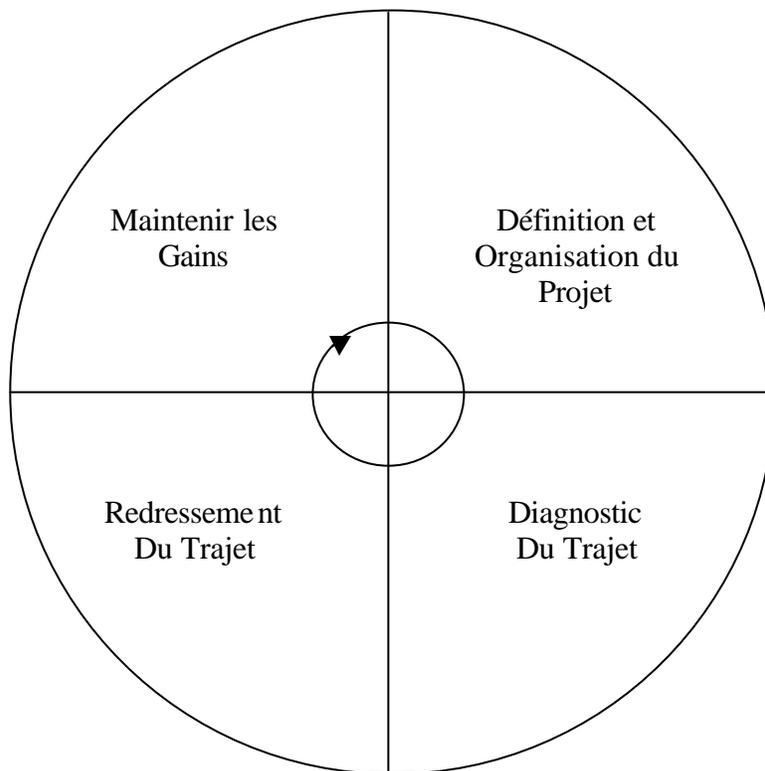
Adapté de : Institute for Healthcare Improvement (IHI). 1994. *Methods and Tools for Quality Improvement : Putting Theory Into Action*. Boston : IHI.

LE CIBLAGE - PFCA



Adapté de : Institute for Healthcare Improvement (MI). 1994. *Methods and Tools for Quality Improvement : Putting Theory Into Action*. Boston : IHI.

LE TRAJET DE JURAN



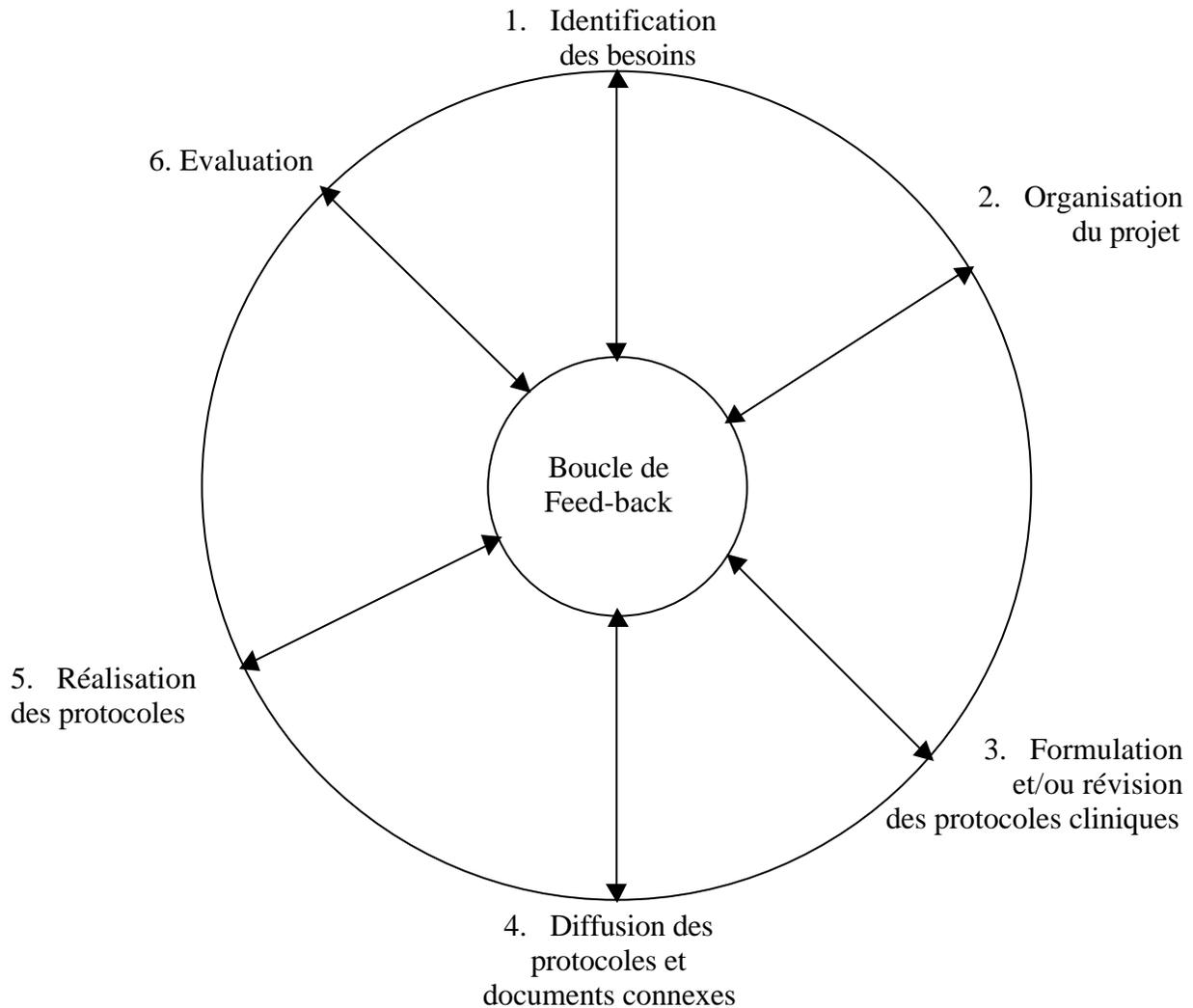
Adapté de : Institute for Healthcare Improvement (IHI). 1994. Methods and Tools for Quality Improvement : Putting Theory Into Action. Boston : IHI.

Le trajet de Juran : les étapes du projet
d'amélioration de la qualité (PAQ)

L'Approche de résolution de problèmes	
La définition et l'organisation du projet	<p>Lister et classer les problèmes par ordre de priorité</p> <p>Définir le projet et l'équipe</p>
Diagnostic du Trajet	<p>Analyser les symptômes</p> <p>Formuler les théories des causes</p> <p>Tester les théories</p> <p>Identifier la cause profonde</p>
Redressement du Trajet	<p>Envisager les différentes solutions</p> <p>Concevoir les solutions et les contrôles</p> <p>S'attaquer à la résistance au changement</p> <p>Appliquer les solutions et les contrôles</p>
Maintenir les gains	<p>Contrôler la performance</p> <p>Système de contrôle du suivi</p>

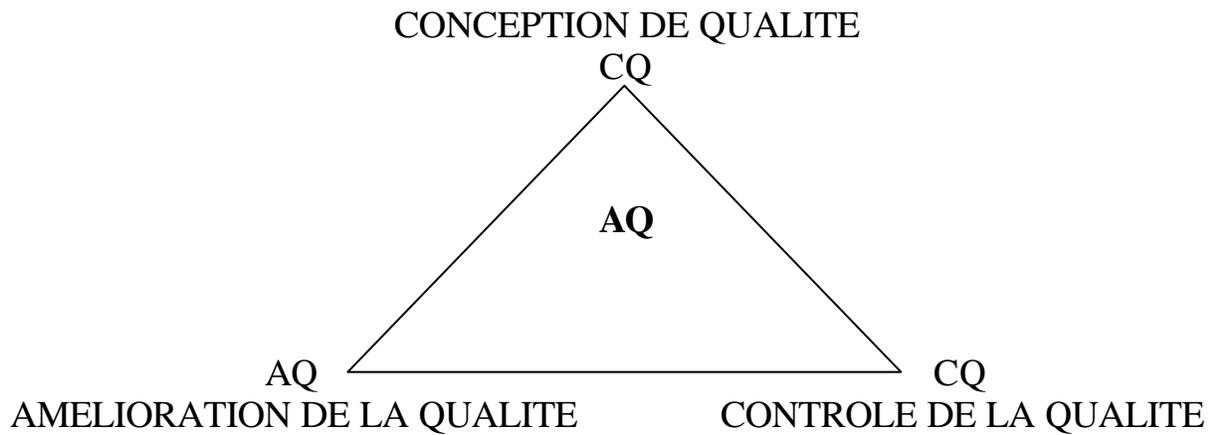
Adapté de : Plsek et Onnais, Quality Improvement Tools, Juran Institute, 1989.

Les Etapes de formulation et/ou de révision des protocoles cliniques



Source : Carigan, et al, *Protocoles cliniques pour les programmes de planification familiale de SEATS II : un livret-ressource*. JSI/SEATS et AVSC International, 1995.

L'Assurance de qualité



Adapté de : Institute for Healthcare Improvement (IHI). 1994. *Methods and Tools for Quality Improvement : Putting Theory Into Action*. Boston. : IHI.
